Министерство здравоохранения РФ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Российское респираторное общество

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

Министерство промышленности и торговли РФ

ГБУ здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Педиатрическое респираторное общество

XXVII Национальный Конгресс по болезням органов дыхания

17 – 20 октября 2017 г., Санкт-Петербург

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

9 785901 450161

XXVII Национальный Конгресс
по болезням органов дыхания

17 – 20 октября 2017 года,
г. Санкт-Петербург

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Российское респираторное общество

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

Министерство промышленности и торговли Российской Федерации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы «Научно-исследовательский институт
скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Педиатрическое респираторное общество

XXVII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

г. Санкт-Петербург, 17 – 20 октября 2017 года

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Под редакцией академика
Российской академии наук
А.Г. ЧУЧАЛИНА

г. Санкт-Петербург, 2017 г.

УДК 616.2.(082)
ББК 54.12
С23

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Российское респираторное общество

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

Министерство промышленности и торговли Российской Федерации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы «Научно-исследовательский институт
скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»

Педиатрическое респираторное общество

С23 **Сборник трудов конгресса.** XXVII Национальный конгресс по болезням органов дыхания; Под. ред. акад. А.Г. Чучалина – М. : ДизайнПресс, 2017. – 268 с.

ISBN 978-5-901450-16-1

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

XXVII Национальный конгресс по болезням органов дыхания
17 – 20 октября 2017 года
СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА
ООО «ДизайнПресс», 113054, г. Москва, Б. Строченовский пер., 4

Отпечатано с предоставленных готовых файлов в полиграфическом центре
ФГУП Издательство «Известия»
127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 6
Телефон: (495) 650-38-80 izv-udprf.ru

Подписано в печать 5.10.2017. № зак. 2566. Тираж 100 экз.

ISBN 978-5-901450-16-1

ОГЛАВЛЕНИЕ

7 БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

8 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

19 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

40 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

51 ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

54 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

56 ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

57 ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

60 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

63 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

67 ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

72 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

78 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

79 МИКРОБИОЛОГИЯ

83 МУКОВИСЦИДОЗ

91 НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

94 ОНКОЛОГИЯ

95 ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

98 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

101 ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

103 ПНЕВМОНИЯ

119 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

122 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

125 САРКОИДОЗ

131 СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ: БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

137 ТАБАКОКУРЕНИЕ

140 ТУБЕРКУЛЕЗ

165 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

166 ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

172 ХОБЛ

202 ЭНДОСКОПИЯ

212 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

218 РАЗНОЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1.
ФАКТОРЫ РИСКА ОТСУТСТВИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У КУРЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ

Автор: Зенкина А.С., Приходько О.Б., Кострова И.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Цель: Целью исследования явилось изучение уровня контроля бронхиальной астмы (БА) и факторов риска обострений заболевания у пациенток с хронической никотиновой интоксикацией в процессе наблюдения на базе перинатального центра г. Благовещенска.

Материалы и методы исследования: Проанализированы клинико-функциональные особенности течения БА у 38 беременных с хронической никотиновой интоксикацией. Средний возраст пациенток составил 25±1,8 лет.

Результаты: Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям прослежена у 12 (31,6%) женщин, при этом, по БА – у 5 (13,2%), у всех – по материнской линии. Легкое течение БА отмечалось у 19 (50%) пациенток, среднетяжелое – у 16 (42,1%), тяжелое – у 3 (7,9%). По клиническим формам заболевания пациентки распределены следующим образом. У 19 (50%) больных диагностирована аллергическая форма БА, у 5 (13,2%) – неаллергическая, у 14 (36,8%) – смешанная. Средний стаж курения составил 7±1,9лет. При этом 11 (28,9%) пациенток курили на протяжении беременности. Продолжительность БА, в среднем- 9,5±1,7 лет. Определена динамика течения БА в динамике беременности: у 19 (50%) – ухудшение, с отсутствием контроля в гестационном периоде, у 11 (36,8%) – без существенной динамики, у 5 (13,2%) – более легкое течение. Утяжеление симптомов БА во время беременности (отсутствие контроля) наблюдалось у пациенток с неаллергической и смешанной формами среднетяжелой и тяжелой БА, особенно, продолжающих курить в гестационном периоде. Среди клинических факторов риска неконтролируемого течения заболевания наибольшее значение имели: тяжесть и длительность БА, отягощенная наследственность, стаж курения, наличие аллергического ринита, хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов, ОРВИ во время беременности.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. МОДИФИКАЦИЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ФОСФОЛИПИДОВ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ФЭ) КРОВИ И ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛНП) ПРИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Автор: Бахирев А.М., Лизенко М.В.

Организация: Петрозаводский государственный университет, мединститут, г. Петрозаводск

Методом газожидкостной хроматографии исследован состав жирных кислот (ЖК) мембран эритроцитов и ЛНП сывороток крови мужчин 23–56 лет: 20 здоровых доноров (1 группа), больных ИБС (стенокардия напряжения 1–2 функционального класса), ХОБЛ стабильного течения вне обострения. При отборе у 35пациентов «ХОБЛ+ИБС» (2 группа), 30 «ИБС+ХОБЛ» (3 группа) были исключены др. сопутствующие заболевания, приём статинов и гормональных средств; «стаж» каждого заболевания не превышал 5 лет.

Результаты: При обоих вариантах патологии выявлено увеличение суммы насыщенных ЖК – за счёт пальмитиновой 16:0 в фэ 2 группы на 3,5%, 3 группы на 4,8%; в ЛНП – во 2 группе на 3%, в 3 группе на 4% и снижение суммы полиеновых ω-3(20:5, 22:5, 22:6). Возрастание насыщенности фосфолипидов при обеих патологиях увеличивало плотность 2-мерных мембран клеток крови и мономерной мембраны ЛНП, осуществляющих прямой транспорт ХС к клеткам органов, нарушая активное функционирование ферментов в мембранах. В полиеновых ЖК фэ разница во 2 группе составила 8,6, а в 3–9,5%; в ЛНП соответственно – 3,7%, в 3–4,1%. Глубина разрыва между возрастанием арахидоновой (АК) и падением уровней кислот 20:5 и 22:6 наблюдалась в 3 группе как в фэ, так и в ЛПН. Доля АК в фэ составляла у доноров – 10,76%, во 2 группе – 14,1%, в 3–15,3%.

Вывод: провоспалительный дисбаланс комплекса ЖК, дезорганизуя липидный уровень клеточной мембраны, достиг экстремального значения в 3 группе, то есть требует особой коррекции уже на ранних этапах патологии.

3.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТУССОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ КАШЛЕМ

Автор: Овсянников Е.С., Резова Н.В.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель: Определить диагностическое значение туссографии и спектральной туссофонобарографии (СТФБГ) у больных хроническим кашлем, вызванным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы: 34 больных ГЭРБ с жалобами на хронический сухой кашель, с нормальными показателями функции внешнего дыхания и рентгенограммой органов грудной клетки, отсутствием данных за глоточный затек, не принимавших ингибиторы АПФ.

Методы: Наряду с клинико-лабораторными методами исследования проводили анализ индуцированной мокроты, провокационный тест с гистамином, 24-часовую pH-метрию пищевода с туссографией для выявления связи кашля с эпизодами гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и СТФБГ.

Результаты: У 28 больных была обнаружена связь кашля с эпизодами ГЭР (симптомный индекс > 50%). Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты, у которых была обнаружена эозинофилия мокроты (>3% эозинофилов) и гиперреактивность бронхов (ГРБ) (больные с кашлевым вариантом бронхиальной астмы (КВБА)). У этих больных СТФБГ кашлей, записанных после провокационного теста, выявляла параметры, характерные для типичной астмы (перераспределение энергии второй фазы звука кашля в высокочастотный диапазон выше 1500 Гц). Вторую группу составили больные с эозинофилией мокроты без ГРБ. У этих пациентов параметры СТФБГ до и после провокационного теста не менялись.

Заключение: Туссография, проводимая одновременно с 24-часовой pH-метрией, а также СТФБГ являются методами, которые позволяют отличить кашель, вызванный ГЭРБ, у больных КВБА от кашля, вызванного ГЭРБ, у больных эозинофильным бронхитом без бронхиальной астмы, что в свою очередь позволит определить эффективный дифференцированный подход к лечению.

4.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Автор: Брусин С.И. – 1., Филатова Ю.С. – 1., Серов А.Н. – 2

Организация: 1 – кафедра терапии ИПДО ЯГМУ, 2 – ГБУЗ ЯО «ОКБ»

Актуальность: Острые и хронические заболевания органов дыхания в России составляют в среднем 40% от общей заболеваемости населения страны. Среди обструктивных заболеваний наиболее распространенными являются хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА). Несмотря на вполне определенные различия между ними два заболевания имеют и общие черты, в виду чего дифференциальная диагностика бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и их сочетания нередко вызывают затруднения. Существуют различные мнения относительно влияния данных заболеваний на качество жизни пациентов и их эмоциональный фон. К ним относятся

социальные проблемы, вызванные заболеванием: потеря интереса к различным видам деятельности, снижение возможности выполнять привычную для себя работу, адаптационные сложности в коллективе и в семье, материальные проблемы, связанные с частой нетрудоспособностью, а так же физиологические факторы, в частности, хронической гипоксии головного мозга.

Цель: оценить степень влияния наличия хронической обструктивной болезни легких и синдрома перекреста на качество жизни.

Материалы и методы: анкетированы 60 пациентов пульмонологического отделения ЯОКБ: анкета оценки качества жизни (SF-36), госпитальная шкала тревоги и депрессии, (HADS). В исследовании использовались данные, полученные в ходе рутинного обследования пациентов пульмонологического отделения: ФВД, пульсоксиметрия и т.д.

Результаты: При разделении больных на группы ХОБЛ (n=30) и ХОБЛ в сочетании с БА (n=30), сопоставимых по возрасту и длительности течения заболеваний, достоверных отличий в клинических показателей (ФВД) и их динамики в течение госпитализации отмечено не было. При сравнении показателей анкеты оценки качества жизни (SF-36) были получены достоверные отличия по шкале «Социальное функционирование» СФ (ХОБЛ)=47,59±20,62; СФ (ХОБЛ+БА)=58,46±20,51 $p<0,05$. При проведении корреляционного анализа в группах было установлено, что такой важный показатель ФВД, как ОФВ1 в группе ХОБЛ+БА на прямую взаимосвязан только с показателем физическое функционирование по анкете оценки качества жизни (SF-36) ($R=0,47$, $p<0,05$), а в группе ХОБЛ показатели ФВД ОФВ 1и ФЖЕЛ на прямую взаимосвязаны с несколькими шкалами анкеты оценки качества жизни (SF-36); физическое функционирование (ФФ) $R=0,62$, $R=0,56$ $p<0,05$; ролевое функционирование (РФ) $R=0,54$, $R=0,62$ $p<0,05$; интенсивность боли (ИБ) $R=0,46$, $R=0,47$ $p<0,05$; социальное функционирование (СФ) $R=0,55$, $R=0,44$ $p<0,05$; ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) $R=0,46$, $R=0,46$ $p<0,05$ и психическое здоровье (ПЗ) $R=0,55$, $R=0,40$ $p<0,05$ соответственно.

Так же в группе ХОБЛ показатели ОФВ 1 и ФЖЕЛ обратно взаимосвязаны с уровнем депрессии по шкале HADS: УД $R= -0,59$, $R= -0,56$ $p<0,05$.

Выводы: Таким образом, несмотря на отсутствие различий в клинических характеристиках, сочетание ХОБЛ и БА и изолированное течение ХОБЛ по разному влияют на отдельные показатели качества жизни, что необходимо учитывать в период реабилитации пациентов.

5.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Автор: Попова Л.А., Чушкин М.И., Калмыкова Е.В.

Организация: ФГБНУ «ЦНИИТ», г. Москва

Цель: Определение эффективности коротких курсов различных сердечных гликозидов при недостаточности правого желудочка (ПЖН).

Материал: 139 больных туберкулезом и ХОБЛ с клиническими признаками ПЖН. 121 больному проведен 10-дневный курс гликозидотерапии (ГТ) (строфантин К, коргликон, дигоксин или изоланид) в дозе, составляющей 75% от применяемой при ЛЖН; 18 человек – контрольная группа (КГ) без гликозидов. Оценивалась клиническая и ЭКГ-динамика и Ср.дЛА (по A. Kitabatake). Достоверность

различий определялась по критерию согласия ($\chi 2$) Пирсона и по t-критерию Стьюдента.

Результаты: По завершению курса ГТ у 38 человек (31,4%) клинико-функциональные признаки ПЖН остались без перемен, у 67 (55,4%) отмечена положительная, а у 16 (13,2%) – отрицательная динамика. В КГ: 9 (50%), 6 (33,3%) и 3 (16,7%) соответственно. То есть, при ГТ уменьшение признаков ПЖН наблюдается в 1,7 раза чаще, чем в КГ ($p<0,05$). При ГТ больных с ПЖН II ФК улучшение наступило у 27(49,1%) человек, с ПЖН III ФК – у 40(60,6%) ($p>0,05$), т.е. имела место умеренная тенденция к увеличению эффективности ГТ с увеличением выраженности ПЖН. Частота эффективного применения строфантина К составила 17 из 22 человек (77,3%), коргликона – 19 из 41 (46,3%), дигоксина –22 из 35 (61,1%), изоланида – 9 из 22 (40,9%) против 6 из 18 (33,3%) в КГ ($p<0,05$, $p>0,05$, $p<0,05$, $p>0,05$ соответственно).

Выводы:

1. Применение СГ при лечении пульмонологических больных с признаками ПЖН является обоснованным.
2. СГ наиболее эффективны на выраженных стадиях хронического легочного заболевания (при III ФК ПЖН).
3. Наиболее часто положительный терапевтический эффект наблюдается при применении строфантина К и дигоксина. Реже положительная динамика, не превышающая частоту в КГ, отмечается при использовании коргликона и изоланида.

6.
ФЕНОТИП ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Автор: Леонова Е.И., к.м.н., научный сотрудник

Организация: ФГБНУ «ЦНИИТ» ФАНО, г. Москва

Цель: изучить фенотип больных хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), для которого характерно развитие фибрилляции предсердий (ФП). Методы исследования: 94 больных ХОБЛ 2–4 степени (GOLD2017), вне обострения ХОБЛ, как с ФП, так и без нее. В исследование не включались пациенты с наличием патологии щитовидной железы, стенокардией, системными заболеваниями, опухолями, пороками сердца, кардиомиопатиями, синдромом слабости синусового узла, сахарным диабетом. У всех больных имелись анамнестические указания на артериальную гипертензию. Всем больным проводились спирометрия, суточное мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) и артериального давления, оценка симптомов ХОБЛ с использованием шкалы одышки mMRC и вопросника CAT; учитывалось количество перенесённых тяжёлых обострений ХОБЛ за предшествующий год, проводился тест с шестиминутной ходьбой с оценкой параметров пульсоксиметрии, пройденной дистанции, индекса BODE, одышки по шкале Борга.

Результаты: По данным ХМ-ЭКГ у 46 пациентов из 94 были выявлены пароксизмы ФП, при этом 22 имели бессимптомное течение ФП. В результате кластерного анализа выборка была поделена на 2 кластера: больные ХОБЛ с ФП и ХОБЛ без ФП. В результате суточного мониторирования ЭКГ оба кластера были сопоставимы по уровню систолического и диастолического артериального давления. Для больных ХОБЛ с ФП были характерны большая бронхообструкция (FEV1–47,0[40,0;56,0] ($p<0,001$), в сравнении с кластером без ФП (FEV1–65,0[48,0;74,0]), большее количество обострений ХОБЛ (2[1;3] у больных с ФП и 1[0;1] у больных

без аритмии (p=0,038)), большая выраженность симптомов ХОБЛ (CAT (p<0,001) и mMRC (p=0,007) и индекса BODE (p<0,001). Также у больных ХОБЛ с аритмией отмечались выраженная гипоксемия (мин%SpO2 82,0[80,5; 84,0] у больных с ФП и 86,0 [83,0;88,0] в кластере без ФП, (p=0,012)), большая одышка по шкале Борга (p<0,001) и снижение пройденной дистанции (264,0 [198,5;365,0] в кластере с ФП и 485,0 [403,0;526,0] в кластере без ФП (p<0,001)) в тесте с 6-тиминутной ходьбой в сравнении с кластером без ФП.

Выводы: Для больных ХОБЛ с пароксизмальной ФП характерны высокая частота обострений ХОБЛ, выраженное снижение FEV1, выраженное снижение толерантности к физической нагрузке с повышением индекса BODE, баллов по вопросникам mMRC и CAT. Все вышеперечисленные характеристики должны служить поводом для исключения бессимптомных пароксизмов ФП.

7.
БРОНХОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТА ОЛОДАТЕРОЛ/ ТИОТРОПИЯ БРОМИД У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Автор: Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазуткин Н.Н., Лазаренко Л.Л., Бардов В.С.

Организация: ГБОУ ВПО Амурская ГМА, ООО «МЛДЦ «Евгения», ДНЦ ФПД

Цель: Оценить эффект применения комбинированного бронходилататора Спиолто респимат (2,5 мкг олодатерола + 2,5 мкг тиотропия бромида) у больных острым бронхитом в сочетании с сердечно-сосудистой патологией в пожилом возрасте.

Методы: У 15 амбулаторных больных острым бронхитом, осложненным бронхиальной обструкцией, в возрасте 60–75 лет в комплексной терапии применялся Спиолто респимат 2,5 мкг/2,5 мкг. В начале лечения проводилось измерение показателей функции внешнего дыхания, при этом ОФВ1 составлял 63,2±3,1%. Среди инфекционных агентов преобладала микоплазма, выявленная методом ИФА. Всем больным выполнялась ЭКГ с учетом сопутствующей патологии: ИБС, гипертоническая болезнь.

Результаты: У всех пациентов отмечено быстрое улучшение симптомов бронхиальной обструкции: одышки, кашля, свистящих хрипов в груди (от 1 до 3 дней). Далее больные продолжали принимать препарат до полного купирования симптомов бронхоспазма. ОФВ1 в динамике через 7 дней составил 80,4±1,3%. На фоне терапии отрицательной динамики ЭКГ-картины не наблюдалось.

Выводы: Наиболее часто выраженную бронхиальную обструкцию при остром бронхите провоцирует микоплазменная инфекция. Применение препарата Спиолто респимат позволило быстро купировать симптомы бронхиальной обструкции и нормализовать показатели ФВД без сердечно-сосудистых осложнений. В данном исследовании приводится первый небольшой опыт применения данного препарата при остром бронхите, в целом проблема требует дальнейшего изучения.

8.
ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ВНЕЛЕГОЧНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Автор: Жарун Г.Н., Шевчик М.Н., Бородина Г.Л., Михайлова О.В.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель: клинический анализ внелегочных форм ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ВИЧ–ТБ) в 2012–2016 гг.

Материал и методы: Сплошное ретроспективное сравнительное исследование. 109 пациентов с ВИЧ-ТБ (36,5±2,6 лет, м/ж – 4,2/1) разделены на 2 группы: 1-я (ВИЧ-ТБ с поражением легких – 77 пациентов) и 2-я (ВИЧ-ТБ легких и других органов – 32 пациента).

Результаты: Доля пациентов с внелегочным ВИЧ-ТБ составила 32%. Анализируемые группы не различались по частоте курения, наркозависимости, наличию гепатита С, трудоустроенности. В 1-й гр. 4 стадия ВИЧ-инфекции наблюдалась у 36% пациентов, а во 2-й гр. у 75% (Хи2=12,022; р=0,000). Выявлена тенденция к более частому бессимптомному течению ТБ в 1-й гр. по сравнению с внелегочным ВИЧ-ТБ (5% и 25%; р=0,200). В структуре клинических форм внелегочного ТБ преобладали туберкулезный менингоэнцефалит – 29% и менингит – 13%, а в структуре ТБ легких – инфильтративный ТБ-60%, в том числе с атипичной локализацией у 37% пациентов. Бактериовыделение наблюдалось у 100% пациентов (66,6% – с множественной лекарственной устойчивостью – МЛУ). Несмотря на проведение активной химиотерапии, абациллирование наступало поздно, более 1/3 пациентов 3–8 месяцев оставались бактериовыделителями. Летальный исход (генерализованный ТБ – 46%, туберкулезный менингит/менингоэнцефалит – 54%) во 2-й гр. наблюдался чаще: 66,7% – 28,6% в разные годы по сравнению с 15,8% – 0% (Хи2 = 6,327; р= 0,011).

Выводы: Внелегочные проявления ВИЧ-ТБ в Республике Беларусь наблюдаются в 1/3 случаев, преимущественно на 4 стадии ВИЧ-инфекции. Внелегочный ВИЧ-ТБ протекает тяжело и часто приводит к летальному исходу. В условиях стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу необходимо сфокусировать внимание на нерешенных проблемах, к которым относится ВИЧ-ТБ и МЛУ-ТБ.

9.
ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Победенная Г.П. – 1, Вагина Ю.И. – 2, Кострюкова Л.Н. – 3, Шевцова А.Н. – 2

Организация: ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР – 1,
ГУ «Луганская городская многопрофильная клиническая больница № 1», г. Луганск, ЛНР – 2,
ГУ «Луганская городская поликлиника № 12», г. Луганск, ЛНР – 3

Пневмония (П) остается одной из важных проблем современной внутренней медицины. Лица с ожирением имеют риск развития П в 2 раза выше, чем в популяции. Ассоциация П и ожирения способствует модификации течения П с его отягощением, и является фактором риска осложнений, а иногда и летального исхода. В формировании осложнений пневмонии, сочетанной с ожирением, важное значение имеют микроциркуляторные расстройства.

Цель работы: определить состояние микроциркуляции при негоспитальной пневмонии, сочетанной с ожирением.

Материал и методы: исследованию подлежали 79 пациентов с негоспитальной П третьей клинической группы, в среднем возрасте (34,8±3,7) лет, среди которых мужчин было 37, женщин – 42. Все больные лечились в терапевтическом отделении городской больницы. Среди исследованных только П была у 34 пациентов (I группа), сочетание П с ожирением отмечалось у 45 человек (II группа). Исследовали состояние агрегационной способности тромбоцитов крови, сорбционную способность мембран эритроцитов (ССЭ) и их средний корпускулярный объем (MCV).

Результаты: У больных I группы были повышенными все показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегационной способности тромбоцитов со снижением показателя времени дезагрегации. У пациентов II группы все исследованные значения агрегационной способности тромбоцитов выявлялись достоверно выше с более значительным сокращением времени дезагрегации. У лиц I группы наблюдалось увеличение ССЭ в 1,4 раза и MCV – на 10% по сравнению с нормой, а у больных II группы – ССЭ была в 2 раза выше нормы и в 1,3 раза – чем аналогичная в I группе при более значительном повышении MCV.

Выводы: Таким образом, повышение агрегационной способности тромбоцитов при увеличении ССЭ и MCV создавало предпосылки для развития микроциркуляторных расстройств при пневмонии.

10.
СОСТОЯНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ, И НАПРАВЛЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ

Автор: Скиба Т.А., Сиротин В.И.

Организация: ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР, Луганск

Цель исследования: изучить состояние среднего размера эритроцита (MCV) и спонтанной и АДФ-индуцированной агрегацонной способности тромбоцитов (АСТр) у больных с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сочетанной с остеоартрозом (ОА).

Материал и методы исследования: Исследование проведено у 135 больных, из которых 99 – пациенты с инфекционным обострением ХОБЛ (клиническая группа В – GOLD II), в среднем возрасте 54,4 ± 3,1 лет, в т.ч. 35 – лица с сочетанием ХОБЛ и ОА (основная группа), 64 – с ХОБЛ (I группа сравнения), 36 – с ОА II стадии без синовита (II группа сравнения). Все больные ХОБЛ курили, индекс курения 22,4 ± 2,9 пачка-лет. Диагнозы ХОБЛ и ОА, объем базисного лечения устанавливались в соответствии с существующими рекомендациями. У больных определяли MCV эритроцитов и АСТр. Контрольную группу составили 32 практически здоровых донора того же возраста и пола.

Результаты: У пациентов основной группы MCV был достоверно выше нормы на 15,0%, а также выше аналогичного в I и II группах сравнения. После курса стандартной терапии значения MCV в основной группе снизились, но остались достоверно выше референтной нормы на 10,6% и выше, чем в I и II группах сравнения.

Все показатели АСТр в основной группе превышали аналогичные в I и II группах сравнения. При этом во II группе сравнения все показатели АСТр были в норме.

После курса терапии обострения ХОБЛ все показатели АСТр у больных основной группы уменьшились, однако, остались выше референтной нормы, показателей в I и II группах сравнения, за исключением возрастания показателя дезагрегации, который остался ниже, чем у здоровых лиц.

Выводы: Возрастание MCV больных основной группы потенциально снижает деформируемость эритроцитов с риском образования сладж-феномена в микрососудах, а повышение АСТр у больных с ассоциацией ХОБЛ и ОА создает риск развития синдрома гиперагрегации. Базисные средства терапии обострения ХОБЛ, сочетанной с ОА, несущественно влияли на состояние эритроцитов и функцию тромбоцитов, что создавало предпосылки для включения в лечение препаратов с антиагрегантным действием.

11.
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Ярцева С.В.

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Цель: оценить состояние некоторых цитокинов у пациентов с бронхиальной астмой (БА), сочетанной с ожирением.

Материалы и методы: обследовано 64 пациента в возрасте 37–52 лет в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести, из них 27 мужчин и 37 женщин. Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями была проведена оценка антропометрических показателей (рост, вес, объем талии, объем бедер), рассчитан индекса массы тела, оценены цитокины сыворотки – интерлейкины IL-1β, IL-4, IL-8, IL-10 и TNF-α. Были сформированы 2 группы наблюдения: 1-я – 35 пациентов с БА и нормальной массой тела, и 2-я – 29 человек с БА и ожирением I–II степени. Для выработки контрольных значений были обследованы 20 практически здоровых лиц.

Результаты: уровень IL-1β у пациентов 1-й группы в сыворотке крови, в среднем, в 3,8 раз был выше, чем у здоровых лиц. У пациентов БА с ожирением данный показатель был выше в 1,3 раза, чем у пациентов без ожирения и превышал норму в 5,2 раза ($p<0,001$). Концентрация IL-4 в сыворотке крови пациентов 1-й и 2-й групп была выше нормы соответственно в 1,7 и 2,6 раза ($p<0,01$). У пациентов с БА и ожирением уровень IL-8 превышал аналогичные значения здоровых лиц в 2,4 раза, а у пациентов без ожирения – в 1,5 раза ($p<0,05$). Показатель IL-10 в сыворотке крови пациентов 1-й группы превышал норму в 1,2 раза, а во 2-й группе не отличался от такового у здоровых лиц. Содержание TNF-α у обследованных 1-й и 2-й групп было выше, чем у здоровых лиц, в 1,9 и 4,2 раза ($p<0,01$).

Выводы: у всех пациентов с БА и ожирением показатели про- и противовоспалительных цитокинов, кроме IL-10, были значительно выше, чем у пациентов с БА без ожирения, что свидетельствует о более выраженном системном воспалении у пациентов с коморбидностью БА и ожирения.

12.
ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Автор: Поваляев Д.В. – 1, Смотрова А.А. – 1, Петрова Д.В. – 1,
Вахлевский В.В. – 2, Колодкина Ю.В. – 2

Организация:
Филиал № 1 ФГКУ «ГВКГ имени академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России г. Москва – 1.
Филиал № 7 ФГКУ «1469 ВМКГ» Минобороны России п. Печенга Мурманской области – 2.

Цель работы: определение клинически значимых симптомов и предикторов риска наличия сопутствующего острого гнойного синусита при внебольничных пневмониях у пациентов молодого возраста в организованных коллективах для расширения объема необходимого обследования и своевременной коррекции терапии.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 47 пациентов, с верифицированной внебольничной пневмонией (ВП) нетяжелого течения с сопутствующей патологией ЛОР-органов (острый синусит), средний возраст 19,2 ± 1,3 лет, и 51 история болезни пациентов той же возрастной группы с диагнозом внебольничная пневмония без сопутствующей острой лор-патологии, получавших лечение в условиях терапевтического и пульмонологического стационара.

Результаты: у 32 пациентов (68%), госпитализированных по поводу внебольничных пневмоний с сопутствующей патологией ЛОР органов, стартовая антибактериальная терапия, проводимая согласно рекомендаций Российского респираторного общества, не была эффективной, длительное время сохранялась фебрильная лихорадка, выраженная общая слабость как проявления синдрома взаимного отягощения. У всех пациентов после проведения рентгенографии околоносовых пазух был диагностирован острый гнойный гайморит. После проведения активного лечения острого синусита в течение 2–3 дней регрессировали симптомы интоксикации, кашель, слабость, наблюдался регресс острофазовых показателей крови. Проведен статистический анализ ряда клинических симптомов и лабораторных показателей в двух исследуемых группах с целью определения предикторов сопутствующего острого синусита, с расчетом относительного риска (ОР) наличия данного осложнения, и доверительного интервала (ДИ). Наиболее значимыми клиническими, лабораторными симптомами коморбидности синусита с ВП оказались: 1) выраженная головная боль: ОР – 5,37 (ДИ 1,78–16,2); 2) лабораторный индекс: (лейкоцитоз + СОЭ) > 30 при палочкоядерном сдвиге >6%: ОР – 5,18 (ДИ 2,23–12,0); 3) катаральные явления (выраженная гиперемия зева + увеличение и гиперемия миндалин): ОР – 4,7 (ДИ 1,8–12,2); 4) фебрильная лихорадка более 3 суток на фоне стартовой антибактериальной терапии: ОР – 4,4 (ДИ 1,7–11,4).

Выводы: своевременная оценка риска сопутствующих острых синуситов при внебольничной пневмонии у пациентов молодого возраста, является актуальной в плане улучшения результатов лечения внебольничных пневмоний, сокращения сроков госпитализации у данной категории пациентов.

13.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Автор: Клестер Е.Б., Клестер К.В., Бердюгина А.В.

Организация: ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель: Изучить частоту встречаемости и структуру патологии кишечника у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: Проведено углубленное исследование 174 больных ХОБЛ, в фазе обострения. Диагноз ХОБЛ по критериям GOLD (2016). Группа риска А была у 59, группа В – у 91, группа С – у 22, группа D – у 2 б-х. Дыхательная недостаточность – у 14,4% б-х. Преобладали мужчины – 70,1%. Средний возраст – 51,8±5,2 лет. Проводилось копрологическое и бактериологическое исследование кала, оценивались частота и форма стула, выраженность болевого абдоминального синдрома и метеоризма по визуально-аналоговой шкале.

Результаты: Функциональные расстройства диагностировали в соответствии с критериями Римского консенсуса IV у 60 (34,5%) больных, из них с преобладанием запора – 13,3%, с диареей – 21,7%, смешанный – у 65,0% больных. Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки толстой кишки с нарушениями ее функции выявлены у 38 (21,8%) больных. Из них у 7 больных диагностирован «Язвенный колит» и у 1 больного – «Болезнь Крона». Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических методов исследования. По локализации поражения ЯК: левосторонний – у 28,6%, тотальный – у 14,3%, дистальный – у 57,1%. По степени тяжести (по Truelove and Witts) легкая – у 42,8%, средняя – у 42,8%, тяжелая – у 14,2% больных. Изменения слизистой чаще всего были представлены гиперемией – у 60,5%, эрозиями – у 42,1%, геморрагиями – у 34,2%, контактной кровоточивостью – у 50,0%. Псевдополипы – у 15,8%, микроабсцессы – у 7,9%, гранулемы – у 2,6%.

Заключение: сопутствующая патология кишечника выявляется у каждого третьего больного ХОБЛ, с преобладанием функциональных расстройств. Отмечается взаимоотягощение симптомов заболевания, особенно при наличии осложнений.

14.
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АЛЛЕРГИИ У ГЕНЕТИЧЕСКИ СХОДНОЙ ПОПУЛЯЦИИ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ (РОССИЙСКАЯ КАРЕЛИЯ И СЕВЕРНАЯ КАРЕЛИЯ – ФИНЛЯНДИЯ)

Автор: Зильбер Э.К. – 1, Маркелова О.А. – 2, Кноринг Б.Е. – 3

Организация: 1 – ФГАОУ ВО БФУ им.И.Канта,
2 – Петрозаводский Государственный Университет,
3 – ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии»

Цель: выявить факторы, способствующие аллергическим заболеваниям (АЗ) на географически схожих территориях р.Карелия и Финляндия, оценить распространенность аллергии.

Материалы и методы: В 2010–2012 г. исследовано 180 подростков от 14 до 20 лет. Финны: 98: 38 мальчиков, 60 девочек, русские – 82: 39 мальчиков, 43 девочки. Проведен анализ симптомов и распространенность БА, АР и АД (анкета ISAAC). Определен общий и sIgE- к тимофеевке, березе, полыни, кладоспории, лошади, кошке,

собаке, клещу, молоку, яйцу, рыбе, сое, пшенице, арахису методом Phadiatop®. (UniCAP 1000 v.2; Pharmacia Upjohn, Uppsala, Sweden). Многофакторными методами ДНК сравнивалась микрофлора кожи и слизистой.

Результаты: Астма встречалась в 11,2% у финнов, в 3,7% у россиян (p 0,062). Поллиноз в Финляндии составил 13,4% и 1,2% в России (p 0,003). Экзема в Финляндии 20,4%, у россиян 2,5% (p‹ 0,001). Профили sIgE также отличаются. Положительные ингаляционные IgE выше у финнов- 53,1%, в России 36,6% (p= 0,027). Исключение – аллерген клеща домашней пыли, в России в 22%, а в Финляндии 19,4% (p= 0,672). Пищевые IgE тоже различны: 13,3% у финнов и 6,1% у россиян. Выявлен различный состав кожной микробиоты. Индекс разнообразия Шеннона на коже выше у россиян, чем у финнов. У финнов преобладает Micrococcus и Corynebacterium, а Acinetobacter, Aerococcus и Jeotgalicoccus типичны для России. У россиян представленность OTU-72 Acinetobacter выше в 5 раз на коже ($p < 0.001$) и в 4 раза в назальном эпителии ($p = 0.002$). Сравнение грибковой флоры показало аналогичные результаты, у россиян она более разнообразна (p= 0.003), преобладают грибы рода Aspergillus и Phoma.

Заключение: Различия в микробиоте между финнами и россиянами вероятно биологически связаны с разными профилями сенсибилизации. Возможно, это новый прогностический фактор в развитии АЗ.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

15.
ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ (ЖК) ЛИПОПРОТЕИНОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛПВП), КАК ИНДИКАТОР РАЗНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Автор: Лизенко М.В., Бахирев А.М

Организация: Петрозаводский государственный университет, мединститут, г. Петрозаводск

Исследован ЖК состав фосфолипидов (ФЛ) в ЛПВП (2,3 субклассы) у 14 больных астмой на фоне лечебного голодания (ЛГ), у 20 – комбинации ингаляционного глюкокортикостероида и ингибитора лейкотриенов, у 30 – на фоне приёма преднизолона (П). У испытуемых 19–39 лет с преобладанием атопии, аспириновой БА применён метод газожидкостной хроматографии до лечения и спустя 14 дней. Суточная доза П составляла от 20 до 35 мг, комбинированная терапия: пульмикорт 600–800 мкг+1т.монтелукаста.

ЛПВП содержат 80% ФЛ, главный компонент которых – лецитин (фосфатидилхолин), в сочетании с пальмитиновой кислотой образующий дипальмитинлецитин – центральный компонент сурфактанта. В ПЖК при окислении липооксигеназой арахидоновой кислоты синтезируются лейкотриены – узловые липидные медиаторы БА.

Установлено:

1. в насыщенных ЖК содержание пальмитиновой (16:0) кислоты повышается при ЛГ на 2,0%, комбинированной терапии – на 2,5%, на фоне П на 5,4%;
2. в полиеновых ЖК (ПЖК) на 1,2%падает содержание арахидоновой (20:4, 6) при ЛГ, при комбинированной терапии – на 2,0%, при терапии П – на 3,78%.

Выводы: По соотношению 16:0 кислот и АК выявлены однонаправленные эффекты увеличения количества сурфактанта и содержания лейкотриенов в дыхательной системе, глубина и скорость наступления которых превалировали у больных, получавших П, а при ЛГ – они были аналогичны комбинации ингаляционного глюкокортикостероида и ингибитора лейкотриенов.

16.
АСТ-ТЕСТ В ОЦЕНКЕ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Казак И.К. – 1, Долгиева М.Н. – 1, Досаева З.Р. – 2

Организация: АО «Медицинский университет Астана» – 1,
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 1» – 2, г. Астана, Казахстан

Целью данного исследования: является оценка уровня контроля бронхиальной астмы (БА) у пациентов с помощью АСТ-теста (Asthma Control Test).

Материалы и методы: В исследование были включены 61 пациент с БА, наблюдающийся у пульмонолога 1-й городской поликлиники г. Астана. Уровень контроля БА оценивали с помощью АСТ-теста.

Результаты и обсуждение: Анализ данных показал, что мужчин было 32%, женщин – 68%. Средний возраст наблюдаемых составил 52 года. Преобладали пациенты молодого и среднего возраста. Длительность заболевания у большинства больных БА составила от 5 до 10 лет (67,8%). Средняя степень тяжести течения БА была у 96,8%, тяжёлая у 3,2%. По уровням контроля: БА контролируемая у 16,1%, частично контролируемая – 35,5%, неконтролируемая – 48,4%. Практически все больные получали базисное лечение в виде комбинаций ИГКС и β2-агониста длительного действия. Оценка уровня контроля по АСТ-тесту показала, что контролируемая БА наблюдалась у 3,2%, частично контролируемая у 38,7%, неконтролируемая у 58,1% пациентов. Несмотря на базисную терапию, контроль БА по АСТ-тесту (суммарная оценка) имелся лишь у незначительного числа больных (3,2%), это не совпадало с мнением врачей, которые отметили, что контроль БА наблюдался у 16,1% пациентов. По данным самооценки (вопрос № 5 АСТ-теста) 61,3% опрошенных пациентов сообщили о том, что хорошо и полностью контролировали заболевание в течение последних 4-х недель. Такая переоценка может быть связана с формулировкой вопроса анкеты: как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели? При подобной постановке вопроса пациенты, как правило, переоценивают свое состояние даже при тяжелых проявлениях БА. Неполный контроль по результатам АСТ-теста отмечался у 38,7% пациентов, что почти совпадает с мнением врачей – 35,5%. Контроль БА отсутствовал у 58,1% по результатам АСТ-теста (суммарная оценка), по данным самооценки (плохо и совсем не удавалось контролировать) у 29% больных и неконтролируемая БА по мнению врачей наблюдалась у 48,4%.

Данное исследование показало различия между субъективной оценкой своего состояния пациентом и результатами АСТ-теста. Прослеживается тенденция к недооценке пациентами тяжести своего состояния и переоценке уровня контроля. Ответы АСТ-теста дают достаточную информацию, чтобы определить уровень контроля как недостаточный или плохой, а, при ответе на последний вопрос, об общем впечатлении о контроле астмы, имеется переоценка уровня контроля. Оценка контроля БА, по мнению врачей, пациента и АСТ-теста более схожи, хотя и врачи недооценивают тяжесть состояния пациентов.

Таким образом, проведенное исследование наглядно показало, что с помощью АСТ – теста можно достаточно надежно оценивать уровень контроля БА и в дальнейшем провести коррекцию проводимой терапии, способствуя у каждого конкретного больного достижения максимально возможного уровня контроля БА.

17.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РОССИИ

Автор: Ненашева Н.М. – 1, Meyers A. – 2, Sun S.X – 3, Morimoto Y. – 2, DiBonaventura M. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Россия;
2 – Ipsos Healthcare, США;
3 – Teva Pharmaceuticals, США;

В России по оценкам экспертов распространенность бронхиальной астмы (БА) составляет 6–6,9% во взрослой популяции. В общей структуре заболевания выделяют 5–10% больных, имеющих подтвержденный диагноз астмы, компенсированных по сопутствующей патологии, но рефрактерных к стандартной терапии, включая назначение высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в сочетании с другими поддерживающими препаратами (и/или системными глюкокортикостероидами (СКС)). Это больные тяжелой астмой, у которых отмечается высокая частота обострений БА, незапланированных визитов к врачу, обращений за неотложной медицинской помощью и госпитализаций. На долю больных тяжелой БА приходится около 50% всех экономических затрат, связанных с заболеванием в целом.

Цель исследования: охарактеризовать группу больных тяжелой неконтролируемой БА, приняв во внимание клинико-анамнестические особенности заболевания, состояние функции внешнего дыхания и уровень эозинофилии периферической крови, выраженность коморбидной патологии, совокупную частоту обострений и их тяжесть, а также ассоциированное с заболеванием потребление ресурсов здравоохранения.

Методы исследования: Международной исследовательской компанией Ipsos Healthcare (США) выполнен ретроспективный анализ данных медицинских карт Российских больных тяжелой неконтролируемой БА в возрасте ≥18 лет, наблюдающихся у врачей пульмонологов и аллергологов на протяжении предшествующих 12 месяцев. Диагноз тяжелая неконтролируемая БА поставлен в соответствии с критериями GINA (пациенты, применявшие средние/высокие дозы ИГКС в комбинации с ß2-агонистами длительного действия, которые испытывают >2 эпизодов дневных симптомов в неделю и ночные пробуждения, вынуждены применять >2 раз в неделю препараты для купирования симптомов и испытывают ограничение физической активности). Статистический анализ носил преимущественно описательный характер. Анализ включал расчет мер центральной тенденции для непрерывных переменных и частотных распределений для категориальных переменных. Данные представлены в виде m±SD, где m – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Результаты исследования: Всего проанализированы данные 128 пациентов с тяжелой неконтролируемой БА, полученные от 91 врача-специалиста из России (39.6% пульмонологи, 29.7% аллергологи и 30.8% пульмонологи/аллергологи).

<u>Характеристика популяции:</u> средний возраст больных составил 49±14 лет, 63,5% пациентов были женского пола, и 99,2% относились к белой расе. Средний возраст на момент постановки диагноза астмы составлял 43±14 лет. Средняя масса тела в группе составила 87.5±7.7 кг, а средний индекс массы тела – 30.6±2.4 кг/м^2.

<u>Анамнез курения и социальный статус:</u> 81% участников на момент исследования были некурящие, 7.9% – безработные, 23,8% – пенсионеры.

<u>Оценка эозинофилов крови:</u> среди пациентов, имеющих ≥1 результатов исследования уровня эозинофилов периферической крови в течение предшествующих 12 месяцев (n=97), средний уровень эозинофилов составил ≥400 (626±130) клеток/мкл.

Клинико-анамнестическая характеристика больных: на момент впервые установленного диагноза астмы 81.7% пациентов испытывали эпизоды затрудненного дыхания, у 80.2% наблюдалась одышка после физической нагрузки, 55,6% жаловались на частый кашель, особенно ночью. Подавляющее большинство пациентов отмечали симптомы в дневное время ≥3 раз в неделю (79.4%). За анализируемые 12 месяцев в рамках исследования у 94,4% больных наблюдались ≥1 эпизодов ухудшения симптомов астмы, потребовавшие ≥3 дней приема пероральных СКС. Следует отметить, что 4,8% больных сообщили, что когда-либо подвергались искусственной вентиляции легких по поводу астмы. Среднее значение $ОФВ_1$ составило 73% от должного среди пациентов с наличием результатов спирометрии за последние 24 месяца (95.2%).

Сопутствующая патология: среди наиболее распространенных сопутствующих заболеваний в исследуемой группе больных тяжелой БА следует отметить: хронические инфекции (у 59.5% пациентов), аллергический ринит (у 55.6% больных), ожирение (у 45.2% пациентов), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (у 39,7% больных) и синусит (у 23.8% пациентов).

Использование ресурсов здравоохранения: за анализируемые 12 месяцев в исследуемой группе больных тяжелой неконтролируемой БА средняя частота обращений за медицинской помощью в первичном звене здравоохранения в связи с симптомами астмы составила 3.9±1.4 в год; среднее число обращений к другим специалистам по поводу астмы – 2.4±1.1 в год; средняя частота обращений для оказания неотложной помощи по поводу приступа астмы – 2.3±1.3 в год; средняя частота госпитализаций – 0.7±0.8 в год.

Выводы: Проведенное исследование позволяет улучшить наше понимание реального ущерба, который несет тяжелая неконтролируемая астма как для самого больного, так и для общества в целом. Пациенты с тяжелой, неконтролируемой астмой в России характеризовались наличием различных коморбидных заболеваний, частыми обострениями и отличались высоким уровнем использования ресурсов здравоохранения. Обращает на себя внимание наличие эозинофилии крови ≥400 клеток/мкл у 100% больных в данной группе (среди имеющих хотя бы 1 результат исследования уровня эозинофилов периферической крови за 12 месяцев). Это, вероятно, подчеркивает высокое значение эозинофильного воспаления как фактора риска тяжелого и неконтролируемого течения заболевания у обследованных пациентов.

18.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ КАЗАНИ

Автор: Вафина А.Р., Салахова И.Н., Визель И.Ю., Визель А.А.

Организация: ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Целью данного исследования: была характеристика больных бронхиальной астмой (БА), проходивших лечение в пульмонологических стационарах Казани.

Методы исследования: Все пациенты обследованы лично авторами работы.

Результаты: Было обследовано 70 больных БА (46 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 26 до 87 года (58,2 ± 2,4 года). У 64,3% больных был отягощённый аллергологический анамнез. В течение последнего года было 1,69±0,3 госпитализации (от 1 до 7) и 5,40±0,86 обострений. 81,4% больных никогда не курили, 14,3% – курили в прошлом и только 3 больных (4,3%) – курили на момент обследования. Значения ACQ менее 0,75 было у 45,7% больных, а 0,75–1,5 – у 54,3%. Среднее значение

ОФВ1 было 66,7±4,5%д, ОФВ1 был ниже 80% от должного у 81,4%. Средние значения SaO2 были 96,3±0,2% (84–99%). 95,7% больных имели ночные пробуждения, у 88,6% была одышка, у 74,3% был кашель. 82,9% были обучены ингаляциям медработником. 67,15% отметили, как наиболее эффективные средства контроля над БА комбинации ИГКС/ДДБА (в 48,4% будесонид/формотерол), в 17,3% – бронхолитики короткого действия. 48,5% отдали предпочтение порошковым ингаляторам, 24,3% – небулизации, 15,7% – дозирующим баллончикам, остальные не отметили различий. 54,2% больных предпочли бы применять препараты 1 раз в сутки, 18,6% – два раза в сутки, а остальные – препараты по необходимости. В стационаре они получали в 80% случаев бронхолитики короткого действия, в 90% – ИГКС/ДДБА, в 11,4% – системные глюкокортикостероиды. Согласно теста Мориски-Грин комплаентными были 42,7%.

Заключение: В условиях реальной практики даже в стационаре больные БА имели полный контроль только в 45,7% случаев и низкий уровень терапевтического сотрудничества, несмотря на терапию, соответствующую современным рекомендациям.

19.
НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Ватанская И.Ю., Мякоткина Г.В., Соколова Н.А. Стрекозова И.П., Ревунова Н.В.

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», ГУ ЛНР Луганская республиканская клиническая больница

Цель: изучить толерантность к глюкозе у больных бронхиальной астмой, принимающих ингаляционные глюкокортикостероиды в качестве базисной терапии, системные глюкокортикостероиды в период обострения.

Методы: обследовано 57 больных бронхиальной астмой средней степени тяжести, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении республиканской больницы. Средний возраст больных составлял 52,4±3,8 лет, длительность заболевания 9,29 ±1,4 года. Проводились оральный тест толерантности к глюкозе, гликозилированный гемоглобин, определение уровня инсулина и С-пептида натощак.

Результаты: у 6 больных (10,5%) был диагностирован впервые возникший сахарный диабет средней степени тяжести в стадии декомпенсации, на фоне длительно текущей бронхиальной астмы. У 16 больных (28%) выявлено впервые нарушение толерантности к глюкозе. У всех больных были зарегистрированы высокие уровни инсулина и С-пептида до проведения орального теста толерантности к глюкозе, так и на фоне проводимой противовоспалительной терапии бронхиальной астмы.

Выводы: бронхиальная астма является предрасполагающим фактором риска развития нарушения углеводного обмена и дебюта сахарного диабета по инсулиннезависимому типу.

20.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Никитин А.В., Васильева Л.В., Лепухова О.А.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия.

Цель исследования: провести дифференциальный подход и сравнить эффективность применения комбинированных ингаляционных глюкокортикостероидов у пациентов, страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести смешанной формы.

Методы исследования: В исследовании принимали участие 80 пациентов с бронхиальной астмой средней тяжести. Все пациенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Возраст составил от 20 до 68 лет. В процессе наблюдения 2 пациента выбыли. В итоге в исследовании приняли участие 78 пациента. Больные были поделены на 3 группы. Комбинированные ингаляционные глюкокортикостероиды назначали в эквивалентных дозах с учетом противовоспалительной активности глюкокортикостероидного действующего вещества. В первую группу вошли пациенты, которым был назначен Фостер. Второй группе назначен ФорадилКомби. Третья группа- контрольная. Клиническая эффективность терапии оценивалась через 6 месяцев постоянного применения Фостер и ФорадилКомби.

Полученные результаты: Длительность заболевания, включенных в исследование, пациентов был различный от 2 до 20 лет. На момент включения больных в исследование такие параметры как среднее значение ОФВ1, среднее значение утренней ПСВ, среднее число симптомов и потребность в препаратах «скорой помощи» в сутки, были сопоставимы. В процессе исследования за пациентами исходные данные наблюдаемых групп уменьшались, кроме 3 группы. Данные исследуемых параметров 3 группы оставались на прежнем уровне, как на момент включения в исследование. Среднее значение ОФВ1 и среднее значение утренней ПСВ по результатам исследования были больше у больных получающих Фостер. Полный контроль над заболеванием в 1 группе достигнут 62% пациентов, во 2 у 47% пациентов, в 3 группе у 5% пациентов.

Выводы: Фостер назначать предпочтительнее.

21.
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Моногарова Н.Е., Семендяева А.В., Шалаева И.В., Садрицкая Я.В.

Организация: Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Основная и главная цель в лечении пациентов с бронхиальной астмой – это достижение контроля заболевания.

Цель исследования: изучение уровня контроля у больных бронхиальной астмой и выявление факторов влияющих на его достижение.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 73 больных с персистирующей бронхиальной астмой. Все больные заполняли тест по контролю над астмой (ACT™), проводилась спирометрия на спирографе Master Scope (YEGER), пикфлоуметрия, проба с 400 мкг сальбутамола для выявления бронхиальной обструкции

(проба оценивалась как положительная при приросте показателя ОФВ1 более 12% в сравнении с исходным). По показаниям ЭхоКГ, спиральная компьютерная томография, эндоскопические исследования (ФГДС и бронхоскопия), консультация отоларинголога, невропатолога. 38 больным проводилось аллергологическое обследование (кожные пробы с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами). У 27 пациентов определяли общий IgE, 14 проводилось изучение пищевой аллергопанели по уровню специфических Ig E.

Так же оценивали уровень базисной терапии и комплаентность пациентов, у более, чем 30% проверялась техника ингаляции.

Результаты: среди обследованных больных тяжелое течение бронхиальной астмы у 18 пациентов, средне-тяжелое персистирующее у 41, легкое персистирующее – у 14 больных. Большинство пациентов не курило 66%, курило ранее 11 больных, курящих в настоящее время 6,8%. Среднесуточное потребление препаратов для снятия удушья было 2,1 ингаляции в сутки, ночные пробуждения отмечались у 46%. Базисную терапию бронхиальной астмы получали все больные, адекватная доза ИКС (ингаляционных кортикостероидов) была только у 6%, что соответствовало ступени тяжести и уровню контроля. 45 пациентов получали комбинацию ИКС и бронхолитиков продленного действия в одном ингаляторе.

Выводы: неадекватный уровень контроля бронхиальной астмы отмечен у больных, которые не регулярно получали базисную терапию, имели такую сопутствующую патологию как ожирение, ГЭРБ, аллергический ринит, длительный анамнез заболевания.

22.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Провоторов В.М., Филатова Ю.И.

Организация: ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Цель: Исследование эффективности комплексной терапии с применением антиоксиданта церулоплазмина (ЦП) и неполяризованного импульсного красного света (НИКС) у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: Всего в исследование включили 85 больных с тяжелой неконтролируемой БА смешанной формы, в том числе 26 (30,6%) мужчин и 59 (69,4%) женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 40 пациентов, в комплексном лечении которых в качестве антиоксидантной терапии применяли ЦП; 2 группа – 45 пациентов, в лечении которых на фоне стандартной терапии применяли НИКС с помощью прибора «Свет-актив». Всем пациентам проводили комплексное обследование с определением функции внешнего дыхания (ФВД), малонового диальдегида (МДА), супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты: У пациентов 1 группы отмечено снижение МДА от 21,1±0,64 до 13,46±0,41 нМ\мл ($p<0,05$), повышение СОД от 0,75±0,02 до 1,06±0,04 УЕ\мл ($p<0,05$).У пациентов 2 группы наблюдалось снижение МДА от 19,4±0,76 до 17,36±0,73 нМ\мл ($p<0,05$), повышение СОД от 0,76±0,02 до 0,87±0,03 УЕ\мл ($p<0,05$). После лечения обнаружены статистически значимые различия уровней МДА и СОД у больных 1 и 2 групп. Снижение интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и усиление антиоксидантной защиты на фоне применения ЦП сопровождалось положительной динамикой клинических проявлений, повышением уровня контроля БА, улучшением показателей ФВД.

Заключение: Таким образом, ЦП оказывает более выраженное антиоксидантное действие, чем НИКС, что способствует снижению интенсивности ПОЛ и клиническому улучшению.

23.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Борисова А.И., Галимова Е.С., Кучер О.И., Ахтамянова А.Н.

Организация: Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Цель: Оценить особенности психоэмоционального состояния у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой (БА) в зависимости от фенотипа заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 70 больных БА, средний возраст пациентов 47,6±15,2 лет, из них женщины – 74,3%, мужчины – 25,7%. Оценка психоэмоционального статуса основывалась на данных, полученных при анкетировании с помощью шкалы ситуативной и личностной тревожности по Спилбергу Ч.Д.

Среди больных тяжелой БА в соответствии с классификацией, представленной в GINA 2016, преобладали пациенты трех фенотипов: БА в сочетании с необратимой бронхиальной обструкцией – 28%, БА с поздним дебютом – 20% и БА в сочетании с ожирением – 16%.

Результаты и выводы: Выявлено, что среди всех обследуемых (n=70) у 42% отмечается очень высокая ситуативная тревожность (СТ) и у 30% – умеренная СТ тревожность. Очень высокая личностная тревожность (ЛТ) выявлена среди 46% обследуемых, умеренная ЛТ у 24%.

Следует отметить, что ситуативная и личностная тревожность в категории больных с определенным фенотипом встречается чаще, чем в общей группе пациентов.

Наибольшая частота встречаемости личностной тревожности выявлена у пациентов с бронхиальной астмой с поздним дебютом, а ситуативной – среди больных с бронхиальной астмой в сочетании с ожирением.

24.
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Борисова А.И., Галимова Е.С., Кучер О.И., Мустафина Ю.Н.

Организация: Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Цель: Изучить структуру коморбидной патологии у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой (БА).

Результаты и выводы: Среди 70 обследованных больных с тяжелой бронхиальной астмой кардиопатология выявлена в 81,6% случаев, из них гипертоническая болезнь (ГБ) у 70,1% и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 7,6% пациентов. Сахарный диабет 2 типа диагностирован в 10,4% случаев. Патология желудочно-кишечного тракта установлена среди 44,5% больных, причем гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) выявлена в 35,4% случаев, хронический панкреатит –

в 19,1%, хронический холецистит – 16,2%, сочетание последних состояний отмечено в 8,3% случаев.

В процессе исследования были выявлены особенности структуры сопутствующей патологии среди пациентов с преобладающими фенотипами бронхиальной астмы, установленные в соответствии с классификацией, представленной в GINA 2016: БА в сочетании с необратимой бронхиальной обструкцией – 28%, БА с поздним дебютом – 20% и БА в сочетании с ожирением – 16%.

Наибольшая частота встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы и метаболических заболеваний, в частности, сахарного диабета 2 типа, установлена в группе пациентов с бронхиальной астмой в сочетании с ожирением – 75,6% и 6,2% соответственно.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь диагностирована с одинаковой частотой как у пациентов с поздним дебютом бронхиальной астмы, так и у пациентов с бронхиальной астмой в сочетание с ожирением.

25.
ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Кулбаисов А. М., Полумордвинцева Т. В.

Организация: ГАУЗ Оренбургская областная клиническая больница № 2

Цель работы: Исследовать уровень контроля бронхиальной астмы (БА) у пожилых пациентов со средней и тяжелой степенью в зависимости от длительности заболевания и комбинированной терапии.

Методы: Проведено исследование уровня контроля БА по критериям GINA у 47 больных со средней и тяжелой степенью БА. Средний возраст пациентов составил 67±3,8 лет. Первая группа – пациенты с длительностью заболевания до 10 лет; вторая группа – более 10 лет. Группы были сопоставимы по возрасту и тяжести БА.

Результаты: Первую группу составили 23 пациента, из них 43,5% получали свободную комбинацию ИГКС+ДДБА, а 56,5% пациентов получали фиксированную комбинацию ИГКС+ДДБА, чаще будесонид +формотерол и флутиказон+салметерол. Вторую группу составили 24 пациента, из них 91,7% получали фиксированную комбинация, а 8,3% пациента получали свободная комбинация.

В результате исследования у пациентов, получающих свободную комбинацию ИГКС+ДДБА, отмечалось достоверно значимая потеря контроля БА (в среднем 3,1±0,74 балла по критериям GINA) по сравнению с пациентами получавших фиксированную комбинированную терапию, где средний балл уровня контроля составил 2,2±0,79 ($p<0.05$).

Выводы: Частота потери контроля достоверно была выше в группе пациентов со свободной комбинированной терапией ИГКС+ДДБА, чем в группе пациентов с фиксированной комбинированной терапией. Корреляции между уровнем контроля и длительностью заболевания БА выявлено не было.

26.
ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Веремчук Л.В., Минеева Е.Е.

Организация: Владивостокский филиал ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения

Цель исследования: определение характера влияния окружающей среды на функцию внешнего дыхания (ФВД) больных с бронхиальной астмой (БА) разной степени контроля, проживающих в г. Владивостоке.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 172 взрослых пациента с БА, проживающих в г. Владивостоке, среди которых у 101 пациента выявлена контролируемая БА и у 71 пациента – неконтролируемая. Проводилось обследование ФВД методами спирографии и бодиплетизмографии.

Состояние воздушной среды оценивалось по данным распределения твердых взвешенных частиц (ТВЧ) по фракциям и токсичным металлам. Метеозависимость больного определялась градиентом метеопараметра в день обследования и через 1, 2 дня после.

Активность влияния среды на ФВД определяли по показателю лямбда Уилкса (α при $p<0,05$) дискриминантных функций (STATISTICA8), позволившим оценить степень воздействия факторов среды на показатели ФВД (чем ниже показатель α, тем активность влияния среды выше и, наоборот).

Результаты: Высокие значения (α=0,69–0,81) в группе больных с контролируемой БА указали на активную адаптивно-компенсаторную способность ФВД. Статистически значимые показатели α выделили наиболее активные факторы воздействия (градиент температуры воздуха и атмосферного давления, ТВЧ – 400–700мкм).

ФВД у больных с неконтролируемой БА оказалась более чувствительной (α=0,25–0,33 при $p<0,05$) к ТВЧ (0–1, 50–100, 400–700, >700мкм) и токсичным металлам (Cr, Ni, Zn). Наиболее сильное действие (α=0,06–0,22 при $p<0,05$) оказали климатические условия.

Выводы: Уровень экологической зависимости ФВД нарастает от степени контроля над заболеванием (контролируемая БА – α=0,69–0,81; неконтролируемая БА – α=0,06–0,33). При неконтролируемом течении БА резко повышается метеочувствительность к влажности воздуха (α=0,06).

27.
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: В.И. Купаев, М.С. Нурдина

Организация: ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: определить взаимосвязь уровня IL-17, IL-10 и витамина 25(OH)D со степенью контроля бронхиальной астмы (БА) у взрослых. Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 79 пациентов. Нами были выделены две группы: I группа- пациенты с контролируемой БА (48 пациентов, возраст

52±13 лет, ИМТ 25±4,2 кг/м2), II группа- пациенты с неконтролируемой БА (31 пациент, возраст 57,6±7,9 лет, ИМТ-30±4,5 кг/м2). Методом иммуноферментного анализа было изучено содержание IL-17, IL-10, витамина 25(OH)D в сыворотке крови. Результаты и их обсуждение: Среди пациентов с контролируемой БА уровень IL-17 составил 83,7 (66,9–104,5) пг/мл, что статистически достоверно ниже уровня IL-17 у пациентов с неконтролируемой БА (98,6 (90,5–113,5)) пг/мл. Уровень IL-10 у пациентов с контролируемой БА составлял 16,5 (11,9–26,6) пг/мл, что выше в сравнении с неконтролируемой БА (10,5(8,5–14,7) пг/мл). Обнаружено, что пациенты с неконтролируемой БА имеют более низкий уровень витамина 25(OH)D ($U=232$, $Z=5,14$, $p<0,01$). Также была установлена обратная корреляционная связь между уровнем 25(OH)D и уровнем IL-17 ($r=-0.89$, $p<0,05$). Выводы: Проведенное нами исследование показывает, что цитокины IL –17 и IL –10 играют важную роль в иммунном ответе БА независимо от фенотипа, а также представляют важную терапевтическую мишень для лечения астмы. Дефицит витамина D можно рассматривать как прогностический фактор, определяющий течение бронхиальной астмы, а также выделить группу риска пациентов с наиболее вероятным низким содержанием витамина D в сыворотке крови.

28.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА В РАЗЛИЧНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА

Автор: Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Ковальчук С.И.,
Масликова Г.Г., Кожемяченко Е.Н., Пирогова М.Е.

Организация: ГБУЗРК «Академический НИИ ФМЛ, МК и Р им. И.М. Сеченова», г. Ялта

Южный берег Крыма (ЮБК) традиционно с середины 19 века является единственным пульмонологическим курортом России с сухим субтропическим климатом, оптимальным для реабилитации больных с бронхиальной астмой (БА).

Цель исследования: Определение эффективности санаторно-курортного лечения (СКЛ) больных с БА на ЮБК в различные сезоны года.

Материалы и методы: Анализ эффективности СКЛ проводился по 294 историй болезни больных БА, находившихся на СКЛ на ЮБК в различные сезоны года с 2010 по 2017 гг. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет, из них мужчин 85 чел. (28.9%), женщин – 209 чел. (71.1%). Из них зимой СКЛ получили 64 чел., весной – 88 чел., летом – 71 чел., осенью – 71 чел. По половому, возрастному составу, тяжести БА и методам лечения группы были сопоставимы. Оценка эффективности СКЛ осуществлялась по 5 градациям: значительное улучшение, улучшение, незначительное улучшение, без перемен, ухудшение. Оценка эффективности учитывала данные объективного обследования, лабораторные, функциональные изменения, динамику контроля БА по опросникам АСТ, ACQ.

Статистический анализ проводился с помощью точного метода Фишера (ТМФ).

Результаты: Анализ полученных данных по эффективности СКЛ выявил отсутствие статистически значимых различий в эффективности СКЛ БА на ЮБК в различные сезоны года по изучаемым градациям.

Выводы: Санаторно-курортное лечение бронхиальной астмы на Южном берегу Крыма эффективно во все сезоны года.

29.
ФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА КУРОРТЕ (РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА)

Автор: Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Масликова Г.Г., Ковальчук С.И., Кожемяченко Е.Н.

Организация: ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», МЗ Республики Крым

Обследовано 300 пациентов с бронхиальной астмой (БА), поступивших на реабилитацию на Южный берег Крыма. С помощью кластерного анализа создана структура из 7 кластеров, которые обозначены как фенотипы БА на курорте. 1-й фенотип – БА у женщин с сопутствующими заболеваниями органов кровообращения и эндокринной системы, частыми и продолжительными обострениями, незначительно сниженной функцией внешнего дыхания (ФВД). 2-й фенотип – БА у женщин молодого возраста с ранним дебютом и тяжелым, неконтролируемым течением заболевания, выраженными симптомами, значительным ограничением физической активности, лейкоцитарно-эозинофильным паттерном воспаления, значительным снижением ФВД и обратимой обструкцией бронхов. 3-й фенотип – БА преимущественно у мужчин среднего возраста со стажем курения, неконтролируемым течением заболевания, частыми обострениями, выраженными симптомами, эозинофильным паттерном воспаления, значительным снижением ФВД на фоне фиксированной обструкции. 4-й фенотип – БА чаще у женщин без стажа курения с полным или частичным контролем течения заболевания, незначительными клиническими проявлениями, сохраненными ФВД и двигательной активностью. 5-й фенотип – БА преимущественно у женщин старшего возраста с поздним дебютом заболевания, метаболическим синдромом, частыми и длительными обострениями, эозинофильным паттерном воспаления и сохранной ФВД. 6-й фенотип – БА у мужчин и женщин с возможным стажем курения, нечастыми и недлительными обострениями, незначительно сниженной ФВД на фоне фиксированной обструкции и малогранулоцитарным характером воспаления. 7-й фенотип – БА у женщин и мужчин старшего возраста с ранним дебютом и длительным стажем болезни, умеренно сниженной ФВД с фиксированной обструкции, с ожирением, и на фоне ишемической болезни сердца и/или сахарного диабета.

30.
ВЛИЯНИЕ ОСНОВНЫХ БИОПОЛЛЮТАНТОВ ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Пирогова М.Е.

Организация: КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь

Цель исследования: изучение влияния растительных биополлютантов Южного берега Крыма (ЮБК) на эффективность санаторно-курортного лечения бронхиальной астмы (БА) в различные сезоны года.

Материалы и методы: Аэропалинологические исследования проводились в 2011–2013 гг. гравиметрическим методом с еженедельным круглогодичным изучением стекол-ловушек микроскопическим методом. Изучены анамнестические, клинико-лабораторные данные по историям болезни и опросникам 168 пациентов после санаторно-курортного лечение (СКЛ) на ЮБК. Выделены 4 группы больных БА на-

ходившихся на СКЛ в период воздействия пыльцы сосны крымской, кедра, кипариса вечнозелёного, амброзии.

Для оценки эффективности СКЛ больных БА изучена динамика 25 показателей:
- 13 клинических: кашель, мокрота, одышка, приступы удушья, физическая активность, характер дыхания;
- 8 функциональных: частота дыхания, ЧСС, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, СОС25–75, ПОСВ, 6МШТ;
- 4 лабораторных: количество эозинофилов в крови, а также лейкоцитов, макрофагов, эозинофилов в мокроте.

На основе этих показателей вычислялся обобщенный клинический, функциональный, лабораторный индексы эффективности, всех показателей – интегральный индекс эффективности.

Результаты: Сопоставление обобщённых индексов эффективности СКЛ БА в на ЮБК не выявило статистически значимых различий между группами пациентов, проходивших СКЛ в периоды пыления кипариса, кедра, сосны и амброзии по клиническому, функциональному, лабораторному, интегральному индексам.

Выводы:

1. Санаторно-курортное лечение БА на ЮБК эффективно во все сезоны года и не зависит от основных его растительных биополлютантов.
2. Позитивные изменения выявлены по всем изучаемым индексам. Более высокие значения интегрального индекса выявлены в период нахождения в воздухе пыльцы растений класса хвойных.

31.
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИ-IGE-ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Игнатова Г.Л., Блинова Е.В.

Организация: Южно-Уральский Государственный медицинский университет, кафедра терапии ИДПО

Цель: оценка эффективности и безопасности анти-IgE-терапии атопической тяжелой неконтролируемой БА, а также анализ влияния терапии на динамику функции легких.

Материалы и методы: в 2016 году на базе областной клинической больницы № 4 г. Челябинска в создан регистр больных, нуждающихся в анти-IgE- терапии (38 пациентов). С ноября 2016 г. 34 пациента получают терапию омализумабом – 8 мужчин (23,5%) и 26 (76,5%) женщин в возрасте от 18 до 63 лет, продолжительность заболевания – 17,1 ± 2,34 года. У всех пациентов имеется сопутствующая аллергическая патология (аллергический ринит – у 100%, атопический дерматит – у 26,5%, пищевая аллергия у 44,1%, поллиноз у 79,4%). Уровень общего IgE в крови от 72 до 787 МЕ/мл. Все больные получали базисную комбинированную терапию иГКС и ДДБА в высоких дозах, 28 пациентов (82,35%) дополнительно принимали системные ГКС, 19 (55,9%) – антилейкотриеновые препараты. За 6 мес терапии омализумабом (препарат назначался в соответствии с уровнем IgE и массой тела) частота обострений БА снизилась на 82,7% ($p<0,001$), не было госпитализаций, связанных с обострением БА. Существенно изменились результаты АСТ-теста: от 6,74±3,52 до начала лечения до 19,85 ±5,12 ($p<0,001$). Суммарный балл ACQ-7 до

начала терапии – 3,84±3,38 балла, в динамике – 2,05±1,67 балла (p<0,01). Отмечался статистически достоверный прирост скоростных показателей бронхиальной проходимости: до лечения ОФВ1 = 39,84 ± 0,97% от должных величин, к 6 мес терапии ОФВ1= 84,22 ± 1,59% (p<0,001). На фоне лечения нежелательных явлений и побочных реакций не зарегистрировано.

Выводы: применение омализумаба в дополнение к базисной терапии у пациентов с тяжелой неконтролируемой атопической БА наряду со значимым клиническим улучшением, позволяет достичь нормализации функциональных параметров функции внешнего дыхания даже через полгода применения.

32.
АНАЛИЗ УРОВНЯ ЛЕПТИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Автор: Игнатова Г.Л., Макарова Е.А.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Цель: оценить содержание лептина и интерлейкина-6 (IL-6) в плазме крови при бронхиальной астме (БА) у женщин в постменопаузальном периоде в зависимости от ИМТ.

Методы исследования: обследованы 34 женщины, наблюдавшиеся с БА в городском пульмонологическом центре на базе ОКБ № 4 г. Челябинска в 2016–2017 гг., которые были разделены на две сопоставимые группы в зависимости от ИМТ: группа 1 (14 пациенток) – ИМТ от 18,5 до 29,99; группа 2 (20 пациенток) – ИМТ свыше 30,0. Все пациентки находились в постменопаузе (критерий включения). Данные представлены как медиана (25 квартиль; 75 квартиль). Достоверность различий оценивали по критерию Манна-Уитни.

Результаты: Средний возраст пациенток исследуемых групп составил 64 (58; 69) года, между группами возраст достоверно не отличался. У пациенток в группе 1 показатель ИМТ составил 27,9 (24,1; 28,9), у пациенток в группе 2–34,5 (32,8; 39,4), различия между группами были достоверны (p<0,001). Уровень лептина в плазме крови в обеих группах превышал референсное значение (11,1 нг/мл), средний показатель в группе 1–29,5 (21,9; 38,7), в группе 2–60,9 (45,6; 84,1), различия между группами были достоверны (p<0,001). При оценке корреляции ИМТ и количества лептина была выявлена сильная достоверная прямая взаимосвязь (r=0,7; p<0,05). Уровень IL-6 не превышал референсное значение (10 пг/мл), средний показатель в группе 1–0,7 (0; 1,2), в группе 2–5,0 (3,8; 6,2), различия между группами были достоверны (p<0,003). Между ИМТ и количеством IL-6 также выявлена сильная достоверная прямая взаимосвязь (r=0,7; p<0,05).

Заключение: У всех пациенток с БА уровень лептина был выше референсного значения, находясь при этом в прямой взаимосвязи с ИМТ. Уровень IL-6 был достоверно выше у пациенток с ожирением и находился в прямой взаимосвязи с ИМТ.

33.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Мельник А.В.–1, Логвиненко Н.И. – 2

Организация: ГБУЗ НСО ГКБ№ 25 – 1, ГБОУ ВПО НГМУ, г. Новосибирск – 2

Цель данного исследования: сравнение эффективности применения комбинированных ингаляционных препаратов у пациентов, страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести в период неконтролируемого течения.

Методы исследования: Проведен анализ медицинских карт 55 пациентов (34 женщин, 21 мужчина), с неконтролируемой БА средней степени тяжести, среднего возраста (43,6 ±1,9 лет), со стажем заболевания в среднем 8,6±1,3 года. В первую группу вошли пациенты, которым был назначен Формотерол/Будесонид (Инг. Симбикорт), второй группе назначен Беклометазон/Формотерол (Инг. Фостер). Оценка эффективности проводилась на 10 сутки госпитализации: по уровню контроля симптомов астмы (тест ACQ-5) и показателя объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), оценка качества жизни проводилась при помощи русской версии респираторного вопросника госпиталя Святого Георгия (SGRQ).

Результаты: За время наблюдения значительно снизились клинические и функциональные проявления БА в обеих группах. Однако среднее значение ОФВ 1 было больше у больных получающих Формотерол/Будесонид. Результат теста ACQ-5 снизился до 1,5±0,2 балла – в первой группе, до 1,8±0,2 балла – во второй. Достигнутый уровень ОФВ1 существенно не отличался (81±2% от должного). Пациенты первой группы выше оценивали свое качество жизни («Симптомы» 50,7±3,5, «Активность» 31,0±3,3, «Влияние» 17,2±1,8) по сравнению со второй группой («Симптомы» 53,1±3,5, «Активность» 36,4±3,2, «Влияние» 18,1±3,0).

Заключение: Комбинированная терапия Формотерол/Будесонид оказалась предпочтительнее у пациентов с неконтролируемой БА средней степени тяжести, по сравнению с комбинацией Беклометазон/Формотерол.

34.
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА-ХОБЛ OVERLAP SYNDROM

Автор: ИШМУХАМЕТОВА А.Н. – 1, ГИЛЯЗОВА Э.А. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия,
2 – НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Уфа ОАО «РЖД», Уфа, Россия

Цель: изучение клинической картины и иммунного статуса больных БА-ХОБЛ в период обострения при использовании в составе комплексной терапии препарата Деринат.

Материалы и методы: обследовано 33 пациента Клиники БГМУ и НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Уфа ОАО «РЖД» с обострением БА-ХОБЛ overlap syndrom в возрасте старше 60 лет. Мужчины 20 (60,6%), женщины 13 (39,4%).Оценка обострения БА-ХОБЛ проводилась по шкале BODE. Иммунологическое обследование методом иммуноферментного анализа. В первой группе (17чел) в стандартную терапию обострения БА-ХОБЛ (Симбикорт 4,5/160 мг по 2 вдоха

2 раза в день, Сибри 50 мкг) добавили 1,5% р-р 5 мл иммуномодулятора Деринат в/м через день № 7, во второй группе (16 чел) – стандартная терапия без Дерината.

Результаты: Все пациенты, входившие в исследование, имели индекс BODE в интервале от 4 до 9 баллов. При этом у 18 пациентов индекс составил от 4 до 6 баллов, а у 9 (среди которых все были мужчины) 7–9 баллов, что говорит о возможном неблагоприятном прогнозе заболевания. По показателям ОФВ1, теста 6-минутной ходьбы и тяжести респираторных симптомов (шкала одышки по MRC) пациенты1-й группы, получающие терапию 1,5% р-ром Деринат по 5 мл через день в составе комплексной стандартной терапии БА-ХОБЛ, достоверно не отличались от пациентов 2-й группы в лечении которых Деринат не использовался. Под влиянием Дерината в составе стандартной терапии БА-ХОБЛ показатели ИЛ-6и ФНО-α достоверно снижались. Снижение НСТ-теста в результате лечения обострения БА-ХОБЛ подтверждало тригеррную роль бактериальных патогенов в генезе обострения БА-ХОБЛoverlapsyndrom.

Выводы: Включение Дерината в курс терапии с обострением БА-ХОБЛ снижает маркеры ранней воспалительной реакции ИЛ-6 и ЦИК.

35.
ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ЭНДОТОКСИН У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Белоглазов В.А., Знаменская Л.К., Попенко Ю.О.

Организация: Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского Федерального университета им. В.И. Вернадского

Целью работы: было установить особенности гуморальных и клеточных эндотоксинсвязывающих систем (ЭСС) у больных легкой (аллергической) и тяжелой (смешанной) БА.

В исследование вошли 98 пациентов БА легкого течения (J45.0), с сезонными обострениями, положительными пробами на пыльцевые аллергены и 109 больных с диагнозом тяжелой неконтролируемой БА (J 45.8).

Все исследуемые прошли комплексное клинико-лабораторное обследование, включая спирографию, изучение индуцированной мокроты (ИМ). Оценка уровня контроля БА проводилась по опросникам ACQ.

Изучение ЭСС проводили методом ELISA для определения уровня в крови антиэндотоксин (антиЭТ)-Ig A, G и M и секреторного антиЭТ-sIgA, СРБ, ЛПС связывающего белка (LBP); проточной лазерной цитометрии для определения концентрации толл подобных рецепторов 4 типа (TLR4) на моноцитах и нейтрофилах

Установлено, что при БА J45.0 преобладал эозинофильный характер ИМ (97,3%), хороший уровень контроля в предсезонный период (от 0,213 до 0,28) в период поллинации причинно значимого аллергена увеличивался до 0,42±0,12 баллов ($p<0,01$). При исследовании ЭСС параметры антиЭТ антител LBP, СРБ, TLR4, ЭТ-R в крови, не выходили за пределы диапазона нормы. У больных БА J45.0 выявлено повышение концентрации в ИМ LBP на фоне снижения секреторного анти-ЭТ-sIgA.

У больных тяжелой БА (J 45.8) преобладал эозинофильно-нейтрофильный тип ИМ (51%), уровень контроля по ACQ от 3,5 до 4,0, выявлен дисбаланс ЭСС в виде достоверного повышения уровня сывороточного анти-ЛПС IgM в 1,9–2,3 раза, LBP и СРБ, повышение экспрессии TLR4 на моноцитах ($p <0,01$). Зарегистрировано повышение секреторного анти-ЭТ-sIgA в ИМ ($p<0,01$).

Гетерогенность иммунного ответа на ЭТ при различных фенотипах БА может быть использована для разработки лечебных и профилактических стратегий.

36.
СТАБИЛЬНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Автор: Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В., Знахуренко А.А., Реброва С.А., Асатиани Н.З.

Организация: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования: определение стабильности фиксированной обструкции (ФО) дыхательных путей (ОФВ1/ФЖЕЛ<0.70 после пробы с бронхолитиком) у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: обследовано 22 амбулаторных пациентов с БА легкого течения, 37 пациентов со среднетяжелой астмой и 37 больных тяжелой (критерии ERS/ATS, 2014) БА в возрасте 18–82 лет без сопутствующей ХОБЛ. Ранее не получали ИГКС 41% больных легкой и 24% больных астмой средней степени тяжести. Все больные тяжелой астмой исходно применяли средние/высокие дозы ИГКС. Анамнез курения имелся у 41% пациентов с легкой астмой, 27% пациентов со среднетяжелой БА и 35% больных тяжелой астмой. Больным была назначена терапия ИГКС согласно ступеням GINA (2014–2016). Спирометрия (Vitalograph 2120) выполнялась каждые 3 месяца.

Результаты: доля пациентов с ФО в течение года не изменилась и составила 18% исходно и 18% через 12 месяцев ($p>0.05$) при легкой астме, 41% и 38% ($p>0.05$) при БА средней тяжести, 87% и 84% ($p>0.05$) при тяжелой астме. Среди изначально имевших ФО пациентов в 86% случаев она стабильно присутствовала в течение года. У 7 пациентов (2 – с легкой астмой, 4 – со средней тяжестью БА, 1 – с тяжелой астмой), получавших регулярную терапию ИГКС и прекративших курить отмечалось восстановление обратимости бронхиальной обструкции. У 2 пациентов с легкой и 3 пациентов с астмой средней тяжести впервые возникла ФО. Эти пациенты были некомплаентны к лечению ИГКС, продолжали курить и не получали лечения по поводу аллергического ринита.

Заключение: ФО представляется преимущественно стабильным фенотипом БА. Ее развитию способствуют неадекватное лечение астмы и курение. Регулярная терапии ИГКС и отказ от курения у части пациентов могут привести к восстановлению обратимости обструкции.

37.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Г.П. Победенная – 1, Т.А. Скиба – 1, Е.С. Штыка – 2, Т.В. Колесниченко – 2

Организация: 1 – ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,
2 – ГУ «Специализированная железнодорожная больница», г. Луганск, ЛНР

Важными медиаторами воспаления при бронхиальной астме (БА) рассматривают лейкотриены (ЛТ).

Цель работы: определить динамику LTB4 в сыворотке крови и моче пациентов с тяжелой персистирующей БА на фоне базисного лечения с применением антилейкотриенового препарата (АЛП) монтелукаста.

Материал и методы: исследовано 89 больных со среднетяжелым обострением БА тяжелого персистирующего течения в возрасте (34,5±3,7) г., в т.ч. мужчин – 35 (39,3%), женщин – 54 (60,7%), которые по виду терапии были разделены на 2 группы – основную (45 человек) и сравнения (44 больных). Больные основной группы получали базисные средства согласно протоколу с включением монтелукаста натрия в дозе 10 мг (1 таб.) на ночь. Больным группы сравнения АЛП по разным причинам (высокая стоимость, плохая переносимость и др.) не назначался. Концентрацию LTB4 в сыворотке крови и моче больных изучали при поступлении в стационар, при выписке и через месяц диспансерного наблюдения методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных коммерческих наборов.

Результаты: При поступлении в стационар концентрация ЛТВ4 в сыворотке крови утром в 16,7 раз ($p<0,001$) была выше, чем у здоровых лиц с отсутствием динамики в вечернее время у всех пациентов. В моче значения ЛТВ4 были выше, чем у здоровых, в 3,7 раза ($p<0,01$). При выписке в основной группе утреннее значение ЛТВ4 снизилось в 1,4 раза от исходного, но осталось, в 12,3 раза ($p<0,001$), а вечернее – в 11,0 раз ($p<0,001$) выше, чем у здоровых лиц. Через 1 месяц уровень ЛТВ4 в сыворотке крови больных основной группы снизился от уровня при выписке в 2,1 раза, но остался выше нормы в 11,4 раза ($p<0,001$). Уровень ЛТВ4 в утренние часы при выписке у пациентов группы сравнения был выше, чем в основной группе, на 10,2%, в вечерние – не отличался от таковых в основной группе, и не снизился значимо через 1 месяц. В моче пациентов обеих групп концентрация ЛТВ4 несколько возросла.

Таким образом, отсутствие существенной динамики ЛТВ4 у пациентов, которые получали монтелукаст, от аналогичных у пациентов, которым он не назначался, подтверждает его недостаточную эффективность на этот вид ЛТ и предопределяет поиск путей повышения эффективности лечения.

38.
ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА ДОСТАВОЧНОГО УСТРОЙСТВА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Автор: Белоглазов В.А., Знаменская Л.К., Шадчнева Н.А., Паневская Г.Н.

Организация: Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Контроль бронхиальной астмы достигается правильным подбором дозы, выбором доставочного устройства (ДУ), обучением пациентов правильной технике ингаляции на амбулаторном уровне.

Материалы и методы: 29 больных бронхиальной астмой в возрасте 28–66 лет, использующих будесонид с формотеролом в дозе 320\9 мкг (21 пациент – Симбикорт Турбухалер (Т) и 8 пациентов – ДуоРесп Спиромакс (С)). Стаж применения данных ингаляторов 2–12 месяцев. Оценивался уровень знаний и навыков использования ДУ, в ходе беседы подробно объяснялись правила использования ингалятора с опорой на инструкцию, проводилось обучение на демонстрационном устройстве. На двух последующих визитах с интервалом в 1 неделю контролировалось усвоение навыков, повторялось обучение.

Результаты исследования: на 1-м визите значимые ошибки допускали 80,1% пациентов, использующих Т и 12,5% пациентов, использующих С. Все пациенты, применяющие Т, считали технику ингаляции сложной, 14,3% из них были убеждены в неисправности своего ингалятора (неправильно оценивали показания счетчика, не слышали щелчка при повороте корпуса ДУ). Ко второму визиту в данной группе частота ошибок при ингаляции уменьшилась вдвое, все пациенты были уверены в исправности ДУ, однако 42,9% продолжали считать технику ингаляции сложной. К третьему визиту 23,8% пациентов, использующих Т, были готовы отказаться от проведения базисной терапии, и им был предложен ингалятор С, при применении которого у всех пациентов отмечалась приверженность к терапии, отсутствовали технические ошибки, правильно контролировалась дозировка препарата. Данная тенденция прослеживалась на всех визитах, что позволяет сделать вывод о том, что пациентам, допускающим систематические ошибки при ингалировании, склонным к прерыванию лечения, следует рекомендовать ДуоРесп Спиромакс.

39.
КОРРЕКЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОГЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазуткин Н.Н., Лазаренко Л.Л., Базилевич А.Ю., Бардов В.С.

Организация: ГБОУ ВПО Амурская ГМА, ООО «МЛДЦ «Евгения», ДНЦ ФПД

Цель: изучить динамику интерферонового статуса и интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов in vitro у больных микогенной бронхиальной астмой (БА) до, на фоне и после окончания лечения циклофероном

Материалы и методы: обследовано 54 больных БА. Средний возраст больных составил 43,2 г. У всех пациентов обострение астмы было спровоцировано ОРВИ. Интерфероновый статус оценивали методом ИФА с использованием наборов для определения IFN-γ и IFN-α фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск). Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от уровня содержания IFN в сыворотке пе-

риферической крови. В 1 группу были включены 11 (20,4%) пациентов, у которых уровень IFN-γ в сыворотке крови был в пределах вариабельности контрольных значений (4,5–7,7 ЕД/мл). Во 2 группу вошли 19 (35,2%) больных с низким уровнем IFN-γ (<4 пкг/мл), а в 3 группу – 24 (44,4%) пациента с высоким уровнем IFN-γ (>8 пкг/мл). Циклоферон применялся по общепринятой схеме.

Результаты: мониторинг сывороточного IFN-γ показал, что уровень данного цитокина во всех группах после лечения был приблизительно одинаковым. Через 1 месяц после лечения циклофероном в сыворотке крови больных 2 и 3 группы отмечался достоверный ($p<0,05$) подъем сывороточного IFN-γ по сравнению с тем уровнем, которого он достигал через 2 недели после начала лечения. В целом, значение этого показателя у больных сравниваемых групп оставалось в пределах верхней границы нормы. Результаты стендовых исследований показали, что циклоферон обладает моделирующей способностью влиять на синтез лейкоцитами крови IFN-α и IFN-γ.

Выводы: таким образом, циклоферон может быть рекомендован в качестве препарата выбора и для профилактического приема больными микогенной БА в период эпидемических вспышек респираторных инфекций.

40. БИОМАРКЕРЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Автор: Н. Асатиани, Г.Р Сергеева, А.В. Емельянов

Организация: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Цель: определить клиническую значимость биомаркеров эозинофильного воспаления дыхательных путей: оксида азота выдыхаемого воздуха и эозинофилии периферической крови при бронхиальной астме (БА).

Материалы и методы: обследовано 106 амбулаторных пациентов с БА средний возраст 43±1,6 г. Выполнялись спирометрия с бронходилатационным тестом, измерялись индекс массы тела (ИМТ), уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO), оценивался уровень эозинофилов в периферической крови. Контроль астмы определялся с помощью международного вопросника ACQ-5.

Результаты: среди обследованных пациентов активно курили 20%, 7% курили раньше. В 15% случаев выявлено ожирение (ИМТ≥30кг/м2). Ранее в лечении ИГКС использовались у 19%. Неконтролируемое течение БА (ACQ5 ≥1,5баллов) чаще отмечалось у курящих пациентов (52% vs25%, $p<0.01$), наличие ожирения не влияло на частоту неконтролируемой БА (33%vs33%, $p>0.05$). Повышение FeNO более 25ppb было у 41% пациентов (средний FeNO 34±4,0ppb). У активно курящих больных БА уровень FeNO был ниже, чем у некурящих (20ppb vs34ppb, $p<0.05$). Средний уровень FeNO у пациентов с ожирением и без ожирения не отличался (32ppb vs34ppb, $p>0.05$). Ранее получавших ИГКС больных БА FeNO не различался (32ppb vs41ppb, $p>0.05$). У 36% пациентов отмечалось повышение абсолютного количества эозинофилов в периферической крови более 300кл/мкл, у 53%-более 150кл/мкл. Была выявлена положительная корреляционная связь между уровнем FeNO и эозинофилией периферической крови ($r=0.51$, $p<0.05$) у некурящих.

Заключение: значительная часть пациентов с БА имеют неконтролируемое течение заболевания с эозинофильным воспалением дыхательных путей. Курение меша-

ет достижению контроля при БА. Уровень FeNO не повышается у курящих больных с БА. Эозинофилия периферической крови коррелирует с FeNO у некурящих пациентов

41.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В УЗБЕКИСТАНЕ

Автор: Убайдуллаев А.М., Джамбекова Г.С., Убайдуллаева Н.Н.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова, Узбекистан, г. Ташкент

Распространенность бронхиальной астмы (БА) в Узбекистане имеет тенденцию к увеличению, Число больных, страдающих тяжелой БА увеличилось почти в 20 раз (с 0,7 до 17,5%). Заболеваемость БА различается по регионам Узбекистана с максимумом среди детей Каракалпакии. По данным Республиканского аллергоцентра, доля больных БА составляет 42–65% от общего числа больных аллергическими заболеваниями. Исследования, проведенные на основе изучения обращаемости больных в медицинские лечебно – профилактические учреждения не отражают истинную картину распространенности БА, так как не все случаи регистрируются, нередки случаи подмены диагноза БА другими. Требуют решения вопросы ранней диагностики. Нередко, начавшись еще в детстве, БА накладывает существенный отпечаток на дальнейшую судьбу (ограничение профессионального выбора, занятия спортом, социальная деятельность и т.д.). Это имеет особое значение для нашей страны, т.к. Узбекистан – страна молодого населения, где, по состоянию на начало 2017 года лица младше 15 лет составляют 26.5% и сегодня назрела необходимость по разработке программ по выявлению лиц с риском по развитию БА и аллергии. Серьезной проблемой является высокая смертность от астмы, в результате ее неконтролируемого лечения. Пульмонологи Узбекистана работают в тесном контакте с российским коллегами и специалистами разных стран, и относятся с полным доверием к программе лечения БА, которая подразумевает контроль над ее течением. Эта концепция является основополагающей в пульмонологической службе современного Узбекистана. Важной проблемой остается необходимость изучения и мониторирования истинной картины распространенности БА и выявления лиц с предрасположенностью к аллергии и риском развития астмы.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

42.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Автор: Косякова Н.И.

Организация: ФГБУЗ Больница Пущинского Научного Центра РАН, г. Пущино

Современные требования терапии бронхиальной астмы (БА) у детей легли в основу персонализированного подхода (GINA-16).

Цель: изучить течение, назначаемую базисную терапию БА у детей в реальной клинической практике и разработать принципы персонализированного подхода к выбору терапии.

Материалы и методы: Проанализировано течение и назначение базисной терапии у 189 детей с БА по амбулаторным картам, данным клинического осмотра, клинико-аллергологического, иммуно-серологического, микробиологического, молекулярно-биологического обследования и показателей ФВД. Стат.обработка с использованием программы Statistica 6.0. Различия показателей считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Установлена поздняя диагностика и неадекватная терапия у 94 (49,7%) детей в возрасте 5–16 лет, м.-51, д.-43. Курили 32 ребенка (м.18 и д. 14), повышенную массу тела имели 26 детей (м.8 и д. 18). По данным обследования определена ступень терапии 3 у 24

и 4 – у 70 детей. Обострения БА индуцировались вирусной инфекцией до 4–5 раз в году. Выявлен дисбиоз слизистых верхних дыхательных путей. Степень дисбиоза имела прямую корреляцию с уровнем продукции в мокроте и сыворотке INF-γ и ЛИ, что легло в основу персонализированной терапии и профилактики.

Выводы: INF-γ является одним из основных регуляторов экстренной защиты организма от вирусных инфекций и наряду с противовирусной активностью обладает иммунорегулирующими свойствами, имеет значение для определения поляризации иммунного ответа по типу активации Th1. В зависимости от уровня INF-γ и ЛИ разработан дифференцированный подход к назначению базисной и иммуномодулирующей терапии у детей с частыми вирус-индуцированными обострениями БА у детей.

43.
ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗОАНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Автор: Мокина Н.А., Гудкова М.А, Иванова В.Н., Горяинов Ю.А.

Организация: ФГБОУ ВО САМГМУ Минздрава России (г. Самара),
ГБУЗ СО «СОДС «Юность» (г. Самара), ГБУЗ СО «ТГКБ№ 5» (г. Тольятти, Самарская область),
ГБУЗ СО «Кошкинская ЦРБ» (с. Кошки, Самарская область).

Цель: Изучить динамику и взаимосвязь уровня оксида азота (FeNO) в выдыхаемом воздухе, с функциональными показателями при бронхиальной астме (БА), на фоне проводимой фармакотерапии, в детском санатории.

Материалы и методы: обследовано 252 пациента с диагнозом БА в сочетании с аллергическим ринитом, в возрасте от 11 до 15 лет (11,3±2,2 года), из них 157 лиц мужского и 109 лиц женского пола. 101 пациент имел диагноз легкой БА, 139 – среднетяжелой, 12 – тяжелой. Проводимая фармакотерапия – иГКС в виде ДАИ и назального спрея в суммарной дозе 534,8±12,3 мкг/сут в течение 3 недель. Немедикаментозная терапия проводилась в соответствии со стандартом и порядком санаторной помощи МЗ РФ. Оценивались показатели ФВД: ОФВ1, ФЖЕЛ, ПСВ, ОФВ1/ФЖЕЛ; МОС75–25; бронходилатационный тест (БДТ с сальбутамолом); риноманометрия (РМ): назальный поток и сопротивление справа и слева, суммарный назальный поток; NO; астма-тест АСТ. Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS Statistics 12.

Результаты: динамика результатов по тесту АСТ до начала и через 3 недели лечения: 19,3±0,3 и 24,6±0,4 балла соответственно ($p<0,05$). Динамика показателей РМ до начала и через 3 недели лечения: назальный поток справа – 496,1±232,3 и 685,6±195,3; сопротивление справа – 0,67±3,2 и 0,23±0,1; назальный поток слева – 494,4±234,8 и 600,2±168,9; сопротивление слева – 0,54±2,3 и 0,27±0,1; суммарный назальный поток – 989,9±375,1 и 1286,6±293,7 соответственно ($p<0,05$). Динамика показателей NO до начала и через 3 недели лечения: 9,6±10,3 и 6,3±3,2 соответственно ($p<0,05$).

Выводы: При бронхиальной астме (БА), на фоне проводимой в детском санатории фармакотерапии, установлена достоверная взаимосвязь между гиперреактивностью дыхательных путей и FeNO, при которой более низкие уровни FeNO ассоциированы с меньшей гиперреактивностью дыхательных путей и лучшей их функциональной способностью.

44.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Автор: Мокина Н.А., Мазур Л.И., Гудкова М.А, Иванова В.Н., Горяинов Ю.А.

Организация: ФГБОУ ВО САМГМУ Минздрава России (г. Самара),
ГБУЗ СО «СОДС «Юность» (г. Самара), ГБУЗ СО «ТГКБ№ 5» (г. Тольятти, Самарская область),
ГБУЗ СО «Кошкинская ЦРБ» (с. Кошки, Самарская область).

Цель: Провести сравнительный анализ эффективности фармакотерапии при бронхиальной астме в детском санатории, с применением валидной методики оценки качества жизни.

Материалы и методы: в течение 24 недель 26 подростков (14 муж. и 12 жен.) в возрасте 12–14 лет (11,14±0,36 года) с диагнозом персистирующей легкой и среднетяжелой БА получали: фиксированную комбинацию иГКС и пролонгированного симпатомиметика (1-я группа, n=14) или свободную комбинацию данных препаратов (2-я группа, n=12). Средняя доза иГКС по бекламетазону – 270±32,82 мкг в 1-й группе и 250,83±45,02 мкг во второй. Немедикаментозная терапии проводилась в соответствии со стандартом и порядком МЗ РФ по санаторно-курортному лечению. Анализировались показатели спирометрии, астма-теста: исходно, через 3, 12 и 24 недели. Для оценки КЖ использовалась валидная (русская) версия опросника PAQLQ (S). Стат. обработка проводилась с использованием программы SPSS Statistics 19.0.

Результаты: Исходно, обе группы были равнозначны по: уровню контроля БА, результатам АСТ, показателям ФВД и КЖ. На 12-й и 24-й неделях результаты АСТ были лучше во 2-й группе (p<0,05); также во 2-й группе у лиц мужского пола через 12 и 24 недель были лучшие значения проходимости по мелким бронхам МОС75% и МОС50% (p<0,05). Во 2-й группе по интегральному показателю КЖ установлены достоверные различия с 1-й группой: уже через 3 недели наблюдения в группе 2 выявлены лучшие показатели у лиц обоих полов, связанные с меньшими ограничениями в жизненной активности и эмоциональной сфере. Интегральный показатель КЖ по результатам ROC-анализа имел достоверную чувствительность и специфичность (AUROC≥0,5).

Выводы: Установлено, что при БА у детей свободная комбинация иГКС и пролонгированного симпатомиметика по показателям КЖ имела преимущество по сравнению с фиксированной комбинацией; при этом методика оценки КЖ показала достоверную чувствительность и специфичность в данной когорте больных.

45.
ДЕБЮТ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Самигуллина Н.В. – 1, 2, Файзуллина Р.М. – 1, Казакова И.В. – 1, 2, Мамлеева А.Р. – 2, Шалимов П.Г. – 2, Михеева К.Ю. – 2

Организация: ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа – 1, ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г. Уфа – 2

Цель исследования: изучить ранние проявления аллергии у детей с бронхиальной астмой (БА) и у детей с эпизодами бронхообструктивного синдрома (БОС) в раннем возрасте.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 168 детей с БА и 175 клинически здоровых детей с эпизодами БОС в раннем возрасте. Проведено детальное изучение анамнеза и медицинской документации для установления дебюта клинических проявлений аллергии. Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов непараметрической статистики с уровнем достоверности 95%.

Результаты: Установлено, что у большинства детей с БА отмечались ранние аллергические проявления – 144 (85,7%), и лишь у трети детей с БОС- 66 (37,7%). Причем наиболее часто встречались кожные проявления в виде атопического дерматита (АД) –129 (76,8%) у детей с БА и у 45 (25,7%) с БОС (p <0,05). Причем характерен дебют заболевания до 3 лет – 93 (55,4%) у детей с БА и у 38 (21,7%) детей с БОС (p <0,05). Позднее начало проявлений АД отмечено у 36 (21,4%) и у 7 (4,0%) соответственно (p <0,05). Острые аллергические реакции в виде крапивницы и/или отека Квинке зафиксированы у 32 (19,0%) детей с БА и у 12 (6,9%) с БОС (p <0,05). Среди

респираторных аллергических проявлений для детей с БА характерна длительно сохраняющаяся (более 10 дней) заложенность носа – 119 (70,8%) и длительный кашель (более 10 дней) на фоне вирусных инфекций – 131 (78,0%), у детей с БОС – 34 (19,4%) и 48 (27,4%) соответственно (р <0,05). Также у детей с БА чаще отмечались проявления пищевой аллергии – 118 (70,2%) и лекарственной непереносимости- 39 (23,2%), у детей с БОС- у 26 (14,9%) и 12 (6,9%) соответственно (р <0,05).

Заключение: Для детей с БА характерен ранний дебют кожных и респираторных клинических симптомов аллергии как этап формирования атопической болезни.

46.
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Самигуллина Н.В. – 1, 2, Файзуллина Р.М. – 1,
Казакова И.В. – 1, 2, Мамлеева А.Р. – 2, Шалимов П.Г. – 2

Организация: ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа – 1, ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г. Уфа – 2

Цель исследования: совершенствование оказания медицинской помощи детям с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: в работу медицинских учреждений г. Уфы внедрена программа для ЭВМ «Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой». Всего под наблюдением находилось 218 детей с БА. Оценка эффективности использования программы проводилась путем динамической оценки комплаенса и контроля над симптомами заболевания. Производился расчет комплаенса приема препарата, комплаенса дозировок и комплаенса пунктуальности проводимой базисной терапии до внедрения программы и спустя 3 месяца после начала ее использования. Аналогично проводилось исследования уровня контроля над БА с использованием «Теста по контролю над астмой у детей» (C-ACT, Childhood Asthma Control Test).

Результаты: Программа «Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой» позволяет выполнять функции как ввода информации о пациенте, ведения электронной амбулаторной карты с формированием отчетов, так и регистра, статистического анализа. По результатам внедрения программы отмечается повышение комплаентности в отношении базисной терапии у наблюдаемых пациентов на 18,1% и контроля над БА на 39,3%.

Заключение: в результате внедрения программы «Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой» в работу медицинских учреждений возможно повышение качества оказания медицинской помощи детям с БА.

47.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ

Автор: Мазур Л.И. – 1, Мокина Н.А. – 1, 2, Гудкова М.А. – 2, Иванова В.Н. – 3

Организация: 1 – ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара),
2 – ГБУЗ СО «СОДС «Юность» (г. Самара),
3 – ГБУЗ СО «ТГКБ№ 5» (г. Тольятти, Самарская область)

Цель: Изучить эффективность антилейкотриенового препарата зафирлукаста в сравнении с низкими дозами иГКС (бекламетазона дипропионата – БДП), у детей с бронхиальной астмой (БА) в период лечения в детском пульмонологическом санатории.

Материал и методы: В открытом проспективном сравнительном исследовании была изучена эффективность: зафирлукаста в дозе 40 мг/сут. и БДП в дозе 400 мкг/сут. у детей 12–14 лет с легкой персистирующей и среднетяжелой БА, в течение 21 дня пребывания в санатории и за 9 недель после выписки. Средний возраст в группе зафирлукаста (n=22) составил 12,23±0,86 лет, в группе БДП (n=18) 12,09±0,73 лет. Немедикаментозная терапия проводилась в соответствии с порядком и стандартом санаторной помощи МЗ РФ. Стат. обработка данных-IBM SPSS Statistics 19.0.

Результаты: Улучшение утренней ПСВ отмечалось в обеих группах: прирост на 13,6 мл для зафирлукаста и прирост на 14,0 мл для БДП ($p>0,05$). Уменьшение частоты симптомов БА и применения сальбутамола «по требованию», отмечено в обеих группах ($p\geq0,01$). Соотношение пациентов «ответивших на лечение» в виде прироста утренней ПСВ ($p<0,05$) от 0% до >20% было одинаковым в обеих группах. Прирост утренней ПСВ от 10 до 20% был достигнут у 11% пациентов в группе зафирлукаста и 20% в группе БДП. Наибольший прирост утренней ПСВ отмечался по уровню свыше 20% и составлял 26 и 35% в группах зафирлукаста и БДП соответственно. Согласно проведенному по окончании исследования опросу, предпочтения пациентов, при условии предоставления выбора, были бы отданы в 70% случаев – пероральному приему таблеток зафирлукаста и в 28% случаев – ингаляционному применению БДП ($p<0,001$); не имели предпочтений 2% больных.

Выводы: Нами отмечалось более значимое улучшение показателей ФВД, на фоне применении БДП, по сравнению с зафирлукастом., при паритетном уменьшении применении сальбутамола «по требованию» и снижении клинических симптомов как при применении БДП, так и зафирлукаста. В 2,6 раз чаще пациенты предпочитали зафирлукаст, по сравнению с БДП, что является важным нюансом для подростков в возрасте старше 12 лет, влияя на комплаенс (приверженность) к проводимой терапии.

48.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА

Автор: Мазур Л.И. – 1, Мокина Н.А. – 1, 2, Гудкова М.А. – 2, Иванова В.Н. – 3

Организация: 1 – ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара),
2 – ГБУЗ СО «СОДС «Юность» (г. Самара),
3 – ГБУЗ СО «ТГКБ№ 5» (г. Тольятти, Самарская область)

Актуальность: Бронхиальная астма (БА) приводит к снижению качества жизни, может явиться причиной инвалидности и смертности. По данным ряда исследователей, существует связь между ожирением и увеличением риска развития БА более тяжелого течения, у детей. Дальнейшие исследования должны пролить свет, в том числе, на прогноз при БА у подростков с избыточным весом.

Цель: Изучить взаимосвязь функциональных и лабораторных параметров, у подростков с бронхиальной астмой при избыточной массе тела.

Материал и методы: Обследовано 92 пациента с БА в стадии ремиссии (12,04±2,08 лет), в том числе девушки – 39 чел. и юноши 53 чел. Разделение пациентов на группы производилось нами после анализа показателей индекса массы тела по биоимпедансометрии (БИМ), при сверке полученных показателей ИМТ по БИМ с перцентильными поло-возрастными таблицами: 1 гр. из 43 чел., 11,99±1,1лет, с ИМТ <24,5 (17,1±2,2),– 2 гр.– из 48 чел. 12,35±1,4лет с ИМТ ≥25,0, (25,9±2,5). Анализировались: астма-тест, спирометрия, биоимпедансометрия (БИМ), лептин крови. Математический анализ-IBM Statistics 19.0.

У пациентов с БА и избыточным весом, была установлена отрицательная параметрическая и непараметрическая корреляция между показателями ФВД и лептином крови: по Пирсону -МОС50 и МОС25, при $p<0.05$, и по Спирмену – ПСВ ($r= -0,434$), МОС75 ($r= -0,485$), МОС25 ($r= -0,489$), при $p<0.05$, а также высоко достоверная отрицательная корреляция между лептином и МОС50 ($r= -0,614$), при $p<0.01$. При этом более высоким значениям лептина соответствовали более низкие значения параметров спирометрии. Такие результаты подтверждает обратно пропорциональную взаимосвязь лептина и респираторной обструкции и его косвенную роль в системном воспалении, поскольку, чем выше уровень лептина крови, тем ниже параметры воздухоносной проходимости на различных уровнях дыхательных путей.

Выводы: Таким образом, изучение особенностей взаимосвязи между функциональными и лабораторными показателями, у подростков с БА и избыточной массой тела, у подростков, показало, что более высокие уровни лептина крови коррелировали с более низким значениям показателей спирометрии, то есть более выраженным обструктивным нарушениям,– на различных уровнях респираторных путей.

49.
ОСОБЕННОСТИ ВИРУСИНДУЦИРОВАННЫХ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Автор: Бриткова Т.А., Лекомцева О.И., Казарин Д.Д.

Организация: ФБГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия

Целью работы явилось: изучение особенностей вирусиндуцированных обострений бронхиальной астмы (БА) у детей в эпидемические сезоны 2012–2016 гг.

Материалы и методы исследования: анализ клинико-лабораторных данных 59 историй болезни детей в возрасте от 2-х до 14 лет, находившихся на стационарном лечении с обострением БА на фоне идентифицированной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Вирусологическая диагностика проводилась методом ПЦР рото- и носоглоточных смывов. Полученные результаты: преобладали дети дошкольного возраста (63,2%), доминирующими являлись респираторно-синцитиальная (РСВ) и парагриппозная инфекции (49,1% и 27,1%). Также, встречались: гриппозная, риновирусная, аденовирусная и бокавирусная инфекции (23,8% суммарно). В клинической картине вирусиндуцированных обострений БА прослеживались клинико-эпидемиологические особенности: контакт с больными ОРВИ, наличие интоксикационного, лихорадочного синдромов. Синдром бронхиальной обструкции носил затяжной характер. В 94,5% клинических наблюдений использовались различные варианты ингаляционной терапии: ингаляции Беродуала и атровента, у 57, 6% – ингаляции суспензии будесонида, инфузионная терапия с метилксантинами проведена у 32,2% больных. У 66,1% детей раннего возраста были назначены антибиотики. В целом, у 16,7% наблюдаемых детей была диагностирована, также, внебольничная пневмония. В данной группе прослеживались неблагоприятные факторы: отсутствие регулярной базисной терапии, вакцинации от пневмококковой инфекции и гриппа. У 100% больных применялись противовирусные препараты (анаферон –40,6%, виферон – 33,5%, генферон –27,1%).

Выводы: Вирусиндуцированные обострения БА наиболее часто связаны с РСВ и вирусами парагриппа, протекают в затяжной форме и требуют госпитализации.

50.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Мустафаев И.А. – 1, Аллахвердиева Л.И. – 2, Богданова А.В.–3, Титова О.Н. – 4

Организация: 1 – НИИ Легочных Заболеваний Азербайджана, Баку,
2 – Азербайджанский Медицинский Университет, Баку,
3 – 1 Медицинский университет им. акад. Павлова, НИИ Пульмонологии, Россия, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: Проанализировать и оценить результаты длительного наблюдения за детьми с бронхиальной астмой

Материалы и методы исследования: Проанализированы истории болезней и амбулаторные карты 113 детей с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 4до 15 лет. На каждого больного была составлена формализованная карта- опросник, состоящая из 34 вопросов с фиксированным набором ответов

Результаты исследования: Манифестация БОС в возрасте 3–5 лет наблюдалась в 97 (86,1%) случаях, у 6 (5,3%) больных – в 7–10 лет и лишь в 10 (9.1%) наблюдениях отмечалась относительно ранняя манифестация заболевания, хотя клинические проявления атопии в виде ринита, дерматита, коньюктивита наблюдалась периодически у всех детей. Динамическое наблюдение за больными позволило оценить особенности клинического течения заболевания в зависимости от возраста ребенка и проводимой терапии. 34 (30%) ребенка выпали из контроля через 2 года динамического наблюдения. В большинстве случаев характер течения заболевания менялся. Однако, в 11(10,1%) наблюдениях не было изменений в течение заболевания за пятилетний период наблюдения. Это были больные с сочетанной формой патологии средней тяжести с частотой обострения 1–2 раза в год. Ухудшение течения заболевания, выражавшееся

в учащении частоты приступов, удлинении периода обострения и укорочения сроков ремиссии отмечалось у 21(18,5%) больного. Заболевание протекало более тяжело в случаях несоблюдения гипоаллергенной диеты и быта, а также схемы длительной плановой терапии. В 6(5,3%) случаях соблюдения всех правил лечения и профилактики заболевания БА протекала более легко и переходила в контролируемую фазу течения. В 41 (36,2%) наблюдениях в возрасте 13–14 лет отмечалась выраженная положительная динамика клинического течения заболевания, выражавшаяся в полном отсутствии проявлений БОС в течение 1–2 лет. Это были больные с ранней манифестацией болезни, придерживающиеся гипоаллергенной диеты и быта и находившиеся на длительной базисной терапии.

Заключение: Анализ отдаленных результатов наблюдения показали, что наиболее выраженная положительная клиническая динамика заболевания достигается в случаях ранней манифестации заболевания и соблюдения правил гипоаллергенного образа жизни и плановой терапии

51.
ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ БЕТА2-АГОНИСТОВ, В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Автор: Карунас А.С.–1, 2, Федорова Ю.Ю. – 1, Мурзина Р.Р. – 3, Гатиятуллин Р.Ф. – 4, Хуснутдинова Э.К. – 1, 2

Организация: ФГБУН Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра Российской академии наук, Уфа – 1,
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», Уфа – 2,
ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», Уфа – 3;
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Уфа – 4.

Цель: Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием многофакторной природы, в большинстве случаев характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей. Эффективность лекарственной терапии БА во многом определяется генетическими факторами, которые необходимо учитывать при определении тактики лечения. Целью данной работы явилось изучение полиморфных вариантов генов, участвующих в метаболизме бета2-агонистов (ARG1, ADCY9, THRB, CRHR2), у больных БА и в контрольной группе индивидов.

Методы: Материалом для исследования служили образцы ДНК детей, больных БА (N=200), и индивидов контрольной группы (N=210) русской, татарской и башкирской этнической принадлежности. Генотипирование полиморфных вариантов генов выполнено методом ПЦР в реальном времени.

Результаты: Проведено генотипирование и анализ ассоциации полиморфных вариантов исследованных генов с развитием БА, эффективностью лечения и тяжестью течения заболевания с учетом данных функциональных методов исследования, АСТ-теста и типа применяемой терапии. Установлена ассоциация генотипа rs2230739*T/T полиморфного варианта гена аденилатциклазы 9 ADCY9 с частично контролируемым течением заболевания (p=0,041; OR=1,78). У детей русской этнической принадлежности обнаружена ассоциация БА с аллелем rs219242*C полиморфного варианта гена рецептора кортикотропин-рилизинг гормона CRHR2

(p=0,0104; OR=2,22) и генотипом rs892940*C/T полиморфного варианта гена бета-цепи рецептора тиреоидного гормона THRB (p=0,0034; OR=3,53).

Заключение: В результате исследования генов ARG1, ADCY9, THRB и CRHR2 установлена ассоциация полиморфных вариантов генов CRHR2 и THRB с развитием БА у детей русской этнической принадлежности, а также ассоциация генотипа rs2230739*T/T гена ADCY9 с частично контролируемым течением заболевания.

52. ПОКАЗАТЕЛИ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ У ШКОЛЬНИКОВ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗНЫМ ВРЕМЕНЕМ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Гарас Н.Н., Хуторная О.В., Сынгаевская О.П.

Организация: Буковинский государственный медицинский университет, Черновицкая областная детская клиническая больница

Целью работы: было оценить показатели неспецифической реактивности дыхательных путей у детей школьного возраста, больных бронхиальной астмой с различными фенотипами заболевания, в зависимости от времени дебюта заболевания.

На базе пульмонологического отделения ОДКБ г. Черновцы (Украина) обследовано 50 детей, больных бронхиальной астмой, в частности, первую клиническую группу (I) составили 25 детей с фенотипом раннего начала, остальные 25 больных с фенотипом позднего начала сформировали вторую (II) клиническую группу. По основным клиническим признакам группы сравнения достоверно не отличались. Исследование неспецифической гипервосприимчивости бронхов проводили с помощью стандартизированного ингаляционного спирометрического теста с гистамином. Лабильность дыхательных путей оценивали с помощью «показателя лабильности бронхов» (ПЛБ), который можно рассматривать как суммарную величину уменьшения их проходимости в ответ на физическую нагрузку и уменьшения скрытого бронхоспазма после ингаляции сальбутамола.

Установлено, что у детей, больных бронхиальной астмой с фенотипом раннего начала, отмечалась значительная лабильность бронхов (индекс бронходилатации больше 30%) за счет бронходилятационной реакции (соотношение шансов (СШ) = 3,1), а также гиперреактивность (значения дозозависимой кривой больше 2 у.е., СШ = 18,7) и гиперчувствительность дыхательных путей к гистамину (пороговая концентрация гистамина меньше 1 мг/мл, СШ = 1,6). Для больных с фенотипом бронхиальной астмы позднего начала характерным оказался бронхоспазм больше 15% (СШ = 2,8) в ответ на дозированную физическую нагрузку.

Таким образом, показатели неспецифической реактивности бронхов более выраженными оказались у школьников, страдающих бронхиальной астмой с фенотипом раннего начала.

53.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Автор: Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Таджиханова Д.П.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗРУз

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости обструктивного бронхита и бронхиальной астмы у детей и выявить клинико-биохимические особенности их течения.

Материал и методы: Проведено обследование 200 детей в возрасте от 3 до 15 лет, из них 80 детей с обструктивным бронхитом, 60 детей РБ с ОБ и 60 детей с бронхиальной астмой. В качестве группы сравнения обследованы 20 детей с острым бронхитом (ОБ) того же возраста. Всем детям проводили общеклинические, биохимические методы исследования.

Результаты и обсуждение: На основании ретроспективного анализа в Ферганской области были выявлены частота встречаемости ОБ, РБ с БОС и БА у 44,4% больных, в Ташкентской области у 7,3% больных детей. Определена значимость неблагоприятного течения пери- и интранатального периодов, отягощенного преморбидного фона, сопутствующих заболеваний, утяжеляющий в значительной степени течение основной патологии. Убольных ОБ отмечалось достоверное повышение общих липидов до 5,9±0,3 г/л, при норме 4,9±0,4 г/л, достоверное снижение холестерина до 4,8±0,09 ммоль/л. Уровень триглицеридов повышался до 1,4±0,06 ммоль/л. Причем эти изменения менее выражены у больных ОБ. БОС и БА сопровождаются активацией перекисного окисления липидов на фоне снижения уровня ферментов антиоксидантной защиты и использование данных параметров может позволить своевременно вносить необходимую коррекцию в лечение.

Выводы: Полученные результаты клинико-анамнестических, биохимических исследований у детей с БОС и БА ещё раз утверждают в целесообразности изучения этих показателей, и позволит разработать лечебные и профилактические мероприятия для предупреждения развития этих заболеваний у детей. Гиперлипидемия, гипохолестеринемия, повышение уровня триглицеридов может служить подтверждением нарушения липидного спектра.

54.
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА И ДИСБАЛАНС МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Автор: Шамсиев Ф.М. , Каримова Н.И., Авезова З.Ш.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии МЗРУз

Цель исследования: Определить характер изменений микроэлементного статуса при бронхиальной астме у детей школьного возраста. Установить взаимосвязь иммунологического статуса больных БА с возможными патогенетическими механизмами формирования дисмикроэлементозов.

Материалы и методы: Нами было обследовано 25 детей, больных БА (I) в возрасте от 7 до 14 лет, группу сравнения составили 20 детей того же возраста с острым обструктивным бронхитом (ООБ) (II), не имеющих в анамнезе атопических, хрониче-

ских бронхолегочных заболеваний. Всем больным был проведен единый комплекс диагностических исследований: клиническое обследование, иммунологическое исследование крови, исследование микроэлементного статуса в волосах.

Результаты и обсуждение: По результатам изучения цитокинового статуса, было выявлено, закономерное нарастание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 во всех обследованных группах, но оно более выражено при БА, превышая норму в 5,8 раза, цитокина ИЛ-8 во всех обследованных группах, но оно более выражено при БА, превышая норму в 5,2 раза, интерферона – γ у обследованных больных показали глубокий дефицит в их содержании, фактора некроза опухоли-α был более значительно повышенным в 3,5 раза у детей с БА по сравнению с детьми контрольной группы. Сравнивая полученные показатели микроэлементов при БА и ООБ с нормативными данными, можно заметить, что у детей с бронхиальной астмой отмечается гипермикроэлементоз хлора, натрия, брома и железа, дефицит йода, меди, марганца, стронция, бария, магния, кальция, золота, ртути и серебра.

Заключение: Таким образом, на основании полученных данных можно отметить, что состояние гиперреактивности бронхиального дерева у детей с сочетанными формами аллергии сопровождается полимикроэлементными нарушениями.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

55.
4 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ КОНЪЮГИРОВАННОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ

Автор: Игнатова Г.Л., Антонов В.Н.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, г. Челябинск

Актуальность: В городском пульмонологическом центре г. Челябинска вакцинация ПКВ13 проводится с 2012 года, база наблюдения составляет более 500 пациентов. В предыдущих публикациях обобщен опыт применения вакцинопрофилактики за последние годы. За последние годы произошли изменения в подходах и концепциях вакцинопрофилактики как на международном уровне, так и в отечественном здравоохранении. Приоритет отдается изучению эффективности вакцинации пневмококковой конъюгированной вакциной. Целью настоящего исследования явилось проведение анализа проспективной клинической и экономической эффективности вакцинопрофилактики конъюгированной пневмококковой вакциной Превенар 13 (ПКВ13) у больных с ХОБЛ за 4 года.

Материал и методы: В исследование всего было включено 394 пациента мужского пола, проходивших лечение или наблюдение в ОКБ № 4 и Городском пульмонологическом центре г. Челябинска в 2012–2016 годах. Проанализировано количество обострений ХОБЛ, госпитализаций в стационар и число случаев развития пневмоний, степень одышки, функциональные показатели. Рассчитаны прогностические оценочные индексы BODE, DOSE, ADO. Проведена оценка экономической эффективности вакцинации.

Результаты и выводы: Включение вакцинопрофилактики ПКВ13 в план ведения пациентов позволяет стабилизировать основные функциональные показатели респираторной системы. Индексы BODE, DOSE, ADO имеют достоверную, статистически значимую, тенденцию к уменьшению через год, с сохранением эффекта через четыре года наблюдения у пациентов после вакцинации ПКВ13. Использование прогностических оценочных индексов являются надежным инструментом для контроля эффективности проводимой терапии. У некурящих пациентов через 4 года после применения ПКВ13 достоверно снижается количество инфекционных обострений и количество пневмоний. На фоне приема ИГКС в 2,6 раза увеличивается количество пневмоний и обострений ХОБЛ. За счет сохранения эффекта на протяжении всех четырех лет наблюдения, вакцинация с применением ПКВ13 позволяет минимизировать число обострений ХОБЛ, заболеваемость пневмонией и расходы системы здравоохранения, при этом экономия ми-

нистерства здравоохранения Челябинской области может достигать в среднем до 394,3 млн. руб. (78,5%) в год.

56.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ГРИППОМ И ПНЕВМОНИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Автор: Груздева О.А. – 1, Биличенко Т.Н. – 2, Воронцова В.А. – 3, Уварова А.В. – 3

Организация: 1 – ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет);
2 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России;
3 – ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве», филиал в ЦАО Москвы

С целью оценки влияния вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции (ПИ) изучена сезонная заболеваемость и смертность от ОРВИ, гриппа и внебольничной пневмонии (ВП) населения Центрального административного округа (ЦАО) г. Москвы за 2012–2016 годы.

Материал и методы исследования: проведён анализ данных о заболеваемости населения ЦАО г. Москвы из официальной формы статистической отчётности № 1 и № 2 и вакцинации из формы № 5 и № 6; врачебных свидетельств о смерти пациентов из стационаров от гриппа и ВП.

Результаты: за анализируемый период заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями (ИПБ) населения ЦАО г. Москвы снизилась в 2016 г. по сравнению с 2012 г. на 21,0%, и в том числе ОРВИ на 19,0%. Заболеваемость гриппом увеличилась, что может быть связано с эпидемической циркуляцией вирусов гриппа и улучшением лабораторной диагностики заболевания. Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) была ассоциирована с эпидемической циркуляцией вирусов гриппа и ОРВИ и увеличилась в 2016 г. по сравнению с 2015 г. Наибольший уровень заболеваемости ВП и тяжёлого течения заболевания с летальным исходом отмечался в периоды эпидемий гриппа. Охват населения вакцинацией против гриппа увеличился в 2016 г. в 1,95 раза и против пневмококковой инфекции – в 3,68 раза, по сравнению с показателем 2012 г. Это способствовало снижению частоты летальных исходов при ВП в 2016 г., несмотря на повышенный уровень заболеваемости населения гриппом и ВП.

Заключение: Заболеваемость населения ЦАО г. Москвы ОРВИ в 2016 г. снизилась по сравнению с 2012 г., но регистрация случаев заболеваний гриппом увеличилась. Заболеваемость ВП ассоциирована с эпидемическим подъёмом заболеваемости ОРВИ и гриппом. Охват населения вакцинацией против гриппа и ПИ увеличился и способствовал снижению заболеваемости ОРВИ и уменьшению частоты летальных исходов при ВП и гриппе.

57.
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Автор: Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Черкасова М.В., Каратеев Д.Е., Лучихина, Е.Л. Лукина Г.В., Эрдес Ш.Ф., Волков А.В., Юдкина Н.Н.

Организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой)

В ревматологии инфекции оказывают значительное влияние на морбидность и летальность пациентов. Профилактика инфекций является неотъемлемой частью курации этих больных.

Цель: изучение безопасности и эффективности инактивированной сплит-вакцины против гриппа у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материалы и методы: В исследование включены 65 человек (женщины – 26, мужчины – 9, возраст 22–76 лет), в т.ч. 17 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 11 – с анкилозирующим спондилитом (АС), 7 – с системной склеродермией (ССД) и 30 лиц контрольной группы, имеющих в ближайшем анамнезе эпизоды ОРВИ и гриппа. 12 больных РА получали метотрексат, 3 – лефлуномид, 1 – тофацитиниб + метотрексат, 1 – абатацепт. 4 пациента с АС получали НПВП, 7 – ингибиторы ФНО-α. Длительность РЗ составляла от 2 мес. до 46 лет. Вакцину «Ваксигрип», включавшую штаммы вируса гриппа, актуальные на эпидемический период 2016/17 гг., в количестве 1 дозы (0.5 мл) вводили п/к на фоне антиревматической терапии. Длительность периода наблюдения после вакцинации составила 6 мес.

Результаты: У 52 человек (80%) переносимость вакцины хорошая. В 7 случаях (10.7%) возникли боль/припухлость/гиперемия кожи в месте инъекции, в 6 случаях (9.3%) – субфебрилитет. Указанные реакции не имели связи с терапией РЗ, не требовали изменения схем лечения, полностью регрессировали в течение суток. Случаев обострения РЗ или возникновения новых аутоиммунных расстройств не отмечалось. За весь период наблюдения возникновения случаев гриппа или гриппоподобного заболевания не зарегистрировано.

Выводы: Предварительные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости и эффективности противогриппозной вакцинации у больных с РЗ. Для более полной оценки безопасности и эффективности данной вакцины необходимы дальнейшие исследования.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

58.
ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Автор: Бородулина Е.А., Вдоушкина Е.С.

Организация: ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Цель работы: Изучение факторов риска смерти при внебольничной пневмонии (ВП) у больных ВИЧ-инфекцией (ВП/ВИЧ).

Материалы и методы исследования: Группа исследования – 40 летальных случаев ВП/ВИЧ в стационаре городского пульмонологического центра. Контроль – 40 больных с ВП/ВИЧ, выписанных из стационара с выздоровлением. Дизайн исследования – ретроспективное сравнительное типа «случай-контроль». Критерии включения: внебольничная пневмония, ВИЧ-инфекция. Критерии не включения: отказ больного от использования персональных данных, диагностированный туберкулез легких.

Результаты и обсуждение: Наиболее значимые прогностические факторы риска смерти при ВП/ВИЧ: мужской пол (60%), социальная отягощенность (алкоголизм 22,5%, курение – 70%, отсутствие образования (27,5%) и работы – 85%), высокая приверженность к наркомании (60%) и низкая приверженность к АРВТ (17.5%), тяжелая степень иммунодефицита (менее 100 кл/мкл– 100% больных), инфильтрация более чем 3-х сегментов – 90%, двусторонняя локализация процесса, явления дыхательной недостаточности (SatO2<95%) – 100% случаев. В группе умерших в 4 раза чаще диагностировался экссудативный плеврит (42,5%, n=17; p=0,006, OR=4,1), при этом достоверно чаще плеврит встречался у наркоманов (p=0,0045, OR4,5). Деструктивные изменения в легких – у 30% умерших (n=12), в группе контроля – 9%. Среди умерших 69,23% больных находились в процессе лечения на неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ), группа выживших в 100% случаев в НИВЛ не нуждалась. Койко-день до 10 суток – у 75% выживших (n=30), причем достоверно чаще у тех, кто состоял на учете в Центре по борьбе со СПИД (p=0,0448, OR= 4,67). Койко-день умерших больных составил в среднем 9,4 суток (от 6 часов до 33 дней).

59.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (ПО ДАННЫМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. НОВОКУЗНЕЦКА)

Автор: Викторова И.Б. – 1, Ханин А.Л. – 1, Зимина В.Н. – 2

Организация: 1 – НГИУВ – филиал РМАНПО МЗ РФ, Новокузнецк, Россия;
2 – Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Заболевания органов дыхания являются основной причиной обращения и регистрируются у абсолютного большинства умерших с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ-и).

Цель: Изучить структуру заболеваний органов дыхания среди летальных исходов больных ВИЧ-и во фтизиатрической службе г. Новокузнецка.

Материалы и методы: В 2016 г. в противотуберкулезном учреждении города зарегистрированы 234 случая смерти пациентов с ВИЧ-и, изучены протоколы 221 аутопсий.

Результаты: Среди умерших (n=221) мужчин было 74,2%, женщин – 25,8%; возраст – 37±6,9 лет. Медиана CD4+ была 75,5 кл./мкл. Туберкулез (ТБ) был у 93,7% пациентов с ВИЧ-и (n=207), с поражением легких в 100,0%. Среди форм ТБ преобладали диссеминированный (n=172, 83,1%), фиброзно-кавернозный (n=15, 7,2%) и казеозная пневмония (n=14, 6,8%). У 12 больных (5,8%) помимо ТБ имелись нетуберкулезные заболевания органов дыхания, повлиявшие на исход: у 5 – пневмоцистная пневмония (ПЦП), у 4 – бактериальные пневмонии, у 3 – онкологические заболевания (висцеральная форма саркомы Капоши – 2, лимфома – 1). Нетуберкулезные заболевания органов дыхания привели к смерти у 10 человек (4,5%) (ТБ у них не было): онкологические – 4 (висцеральная форма саркомы Капоши – 1, лимфома – 1, рак легкого – 1, рак печени с метастазами в легкие – 1), ПЦП – 3, бактериальные пневмонии – 2 и ХОБЛ – у 1. Болезни органов дыхания составили 71,4% среди всех заболеваний у лиц с ВИЧ-и без ТБ (n=14).

Заключение: Заболевания органов дыхания имелись у 217 больных (98,2%) из 221 умерших с ВИЧ-и в противотуберкулезном диспансере г. Новокузнецка. Самым частым был ТБ (93,7%) с поражением легких во всех случаях. Нетуберкулезные заболевания установлены у 22 из 221 больных ВИЧ-и (9,9%): наиболее частыми были ПЦП (36,4%), онкологические заболевания (31,8%) и бактериальные пневмонии (27,3%).

ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

60.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ И ГАНГРЕН ЛЕГКИХ

Автор: Рощев И.П. – 1, Шойхет Я.Н. – 1, Заремба С.В. – 1, Лиманов А.Е. – 2, Мордвинов С.А. – 2 Седов В.К. – 2, Устинов В.Г. – 1

Организация: ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России – 1, КГБУЗ Городская больница № 5, г. Барнаул

Цель исследования: повышение эффективности лечения острых абсцессов и гангрен легких.

Несмотря на то, что за последние 10 лет наметилась тенденция к снижению заболеваемости острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких (ОГДЗЛ), эта проблема остается актуальной до настоящего времени. В течение 1980–2016 г.г. в Алтайском краевом пульмонологическом центре находилось на лечении 3717 больных острым абсцессом и гангреной легкого. Мужчин было 3354 (90,2%), женщин – 363 (9,8%). Возраст больных колебался от 15 до 86 лет. Острые абсцессы без секвестрации были у 3292 (88,6%), острые абсцессы с секвестрацией – у 193 (5,2%), гангрена легкого – у 232 (6,2%) пациентов. Среди осложнений превалировали эмпиема плевры и пиопневмоторакс. Значительно уменьшилось число легочных кровотечений и гангрен легкого, но чаще стали выявлять ВИЧ-инфицированных пациентов. У больных были проведены 261 (7,2%.) оперативных вмешательств: лобэктомия – у 98 (37,5%) больных, пневмонэктомия – у 44 (16,9%), плевропневмонэктомия – у 41 (15,7%), билобэктомия – у 13 (5,0%), сегментэктомия – у 7(2,7%), декортикация легкого – у 23 (8,8%), декортикация легкого с атипической резекцией легкого – 24 (9,2%).

Осложнения в послеоперационном периоде имели место у 44 больных (16,9%), в том числе: бронхоплевральный свищ с эмпиемой плевры – у 17 (6,5%), послеоперационное внутриплевральное кровотечение у – 5 (1,9%), эмпиема плевры – у 6 (2,3%), пневмония контрлатеральная – у 10 (3,8%).

Полное и клиническое выздоровление наступило у 2609 (72,12%) пациентов, улучшение (переход процесса в хронический) – у 891 (24,6%),, летальный исход – у 119 (3,3%) пациентов.

Таким образом, комплексное лечение ОГДЗЛ, с внедрением новых, разработанных нами технологий, позволили снизить летальность, повысить эффективность лечения.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

61. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ПЕРКУССИОННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГАЗООБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ

Автор: Петрушин М.А., Труфанова Г.Ю., Волошина А.А., Старченко И.Ю., Савельев О.Г.

Организация: ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь.

Пациенты, на самостоятельном дыхании подвергшиеся экстренным оперативным вмешательствам в абдоминальной хирургии имеют высокий риск легочных осложнений, ателектазирования, развития гипоксемии и повторной интубации.

Цель работы: изучить влияние внутрилегочной перкуссионной вентиляции на показатели газообмена и количество легочных осложнений у пациентов после экстренной абдоминальной хирургии.

Материалы и методы: В проспективном порядке обследованы 10 пациентов (6 мужчин и 4 женщины, средний возраст 50,0 ± 2,0 лет), после экстренных оперативных вмешательств, по поводу гнойно-септических заболеваний. Все операции выполнены в условиях общей сбалансированной анестезии. В послеоперационном периоде по показаниям проводилась ИВЛ. Сроки ИВЛ 3,0± 0,5 суток. После стабилизации газообмена пациенты были экстубированы. Пациентам применялась внутрилегочная перкуссионная вентиляция с помощью аппарата IPV-1C Percusionare ® Corporation 4 раза в сутки. Оценивались частота, SpO2, респираторный индекс, рентгенография органов грудной клетки.

Результаты: У всех пациентов, которые получали внутрилегочную перкуссионную вентиляцию, отмечалось улучшение параметров газообмена, снижение частоты дыхания с ЧДД 22±2 до 16±2. Отмечалось увеличение респираторного индекса с 320±10 мм.рт.ст. до 390±10 мм.рт.ст. Срок пребывания в ОРИТ составил 7,0± 1 суток. Ретроспективно проанализированы 10 пациентов, которые ранее получали стандартные физиотерапевтические методики. Срок пребывания в ОРИТ в данном случае составил 10,0± 1 суток.

Заключение: Использование внутрилегочной перкуссионной вентиляции улучшает показатели газообмена у пациентов после экстренной абдоминальной хирургии в ОРИТ.

62.
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Автор: Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Алфимова О.С., Журавель О.И.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России. БМУ «Курская областная клиническая больница»

Цель: проанализировать взаимосвязь между различными способами оценки степени дыхательной недостаточности у пациентов пульмонологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница»

Материалы и методы: подвергнуты анализу 65 историй болезни пациентов с ХОБЛ III–IVст. Возраст пациентов-58±5,2 года. Частоту дыхания оценивали в соответствии с общепринятой классической методикой (Дембо,1957 г.). Сатурацию кислорода (StO2) крови оценивали с использованием пульсоксиметра «Simens», при снижении сатурации ниже 92 мм рт.ст. в соответствии с рекомендациями Российского респираторного общества, проводили анализ pO2 и pCO2, pH, крови с использованием газового анализатора AVL Compact 3.

Полученные результаты: в ходе выполнения работы, установлены обратные корреляционные взаимосвязи слабой силы ($p<0,03$) между показателями частоты дыхания при клинической оценке по классификации Дембо, 1957 г. и показателями сатурации StO2 при использовании карманного пульсоксиметра «Simens». Частота дыхания у исследуемых пациентов составляла 25±3,5 в минуту, показатель StO2 82±6,3 мм рт. ст., что подтверждает наличие у исследуемых пациентов тяжелой дыхательной недостаточности II–III ст. Наряду с этим, нами установлено преобладание гиперкапнической формы дыхательной недостаточности. Так, уровень pCO2 составлял 49±3,9 мм рт. ст., что наряду с клиническими признаками гиперкапнии (рубеоз лица за счет вазодилатации, инверсия сна с преобладанием дневной сонливости, тахикардией) является патогномоничным для ХОБЛ III–IV ст. тяжести преимущественно бронхитического фенотипа.

Выводы: в ходе проведенной работы доказана роль комплексной оценки степени выраженности дыхательной недостаточности с использованием скрининга оценки ДН по ЧДД, затем проведения пульсоксиметрии и газового анализа крови.

63.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ С ДОМИНИРУЮЩЕЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Автор: Цеймах Е.А., Бондаренко А.В., Меньшиков А.А., Бомбизо В.А.

Организация: Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, Барнаул

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди (ТСТГ) путем применения современных миниинвазивных методов лечения.

Материалы и методы: нами разработана лечебно-диагностическая тактика ведения больных ТСТГ. Показаниями к экстренной торакотомии считали большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард с тампонадой сердца, гемомедиастинум со сдавлением дыхательных путей и магистральных сосудов, обширная проникающая рана груди с открытым пневмотораксом и массивным повреждением легкого.

Показаниями к экстренной видеоторакоскопии (ВТС) являлись ранения в «сердечной зоне» груди, ранения в «торакоабдоминальной зоне» грудной клетки, средний и малый гемоторакс, посттравматическая эмпиема плевры. Срочную ВТС применяли при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением крови по дренажам более 300 мл/час, при сохраняющемся массивном сбросе воздуха по дренажам в течение 3х суток. При свернувшемся гемотораксе применяли локальную фибринолитическую терапию. При напряженном и длительно нерасправляющемся пневмотораксе (4–5 дней) применяли клапанную бронхоблокацию.

При множественных фрагментарных переломах ребер в первые двое суток с момента поступления больным выполнялся остеосинтез пластинами с угловой стабильностью.

Результаты: анализируются результаты лечения 263 больных, с применением миниинвазивных методик пролечено 121 пациента, составивших основную группу (44–локальная фибринолитическая терапия, 27-клапанная бронхоблокация, ВТС-33, остеосинтез ребер-17). 142 больным применялись традиционные способы лечения.

Заключение: применение разработанной тактики ведения позволило сократить число оперированных больных, продолжительность ИВЛ, время пребывания пациентов в реанимационном отделении и уменьшить летальность.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

64.
КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ БРОНХИОЛИТОМ

Автор: Мустафаев И.А. – 1, Аллахвердиева Л.И. – 2, Богданова А.В. – 3

Организация: НИИ Легочных Заболеваний Азербайджана, Баку Азербайджанский Медицинский Университет, Баку – 1,
Медицинский университет им. акад. Павлова – 2,
НИИ Пульмонологии, Россия, г. Санкт-Петербург – 3

Цель исследования: Оценить исходы течения ХОБ у детей

Материалы и методы: Под наблюдением находились 139 детей в возрасте от 2 до 14 лет, из них мальчиков – 82, девочек – 57. На каждого больного составлена индивидуальная тест-карта, содержащая данные анамнеза, клинического течения заболевания, результатов радиологического, функционального и иммунологического методов исследования.

Результаты исследования: Анализ анамнестических данных позволило выявить острый бронхиолит у 108 (78%) наблюдавшихся детей в ранний период жизни, с формированием облитерирующего бронхиолита к 3-м годам. Из них, в 56 (40,3%) случаях причиной развития болезни была аспирация околоплодными водами или мекониеи во время родов, с последующим развитием ирритативного неинфекционного бронхиолита. У 52 (37,4%) детей грудного возраста перенесенная острая респираторная инфекция была толчком к развитию острого, а в последующем и облитерирующего бронхиолита. У 31 (22,3%) больных в возрасте 3–4-х лет под воздействием вирусно-бактериальной инфекции имел место острый бронхиолит с переходом в облитерацию при последующих обострениях. Базисная ингаляционная терапия беродуалом и пульмикортом с помощью небулайзера проводилась длительно у 102(73,3%) больных. Динамическое наблюдение за детьми проводилось в течение 5–8 лет. В большинстве случаев у 113(81,3%) при раннем адекватном лечении заболевание заканчивалось полным клиническим выздоровлением к 10–12 годам жизни. У 26 (19%) отмечалась облитерация бронхиол, развивался пневмосклероз. Бронхоэктазы были сформированы в 11(8,1%) случаях.

Заключение: Катамнестическое наблюдение за больными с ХОБ позволило установить благоприятное течение болезни с последующим клиническим выздоровлением в случаях ранней диагностики и длительном адекватном лечении заболевания.

65.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Автор: Яворский К.М. – 1, Шинкаренко И.В. – 1, Яворская Э.Ф. – 1, Болотникова В.А. – 2, Московчук А.Ф. – 2, Брумару А.Г. – 2

Организация: Государственный медицинский и фармацевтический университет имени Николае Тестемицану Республики Молдова – 1, ОМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк» – 2, г. Кишинев, Республика Молдова

Болезни органов дыхания, занимая одно из первых мест в структуре детской заболеваемости, составляют важную и актуальную проблему для здравоохранения. При этом, лечение и реабилитация, тесно связанные между собой, всегда были и остаются неотъемлемым звеном медицинской помощи.

Цель: показать значимость современных подходов к санаторно-амбулаторному этапу лечения и реабилитации пациентов пульмонологического профиля.

Материал и методы: проанализированы возможности и оценены результаты лечения и реабилитации 145 детей и подростков с заболеваниями респираторного тракта в условиях специализированных лечебно-реабилитационных центров.

Результаты: установлено, что сегодня приоритетным направлением и ключевыми факторами в сохранении и укреплении респираторного здоровья детского населения являются междисциплинарное взаимодействие специалистов и персонифицированная медицина. Разработанный алгоритм организации лечебно-реабилитационной работы, связанный с наиболее значимыми этиопатогенетическими механизмами респираторных заболеваний, явился источником интеграции. Пациент-ориентированный подход и рациональное сочетание медикаментозных и комплаентных немедикаментозных лечебных методов (массаж, кинетотерапия, физиотерапия, галоаэрозольная терапия и др.) с дополнительным воздействием климатических факторов и психологической коррекции позволили обеспечить выраженный положительный эффект в 95% случаев. Наблюдалось улучшение качества жизни, снижение риска осложнений и хронизации патологического процесса, уменьшение числа часто болеющих детей.

Выводы: синергия действий различных специалистов позволяет оптимально влиять на эффективность лечебно-реабилитационных программ.

66.
ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Автор: Бриткова Т.А., Петрова С.Н., Бабина Е.А.

Организация: ФГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) у детей является одной из важнейших проблем современной педиатрии. Целью исследования явилось: изучение особенностей формирования различных форм БЛД. Материалы исследования: анализ 53 историй болезни детей с БЛД на базе отделения патологии новорожденных. Полученные результаты: в структуре больных преобладают лица мужского пола, доминирует новая форма БЛД (у 78,1%), у 57% детей формируется хроническая дыхательная недостаточность 2 степени. Показано, что большинство детей имеют отягощенный перинатальный анамнез

(длительная ИВЛ – более 14 суток, врожденная цитомегаловирусная инфекция выявлена у 54,5% новорожденных). Констатировано наличие осложнений и тяжелых фоновых состояний: церебральная ишемия (у 81,8%), ретинопатия (у 56,3%). У 56,8% детей с БЛД сопутствующей патологией является пневмония в неонатальном периоде. Рентгенологическая картина характеризовалась очагами инфильтрации, эмфизематозного вздутия и признаками фиброза. В условиях стационара пациенты получают комплексную терапию: антибиотикотерапию (цефалоспорины 3–4 поколения, ингибиторзащищенные пенициллины, аминогликозиды), ингаляционные глюкокортикостероиды (в 100% случаев – суспензия пульмикорта), бронхолитики (беродуал, атровент через небулайзер), муколитики, противовирусные препараты. Выводы: проведенный анализ позволил констатировать, что основными факторами риска формирования и особенностями БЛД на современном этапе являются: срок гестации 28–32 недели, связь с внутриутробной инфекцией, мужской пол, длительная ИВЛ. БЛД наиболее часто сопровождается церебральной ишемией, ретинопатией и пневмонией. Все это требует в последующем целенаправленного наблюдения больных с БЛД пульмонологом, офтальмологом, невропатологом.

67.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ В МОКРОТЕ

Автор: Белоус Т.М., Белоус В.В., Гнатюк М.Г.

Организация: Высшее государственное учебное заведение «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Цель: изучить особенности течения острого обструктивного бронхита у детей в зависимости от количества альвеолярных макрофагов в мокроте.

Материал и методы: Обследовано 65 детей с острым обструктивным бронхитом, из которых сформировали клинические группы сравнения: I группу составили 36 детей с содержанием альвеолярных макрофагов в мокроте меньше 10% (средний возраст 8,0±1,04 года, 33,0% девочек), II группу – 29 пациентов с содержанием альвеолярных макрофагов в мокроте больше 10% от всех клеток (средний возраст 9,1±1,01 года, 22,0% девочек).

Результаты работы: Отмечено, что у детей II группы по сравнению с пациентами I группы более длительно отмечался кашель на догоспитальном этапе (8,1 день против 4,5 дня, $p>0,05$), чаще признаки дыхательной недостаточности (67,0% против 33,0%, $p>0,05$) и катаральных явлений – ринита (100,0% против 58,0%, $p<0,05$) и гиперемии слизистых оболочек зева при поступлении в стационар (100,0% против 75,0%, $p>0,05$). У представителей II группы несколько реже наблюдалось повышение температуры тела до фебрильных цифр (22,0% против 33,0%, $p>0,05$), хотя на 7 день стационарного лечения она еще удерживалась у 11,0% пациентов II группы при отсутствии таковой у группы сравнения с 5 дня стационарного лечения. Также у детей II группы достаточно часто отмечались признаки активации клеточного иммунитета: фагоцитарное число нейтрофилов составило в среднем 11,2 у.е. при показателе группы сравнения 6,9 у.е. ($p<0,05$) при достоверном отсутствии отличий фагоцитарной активности этих клеток (90,0% и 83,0%, $p>0,05$).

Выводы: У детей с острым обструктивным бронхитом и высоким содержанием альвеолярных макрофагов в мокроте, видимо, триггером заболевания чаще выступает острая респираторная инфекция, что обуславливает несколько более тяжелое течение заболевания.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

68.
ПАТОЛОГИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ЛИЦ С ХОБЛ

Автор: Гилифанов Е.А. – 1, Невзорова В.А. – 1,
Артюшкин С.А. – 2, Тилик Т.В. – 1, Ардеева Л.Б. – 1

Организация: ФГБОУ ВО ТГМУ – 1,
ФГБОУ ВО Северо-Западный медицинский университет – 2

Табакокурение является ведущим патогенетическим механизмом формирования ХОБЛ. Трудно представить, что токсические продукты сгорания табака, попадая в дистальные отделы дыхательных путей и вызывая сложный симптомокомплекс ХОБЛ ни каким образом не влияют на проксимальные отделы органов дыхания. При этом не исключена роль хронических очагов ЛОР-органов, как предиктора обострения ХОБЛ.

Цель исследования: провести обзор литературных данных патологии ЛОР-органов у лиц с ХОБЛ.

У лиц с ХОБЛ снижен носовой мукоцилиарный клиренс [Koblizek 2011], в 38% случаев имело место снижение пневматизации околоносовых пазух, увеличение назальной симптоматики по сравнению с группой здоровых лиц [Celakovsky 2015]. Воспалительная патология полости носа и околоносовых пазух диагностирована в 64,9% случаев у пациентов с обострением ХОБЛ. Обращает внимание, что воспаление в околоносовых синусах протекает не латентно, а имеет развернутую клиническую картину [Дженжера 2009]. Согласно полученным результатам, установлено, что степень обструкции полости носа напрямую связана с тяжестью обструкции НДП, и эта степень более выражена при наличии назальных симптомов [Hurst 2006]. Степень выраженности воспалительных цитокинов полости носа коррелирует с уровнем воспалительной реакции в нижних дыхательных путях [Kim 2008]. Одновременно с регистрацией активности воспалительного процесса в полости носа, околоносовых пазухах и нижних дыхательных путях при ХОБЛ обнаруживается схожий микробный пейзаж в полости носа и мокроте [Дженжера 2009]. Уровень IL-8 назального секрета положительно коррелирует со стадией ХОБЛ и значимо выше, чем у здоровых лиц. Шкала оценки носовых симптомов SNOT-20 у лиц ХОБЛ имеет более высокий уровень, по сравнению со здоровыми лицами. Авторы считают, что контроль носовой симптоматики может помочь уменьшить количество эпизодов обострения основного заболевания [Celik 2015].

Немногочисленность публикаций, отсутствие комплексного подхода в оценке состояния ЛОР-органов инициирует дальнейшие научные исследования.

69.
ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХОБЛ В ПЕРИОД СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ

Автор: Гилифанов Е.А. – 1, Невзорова В.А. – 1,
Артюшкин С.А. – 2, Тилик Т.В. – 1, Ардеева Л.Б. – 1

Организация: ФГБОУ ВО ТГМУ – 1, ФГБОУ ВО Северо-Западный медицинский университет – 2

Согласно данным наших исследований, у лиц ХОБЛ в период обострения и стабильного течения, наиболее выраженные патологические трансформации ЛОР-органов происходят в гортани.

Цель исследования: провести и оценить результаты комплексной терапии хронических заболеваний гортани у лиц с ХОБЛ стабильного течения.

Пациенты и методы: В исследование включены 35 пациентов, которые согласно GOLD-2014 относились к группе С, высокий риск обострений с малым числом симптомов. Заболевания гортани представлены хроническим катаральным и гиперпластическим ларингитом. Пациенты получали комплексную терапию, включавшую голосовой покой, фонопедические занятия, рациональную психотерапию, коррекцию дыхания, закрепление навыков восстановления голоса. Медикаментозная терапия включала в себя системную антибактерильную терапию препаратом цефтибутен по 400 мг/сут. –10 дней (Цедекс), фенспирид по 80 мг два раза в сутки в течение трех недель (Сервье), а также фузафунгин–противогрибковый, бактериостатический полипептидный антибиотик широкого спектра действия, предназначенный для местного применения по две дозы четыре раза в день вдыханий через рот, в течение 7 дней (Сервье). Местное лечение осуществлялось в виде вливания в гортань абрикосового масла по 0,5 мл через день № 15. Контрольную группу составили 37 лиц.

Результаты: Терапия заболеваний гортани улучшила состояние у 68% лиц основной группы, наибольшие изменения отметили пациенты с хроническим катаральным ларингитом. Число обострений ХОБЛ у лиц основной группы за период 6 месячного наблюдения после курса лечения уменьшился практически два раза.

Заключение: Комплексная терапия хронических форм воспаления гортани положительно отразилась на клиническом состоянии большинства пациентов основной группы. Это касалось улучшения симптоматики, фиброларингоскопической картины, уменьшения количества баллов в опроснике, снижение количества патогенной микробиоты гортани. Установлена связь между эффективностью лечения хронических форм ларингита и частотой обострений хронической обструктивной болезни легких.

70.
НАЗАЛЬНЫЕ ФИЛЬТРЫ В ТЕРАПИИ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Автор: Камаев А.В., Трусова О.В., Ляшенко Н.Л.

Организация: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

В комплексе лечебных и профилактических мер при аллергическом рините (АР) элиминация причинного аллергена играет решающую роль.

Цель: изучить эффективность применения назальных фильтров (НФ) в терапии круглогодичного АР.

Материалы и методы: включено 50 пациентов 5–17 лет в обострении легкого (группа 1, n=25) и среднетяжелого (группа 2, n=25) круглогодичного АР; группы одинаковы по доле мальчиков (68%) и среднему возрасту (7,2±1,3 лет). Фармакотерапия согласно тяжести АР (антигистамины±интраназальные ГКС), не менялась в течение 6 недель. Симптомы АР ежедневно оценивали в баллах по шкале TNSS (зуд носа, заложенность, отделяемое из носа, чихание). Каждый пациент прошел 3 визита: включения, через 2 недели (начало НФ) и через 4 недели ежедневного применения НФ. Сравнивали общий балл TNSS и результаты по отдельным симптомам между визитами 1 и 2; и между визитами 2 и 3.

Результаты: Общий балл TNSS: различия статистически значимы между результатами визитов 1 и 2 и 2 и 3 в группе I, а в группе II изменения оказались значимыми только между визитами 1 и 2. Для группы II получены различия между визитами 2 и 3 по: симптому «чихание», средний балл визита 2 1,3±0,3, для и 0,3±0,1 для визита 3 (p=0,01); симптому «зуд в носу» визит 2 (1,1±0,1) и визит 3 (0,5±0,1), p=0,02. Среднее число дней в неделю экстренного приема антигистаминов для группы I уменьшилось с 2,1±0,2 до 0,6±0,2 (p=0,02), для группы II с 3,3±0,4 до 0,9±0,3 (p=0,01). Среднее число бессимптомных дней в неделю для группы 1 увеличилось с 1,8±0,3 до 3,5±0,2 (p=0,02), для группы 2 с 0,8±0,4 до 2,7±0,3 (p=0,03).

Вывод: Регулярное применение назальных фильтров статистически значимо уменьшает выраженность симптомов АР и потребность в экстренной терапии. Эти результаты более выражены в группе легкого АР.

71.
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАШЛЯ

Автор: Копылов А. Н. – 1, Тихонова А. Г. – 2, Хамитов Р.Ф. – 1, Сергеев В. А. – 1, Якупова А.Ф. – 1

Организация: Казанский государственный медицинский университет – 1, ООО «Здоровье семьи» – 2

Цель: определить эффективность Ренгалина в терапии больных с заболеваниями носоглотки, гортани, трахеи и бронхов.

Материал и методы: Исследовались возможности применения препарата Ренгалин в терапии кашля у пациентов с преимущественной патологией верхних дыхательных путей. Обследовано 249 больных в возрасте от 18 до 65 лет (женщин – 164, мужчин – 85), находившихся на лечении у ЛОР врача, терапевта и пульмонолога в связи с сухим или малопродуктивным кашлем. Основную группу составили па-

циенты с заболеваниями носа, острым и хроническим фарингитом и ларингитом – 183 человека (73%). 66 пациентов (27%) страдали острым трахеитом и хроническим бронхитом. Всем пациентам назначался Ренгалин в течение 7 дней в составе комплексной терапии. Контрольная группа из 42 пациентов Ренгалин не получала. Обследование проводилось на 3–5–7–10 дни заболевания: изучались временные характеристики кашля, его интенсивность и продолжительность, а также динамика других симптомов.

Результаты: наиболее значимая положительная динамика отмечалась у больных фарингитами, интенсивность и частота кашля снизились на третий – пятые дни лечения и кашель практически прекратился на 7-й день. У пациентов с ларингитом и трахеитом кашель уменьшался к 6–7 дню лечения. Кашель при остром бронхите к 8–10 дням болезни изменялся незначительно, при хроническом бронхите с продуктивным кашлем в указанные сроки Ренгалин показал меньшую эффективность. В контрольной группе кашель достоверно продолжался еще более длительное время.

Заключение: клиническая эффективность препарата Ренгалин наиболее ярко проявлялась при заболеваниях глотки, гортани, и трахеи. При хронических бронхитах для более четкой верификации клинического эффекта Ренгалина необходимо более длительное наблюдение за пациентами.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

72.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ КОНТРАСТНЫХ РЕГИОНАХ КРЫМА

Автор: Знаменская Л.К., Паневская Г.Н., Шадчнева Н.А.

Организация: Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь

Ведущее место в структуре аллергических заболеваний во всех регионах Крыма наряду с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом занимает аллергический ринит (АР).

Цель исследования: изучить динамику заболеваемости и распространенности АР у жителей экологически контрастных регионов Крыма.

Методы и результаты: Проанализировали отчеты центра статистической информации Автономной Республики Крым за период с 2011 по 2016 гг. Обращает на себя внимание разнонаправленность данных показателей в различных городах и регионах Крыма. Так, в 2015 и 2016 гг, в сравнении с 2011г, заболеваемость АР значительно (в 2 раза) возросла в Алуште, Черноморском и Кировском районах, в 6 раз – в Первомайском, в 8 раз – в Советском районах. У большинства пациентов выявлен сезонный АР с аллергией к пыльце злаковых трав и амброзии, реже – к пыльце грецкого ореха. тополя и лещины, у жителей Южного Берега Крыма – к пыльце кипариса. В то же время отмечается значительное снижение заболеваемости в Армянске и Бахчисарайском районе (до 0), в Феодосии – в 14 раз, в Керчи и Евпатории – в 2 раза. Можно полагать, что полученные данные официальной статистики, констатирующие снижение заболеваемости и распространенности АР в ряде регионов Крыма, не отражают фактическое положение вещей, что может быть обусловлено недостаточным уровнем аллергологического обследования пациентов с данной патологией.

Выводы: Анализ полученных данных свидетельствует о необходимости улучшения аллергологической диагностики и лечения больных АР с использованием специфической иммунотерапии в условиях специализированных аллергологических кабинетов и/или специализированного аллергологического отделения.

73.
ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Автор: Воржева И.И. – 1, Хашкина Л.А – 2, Бянкина М.Ю. – 1, Черняк Б.А. – 1

Организация: ГБОУ ДПО Иркутская ГМАПО, кафедра клинической аллергологии и пульмонологии – 1, ОГАУЗ «ИГКБ № 10» – 2

Цель: проанализировать особенности патологии органов дыхания (ОД) у взрослых больных первичным гуморальным иммунодефицитом – общей вариабельной иммунной недостаточностью (ОВИН).

Материалы и методы: у 12 пациентов с ОВИН (8 мужчин и 4 женщины) в возрасте 18–75 лет оценены клинические, лабораторные, рентгенологические, включая КТВР, эндоскопические и морфологические данные.

Результаты: у всех больных до начала иммунозаместительной терапии имелось многократное снижение уровня сывороточных Ig A (2,1±1,8 мг/дл, M±SD), IgM (14,4±20,1 мг/дл), IgG (153,2±117,0 мг/дл), сочетающееся с патологией органов дыхания в 100% случаев. У всех больных были проявления хронического бронхита и хронического риносинусита, у 5 пациентов (41,6%) с признаками гнойной секреции, у 3 из них диагностированы двухсторонние бронхоэктазы. У 4 больных (33,3%) обнаружено интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ) – лимфоцитарная пневмония, которая у 2-х пациентов сопровождалась фолликулярным бронхиолитом. Ни в одном случае ИЗЛ не было сочетания с бронхоэктазами и другими признаками гнойной инфекции ОД. В то же время, ИЗЛ сочеталось с разнообразной иммунной патологией: язвенным колитом, терминальным фолликулярным илеитом, гемолитической анемией, тромбоцитопенией, гломерулонефритом, полипозным пансинуситом. У 3 из 4 больных с ИЗЛ до постановки диагноза ОВИН предполагался саркоидоз легких. У 66,6% пациентов (как с ИЗЛ, так и без него) отмечалась медиастинальная лимфаденопатия и/или спленомегалия. Диагностика ОВИН была поздней: первые проявления болезни в виде часто рецидивирующих заболеваний ОД отмечены в возрасте 9,1 ± 10,2 лет, тогда как диагноз был поставлен в среднем в 28,3 ± 17,9 лет, а в отдельных случаях даже в 48 и 75 лет.

Заключение: Представленные данные свидетельствуют о недостаточной информированности врачей об ОВИН, что сопровождается ошибочной и поздней диагностикой, в том числе неверной интерпретацией ИЗЛ, которые могут быть ассоциированы у взрослых с первичным иммунодефицитом.

74.
ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО IL-4 И ЭКСПРЕССИИ CD124 НА Т-ХЕЛПЕРАХ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Автор: Виткина Т.И., Сидлецкая К.А.

Организация: Владивостокский филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения

Цель: исследовать изменение уровня сывороточного IL-4 и уровня экспрессии его рецептора (CD124+) на Т-хелперах (CD4+) крови при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Методы исследования: было обследовано 112 пациентов с ХОБЛ стабильного течения: 36 чел. с ХОБЛ I спирометрического класса (с. кл.), 52 чел. с ХОБЛ II с. кл., и 24 чел. с ХОБЛ III с. кл. В контрольную группу вошли 32 чел. Уровни IL-4, IL-6, IL-10, IL-17A, IFN-γ и TNF-α в сыворотке крови и количество CD4+CD124+-клеток в цельной крови определяли методом проточной цитометрии (цитометр «BD FACS CantoII»; тест-система «Cytometric Bead Array», BD, США). Уровни сывороточных TGF-β1 и IL-21 измеряли методом иммуноферментного анализа (спектрофотометр «PowerWave», тест-система «Genzyme diagnostics», США). На основании соотношения цитокинов были выявлены типы Т-хелперного (Th) ответа.

Результаты: у больных ХОБЛ с Th1 типом иммунного ответа уровень IL-4 был ниже контрольного значения на всех стадиях заболевания (при ХОБЛ I с. кл.– на 42% при ХОБЛ II и III с. кл.– на 28% и на 17,5%, соответственно). У пациентов с Th17 путем иммунного ответа содержание IL-4 при ХОБЛ I с. кл. было ниже уровня контроля на 24%, при ХОБЛ II с. кл.– на 20%, при ХОБЛ III с. кл. концентрация IL-4 была повышена на 4% в сравнении с группой контроля. У пациентов с ХОБЛ I, II и III с. кл. число CD4+CD124+-клеток в крови было ниже контрольного значения – на 69%, 67% и 64%, соответственно.

Заключение: у больных ХОБЛ было выявлено снижение содержания сывороточного IL-4 и уровня экспрессии CD124 на Т-хелперах периферической крови на всех стадиях заболевания, что свидетельствует о подавлении IL-4 сигналинга на Т-хелперах при данной патологии.

75.
ДИСБАЛАНС ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Автор: Исаева Е.И. – 1, Морозова О.В. – 1, Ветрова Е.Н. – 1, Оспельникова Т.П. – 1, 2

Организация: 1 – ФГБУ «ФНИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России, г. Москва; 2 – ФГБНУ НИИВС им.И.И.Мечникова, г. Москва, Россия

ОРВИ составляют ~90% инфекций. Внутриклеточная презентация вирусных антигенов индуцирует Th1 цитокины (ЦК) и преимущественно клеточный иммунитет с элиминацией возбудителей. Однако у детей и лиц с иммунодефицитами дисбаланс ЦК приводит к осложнениям (пневмонии и бронхиальной астме (БА)). Цель: анализ экспрессии генов ЦК в крови, смывах и мокроте у детей и взрослых с ОРВИ и БА.

Коэффициенты поляризации иммунитета (КП) определяли как отношения частот детекции РНК или геном-эквивалентов генов интерферонов (IFN) α, β, γ, λ, интерлейкинов (IL) 2, 4, 10, 17, 23 и противовирусного белка MxA методом ОТ-ПЦР в реальном времени (ОТ-ПЦР-РВ) или концентраций ЦК (ИФА) Th2: Th1 или Th17: Th1. В контрольных смывах у здоровых детей и взрослых КП=0.

В смывах 204 детей, госпитализированных в Москве зимой 2015–2016 гг., методом ОТ-ПЦР-РВ выявлены респираторно-синцитиальный вирус (RSV), бокавирус (BoV) и риновирус (hRv) человека, у 10 взрослых весной 2015 г.– аденовирус (AdV), вирусы гриппа А и В. В течение первых дней ОРВИ КП<1 для ЦК Th2: Th1 или Th17: Th1 у детей и взрослых свидетельствовали о Th1-поляризации врожденной резистентности с последующей элиминацией вирусов без осложнений.

Среди больных БА в 54,5±10,9% образцов детей и в 36,2±7,1% образцов мокроты взрослых также детектировали преимущественно hRV (коэффициент корреляции r=0.6), RSV, AdV, вирусы гриппа и парагриппа. Высокие частоты смешанных ОРВИ (35,7±13,3% у взрослых и 16,7±11,2% у детей с БА) наряду с выявлением антител против респираторных вирусов в 73,6% сывороток свидетельствовали об иммунодефицитах. Несмотря на КП=(0.1¸0.7)<1 у детей и взрослых с БА, незначительно превышающие таковые при ОРВИ, выявлено отсутствие РНК IFNβ в образцах индуцированной мокроты пациентов с БА при её наличии во всех смывах респираторного тракта больных ОРВИ. Напротив, РНК IFNα отсутствовала в смывах больных ОРВИ и выявлена в 58,3% образцов больных БА. Выявлены уменьшение концентраций регуляторного TGFβ и рост концентраций IL4, активирующие образование антител.

Таким образом, ОРВИ индуцируют Th1 иммунный ответ с КП<1 у взрослых и детей, в том числе и у больных БА. Экспрессия генов IFN I типа в клетках респираторного тракта при ОРВИ и БА существенно отличается.

76.
ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ПРОФИЛЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ПЫЛЬЦЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Автор: Victoria Garib., Джамбекова Г.С., Исмаилова Э.Н.

Организация: Medical University of Vienna, Вена, Австрия, Республиканский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

С развитием молекулярной диагностики (МД) появилась уникальная возможность выявления триггерной молекулы развития аллергии для характеристики профиля сенсибилизации конкретного пациента. Молекулярный профиль сенсибилизации пациентов с аллергическими заболеваниями (АЗ) в Узбекистане не изучался. Обследовано 42 пациента с респираторной аллергией (25 мужчин и 17 женщин), средний возраст которых составил 30±1,3 года. Анализ пациентов производился в общей группе и по нозологиям: аллергический ринит (20 чел.) и/или бронхиальная астма (22 чел). Сыворотки были тестированы на наличие специфических IgE к 112 молекулам аллергенов при помощи микрочипов (ISAC, Thermo Fisher Scientific). Результаты ISAC показали обширный аллерген-специфический IgE профиль сенсибилизации пациентов с респираторной аллергией, которые позитивно отреагировали на 51 компонент из 112 в составе ISAC. Максимальное число аллергенов профиля сенсибилизации было 17. Моно-сенсибилизация к одному пыльцевому компоненту выявлена у 4.7% больных; к двум аллергенам – у 16.6%, к трем – у 14.3%. Позитивные значения к 5–10 компонентам обнаружились у 33% больных. Более 28% пациентов позитивно реагировали на 11–17 компонентов. Молекулярная диагностика

аллергии целесообразна как для идентификации истинной сенсибилизации, так и для правильного выбора СИТ и прогноза ее эффективности Определение перекрестных реакций к аллергенам того же семейства белков предопределяет запуск развития сенсибилизации к дополнительному источнику. Изучение молекулярного профиля сенсибилизации на доклинической стадии дает возможность составления персонифицированных программ для профилактики прогрессирования аллергического процесса.

77.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО IGE СЫВОРОТКИ КРОВИ, CD23+-ЛИМФОЦИТОВ И ЭОЗИНОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Автор: Чичкова Н.В., Фисенко В.П., Гитель Е.П.

Организация: ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Аллергический риносинусит (АРС) является фактором риска неконтролируемого течения бронхиальной астмы (БА). Активированные В-лимфоциты, несущие на своей поверхности низкоаффинный рецептор для IgE (CD23+) играют определяющую роль в регулировании синтеза IgE и ИЛ-5, являющегося фактором роста и дифференцировки эозинофилов. Цель исследования: провести сравнительную оценку количества CD23+, эозинофилов периферической крови (ЭПК) и уровня IgE крови у боль-ных с БА и АРС. Материал и методы: В исследование включены 101 пациент (22 муж и 79 жен) в возрасте от 23 до 70 лет. Всем больным проведено общеклиническое обследование, исследование ФВД, определение количества ЭПК и уровня общего IgE крови. Пациенты проконсультированы ЛОР-врачом, проведена КТ околоносовых пазух. Количество CD23+ определяли методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител (IMMUNOTECH, IOTest). Результаты: 1 группу – 11 пациентов – составили больные БА, 2 группу – 64 – пациенты с БА и АРС, 3 группа – 26 пациентов с АРС. У 45,5% больных 1 группы выявлена БА среднетяжелого, у 54,5% – БА тяжелого течения. 9,4% больных 2 группы имели БА легкого, 46,8% – среднетяжелого и 43,8% – тяжелого течения (GINA). У 54,7% пациентов 2 группы и 46,2% 3 группы диагностирован полипозный риносинусит (EPOS). Пациенты, страдающие БА (группы 1 и 2), имели более высокие показатели уровня IgE, количества ЭПК и CD23+, по сравнению с больными 3 группы – АРС ($p<0,05$). Наибольшие значения выявлены у больных 2 группы (БА+АРС): IgE (248,4±20,1 U/ml, CD23+ (12,5±4,3%), ЭПК – 8,71±1,4% по сравнению с пациентами 1 и 2 групп ($p<0,05$). Заключение: у пациентов с БА и АРС формируется выраженный уровень активации клеточного и гуморального иммунитета в виде увеличения общего IgE крови, количества ЭПК и CD23+.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

78.
БИОПСИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ

Автор: Бакенова Р.А. – 1, Тусупбекова М.М. – 2, Байтурлин Ж.Г. – 1, Колос А.И. – 3

Организация: 1 – БМЦ УДП РК, г. Астана, Казахстан.
2 – КГМУ, г. Караганда, Казахстан.
3 – АО ННМЦ, г. Астана, Казахстан

Диагностика интерстициальных болезней легких (ИБЛ) остается одной из сложных задач современной пульмонологии.

Цель: Оценка роли биопсии легких в диагностике ИБЛ.

Методы: Обследовано 109 пациентов с ИБЛ. Морфологическая верификация диагноза проводилась методами трансторакальной пункционной биопсии легких (ТТПБЛ) под КТ-контролем, трансбронхиальной эндоскопической биопсии легких (ТББЛ) и лимфоузлов, малоинвазивной видеоторакоскопической биопсии легких (ВТСБЛ).

Результаты: Диагностировано случаев саркоидоза – 36, идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) – 25, лимфангиолейомиоматоза легких (ЛАМ) – 7, других вариантов идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) – 41. Проведено 54 (50%) биопсии, в т.ч. легких, лимфоузлов, кожи. Чаще прибегали к ВТСБЛ и плевры – в 36 случаях (66%). Реже использовали ТББЛ и лимфоузлов – 9 (17%). В 7 случаях применена ТТПБЛ (13%), в 2-х случаях проведена биопсия кожи (4%) при саркоидозе. Проведение биопсии легких и внутригрудных лимфоузлов является неотъемлемым методом в диагностике ИИП. В большинстве случаев ИЛФ диагноз выставлялся без проведения биопсии легких. При ИИП биопсия легких проведена в 10 из 19 случаев (53%), при ИЛФ – 5 из 25 случаев (20%). При саркоидозе легкие биопсированы в 18 случаях (50%), что позволило провести эффективную дифференциальную диагностику с туберкулезом, лимфогранулематозом. В 22% биопсий выявлены другие варианты ИБЛ. Биопсия легких позволила верифицировать редкие варианты ИБЛ- альвеолярный протеиноз, ЛАМ, гистиоцитоз Х, идиопатический гемосидероз легких, респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких, поражения легких в рамках ДБСТ.

Заключение: Морфологическая верификация варианта ИБЛ позволяет подобрать адекватную тактику лечения и определить прогноз заболевания.

79.
ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Автор: Болотова Е.В., Шульженко Л.В.

Организация: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар

Цель исследования: анализ ошибок диагностики идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) на догоспитальном этапе.

Материал и методы: Проведен анализ 83 медицинских карт пациентов (форма 003-У), госпитализированных в пульмонологическое отделение ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» за период 2013–2015 гг. с установленным в отделении диагнозом ИЛФ. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 7.0; данные представлены в виде M±SD.

Результаты: Целью направления пациентов к врачу-пульмонологу явилось уточнение диагноза – 80,7% и неэффективность терапии по месту жительства – 19,3%. Доля мужчин составила 63,86%, женщин – 36,14%; средний возраст 63,96±11,40 лет. Пациенты направлены к пульмонологу со следующими диагнозами: пневмония – 56,24%, подозрение на интерстициальное заболевание легких – 22,89%, бронхообструктивный синдром – 12,05%, бронхоэктатическая болезнь – 4,82%. Средний стаж болезни составил 1,64±0,91 лет. Большинство пациентов (92,77%) по месту жительства получало антимикробную терапию без эффекта по поводу затяжной пневмонии, хронического бронхита или бронхоэктазов. Треть пациентов (31,33%) курили; средний стаж курения – 37,46±13,81 лет. Основной жалобой пациентов была инспираторная одышка – 89,16%. На кашель указали 85,54% больных, в том числе, на непродуктивный – 42,25%. Аускультативно феномен «склеросифонии» в нижних отделах легких выявлен у 90,36% больных. У всех пациентов выявлены нарушения вентиляции по рестриктивному типу (ФЖЕЛ 64,79±21,75% от должной). При сравнении описания КТ, выполненной в пульмонологическом отделении, с описанием КТ по месту жительства, выявлена гиподиагностика диффузных ретикулярных изменений, «сотового легкого», тракционных бронхоэктазов и гипердиагностика двусторонней инфильтрации легочной ткани, двусторонних мелкоочаговых образований, изменений по типу «матового стекла».

Вывод: Полученные данные свидетельствуют о недостаточном знании врачами-терапевтами и рентгенологами первичного звена клинико-рентгенологических критериев ИЛФ.

80.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

Автор: Мановицкая Н.В., Петровский И.Б., Ремезов Р.И.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Минск

Цель: изучить основные функциональные показатели у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ).

Материал и методы исследования: Обследовано 36 пациентов с ИЛФ (16 мужчин и 20 женщин, медиана возраста 62 года [54 года; 69 лет], от 48 до 80 лет), длительность

заболевания от 6 лет до 6 месяцев. Оценивались результаты спирографии, бодиплетизмографии, ультразвукового исследования сердца, пульсоксиметрии.

Результаты и их обсуждение: По данным спирографического исследования медиана показателей жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у пациентов с ИЛФ составила 68% [53%; 85%], от 40% минимально до 95% максимально; форсированной ЖЕЛ – 70% [55%; 86%], от 38% до 101%. Определялось снижение показателей максимальной объемной скорости выдоха на уровне мелких бронхов (МОС75) – 46% [31%; 53%], от 13% до 64%. Индекс Тиффно составил 83% [74%; 97%]. По данным бодиплетизмографии общая емкость легких у пациентов с ИЛФ соответствововала нижней границе нормы – 81% [68%; 98%], от 50% до 119%; остаточный объем легких – 89,0% [80%; 98%]). Не было выявлено значимых различий по частоте снижения объемных показателей у пациентов с давностью заболевания до 18 месяцев и более 18 месяцев. У обследованных пациентов определялось снижение диффузионной способности легких (ДСЛ) – 50% [44%; 55%], от 20% до 70%. Сатурация кислородом артериальной крови в покое – 95% [89%; 97%], от 75% до 98%. Систолическое давление в легочной артерии (ДЛА) в покое по данным УЗИ сердца составила 36,2 мм рт. ст. [27,1 мм рт. ст.; 42,1 мм рт. ст.], от 20,0 до 101,0 мм рт ст., ДЛА зависело от давности заболевания.

Выводы: У пациентов с ИЛФ наблюдалось снижение ДСЛ и имелся рестриктивный вариант нарушения функции внешнего дыхания. Усредненные показатели легочных объемов, сатурации, систолического ДЛА находились в пределах нижних границ нормы или были снижены умеренно, при этом диапазон значений данных показателей в группе пациентов был достаточно широк. Полученные результаты могут свидетельствовать о возможности различных вариантов течения и скорости прогрессирования заболевания у пациентов с ИЛФ.

81.
ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ AGT, TGFB1, ESR1 И VDR НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ И САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Улитина А.С. – 1, 2, Новикова Л.Н. – 1, Илькович Ю.М. – 1, Баранова О.П. – 1, Макарова Т.В. – 3, Волкова Е.В. – 1, Пчелина С.Н. – 1, 2, Илькович М.М. – 1, Дубина М.В. – 1

Организация:
1 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург.
2 – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Петербургский институт ядерной физики имени Б.П. Константинова», Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт», Гатчина.
3 – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства», г. Санкт-Петербург.

Идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП) и саркоидоз органов дыхания (СОД) являются наиболее распространенными интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ). Этиология их неизвестна. Отсутствие эффективных методов лечения и неблагоприятный прогноз, в особенности у больных ИИП, рецидивирующее течение и системное поражение при СОД обусловливают актуальность изучения генетических аспектов патогенеза и течения этих болезней.

Цель: Определить вклад вариантов генов ангиотензиногена (AGT), трансформирующего ростового фактора бета-1 (TGFB1), эстрогенового рецептора альфа (ESR1), рецептора витамина D (VDR) в развитие и течение ИИП и СОД у жителей России.

Материалы и методы: В исследование (дизайн «случай-контроль») вошли 104 больных ИИП, 111 больных СОД и 113 лиц контрольной группы. С помощью полимеразной цепной реакции и последующего рестрикционного анализа были изучены семь однонуклеотидных замен: rs5051 в гене AGT; rs1800469, rs1800470 и rs1800471 в гене TGFB1; rs2234693 и rs9340799 в гене ESR1; rs731236 в гене VDR.

Результаты: Выявлены ассоциации вариантов генов TGFB1 (rs1800469) и ESR1 (rs9340799) с клиническими исходами ИИП; генов AGT (rs5051) и VDR (rs731236) со стадиями СОД. С неблагоприятным исходом ИИП (прогрессирование ИИП или смерть) были ассоциированы варианты rs1800469 CC гена TGFB1 [p=0,021; ОШ=2,83 (1,16–6,94)] и rs9340799 X (G) гена ESR1 [p=0,012; ОШ=3,18 (1,27–8,00)], а также их сочетание [p=0,003; ОШ=3,88 (1,55–9,71)]. У больных СОД со стадиями II–IV были ассоциированы варианты rs5051 A гена AGT [p=0,010; ОШ=3,22 (1,30–7,98)] и rs731236 t (C) гена VDR [p=0,046; ОШ=2,45 (1,00–6,02)], а также их сочетание [p=0,041; ОШ=3,31 (1,14–9,60)].

Выводы: Результаты исследования позволяют более адекватно оценить влияние генетических факторов на течение ИИП и СОД.

82.
МАСКИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА Г. ИРКУТСКА

Автор: Нашатырева М.С. – 1, Трофименко И.Н.–2, Черняк Б.А.–2

Организация: 1 – ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1»,
2 – «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»

Цель: Проанализировать диагностические ошибки, структуру и клинические особенности ИЗЛ в г. Иркутске на основе созданного регистра.

Материалы и методы: У 142 больных (85 женщин и 57 мужчин), в возрасте 18–88 (56±16, M±SD) лет, направленных в городской пульмонологический центр (ГПЦ) в 2015–2017 гг. с двусторонними изменениями в легких, выявленных рентгенологически или по результатам компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) проанализированы клинико-анамнестические, рентгенологические и морфологические данные. КТВР легких выполнена в 100% случаев, У 64 (45%) больных с целью верификации диагноза выполнено гистологическое исследование.

Результаты: Самыми частыми направительными диагнозами пациентов до включения в регистр, были двусторонняя затяжная и рецидивирующая пневмония – у 70 (49,2%) пациентов, диссеминированный процесс в легких неустановленной этиологии и идиопатический фиброзирующий альвеолит у 25 (17,6%) больных, 15 (10,5%) пациентов с бронхиальной астмой и/или ХОБЛ, 12 (8,4%) – с туберкулезом легких, 7 (4,9%) – с саркоидозом и 4 пациента с онкопатологией легких. Время от первого симптома до обращения в ГПЦ варьировало от 2 до 300 (29±50) месяцев. Ведущими симптомами в дебюте ИЗЛ были кашель (45%) и одышка (40%). У 20 (14%) больных поводом для начала обследования послужили бессимптомные рентгенологические изменения. У 60 (42%) пациентов при осмотре выявлена двусторонняя крепитация легких. В результате проведенного обследования у 45 (32%) выявлены ИЗЛ с установленной причиной: в 16 случаях на фоне системных забо-

леваний соединительной ткани, в 15 гиперчувствительный пневмонит, 5 случаев лекарственно-индуцированного ИЗЛ, 3 лимфоидные интерстициальные пневмонии на фоне первичных иммунодефицитов, 2 пневмокониоза, 2 эозинофильные пневмонии на фоне ВИЧ-инфекции, у 2 больных вторичное поражение легких на фоне неспецифического язвенного колита и хронического гепатита С. У 40 (28%) больных диагностированы идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП): ИЛФ у 7 больных, НСИП у 16, КОП у 9, не классифицируемая ИИП – у 5 пациентов, ИИП с аутоиммунными проявлениями в 3 случаях. Саркоидоз легких констатирован у 43 пациентов (30%), у 39 (91%) подтвержден морфологически. У 14 пациентов (10%) выявлены редкие ИЗЛ.

Заключение: Представленные данные свидетельствуют о недостаточной информированности врачей об ИЗЛ, что сопровождается ошибочной и поздней диагностикой ИЗЛ.

83.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВАРИАНТА МОЛНИЕНОСНОГО ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА

Автор: Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Хусаинова Л.Н.

Организация: ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Клиника БГМУ

Пациентка А., 47 лет, была госпитализирована в экстренном порядке с жалобами на сухой кашель, слабость, озноб, подъем температуры до 40С, одышку. Со слов больной, заболела около 2-х недель назад ангиной. Накануне госпитализации поднялась температура до 40С, появился сухой кашель. При объективном осмотре: температура тела 38,3С, со стороны органов дыхания- жесткое дыхание и крепитация с обеих сторон. Сатурация 90%. На рентгенографии легких в прямой проекции –признаки двухсторонней пневмонии, В ОАК: лейкоцитоз до 14 *109/л, Тр. 426 *109/л, Hb 121 г/л. Выставлен диагноз: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, вирусно-бактериальная, средней тяжести. Проводилась антибактериалная терапия: цефтриаксон 1,0 в/ м 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день. Из крови высеян S.haemolyticus, положительный прокальцитониновый тест (более 10), сдвиг лейкоформулы влево и лейкоцитоз до 14*109/л, СОЭ 66 мм/ч. Нарастала гиперкоагуляция: фибриноген 4,3 г/л, РФМК до 8%, Д-димеры 1511 нг/мл. На протеинограмме: увеличение а-1, а-2 альбуминов и гамма-глобулинов. Проводимая антибактериальная терапия, начатая в стационаре, оказалась не эффективной, нарастал цианоз, крепитация двухсторонняя сохранялась, преимущественно в средних отделах. На КТ легких картина двухстороннего альвеолита с феноменом «матового стекла». Клинический диагноз: Внебольничная двухстороння полисегментарная (субтотальная) пневмония тяжелого течения. Сепсис (S.haemolyticus).Токсикоинфекционный шок I. на фоне идиопатического фиброзирующего альвеолита. На 3-ие сутки госпитализации к лечению добавили преднизолон 60 мг в/в, подключили к аппарату ИВЛ. На 4-ие сутки с момента госпитализации, при нарастании явлений сердечно-легочной недостаточности наступил смертельный исход. Патологоанатомическое заключение: Идиопатический фиброзирующий альвеолит, диффузный прогрессирующий интерстициальный фиброз легких, острая форма.

84.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА

Автор: Шаповалова Т.Г, Эльсаев И, Рябова А.Ю., Шашина М.М., Архангельская Е.Е.

Организация: ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России». кафедра терапии, гастроэнтерологии и пульмонологии

Проанализированы истории болезни 16 пациентов с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ), госпитализированных в пульмонологическое отделение ГУЗ «Саратовская ГКБ № 8» в 2015–17 гг. Изучены возрастные, клинико-функциональные и рентгенологические особенности болезни. Возраст составил 59,1±2,3 лет, преобладали женщины (13 чел). До установления диагноза ИЛФ пациенты от года до 3-х лет наблюдались с «полисегментарной пневмонией» (9 чел), «хронической обструктиной болезнью легких» (2 чел), «бронхиальной астмой» (2 чел). 8 чел получали антибактериальные препараты длительными курсами (до полугода). Из сопутствующей патологии преобладали артериальная гипертензия и патология щитовидной железы. У всех пациентов диагноз был поставлен на основании типичной клинической и компьютерно-томографической картины, включающей двусторонние ретикулярные изменения (у 16 чел), признаки «сотового легкого» (у 10 чел), тракционные бронхоэктазы (у 5 чел). У 4-х чел эти изменения сочетались с признаками «матового стекла». Биопсия легких была выполнена у 3-х чел, причем во всех случаях были обнаружены признаки обычной интерстициальной пневмонии. При выполнении спирометрии были выявлены рестриктивные (у 7 чел) и смешанные с преобладанием рестрикции (у 3 чел) нарушения различной степени выраженности. У 4-х чел с наличием симптомом «матового стекла» были проведены курсы пульс-терапии метипредом (по 500 мг, № 3), остальные получали симптоматическую терапию. У 6-х чел были повторные госпитализации в связи с прогрессированием дыхательных расстройств. Таким образом, у всех пациентов диагноз ИЛФ был установлен несвоевременно. Поздняя диагностика может быть связана с неполным учетом или трактовкой клинических, анамнестических данных и несвоевременным обследованием (компьютерная томография, биопсия легких).

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

85.
АНГИОСЕМИОТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

Автор: Пачерских Ф.Н.

Организация: ФГБОУ ВО «ИГМУ», г. Иркутск

При опухолевых поражениях легких ангиографическая картина имеет свои особенности. При проведении бронхиальной артериографии выявлены ангиографические изменения в зависимости от локализация опухоли, ее распространенности и возникших осложнений. При центральном раке легкого кровоснабжение обеднено, но при формировании обструктивного пневмонита может выявляться умеренная периферическая гиперваскуляризация. Полостная форма периферического рака, осложненного параканкрозным воспалением, ангиографически характеризуется гиперваскулярным вариантом кровоснабжения. Наиболее достоверным ангиографическим признаком, независимо от варианта кровоснабжения опухоли, является фрагментация периферических ветвей бронхиальных артерий. Этот признак, по нашим данным, характерен только для злокачественного процесса, и его можно патогномоничным для рака легкого. При гиперваскулярной форме опухоли обнаруживаются хаотическое ветвление и распределение ветвей бронхиальной артерии с неравномерным сужением и ампутацией сосудов, потерей четкости их контуров. Также характерными симптомами опухолевого процесса являются перекалибровка ветвей 2–3 порядка, появление экстравазальных «лужиц» контрастного вещества, гнездного скопление контрастного вещества в зоне опухолевого роста. При легочном кровотечении выявляются экстравазация контрастированной крови, либо тромбоз бронхиальной артерии.

Гиперплазия бронхиальных артерий, бронхиально-легочные шунты не характерны для рака легкого. Учитывая резко выраженные нарушения бронхиального кровотока, опасность легочного кровотечения до и во время оперативного вмешательства нами проводится рентгено-эндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий до проксимальных отделов либо до устья.

МИКРОБИОЛОГИЯ

86.
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Автор: Бисенова Н.М., Ергалиева А.С.

Организация: АО «Национальный научный медицинский центр», микробиологическая лаборатория

Введение: Цель исследования – определить микробный пейзаж и антибиотикорезистентность микрофлоры верхних дыхательных путей у детей в амбулаторной практике.

Материалы и методы: Проведено проспективное микробиологическое исследование респираторного тракта верхних дыхательных путей у 198 амбулаторных детей в возрасте от 3 до 15 лет (с диагнозами: тонзиллит, фарингит, ринофарингит, ангина). Идентификацию изолятов и определение их антибиотикочувствительности проводили с помощью автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 (BioMerieux).

Результаты: За исследуемый период получено 296 штаммов микроорганизмов. Наибольшее количество относились к Streptococcus pneumoniae 48,3% (143), Staphylococcus aureus – 15,5% (46), Streptococcus pyogenes – 9,1% (27), Haemophilus spp.– 3,0% (11). Результаты исследования резистентности штаммов пневмококка показали наибольшую резистентность к маролидам: к эритромицину 66,1%, к азитромицину 69,5%. Более 53% выделенных штаммов S.pneumoniae были резистентны к пенициллину. Резистентность к цефалоспоринам 3 поколения была на уровне 32%, наименьшая резистентность отмечена к респираторным фторхинолонам – 9,2%. Анализ антибиотикограмм штаммов St.aureus показал резистентность к оксациллину у 2,3% штаммов.

Заключение: Выбор антибиотика должен базироваться на локальных данных в каждой определенной местности. Назначение антибиотиков без определения чувствительности является одним из ведущих факторов формирования антимикробной резистентности.

87.
ТРЕЗИСТЕНТНОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ШТАММОВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ

Автор: Бисенова Н.М., Ергалиева А.С.

Организация: АО «Национальный научный медицинский центр», микробиологическая лаборатория

Введение: Имеющиеся многочисленные клинические исследования возрастающей резистентности штаммов Pseudomonas aeruginosa в отделениях детской реанимации подтверждают факт возникновения нозокомиальных инфекций. Цель данного исследования – определить резистентность к антибиотикам респираторных штаммов Ps.aeruginosa отделения детской кардиореанимации.

Методы: Проведено проспективное микробиологическое исследование антибиотикорезистентности 267 респираторных штаммов Ps.aeruginosa, выделенных от 2525 образцов клинического материала (респираторный тракт), полученные от пациентов детской кардиореанимации АО «ННМЦ» после проведения кардиохирургических операций (операции на сердце и крупных сосудах) в период с января 2014 по декабрь 2016 годы. Идентификацию изолятов и определение их антибиотикочувствительности проводили с помощью автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 (BioMerieux).

Результаты: За исследуемый период частота обнаружения штаммов Ps.aeruginosa в респираторном тракте отделения детской кардиореанимации увеличилась с 7,4% до 12,5%. В динамике выявлена тенденция увеличения резистентности штаммов Ps.aeruginosa к антисинегнойным цефалоспоринам (к цефтазидиму с 8,3% до 66,7% p=0,018, к цефепиму с 23,1% до 71,7% p=0,019), к аминогликозидам (к гентамицину с 7,7% до 69,5% p=0,007, к амикацину с 16,7% до 84,7% p=0,037), а также к карбапенемам (к меропенему с 8,3% to 83,1% p=0,004)

Заключение: Развитие антибиотикорезистентности приводит к ограничению терапевтической возможности в лечении серьезных инфекций, особенно в условиях детской кардиореанимации, которая ограниченна выбором антибиотиков. Актуально адекватное обеспечение инфекционного контроля, базирующегося на локальных данных и постоянного микробиологического мониторинга.

88.
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ МОКРОТЫ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОРГАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ

Автор: Бисенова Н.М., Ергалиева А.С.

Организация: АО «Национальный научный медицинский центр», микробиологическая лаборатория

Введение: Предтрансплантационный скрининг потенциальных доноров и реципиентов имеет важное значение для успешной трансплантации органов. На фоне массивной иммуносупрессивной терапии реципиенты подвергаются риску инфекции, одной из которых является аспирационная пневмония. Цель исследования – определить бактериальный профиль и антибиотикорезистентность мокроты пациентов перед органной трансплантацией.

Материалы и методы: Проведено проспективное микробиологическое исследование мокроты 139 пациентов, ожидающих органную трансплантацию (родственная трансплантация печени, почки). Идентификацию изолятов и определение их антибиотикочувствительности проводили с помощью автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 (BioMerieux).

Результаты: За исследуемый период было выделено 152 штамма микроорганизмов: к Streptococcus pneumoniae принадлежали 25% выделенных культур, Staphylococcus aureus – 6,5%, Candida spp. – 6,6%, к семейству Enterobacteriaceae принадлежали 5,9%, среди которых чаще обнаруживалась Klebsiella pneumoniae – 3,9%. Результаты проведения антибиотикочувствительности показали, что резистентность к оксациллину штаммов St.aureus составила 10%. Резистентность штаммов S.pneumoniae к пенициллину составила 23,0%, к цефалоспоринам III поколения – 15,3%, к линкозамидам – 17,6%, среди хинолонов более 41% штаммов были резистентны к ципрофлоксацину. Наибольшая резистентность пневмококков отмечалась к макролидам: к кларитромицину 60,0%, к азитромицину 62,5%, к эритромицину 75,0%.

Заключение: Микробиологический мониторинг реципиентов показал высокий уровень носительства патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, что побуждает проводить качественную предоперационную подготовку с целью возможного улучшения состояния здоровья потенциального реципиента.

89. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Автор: Красовский С.А. – 1, 2, Бутюгина И.Н. – 2

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии МФБА России,
2 – ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы

Геморрагический васкулит – одно из поздних осложнений муковисцидоза (МВ), развитие которого связывают с множественным действием различных факторов, ведущим среди которых является персистенция гнойного воспаления, вызывающее каскад различных иммунологических реакций.

Цель: описать случаи развития геморрагического васкулита у взрослых больных МВ и выявить взаимосвязь его развития с различными клинико-генетическими и функциональными характеристиками основного заболевания.

Материалы и методы: проанализированы данные 520 взрослых пациентов с МВ, наблюдающих в НИИ Пульмонологии и 2ом пульмонологическом отделении ГКБ им Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы с 2015 по 2017год. Возраст больных колебался от 17 до 67 лет.

Результаты: Геморрагический васкулит был выявлен у 10 пациентов (6 женщин, 4 мужчин), у троих из них перешедших в хроническую пигментацию (болезнь Шамберга), а у остальных носящий циклическое течение с периодами обострений и ремиссий. Все пациенты на момент дебюта васкулита и во время его дальнейшего развития имели тяжелое течение заболевания, которое определялось прогрессирующим снижением функции легких и сформированной дыхательной недостаточностью. Так на момент анализа ОФВ1 колебался от от 16 до 40% от должного, при чем 6 из 10 пациентов имели ОФВ1 менее 30%, и им же проводилась кислородотерапия. В микробиологическом статусе респираторного тракта отмечено доминирование агрессивной грамотрицательной флоры: у 2-мультире-

зистентная P.aeruginosa, у 2- B.cepacia complex, у 6 – Achromobacter spp. (у 2 среди них в микст-инфицировании с MRSA).

Заключение: Настоящее поисковое исследование продемонстрировало относительно невысокую распространенность геморрагического васкулита среди взрослых больных МВ. Его развитие тесно связано с тяжестью бронхолегочного поражения и хроническим инфицированием респираторного тракта «агрессивной» грамотрицательной флорой.

МУКОВИСЦИДОЗ

90.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ПАТОГЕНАМИ

Автор: Ульянова Л.В., Леднева В.С.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель: Повысить эффективность терапии детей, больных муковисцидозом, инфицированных герпесвирусами (ГВИ) и внутриклеточными патогенами (ВКП). Обследовано 35 больных смешанной формой муковисцидоза, возраст- от 2 мес. до 7 лет, инфицированных M. pneumonia, Ch. pneumonia, ЦМВ и ВЭБ, в периоде обострения. Все пациенты получали комплексную терапию согласно стандарту и препарат виферон. 1 группе – 25 детей, назначали пролонгированную терапию вифероном: двукратное ректальное введение свечей в возрастной дозе, 10 дней, затем 1 мес. по схеме: понедельник, среда, пятница 2 раза в день; контрольной группе –10 детей, назначали терапию стандартным курсом, двукратное ректальное введение свечей виферона в течение 5 дней. Пациенты обследованы на ГВИ и ВКП методом ИФА и ПЦР сыворотки крови. Результаты. Период ремиссии у детей после пролонгированного курса виферона удлинился до 4 мес., у больных группы контроля – 3 мес. Элиминация IgM к вирусам ВЭБ и ЦМВ произошла через 3 мес., у группы контроля антитела к ВЭБ (VCA) IgM и CMV IgM сохранялась 6–8 мес. Снижение титра IgG к хламидиям, элиминация IgM к M. pneumonia у больных 1 группы происходило через 2 мес. у группы контроля персистенция IgM к M. pneumonia сохранялась 4–6 мес., титр 1:40 IgG к Ch. pneumonia до 7–8 мес. Течение обострения у 23 детей 1 группы проходило с короткой температурной реакцией, менее выраженным БОС и по бронхитическому типу, в группе контроля у 8 из 10 больных обострение -по типу пневмонии. Заключение. Применение пролонгированного курса виферона в периоде обострения у больных муковисцидозом, инфицированных герпесвирусами, микоплазмой и хламидиями на фоне комплексного лечения позволяет осуществить элиминацию возбудителей в более короткие сроки, уменьшить длительность и тяжесть обострения.

91.
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ BURKHOLDERIA CENOCEPACIA ST709

Автор: Усачева М.В. – 1, Красовский С.А.1, 2, 3.

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, г. Москва, Россия
2 – ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева, г. Москва, Россия
3 – ФГБУ Медико-генетический научный центр РАН, г. Москва, Россия

В результате работ последних лет выявлено, что сиквенс-тип (ST) 709 является доминирующим штаммом среди микроорганизмов Burkholderia cepacia complex (Bcc), которые инфицируют дыхательные пути больных муковисцидозом (МВ) в России.

Цель: оценить влияние пола, тяжести генотипа, наличия микст-инфекции и терапии глюкокортикостероидами (ГКС) на выживаемость взрослых пациентов с МВ, респираторный тракт которых хронически инфицирован Bcc ST709.

Материалы и методы: в исследование включены 102 взрослых больных с МВ, которые имели хроническое инфицирование Bcc (Lee et al.2003) сиквенс-типом ST709. Сиквенс- тип Bcc идентифицировался мультилокусным секвенированием в НИИ эпидемиологии и микробиологии им.Н.Ф.Гамалеи.

Пациенты включались в исследование при наличии информированного согласия. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS (SPSS Inc., США). Выживаемость оценивалась с помощью анализа Каплана- Майера, достоверность различий между группами определялась с помощью LogRank Test. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты: не выявлено влияния пола, тяжести генотипа и микст-инфицирования на выживаемость генотипа ST709. При оценке влияния терапии глюкокортикостероидами (ГКС) в средних и высоких дозах выявлена достоверно большая выживаемость в группе больных, не принимающих ГКС (медиана выживаемости- 11,7 лет) чем в группе пациентов, принимающих ГКС, где медиана выживаемости составила 6,8 лет ($p=0,04$).

Заключение: продемонстрировано, что терапия ГКС достоверно снижает медиану выживаемости у пациентов с Bcc ST709. При этом не выявлено влияния пола, тяжести генотипа и наличия микст- инфекции на выживаемость Bcc ST709.

92.
ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ БАКТЕРИЙ BURKHOLDERIA CEPACIA COMPLEX НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Автор: Усачева М.В. – 1, Красовский С.А. – 1, 2, 3, Амелина Е.Л. – 1, Шагинян И.А. – 4, Чернуха М.Ю. – 4, Аветисян Л.Р. – 4, Воронина О.Л. – 4.

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, г. Москва, Россия,
2 – ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева, г. Москва, Россия,
3 – ФГБУ Медико-генетический научный центр РАН, г. Москва, Россия,
4 – ФГБУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России, г. Москва, Россия

Продолжительность жизни больных муковисцидозом (МВ) зависит от характера инфицирования дыхательных путей той или иной флорой. Наличие в респираторном тракте хронической инфекции Burkholderia cepacia complex (Bcc) значительной лимитирует продолжительность жизни больных МВ по сравнению с хронической инфекцией другими грамотрицательными микроорганизмами (Красовский С.А., 2014, 2015, 2017гг). В последние годы, благодаря развитию молекулярно-генетических методов, среди Bcc выделены различные сиквенс-типы (ST), некоторые из которых были отнесены к эпидемически значимым, в частности, ST 709 и ST 208 (Воронина О.Л. с соавт. 2013г, Чернуха М.Ю. соавт, 2014г), другие – к «диким», не эпидемическим штаммам.

Цель: сравнить выживаемость с момента инфицирования Bcc среди больных, у которых выявляются B.cenocepacia ST709 и ST208 по сравнению с пациентами, инфицированными не эпидемическими штаммами этого и других видов Bcc.

Материалы и методы: в исследование включены 131 взрослых больных МВ, дыхательные пути которых хронически инфицированы различными видами Bcc. Пациенты наблюдались в НИИ Пульмонологии с 1992 по 2017год.

Идентификация штаммов Bcc проводилась с помощью мультилокусного секвенирования в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи. К группа эпидемических штаммов были отнесены 114, остальные- неэпидемические штаммы. К не эпидемическим штаммам были отнесены все остальные сиквенс-типы B.cepacia, B.cenocepacia, B.multivorans, B.contaminans. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS (SPSS Inc., США). Для оценки выживаемости использовался метод Каплан-Майера. Достоверность различий между группами определялась с помощью LogRank Test.

Результаты: медиана выживаемости с момента инфицирования B.cenocepacia ST709 +ST208 составляет 11,7 лет, для неэпидемических штаммов других видов Bcc-15,8 лет. Различия являются достоверными (p=0,022).

Заключение: достоверно показана меньшая выживаемость пациентов при хронической инфекции легких, вызванной B.cenocepacia ST709 и ST208, по сравнению с пациентами, инфицированными штаммами B.cenocepacia других сиквенс-типов и другими видами бактерий Bcc. Вирулентные свойства эпидемически значимых штаммов B.cenocepacia ST709 и ST208 могут быть связаны с приобретением в процессе длительной персистенции в организме больного и циркуляции в стационаре множественной антибиотикорезистентности, а также с усилением продукции факторов патогенности во время обострения инфекционного процесса в легких.

93.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Автор: Скачкова М.А. – 1, Карпова Е.Г. – 1, Рыбалкина М.Г. – 1,
Маркова О.М. – 2, Никитина О.В. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «ОрГМУ» МЗ РФ, г. Оренбург, 2 – ГАУЗ ДГКБ, г. Оренбург

Хроническая респираторная инфекция является ведущим фактором, определяющим прогноз заболевания у пациентов с муковисцидозом (МВ). Наиболее значимый патоген, вызывающий хроническую инфекцию при МВ, Pseudomonas aeruginosa – определяет большую частоту легочного обострения, снижение функции легких и высокий процент смертности. Именно поэтому эффективной эрадикации и предотвращению развития хронической синегнойной инфекции уделяется большое внимание.

В Центре муковисцидоза (детский стационар ДГКБ Оренбурга) регулярно наблюдаются 54 ребенка с МВ, из них 17 – дети до 6 лет. Высев Ps.aeruginosae отмечался у 9 детей этой возрастной группы, в комплексное лечение назначены аминогликозиды (амикацин) ингаляционно, макролиды внутрь. По жизненным показаниям 1 ребенку (до 6 лет) назначен ингаляционный тобрамицин-Гобби («ГоббиНовагС.А.», Аргентина), при этом через 1 год лечения – высев Ps.aeruginosae в низком титре (1*103).

В группе детей старше 6 лет высев Ps.aeruginosae отмечался у 16 детей (из 37). 15 детям назначен тобрамицин ингаляционно (по 300мг 2 раза в день), курсами по 28 дней, 6 курсов в год и макролиды (сумамед) внутрь по схеме. Только у 1 ребенка отмечалась реакция на тобрамицин (усиление кашля и бронхоспазма) – был назначен колистин. Через 1 год после начала терапии высев Ps.aeruginosae в диагностическом титре – у 5 пациентов (из 15). У всех пациентов, получавших в составе комплексной терапии ингаляционный тобрамицин, достоверно уменьшилась частота обострений бронхолегочного процесса (на 30%), улучшился нутритивный статус, прирост ФЖЕЛ и ОФВ1 более чем на 15% от исходных значений.

Таким образом, применение ингаляционной формы тобрамицина у детей с МВ приводит к уменьшению частоты высева Ps.aeruginosae, улучшению функциональных показателей состояния дыхательной системы.

94.
СОВМЕСТНАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА S.MALTOPHILIA И ASPERGILLUS SPP. У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Автор: Красовский С.А. – 1, 2, Усачёва М.В.–1, Бутюгина И.Н. – 2, Амелина Е.Л – 1.

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии МФБА России, 2 – ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы

Респираторная инфекция является одним из определяющих факторов в прогнозе заболевания у взрослых больных муковисцидозом (МВ). Среди многообразия микроорганизмов колонизирующих респираторный тракт у больных МВ отмечаются как агонистические, так и антагонистические связи. Одним из примеров «содружественного» инфицирования может является совместное присутствие в дыхательных путях S.maltophilia и плесневых грибов, что продемонстрировано в ряде европейских исследований. В нашей стране подобных работ не проводилось.

Цель: выявить распространенность совместного выявления в респираторном тракте S.maltophilia и Aspergillus spp. у взрослых больных МВ.

Материалы и методы: проанализированы данные микробиологических посевов 640 взрослых пациентов с МВ, наблюдающих в НИИ Пульмонологии с ноябрь 1992 по август 2017года. Выявлялись пациенты, где одновременно присутствовали S.maltophilia и Aspergillus spp., а также больные, где эти микроорганизмы и микромицеты встречались, но не совместно.

Результаты: У 18 пациентов определялась S.maltophilia без присутствия плесневых грибов, у 41 больного, наоборот, выявлялись Aspergillus spp. без одновременного наличия S.maltophilia. У 29 больных совместно определялись в одном посеве и S. maltophilia и Aspergillus spp.

Таким образом, у S.maltophilia была выявлена у 47 пациентов, и в 61,7% среди них в «союзе» с Aspergillus spp. Aspergillus spp. были выявлены у 70 больных, и в 41,4% среди них в сочетании с S.maltophilia.

Заключение: Данное исследование продемонстрировало высокую частоту совместной колонизации S.maltophilia и Aspergilllus spp. в респираторном тракте у взрослых больных МВ, которая достигает 50% случаев.

95.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Автор: Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии МЗРУз

Целью настоящего исследования: явилось изучение особенностей иммунного статуса больных муковисцидозом в зависимости от клинических форм заболевания.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 60 больных муковисцидозом в возрасте от 3 мес. до 3 лет. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования.

Результаты: Широкая программа иммунологических исследований показало, что уровень общего пула CD3+ -клеток у детей с муковисцидозом по сравнению с данными детей контрольной группы достоверно снижен (P<0,01). В то время как общий пул CD20+ -лимфоцитов достоверно выше (P<0,01). Изучение субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показало, что уровень CD4+-лимфоцитов уменьшается по сравнению с показателями контрольной группы (P<0,05), более достоверно снижен уровень CD8+ -клеток у детей с муковисцидозом (P<0,01). У больных муковисцидозом независимо от формы заболевания наблюдается снижение иммуноглобулинов А и G, повышение IgM в сыворотке крови. При исследовании цитокинового профиля у данной группы больных показали, что у детей с муковисцидозом продукция ИЛ-1β достоверно (P<0,01) повышалось по сравнению с здоровыми детьми. Уровень сывороточного IL-8 в 5 раз превышает показатели контрольной группы (p<0,001).

Заключение: Таким образом, полученные данные позволяют сделать заключение о том, что у детей при муковисцидозе легочной и кишечной форм определяются значительные изменения в системе иммунитета. Полученные данные подтверждают необходимость использования при лечении муковисцидоза у детей препаратов воздействующих на систему иммунитета, которые можно использовать более длительный период.

96.
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛИСТИНА ВНУТРИВЕННО В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Автор: Красовский С.А. – 1, 2, Бутюгина И.Н. – 2

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии МФБА России,
2 – ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы

Лечение обострений вызванных мультирезистентой грамотрицательной флорой зачастую представляет собой трудновыполнимую задачу у взрослых больных муковисцидозом (МВ).

Перспективным видится внутривенное применение препарата колистин, к которому отмечено малое развитие резистентности у P.aeruginosa, Achromobacter spp.

Цель: оценить эффективность и переносимость внутривенного колистина в составе комплексной антибактериальной терапии в лечении обострения гнойно-обструктивного бронхита у взрослых больных муковисцидозом

Материалы и методы: с января 2015 по лето 2017года в условиях 2ого пульмонологического отделения ГКБ им Д.Д. Плетнева проведено 75 курсов комплексной антибактериальной терапии с применением колистина внутривенно. Показанием для применения колистина являлось наличие в респираторном тракте мультирезистентной флоры чувствительной в посеве мокроты к полимиксину В и/или полимиксину Е. Препарат колистин применялся совместно с бета-лактамным антибиотиком с противосинегнойной активностью внутривенно капельно в дозе 3млнЕд/сутки в первые 2–4 дня терапии, при хорошей переносимости препарата с последующей эскалации дозы до 6млнЕд/сутки. Препарат применялся трижды в сутки, разовая доза разводилась на 200мл физиологического раствора, инфузия продолжалась в течение 30–60 минут.

Эффективность лечения оценивалась по клинико-лабораторным и функциональным данным: картина бронхита и дыхательной недостаточности, сатурация гемоглобина кислородом, показатели спирометрии, в ряде случаев динамика рентгенологической картины и уровня С-реактивного белка.

Результаты: 62 больным (возраст 26 (9,0) лет) проведено 75 курсов терапии колистином, из них 9 повторно. У 35 пациентов определялась хроническая инфекция P.aeruginosa, у 26- Achromobacter spp., у 1 пациента- меняющаяся грамотрицательная флора.

Из 75 курсов препарат был отменен в 13 случаях: 11 из-за проявлений нейротоксичности: головная боль, шум в ушах, шаткость походки, 2 пациентам из отсутствия высева грамотрицательной флоры. Продолжительность лечения при хорошей переносимости составила от 4 до 23 дней, медиана 13,0(3,0) дней. В качестве основного бета-лактамного антибиотика в 82,0% применился меронем.

На фоне лечения в 72 курсах достигнута клинико-функционально-лабораторная положительная динамика: прирост SpO2 на фоне лечения составил 2,0 (1,0)%, ОФВ1 8,0 (8,0)% от долж.

Заключение: колистин применяемый внутривенно в составе комплексной терапии продемонстрировал достаточную клинико-функциональную эффективность при лечении обострения гнойно-обструктивного бронхита у взрослых пациентов МВ. Однако, определенным ограничивающим обстоятельством является плохая переносимость препарата у ряда пациентов – 17,7% в нашем исследовании

97.
СОВМЕСТНОЕ ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХ БЕТА-ЛАКТАМНЫХ АНТИБИОТИКОВ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Автор: Красовский С.А. – 1, 2, Бутюгина И.Н. – 2,
Амелина Е.Л. – 1, Усачева –1, Грачева О.Ю. – 2

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России,
2 – ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы

Лечение обострений, вызванных мультирезистентой грамотрицательной флорой, зачастую представляет собой трудновыполнимую задачу у взрослых больных муковисцидозом (МВ).

В ряде зарубежных работ описан положительный опыт использования 2 бета-лактамных антибиотиков одновременно при лечении тяжелых мультирезистентных грамотрицательных инфекций.

Профессор А.И. Синопальников в лекции о лечении тяжелой внутрибольничной пневмонии признает оправданным совместное назначение 2 бета-лактамных антибиотиков при лечении пневмоний вызванных мультирезистентной флорой.

Цель: оценить эффективность и переносимость внутривенного назначения 2 бета-лактамных антибиотиков в лечении обострения гнойно-обструктивного бронхита у взрослых больных муковисцидозом

Материалы и методы: с января 2015 по лето 2017года в условиях 2ого пульмонологического отделения ГКБ им Д.Д. Плетнева проведено 44 курса комплексной терапии с применением 2 бета-лактамных антибитиков одновременно. Показанием для их применения являлось наличие в респираторном тракте мультирезистентной флоры и отсутствие клинического ответа на стандартную схему лечения с одним бета-лактамом. Применялось совместное назначение бета-лактамных антибиотиков в разных комбинациях: меронем по 3–9г/сутки, тиенам 3г/сутки, дорипрекс 3г/сутки, фортумом по 9г/сутки внутривенно капельно. Препараты применялись трижды в сутки, разовая доза разводилась на 200мл физиологического раствора, инфузия продолжалась в течение 30–60 минут.

Эффективность лечения оценивалась по клинико-лабораторным и функциональным данным: картина бронхита и дыхательной недостаточности, сатурация гемоглобина кислородом, показатели спирометрии, в ряде случаев динамика рентгенологической картины и уровня С-реактивного белка.

Результаты: 41 больному проведено 44 курса терапии 2 бета-лактамными антибиотиками, из них 3 повторно. Во всех случаях сочетанная терапия переносилась хорошо. Продолжительность лечения составила от 7 до 14 дней.

Наряду с функциональным улучшением, пациенты отмечали уменьшение частоты и продуктивности кашля, снижение интенсивности одышки.

Заключение: совместное применение двух бета-лактамных антибиотиков в/в капельно в составе комплексной терапии продемонстрировало достаточную клинико-функциональную эффективность при лечении обострения гнойно-обструктивного бронхита у взрослых пациентов, что позволяет его рекомендовать для лечения данной группы больных.

98.
ГИАНЕБ СНИЖАЕТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОГО ТОБРАМИЦИНА

Автор: Красовский С.А.1, 2, 3

Организация: 1 – НИИ Пульмонологии МФБА России,
2 – ГКБ им Д.Д. Плетнёва ДЗ г. Москвы,
3 – Медико-генетический научный центр

Ингаляционный тобрамицин является основным средством для контроля хронической синегнойной инфекции у больных муковисцидозом (МВ). В ряде случаев данная терапия ограничена непереносимостью тобрамицина, которая выражается в развитии бронхоспазма, сухого кашля и одышки. При этом предварительная ингаляция бронхолитиками не всегда позволяет минимализировать побочные явления и пациент вынужден отказаться от этого важного современного лечения.

За последние годы стремительно внедрились в ежедневную отхаркивающую терапию ингаляции гипертоническим раствором натрия хлорида, который зарекомендовал себя как эффективное и безопасное средство. Гианеб представляет собой 7% раствор натрия хлорида в сочетании с 0,1% раствором гиалуроновой кислоты, именно добавление ее значительно снижает раздражающее действие солевого раствора, что значительно повышает комфортность ингаляции.

Ниже описано два клинических случая, улучшения переносимости и возобновления терапии брамитобом (тобрамицином) после старта терапии гианебом.

Пациент В.А. (F508del/Y84X), 26 лет, с хронической синегнойной инфекцией, ОФВ1 80–100%, перенесший в возрасте 22 лет трансплантацию печени, не мог использовать брамитоб в связи с развивающимся бронхоспазмом, сухим кашлей и одышкой сразу после ингаляции. Включение в терапию гианеба за полчаса-час до ингаляции брамитоба значительно уменьшило побочные явления от тобрамицина, что позволило продолжить терапию брамитобом.

Пациентка Т.В. (F508del/F508del), 27 лет, с хронической синегнойной инфекцией, ОФВ1 24–30%, также не могла использовать брамитоб в связи с развивающимся бронхоспазмом, сухим кашлей и одышкой сразу после ингаляции. Учитывая опыт с предыдущим пациентом, пациентке было предложено включить в терапию гианеб за полчаса-час до ингаляции брамитоба. Инициация терапии гианебом ликвидировало побочные явления от тобрамицина, что также позволило продолжить терапию брамитобом.

Заключение: Ингаляция гианеба, содержащего гиалуроновую кислоту, вероятно, создает некую протективную защиту слизистой бронхиального дерева, что позволяет ингалировать ранее трудно переносимый тобрамицин. Более широкое применение гианеба может уменьшить непереносимость ингаляционного тобрамицина.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

99. НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ МЕТОДОМ АКТИВНОЙ РАДИОМЕТРИИ

Автор: Бондарь С.С., Хадарцев А.А., Херехов И.В.

Организация: Тульский государственный университет

Цель: исследовать информативность стимулированного радиоизлучения органов грудной полости в мониторинге внебольничной пневмонии и диагностике острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Материалы и методы: В исследовании включено 150 пациентов (средний возраст 36,3±5,5 лет) с внебольничной пневмонией (ВП). В плазме крови методом иммуноферментного анализа определяли концентрацию брадикинина, сурфактантного протеина-D в 1-е сутки, на 7 и 20 сутки ВП. Информативность показателей оценивали путем анализа их характеристических (ROC) кривых. Уровень стимулированного радиоизлучения органов грудной полости оценивали диагностическим комплексом «Аквафон» используя метод активной радиометрии (ООО «Телемак», Россия).

Проведенный анализ показал, что информативность концентрации брадикинина в оценке тяжелой ВП, сопровождающейся ОРДС составляет 96,0%, при чувствительности 96,7% и специфичности 83,9% (концентрация 2,82 нг/мл и выше). Маркер альвеолярной дисфункции и ОРДС – сурфактантный протеин характеризуется информативностью 58,7%, при специфичности 37,6% и чувствительности 80,0% (концентрация 4,0 нг/мл и выше). Результаты проведенного анализа выявили высокую диагностическую ценность показателя ВА в идентификации тяжелой ВП. При этом ВА характеризовалась информативностью 98,0%, при специфичности 97,0% и чувствительности 96,0% (значение показателя 123 ед. и выше).

Таким образом, уровень стимулированного радиоизлучения органов грудной полости является информативным показателем, который может использоваться в качестве дополнительного критерия оценки тяжести воспалительно-инфильтративных изменений и диагностики ОРДС у больных с ВП. Учитывая отсутствие лучевой нагрузки, метод активной радиометрии может быть использован для мониторинга патологических изменений в процессе лечения.

100.
КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРИ СТАНДАРТНОМ И ИНДУЦИРОВАННОМ СПОСОБАХ СБОРА МОКРОТЫ

Автор: Латыпова Н.А., Рамазанова У.Т., Абишев М.Т., Магзумова Г.Е., Жусупбекова Л.И.

Организация: АО «Медицинский Университет Астана», городская больница № 2, г. Астана, Казахстан

При ХОБЛ в большинстве случаев наблюдается удовлетворительная продукция мокроты и для ее исследования, как правило, используется стандартный (спонтанный) анализ мокроты.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов исследования клеточного состава мокроты (КСМ) у больных ХОБЛ при стандартном и индуцированном способах сбора.

Материалы и методы: Проведено исследование КСМ стандартным и индуцированным способом у 30 пациентов с ХОБЛ, проходивших стационарное лечение по поводу обострения. С целью сбора ИМ применен метод Gibson P.G с соавт. (1998), дополненный нами премедикацией бронхолитиком и использованием флаттера. Сначала проведен сбор СМ, затем ИМ.

Результаты и обсуждение: Средний возраст больных ХОБЛ составил 53,2±15,2 лет. Соотношение женщин и мужчин было почти равным. У всех больных отделение мокроты было удовлетворительным. Проведена оценка качества полученной обоими методами мокроты с использованием шкалы Barlett с соавт. (1978). Выявлены достоверные различия в баллах, так средняя оценка качества ИМ составила 1,8±0,5, а СМ – 0,8±0,4 балла. Качество образца считали низким при содержании в мокроте более 10 клеток плоского эпителия. Только 3 (10%) образца ИМ были низкого качества, тогда как при исследовании СМ – 12 (40%). Сравнительный анализ КСМ выявил большее количество лейкоцитов при ИМ, что также свидетельствует о более высоком качестве ИМ. Кроме того, ни в одном случае микроскопического исследования СМ не было обнаружено эозинофилов, тогда как в ИМ в 3 (10%) случаях выявлены эозинофилы.

Заключение: Метод ИМ более информативен в оценке клеточного состава мокроты, что позволяет использовать его при определении фенотипов ХОБЛ и дифференциальной диагностике респираторных заболеваний.

101.
БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Автор: Кушаева М.Э.-1, Рябоконь А.М.-2, 3, Федорченко К.Ю.-2, 3, Кононихин А.С.-3, Попов И.А.-3, Николаев Е.Н.-3, Варфоломеев С.Д.-2, 3, Анаев Э.Х.-1, 4, Чучалин А.Г.-4

Организация: 1 – ФГБУ Научно-исследовательский институт пульмонологии ФМБА России;
2 – ФГБОУ ВО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова;
3 – ФГБУ Институт биохимической физики имени Н.М. Эмануэля РАН;
4 – ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ.

Бронхиальная астма (БА), пневмония и ХОБЛ относятся к социально значимым заболеваниям, распространенность которых неуклонно растет. Современная ме-

дицина возлагает большие надежды на поиск новых маркеров этих заболеваний. Определение биомаркеров в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) позволяет оценить активность воспаления дыхательных путей. Анализ белкового состава КВВ – перспективный метод диагностики, позволяющий изучить патомеханизмы и выявить различные фенотипы легочных заболеваний.

Цель: изучить белковый состав КВВ у больных БА, пневмонией и ХОБЛ, оценить роль белковых биомаркеров в диагностике этих заболеваний.

Материал и методы: Нами обследовано 79 человек, в том числе 23 больных внебольничной пневмонией, 17 – БА, 19 – ХОБЛ, и 20 здоровых добровольцев.

КВВ собирали стандартизованным методом с помощью аппарата ECoScreen. Образцы КВВ лиофилизировали, подвергали гидролизу трипсином, анализировали при помощи нанопоточной высокоэффективной жидкостной хроматографии и тандемной масс-спектрометрии.

Результаты: Протеомный анализ КВВ четырех обследованных групп выявил более 300 различных белков, большую часть из которых составили цитосклетные кератины 1и 2 типа. В КВВ здоровых добровольцев, больных ХОБЛ и пневмонией обнаружены дермцидин, иммуноглобулин альфа, кининоген, цитоплазматический актин, сывороточный альбумин, цинк-альфа2-гликопротеин. Высокое содержание пероксиредоксина в КВВ больных ХОБЛ указывает на выраженный окислительный стресс. В образцах пациентов с пневмонией обнаружен высокий уровень белков острой фазы воспаления и гипоксии (аннексины А1, А2, цистатины М и В, фрагменты коллагенов и гистонов).

Выводы: В результате проведенного исследования нами обнаружено, что образцы КВВ групп здоровых добровольцев, а также больных ХОБЛ, пневмонией и БА имеют характерный белковый спектр. Большинство выявленных белков могут быть предложены в качестве панели для диагностики этих заболеваний

ОНКОЛОГИЯ

102.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Автор: Габитова Д.М., Кудряшова Л.Н., Ахмадуллина Г.Х.

Организация: Башкирский Государственный медицинский университет. Республиканский клинический онкологический диспансер.

Злокачественные новообразования (ЗНО) занимают ведущие позиции среди причин смертности населения во всем мире. Заболеваемость ЗНО, как и по РФ, в Республике Башкортостан (РБ) неуклонно растет. В структуре заболеваемости ЗНО в целом по республике на 1-м месте находится рак молочной железы (20, 7%), на 2-м – рак легкого (13, 3%), на 3-м -желудка (9,7%) (среднее за 2003–2012). В структуре заболеваемости мужского населения рак легкого находится на первом месте, в структуре женского населения на 10-м месте (4,1%). Соотношение повозрастных усредненных показателей заболеваемости новообразованиями трахеи, бронхов, легкого одновозрастных групп мужского и женского населения РБ старше 15 лет нарастало прямо пропорционально возрасту. Минимальным оно было в группах от 15–19 (2,7) и до 35–39 лет (3,3), далее нарастало от 7,8 в группе 40–44 года до максимума 12,4 в группе 60–64 года, далее имело тенденцию к снижению до 8,7 в группе 85 лет и старше Средний возраст заболевших практически не изменился и составил в 2012 году 63,3± 0,3 у мужчин и 66,3 ± 0,8 у женщин.

Начиная с 1990 г., в РФ регистрируется снижение заболеваемости раком легкого среди мужского населения. В РБ также отмечена убыль «грубого» показателя заболеваемости новообразованиями трахеи, бронхов, легкого мужского населения старше 15 лет, которая за период 2003–2012 гг. составила в среднем 1,4% в год.

Среди мужского населения снизился рост заболеваемости раком легкого (на 6,2%), при этом заболеваемость женщин увеличилась на 14, 4% (с 9,1 до 10, 4%). Рост процента курящих женщин неминуемо приведет к росту заболеваемости раком легкого, тенденция которого выявлена в нашем исследовании. Что делает профилактическую работу с курящими женщинами особенно актуальной.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

103. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ – ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОЦЕНКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Жукова О.В.

Организация: Нижегородская государственная медицинская академия

Социально-экономический анализ – составная часть эпидемиологического анализа, призванная с помощью комплекса клинико-эпидемиологических, статистических и экономических методов исследования количественно оценить значимость заболевания. Бронхиальная астма у детей принадлежит к числу распространенных аллергических болезней. У госпитализированных пациентов очень высока вероятность повторных госпитализаций. В исследовании использовались данные базисной терапии обострения бронхиальной астмы у детей в условиях стационара. Проведен анализ фармакотерапии в стационаре за 2014–2015 гг.(608 пациентов). Проведен классический фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность», рассчитаны инкрементальные затраты дополнительного эффекта при использовании альтернативных методик. С фармакоэкономической точки зрения наиболее оптимальной является комбинация ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего β2-агониста (ДДБА)(в виде комбинированного препарата)(ICER=343,28 руб.). Вторую позицию занимает схема ИГКС+ДДБА (комбинированные ЛП) + антагонист лейкотриеновых рецепторов (АЛР) (ICER = 850,00 руб.), для которой характерна самая высокая клиническая эффективность терапии. Использование АЛР в лечении бронхиальной астмы перспективно и связано с высокой эффективностью. Данные исследований свидетельствуют, что использование АЛР снижает частоту обострений с 2,34 до 1,60 раза. Проведен социально-экономический анализ использования монтелукаста в терапии бронхиальной астмы на модельной группе в 1000 пациентов. Показано, что при увеличении прямых медицинских затрат на 734 тыс. руб. при достижении положительного клинического эффекта от стартового назначения ИГКС+ДДБА (комбинированные ЛП) + АЛР уменьшение социально-экономических потерь составит 34 млн. руб.

104.
ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНТЕЛУКАСТА В ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Автор: Жукова О.В.

Организация: Нижегородская государственная медицинская академия

Цель исследования: математико-статистическое определение клинической эффективности противоастматической терапии у детей при добавлении антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста. Материалы и методы. Данные историй болезни 608 пациентов с бронхиальной астмой, госпитализированных в стационар медицинской организации г. Нижнего Новгорода в 2014–2015 г. Концепция определения математико-статистической зависимости клинической эффективности противоастматической терапии у детей при добавлении монтелукаста строилась на определении абсолютной эффективности (АЭ) в экспонируемой и не экспонируемой группах, атрибутивной эффективности (АтЭ), относительной эффективности (ОЭ), популяционной атрибутивной эффективности (ПАР), а также на определении стандартных ошибок для каждого вида риска и доверительного интервала (ДИ). Экспонируемой считалась группа, в которой был назначен монтелукаст в составе противоастматической терапии. В основе математико-статистической оценки лежит концепция факторов риска. Результаты. В ходе исследования были определены АЭ в экспонированной и неэкспонированной группах (91,85% (95% ДИ 90,15% – 93,55%) и 74,85% (95% ДИ 72,49% – 77,21%) соответственно), АтЭ – 17,00% (95% ДИ 10,91% – 23,09%), ОЭ – 1,23 (95% ДИ 0,21–2,24), ПАР – 7,55% (95% ДИ 2,49%-12,61%). Заключение. Статистически значимыми показателями являются АтЭ, ОЭ, ПАЭ. В исследуемой выборке отчетливо показано увеличение клинической эффективности схем терапии при включении в них монтелукаста: частота наступления положительных клинических исходов в экспонированной группе составила 91,85% (95% ДИ 90,15% – 93,55%), в неэкспонированной – 74,85% (95% ДИ 72,49% – 77,21%). В проведенном исследовании статистически доказано повышение клинической эффективности при добавлении к схемам АЛР-монтелукаста.

105.
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА В XXI ВЕКЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ЗАДАЧИ

Автор: А.М. Убайдуллаев

Организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова

В последние 20 лет XX века в Узбекистане наблюдалось становление и развитие пульмонологии. Впервые были проведены широкомасштабные экспедиционные обследования населения различных регионов республики по изучению истинной распространенности хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) и факторов, способствующих их развитию. которые позволили сформировать новое направление пульмонологической науки – экологическую пульмонологию. Была установлена распространенность ХНЗЛ в различных регионах республики, Наибольшая распространенность ХНЗЛ была отмечена в Приаралье, в хлопководческих и табаководческих сельских районах и г. Ташкенте. Высокая заболеваемость выявлена при воздействии таких факторов ри-

ска, как промышленная запыленность (40,5%), табачная (40,1%) и хлопковая (36,1%) пыль, курение (28,3%) и загазованность воздуха (23,6%). Установлено негативное влияние на иммунный статус пестицидов. Результаты научных исследований стали основой для создания системы пульмонологической службы. Была разработана «Концепция по снижению заболеваемости и смертности от неспецифических заболеваний легких в Узбекистане», которая стала первой вехой на пути создания Национальной программы за Здоровые легкие. Полученные в XXI веке результаты научных исследований должны быть положены в основу модернизации пульмонологической помощи населению Узбекистана. Для решения важнейших научных и практических задач необходимо координировать усилия по раннему выявлению заболеваний, и лиц с риском их развития. Консолидация сил специалистов различных стран, работающих в области респираторной медицины, создаст возможности стабилизировать и уменьшить распространенность, снизить смертность и инвалидность от болезней органов дыхания.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

106. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЭКЗОГЕННЫХ АЛЬВЕОЛИТОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Автор: Лепеха Л.Н., Семенова Л.А, Калугина С.М., Никитин С.С.

Организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ») г. Москва

Экзогенные альвеолиты (ЭА) возникают при воздействии различных этиологических факторов, что определяет особенности их гистологической картины в легких.

Цель: изучить гистологические особенности ЭА различного генеза.

Материал и методы: биопсийный и операционный материал легких 141 больного с клинически установленным диагнозом ЭА. Гистологические срезы окрашивали: гематоксилином и эозином, кислым орсеином, толуидиновым синим, по ван Гизон, Малори, Грокоту.

Результаты: на основании патогенеза и гистологической картины легких можно выделит три формы ЭА: аллергический (ЭАА) – лекарственный (ЭЛА) и токсико-аллергический (ЭТА).

Для ЭАА характерно первичное поражение терминальных бронхиол с последующим развитием лимфоцитарного альвеолита и, формированием гистиоцитарно-макрофагальных гранулем, при подостром течении.

При ЭЛА гистологическая картина связана с нарушением проницаемости микроциркуляторного русла, формированием периваскулярных лимфоцитарно-макрофагальных инфильтратов и крупных скоплений зрелых макрофагов во внутриальвеолярном пространстве.

Гистологические особенности ЭТА зависят от фактора воздействия и отражают преобладание экссудативно-деструктивных изменений над аллергическими, с развитием в легких гранулематозных и/или инфильтративных изменений.

Каждая из рассмотренных форм ЭА имеет характерные морфологические особенности, которые отражают патогенез заболевания и должны быть учтены при верификации патологического процесса.

107.
АЛГОРИТМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПУНКЦИОННЫХ БИОПСИЙ ЛЕГКИХ И ЛИМФОУЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ

Автор: Березовский Ю.С., Семенова Л.А., Сивокозов И.В.

Организация: Государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ»), г. Москва

В связи с бурным развитием эндоскопических технологий перед патоморфологами возникает задача достоверной верификации патологических процессов легких и лимфатических узлов средостения по малому количеству материала

Для решения этой задачи нами был разработан алгоритм патоморфологического исследования с применением стандартизированных и дополнительных методов обработки тканевого материала. Во фтизиатрической практике биопсийный материал поступает с направительными диагнозами: туберкулез, саркоидоз, не уточненная легочная диссеминация, различные виды опухолей, лимфоаденопатия неясного генеза, лимфома. Патоморфолог на основании гистологических признаков с применением ряда основной (обзорная – гематоксилином и эозином), дополнительных окрасок и иммуногистохимического исследования проводить дифференциальную диагностику этих заболеваний.

Для этого мы рекомендуем использовать дополнительные окраски по Циль-Нильсену, Малори, орсеину, Грамм-Вейгерту. Верификация опухолей и опухолеподобных заболеваний проводится иммуногистохимическими методиками, или материал передается в профильное учреждение. На каждую из методик оптимально необходимо использовать (в т.ч. и при обзорной окраске) от 2- до 6 срезов. Гистологически оценивается наличие, характер некроза, клеточный состав гранулем, характер воспалительного инфильтрата (обзорная). Дополнительные окраски позволяют отдифференцировать характер некроза (Малори, орсеин), наличие микобактерий туберкулеза Циль-Нильсен), грибов, простейших, флору различного генеза (Малори, Грамм-Вейгерт). Определению клеточного состава гранулем, выявлению микобактерий, характеру иммунного ответа способствуют некоторые иммуногистохимические методики.

108.
ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЕ ВАСКУЛИТЫ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИОМОРФОЛОГА

Автор: Семенова Л.А., Лепеха Л.Н.

Организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ») Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» (ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой») г. Москва

В практике фтизиоморфолога нередко приходится сталкиваться с дифференциальной диагностикой между диссеминированным туберкулезом легких и различными гранулематозными васкулитами, верификация которых проводиться на гистологических препаратах.

Цель: изучить частоту выявления и морфологические особенности гранулематозных васкулитов (ГВ) легких различного генеза.

Материал и методы: изучены 314 случаев операционного материала и ВАТС резекцией органов дыхания. Гистологические срезы окрашивали: гематоксилином и эозином, по ван Гизон, по Циль-Нильсену, Романовскому-Гимза, Грокотту, кислым орсеином, толлуидиновым синим, реактивом Шиффа.

Результаты: на гистологических срезах ГВ верифицированы у 87 больных. Преобладали вторичные васкулиты (82%), без некроза с формированием макрофагально- гистиоцитарных гранулем в стенках артериол (реже венул), спадением их просвета, что для верификации требует просмотр серийных срезов. Наиболее информативными являются окраски кислым орсеином и толлуидиновым синим. В отдельных случаях была выявлены признаки бактериальной или грибковой инфекции. По морфологическим признакам в группу вторичных ГВ также входит некротизирующий саркоидный гранулематоз, сопровождающийся формированием ишемических некрозов, крупных очагов гиалиноза в прикорневой и, особенно, субплевральной зонах легких.

Первичные ГВ составили (18%) и были представлены АНЦА-ассоциированными васкулитами: микроскопическим полиангиитом; гранулематозом с полиангиитом (Вегенера); эозинофильным гранулематозом с полиангиитом Чарджа-Стросса. Они отражали системные заболевания с поражением органов дыхания, что было подтверждено клинической картиной и лабораторными данными.

Таким образом, чаще всего выявлялись вторичные ГВ, которые верифицируются только при исследовании серийных гистологических срезов с использованием дополнительных окрасок. После морфологической верификации ГВ нуждаются в микробиологическом, иммунологическом дообследовании на возможный этиологический фактор.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

109. ЗНАЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЦИТОКИНОВЫМ СТАТУСОМ

Автор: Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии МЗРУз

Цель: Изучение клинического течения бронхообструктивного синдрома у детей с острым обструктивным бронхитом, обструктивным бронхитом рекуррентным течением и бронхиальной астмой, установить влияние уровня витамина D на течение БОС и определить его взаимосвязь с цитокиновым статус.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 86 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 38 детей с острым обструктивным бронхитом (I группа), 15 детей с обструктивным бронхитом рекуррентным течением (II группа) и 33 ребенка с бронхиальной астмой (III группа). Всем больным был проведен единый комплекс диагностических исследований: клиническое обследование, иммунологическое исследование крови, исследование уровня витамина D (25-(OH)D) в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение: По результатам изучения цитокинового статуса, было выявлено закономерное нарастание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 во всех обследованных группах, но оно более выражено при БА, превышая норму в 5,8 раза, цитокина ИЛ-8 во всех обследованных группах, но оно более выражено при БА, превышая норму в 5,2 раза, исследования интерферона – γ у обследованных больных показали глубокий дефицит в их содержании, фактора некроза опухоли-α был более значительно повышенным в 3,5 раза у детей с БА по сравнению с детьми контрольной группы. По результатам показателей содержание витамина D3 в сыворотке крови, у детей, больных БА достоверно было снижено более чем в 4,2 раза по сравнению со здоровым детьми и было достоверно ниже по сравнению с показателями детей с ОБ и РОБ.

Заключение: Дефицит витамина D сопровождался развитием вторичной иммунной недостаточности

110.
ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Автор: Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Каримова Н.И.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии МЗРУз

Цель исследования: Изучить биохимические показатели детей, больных бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом.

Материалы и методы: Углубленное клиническое обследование 200 больных дошкольного и школьного возрастов. Из них 75 детей с обструктивным бронхитом, 60 больных рецидивирующим бронхитом (РБ) с БОС, 65 детей с бронхиальной астмой (БА). Всем детям был проведен комплекс биохимических исследований: определение содержания системы ПОЛ-АОС, показателей оксида азота (NO) и его метаболитов в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение: Результаты изучения показателей АОС у больных БА показало более выраженное изменение СОД и каталазы, о чем свидетельствовало снижение уровня СОД до 1,1±0,08 и КТ до 4,8±0,5 по сравнению с показателями детей с ОБ и РБ с БОС. Необходимо отметить, что изменения выражены в большей степени у больных с БА, чем у больных с ОБ и РБ с БОС. Также было выявлено повышение уровней NO2 и NO3 у обследованных детей и значительное увеличение их содержания было определено у больных БА более чем в 2,8 и 5,0 раза превышало средние показатели здоровых детей и было достоверно выше по сравнению с показателями детей с ОБ. У всех больных ОБ и РБ с БОС и БА уровень NO и его метаболитов NO2 и NO3 в сыворотке крови превышали контрольные значения. Анализ определения NO –системы показал активность аллергического воспалительного процесса бронхах, более значимой у больных бронхиальной астмой.

Заключение: Разработанные дифференцированные схемы терапии больных ОБ, РБ с БОС у детей, оказывают положительное влияние на клиническое течение заболевания, способствуют улучшению биохимических (предотвращая гиперпродукцию метаболитов оксида азота, ПОЛ и АОС) и иммунологических показателей, позволяющих достигнуть длительной ремиссии и предупреждает неблагоприятный исход.

ПНЕВМОНИЯ

111.
ЛЕТАЛЬНАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ЕСТЬ ЛИ СВЕТ В КОНЦЕ ТОННЕЛЯ?

Автор: С.И. Брусин, Ю.С. Филатова, А.Д. Кузнецова

Организация: Кафедра терапии ИПДО ЯГМУ

Цели исследования: Выявить возможные причины летального исхода при тяжелой внебольничной пневмонии (ТВП). Дать рекомендации по предотвращению летального исхода при ТВП.

Методы исследования: Из 363 человек, госпитализированных в ЯОКБ с ТВП, летальный исход произошел у 20 (5,5%). Были проанализированы клинические, лабораторные, инструментальные параметры умерших пациентов на амбулаторном и госпитальном этапах.

Результаты: Выявлены факторы риска неблагоприятного исхода внебольничной пневмонии. Немодифицируемые: возраст старше 60 лет, особенно старше 70 лет, полиморбидная патология. Модифицируемые: позднее обращение пациентов к врачу и поздняя госпитализация, отсутствие профилактики ВП у лиц с коморбидной патологией и в старших возрастных группах, недооценка степени тяжести ВП, отсутствие полного объема исследований для определения степени тяжести заболевания, несоответствие антимикробной терапии клиническим рекомендациям, крайне низкий% (17,6) определения гемокультуры и отсутствие выделенных возбудителей в 100%, а также неиспользование получения трахеального аспирата у больных на ИВЛ, преобладание инвазивной ИВЛ, что говорит о запаздывании применения неинвазивной вентиляции легких.

Заключение: Таким образом, для того, чтобы «свет в конце тоннеля» был, необходимо разъяснение пациентам, особенно в эпидемический период о недопустимости самолечения, проведение противогриппозной и противопневмококковой вакцинации всем лицам с факторами риска, обучение врачей методике оценки тяжести ВП, соблюдение объема исследований, обратив особое внимание на методику забора патологического материала, антибактериальную терапию в ОРИТ проводить с учетом предшествующей антибактериальной терапии, мониторинг резистентности возбудителей в стационаре и учет этого в ротации антибиотиков.

112.
ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА СТАРТОВЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ИСХОД ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Автор: Шаймуратов Р.И., Визель А.А.

Организация: Казанский государственный медицинский университет

Целью исследования: была оценка влияния стартовой эмпирической терапии внебольничной пневмонии (ВП) на исход заболевания. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 160 пациентов умерших от ВП; 160 выздоровевших пациентов составило группу сравнения.

При поступлении, антибиотикотерапия (АБТ) назначалась умершим в первый день госпитализации в 96,6%; а выздоровевшим в 96,8% (ОШ=1,069, ДИ 95% 0,303–3,769).

Монотерапия (беталактамными антибиотиками) при поступлении отмечалась у 35% умерших и 45% выздоровевших и значимо не влияла на исход заболевания (ОШ=0,658, ДИ 95% 0,420–1,032). Наиболее часто, как у выздоровевших, так и у умерших пациентов превалировал цефтриаксон (77,7 и 62,5% соответственно). Антибиотики макролидного ряда, добавленные к монотерапии бета-лактамами в течение 1–2 дней значимо снижали риск летального исхода (ОШ=2,031, 95% ДИ 1.301–3.169), со схожей эффективностью как и стартовая терапия беталактам + макролид (ОШ=1,939, 95% ДИ 1.242–3.041). При этом, монотерапия макролидами вторым курсом не влияла на исход (ОШ=2,080, 95% ДИ 0,755–5,689). Применение фторхинолоновых антибактериальных препаратов 2 поколения в составе как стартовой, (ОШ=0,370, 95% ДИ 0,164–0,858) так и АБТ второго курса (ОШ=0,421, 95% ДИ 0,168–0,991) не влияло на исход. Встречались и назначения «защищенных» пенициллинов в качестве второго курса АБТ, без значимого влияния на исход (ОШ=2,510, 95% ДИ 0,863–7,329). Частая смена антибиотиков была ассоциирована с летальным исходом (ОШ=0,160, 95% ДИ 0,030–0,714).

Заключение: Рекомендованный в руководствах режим АБТ снижает частоту возникновения летальных исходов ВП. Применение антибиотиков макролидного ряда в течение 1–2 дней после начала монотерапии беталактамами значимо увеличивало шансы пациента на благополучный исход.

113.
ПРЕСЕПСИН ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ И СЕПСИСЕ

Автор: Титова Е.А. – 1, Эйрих А.Р. – 2, Титова З.А. – 1

Организация: Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул – 1, КГБУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул – 2

Цель исследования: определить уровень пресепсина (ПСП) у больных тяжелой пневмонией, пневмогенным, абдоминальным сепсисах.

Материалы и методы: обследовано 53 больных. Пациенты находились на лечении в пульмонологическом отделении, отделении хирургической инфекции, отделении реанимации и интенсивной терапии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в период с 2014 по 2017 год. Средний возраст 55,3 ± 1,90 года (X± m). Все больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты тяжелой пневмонией (n =11), вторую группу –пневмогенным сепсисом (n = 14), третью группу – абдоминальным сепсисом (n = 28). Ведение больных осуществлялось в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами. Уровень

ПСП определяли количественно на иммунохемилюминесцентном анализаторе Pathfast (Mitsubishi Chemical Medience Corporation). Результаты измерения представлены в пикограммах на миллилитр, пг/мл. Вычислялся критерий Стьюдента.

Результаты исследований: уровень ПСП при пневмогенном сепсисе – 3196,9±1209,16 пг/мл, при абдоминальном сепсисе – 2506,7±448,33пг/мл ($p>0,05$). У больных тяжелой пневмонией уровень ПСП составил 366,8±89,88пг/мл, что отличалось от ПСП при пневмогенном и абдоминальном сепсисе ($p<0,05$).

Заключение: Уровень современного биомаркера бактериальной инфекции ПСП целесообразно определять для выявления сепсиса у больных тяжелой пневмонией и диагностики абдоминального сепсиса.

114.
ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Автор: Болотова Е.В. – 1, 2, Колпаков М.В.–2, Шульженко Л.В. – 1, 2

Организация: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар – 1;
ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» им. проф. С.В. Очаповского, г. Краснодар – 2

Цель исследования: Изучить факторы риска летального исхода у пациентов с внебольничной пневмонией (ВП).

Материал и методы: Проведен анализ 38 медицинских карт пациентов (форма 003-У), умерших от ВП в пульмонологическом отделении ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» за период 2011–2014 гг. Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica 7.0; данные представлены в виде M±SD.

Результаты: Доля мужчин составила 60,5%, женщин – 39,5%; средний возраст – 61,1±15,0 лет; в том числе, доля больных в возрасте ≥ 60 лет – 57,9%. Большинство умерших от ВП (94,7%) госпитализированы позже 24 часов от начала заболевания; только 23,7% пациентов получали по месту жительства антибиотикотерапию, остальные лечились самостоятельно жаропонижающими препаратами. Стаж болезни до госпитализации составил 5,4±3,9 дней. У всех пациентов при поступлении выявлена острая дыхательная недостаточность (SpO2 на воздухе 86,9±7,4%), фебрильная лихорадка – у 78,9%, кашель –у 78,9%; оценка по шкале CURB-65 составила 3,4 баллов. Сопутствующие заболевания имели 92,1%, в том числе, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – 47,4%, сахарный диабет (СД) – 23,7%, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) – 21,1%, грипп А и А H1N1 swine 2009–15,8%; хронический алкоголизм – 13,2%, наркоманию – 2,6%. Лабораторные данные свидетельствовали о наличии у пациентов острого повреждения почек (ОПП) – креатинин 241,6±132,9 ммоль/л; мочевина – 22,8±8,5 ммоль/л. По данным КТ, двустороннюю полисегментарную локализацию ВП имели 84,2% больных; плевральный выпот – 68,4%; деструкцию легких – 10,5%.

Вывод: Факторами риска летального исхода ВП явились позднее начало антимикробной терапии, недооценка тяжести состояния по шкале CURB-65 и поздняя госпитализация, мужской пол, возраст ≥ 60 лет, сопутствующие заболевания (ССЗ, СД, ХОБЛ), полисегментарность поражения легких, ОПП.

115.
МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Автор: Сулима М.В., Круглякова Л.В., Солуянова И.П.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Цель: Изучить особенности кишечной микрофлоры у больных с внебольничной пневмонией (ВП).

Методы исследования: Анализ 28 результатов исследований кала на дисбактериоз у больных с внебольничной пневмонией до лечения антибиотиками.

Результаты: При первичном исследовании кала на дисбактериоз у больных с внебольничной пневмонией в анализах у 4 (14%) пациентов из 28 с тяжелой степенью тяжести ВП выявлен дисбактериоз III степени, обусловленный количественными и качественными изменениями микрофлоры (бифидобактерии 10*4 КОЕ/г, лактобактерии 10*3 КОЕ/г, грибы рода Candida 10*4 КОЕ/г). У 1 больного (3,6%) отмечалось снижение лактобактерий 10*4 КОЕ/г без увеличения условно-патогенной микрофлоры. У 19 (68%) больных из 28 со средней степенью тяжести ВП в 37% выявлен дисбактериоз III степени, где на фоне снижения облигатной микрофлоры до 10*4 КОЕ/г отмечен высокий рост гемолизирующей кишечной палочки 10*5 КОЕ/г. У 1 (3,6%) пациента отмечалось умеренное снижение бифидо и лактобактерий до 10*6–7 КОЕ/г. У 3 (10,7%) пациентов изменений в кишечной микрофлоре не выявлено.

Заключение: Практически в 90% случаев у больных с ВП выявлены количественные изменения микрофлоры кишечника. Наиболее характерно снижение лактобактерий до 10*4 КОЕ/г и бифидобактерий до 10*4–5 КОЕ/г. Эти изменения выявлены до лечения и предполагают незамедлительное назначение пробиотиков и в определенных случаях противогрибковых препаратов с первых дней назначения антибиотиков, что способствует коррекции иммунного статуса и снижению риска возникновения повторных пневмоний.

116.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Автор: Круглякова Л.В. – 1, Решетникова Л.К. – 1, Кругляков С.В. – 2

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск – 1, ФКУЗ МСЧ – 28 УФСИН России, Благовещенск – 2

Ранняя диагностика вирусных пневмоний (П) важна из-за стремительности возникающих тяжелых респираторных расстройств, определяющих прогноз.

Цель: Проанализировать особенности пневмоний в период сезонной заболеваемости гриппом.

Методы исследования: Ретроспективный анализ медицинских карт больных П в периоды сезонных подъемов заболеваемости гриппом (78 случаев).

Результаты: Вирус гриппа А и подобные ему штаммы чаще вызывают легкие формы болезни. Но в 2% случаев развивается тяжелая, угрожающая жизни болезнь. Начальные проявления «первичной вирусной П», имевшей место у 3 больных (3,84%), были аналогичны гриппу. Через 12–36 часов появились признаки дыхательной недостаточности и острого респираторного дистресс-синдрома, приведшие к летально-

му исходу. Вторичная бактериальная П возникла у 59 больных гриппом (75,64%). Смертность в этой группе составила 4,5%. В первые дни болезни преобладали явления тяжелого гриппа. Через 3–5дней болезни, после временного улучшения, возникали новая лихорадочная волна (реже парадоксальное снижение температуры тела, не соответствующее тяжелому состоянию больного), усиление кашля, появление крови в мокроте, плевральные боли, одышка, цианоз и др. У 16 пациентов (20,51%) была диагностирована смешанная вирусно-бактериальная П. Она проявлялась лихорадкой более 5 суток при наличии гриппозных явлений и комплексом характерных для П изменений. Смертность в этой группе составила 31,25%.

Заключение: Грипп утяжеляет течение П и повышает летальность, особенно в случаях первичной вирусной и смешанной вирусно-бактериальной формы.

117.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ НАЛИЧИИ МОДИФИЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ

Автор: Моногарова Н.Е., Зейналова А.А., Михеева Н.Л., Крюк М.А.

Организация: Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Внебольничная пневмония является одной из актуальных медико-социальных проблем. Значительное влияние на течение и исход заболевания имеют модифицирующие факторы, прежде всего сопутствующая патология.

Цель исследования: изучить особенности течения и подходы к лечению пациентов с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: изучены истории болезни и амбулаторные карты 282 пациентов с внебольничной пневмонией, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении. Всем больным в стационаре проводились общеклинические методы исследования (общий анализ крови, мочи, мокроты, сахар крови), рентгенографию органов грудной клетки в двух (трех) проекциях в динамике течения заболевания, ЭКГ, пульсоксиметрию. При наличии показаний дополнительно компьютерная томография, бронхоскопия с исследованием смывов на атипичные клетки, микрофлору и чувствительность к антибиотикам, ВК. Так же части больным для выявления этиологии заболевания изучалась респираторная панель (иммунофлюоресцентный метод IgM, 20 инфекций), проводились ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография.

Лечение внебольничной пневмонии проводилось в зависимости от клинической группы по протоколам (методические рекомендации, 2013). Для оценки неблагоприятного исхода использовали шкалу оценки CRB-65.

Результаты: проанализировано и изучено 282 истории болезни с внебольничной пневмонией. По наличию модифицирующих факторов все больные были распределены на следующие группы: наличие сопутствующих заболеваний было у 74 пациентов (26,3%). Нами выделены факторы риска развития и тяжелого течения пневмонии: сопутствующая патология (прежде всего ХОЗЛ, ВИЧ, кардиальная патология); демография и социальные факторы (возраст более 65 лет). По нашим данным наиболее тяжело протекала вирусная (гриппозная) пневмония и пневмония у пациентов с ХОЗЛ и ВИЧ. Случаи смерти в стационаре были при гриппозной пневмонии (0,71%).

Выводы: у пациентов с внебольничной пневмонией необходимо учитывать с целью прогноза тяжести течения и затяжного характера течения этиологию пневмонии

(особенно вирусно-бактериальную), наличие сопутствующих заболеваний, а также возраст пациента.

118.
ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ И ИСХОДЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Автор: Круглякова Л.В. – 1, Нарышкина С.В. – 1, Маркова Е.В. – 2, Сулима М.В. – 1

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск – 1, ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ», Благовещенск – 2

В период сезонного подъема заболеваемости гриппом растет число больных внебольничной пневмонией (ВП), в том числе – тяжелой (ТВП), и смертность от неё.

Цель: Изучить частоту ВП в условиях проведения массовой иммунизации против гриппа.

Методы исследования: Ретроспективный анализ карт стационарных больных ВП, анализ официальных данных МЗ Амурской области за 2014–2016 гг. по иммунизации населения г. Благовещенска.

Результаты: По официальным данным МЗ Амурской области в 2016 г. было вакцинировано против гриппа 45,3% населения, в 2015 г.– 38%, в предыдущие годы этот показатель был еще ниже. То есть, в период сезонного подъема заболеваемости гриппом в 2016 г., удалось создать достаточную прослойку населения, устойчивого к гриппу. Динамика заболеваемости ВП: в 2014 г.– 1374 больных, в 2015 г.– 952 больных (–39,4%), в 2016 г.– 969 (–2,47%). Снизилось количество больных, поступивших в угрожающем жизни состоянии с 18,67% в 2014 г. до 11,69% в 2016 г. ($\chi2=20,76$, $p<0,001$). Летальность от ВП в целом в Благовещенской ГКБ снизилась незначительно – с 2,98% в 2014 г. до 2,39% в 2016 г. ($\chi2=0,957$, $p>0,05$). Летальность же в группе больных с ТВП изменилась существенно – с 25,5% в 2014 г. до 12,44% в 2016 г. ($\chi2=7,12$, $p<0,01$).

Заключение: В условиях проведения массовой иммунизации против гриппа происходит не только уменьшение заболеваемости ВП, но и снижение числа поступлений больных с ТВП, особенно заметное при достижении эффективных показателей профилактической работы, а также существенное (более, чем в 2 раза), уменьшение летальности от ТВП.

119.
СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Автор: Асадуллина Г.В., Афлятунова С.Ф., Кашапова А.Р., Галинурова Э.Р., Хусаинова Г.Р.

Организация: ФГБОУ ВО Башкирский Государственный медицинский университет Минздрава России, ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа

Цель: изучить структуру внебольничной пневмонии (ВП) в пульмонологическом отделении ГКБ № 13 г. Уфы за 2016 год.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 366 медицинских карт.

Результаты: все больные были поделены на две группы. В первую вошли пациенты с ВП средней степени тяжести (ВПСТ) – 301 человек, во вторую – пациенты с ВП

тяжелого течения (ВПТТ) – 65 человек. В группе больных с ВПТТ также была выделена подгруппа больных с ангиогенным сепсисом (АС) – 7 человек. Среди больных ВП чаще встречались лица мужского пола. В группе больных с ВПСТ доля мужчин составляла 54%, в группе с ВПТТ их доля увеличилась до 69%. В подгруппу больных с АС входили только мужчины молодого возраста. Анализ этиологической структуры ВП еще раз подтвердил, что основным возбудителем ВП является Streptococcus pneumoniae, он был выделен в 52% случаев у больных с ВПСТ и в 40% у больных с ВПТТ. В группе пациентов с ВПТТ несколько чаще встречались Klebsiella pneumonia (8%) и Pseudomonas aeruginosa (2%). Анализ сопутствующей патологии показал, что в группе больных с ВПТТ чаще встречались такие заболевания, как СД, БА, ВИЧ – инфекция и гепатит С, в сравнении с группой больных с ВПСТ. За 2016 год от ВП в условиях пульмонологического отделения умерло 5 человек, все лица мужского пола, что составило 1,4% от общего количества больных с ВП. В подгруппе больных с тяжелым течением этот показатель составляет 7,7%. В подгруппе больных с АС умер 1 человек, что составляет 14,3%.

Выводы: таким образом, среди госпитализированных пациентов пульмонологического отделения ГКБ № 13 г. Уфы внебольничная пневмония чаще встречается среди лиц мужского пола и характеризуется худшим прогнозом для мужчин при тяжелом течении заболевания.

120.
ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОБМЕНА ПЕЧЕНИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

Автор: Горбунов А.Ю., Бобылева Е.С., Суворова Е.В.

Организация: ФГБОУ ВПО ИГМА, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Цель работы: Оценка различных видов обмена в печени при внебольничной пневмонии в процессе терапии.

Материалы и методы: Под наблюдением было 76 пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГКБ № 8 города Ижевска с диагнозом: ВП средней и тяжелой степени тяжести. Из них женщин было 40 (52,36%), мужчин –36 (47,64%). Возраст больных составил от 21 до 84 лет (средний возраст – 58,36 ± 1,23года.) Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа, в которой наряду со стандартной терапией ВП, был включен препарат «ремаксол», назначавшийся 1 раз в сутки внутривенно капельно в течение 5 дней и 2 группа, которая получала стандартную терапию при лечении ВП.

Результаты: По данным лабораторного исследования крови, у пациентов обеих групп до лечения наблюдались следующие показатели различных видов обмена: уровень фибриногена составил 4,55 ± 1,6 г/л, общего белка – 73,45±7,47 г/л, альбумина – 43,32 ± 4,14 г/л, а протромбинового индекса (ПТИ) – 98,41 ± 6,83%. Показатели липидного обмена были следующими: уровень холестерина составлял 5,4 ± 0,37 ммоль/л, а триглицеридов (ТГ) – 1,12 ± 0,5 г/л. Содержание глюкозы составило 4,5 ± 0,07 ммоль/л. После курсового лечения в 1 группе уровень фибриногена увеличился до 4,75 ± 1,3 г/л ($p>0,05$), общего белка 73,0 ± 6,75 г/л ($p>0,05$), альбумина до 44,23 ± 2,56 г/л ($p>0,05$) и ПТИ 101 ± 1,01% ($p>0,05$), что свидетельствует об улучшении белково-синтетической функции печени. Уровень холестерина и ТГ при этом снижался соответственно до 3,75 ± 0,03 ммоль/л и 0,95 ± 0,05 г/л ($p>0,05$), а содержание глюкозы составило 4,4 ± 0,04 ммоль/л.

Заключение: В результате проведенного исследования выявлено, что при назначении в комплексной терапии ВП препарата «ремаксол» отмечалось улучшение показателей функциональной активности печени.

121.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ

Автор: Решетникова Л.К., Круглякова Л.В., Сулима М.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Пневмония является самым частым осложнением при гриппе. Она может быть первичной вирусной, вторичной бактериальной и смешанной (вирусно-бактериальной).

Цель: Выявить особенности иммунного статуса у больных вирусной пневмонией (ВП).

Методы исследования: Обследовано 20 больных с диагностированной ВП: тяжелая первичная ВП (5 пациентов – 1 группа), среднетяжелая вторичная бактериальная пневмония и смешанная вирусно-бактериальная пневмония (15 пациентов – 2 группа).

Результаты: Показатели иммунного статуса зависят от вида и тяжести ВП. С тяжестью заболевания коррелировала выраженность лимфоцитопении, снижение количества Т-лимфоцитов (CD3+) и цитотоксических лимфоцитов (CD8+). Выраженное достоверное снижение ($p<0,05$) по сравнению с нормальными показателями и с данными во второй группе большинства иммунологических показателей (CD3+, CD4+, CD8+, NK-клеток CD16+ и CD25+) при первичной ВП связана с тяжелой интоксикацией, подавляющей иммунологическую реактивность организма. Во 2 группе снижение этих показателей было не столь выражено, сравнительная разница недостоверна ($p>0,05$). Но отмечено достоверное ($p<0,05$) уменьшение количества Т-цитотоксических лимфоцитов (CD8+), что указывает на падение киллерного эффекта клеточного звена иммунитета. Со стороны гуморального иммунитета у больных ВП в обеих группах снижение В-лимфоцитов (CD20+) и содержание иммуноглобулинов было недостоверным ($p>0,05$).

Заключение: При ВП происходит преимущественная депрессия клеточного звена иммунитета, коррелирующая с тяжестью течения заболевания. Иммунологическое исследование может быть использовано для диагностики тяжести и прогноза исхода ВП.

122.
ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Автор: Круглякова Л.В., Сулима М.В., Бугаева Л.И.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Цель: Изучение осведомленности студентов и практикующих врачей о диагностическом стандарте внебольничной пневмонии (ВП).

Методы исследования: Анкетирование на добровольной основе 20 студентов IV курса, 21 выпускника академии и 28 терапевтов, 14 из которых работают в поликлинике, 8 – на СМП, 6 – в городской больнице.

Результаты: При анализе ответов на вопросы анкеты выяснилось следующее. Считают, что знакомы с понятием «золотой стандарт диагностики пневмонии» 30%

студентов IV курса и 42,85% студентов VI курса, 42,85% врачей поликлиники и 66,6% врачей стационара. Не знакомы с данным понятием 40% студентов IV курса, 4,76% выпускников академии, 14,28% врачей поликлиники, 16,6% врачей стационара и 100% врачей СМП. Не уверены в своих знаниях 30% четверокурсников, 52,38% выпускников, 42,85% участковых терапевтов и 16,6% врачей стационара. Назвали все значимые признаки пневмонии 25% студентов IV курса, 7% врачей поликлиники и 8% врачей стационара. Ни один шестикурсник и ни один врач СМП не ответили полностью на этот вопрос. Ответили неправильно или совсем не ответили 25% студентов IV курса, 4,76% выпускников, 7,14% участковых врачей, 50% врачей СМП, 16,6% врачей стационара. Назвали от 1 до 4 симптомов 50% студентов IV курса, 85,7% шестикурсников, 64,28% участковых терапевтов, 50% врачей СМП, 66,6% врачей стационара.

Заключение: Выпускники академии проявляют излишнюю самоуверенность, тогда как врачи СМП, напротив, обладают необоснованно высокой тревожностью. Процент, обладающих хорошими знаниями и совсем неосведомленных, мал во всех группах анкетируемых. Неполными знаниями владеет большая часть студентов и врачей, на которых лежит задача своевременной диагностики данного заболевания. Это, вероятно, играет определенную роль в ошибочной диагностике пневмоний.

123.
ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Автор: Журкин М.А., Жоголев К.Д., Жоголев С.Д., Харитонов М.А., Иванов В.В., Хасиев Н.Д.

Организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Вакцина «Превенар 13» представляет собой капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F.

Цель исследования: Изучить эффективность применения пневмококковой вакцины «Превенар 13» у военнослужащих по призыву.

Материалы и методы: В конце ноября 2015 года в учебном центре в Ленинградской области была проведена вакцинация 124 военнослужащих по призыву пневмококковой вакциной «Превенар 13», которые ранее не были вакцинированы пневмококковыми вакцинами. Через 3 месяца выполнена оценка заболеваемости внебольничной пневмонией и другими болезнями органов дыхания в данной группе по сравнению с другим подразделением, состоящим из 122 военнослужащих по призыву, привитых пневмококковой вакциной «Пневмо 23». Возрастной состав (18–22 года) и условия службы и быта личного состава обоих подразделений были одинаковы.

Результаты: В феврале 2016 г. была проведена оценка заболеваемости в сравниваемых группах за 3 месяца. У лиц, вакцинированных «Превенар 13», заболеваемость острыми болезнями органов дыхания была в 1,4 раза меньше, по сравнению с военнослужащими, вакцинированными «Пневмо 23» ($p<0,001$): суммарная заболеваемость ОРЗ и острыми бронхитами в 1,2 раза меньше, а острыми тонзиллитами – в 3,4 раза меньше. Среди вакцинированных «Превенар 13» не было ни одного случая пневмонии, тогда как среди вакцинированных «Пневмо 23» пневмонией заболело 3 человека.

Заключение: Анализируя полученные данные проведенных исследований, «Превенар 13» проявил большую эпидемиологическую эффективность, чем «Пневмо 23». Дан-

ную вакцину целесообразно использовать для профилактики острых болезней органов дыхания, в том числе внебольничной пневмонии, у военнослужащих по призыву.

124.
ПРОБЛЕМА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Автор: М.В. Райчева- 1, Т.Н. Биличенко – 2

Организация: 1 – Главный военный клинический госпиталь внутренних войск Министерства внутренних дел России;
2 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

В структуре заболеваемости военнослужащих внутренних войск болезни органов дыхания (БОД) занимают 52–56%, а у военнослужащих по призыву уровень заболеваемости в 3,5–4,5 раза выше, чем у военнослужащих по контракту. Заболеваемость и смертность от пневмонии возрастают в эпидемию гриппа. Среди бактериальных возбудителей ВП лидирует Streptococcus pneumoniae.

Цель: Изучение факторов риска ВП у мужчин молодого возраста, вакцинированных против пневмококковой инфекции (Пневмо-23 ®, Sanofi Pasteur, Франция).

Материалы и методы: Исследование проведено среди 265 мужчин в возрасте 18–26 лет, госпитализированных с рентгенологически подтверждённым диагнозом ВП. Обследование пациентов проводилось в соответствии с международным протоколом и стандартом медицинской помощи при ВП. Для изучения этиологии ВП применяли микробиологическое исследование мокроты в течение 2-х суток с момента поступления, исследование вирусно-бактериального состава мазка из зева и носоглотки методом полимеразной цепной реакция (ПЦР), определение антигена S. Pneumoniae в моче иммунохроматографическим методом (экспресс-тест «Binax NOW Streptococcus pneumoniae», США) в течение первых 3-х дней с момента госпитализации.

Результаты: Установлено, что факторами риска (ФР) ВП у мужчин молодого возраста являются низкие антропометрические показатели, хронические болезни верхних дыхательных путей, повторные перенесенные пневмонии, курение табака, отсутствие вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции. Эти факторы увеличивают риск заболевания мужчин ВП в первые 100 дней воинской службы. Вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции (ПИ) снижает заболеваемость пневмококковой пневмонией, тяжесть клинических проявлений ВП, сокращает сроки выздоровления и улучшает прогноз.

Заключение: выявление и профилактика ФР ВП способствуют снижению заболеваемости ВП мужчин молодого возраста при поступлении на воинскую службу.

125.
СОВРЕМЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Автор: Журкин М.А., Иванов В.В., Харитонов М.А., Жоголев С.Д., Жоголев К.Д., Хасиев Н.Д.

Организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования: Изучить структуру возбудителей у больных тяжелой внебольничной пневмонией (ТВП).

Материалы и методы: В исследование вошли 45 военнослужащих с ТВП, проходившие лечение в клиниках ВМедА им С.М. Кирова с 2015 по 2017 год. С помощью бактериологического исследования мокроты, полимеразной цепной реакции (ПЦР) мокроты и иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови, а также иммунохроматографических тестов (ИХТ) мокроты (для определения: аденовирусов – NOVAMED АденоСтик, вирусов гриппа А и В и респираторно-синцитиального вируса (РСВ) – BinaxNOW®) были определены возбудители ТВП.

Результаты: Методом посева мокроты S. pneumoniae был выявлен в 3,9% случаев. Золотистый стафилококк и Kl. peumoniae – в 7,6% случаев, синегнойная палочка – в 5,1% случаев. Только этим методом удалось определить A. baumannii (15,3%), однако у 35% больных возбудитель не был идентифицирован.

При постановке ПЦР в мокроте были верифицированы: S. pneumoniae – 35,8%, Ps. aeruginosae – 17,9%, H. influenzae – 12,8%, M. pneumoniae – 20,5%, S. aureus – 8,1%, аденовирусы – 30,7%, грипп А – 16,1%, грипп В – 4,5%, РСВ – 7,8%. Результаты ИФА выявили аденовирусы почти у 60% больных, РСВ – 35,3%, вирус гриппа А – 23,6%, M. pneumoniae – 25,6%, Cl. pneumoniae – 10,2%. При проведении ИХТ аденовирусы обнаружены в 12,8%, РСВ – 4,5%, вирусы гриппа А и В – у 10% больных.

Заключение: У больных с ТВП была выявлена преимущественно смешанная вирусно-бактериальная этиология. В структуре бактериальных возбудителей основными бактериальными агентами выступали M. Pneumoniae, Cl. pneumonia, Ps. aeruginosae и A. baumanni, а среди вирусов преобладали аденовирусы. Совместное использование методов ПЦР, ИФА и ИХТ мокроты у больных с тяжелой ВП позволяет эффективно выявлять возбудителей пневмонии и их сочетания.

126.
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Амирова Э.Ф. – 1, 2, Фархутдинов У.Р. – 1, 2, Фархутдинов Р.Р. – 2, Киреева Г.М. – 1.

Организация: Больница 21 – 1, Башкирский Государственный медицинский университет – 2, Уфа, Россия

Цель: изучить особенности метаболизма оксида азота при внебольничной пневмонии у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ВП+ХОБЛ).

Методы: Обследовано 45 больных ХОБЛ в возрасте от 55до76 лет (средний возраст 66,8±1,2). Выделено 2 группы больных. В 1-ю группу вошли 27пациентов ВП+ХОБЛ. 2-у группу составили 28 больных с обострением ХОБЛ. Наряду с общепринятыми методами обследования в процессе лечения у пациентов определяли уровень С-реактивного протеина (СРП), оценивали состояние метаболизма NO по суммарной концентрации ΣNO2\NO3 в сыворотке крови и в конденсате влаги выдыхаемого воздуха (КВВВ).

Результаты: В группе больных ВП+ХОБЛ по сравнению с больными с обострением ХОБЛ отмечалось высокое содержание ΣNO2\NO3 в крови в 1,5 раза. Уровень содержания ΣNO2\NO3 в КВВВ превышало в 1,2 раза. Показатели СРП в крови ВП+ХОБЛ и больных ХОБЛ с обострением 33,9±1,6мг\л и 23,1±1,2мг\л соответственно. В процессе лечения у больных в обеих группах снизилось содержание ΣNO2\NO3 в крови и в КВВВ, при этом в группе больных ВП+ХОБЛ по сравнению с пациентами при обострении ХОБЛ содержание ΣNO2\NO3 в крови снизилось в 2

раза. Уровень СРП крови на фоне лечения у больных ВП+ХОБЛ и с обострением ХОБЛ 10,5±0,4 мг\л и 5,5±0,7 мг\л соответственно.

Выводы: У больных ВП+ХОБЛ по сравнению с больными с обострением ХОБЛ течение заболевания характеризуется более выраженными системными нарушениями метаболизма NO, высоким уровнем СРП, что является отражением развития нитрозивного стресса, свидетельствует о персистенции воспалительного процесса. Дифференцированный подход к назначению терапии пациентам с учетом показателей метаболизма NO и маркеров воспаления позволяет повысить эффективность их лечения.

127.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Киреева Г.М

Организация: ГКБ № 21, УФА

Цель: Выявить особенности клиники у больных ВП+ХОБЛ в сравнении с больными ХОБЛ с обострением.

Методы: В исследование включены больные ВП+ ХОБЛ (n=27) и пациенты ХОБЛ с обострением (n=28) госпитализированные в стационар. Кроме об-щеклинического обследования, больным проводилась ЭХОКГ, оценивали выраженность одышки по шкале MRS.

Результаты: В группе больных ВП+ХОБЛ возраст пациентов, продолжи-тельность заболевания были меньше, чем в группе пациентов ХОБЛ с обострением на 4 года и 1,5 года соответственно. Выраженность одышки по шкале MRS в группе ВП+ХОБЛ выше на 1,6 балла, по сравнению с больными ХОБЛ с обострением. Были более выраженными клинические симптомы (одышка, кашель, хрипы в легких) у пациентов группы ВП+ХОБЛ на момент поступления и сохранялись после лечения, чем у больных ХОБЛ с обострением. У пациентов ВП+ХОБЛ чаще встречалось сочетание ХОБЛ с ишемической болезнью сердца, сахарный диабет и цереброваскулярными заболеваниями, чем в группе пациентов с обострением ХОБЛ. Показатели СДЛА у больных ВП+ХОБЛ 39,1±1,6, что выше, чем у больных ХОБЛ с обострением. Показатели СРП при поступлении ВП+ХОБЛ 33,9±,1,2мг\л, ХОБЛ 23,0±1,2мг\л, при выписке ВП+ХОБЛ 10,5±1,4мг\л, ХОБЛ 5,5±0,9мг\л, сохранялся повышенный уровень лейкоцитов ВП+ХОБЛ 9,9±1,2×109\л, ХОБЛ 9,2±1,2×109\л, СОЭ ВП+ХОБЛ 18,5±1,4 мм\ч, ХОБЛ 9,4±1,4 мм\ч. В составе базисной терапии применяли ИГКС в группе ВП+ХОБЛ-18,5%, М-холинолитики 18,5%, в группе ХОБЛ ИГКС- 35,7%, М-холинолитики 50,1% госпитализированных пациентов. Динамическое наблюдение за пациентами показало, что в течении года после выписки из стационара летальность в группе больных ВП+ХОБЛ составила 22,2%, в группе ХОБЛ с обострением 14,3%.

Вывод: Больные ВП + ХОБЛ по сравнению с больными ХОБЛ с обострени-ем характеризуются выраженными клиническими симптомами, сочетанием с коморбидными состояниями, высоким уровнем маркеров воспаления, тяжелой дыхательной недостаточностью и высокой легочной гипертензией и высоким риском летального исхода.

128.
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДЛЕННО РАЗРЕШАЮЩИХСЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Автор: Кривонос П.С., Кривошеева Ж.И., Кранковская Д.С., Халецкая М.А.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет

Цель: изучить клинико-рентгенологические проявления медленно разрешающихся внебольничных пневмоний и факторы, влияющие на их течение.

Материалы и методы: Изучаемую группу составили 31 пациент с медленно разрешающимися внебольничными пневмониями, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2016 году. Критериями включения пациентов в исследуемую группу являлось сохранение у пациентов пневмонической инфильтрации при рентгенологическом исследовании к концу 4-й недели лечения.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациентов в исследуемой группе колебался от 22 до 68 лет. Все пациенты по возрасту были разделены на 3 группы: 1-я группа (3 пациента) – 22–30 лет, 2-я группа (10 пациентов) – 31–50 лет, 3-я группа (18 пациентов) – 50–68 лет. 36% из всех пациентов были женщины, 64% – мужчины: в 1-й группе преобладали женщины, во 2-й и 3-й – мужчины. У 67% пациентов 1-й группы, 80% 2-й группы и 61% 3-й группы были пневмонии со среднетяжелым течением заболевания, а у 33% 1-й группы, 20% 2-й группы и 39% 3-й группы – с тяжелым течением заболевания. У большей части всех пациентов была поражена нижняя доля легкого (35%), верхняя доля (29%) и несколько долей (25%). 64% пациентов из всех групп подвергались воздействию вредных факторов (курение, алкоголь, производственные вредности). У 3% пациентов 1-й группы, у 16% – 2-й группы, 32% – 3-й группы имелись осложнения пневмонии: плевриты, дыхательная недостаточность, фиброателектаз. Сопутствующие заболевания диагностированы у 71% пациентов старших возрастных групп. Чаще имели место такие заболевания, как ИБС, ХОБЛ, бронхиальная астма, сахарный диабет.

Выводы: Основными факторами развития медленно разрешающихся внебольничных пневмоний явились осложнения пневмоний, вредные факторы, сопутствующие заболевания и пожилой возраст.

129.
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ РЕЦИРКУЛЯТОРОВ ВОЗДУХА В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Автор: Журкин М.А., Жоголев К.Д., Харитонов М.А., Жоголев С.Д., Иванов В.В., Хасиев Н.Д.

Организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель исследования: Изучить эффективность применения ультрафиолетовых рециркуляторов воздуха «Биостар Р 120» и ОРУБн-3–3«КРОНТ» («Дезар 3») в казарменных помещениях для профилактики внебольничной пневмонии (ВП).

Материалы и методы: Исследование проводилось в учебном центре в Ленинградской области в 2016 г. Были определены четыре одинаковых спальных помещения (СП) площадью 556 м2, кубатурой 1664 м3. В СП № 1 были установлены 10 ультрафиолетовых рециркуляторов воздуха ОРУБн-3–3«КРОНТ», в СП № 3–8 рециркуля-

торов «Биостар Р120», и для каждого из них были определены идентичные контрольные казарменные помещения (СП № 2 и № 4).

Результаты: За три месяца показатели заболеваемости ОРЗ и острым бронхитом лиц, размещенных в СП № 1, были ниже в 1,6 раза и в 2,4 раза, чем в СП № 2. За этот период выявлено по 1 случаю пневмонии в СП№ 1 и в СП№ 2. Уровень заболеваемости всеми острыми болезнями органов дыхания (ОБОД) в СП № 1 был в 1,6 раза ниже, чем лиц в контрольном СП № 2. Таким образом, эпидемиологическая эффективность приборов «Дезар 3» в отношении ОБОД составила 37,9%. Показатели заболеваемости ОБОД лиц, размещенных в спальном помещении № 3, были ниже, чем в помещении без очистителей воздуха в 2,4 раза. В СП № 3 не было ни одного случая пневмонии, а в СП № 4 – зарегистрирован 1 случай ВП. Заболеваемость всеми ОБОД лиц в СП № 3 была в 2,3 раза ниже, чем у лиц в контрольном СП № 4. Эпидемиологическая эффективность приборов «Биостар Р120» в отношении группы ОБОД составила 55,6%.

Заключение: Установлено, что оба типа рециркуляторов воздуха способствуют существенному снижению заболеваемости ОБОД при установке приборов в количестве: 1 прибор на 100–120 м3. Более эффективными по снижению заболеваемости пневмонией оказались приборы «Биостар Р120».

130. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РУТИННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ И МУЛЬТСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Автор: Бобылев А.А. – 1, Рачина С.А. – 2, Авдеев С.Н. – 3

Организация: Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Смоленск – 1, Российский университет дружбы народов, г. Москва – 2, НИИ пульмонологии ФМБА России, г. Москва– 3

Цель: сравнить диагностическую ценность рутинной рентгенографии (РГ) и мультспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки (ОГК) при внебольничной пневмонии (ВП) на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования: в проспективное исследование включались взрослые пациенты с ХСН, госпитализированные с клиническим диагнозом ВП. Всем больным при поступлении в стационар выполнялась РГ ОГК в прямой проекции. С целью окончательной верификация диагноза ВП дополнительно проводилась МСКТ ОГК.

Результаты: в исследование включено 70 пациентов с ХСН (средний возраст – 74,52±10,01 лет, доля женщин – 65,7%). Совпадение результатов обоих методов исследования ОГК было получено в 44,3% случаев: подтверждение ВП – 40%, исключение ВП – 4,3%. Расхождение рентгенологического диагноза имело место у 55,7% пациентов: положительный результат РГ/отрицательный результат МСКТ – 45,7%, отрицательный результат РГ/положительный результат МСКТ – 10%. В подгруппе больных с подтвержденной обоими методами ВП совпадение диагноза по типу выявляемой пневмонической инфильтрации (альвеолярная vs интерстициальная) отмечалось в 85,7%, по ее локализации – в 46,4%, по наличию плеврального выпота – в 74,3%, по его локализации – в 84,6% случаев соответственно.

Заключение: рутинная РГ ОГК является недостаточно информативной для выявления ВП у лиц с ХСН вследствие риска гипердиагностики. В алгоритм обследова-

ния данной категории пациентов целесообразно включать дополнительные методы (например, определение биомаркеров воспаления), а в случаях сомнительного диагноза – МСКТ ОГК.

131.
СРАВНЕНИЕ УЗИ ЛЕГКИХ С РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Автор: Петров А.А. – 1, 2, Лукина О.И. – 1, Моисеев В.С. – 1,
Рачина С.А. – 1, Сафарова А.Ф. – 1, 2

Организация: 1 – Кафедра внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,
2 – ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения г. Москвы»

Введение: нозокомиальная пневмония (НП) относится к группе частых инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Верификация НП с помощью рентгенографии органов грудной полости (ОГП) характеризуется умеренной чувствительностью и специфичностью, а широкое использование компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) ограничено высокой стоимостью и невозможностью выполнения у постели больного.

Цель: оценить перспективы использования УЗИ легких в выявлении легочной консолидации в сравнении с рентгенологическими методами исследования ОГП для диагностики НП.

Материалы и методы: в проспективное когортное наблюдательное исследование включались взрослые пациенты с клиническим диагнозом НП, верифицированным с помощью КТВР ОГП. Всем пациентам помимо стандартных исследований в течение 24 ч выполнялись рентгенография ОГП, а также УЗИ легких по BLUE протоколу с помощью конвексного секторного линейного датчика.

Результаты: в исследование включено 20 пациентов с НП, в том числе 12 (60%) мужчин; средний возраст пациентов составил 67,4 лет. По срокам развития заболевания у 3 (15%) пациентов диагностирована ранняя, у 17 (85%) – поздняя НП. Признаки консолидации легочной ткани по данным УЗИ выявлены у 16 (80%) пациентов, при рентгенографии ОГП изменения, характерные для НП выявлены у 8 (40%) пациентов. Полное совпадение инфильтративных изменений в легких (распространенность, локализация поражения) при сравнении УЗИ и КТВР ОГП отмечалось в 7 (35%), частичное – в 10 (47%) случаев, расхождения выявлены у трех пациентов.

Выводы: УЗИ легких характеризуется более высокой чувствительностью в диагностике НП по сравнению с рентгенографией ОГП. Учитывая простоту, доступность и низкую стоимость, данное исследование может являться перспективным скрининговым методом при подозрении на НП.

132.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Автор: Афиногенов К.И., Постникова Л.Б.

Организация: ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Нижний Новгород

Цель: Изучить выбор стартовой антибактериальной (АБ) терапии при нетяжелой внебольничной пневмонии (ВП) у военнослужащих и оценить приверженность врачей клиническим рекомендациям.

Методы: Проведен ретроспективный анализ 163 историй болезни военнослужащих 18–40 лет, госпитализированных с нетяжелой ВП в пульмонологическое отделение военно-медицинского учреждения в 2014–2015 г.г.

Результаты: В качестве стартовой АБ терапии в госпитале 59 (36%) пациентам эмпирически назначали β-лактамные антибиотики в виде монотерапии. Из них в 76,3% случаев препараты вводили внутримышечно

(в/м), в 23,7% – внутривенно (в/в). У 29 больных (17%) исходная терапия включала только макролиды, которые у 8 пациентов (27,5%) вводили в/в, в остальных случаях назначали внутрь. Комбинация β -лактамный антибиотик в/м + макролид внутрь использовали у 44 (26%) больных с ВП, у 11 (6,7%) пациентов применяли β -лактамный АБ в/в + макролид внутрь. В 5,5% случаях (9 больных) для лечения нетяжелой ВП исходно были выбраны оба искомых антибиотика для парентерального введения. Респираторные фторхинолоны (РФ) в качестве стартовой терапии ВП получали также 5,5% пациентов. При этом в 5-ти случаях РФ вводили в/в, а у 4-х больных назначали внутрь. Ступенчатая АБ терапия была использована только у 18 (11%) больных на 5–6 сутки от момента госпитализации. Низкая эффективность стартовой АБ терапии зарегистрирована у 7 (4,2%) пациентов, что повлекло за собой назначение АБ препаратов других групп. В этом случае у 3-х пациентов исходно использовали комбинацию β-лактам+макролид, у 4-х – ампициллин в/м.

Заключение: В 63,2% случаях стартовая АБ терапия нетяжелой ВП у военнослужащих в специализированном отделении соответствовала клиническим рекомендациям, что сопровождалось низким уровнем (4,2%) терапевтических неудач.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

134.
АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Автор: Рослая Н.А., Тульчинская А.В., Ножкина Н.В.

Организация: ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Цель: разработать алгоритм и критерии ранней диагностики профессиональных аллергических заболеваний (АЗ) у медицинских работников (МР).

Изучено состояние здоровья 585 МР по результатам ПМО (93% жен., ср. возраст – 39,8±6,3 г., стаж – 13,5±4,6 г.), с проведением анкетирования для выявления факторов риска (ФР) АЗ.

На периодическое возникновение симптомов, характерных для АЗ, указали 60,7% опрошенных, тогда как на ПМО жалобы на аллергические реакции предъявляли лишь 8,9% МР. Значимым ФР развития АЗ является контакт с проф.аллергенами (77,5%), чаще заболевание развивалось при наличии: атопии – 56%, респираторных инфекций – 36,8%, курения – 17%. Большинство (96,7%) МР указали на дебют АЗ после начала работы. По результатам ПМО с проведением анкетирования в 10,3% установлено подозрение на профессиональный генез АЗ, тогда как обычно их доля составляет 0,9–1,7% от числа осмотренных. Первые клинические симптомы АЗ развивались чаще либо в первые пять (15,2%), либо через 15 лет от начала работы (63,6%). Раннее начало ПБА было связано с клиническими проявлениями иммунной недостаточности и приводило к более тяжелому течению (r= –0,347). БА диагностировали спустя 4,7±1,4 г. от появления симптомов, после чего МР продолжали работать в условиях воздействия аллергенов до направления в профцентр от 2 до 16 лет (6,3±1,4 г). При исследовании иммунограмм выявлена иммунологическая дисфункция в виде изменения уровней IgA, G, M у 60% лиц групп риска.

Вывод; алгоритм диагностики начальных проявлений профессиональных АЗ во время проведения ПМО среди МР должен предусматривать выявление ФР с помощью анкеты с последующей консультацией врача-аллерголога и/или клинического иммунолога для информирования о повышенном риске развития АЗ, мерах профилактики и решения вопросов профпригодности.

135.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АСБЕСТОЗОМ, У РАБОЧИХ, ЭКСПОНИРОВАННЫХ К ПЫЛИ ХРИЗОТИЛ-АСБЕСТА

Автор: Обухова Т.Ю., Будкарь Л.Н., Карпова Е.А., Шмонина О.Г.

Организация: ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург

Длительная экспозиция фиброгенной пыли приводит не только к формированию профессиональной патологии у части работающих, но также может способствовать развитию кардиоваскулярной патологии, отягощающей течение профессиональных болезней. С целью оценки распространенности сердечно-сосудистой патологии среди рабочих, подвергающихся воздействию пыли хризотил-асбеста в условиях клиники Центра профпатологии были обследованы рабочие асбестообогатительного производства. В основную группу (группа 1) вошли больные асбестозом (130 чел.), средний возраст 61,1±0,7 год, группа сравнения (группа 2) была представлена рабочими без пылевой патологии, средний возраст которых был 56,4±0,7 лет. Группы были сопоставимы по длительности «пылевого» стажа (27,0±0,6 лет в группе 1 и 25,9±0,7 лет в группе 2, p=0,27) и по среднесменной концентрации пыли хризотил-асбеста (2,25±0,26 и 1,84±0,11 мг/м3, p=0,173). Мужчины в обеих группах составили 57%.

В первой группе артериальная гипертензия (АГ) была диагностирована у 65% больных, что выше, чем в общей популяции пациентов данной возрастной категории. Распространенность АГ во второй группе была достоверно меньше – 46% (p=0,00). У больных асбестозом достоверно чаще регистрировалась ИБС (48 и 22%, соответственно, p=0,00). Развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) также достоверно чаще наблюдалось среди больных асбестозом (41% и 16%, соответственно, p=0,00). Установлена прямая умеренная связь между асбестозом и наличием АГ (r=0,188, p=0,00), ИБС (r=0,264, p=0,00) и ХСН (r=0,280, p=0,00).

Резюмируя, можно предположить, что кардиоваскулярная патология ассоциирована с профессиональным легочным фиброзом. Для снижения риска развития асбестоза необходимо включение в профилактические комплексы мероприятий по снижению сердечно-сосудистого риска.

136.
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У СВАРЩИКОВ

Автор: Лашина Е.Л., Ковалева А.С.

Организация: ФГБНУ «НИИ МТ»

Наиболее распространенным и широко применяемым в промышленном производстве способом соединения металлов является сварка. Основной вредность является постоянное присутствие сварочного аэрозоля (СА), обладающего фиброгенным, раздражающим, сенсибилизирующим действием.

Цель: Уточнить характер изменений в паренхиме легких у работников, подвергающихся воздействию сварочного аэрозоля.

Методы: В клинике ФГБНУ «НИИ медицины труда» в условиях стационара обследовано 140 сварщиков (мужчин), в возрасте от 33 до 71 лет (средний возраст – 47,5 лет) со стажем работы от 5,5 до 40 лет (средний стаж – 18,6 г.) в условиях воздействия СА. У всех пациентов наблюдались одышка при ранее выполняемой физической

нагрузке и кашель. Всем обследованным проведены физикальное и лабораторные исследования, полипозиционная цифровая рентгенография органов грудной клетки, 135 пациентам – спиральная компьютерная томография (СКТ) и компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). По данным рентгенографии в структуре профессиональной бронхолегочной патологии среди сварщиков превалировал гиперчувствительный пневмонит (ГП) – 50 (35,7%) человек, у 18 (12,9%) человек диагностирован пневмокониоз. Однако при проведении СКТ и КТВР у пациентов с рентгенологической картиной пневмокониоза определялись аналогичные изменения, что и у пациентов с ГП. В 80,9% случаев (из 68) выявлены нечетко очерченные очаги уплотнения с центрилобулярным распределением. В 19,1% случаев определялись обширные участки по типу «матового стекла».

Заключение: Воздействие сварочного аэрозоля приводит к развитию преимущественно гиперчувствительного пневмонита, который не во всех случаях имеет характерную картину при рентгенографии, в связи с чем необходимо проведение СКТ и КТВР при обследовании лиц, подвергающихся воздействию СА.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

137. ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Автор: Крылова Ю.Г., Трофимов В.И., Потапчук А.А.

Организация: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Присоединение бронхиальной астмы к ХОБЛ (и наоборот) значительно модифицирует, видоизменяет и утяжеляет картину заболевания, требует особого подхода к лечению и специальной программы лёгочной реабилитации. Физические тренировки являются обязательной составной частью реабилитационной программы.

Цель работы: оценить влияние физических тренировок на качество жизни и функциональное состояние у пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Материалы и методы: в обследование были включены 20 пациентов с диагнозом БА лёгкой или средней степени/ХОБЛ клинических групп категории А и В, в период стационарного и амбулаторного лечения, средний возраст 62,7 лет, мужчины (n=11), женщины (n=9). Были разработаны «Личный опросный лист пациента для подбора индивидуальной программы реабилитации», для корректировки нагрузки- «Индивидуальный лист контроля». Занятия ЛФК проходили в течение 8 недель, 2 раза в неделю, под контролем от 30 до 45 мин в зависимости от состояния пациента, дома выполнялись самостоятельно, от 15 до 30 мин. Были включены: дыхательные и дренирующие упражнения, упражнения для мышц лица, шеи, плечевого пояса, упражнения на постизометрическую релаксацию мышц, упражнения на велотренажёре и тредмиле, также ежедневно прогулки на свежем воздухе от 30 мин. Качество жизни оценивалось по опроснику SF- 36, функциональное состояние по клиническим и специальным диагностическим исследованиям. Терапевтический контроль проводился через 4 и 8 недель от начала курса ЛФК.

Результаты: уменьшение одышки отмечено у 85%, повышение толерантности к физической нагрузке- 95%, улучшение функции периферической мускулатуры- 75%, повышение мотивации и улучшение эмоционального фона- 100%, улучшение качества жизни- 80%.

Рекомендации и выводы: физические тренировки у пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни лёгких, включенные в программы легочной реабилитации, способствуют повышению функциональных возможностей, уменьшению симптомов заболевания, повышению мотивации и улучшению качества жизни.

138.
ПРИМЕНЕНИЕ БИОАДАПТИВНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Автор: Юсупалиева М.М., Гришин М.Н., Савченко В.М., Туровская Т.В.

Организация: Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

Цель: Изучить воздействие биоадаптивной саморегуляции организма (БСО) на состояние здоровья больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) при гипертонической болезни (ГБ) на курорте.

Материал и методы: Обследовано 36 больных (17 мужчин и 19 женщин) ХОБЛ в сочетании с ГБ II стадии, прибывших для медицинской реабилитации на климатический курорт. Все больные принимали необходимую базисную медикаментозную терапию выявленных болезней и сопоставимое курортное лечение. Сформированы две равнозначные группы по 18 человек в каждой. Пациентам 2-й группы дополнительно к базисной медикаментозной терапии проводились процедуры БСО с использованием программно-аппаратных комплексов «БОС-Пульс» (СО РАМН, РФ) и NeXus-10 фирмы Mindmedia (Голландия) (на курс – 10 процедур).

Результаты: При воздействии БСО у больных 2-й группы отмечалось более выраженное снижение уровней личностной тревожности (на 16,5%, $p<0,01$), реактивной тревожности (на 13,3%, $p<0,01$) и индекса напряжения регуляции (на 25,6%, $p<0,01$) в сравнении с больными 1-й группы. У этих же больных систолическое артериальное давление (АД) снизилось на 32,5% ($p<0,05$), диастолическое АД – на 36,2% ($p<0,05$), пульсовое давление – на 33,2% ($p<0,05$) больше, чем в 1-й группе. Во 2-й группе также отмечена более выраженная динамика показателей функции внешнего дыхания: снижение частоты дыхания на 15,6% ($p<0,05$), повышение уровней ФЖЕЛ и ОФВ1 на 16,3% и 12,6% соответственно ($p<0,05$ в обоих случаях) в сравнении с исходными показателями.

Заключение: Дополнительное применение на курорте больным ХОБЛ в сочетании с ГБ метода БСО в программах медицинской реабилитации способствует более выраженному улучшению их психоэмоционального состояния, функции органов кровообращения и дыхания.

139.
РОЛЬ МЕСТНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: О.Н. Терещенко – 1, А.Л. Ханин – 2

Организация: ГАУ КО «Санаторий Борисовский», НГИУВ – филиал – 1,
ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ РФ, с. Борисово, кемеровская область, Новокузнецк, Россия – 2

Санаторий «Борисовский» расположен в живописном месте Крапивинского района Кемеровской области, на базе месторождения лечебной гидрокарбонатно-натриевая маломинерализованная минеральной воды «Борисовской». В последние три года в санатории пролечено 4359 человек, из них 45% – работающие, среди них более 60% в возрасте до 60 лет, пациенты с БОД составляют 12%, занимая третье место, в структуре пролеченных (ХОБЛ, БА, профессиональные болезни легких). Комплекс лечебно- оздоровительных мероприятий для этой категории пациентов включает:

первичное обследование с проведением спирометрии, и назначение следующих процедур: небулайзерные ингаляции применением современных стандартов для базисной терапии ХОБЛ и БА, при большом количестве мокроты – ингаляции с местной минеральной водой с последующей дренажной и дыхательной гимнастикой., саунатерапия, кедропластические камеры, ручной и механический массаж с акцентом на улучшение дренажа бронхов, галотерапия, водные процедуры: занятия в бассейне (аквааэробика под руководством инструктора ЛФК, различные лечебные ванны и души, гидромассаж), терренкуры, скандинавская ходьба. При необходимости: лазерная терапия, УФОК, другие физиопроцедуры, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний, возраста с учетом показаний и противопоказаний. За последний год диагностику храпа прошли 29 отдыхающих с синдромом обструктивного апноэ- гипопное сна (СОАГС): у 5 диагностирован СОАГС – легкой степени (ИДН <!5), у- 16 средней степени (ИДН <30), 8- тяжёлое степени (ИДН > 30). Проведение СИПАП – терапии было эффективным у всех пациентов. Таким образом, лечение БОД в условиях местного санатория позволят пациентам пройти полноценное лечение и реабилитацию, при этом нет необходимости в адаптации и перелетах на большие расстояния.

140.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Автор: Листопадова М.В., Литвинова Е.С., Денисова Т.П.

Организация: ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

Реабилитация больных с дыхательной патологией включает комплекс восстановительных мероприятий, направленных на достижение стойкой компенсации заболевания или выздоровления.

Цель работы: оценить эффективность мер физической реабилитации у пациентов с дыхательной патологией.

Материалы и методы: Проанализированы в динамике клинические и функциональные показатели пациентов с внебольничной пневмонией, острым бронхитом и бронхиальной астмой. Первые две группы включались в процесс реабилитации с момента нормализации температуры при отсутствии явлений интоксикации и осложнений. Пациенты с бронхиальной астмой были включены с частично контролируемым течением, без признаков дыхательной недостаточности II–IIIст. В первую группу было включено 16 пациентов, во вторую – 37 и в третью – 28 больных соответственно. В каждой группе изначально оценивались клинические проявления нозологии, антропометрические показатели, наличие сопутствующей патологии, анамнез курения (при наличии), аллергический анамнез. Оценивался индекс астении по Шкале астенического состояния. Затем оценивались функциональные показатели (ФВД), пульсоксимерия в покое и после физической нагрузки.

Перед реабилитацией проводилось вводное занятие с обучением принципам гигиены дыхательной системы. Далее проводился 10 сеансов физиотерапии с использованием мотивирующего вдох спирометра и системы PEP-терапии вибрационного типа Acapella®. Затем выполнялся индивидуально разработанный курс дыхательной гимнастики на базе соляной комнаты.

Выводы: Благодаря комбинированию базового лечения рассмотренных нозологий и физических мер реабилитации были достигнуты, как высокий уровень клинической компенсации заболевания (выздоровление), так и увеличение показателей функции дыхания, сатурации кислорода крови, физической работоспособности.

САРКОИДОЗ

141.
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ САРКОИДОЗОМ

Автор: Ханин А.Л., Башева С.А.

Организация: НГИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ, РФ, ГКУЗ КО НКПТД, Россия

До выхода приказа МЗ РФ № 109 от 2001 г. выявление, диагностика, лечение и диспансерное наблюдение проводилось по 8 группе ДУ в ПТД. Кафедрой фтизиопульмонологии для дифференцированного наблюдения и лечения была разработаны и внедрены подгруппы ДУ: 1»А»- больные с активным впервые выявленным С, нуждающиеся в специальном лечении или наблюдении при тенденции к спонтанной ремиссии, срок наблюдения не менее года., 1»Б» – пациенты с обострениями или рецидивом С. Больные в эту подгруппу попадали из 1»А» – при прогрессирующем, рецидивирующем течении, или из 2 подгруппы – при обострении, из 3 – при рецидиве С. Срок ДН в этой подгруппе определялся индивидуально, до наступления стойкого регресса всех проявлений С, но не менее двух лет. 2 подгруппа- больные с С в фазе регрессии, после окончания срока наблюдения по 1 «А» или 1 «Б» гр. ДУ, срок наблюдения составлял не менее года. 3 «А» – пациенты с признаками излеченного С., с умеренными фиброзными остаточными изменениями, без легочной и (или) ЛСН. Срок наблюдения 3 года. 3»Б» – пациенты с клинико-рентгенологическими и лабораторными критериями излеченного С, с выраженной легочной и (или) ЛСН, срок наблюдения пожизненно. На ДУ состояло 56человек. Для каждой из подгрупп были разработаны программы, включающие полноценное обследование и лечение. У 79% больных диагноз был верифицирован гистологически. Лечение с применением СГКС получали – 60%., у 23% – была спонтанная ремиссия, 17% – лечились без СГКС. У 44%, получавших курсы СГКС отмечалось обострение, требовавшее назначения новых курсов СГКС. При распространенности С 10 на 100 тыс., у 25% сформировались грубые остаточные изменения, инвалидность по С была у 5,3%.

142.
НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САРКОИДОЗА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ КУЗБАССА

Автор: Ханин А.Л., Башева С.А.

Организация: НГИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ, РФ, ГКУЗ КО НКПТД, Россия

Проведено сравнение распространенности саркоидоза за период 1997–1999 гг. и 2014–2016 гг.

В первый период пациенты с саркоидозом наблюдались во фтизиатрической службе города, после выхода приказа МЗ № 109 от 2001 г. они были переданы в ОЛС.

Поскольку, последняя была не готова к проведению верификации, лечению и ДН больных с саркоидозом кафедрой фтизиопульмонологии были проведены обучающие семинары с врачами ОЛС, изданы методические рекомендации по диагностике, лечению и ДН этих больных. Был издан приказ управления здравоохранения в соответствие с которым: все больные с подозрением на саркоидоз направлялись в диагностическое отделение поликлиники при фтизиатрической больнице, где проводилась верификация диагноза с применением эндобронхиальных биопсий и видеоторакоскопии или торакотомии, выдавались рекомендации по лечению и наблюдению больных для врачей ОЛС и пульмонологов. В первый период распространенность саркоидоза в городе с населением 550 тыс. составляла 10 на 100 тыс., выход на инвалидность – 5,3%. Во второй период распространенность саркоидоза была 12,9 (2014 г.) и 16.0 на 100 тыс. (2015–2016 гг.). Заболеваемость колебалась от 4 до 5,2 на 100 тыс. (2014 и 2016 гг., соответственно.). Инвалидность по саркоидозу за три последних года получили 9 из 247 человек (3,6%). Смертности от данного заболевания не было.

143.
ОСОБЕННОСТИ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ ЛУГАНЩИНЫ

Автор: Ватанская И.Ю., Стрекозова И.П.

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им.Святителя Луки», ГУ ЛНР Луганская республиканская клиническая больница»

Цель: изучить особенности течения и диагностики саркоидоза легких у больных Луганщины.

Методы: обработаны и проанализированы истории болезни 36 больных пульмонологического отделения Луганской республиканской клинической больницы (ЛРКБ) за 2013–2016 гг.

Результаты: пациенты поступали в отделение в диагнозом интерстициальное поражение легких неуточненной этиологии. У 29 человек (80,6%) диагноз саркоидоза легких впервые был установлен в пульмонологическом отделении ЛРКБ. Средний возраст пациентов составлял 34–68 лет. Отмечено преобладание женщин – 30 человек (83%). Среди исследованных больных курильщики с индексом курящего человека более 10 пачко/лет составляли 13 человек (33,3%). Синдром Лефгрена, как дебют заболевания, имел место у 1 пациента (2,8%). Первая стадия саркоидоза легких выявлена у 7 больных (19,4%), вторая – у 27 (75%), третья и четвертая – 2 (5,6%). Внелегочные кожные проявления выявлены у одной пациентки. У 1/3 пациентов заболевание протекало бессимптомно, было диагностической находкой при проведении профосмотра. Пациенты предъявляли жалобы на сухой кашель 17 больных (47,2%), общую слабость- 18 (50%), экспираторную одышку – 11(30,6%), торакалгию 5 (13,9%), субфебрилитет 5(13,9%). План обследования включал: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, анализ мокроты (АК, КУП, пневмоцисты). МСКТ ОГП, ФБС с исследованием промывных вод, СПГ, ЭКГ, эхоКС, УЗИ ОБП, осмотр гинеколога, онколога, фтизиатра, лор, окулиста, гематолога. Гистологическое подтверждение проведено у 17 больных (47,2%).

Выводы: отмечено превалирование женщин среди больных саркоидозом, с преобладанием II стадии заболевания, малым числом пациентов с внелегочными проявлениями, бессимптомным протеканием заболевания, что свидетельствует о необходимости ежегодного проведения ФГ-обследования ОГК.

144.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ

Автор: Постникова Л.Б, Гудим А.Л, Доровской И.А, Костров В.А, Погребецкая В.А.

Организация: ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Нижний Новгород

При саркоидозе легочные тесты и компьютерная томография грудной клетки являются основными диагностическими методами верификации диагноза, динамического наблюдения и оценки терапевтического ответа. Но при минимальных клинических проявлениях саркоидоза I и II стадии параметры спирометрии в покое чаще не изменены, что требует дополнительных функциональных методов диагностики. Появились отдельные работы, в которых авторы демонстрируют диагностическое преимущество кардиопульмонального нагрузочного тестирования (КПНТ) с газовым анализом на ранних стадиях саркоидоза. Это связано с возможностью КПНТ выявлять ограничения работоспособности и снижение толерантности к физической нагрузке при отсутствии изменений показателей спирометрии и DLco в покое. По данным ряда исследований установлено снижение максимального потребления кислорода (VO2max) [Lopes AJ, 2012; Wallaert B, 2011], максимальной аэробной производительности [Karetzky M, 1996], резерва дыхания, максимального дыхательного объема (VTmax) [Kallianos SA, 2015], пика ЧСС [Delobbe A, 2002] при нагрузке и выявлены позитивные связи этих параметров с ФЖЕЛ и DLco, что связывают с расстройствами респираторной механики и нарушениями газообмена. Полученные данные могут быть использованы для прогноза развития функциональных легочных и гемодинамических ограничений, при выборе стратегии медикаментозной терапии, мониторировании эффективности лечения, особенно, у больных на ранних стадиях саркоидоза. КПНТ с газовым анализом необходимо рассматривать как неотъемлемую часть мультидисциплинарного ведения больных с саркоидозом. Представленные результаты требуют разработки специализированного алгоритма КПНТ для пациентов с саркоидозом как при минимальных клинических симптомах и функциональных нарушений, так и при тяжелом течении болезни.

145.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САРКОИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Автор: Бородина Г.Л.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о росте заболеваемости саркоидозом во всем мире.

Целью исследования: явился анализ динамики заболеваемости саркоидозом в Республике Беларусь и прогноз дальнейшего развития эпидемиологической ситуации.

Материал и методы: Анализ эпидемиологических показателей проводился с 1977 по 2012 гг. С 2013 года сведения о заболеваемости саркоидозом не включались в перечень обязательной отчетности фтизиатрической службы.

Результаты: С 1977 г. заболеваемость саркоидозом в Беларуси увеличилась в 6,15 раз и составила в 2012 г. 8,0 на 100000 населения, преимущественно за счет улучшения диагностики. Прирост заболеваемости с 1977 по 2012 гг. составил 515%, а среднегодовой темп прироста – 4,4%. Согласно прогнозу с величиной погрешности 3,4–5,4%, заболеваемость достигнет в 2018 г. уровня 10,1 на 100000 населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечается в г. Минске (на 61–100% выше сред-

него республиканского показателя) и Минской области (на 30–60%). Значительное различие показателей в регионах Беларуси, а также выраженная и быстрая их динамика свидетельствуют, прежде всего, о гиподиагностике саркоидоза в некоторых регионах. Заболеваемость городского населения в 1,5–3,3 раза выше, чем сельского (4,3–16,0 и 1,7–4,8 на 100000 населения). Динамика структуры заболеваемости с 1997–2004 гг до 2005–2012 гг. заключается в увеличении доли городского населения с 64,8±2,1% до 72,1±4,3%, пациентов женского пола с 53,4±2,4% до 61,2±4,9% и повышении среднего возраста пациентов с 25,2±3,1 до 34,2±4,7 лет, особенно характерном для женщин (максимальный уровень заболеваемости в 35–44 года). Доля лиц старше 44 лет среди женщин составляет 20,67±1,6%, в то время как в 1970–1978 гг. у пациентов старше 44 лет саркоидоз не регистрировался.

146.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САРКОИДОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Автор: Г.Л. Бородина

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Целью работы: явился анализ динамики первичной инвалидности вследствие саркоидоза в Республике Беларусь с 1991 года.

Материал и методы: Анализ динамики показателей осуществлялся на основании государственного реестра «Инвалидность». Прогноз до 2017 года был рассчитан на основании уравнения линейного тренда y= −0,0004x+0,0112.

Результаты: Уровень первичной инвалидности вследствие саркоидоза составляет 2,53–0,35% общего числа впервые выявленных пациентов. Наиболее распространенной причиной инвалидности является прогрессирующая дыхательная недостаточность вследствие массивного пневмофиброза (92–94% случаев), определяющая высокую тяжесть инвалидности (в 54,7% случаев первоначально – II или I группа). Среди впервые признанных инвалидами 66,9% составляют лица в возрасте 30–54 года: у мужчин в 7,5 раз выше, чем у женщин уровень выхода на инвалидность в возрасте 20–24 г., максимальный уровень выхода на инвалидность наблюдается в 35–39 лет, а у женщин в периоды 35–39 лет и 50–54 года. Показатель первичной инвалидности вследствие саркоидоза постепенно повышался, достиг своего максимума в 1995 году, а затем начал волнообразно, но неуклонно снижаться. Выявлено, что, уровень первичной инвалидности вследствие саркоидоза не находится в прямой зависимости от эпидемиологических факторов. Несмотря на ежегодный рост заболеваемости саркоидозом на 4,4% в год, первичная инвалидность, начиная с 1996 г., постепенно снижается и, согласно прогнозу, составит в 2017 г. 0,0007 на 10000 населения.

Заключение: Внедрение современной лечебно-диагностической тактики привело к снижению в Республике Беларусь с 2005 по 2010 г показателя первичной инвалидности на 2,4% в год, общего уровня инвалидности на 10,9% в год и повышению среднего возраста инвалидов вследствие саркоидоза с 40,1±2,1 до 45,4±2,5 лет.

147.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГРАНУЛЕМ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА САРКОИДОЗА

Автор: Денисова О.А. – 1, Пальчикова И.А. – 2, Пурлик И.Л. – 1, Чернявская Г.М. – 1, Черногорюк Г.Э. – 1, Попонина Т.М. – 1.

Организация: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России – 1, ОГАУЗ ТОКБ – 2, Томск

Клинические проявления саркоидоза разнообразны, до конца не изучено, чем они могут обусловлены. Цель исследования изучить исследовать взаимосвязи между морфологическим строением гранулем и клинической картиной заболевания.

Материалы и методы: У 74 пациентов с саркоидозом были отобраны биоптаты легких n=59, медиастинальных лимфатических узлов n=15 в ходе ВТС биопсии. 1 стадия была у 19 пациентов, 2 стадия у 53 пациентов, 3 стадия у 2х пациентов. Были исследованы такие показатели, как лейкоцитарная формула (нейтрофилы, макрофаги, эозинофилы, лимфоциты, фибробласты), оценено наличие гиалиноза, некроза, кальциноза, количество гигантских многоядерных клеток, гранулем и штампованных гранулем).

Результаты: Положительные ассоциации были выявлены между объемом диссеминации в легких и количеством гранулем r=0,49, процентным содержанием нейтрофилов r=0,52, лимфоцитов r=0,58; отрицательные с макрофагами r= −0,53. Положительные связи найдены между числом гигантских клеток и выраженностью кашля r=0,5, наличием мокроты r=0,4, артритами и артралгиями r=0,37, кожными проявлениями r=0,35. Количество гранулем было прямо пропорционально рентгенологической стадии заболевания r=0,5, обратно пропорционально размеру медиастинальных лимфоузлов r=0,5. Были найдены прямые связи между лимфоцитами и потливостью r=0,38. Процентное соотношение нейтрофилов связано с наличием зон гипокинеза сердца по ЭХО КГ r=0,6, жестким дыханием r=0,53. Найдена ассоциация между кальцинозом и болями в грудной клетке r=0,41. Число эозинофилов было прямо пропорционально частоте положительного теста с бронходилататорами r=0,7.

Заключение: выраженность легочной диссеминации прямо пропорционально числу клеточных элементов гранулемы. Многие клинические проявления саркоидоза обусловлены особенностями строения гранулемы.

148.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО САРКОИДОЗА

Автор: Бородина Г.Л., Сакович Р.А., Ровинец Н.А., Марчук Д.А.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии, г. Минск

Позитронно-эмиссионной томография (ПЭТ КТ) – один из новых методов лучевой диагностики, совмещающий визуализирующую способность КТ и высокую чувствительность в оценке метаболической активности, характерную для ПЭТ.

Цель: Оценить эффективность ПЭТ КТ в диагностике саркоидоза органов дыхания и внелегочных проявлений саркоидоза и оценке его активности.

Материал и методы: Проведен пилотный сравнительный анализ результатов ПЭТ КТ и данных стандартного обследования пациентов с саркоидозом. Обследованы 11 пациентов (44±5,2 лет года, средняя продолжительность заболевания 3,5±0,8 лет),

2 из которых обследовались в динамике. ПЭТ КТ выполнялась в г. Минске у 5 пациентов, в качестве индикатора использовалась 18F флуородезоксиглюкоза.

Результаты: Выполнение ПЭТ КТ не привело к изменению ранее определенных стадий саркоидоза, но в 3-х случаях из 11 (27,27%) использование ПЭТ – КТ позволило исключить онкологическое заболевание. У 2-х пациентов было выявлена реактивация саркоидоза. ПЭТ – КТ позволила выявить многочисленные ранее недиагностированные внелегочные проявления заболевания у 9 из 11 пациентов (81,82%).

Выводы: Использование ПЭТ КТ повышает эффективность диагностики саркоидоза органов дыхания и позволяет проводить дифференциальную диагностику с неходжкинскими лимфомами и карциноматозом. ПЭТ КТ способствует диагностике внелегочных проявлений саркоидоза, в том числе лимфоузлов брюшной полости ($\chi 2$ =4,141; p =0,042), забрюшинного пространства, поражения паренхиматозных органов, сердца, слюнных желез, представляющих сложность для морфологической верификации. В то же время ПЭТ –КТ оказался неэффективен для диагностики поражения головного мозга. Оценка активности саркоидоза на основе результатов ПЭТ КТ позволяет назначить адекватную терапию и оценить ее эффективность.

149.
АДАПТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ И ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Автор: Черников А.Ю.– 1, Землянских Л.Г.– 2

Организация: 1 – ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер» Курской области; 2 – Курский государственный медицинский университет

Цель: исследовать адаптивность вегетативной нервной системы у пациентов с гранулематозным поражением органов дыхания при саркоидозе и туберкулёзе. Материалы и методы. С помощью компьютерной генерации случайных чисел были выделены две группы по 404 взрослых пациента в каждой: группа 1 – больные саркоидозом, группа 2 – больные туберкулёзом. Применялись методики исследования вегетативной нервной системы. Вычислялись вероятность события P, 85%-й доверительный интервал для вероятности события lβ, коэффициент сопряжённости χ^2, вероятность ошибки p.

Результаты: Синдром вегетативной дисфункции отмечен в обеих группах с доминированием в группе 2 (62,1±3,5, 73,8±4,8, χ^2=12,55, p<0,01). Преобладание симпатических реакций по индексу Кердо установлено равномерно (35,1±3,4, 39,9±3,7, χ^2=1,91, p>0,05). В группе 2 преобладали парасимпатические реакции по индексу Кердо (36,1±3,4, 46,3±3,6, χ^2=8,59, p<0,01). Рассогласование деятельности отдельных систем организма по коэффициенту Хильденбрандта преобладало в группе 2 (71,5±3,2, 87,1±2,4, χ^2=29,96, p<0,01). Избыточность вегетативного обеспечения по ортоклинической пробе преобладало в группе 2 (27,7±3,2, 60,4±3,5, χ^2=87,49, p<0,01). После проведения медицинской реабилитации на фоне основного курса лечения установлено значительное снижение вегетативной дисфункции в группе 1 (1,2±0,8, χ^2=346,02, p<0,01) и в группе 2 (7,9±1,9, χ^2=362,44, p<0,01) с преобладанием выраженности этого синдрома в группе 2 (χ^2=20,65, p<0,01).

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о том, что дезадаптивность вегетативной нервной системы выражена у пациентов обеих групп, но при туберкулёзе проявления вегетативной дисфункции многообразны и широко распространены, а также характеризуются меньшей податливостью методикам медицинской реабилитации.

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ: БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

150. КОМОРБИДНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Автор: Игнатова Г.Л., Антонов В.Н.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, г. Челябинск

Актуальность: В современной медицине наблюдается резкое увеличение числа больных с параллельно текущими и взаимоотягощающими хроническими болезнями, причем как среди лиц зрелого и старшего возраста, так и молодых. Сочетанные и комбинированные болезни органов кровообращения, дыхания, являются основной причиной смертности, инвалидизации населения и больших трудовых потерь. Целью данного исследования явилось изучение эффективности вакцинопрофилактики у пациентов с ХОБЛ с различными показателями индекса коморбидности Charlson.

Материал и методы: В исследование были включены 174 пациента с ХОБЛ и ИБС. Всем больным было проведено комплексное клиническое обследование: клиническая оценка; жалобы; данные анамнеза; физикальное, лабораторное и инструментальные исследования. Проведена ФВД, общая бодиплетизмография. Степень одышки оценивалась по шкале Медицинского исследовательского центра. Проанализировано количество обострений ХОБЛ, госпитализаций в стационар и число случаев развития пневмоний. У всех пациентов подсчитан модифицированный индекс коморбидности Charlson.

Результаты и выводы: В структуре пациентов с сочетанной патологией тяжелым проявлениям хронической обструктивной болезни легких соответствуют более выраженные функциональные классы стенокардии. С увеличением индекса коморбидности увеличивается количество обострений, число госпитализаций и случаи пневмоний. Вакцинопрофилактика наиболее эффективна у пациентов с более низкими индексами коморбидности, демонстрирует тенденцию к стабилизации данных показателей у пациентов со средними и высокими уровнями коморбидности и поэтому должна быть рекомендована всем пациентам с ХОБЛ и ССЗ. Изменения клинико-функциональных показателей респираторной функции у пациентов с ХОБЛ статистически достоверно отличны у больных с низким и высоким уровнем коморбидности.

151.
СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ACOS У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Автор: Третьяков С.В.

Организация: Новосибирский государственный медицинский университет

С целью уточнения особенностей систолической функции левого желудочка (ЛЖ) при сочетании хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) проведено данное исследование.

Материал и методы: Обследовано 15 больных мужчин с ХОБЛ и БА (категория В, средний возраст 68,4±3,6 года. Группу сравнения составили 15 больных с ХОБЛ (категория В, средний возраст 63,4±3,2 года). АГ в группах была 2 стадии. Критериями исключения из исследования были: инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, клапанная патология сердца, сердечная недостаточность 3–4 функциональных классов, ожирение 2–3 степени.

С помощью эхокардиографии определялись: конечный диастолический объем и размер (КДО, мл, КСР, см), конечный систолический объем и размер (КСО, мл, КСР, см) левого желудочка (ЛЖ), фракцию выброса (ФВ,%), индекс массы миокарда (ИММЛЖ, г/м2) и индекс относительной толщины стенки ЛЖ (ИОТ). Глобальную продольную систолическую функцию ЛЖ оценивали по Sm (м/с).

Результаты исследования: В группе лиц с ACOS, в отличие от больных с ХОБЛ, отмечается уменьшение КДО ЛЖ на 9,1% и КСО ЛЖ на 41,5% ($p<0,05$) на фоне возрастания УО ЛЖ на 11,7% ($p<0,05$), ФВ на 15,5% ($p<0,05$), ИММЛЖ на 20,8% ($p<0,05$) и ИОТ на 17,6% ($p<0,05$). Во всех группах отмечалась концентрическая гипертрофия ЛЖ. Данные тканевой допплерокардиографии демонстрируют более высокие значения Sm, отражающего состояние глобальной сократительной продольной функции ЛЖ, в группе с ACOS, по сравнению с группой больных ХОБЛ. Sm имеет корреляционную связь с ФВЛЖ и величиной УОЛЖ.

Выводы: при ACOS, в отличие от больных с ХОБЛ, у лиц пожилого возраста с АГ отмечается большая степень выраженности концентрической гипертрофии ЛЖ при повышении его контрактильности, в частности, глобальной продольной систолической способности.

152.
СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Автор: Третьяков С.В.

Организация: Новосибирский государственный медицинский университет

С целью уточнения особенностей функционального состояния правого желудочка (ПЖ) при сочетании хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) изучена диастолическая функция правого желудочка у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: Обследовано 15 больных мужчины с ХОБЛ (категория В) и БА (средний возраст 68,4±3,6 года). Группу сравнения составили 15 больных с ХОБЛ (средний

возраст 63,4±3,2 года). Во всех группах диагностирована АГ 2 стадии. С помощью допплероэхографии определяли: максимальную скорость раннего (Е, м/с) и предсердного наполнения (А, м/с), их соотношение (Е/А), механическую диастолу (MD, с), Em (м/с), Am (м/с), соотношение Em/Am, соотношение Е/Em, продолжительность фазы изометрического расслабления (IVRT, мс) и периода предъизгнания (PP, мс).

Результаты исследования: У больных, как основной группы, так и группы сравнения нарушена глобальная диастолическая функция ПЖ. Соотношение пиковых скоростей свидетельствует об отсутствии различий в степени нарушения пассивного наполнения ПЖ. У больных основной группы отмечается более продолжительная MD (на 13%, $p<0,05$), за счет удлинения периода диастазиса. В основной группе, в отличие от группы сравнения происходит удлинение IVRT на 18,8% ($p<0,05$) и укорочение периода предъизгнания в 1,34 раза ($p<0,05$). Несмотря на большие скорости Em (на 10,3%, $p<0,05$) и Am (на 11,2%, $p<0,05$), соотношение Em/Am не имело статистически достоверных отличий, а показатель Е/Em был в основной группе на 11% больше ($p<0,05$).

Выводы: при сочетании ХОБЛ и БА, в отличие от больных с ХОБЛ, у лиц пожилого возраста с АГ отмечается большая степень нарушения активного расслабления ПЖ, что необходимо учитывать при выборе терапии, которая должна быть направлена на улучшение кальциевых механизмов.

153.
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДЕКСА BODE У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Автор: Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Алфимова О.С., Комарова М.Л.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России. БМУ «Курская областная клиническая больница»

Цель: определить прогностические возможности применения индекса BODE у пациентов коморбидной патологией – ИБС, постинфарктный кардиосклероз в сочетании с АГ и ХОБЛ II–III ст. и изучить его связи с клинико-лабораторными критериями обострения заболевания ХОБЛ.

Материалы и методы: подвергнуты анализу 50 историй болезни пациентов с коморбидной патологией – ИБС, постинфарктный кардиосклероз в сочетании с АГ и ХОБЛ II–III ст. Возраст пациентов-56±4,3 года. Расчет BODE-индекса проводился по шкале, предложенной Celli et.al, 2004 г. и включал определение индекса массы тела, кг/м^2; ОФВ1%; баллы по шкале диспноэ mMRC; проведение теста 6-минутной ходьбы, в м.

Полученные результаты и их обсуждение: при анализе изменения индекса BODE, объединившего респираторные и системные проявления ХОБЛ, отмечалась его положительная тенденция у исследуемых больных (4,7±0,34 балла в начале исследования и 4,3±0,42 балла при выписке). Несмотря на снижение ОФВ1 и постоянный ИМТ, у наблюдаемых больных на фоне проводимой базисной терапии достоверно увеличилась толерантность к физической нагрузке с ростом пройденной дистанции в тесте 6МХ с 297,6±13,7 м до 321,5±13,5 м. $p<0,05$; и снизился индекс одышки (с 2,41±0,11 при поступлении до 2,34 ± 0,12 при выписке, $p>0,05$). В ходе проведенной работы, не было установлено связи BODE-индекса с количеством и характером мокроты, типом обострения, увеличением острофазовых показателей общего и биохимического анализов крови. Однако, полученные результаты доказывают необходимость системной оценки пациентов с кардиореспираторной патологией с использованием индекса BODE.

154.
ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – ИБС, АГ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Автор: Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Новиков М.В., Сидорец В.М.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России. БМУ «Курская областная клиническая больница»

Цель и задачи работы: установить взаимосвязь толщины эпикардиального жира (ЭПЖ) и диастолической дисфункции сердца, проанализировать зависимость толщины ЭПЖ от индекса массы тела, степени артериальной гипертензии (АГ), уровня легочной гипертензии.

Материалы и методы: Было обследовано 43 пациента с ИБС, АГ в сочетании с ХОБЛ, из них у 35 (81%) больных показатель ИМТ > 25 кг/см², у 17 пациентов (39%) ИМТ>30. Эхокардиография («Logic 500», «Aloka 1700») с исследованием внутрисердечной гемодинамики.

Результаты: У всех больных с избытком массы тела и с выраженным ожирением при проведении ЭХО-КГ по передней стенке ПЖ были документированы эпикардиальные жировые отложения толщиной от 0,4 до 0,74 см (0,58 ±0,033 см). Среднее значение толщины ЭКЖ у больных с избыточной массой тела 0,49±0,05 см, при ожирении 0,55 ±0,06 см, что отличается от показателей у больных с нормальной массой тела 0,33±0,02 см.

Толщину ЭПЖ определяли в b-режиме в стандартной левой парастернальной позиции по длинной и короткой оси левого желудочка (Lacobellis es.,2009).ЭПЖ определялся как эхо-свободное пространство между стенкой правого желудочка (ПЖ) и висцеральным листком перикарда; его величину измеряли в конце систолы в трех последовательных сердечных сокращениях.

Толщина жирового слоя эпикарда прямо коррелировала с ИМТ (r=0,65, p=0,001), индексом ОТ/ОБ (r=0,72), p=0,001) с КСР ЛЖ (r=0,55, p=0,001), КДР ЛЖ (r=0,57, p=0,001), КСО ЛЖ, КДО ЛЖ (r = 0,48), СДЛА (r=0,62). Корреляция с САД (r=0,72, p=0,001), обратная средней с ДАД (r= −0,52, p=0,02).

Выводы: Получение корреляционных взаимосвязей между толщиной ЭПЖ и клинико-метаболическими параметрами могут свидетельствовать о процессе накопления жира в эпикарде как маркере системного висцерального жироотложения.

155.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НИТРОЗИВНОГО СТРЕССА И ПАРАМЕТРАМИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У МОЛОДЫХ КУРЯЩИХ МУЖЧИН

Автор: Постникова Л.Б. – 1, Соодаева С.К. – 2, Кубышева Н.И. – 3, Ли Т.В. – 4, Климанов И.А. – 2, Муракаева Л.Р. – 4, Никитина Л.Ю. – 5

Организация:
1 – ГКБ № 38, г. Нижний Новгород;
2 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва;
3 – Казанский Федеральный Университет, г. Казань;
4 – Центральная клиническая больница РАН, г. Москва;
5 – Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск.

Введение: В настоящее время доклиническая диагностика респираторной патологии у здоровых людей с факторами риска является приоритетным направлением про-

филактической медицины. Большой интерес представляют механизмы метаболических и функциональных изменений в легких у молодых курильщиков, особенно при физической нагрузке.

Цель работы: Изучение ассоциации показателей нитрозивного стресса с параметрами кардиопульмонального нагрузочного тестирования (Cardiopulmonary exercise testing (CPET) у курящих и некурящих молодых мужчин.

Материалы и методы: Обследовано 37 здоровых курящих (1 группа) и 49 здоровых некурящих (2 группа) мужчин в возрасте 20–25 лет. У всех добровольцев была определена суммарная концентрация метаболитов оксида азота (∑NO3/NO2) в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ). CPET проводили с оценкой максимального дыхательного объема (VTmax), максимального потребления кислорода (VO_2max), максимальной минутной вентиляции легких (VE peak), FEV_1 и FVC. Проанализирована корреляция между концентрацией ∑NO3/NO2 в КВВ с параметрами CPET.

Результаты: В группе 1 концентрация ΣNO3 / NO2 в КВВ составляла 5,03 ± 0,05 мкМ, в группе 2, у некурящих – 4,09 ± 0,02 мкМ (p = 0,053). Курильщики продемонстрировали статистически значимое снижение VTmax по сравнению с некурящими (p = 0,02). Между исследуемыми параметрами были выявлены следующие взаимосвязи в первой и второй группах соответственно: VTmax и VO2max (r1 = 0,49, p <0,01, r2 = 0,15, p.> 0,05); VTmax и VEPeak (r1 = 0,73, p <0,01, r2 = 0,44, p <0,05); VTmax и ОФВ 1 (r1 = 0,56, p <0,01, r2 = 0,45; p <0,05); VTmax и ФЖЕЛ (r1 = 0,67, p <0,01, r2 = 0,52, p <0,01); VTmax и ΣNO3/ NO2 (r1 = 0,43; p = 0,001; r2 = 0,12; p = 0,041).

Заключение: Снижение VTmax у молодых мужчин на фоне курения может служить ранним критерием ограничения толерантности к нагрузкам, дебюта нарушений вентиляционной функции легких. Среди механизмов респираторных ограничений на пике нагрузки у молодых курящих мужчин не исключается инициация нитрозивного стресса.

156.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ХАРАКТЕР ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Клестер Е.Б., Бессонова А.С., Клестер К.В.

Организация: ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Цель работы: изучить частоту встречаемости и характер желудочковых нарушений ритма как фактора внезапной смерти у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: Проведен анализ ЭхоКГ, холтеровского мониторирования, велоэргометрии, ФВД у 163 б-х ХОБЛ (GOLD, 2017). Группы б-х: I (легкая степень ХОБЛ, риск A, B) – 71 человек., (ср. возраст 51,3±4,8), II – 59 б-х со средней степенью тяжести ХОБЛ, риск C (ср. возраст 53,9±7,1), III – 33 б-х с тяжелой степенью ХОБЛ, риск D (ср. возраст 56,6±6,1 лет).

Критерии исключения: ИБС, АГ II–III степени, пороки сердца, фибрилляция предсердий в анамнезе, ХЛС, ХСН III и IY ФК. Нарушения ритма оценивались по Lown и Wolf (1971), «прогностической» классификации желудочковых аритмий (ЖА) J. Bigger (1984г).

Результаты: У больных I группы ЖА обнаруживаются в 15,5% случаев: 1 класс ЖА по Lown-Wolff, по J. Bigger – «доброкачественные» ЖА. У больных II группы ЖА зарегистрированы в 20,3% случаев:1 класса – в 10,2%, 2 класса – в 6,8%, 3 класса – в 3,3% случаев по Lown-Wolf. По J. Bigger у больных II группы в половине случаев диагностированы «доброкачественные» ЖА, а у 10,2% «потенциально злокачественные» желудочковые аритмии.

У пациентов III группы регистрируются желудочковые аритмии у 27,3%: 1 класса– у 9,1% больных, 2 класса – у 12,1% больных, 3 класс – у 6,1% больных по Lown-Wolf, по классификации J. Bigger при тяжелой степени ХОБЛ преобладают «потенциально злокачественные» желудочковые аритмии.

Выводы: у больных ХОБЛ ухудшение бронхиальной проходимости способствует повышению эктопической активности миокарда, регистрируется прямая зависимость тяжести нарушений ритма от выраженности вентиляционных расстройств.

157. КОРРИГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ КАРБОЦИСТЕИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ-ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С АГ

Автор: Шабанов Е.А. – 1, Ивашкина Е.А. – 2, Заржецкая Л.В. – 3

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России – 1, ОБУЗ «Курская городская больница № 1 имени Николая Сергеевича Короткова» – 2, НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД» – 3

Цель исследования: оценить выраженность одышки у пациентов с ХОБЛ и АГ при проведении теста 6-минутной ходьбы до и после приема базисного препарата для лечения ХОБЛ карбоцистеина («Флуифорт»), используя шкалу MRS. Выявить влияние флуифорта на течение ХОБЛ при анализе показателей спирометрии.

Материалы и методы: Обследовано 45 больных ХОБЛ II–III ст. в сочетании с АГ 1–2 ст., которым в дополнение к базисной терапии назначали препарат «Флуифорт» (карбоцистеина лизиновая соль) в форме саше по 1 порошку в день в течение 7 дней. Среди пациентов преобладали мужчины в возрасте старше 50 лет (74%). Всем пациентам проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с определением ОФВ1 на аппарате SuperSpiro, проводился тест 6МХ при поступлении и на фоне применения «Флуифорта». На фоне приема препарата, нами констатировано увеличение дистанции, пройденной в тесте 6МХ с 393±27,7 метра до 417±26,2 метра, что отражает улучшение качества жизни пациентов. При оценке степени выраженности одышки по шкале MRS, на фоне приема «Флуифорта» констатировано снижение степени тяжести одышки с 3 (тяжелая) до 2 (средняя) у 63% пациентов, и со степени 2 (средняя) до 1 (легкая) у 14% обследуемых. Также нами выявлено увеличение ОФВ1 на 7% и более у 76% пациентов при дополнении к базисной терапии препарата «Флуифорт». Помимо вышеизложенного, все больные отмечали приятный сладкий вкус препарата, а 26% пациентов отметили не только облегчение отхождения мокроты, но и облегчение носового дыхания, что требует дополнительного изучения.

Выводы: в ходе выполнения работы, нами установлено, что препарат «Флуифорт» может с успехом применяться у пациентов с ХОБЛ II–III стадии, что приводит к увеличению дистанции пройденной ходьбы в тесте 6МХ, а также улучшению спирометрических показателей.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

158.
ОСОБЕННОСТИ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Автор: Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Ахмадуллина Г.Х.

Организация: Башкирский Государственный медицинский университет

Реализуемые ранее мероприятия по ограничению распространения табака направлены были, в основном, на мужское население. Имеющие место гендерные различия курительного статуса предполагают разработку и внедрение иных методов к снижению распространения женского курения. К примеру, в качестве мотива курения, женщины чаще называют «контроль веса тела» и « особую привлекательность для мужчин». В качестве причины отказа от курения женщины называют: беременность, эстетические соображения (неприятный запах), финансовую составляющую. Для мужчин основной причиной отказа от курения остается физическое состояние, риск ранней смерти. У мужчин есть пример в лице кого-то из друзей, коллег пагубного воздействия курения. У женщин, в виду низкоинтенсивного курения и малого стажа курения, таких примеров нет. Отсюда и разница в восприятии возможных последствий курения. Как мужчины, так и женщины, имеющие высшее образование курят меньше. Среди курящих мужчин преобладают люди со средними доходами, тогда как среди курящих женщин преобладают люди с более высокими доходами. Исследования гендерных различий в курительном поведении, чрезвычайно значимы для организации профилактических работ. Программы по ограничению распространения курения и т.д. окажутся более эффективными, если будут принимать во внимание гендерные различия в факторах, которые влияют на то или иное поведение.

159.
УСЛОВИЯ УСПЕШНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Автор: Габитова Д.М., Ахмадуллина Г.Х.

Организация: Башкирский Государственный медицинский университет

1. Время. Консультанту и пациенту необходимо иметь достаточно времени для установления хорошего контакта и взаимопонимания. Необходимо помнить, что даже ограниченное время, проведенное эффективно, дает нужные результаты по установлению нужного комплаенса. Американские психологи считают, что контакт между врачом и пациентом устанавливается в первые четыре минуты общения, после чего они либо принимают друг друга, либо отвергают.

2.Доброжелательность. Обратившийся за консультацией пациент должен чувствовать и понимать, что консультант настроен по отношению к нему доброжелательно, внимательно, с желанием и умением помочь при отказе от курения.

3. Доступность изложения информации. Любая информация, которую сообщает консультант, должна быть последовательна, логична, доступна пониманию и изложена понятным языком.

4. Доступность консультации. Все консультации по оказанию помощи курящим должны быть доступны. Люди, нуждающиеся в консультации, должны знать, что они всегда могут попросить о встрече или связаться с медицинским работником.

5. Продуктивное слушание. Для достижения успеха в консультации и лечении важно владеть навыками эффективного ведения беседы с пациентами.

6.Конфиденциальность. Для проведения успешной консультации необходимо, чтобы пациент доверял консультанту. Медицинский работник должен заранее обговорить вопрос конфиденциальности. Вся медицинская документация должна храниться в месте недоступном для посторонних. Пациент имеет право знать в каком виде может быть использована полученная от него информация.

Нужно помнить, что не только медицинский работник знакомится с пациентом, но и сам врач является объектом пристального изучения со стороны пациента. Поверхностный опрос, пренебрежение, фамильярность, торопливость, незаинтересованность – все это снижает авторитет консультанта, и, в итоге, приводит к разочарованию пациента в хорошем исходе лечения.

160. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. РЕЗУЛЬТАТЫ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Автор: Жукова О.В.

Организация: Нижегородская государственная медицинская академия

Цель исследования: определение количественной связи между курением у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и развитием у них обострением на основании концепции рисков.

Материалы и методы исследования: Материалами для исследования служили данные историй болезни пациентов, госпитализированных с обострением ХОБЛ (166 пациентов). Количество обострений составило 2 и более в течение года. Пациенты были разделены на две группы: курящие (N=110) и некурящие (N=56). Концепция определения рисков строилась на определении абсолютного риска в экспонируемой и неэкспонируемой группах, атрибутивного риска, относительного риска, популяционного атрибутивного риска, а также на определении стандартных ошибок для каждого вида риска и доверительного интервала.

Результаты: Рассмотрены методические аспекты определения количественной связи между курением у пациентов с ХОБЛ и развитием обострений заболевания (2 и > раз /год) на основании статистической концепции факторов рисков. Проведенный на основе концепции факторов риска анализ показал прямую зависимость влияния курения на течение усугубление течения ХОБЛ. В группе курящих пациентов с ХОБЛ частота обострений составляет 71,8%, в группе некурящих пациентов – 32,1%, фактор риска увеличивает вероятность возникновения события на 39,7%.

Курение ведет к увеличению частоты обострений ХОБЛ в 2,2 раза. Индекс потенциального вреда составил 2,5.

161.
ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Автор: Пятин В. Ф., Мокина Н. А., Мокин Е. Д.

Организация: ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: Провести сравнительную физиологическую оценку состояния здоровья легких у курящих и некурящих молодых людей, для уточнения ранних предикторов влияния табакокурения на здоровье легких.

Материал и методы: В данном когортном исследовании, участвовали молодые люди в возрасте от 15 до 21 года (15,97 ± 0,12). Они были разделены на две группы: 32 чел.– некурящие и 31 чел.– курящие. Были проанализировали следующие параметры: демографические показатели, спирометрия (FEV1, FVC, PEF, MEF25–75, расчетный показатель «возраст легких»), акустический анализ дыхательных шумов (электронный стетоскоп; акустический цифровой паттерн), выдыхаемые газы (COex, FeNOx), парциальное периферическое напряжение O2, CAT – анкета для раннего выявления ХОБЛ. Также были применены, для курильщиков, вопросники: Fagerstrem-тест, тест на число выкуренных сигарет в день, тест на количество лет курения, тест на индекс курильщика, тест на мотивацию к отказу и к продолжению курения. Математический анализ – IBM SPSS Statistics 21.0.

Результаты: Показатели спирометрии, в среднем, были выше у некурящих, при этом расчетный показатель «возраст легких» превышал физиологический возраст в группе курильщиков; хотя показатели во всех группах находились у пределах нормы, у курильщиков также отмечалась несколько худшая периферическая оксигенация ($p > 0,05$). Более выраженная амплитуда респираторного шума также была выявлена у курильщиков, а CAT-тест у курильщиков выявил ранние клинические признаки ХОБЛ: кашель, мокрота, одышка ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, были выявлены ранние предикторы влияния табакокурения на здоровье молодых людей, что свидетельствует о необходимости скорейшего начала профилактических программ отказа от курения в данной когорте.

ТУБЕРКУЛЕЗ

162.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Автор: Цыбикова Э.Б. – 1, Зубова Н.А. – 2, Мидоренко Д.А. – 3

Организация: 1 – ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва,
2 – ГКУЗ «Республиканский противотуберкулезный диспансер», Республика Мордовия, г. Саранск,
3 – ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», г. Тверь

Цель: повышение эффективности раннего выявления туберкулеза среди населения, проживающего вблизи очагов хронической туберкулезной инфекции, в субъектах России с низким уровнем заболеваемости туберкулезом.

Материалы и методы: сведения о 198 впервые выявленных пациентах с туберкулезом органов дыхания (ТОД) и 34 пациентах с хроническим туберкулезом легких, полученные из отчетных форм Росстата № 8 и № 33 и отчетных форм Приказа № 50 МЗ РФ за 2014–2015 гг. Использован статистический и картографический анализ на основе гео-информационных систем (ГИС).

Результаты: для анализа пространственного распределения очагов туберкулезной инфекции на карте г. Саранска были определены места фактического проживания 34 пациентов с хроническим туберкулезом легких, которые были обозначены нами как эпидемические очаги туберкулезной инфекции или точечные объекты. После этого на карту были нанесены места фактического проживания пациентов с туберкулезом органов дыхания с МБТ+ и МБТ-, впервые выявленных в 2014 и 2015 гг. Сравнение мест постоянного проживания пациентов с хроническим туберкулезом легких и впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания на протяжении 2-х лет показало, что места проживания последних располагались непосредственно вокруг хронических очагов инфекции, включая их буферные зоны.

Использование картографического метода на основе ГИС показало, что риск заболевания туберкулезом среди населения, проживающего вблизи хронических очагов инфекции, находился в зависимости от того, на каком расстоянии от очага находилось место их постоянного проживания. В зависимости от степени риска вокруг эпидемических очагов были построены буферные зоны в виде 5 концентрических слоев, ширина каждого из которых составляла 100 метров. Наиболее близко к очагу инфекции (1-й слой) обычно располагались места жительства впервые выявленных пациентов с МБТ+, находившихся в тесном и длительном контакте с источником туберкулезной инфекции. Во 2–3 слоях буферной зоны располагались места жительства взрослых пациентов с МБТ-, поскольку для них

риск заболевания туберкулезом с МБТ+ снижался в связи с переходом от тесных контактов к случайным. Как показало наше исследование, соотношение частоты тесных и случайных контактов составляло 1:9. Однако для тех лиц, которые заболевали туберкулезом в результате случайного контакта с источником инфекции, но при этом длительное время не обращались за медицинской помощью, риск развития у них туберкулеза с МБТ+ по-прежнему оставался высоким. Кроме того, во 2–3 слоях буферной зоны риск заболевания туберкулезом был высоким для пациентов с ВИЧ-инфекцией и для детей. В 4-м слое взрослые пациенты, впервые заболевшие туберкулезом, выявлялись значительно реже, поскольку для них риск резко снижался в результате перехода от случайных к редким случайным контактам. Однако, риск все еще оставался достаточно высоким для детей и высоким для пациентов с ВИЧ-инфекцией. В 5-м слое риск заболевания туберкулезом оставался высоким для пациентов с ВИЧ-инфекцией, реагирующим на малейшее присутствие туберкулезной инфекции в воздухе. По данным ГИС вблизи границ буферных зон обычно располагались места жительства детей и пациентов с ВИЧ-инфекцией, впервые заболевших туберкулезом, в то время как другие группы пациентов здесь практически не встречались.

Использование картографического метода на основе ГИС позволило определить не только характер застройки, но и расположение жилых домов по отношению друг к другу (вдоль улицы или с образованием дворов), а также по отношению к домам, относящимся к общественной застройке. Учитывая данные факторы, на карте г. Саранска в 2015 г. вокруг мест проживания пациентов с туберкулезом легких с МБТ+, как с хроническим туберкулезом легких, так и впервые выявленных, в пределах буферных зон, в интерактивном режиме, меняя фокус, были определены – вид жилых домов, их этажность и расположение по отношению к другим строениям, что в дальнейшем позволило рассчитать численность населения, нуждающегося в проведении флюорографии, в связи с высоким риском заболевания туберкулезом из-за наличия случайного контакта с источниками туберкулезной инфекции. Кроме того, была определена локализация учебных организаций, в которых были выявлены дети, впервые заболевшие туберкулезом, для проведения профилактических мероприятий. Если общая численность взрослого населения, проживающая на территории вышеуказанных эпидемических очагов, включая их буферные зоны, составляла около – 118850 чел., то нуждалось в обязательном проведении флюорографии – 11952 человек или 10% из числа проживающих.

163.
ЭКСПРЕССИЯ ВЕДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕЛЕЦИИ ГЕНА MMP-1

Автор: Тарасова Л.Г.

Организация: ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» МЗ РФ

Цель исследования: изучить влияние делеции гена MMP-1 на формирование, экспрессию, динамику клинических синдромов и эффективность терапии у больных туберкулезом легких.

Материалы: Наблюдались 73 больных туберкулезом легких, получавших лечение в стационаре ГБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер» г. Астрахани. В зависимости от генотипа MMP1 были сформированы 3 группы: 1-я – с G1/G1–15 человек (20,5%), 2-я – с G2/G1–27 человек (50,7%) и 3-я – с G2/G2–21 человек (28,8%).

Результаты исследования: в процессе терапии исчезновение симптомов интоксикации и бронхо-легочных расстройств у пациентов 1-й и 2-й групп наступало ранее, чем в 3-ей ($\chi2=11,5$, $p=0,02$). Рассасывание инфильтрации в легочной ткани также начиналось раньше в 1-й и 2-й группах, чем в 3-ей ($\chi2=9,2$, $p<0,05$). Выделение МБТ быстрее прекратилось у пациентов 1-й группы. Через 4 месяца от начала лечения МБТ не определялись ни одним методом у 94,6% больных 2-й и у 90,4% – 3-ей группы ($\chi2=9,9$ $p=0,07$). Закрытие полостей распада через 2 месяца терапии наблюдалось в 70% случаев у пациентов 1-й группы, в 53,6% случаев – 2-й и в 15,6% случаев – 3-ей. У 47,4% пациентов с G2/G2 деструктивные изменения сохранялись более 4 месяцев лечения ($\chi2=10,3$, $p=0,03$).

Заключение: у пациентов с генотипом G2/G2 имеется тенденция к затяжному течению туберкулеза. Именно у данной категории больных достоверно больше по срокам сохраняются симптомы интоксикации и бронхо-легочных нарушений, медленно рассасывается инфильтрация легочной ткани и закрываются полости распада, чем у больных с генотипом G1/G1 и G2/G1 MMP1. Исследование полиморфизма гена MMP1 можно использовать в качестве прогностического критерия клинического течения туберкулеза, коррекции терапии и обоснования назначения медикаментов, влияющих на обмен коллагена.

164.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРЕПАРАТА БЕДАКВИЛИНА У ДЕТЕЙ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Автор: Кривошеева Ж.И. – 1, Скрягина Е.М. – 2, Астровко А.П. – 2, Бабченок И.В-.2, Нерадько В.О. – 1, Трегубова К.В. – 1

Организация: ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск, Беларусь

Цель: провести сравнительный анализ эффективности и переносимости стандартной химиотерапии (ХТ) и терапии с использованием новых противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) при лечении туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя (ШЛУ-ТБ) у детей школьного возраста.

Материалы и методы: проанализировано 15 историй болезни пациентов с ШЛУ-ТБ, получавших стандартную терапию, и 15 пациентов, которым по решению Республиканского консилиума назначена новая схема лечения с использованием бедаквилина (Bdq). Оценивалась эффективность и переносимость ХТ через 3 и 6 месяцев от начала лечения.

Результаты: эффективность двух режимов ХТ по основным показателям сопоставима: сроки прекращения бактериовыделения в обеих группах составили 1 месяц, сроки закрытия полостей в группе с использованием новых ПТЛС – 5 месяцев, в группе стандартной ХТ – 6 месяцев ($p>0,05$).

Важно отметить, что у 6 детей из семейного «очага смерти» от ШЛУ-ТБ с отрицательной рентгенологической динамикой на стандартной ХТ после смены режима ХТ на новые ПТЛС был получен положительный клинический эффект. На стандартной ХТ побочные эффекты в различной степени выраженности наблюдались в 100% случаев, у 4 человек (26,7%) ХТ прерывали. Из 15 пациентов на схеме с Bdq побочные эффекты наблюдались достоверно реже – в 53,3% случаев ($\chi2=9,1$; $p<0,01$), носили умеренный характер и не требовали отмены ПТЛС. В структуре побочных реакций преобладали аллергические, гепатотоксические, 1 случай удлинения интервала QT.

Выводы: эффективность обеих схем лечения сопоставима. Дети с ШЛУ-ТБ лучше переносят новую схему ХТ с бедаквилином в сравнении со стандартной. Использование новых ПТЛС позволило сократить сроки закрытия полостей в легких и уменьшить количество лекарственных препаратов для коррекции побочных реакций ПТЛС.

165.
ОСНОВНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Автор: Кривошеева Ж.И. – 1, Авчинко В.П. – 2, Кривонос П.С. – 1, Морозкина Н.С. – 2

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Республика Беларусь.

Цель: оценка динамики клинико-эпидемиологических показателей детского туберкулеза (ТБ) в республике до и после отмены массовой туберкулинодиагностики и внедрения в практику аллергена туберкулезного рекомбинантного (диаскинтеста) и квантиферонового теста.

Материалы: проанализированы клинико-лабораторные характеристики ТБ у 168 детей до 14 лет, выявленных в период массовой туберкулинодиагностики (2007–2011) и после ее отмены и переходе к иммунодиагностике ТБ с использованием пробы Манту и диаскинтеста в группах риска (2012–2016). Статобработка проводилась с использованием программы «Epi Info7».

Результаты: заболеваемость ТБ детей остается стабильной, невысокой с тенденцией к снижению (2012–2016: 2,9–2,2–3,0–3,2–1,9 на 100000). В структуре клинических форм преобладал туберкулез органов дыхания (ТОД), который составил в 1-м периоде 70,0%, во 2-м – 74,1% ($p>0,05$). Бактериовыделение установлено у 27,3% детей 1-го периода и 27,9% – 2-го периода ($p>0,05$). Активно выявлялись 49,1% пациентов в 1-м периоде и 58,6% – во втором. Доля малых, неосложненных форм выросла с 45,5% до 62,1% ($p<0,05$). С 2014 года, с началом широкого применения аллергена туберкулезного рекомбинантного, достоверно улучшилась структура клинических форм ТОД: доля малых форм ТБ легких возросла с 8,3% в 2013 г. до 17,2% – в 2014 г. и 25–30,0% – в 2015–2016гг ($p<0,01$).

Выводы: отмена в 2012 году массовой туберкулинодиагностики не привела к ухудшению показателей заболеваемости и структуры клинических форм ТБ у детей. Внедрение в практику новых иммунологических тестов позволило выявлять ТБ на стадии малых и ограниченных форм, улучшить результаты лечения. Получен значительный экономический эффект (1 млн.у.е.) в связи с сокращением в 4 раза количества туберкулиновых проб (с 1,5–1,7 млн. до 400–450000 тысяч в год).

166.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИАСКИНТЕСТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Автор: Мановицкая Н.В., Мисюн В.Р., Шилец Ю.Г.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Минск

Цель: изучение результатов диаскинтеста (ДТ) у взрослых с подозрением на туберкулез.

Материалы и методы: Материалом явились истории болезни пациентов, поступивших в стационар с подозрением на туберкулез органов дыхания или плевры в период с 2014 г. по 2016 г., всем пациентам перед поступлением проводился ДТ. Всего в исследование включены 97 пациентов (56 мужчин, 41 женщина; медиана возраста 43 года [21 год; 64 года], от 19 до 88 лет; наличие ВИЧ у 5 пациентов). Критерии включения: диагноз туберкулеза устанавливался на основании положительных результатов бактериологического исследования мокроты на наличие МБТ или по результатам морфологического и микробиологического исследования послеоперационного материала; диагноз нетуберкулезного заболевания подтверждался результатами морфологического и микробиологического исследования послеоперационного материала.

Результаты и их обсуждение: Из 97 обследованных пациентов у 80 были установлен туберкулез, у 17 – нетуберкулезные заболевания. Из пациентов с туберкулезом: у 21 пациента ДТ был отрицательный (1 пациент с ВИЧ), у 20 – положительный нормергический, у 39 – положительный гиперергический. У всех пациентов с нетуберкулезными заболеваниями ДТ был отрицательный. Истинный отрицательный ДТ был у 17 пациентов, ложный отрицательный – у 21 пациента. Специфичность теста – 100%, чувствительность – 73,7%. Прогностическая ценность положительного результата – 100%, прогностическая ценность отрицательного результата – 44,7%. Отсутствовали значимые различия при сравнении частоты ложного отрицательного и положительного гиперергического ДТ у пациентов в зависимости от возраста и формы туберкулеза.

Выводы: ДТ является высокоспецифичным у взрослых с подозрением на туберкулез, не выявлено зависимости результатов ДТ от возраста пациента и формы процесса.

167.
СОСТАВ И АКТИВНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ГРАНУЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ КОЖНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АЛЛЕРГЕНУ ТУБЕРКУЛЕЗНОМУ РЕКОМБИНАНТНОМУ

Автор: Тюлькова Т.Е., Бердников Р.Б., Пилькевич Д.Н.

Организация: ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России

Цель: сравнить состав и активность гранулем у пациентов с различной кожной чувствительностью к аллергену туберкулезному рекомбинантному (АТР)

Методы: В исследование включены пациенты без ВИЧ. В основной группе (n=8) тест с АТР был отрицательным, а в контрольной группе (n=33) размер папулы составил 17±2 мм. Реактивность в основной группе характеризовалась как анергия, а в контрольной – гиперергия. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Кожные тесты с АТР проводились перед оперативным вмешательством. У большинства исследу-

емых в группах определялась лекарственная устойчивость возбудителя (в 87,5% и 60,6% случаев, соответственно, p=0,562). Среднее количество доз, принятое пациентами, в исследуемых группах не имело отличий 326,8±130,9 и 551,0±322,0доз (95% ДИ –461,67;11,67). Гистоморфологическое и бактериологическое исследование гранулем проводилось из операционной ткани легкого.

Результаты и обсуждение: Высев МБТ из операционного материала отмечался в единичных случаях в обеих группах (p=0,209), ДНК МБТ – в 75% и 69,7% случаев (p=1.0). В обеих группах гранулемы состояли преимущественно из казеозного некроза (87,5 и 84,8%, p=1,0) и клеток Лангханса (37,5% и 48,5%, p=1.0). Реже обнаруживали вал из специфических клеток (25% и 45,4%, p=0,7). Поражение бронхов и распад тканей описывали одинаково часто (по 37,5% и 39,4%, p=1,0). Несмотря на продолжительное лечение до проведения операции, активность туберкулезного воспаления по гистопризнакам определялась у 87,5% и 84,8% пациентов (p=0,1). Заключение. У пациентов с различной кожной чувствительностью к АТР состав и активность туберкулезных гранулем не имели отличий.

168.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Автор: Байрамов Р.И., Исмаилзаде Дж.М., Гамзаева Р.И., Ирзаева А.Е., Нагиева У.Б.

Организация: Кафедра Фтизиатрии Азербайджанского Медицинского Университета, г. Баку

Целью исследования: явилось изучение особенности лекарственной устойчивости у больных ранее получавших противотуберкулёзное лечение и у больных с активизацией туберкулезного процесса после неудачного лечения.

Материалы и методы: в последние годы в связи с активизацией туберкулезного процесса после неудачного лечения (в 2012 году 165 больных, 2013–628, 2014–451, 2015–555) у больных туберкулезом легких были изучены частота встречаемости и структура устойчивости к противотуберкулезным препаратам (GeneXpert, культуральные методы исследования)

Результаты: было выявлено, что частота встречаемости лекарственной резистентности у больных с новой активизацией туберкулезного процесса после неудачного лечения намного выше, чему больных, ранее получавших противотуберкулёзное лечение. Так, если в 2012 году лекарственная устойчивость у больных с новой активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения составило 78,8%, то в 2013,2014,2015 годах –76%,72,7% и 84,7% соответственно.

Заключение: Таким образом, на основании анализа структуры лекарственной устойчивости больных с новой активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения было выявлено, что частота встречаемости MDR форм среди них остается высоким и в последние годы продолжает расти. Так, если 2012 году частота встречаемости MDR форм среди больных с новой активизацией туберкулезного процесса в легких после неудачного лечения составило 57,7% от общего числа больных с лекарственной устойчивостью, то этот же показатель в 2015 году вырос и составил 72,1%.

169.
ЗАВИСИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Исмаилзаде Дж.М.

Организация: Кафедра Фтизиатрии Азербайджанского Медицинского Университета, г. Баку

Целью исследования: явилось изучение зависимости функциональных изменений от объема патологического процесса в легких у больных хроническим деструктивным туберкулезом легких (ХДТЛ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: в исследование были включены пациенты с ХДТЛ (n=128), которым было выполнено функциональное исследование внешнего дыхания (спирометрия, бодиплетизмография, исследование диффузионной способности легких) и компьютерная томография (КТ) грудной клетки.

Результаты: у пациентов с ХДТЛ и ХОБЛ (n=35) чаще встречались распространенные специфические изменения (>3 сегментов), чем у пациентов без ХОБЛ (n=93) (83 и 44%; $p<0,05$), больше суммарные объемы фокусов и распада ($p<0,05$), чаще выявлялись эмфизематозные изменения (61 и 30%; $p<0,05$). У пациентов с ХДТЛ и ХОБЛ преобладал смешанный (26%) и наиболее тяжелый панлобулярный (17%) тип эмфиземы. У пациентов без ХОБЛ чаще встречался центрилобулярный вариант (13%), панлобулярный визуализирован в единичных случаях (2%). Выявлена зависимость параметров вентиляции и легочного газообмена от объемных характеристик специфических изменений.

Заключение: Таким образом, увеличение объема эмфизематозных изменений оказывало негативное влияние на проходимость дыхательных путей у всех групп пациентов, а у больных с ХОБЛ вызывало увеличение гиперинфляции легких и ухудшение легочного газообмена. И так, сочетание туберкулеза легких и ХОБЛ встречается достоверно больший объем специфического поражения и деструкции.

170.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Автор: Байрамов Р.И.

Организация: Кафедра Фтизиатрии Азербайджанского Медицинского Университета, г. Баку

Целью исследования: явилось изучение частоты встречаемости среди впервые выявленных больных туберкулезом легких с лекарственной резистентностью.

Материалы и методы: в последние годы среди впервые выявленных больных (в 2012 году 269 больных, 2013–512, 2014–346, 2015–452) туберкулезом легких были изучены частота встречаемости и структура устойчивости к противотуберкулезным препаратам (GenXpert, культуральные методы исследования)

Результаты: исследования показали, что в последние годы отмечается относительная стабильность и незначительное уменьшение численности больных туберкулезом

легких. Но, несмотря на это с каждым годом продолжается рост лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам среди впервые выявленных больных туберкулезом легких. Так, если в 2012 году туберкулез легких с MDR составил 32% среди впервые выявленных больных туберкулезом легких с лекарственной резистентностью, то соответственно в 2013–35,5%, в 2014–41%, а в 2015–41%. Также, выявление XDR среди впервые выявленных больных туберкулезом легких если 2012 году составил 0,4%, то 2015 году увеличился и составил 2,9% от общего числа больных с лекарственной устойчивостью.

Заключение: Таким образом, на основании анализа структуры лекарственной устойчивости больных среди впервые выявленных больных туберкулезом легких было выявлено, что частота встречаемости MDRиXDR форм среди них остается высоким и в последние годы продолжает расти.

Данная работа выполнена при финансовой поддержке Фонда Развития Науки при Президенте Азербайджанской Республики – Грант № EIF-KETPL-2–2015–1(25)-56/40/3

171.
ТУБЕРКУЛЕЗ, ВЫЗВАННЫЙ МИКОБАКТЕРИЯМИ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Автор: Тарасова Л.Г. – 1, Сайфулин М.Х. – 2, Попова Н.А. – 2, Аверенкова Н.С. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 2 – ГБУЗ Областной клинический противотуберкулезный диспансер, Астрахань, Россия

Цель: оценить ситуацию по заболеваемости и распространенности туберкулеза в Астраханской области за 2011–2016 гг.

Материалы: Формы стат.отчетности Ф № 33 «Сведения о больном туберкулезом» и Ф № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» по Астраханской области (АО) за 2011–2016 гг.

Результаты: число впервые выявленных больных активными формами туберкулеза в АО в 2011–2016 годах составляло 761–833–799–808–828–791 человек, а показатель распространенности заболевания несколько сократился (2660–2598–2444–2404–2366–2337 человек). Бактериовыделение у первичных больных выявлено методом посева в 2011–2016 гг. в 16% –71,7%- 82,9%– 96,4%– 100%– 100%. МЛУ имела тенденцию к возрастанию как у впервые выявленных лиц (15,8%- 22,6%- 26,3%- 30,5%- 26,6% –21,9%), так и у всего наблюдаемого контингента, обследованного на ЛУ МБТ (36,9%-42%- 44,7%- 52,9% –48,7%– 45,9%) Ранние рецидивы были у 1,4% –1,7% – 1,7% – 2,4%,– 2,1% –2,6% лиц. МЛУ МБТ у них выявлялась значительно чаще (40,7%-50%-50%-46,2%-39,1%-61,5%). Несколько возросло и стабилизировалось число лиц с поздними рецидивами (3,7% – 5,4% – 6,6% – 11,8% – 7,8% – 7,7%), число больных, выделяющих МБТ с МЛУ, составило 28,2%, 29,2%, 34,9%, 22,6%, 31,7% и 35,9%. В результате лечения бактериовыделение прекращалось в 2011–2026 гг. у 44,5% – 41,4% – 54,2% – 49,3% – 50,3% – 52,3% пациентов, в том числе МБТ МЛУ (23,3% – 27,1% – 29,5%, 26,1%, 36,9%, 39,6%). Отмечавшееся в 2014–2015 гг. увеличение числа лиц, умерших от туберкулеза с МЛУ, в 2016 г. не только стабилизировалось, но и снизилось (18,4%- 14,5% – 10,5%-14,9% – 13,9%- 8,9%).

Выводы: постепенное улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в АО происходит за счет повышения эффективности его терапии, поэтому необходимо усилить также его профилактику среди населения.

172.
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО ТЕСТАМ МОРИСКИ – ГРИНА И ШКАЛЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА

Автор: Хомова Н.А., Ташпулатова Ф.К

Организация: Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра фтизиатрии

Цель: изучить, эффективность применения тестов по изучению комплаенса у пациентов туберкулезом легких.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе РСНПМЦ ФиП МЗРУ. В качестве сравнительных методик исследования были выбраны Тест Мориски – Грина и Шкала Медикаментозного Комплаенса (ШМК).

Результаты: протестировано 50 пациентов, из которых 54% были мужчины и 46% – женщины, в возрасте от 24 до 58 лет. По семейному статусу: 64% больных состояли в официальном браке, 28% – холостых, 4% – состояли в гражданском браке, 4% – в разводе. Высшее образование имели 24% больных, 8% – неоконченное высшее, 38% – среднее, 30% – средне – специальное. 48% больных были трудоустроены, и столько же было безработных, 4% – пенсионеров. Хорошие жилищно-бытовые условия имели 64% больных, отличные – 24% больных, удовлетворительные – 12% больных.

Сравнительное анкетирование показало что, по Тесту Мориски – Грина нонкомплаенсность была выявлена у 56% больных, 44% больных вошли в группу риска по комплаенсу. Однако, при тестировании этих же больных по ШМК мы получили обратную картину: 78% больных показали высокий уровень комплаенса 22% – средний уровень комплаенса и низкий уровень комплаенса не был выявлен ни у одного пациента.

Выводы: В результате тестирования по тестам Мориски – Грина и ШМК были получены дискордантные результаты, возможной причиной которых стали недопонимание сути некоторых вопросов, и также желание произвести благоприятное впечатление на лечащего врача. В связи, с чем Тест Мориски – Грина более приемлем в изучении комплаенса больных туберкулезом.

173.
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ САНАТОРИЙ «ЧЕМАЛ» – НОВЫЕ ЗАДАЧИ В КОНТРОЛЕ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Автор: Федченко Л.И. – 1, Ханин А.Л. – 2

Организация: 1 – ФГБУ Туберкулезный санаторий «Чемал», МЗ РФ,
2 – НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РГМАНПО, МЗ РФ

Санаторий, расположен в одном из красивейших и уникальных по климатическим характеристикам месте Республике Алтай – является единственным Федеральным учреждением данного типа на территории СФО и ДФО. Это горно- климатический санаторий, основными лечебными факторами которого являются: низкогорье, обеспечивающее адаптацию к гипоксии, насыщенный фитонцидами воздух соснового бора и алтайских лугов, а также дозированная инсоляция: потенциал (ККТП) составляет 34 балла. За последние годы произошла системная реорганизация структуры и функций санатория, он превратился в современный, хорошо оснащенный лечебно-диагностический центр, где наряду

с применением современных схем контролируемой АБТ используется большой арсенал физиотерапевтических и курортных факторов: лазеротерапия; небулайзерные ингаляции с современными бронхолитическими препаратами; фитотерапия и ароматерапия; спелеотерапия и другие методы. Большое внимание уделяется общеукрепляющей физической культуре: утренняя гимнастика, занятия на открытом воздухе: летом терренкуры и скандинавская ходьба, а зимой лыжные прогулки под контролем медицинских сестер и инструктора ЛФК. За 2014–2016 гг. пролечено 5224 человека, причем 39.5% пациенты с активным ТБ, в том числе с ЛУ (МЛУ и ШЛУ ТБ) на фазе продолжения ХТ, основной формой туберкулеза был инфильтративный ТБ. В рамках договора с НИИТ пациенты через два месяца после операции направляются на долечивание и реабилитацию в санаторий (9.3%) среди все больных. Большое значение имеет профилактическая направленность в работе санатория, лечение и восстановление резистентности у пациентов с излеченным ТБ (38.5%), контактных по ТБ (21,9%), медицинские работники фтизиатрической службы составляют 14.7% от общего числа пролеченных в санатории. Общая эффективность составляет – 97.7%.

174.
РЕАКТАНТЫ ОСТРОЙ ФАЗЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Автор: Абдуллаев Р.Ю. – 1., Комиссарова О.Г. – 1, 2, Герасимов Л.Н. – 1, 3.

Организация: 1 – ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва,
2 – Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, г. Москва,
3 – Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина

Цель исследования: провести сравнительный анализ реактантов острой фазы (РОФ) у больных туберкулезом органов дыхания, сочетанного с ВИЧ-инфекцией и без него.

Материалы и методы исследования: Обследовано 200 больных туберкулезом, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (основная группа). Группу сравнения составили 131 ВИЧ – отрицательных больных туберкулезом. Определяли содержанию в сыворотке крови С-реактивного белка (СРБ), α1-антитрисина (α1-АТ), гаптоглобина (ГГ) и фибриногена (Ф). Уровень всех РОФ определяли иммунотурбидиметрическим методом. Контрольную группу для определения колебания нормальных величин α1- АТ и ГГ составили 49 здоровых добровольцев.

Результаты исследования: Было установлено, что уровни всех РОФ повысились в обеих группах пациентов, но частота этих изменений в сравниваемых группах была разная. Уровень СРБ, классического показателя системного воспаления был повышен у подавляющего большинства пациентов в обеих группах (в 81,8% случаях при сочетании ТБ и ВИЧ-инфекции и в 79,4% случаев при ТБ без ВИЧ). В отличие от СРБ, уровень α1-АТ, который является универсальным ингибитором всех сериновых протеиназ, достоверно чаще были повышен у больных ТБ сочетанным с ВИЧ- инфекцией (соответственно 90,9% и 67,2%; $p<0,01$). Уровень ГГ вырос с одинаковой частотой в обеих группах пациентов. Повышение содержания Ф не было характерным для больных ВИЧ- инфекцией и наблюдалось лишь у 18,1% пациентов. У больных без ВИЧ-инфекции рост Ф наблюдался у 61,8% ($p<0,01$) пациентов.

Выводы: Повышение содержания РОФ свидетельствовало о наличии СВО у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Наиболее информативными РОФ для больных туберкулезом сочетанным с ВИЧ-инфекцией оказались содержание СРБ и α1-АТ.

175.
ТУБЕРКУЛЕЗ, СОЧЕТАННЫЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИИ В 2016 ГОДУ

Автор: Цыбикова Э.Б.

Организация: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Цель: изучение эпидемиологии туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в России в 2016 году.

Материалы и методы: сведения из отчетной формы Росстата № 61 за 2007–2016 гг. Данные Росстата о численности населения России за 2007–2016 гг.

Результаты: в России в 2007–2015 годах наблюдалось ежегодное возрастание заболеваемости туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ТБ+ВИЧ), которая в 2015 г. достигла 11,0 на 100 тыс. населения, при этом суммарные темпы роста, начиная с 2007 г., составляли 162%. Однако, в 2016 г. значения данного показателя снизились и составляли 7,3 на 100 тыс. населения, что было обусловлено исключением кода МКБ-10 Z-21 при регистрации впервые выявленных больных ТБ+ВИЧ (МКБ-10 B20.0, B20.7, B22.7).

В России в центрах СПИДа в 2016 г. было зарегистрировано 10730 больных ТБ+ВИЧ, среди которых 80,5% составляли лица из молодых возрастных групп населения (25–44 года). Структура впервые выявленных больных ТБ+ВИЧ состояла из 6242 пациентов (58% от их общего числа), у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция только с проявлениями туберкулеза (МКБ-10 B20.0), а также 4488 пациентов (42% от их общего числа), у которых наблюдалось тяжелое течение болезни, поскольку у 3111 из них ВИЧ-инфекция сопровождалась проявлениями не только туберкулеза, но и других инфекций (МКБ-10 B20.7), а у 1377 пациентов – проявлениями других болезней (МКБ-10 B22.7).

Среди впервые выявленных больных ТБ+ВИЧ доля пациентов с бактериовыделением (МБТ+), определяемым любыми методами, была высокой и составляла 53,3% от их общего числа. Среди них 2/3 составляли пациенты с МБТ+, определяемым простой микроскопией мокроты, что указывало на наличие у них распространенных форм туберкулеза легких.

У 1860 впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ была диагностирована МЛУ-ТБ, что составляло 32,6% от общего числа пациентов с МБТ+ и 320 пациентов с ШЛУ-ТБ (5,6%), что создавало высокий риск развития смертельных исходов.

Было обследовано на иммунный статус 9834 впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ, среди которых 72% пациентов имели уровень CD4 менее 350 клеток/мкл, что свидетельствовало о позднем выявлении ВИЧ-инфекции и ее тяжелом течении.

Доля впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ, у которых был диагностирован гепатит составляла 46,3%, в том числе гепатит В – у 4,1% и гепатит С – у 42,2%.

Число впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ, умерших в 2016 г., было равно 2642 чел., что составляло 24,6% от их общего числа, то есть в течение первого года наблюдения умер каждый 4-й пациент ТБ+ВИЧ.

Выводы: Среди 10730 впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ в России в 2016 г. преобладали лица в возрасте 25–44 года, доля которых составляла 80,5% от их общего

числа. При этом доля больных ТБ+ВИЧ, у которых наблюдалось тяжелое течение болезни, протекающее на фоне других инфекций и сопутствующих заболеваний, была высокой и составляла – 42% от их общего числа. У половины впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ была диагностирована МБТ+, среди которых 32,6% составляли пациенты с МЛУ-ТБ, а 5,6% – с ШЛУ-ТБ. Среди впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ 72% пациентов имели уровень CD4 менее 350 клеток/мл, что свидетельствовало о позднем выявлении и тяжелом течении ВИЧ-инфекции. Среди впервые выявленных пациентов ТБ+ВИЧ в 2016 г. умер каждый 4-й пациент и среди них 78,3% были пациенты в возрасте 25–44 года.

176.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХОБЛ У БОЛЬНЫХ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Автор: Корниенко С.В., Здобникова С.Н., Червинская Н.Е.

Организация: КУЗ ВО «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер имени Н.С. Похвисневой», город Воронеж

Цель исследования: Распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди взрослого населения планеты встречается в 6–20%, в РФ – 15,3%. ХОБЛ и туберкулез легких являются взаимоотягощающими нозологиями. Проводилось изучение частоты встречаемости ХОБЛ у больных с активным туберкулезом легких, впервые выявленным в 2016–2017 гг.

Материалы и методы: Проведена спирометрия у 133 пациентов активным туберкулезом легких в возрасте от 19 до 78 лет. Оценивались: проба Тиффно, ОФВ1, ФЖЕЛ, бронходилатационный тест с 400 мкг сальбутамола, проводимого при снижении пробы Тиффно менее 70%. Учитывались пациенты с разными клиническими формами туберкулеза, фазами течения процесса, выделяемости микобактерий туберкулеза (МБТ), чувствительных и резистентных к противотуберкулезным препаратам, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). В группу не включались пациенты с тяжелой сопутствующей патологией.

В группу вошли 44 (33%) женщины, 89 (67%) мужчин, некурящих – 30 (22,5%) человек. В возрасте от 18 до 35 лет – 52 (39%) чел., 36–60 лет – 68 (51,12%), старше 61 года – 13 (9,8%). Выделение микобактерий отмечалось у 79 (59,4%) человек, распад легочной ткани – у 68 (51,1%). Инфильтративный туберкулез легких установлен у 115 (86,4%) чел., диссеминированный туберкулез легких у 7 (5,3%), очаговый туберкулез – 4 (3%), казеозная пневмония – 5 (3,7%), фиброзно-кавернозный туберкулез – 1 (0,7%).

Результаты: Из 133 человек ХОБЛ выявлен у 6, что составило 4,5%. 1 пациент в возрасте 34 лет, 3 человека от 43 до 54 лет, и 2 больных старше 70 лет. ХОБЛ 2 степени у 4 человек, по 1 пациенту с ХОБЛ 3 и 4 степени. Единственным повреждающим фактором у пациентов было курение более 20 пачка-лет.

У курящих более 20 пачка-лет пациентов старше 36 лет, не имеющих ХОБЛ тест Тиффно составлял от 82,6% до 88,4%; ОФВ1 – от 75,6% до 87,5%.

Заключение: Не отмечено в группе больных с впервые выявленным активным туберкулезом легких увеличения распространенности ХОБЛ в сравнении с общей популяцией. Отмечаются нормальные показатели функции внешнего дыхания среди курящих пациентов старше 36 лет.

177.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Поздеева Н.В., Теплова Н.Н.

Организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: оценить чувствительность и специфичность внутрикожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) у больных с патологией органов дыхания.

Материалы и методы: проведен статистический анализ медицинской документации у 298 больных Кировского областного противотуберкулезного диспансера. 1-ю группу составили больные с активным туберкулезом – 216 человек, 2-ю группу – 82 больных с нетуберкулезными заболеваниями органов дыхания (ХОБЛ, пневмония, саркоидоз, новообразования и др.). Всем больным в рамках обследования проведена постановка внутрикожной пробы с АРТ.

Результаты: Положительные пробы на АТР регистрировались у 78,2% больных 1-й группы и в 32,9%. случаев у больных 2-й группы. Тогда, как отрицательные реакции на АРТ в 3 раза чаще наблюдались у лиц с нетуберкулезными заболеваниями, по-сравнению с больными активным туберкулезом: 64,6% и 20,4% соответственно. Гиперергическая чувствительность к АРТ наблюдалась у 68,6% лиц 1-й группы и 48,2% обследованных 2-й группы. Средний размер инфильтрата у больных 1-й группы наблюдения составил 16,5 мм, в группе сравнения- 14,5 мм. При анализе результатов пробы в разных возрастных категориях у респондентов 1-й группы, выявлена наибольшая чувствительность метода у детей и подростков: 88,9% и 100% соответственно, с тенденцией к угасанию в течение жизни, только у 60% лиц старше 75 лет регистрировались положительные пробы.

Выводы: положительные реакции на пробу с АТР не могут однозначно свидетельствовать в пользу туберкулезного поражения органов дыхания. Метод высоко чувствителен и специфичен преимущественно в детско-подростковой практике.

178.
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Автор: Бородкина С.П. – 1, Горбатых Е.В. – 1, Мордык Д.И. – 1, Багишева Н.В. – 2, Иванова О.Г. – 2

Организация: 1 – Главное бюро МСЭ по Омской области, Омск, Россия, 2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: оценить изменение показателя инвалидности среди больных туберкулезом (ТБ) в Омской области за 3-х летний период.

Материал и методы: Проведен анализ показателя инвалидности за период с 2013 по 2015 гг. Исследование простое, ретроспективное. Для анализа использованы материалы отчетов по клинико-экспертной работе ГБ МСЭ по Омской области.

Результаты исследования: Всего в 2013 г. впервые признано инвалидами по патологии органов дыхания в Омской области 382 человека, в 2014 г.– 545 и в 2015 г.– 435. Доля ТБ всех локализаций среди всех впервые освидетельствованных была

51,8% в 2013 г., 34,1% в 2014 г., 48,7% в 2015 г. ТБ органов дыхания стал причиной стойкой утраты трудоспособности у 49,2% в 2013 г., у 32,3% в 2014 г., и у 42,3% в 2015 г. У признанных инвалидами повторно, в 2013 г. ТБ был непосредственной причиной инвалидности в 50,6% случаев, в 2014 г.– в 43,9%, и в 2015 г.– в 54,4%; ТБ органов дыхания, соответственно – в 48,2%, 41,1%, 50,8% случаев. При анализе динамики первичной инвалидности по ТБ у взрослых отмечено снижение первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста от 97,9% в 2013 г. до 77,4% в 2015 г. (в целом, на 20,5%). Среди повторно признанных инвалидами больных ТБ прослеживается аналогичная тенденция – к 2015 г. число лиц с повторно установленной стойкой нетрудоспособностью в возрасте 18–54 лет (у женщин) и 18–59 лет (у мужчин) уменьшилось на 36,5%, от 93,7% в 2013 г. до 57,2% – в 2015 г., преимущественно, за счет пациентов в легочными формами ТБ.

Заключение: Увеличение количества больных пенсионного возраста, признанных инвалидами вследствие ТБ требует усиления контроля за своевременным обследованием на ТБ данной категории больных.

179.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ВИЧ

Автор: Ташпулатова Ф.К., Жалолов А.А

Организация: Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель: изучить некоторые медико- социальные факторы у больных туберкулезом легких (ТЛ) сочетанной с ВИЧ инфекцией.

Материал и методы: Проанализированы факторы медико- социального характера у 403 больных ТЛ+ВИЧ пролеченных в областном противотуберкулезном диспансере Ташкентской области с 2013 по 2016 гг.

Результаты: Среди больных мужчины составили 71,2%, женщин- 28,8%. Преобладали лица в возрасте от 21 до 39 лет (59%) и жители села (73,4%).

Большинство (72%) больных не работали. Инвалиды составили 9,2%, пенсионеры –4,7%. Среди вредных привычек преобладало курение- 82%, употребление алкоголя и наркотиков установлено у 59% и 69% соответственно. 52,3% пациентов имели низкие семейные доходы. У 77% больных установлено незаконченное среднее образование.

ТЛ выявлен при профилактическом осмотре у 34,7%, при обращаемости у 59% и при обследовании в центрах СПИД у 23% больных. В основном у больных отмечены 3 стадия ВИЧ (22%) и 4 стадия ВИЧ инфекции (40,4%).

Первоначальный диагноз ВИЧ был установлен у 61%, одновременно ТЛ+ВИЧ у 13% первоначально ТЛ у 26% больных. У 69,7% больных были установлены наличие сопутствующих заболеваний.

Среди клинических форм туберкулеза преобладали больные с диссеминированным туберкулезом легких (44,5%), инфильтративный туберкулез составил 25%.

Выводы: Больные с ТЛ+ВИЧ это в основном мужчины в возрасте от 21 до 39 лет, не работающие, имеющие вредные привычки, с большой частотой сопутствующей патологии, с преобладанием диссеминированного туберкулеза в легких.

180.
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Автор: Бабаева И.Ю., Чумаченко Г.В.

Организация: ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Тула, ГУЗ «Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1», Россия

Длительное наблюдение за больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, позволяет выявить особенности течения заболеваемости инфильтративным туберкулезом легких больных ВИЧ-инфекцией и влиять на прогноз заболеваний.

Цель: Охарактеризовать заболеваемость инфильтративным туберкулезом легких больных ВИЧ-инфекцией в Тульской области, по результатам многолетнего наблюдения.

Материалы и методы: Проанализированы результаты многолетнего динамического наблюдения за 680 больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, которые были выявлены в Тульской области с 1998 по 2012 гг., в том числе с инфильтративным туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией 171 больной, что составляет 25,15% от всех случаев сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ.

Результаты исследования: 76,76% были жителями городов, 73,5% были мужчины, отмечается постепенное увеличение удельного веса женщин с 20,0% до 34,6%. Возрастной промежуток 21–40 лет: 83,38% и 85,96% соответственно. 71,32% не имели постоянной работы, 40,9% человек были ранее в местах лишения свободы. По первичности установления диагноза ВИЧ-инфекции или туберкулеза больные были распределены следующим образом: группа ВИЧ/ТБ – 60,74%, группа ВИЧ=ТБ – 32,06%, группа ТБ/ВИЧ – 7,21%. 92,35% в момент выявления туберкулеза имели поздние стадии ВИЧ-инфекции:

Выводы: Таким образом, в большинстве случаев у больных имело место присоединение туберкулеза на фоне иммунодефицита, вызванного прогрессирующим течением ВИЧ-инфекции. У лиц в возрасте до 50 лет туберкулез чаще выявляли на фоне уже известной ВИЧ-инфекции (группа ВИЧ/ТБ), у лиц старше 50 лет в большинстве случаев оба заболевания выявляли одновременно.

181.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Автор: Ващилов С.В., Гриневич А.Ф., Кривонос П.С.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет

С 2007 года эффективно реализуются мероприятия в рамках Программы ООН «Поддержка Государственной Программы «Туберкулёз» в Республике Беларусь». Проект предназначен для содействия Государственной Программе «Туберкулёз», в нём отдельно выделены противотуберкулёзные мероприятия в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС): « Поддержка противотуберкулёзных мероприятий в учреждениях пенитенциарной системы Республики Беларусь».

В результате комплекса мероприятий стабилизировалась эпидситуация по туберкулезу в учреждениях УИС. Так в 1999 году отмечена самая высокая заболеваемость

туберкулезом спецконтингента – 1658,0 на 100 тысяч. В 2016 году заболеваемость туберкулезом в учреждениях УИС составила уже 133,9, соответственно снизилась в 12 раз.

Эффективность лечения осужденных, с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулёзом, составляет 85,0%. Эффективность лечения осужденных с МЛУ-ТБ – 62,2%. Невысокий процент успеха в лечении пациентов (МЛУ/ШЛУ-ТБ) через 24 месяца объясняется отрывами от лечения, которые происходят после освобождения осужденных из мест лишения свободы. В последние годы приняты нормативные документы, которые позволили укрепить взаимодействие между пенитенциарным сектором и учреждениями здравоохранения. Порядок передачи осужденных, больных активным туберкулезом, в учреждения здравоохранения регламентируется приказом Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.04.2013 года № 174/558

182. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННЫМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ (ОФКТ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Аскалонова О.Ю.–2, Левин А.В., Цеймах Е.А. – 1, Зимонин П.Е. – 2.

Организация: ГБОУ ВПО «АГМУ» Минздрава России- 1, г. Барнаул, КГБУЗ «АКПТД» – 2, г. Барнаул, Россия.

Цель: Оценить эффективность комплексного лечения больных (ОФКТЛ) с учётом давности заболевания

Методы исследования: Обследовано 97 пациентов с ОФКТЛ. В основной группе (ОГ) наблюдались 42 больных, в группе сравнения (ГС) – 55 пациентов. Обе группы были сопоставимы. Выбор режима химиотерапии в группах основывался на результатах определения лекарственной устойчивости возбудителя. В ОГ дополнительно применялся метод клапанной бронхоблокации (КББ). Длительность заболевания от 2 до 4 лет в ОГ наблюдалась у 26 (61,9%) больных, в ГС – у 37 (67,3%); от 5 до 7 лет – у 9 (21,4%) и у 11 (20,0%) пациентов в ОГ и ГС соответственно; от 8 до 10 лет от начала заболевания в 7 случаях: в ОГ (16,7%) и ГС (12,7%). Результаты лечения оценивали через 12 месяцев (в ОГ после удаления эндобронхиального клапана).

Результаты: Положительная рентгенологическая динамика достигнута у 42 (100%) пациентов в ОГ при длительности заболевания от 2 до 10 лет и в 40 (72,7%) случаях – в ГС ($p<0,05$). По длительности заболевания в ГС данные распределились следующим образом: 2–4 года – 31 (56,4%) больной; 5–7 лет – 6 (10,9%) и 8–10 лет – 3 (5,4%) больных. Прекращение бактериовыделения установлено в ОГ у 40 (95,2%) больных и у 32 (58,2%) в ГС ($p<0,05$). Причем у 35 (83,3%) пациентов в ОГ прекращение бактериовыделения было при длительности заболевания от 2 до 7 лет, а в период от 8 до 10 лет – у 5(11,9%). В ГС при длительности заболевания от 2 до 4 лет прекращение бактериовыделения было у 22 (40,0%) больных; от 5 до 7 лет – у 7 (12,7%); от 8 до 10 лет – у 3 (5,5%) больных.

Вывод: эффективность лечения у больных выше среди пациентов, у которых диагноз ОФКТЛ установлен в сроки от 2 до 4 лет. Применение метода КББ в среднем в 2 раза повышает эффективность лечения у данной категории пациентов.

183.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Автор: Антонова Н.П., Кодь Р.Т., Горбоконь Е.Ю.

Организация: УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Цель: определить современные аспекты проблемы коморбидных патологий – туберкулез и сахарный диабет (СД).

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезни пациентов ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», завершивших лечение в 2015 году, а также умерших пациентов в 2014–2015 годах.

Среди пациентов, завершивших лечение в 2015 г. распространенность СД составила 4%. Среди умерших в 2014–2015 годах наличие СД отмечено у 12,2% пациентов.

СД I и II встречался со сходной частотой – 44% и 47% соответственно, у 9% – специфический тип. Средний возраст пациентов с СД 1 типа составил 43 года, с СДII – 62,5 лет. Осложнения СД имели место у 2/3 пациентов. Состояние субкомпенсации и декомпенсации СД на момент госпитализации отмечено у 71,9% пациентов. Контакт с больным туберкулезом зафиксирован у 10% пациентов.

Жалобы респираторного характера имели место только у 41,9% пациентов, в тоже время, у 58,1% диагноз был подтвержден методом бактериоскопии, из них только у 77,8% отмечались лабораторные признаки воспаления, а у 22,2% показатели соответствовали норме.

Заключение: Туберкулез у лиц с СД имеет сглаженную клиническую картину, редко отслеживаются контакты с больным туберкулезом, поэтому ведущее значение в своевременном выявлении специфического процесса принадлежит профилактическим осмотрам. При госпитализации в стационар лиц с СД I старше 40 лет и с СД II старше 60 лет, имеющих осложнения и длительно отсутствие контроля над СД, необходимо строго контролировать наличие профилактических осмотров для предотвращения случаев внутрибольничного инфицирования M.tuberculosis других пациентов. Значимые различия распространенности СД среди излеченных пациентов (4%.) и среди умерших (12,2%) свидетельствует о необходимости совершенствования комплексных схем лечения коморбидных патологий

184.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Автор: Дейкина О.Н. – 1, Мишин В.Ю. – 1, 2, Григорьев Ю.Г. – 1,
Завражнов С.П. – 1, 2, Захаров А.С. – 1, 2, Каторгин Н.А. – 3

Организация: ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. Г.А. Захарьина» Департамента здравоохранения г. Москвы – 1, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 2, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России – 3

Цель: В сравнительном изучении диагностического и клинического значения внутрикожной пробы Манту (ВПМ) с 2 ТЕ ППД-Л и с Диаскинтестом® у больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) в возрасте 60–75 лет.

Материалы и методы: У145 ВИЧ-отрицательных больных ТОД с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) у 88 (у 60,7%) пациентов, с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) в 24,7% случаев (у 18), и наличием каверн в легких у 46,2% больных (у 67). Всем пациентам ставилась ВПМ: на правом предплечье с 0,1 мл 2 ТЕ ППД-Л и на левом – с 0,1 мл ДТ® и проводилось комплексное клинико-рентгенологическое и микробиологическое исследовании мокроты методом микроскопии и посева мокроты на питательные среды.

Результаты: У 145 больных ТОД иммунологическая кожная реакция гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на 2 ТЕ ППД-Л были только положительной у 89% и гиперергической у 11%, а на ДТ® – отрицательной у 32,4%, сомнительной у 6,9% положительной у 53,1% и гиперергической – у 7,6%. У 88 пациентов с выделением МБТ и у 57 – без выделением МБТ кожная реакция ГЗТ также была только положительными (88,6% и 87,7) гиперергической (11,4% и 8,2%). В тоже время у этих же больных, как с выделением, так и без выделения МБТ, у 34,1% и 29,8% кожная реакция ГЗТ на ДТ® была отрицательная, у 5,6% и 8,8% – сомнительная, у 52,3% и 54,4% – положительная и у 8% и 7% – гиперергической.

Заключение: У больных ТОД пожилого и старческого возраста кожные реакции ГЗТ на 2 ТЕ ППД-Л всегда положительные и гиперергические, что свидетельствует об адекватном иммунологическом ответе при размножении МБТ в больном организме. В то же время у 1/3 больных кожная реакция ГЗТ на ДТ® была отрицательная, что не может адекватно отражать иммунный ответ при наличии МБТ у больных пожилого и старческого возраста.

185.
МЕТА-АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ВНУТРИКОЖНЫХ ПРОБ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Мишин В.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Цель: Мета-анализ отечественных и зарубежных публикаций по диагностическому и клиническому значению внутрикожной пробы (ВПМ) Манту с 2 ТЕ ППЛ-Л и с Диаскинтестом® (ДТ®) у ВИЧ-отрицательных взрослых больных туберкулезом легких (ТОД).

Материалы и методы: Проведен мета-анализ 5 публикаций в отечественных и 2 – в зарубежных научных журналах за 2011–2016 гг. где приводятся материалы сравнительного изучения иммунологических кожных реакций гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на ВПМ с 2 ТЕ ППЛ-Л (за рубежом с 5 ТЕ PPD-S) и с ДТ® (с C-Tb – Датского аналога отечественного ДТ® у больных ТОД в возрасте 18–86 лет..

Результаты: Мета-анализ доказал, что у ВИЧ-отрицательных больных ТОД положительные кожные реакции ГЗТ на 2 ТЕ ППД-Л и на 5 ТЕ PPD-S диагностируются в 92,7–100% случаев, тогда как положительные кожные реакции ГЗТ на ДТ® и с C-Tb – только в 57,3–76% (Васильева Н.В. и др., 2011; Pankratova L. et al., 2013; Стогова Н.А. и др., 2014; Щукина В.Б. и др., 2016; Мишин В.Ю. и др., 2016; Hoff S. et al., 2015; Soren T. et al., 2015;). При этом у больных ТОД с выделением МБТ число положительных кожных реакций ГЗТ на ДТ® и на C-Tb составляло только

60–74,1%, в то время как положительные кожные реакции ГЗТ на 2 ППД-Л и на 5 ТЕ PPD-S были установлены в 100% случаев.

Заключение: Мета-анализ 7 отечественных и зарубежных публикаций убедительно доказал, что у 100% взрослых больных ТОД положительная ГЗТ на ВПМ с туберкулином (2 ТЕ ППД-Л и 5 ТЕ PPD-S) адекватно отражает ответную кожную ГЗТ, свидетельствующую о наличии в организме микобактерий туберкулеза. При этом у 24–42,7% больных была отрицательная кожная ГЗТ с ДТ® и с C-Tb, что свидетельствует о неадекватной ответной кожной ГЗТ и ни как не диагностирует наличие микобактерий туберкулеза в организме больного ТОД.

186.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У ВЗРОСЛЫХ

Автор: Мишин В.Ю. – 1, Григорьев Ю.Г. – 1, Завражнов С.П. – 1, Аксенова К.И. – 1, Дейкина О.Н. – 1, Морозов И.А. – 1, Мишина А.В. – 1, Захаров А.С. – 1, Петров Д.Д. – 1, Каторгин Н.А. – 2

Организация: ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 1, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России – 2

Цель: Сравнительное изучение диагностического и клинического значения внутрикожной пробы Манту (ВПМ) с 2 ТЕ ППД-Л и с Диаскинтестом® (ДТ®) в сочетании с флюорографией органов грудной клетки у взрослых в возрасте 18–60 лет.

Материалы и методы: У 592 ВИЧ-отрицательных здоровых взрослых медицинских работников ставилась ВПМ: на правом предплечье с 0,1 мл 2 ТЕ ППД-Л и на левом – с 0,1 мл ДТ®, одновременно всем проводилась флюорографию органов грудной клетки.

Результаты: У 98 взрослых в возрасте 18–25 лет отрицательная иммунологическая кожная реакция гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л была диагностирована в 32,6% случаев, в возрасте 26–34 – в 1% и в возрасте 35–65 – в 0%, а с ДТ®, соответственно: в 53,1%, в 25,7% и в 20,6%. При флюорографии органов грудной клетки из 592 взрослых у 7 (у 1,2%) был выявлен туберкулез легких, подтвержденный комплексным клинико-рентгенологическим и микробиологическим обследованием. У 7 больных кожная реакции ГЗТ с 2 ТЕ ППД-Л была положительной, а с ДТ® положительные были у 4 и отрицательными – у 3.

В тоже время у 99% взрослых кожная реакция ГЗТ (сомнительная, положительная и гиперергическая) на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л в возрасте более 26 лет, свидетельствует об их инфицированности МБТ.

Заключение: ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л и с Диаскинтестом®, без рентгенологического исследования органов грудной клетки, не является методом своевременного выявления туберкулеза у взрослых и должны обязательно сочетаться с флюорографией органов грудной клетки. У взрослых в возрасте 18–25 лет при отрицательной кожной ГЗТ на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л (23,6%), особенно у медицинских работников, являющейся профессиональной группой высокого риска по заболеванию, целесообразно рекомендовать ревакцинации вакциной БЦЖ, с учетом их профессионального контакта с больными.

187.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У ВЗРОСЛЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Автор: Автор: Мишин В.Ю. – 1, 2, Завражнов С.П. – 1, 2, Григорьев Ю.Г. – 2, Мишина А.В. – 2, Захаров А.С. – 1, 2, Петров Д.Д. – 1, 2, Каторгин Н.А. – 3

Организация: Организация: ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. Г.А. Захарьина» Департамента здравоохранения г. Москвы – 1,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 2,
ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России – 3

Цель: Сравнительное изучение диагностического и клинического значения внутрикожной пробы Манту (ВПМ) с 2 ТЕ ППД-Л и с Диаскинтестом® (ДТ®) у взрослых с остаточными туберкулезными изменениями (ОТИ) органов дыхания (ОД) в возрасте 18–65 лет.

Материалы и методы: У 52 ВИЧ-отрицательных взрослых с ОТИ, сформировавшихся при клиническом излечении туберкулеза ОД, ставилась ВПМ: на правом предплечье с 0,1 мл 2 ТЕ ППД-Л и на левом – с 0,1 мл ДТ®, одновременно всем проводилось комплексное клинико-рентгенологическое исследование, которое установило отсутствие активного туберкулезного процесса органов дыхания и выделение микобактерий туберкулеза (МБТ)

Результаты: У 52 пациентов с ОТИ ОД иммунологическая кожная реакция гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на 2 ТЕ ППД-Л была только положительной у 92,2% и гиперергической у 5,8%, а на ДТ® – отрицательной у 23,1%, сомнительной у 13,5% положительной у 61,5% и гиперергической – у 1,9%.

Заключение: Положительная кожная реакция ГЗТ на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л у взрослых с ОТИ ОД обосновывается ранее проведенными фундаментальными исследованиями (Земскова З.С., Дорожкова И.Р., 1984; Дорожкова И.Р., 2014), что при клиническом излечении МБТ в ОТИ трансформируются в L-формы и фильтрующиеся формы, которые поддерживают состояния ГЗТ и выявляются положительными кожными реакциями ГЗТ на 2 ТЕ ППД-Л, в котором содержится более 16 белков, являющихся антигенами МБТ человеческого и бычьего типа. Наличие у более 1/5 части взрослых с ОТИ отрицательной кожной реакцией ГЗТ с ДТ® можно объяснить, что рекомбинантные белки CFP10-ESAT6, входящие в ДТ®, по-видимому, могут отсутствовать в измененных L-формах и фильтрующиеся формах МБТ, что требует дальнейших молекулярно-генетических и иммунологических исследований типичных и измененных форм МБТ.

188.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕДАКВИЛИНА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Автор: Автор: Мишин В.Ю. – 1, 2, Собкин А.Л. – 1, Морозов И.А. – 1, 2, Захаров А.С. – 1, 2, Петров Д.Д. – 1, 2

Организация: ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина» Департамента здравоохранения г. Москвы – 1, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 2

Цель: Изучить эффективность и переносимость бедаквилина (Bq) в режиме химиотерапии (ХТ) у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких (ВВБ ДТЛ) с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) с высоким уровнем множественной лекарственной устойчивости (МЛУ).

Материалы и методы: Под наблюдением на стационарном лечении находилось 50 ВИЧ-отрицательных ВВБ ДТЛ в возрасте 20–60 лет и с МЛУ МБТ в 26% случаев. Пациенты рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу вошли 25 больных, получавших противотуберкулезные препараты (ПТП) в режиме ХТ: Bq, пиразинамид (Z), этамбутол (E), амикацин (Am) и левофлоксацин (Levfl), во 2-ю – 25, получавших – изониазид (H), рифампицин (R), Z, E, Am, Levfl. Оценка эффективности лечения оценивалась через 4 мес. по показателю прекращения выделения МБТ методом микроскопии и посева мокроты на питательные среды и закрытия каверн в легких.

Результаты: Через 2 мес. у больных 1-й группы прекращение выделения МБТ установлено у всех 25 пациентов (100%) и закрытие каверн – у 15 (60%), а у больных 2-й, соответственно: у 19 (76%) и у 14 (56%) ($p<0,05$). Через 4 мес. закрытие каверн установлено также у всех 25 пациентов (100%), а у больных 2-й – прекращение выделения МБТ установлено у всех 25 пациентов (100%) и закрытие каверн – у 19 (76%). Нежелательные побочные эффекты в 1-й и 2-й группе выявлялись, соответственно: в 8% и 12% случаев ($p>00,5$).

Заключение: Использование режима ХТ Bq в сочетании с Z, E, Am, Levfl с для лечения ВВБ ДТЛ позволяет через 2 мес. в 100% случаев добиться прекращения выделения МБТ и через 4 мес.– закрытие каверн в легких, а – H и R с сочетании с этими же ПТП позволяет добиться прекращение выделения МБТ через 4 мес. в 100%, а закрытие каверн – только в 76%, что позволяет рекомендовать режим ХТ с Bq вместо H и R у ВВБ ДТЛ.

189.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННЫМИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Автор: Мишин В.Ю. – 1, 2, 3, Мишина А.В. – 2, 3, Собкин А.Л. – 1,
Рымонова И.В. – 1, Петров Д.Д. – 1, 2, Эргешов А.Э. – 3, Романов В.В. – 3

Организация: ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. Г.А. Захарьина» Департамента здравоохранения г. Москвы – 1,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 2,
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» г. Москва – 3

Цель: Изучение клинических проявлений и течения туберкулеза и микобактериоза легких (ТЛ и МБТЛ) сочетанными с 4Б и В стадией ВИЧ-инфекции и количества CD+ лимфоцитов 200–100 кл./мкл крови, с обнаружением микобактерий туберкулеза (МБТ) и нетуберкулезных микобактерий (НТМ) комплекса M. avium-intracellulare методом микроскопии и посева на питательные среда.

Материалы и методы: Под наблюдением ВИЧ-инфицированных 25 больных ТЛ и МБТЛ, где при рентгенологическом исследовании был диагностирован у 7 пациентов туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), у 5 – диссеминированный ТЛ и у 6 – инфильтративный.

Результаты: При компьютерной томографии картина была атипичной, что характеризовалось наличием типичных каверн при диссеминированном и инфильтративным ТЛ и очагами бронхогенного обсеменения. При этом при ТЛ и при ТВГЛУ по всем легким определялись ассиметрично расположенные мелкие очаги 2–3 мм в диаметре, средней и высокой интенсивности. Имеющие особенности гранулематозного процесса связанного с поражением НТМ. При этом лечение носило индивидуальный и комплексный характер с назначением лекарственных средств: феназид, рифабутин, пиразинамид, моксифлоксацин и кларитромицин, из которых рифабутин, моксифлоксацин и кларитромицин действуют также на нетуберкулезные микобактерии, и антиретровирусные препараты (АРВП). Через 6 мес. лечения практическим достигнуто рассасывание поражений и отсутствием НТМ при микроскопии и посеве мокроты. Положительная динамика ТЛ заключалась в отсутствии МБТ при микроскопии и посеве в мокроте и частичном уплотнении воспалительных изменений, что требовало дальнейшего лечения.

Заключение: Полученные предварительные результаты требуют дальнейших доказательных исследований ТЛ и МБТЛ, сочетанными с ВИЧ-инфекций.

190.
ПЯТИЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КОГОРТЫ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Автор: Мишина А.В. – 1, 2, Мишин В.Ю. – 2, 3, Левченко М.В. – 1, Эргешов А.Э. – 3

Организация: Филиал по ВАО и СВАО ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом» Департамента здравоохранения г. Москвы – 1,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 2,
ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза». – 3

Цель: Пятилетнее проспективное наблюдение когорты впервые выявленных больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: В 2011–16 гг. наблюдалась когорта из 178 больных туберкулезом, сочетанным с 4Б и 4В стадией ВИЧ-инфекцией, в возрасте 18–60 лет. Длительность ВИЧ-инфекции составляла 1–5 лет, 79,8% – употребляли наркотические вещества, 86,5% – не получали антиретровирусную терапию (АРВТ). Чаще был диссеминированный (28,8%) и инфильтративный (30,5%) туберкулез легких, в 41,6% сочетающийся с внелегочными поражениями, в 39,3% – с другими вторичными заболевания. Лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями.

Результаты: При трехлетнем наблюдении у 178 пациентов было в 9% случаев (у 16 больных) клиническое излечения, в 53,9% (у 96) – значительное улучшение, в 6,7% (у 9) – прогрессирование и в 30,3% (у 54) – летальный исход. Прогрессирование и летальный исход были связаны с отсутствием приверженности к лечению. При пятилетнем наблюдении когорта составляла 124 пациента (69,7%), из них в 78,2% случаев (у 97) было клиническое излечение, при приверженности к лечению и обязательным проведении противорецидивного лечения туберкулеза и АРВТ в течение всего периода наблюдения, что из когорты 178 больных составило 63,5% (113 пациентов). У 4,8% (у 6) пациентов был рецидив туберкулеза и в 16,9% (у 21) – летальный исход: у 3 – при прогрессировании туберкулеза и у 18 – при передозировке наркотических веществ.

Заключение: Пятилетнее когортное наблюдение доказало, что у 178 больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в 63,7% случаев удается добиться клинического излечения, но только при условии полной приверженности к лечению и длительного наблюдения с обязательным проведением противорецидивного лечения.

191.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Автор: Мишина А.В. – 1, 2, Мишин В.Ю. – 2, 3, Левченко М.В. – 1.

Организация: Филиал по ВАО и СВАО ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом» Департамента здравоохранения г. Москвы – 1,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – 2

Цель: Сравнительное изучение диагностического и клинического значения внутрикожной пробы Манту (ВКП) с 2 ТЕ ППД-Л и с Диаскинтестом® (ДТ®) у боль-

ных туберкулезом органов дыхания (ТОД), сочетанным с 4Б и 4В стадией ВИЧ-инфекцией, в возрасте 18–60 лет.

Материалы и методы: У 178 больных ТОД, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, ставилась ВПМ: на правом предплечье с 0,1 мл 2 ТЕ ППД-Л и на левом – с 0,1 мл ДТ®. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-рентгенологическое, микробиологическое и иммунологическое исследование.

Результаты: У 43 больных при количество CD4+ лимфоцитов 500–350 кл./мкл крови отрицательные иммунологическая кожная реакция гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л у 5% было отрицательной, у 7,4% – сомнительной, у 77,6% – положительной и у 10% – гиперергической, а с ДТ®, соответственно: у 37,9%, 0,1%, у 58,1% и у 3,9%. У 47 больных при количестве CD4+ лимфоцитов менее 350–100 кл./мкл крови кожные реакции ГЗТ на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л у 60,8% была отрицательной, у 20,7% – сомнительной, у 15,4% – положительной и у 3,1% – гиперергической, а на ДТ®, соответственно: у 63,1%, у 19,2%, у 13,8% и у 3,8%. У 88 больных при количестве CD4+ лимфоцитов менее 100 кл./мкл крови кожные реакции ГЗТ на ВПМ с 2 ТЕ ППД-Л была у 80,8% отрицательной, у 9,8%– сомнительной и у 9,4% – положительной, а на ДТ®, соответственно: у 82,3%, 5.4% и 12%.

Заключение: У больных ТОД, сочетанным с ВИЧ-инфекцией отрицательная ГЗТ на 2 ТЕ ППД-Л и ДТ® коррелирует со снижением количество CD4+ лимфоцитов крови, особенно если их количество снижается менее 100 кл./мкл. При этом ВПМ с 2 ТЕ ППД-И и с ДТ®, диагностического и клинического значения не имеет, и ориентироваться необходимо на иммунологическое исследование количества CD4+ лимфоцитов кл./мкл крови.

192.
ТУБЕРКУЛЕЗ У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Автор: Бородкина С.П. – 1, Горбатых Е.В. – 1, Мордык Д.И. – 1,
Багишева Н.В. – 2, Мордык А.В. – 2

Организация: 1 – Главное бюро МСЭ по Омской области, Омск, Россия,
2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: оценить риск развития туберкулеза (ТБ) у лиц с профессиональными заболеваниями легких.

Материал и методы: Проведено ретроспективное исследование по оценке риска развития ТБ среди лиц, ежегодно обращавшихся в ФКУ ГБ МСЭ по Омской области по поводу профессиональных заболеваний легких.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта 17–16–55012.

Результаты исследования: Всего в 2014 г. впервые признано инвалидами по профессиональной патологии легких 2 человека, в 2015 г. таковых не было, в 2016 г.– 1 человек. В 2014 г. инвалидность была установлена в одном случае по причине пылевого бронхита, бронхиальной астмы (БА), в другом случае – хронического обструктивного токсико-пылевого бронхита, в 2016 г.– пневмокониоз от воздействия пыли. Повторно освидетельствованных и признанных инвалидами по профессиональной патологии легких в 2014 г.– 20, в 2015 г.– 20, в 2016 г – 8. Лиц, обратившихся для составления программы реабилитации пострадавшего в 2014 г.– 379, в 2015 г.– 367, в 2016 г.– 331. При расчете заболеваемости ТБ лиц, наблюдавших-

ся по поводу профессиональной патологии легких, она составила 302,1 случая на 100 тысяч соответствующего контингента, при заболеваемости на территории региона 84 случая на 100 тысяч. Среди повторно освидетельствованных в 2014 г.– 2 случая развития ТБ у лиц с профессиональными заболеваниями легких. Расчетная распространенность ТБ среди лиц с профессиональными заболеваниями легких – 1208,5 на 100 тыс. соответствующего контингента (на территории региона 164,4 на 100 тыс. населения).

Заключение: Профессиональная патология легких значительно увеличивает риск развития ТБ. Следует обратить внимание на использование ИГКС при лечении профессиональной ХОБЛ и БА, которые могут способствовать повышению этого риска.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

193. ЗНАЧЕНИЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ СПИРОМЕТРИИ

Автор: Попова Л.А., Чушкин М.И.

Организация: ФГБНУ «ЦНИИТ», г. Москва

Цель: Статистически обосновать необходимость соблюдения критериев стандартизации (КС) качества выполнения спирометрии «ATS/ERS, 2005»

Материал и методы: 98 пациентов с различными хроническими заболеваниями легких: 54 пациентам дважды выполнена спирометрия с соблюдением КС и при визуальном контроле качества (ВК), 44 пациентам выполнена спирометрия (с соблюдением КС) для оценки повторяемости результатов исследования. Оценивали функциональные показатели ФЖЕЛ, ОФВ1, ПСВ, МОС25, МОС50, МОС75, СОС25–75 и ОФВ1/ФЖЕЛ. Для оценки согласованности результатов измерений, выполненных с различной оценкой качества, использовали метод Блэнда-Алтмена.

Результаты: Средние величины ФЖЕЛ, полученные при соблюдении КС и ВК качества, составили 3,77±1,24 л и 3,34±1,14 л, с разницей 0,43±0,28 л, а средние величины ОФВ1 составили 2,40±1,04 л и 2,32±1,04 л с разницей 0,08±0,21 л; несмотря на то, что коэффициенты корреляции между двумя значениями для ФЖЕЛ и ОФВ1, полученными при соблюдении КС, очень высоки (r=0,97, r=0,99). Скоростные показатели МОС50, МОС75 и СОС25–75 при ВК достоверно выше на 0,21±0,51 л/с, 0,56±0,39 л/с и 0,48±0,46 л/с соответственно, чем при КС, что объясняется их автоматическим расчетом по кривой ПОФВ, исходя из заниженного значения ФЖЕЛ при ВК качества.

Вывод: Метод Блэнда-Алтмена показал, что использование критериев стандартизации выполнения спирометрии «ATS/ERS, 2005» обеспечивает получение значительно более высоких результатов измерения. Улучшение результата для ОФВ1 в среднем составляет 80 мл, а для ФЖЕЛ – 430 мл. Интерпретация спирографического исследования с ложно низкими значениями ФЖЕЛ может привести к гипердиагностике рестриктивных изменений и гиподиагностике обструктивной патологии.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

194. РОЛЬ ОТКРЫТОЙ БИОПСИИ ЛЕГКИХ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Автор: Рощев И.П. – 1, Шойхет Я.Н. – 1, Лиманов А.Е. – 2, Мордвинов С.А. – 2, Седов В.К. – 2, Капитулин С.Ю. – 1, Медведев А.А. – 1.

Организация: Федеральное государственное Бюджетное образовательное учреждение высшего образования Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России – 1,
КГБУЗ «Городская больница № 5», г. Барнаул – 2.

Диссеминированные заболеваний легких – гетерогенная группа заболеваний, объединенная рентгенологическим синдромом двустороннего диссеминированного поражения легких. Диагностические ошибки у этих больных достигают 75–80%. Адекватная терапия проводится с опозданием. В связи с этим эффективность лечения и прогноз ухудшаются. Все это заставляет искать пути к оптимизации диагностических методов исследования. В таких ситуациях целесообразно проводить открытую биопсию легкого путем мини-торакотомии или видеоторакоскопически. В данной работе анализируется опыт открытой биопсии легкого у 214 больных за 1980–2016 годы. Мужчин было 61 (28.5%), женщин – 153 (71,5%). Возраст больных варьировал от 14 до 72 лет. После гистологического исследования были установлены следующие нозологические формы: идиопатический фиброзирующий альвеолит – 48 (22,4%), саркоидоз Бека – 39 (18,2%), диссеминированный туберкулез легких – 51 (23,8%), неспецифический пневмофиброз – 34 (15,9%), бронхиолоальвеолярный рак – 13 (6,1%), карциноматоз легких – 10 (4,7%), силикоз – 3 (1,4%), инфильтративный туберкулез легких – 2 (0,9%), периферический рак легкого – 1 (0,5%), лимфоидная инфильтрация – 2 (0,9%), гранулематоз Вегенера – 4 (1,9%), гистиоцитоз X – 2 (0,9%), гистиоцитома-1 (0,5%), аденокарцинома легкого – 1 (0,5%), антракоз – 1 (0,5%), диссеминированный альвекококкоз легких-1 (0,5%), экзогенный аллергический альвеолит – 1 (0,5%). Таким образом, открытая биопсия лёгкого при диссеминированных процессах в лёгких позволяет быстро поставить морфологически верифицированный диагноз и начать адекватную терапию.

195.
РОЛЬ ОТКРЫТОЙ БИОПСИЯ ПЛЕВРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Автор: Рощев И.П. – 1, Шойхет Я.Н. – 1, Лиманов А.Е.–2, Мордвинов С.А. – 2, Седов В.К. – 2, Петри А.К. – 2, Киреев С.В.–2, Лапштаев В.А. – 2

Организация: Федеральное государственное Бюджетное образовательное учреждение высшего образования Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России – 1,
КГБУЗ «Городская больница № 5», г. Барнаул – 2.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики плевритов неясного генеза Известно более 50 этиологических факторов, ведущих к появлению плеврального выпота. В связи с этим важно своевременно установить морфологический диагноз. У больных, ранее лечившихся без эффекта на протяжении более 3 недель, проводили открытую биопсию плевры. У больных с коротким анамнезом проводили противовоспалительное лечение в течение 2 недель. При отсутствии эффекта выполнялась биопсия плевры. За 1980–2016 г.г. диагностика методом открытой биопсии плевры выполнена у 1350 больных. У 32 больных проводилась видеоподдержка. Возраст больных колебался от 19 до 76 лет. Правостороннее поражение было у 704(52,2%) больных, левостороннее – у 644(47,7%). Двустороннее поражение плевры было у 2(0,2%) больных. Обезболивание – внутривенный наркоз. Длительность вмешательства в среднем 10–15 минут. Гистологические диагнозы были следующие: туберкулезный плеврит (включая 2 туберкулезных перикардита) – 720 (53,3%), неспецифический плеврит – 463 (34,3%), мезотелиома плевры – 151 (11,2%), метастазы рака молочной железы – 7 (0,5%), опухоль легкого с прорастанием плевры – 2 (0,2%), посттравматический плеврит – 4 (0,3%), рабдомиосаркома диафрагмы – 1(0,1%), сифилитический плеврит – 1 (0,1%) метастазы рака шейки матки в плевру 1(0,1%). У всех больных после верификации диагноза проводилось соответствующее лечение. Больных с онкопатологией плевры направляли в Алтайский краевой онкологический диспансер для соответствующего лечения, больных с туберкулезным плевритом – в Краевой противотуберкулезный диспансер для этиологического лечения. Таким образом, инцизионная биопсия плевры позволяет быстро и достоверно установить истинную природу заболевания и начать адекватное лечение у соответствующих специалистов.

196.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ (ЭК) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ (ПБПС) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Автор: Левин А.В. – 1, Цеймах Е.А. – 1, Зимонин П.Е. – 2, Аскалонова О.Ю.– 2

Организация: ГБОУ ВПО «АГМУ» Минздрава России – 1, г. Барнаул, КГБУЗ «АКПТД» – 2, г. Барнаул, Россия

Цель исследования: Повышение эффективности комплексного лечения больных с ПБПС с применением ЭК.

Материалы и методы: У 143 пациентов (основная группа (ОГ)) с целью блокады бронха с ПБПС применены ЭК, а у 58 больных проводилась временная окклюзия бронха поролоновым обтуратором (группа сравнения (ГС)). Обе группы были сопоставимы.

Результаты исследования: На госпитальном этапе ликвидация ПБПС достигнута у 135(94,4%) больных в ОГ и у 40(69,1%) – в ГС (P<0,001). Длительность окклюзии в ОГ – 37,4±4,2 дней, максимальный срок – 47 дней, а в ГС – 10,3±7,4 (P<0,05) и 17 дней. У 8(5,6%) пациентов ОГ и у 18(31,0%) (P<0,001) в ГС ПБПС сохранялись – им выполнена экстраплевральная фрагментационная торакопластика. Средний койко-день в ОГ составил 59,2 ± 3,7, в ГС 136,3 ±3,2 (P<0,001). По данным отдаленных наблюдений за 132(92,3%) пациентом из ОГ и 44(75,9%) – из ГС в течение 3-х лет стойкое закрытие ПБПС и ликвидация остаточной полости сохранялась у 126(88,1%) пациентов в основной группе и у 27(46,5%) больных – в группе сравнения (P<0,02), хроническая эмпиема остаточной полости выявлена у 6(4,2%) больного ОГ и у 17(29,3%) ГС (P<0,001). Летальность в ГС – 1(1,7%) пациент, в ОГ летальных исходов не было. ВЫВОД: Применение ЭК в ОГ позволило увеличить сроки окклюзии бронха с ПБПС в 3,6 раза, сократить время лечения в 2,3 раза и уменьшить частоту формирования хронических эмпием в отдалённом периоде в 7 раз.

196.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЁГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ЛК) С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО КЛАПАНА (ЭК) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Автор: Левин А.В. – 1, Цеймах Е.А. – 1, Зимонин П.Е. – 2, Аскалонова О.Ю.–2

Организация: ГБОУ ВПО «АГМУ» Минздрава России –1, г. Барнаул, КГБУЗ «АКПТД» – 2, г. Барнаул, Россия.

Цель исследования: Повышение эффективности комплексного лечения ЛК.

Материалы и методы: У 135 больных (основная группа (ОГ)) в комплексном лечении ЛК использован ЭК, а 53 (группа сравнения (ГС)) – проводилась временная окклюзия бронха поролоновым обтуратором. Обе группы были сопоставимы. У всех больных был туберкулёз лёгких.

Результаты: Длительность окклюзии бронха в ОГ – 235,2±80,2 дней, максимальный срок – 515 дней, а в ГС – 9,3±6,4 (P<0,05) и 30 дней. После удаления блокатора рецидив ЛК был отмечен у 3(2,2%) пациента в ОГ и у 8(15,1%) – в ГС (P<0,02). В ОГ по экстренным и срочным показаниям выполнены 3(3,2%) операции, а в ГС – 16(30,2%) (P<0,001). Осложнения возникли у 25(18,5%) больных в ОГ и у 46(86,8%) пациентов в ГС (P<0,001). Обтурационный гнойный бронхит отмечался у 9(6,7%) пациентов в ОГ и у 34 (64,2%) – в ГС (P<0,001). Разрастания грануляционной ткани – у 12(8,9%) пациентов в ОГ и у 5(9,4%)– в ГС (P>0,05). Пролежни слизистой оболочки в месте контакта с обтуратором возникли у 4(7,5%) пациентов в ГС, обтуратор у которых находился в бронхе более 2 недель. В ОГ таких осложнений не было. Миграция блокатора отмечена у 5(3,7%) пациентов в ОГ и у 5(7,5%) – в ГС (P>0,05). В ОГ гемоаспирационная пневмония развилась у 5(3,7%) больных, а в ГС – у 17(32,0%) (P<0,001). Летальность в ОГ составила 5(3,7%), а в ГС – 16(30,2%) пациентов (P<0,001).

Заключение: Таким образом, ЭК является эффективным методом остановки ЛК у больных туберкулёзом лёгких.

197.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ (ФКТ) С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ (КББ) И ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ (ОПТП)

Автор: Левин А.В. – 1, Цеймах Е.А. – 1, Зимонин П.Е. – 2, Аскалонова О.Ю.–2

Организация: ГБОУ ВПО «АГМУ» Минздрава России- 1, г. Барнаул, КГБУЗ «АКПТД» – 2, г. Барнаул, Россия.

Актуальность: Оперативное лечение пациентов с ФКТ сопряжено с большим количеством послеоперационных осложнений и рецидивов.

Цель исследования: Повышение эффективности лечения больных с ФКТ путем применения ОПТП и КББ.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 164 больных с ФКТ. У 90 – был односторонний ФКТ, у 74 – двусторонний. Все больные получали противотуберкулёзные препараты с учётом ЛУ. Лёгочные кровотечения в анамнезе были 64пациентов. Всем больным была выполнена четырёхрёберная ОПТП по Бьёрку. У 127 были выполнены ОПТП в комбинациеи с КББ (основная группа (ОГ)), а у 37 – без КББ (группа сравнения (ГС)). Группы были сопоставимы. КББ проводили в течение 10 суток после оперативного вмешательства под местной анестезией.

Результаты: В течение 6 месяцев после ТП прекращение бактериовыделения отмечено у 118(92,9%) пациентов основной группы и у 9(24,3%) – в группе сравнения (P<0,001). Закрытие полостей деструкции под торакопластикой в течение 12 месяцев после операции наблюдалось у 73 (57,4%) пациентов в основной группе и у 6 (16,2%) – в группе сравнения (P<0,001).

Заключение: Применение ТП в комбинации с КББ у больных с ФКТ повышает эффективность ТП, позволяет добиться прекращение бактериовыделения в 3,8 раз чаще, а закрытие полостей деструкции в 3,5 раз чаще, чем в ГС.

198.
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ НА НОЖКЕ

Автор: Столяров С.И.

Организация: БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары

Доброкачественные новообразования легких обычно локализуются субплеврально или на различной глубине в толще легочной паренхимы. В доступной литературе имеются описания единичных наблюдений доброкачественных новообразований легких, находившихся в свободной плевральной полости, имевших связь с ним только посредством питающей ножки. Клиническая симптоматика при данных опухолях, как правило, отсутствует, и данное образование обнаруживается случайно при профилактическом рентгенологическом исследовании. По мере роста опухоли могут появиться одышка и боли в грудной клетке (Васильев Н.А, 1961). По данным литературы рентгенологическая картина их определяется исходной локализацией и длиной ножки. При расположении образования с длинной ножкой в свободной плевральной полости отмечается смещение тени при дыхании несинхронно движениям легкого и миграция ее при повторных осмотрах (Пилипчук Н.С. с соавт.,1974). Но, несмотря на описанные в литературе рентгенологические данные, диагноз опухоли легкого на ножке до операции устанавливается редко (Шевченко В.В., 1972). Обычно

предполагается междолевой плеврит, эхинококк, округлое образование легкого. Необходимость удаления доброкачественных новообразований на ножке необходима онкологической настороженностью, с возможностью их озлокачествления.

Цель исследования: Проанализировать результаты лечения пациентов с доброкачественными новообразования легких на ножке.

Материалы и методы: За период 1984 по 2016 гг. в хирургическом торакальном отделении БУ «РКБ» оперировано 4 пациента с доброкачественными новообразованиями легких на ножке. Женщин три, 1 мужчина. Возраст больных 28, 34, 35, 37 лет. Жалоб пациенты не представляли. Данные образования в легких были обнаружены случайно при профилактическом рентгенологическом исследовании. Правосторонняя локализация имелась у троих, левосторонняя у 1. Размеры опухолей от 10 до 15 см. У одного ножка была связана с С5, у троих с нижней долей. Всем пациентам была произведена атипичная краевая резекция легкого с удалением опухолевидного образования. При гистологическом исследовании у всех обнаружено: ножка опухоли образована соединительной тканью с развитой сетью сосудов, ткань опухоли представлена однородной соединительной тканью дольчатой структуры с выраженной капсулой. Патогистологическое заключение: фиброма. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Пациенты выписаны на 11 день после операции.

Заключение: Доброкачественные опухоли легких на ножке являются редкой патологией, клинически протекают бессимптомно и выявляются случайно при профилактическом рентгенологическом исследовании. Они являются показанием к оперативному лечению ввиду возможности их малигнизации. Объем оперативного вмешательства – атипичная краевая резекция легкого с удалением опухолевидного образования.

199.
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ

Автор: Столяров С.И.

Организация: БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары

Доброкачественные опухоли легких (ДОЛ), представляют собой обширную группу новообразований, различных по происхождению, относятся к числу редко встречающихся заболеваний, составляя от 7 до 10% всех опухолей данной локализации (Перельман М.И. с соавт., 1981). К ДОЛ относят несколько типов опухолей обусловленных их гистогенезом. Но, несмотря на различие гистологического строения, все ДОЛ характеризуются медленным ростом, отсутствием клиники заболевания в течение длительного времени, до возникновения осложнений, максимальным морфологическим сходством с тканями из которых они произошли, отсутствием или большой редкостью их озлокачествления.

Цель исследования: Проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с доброкачественными опухолями легких.

Материалы и методы: В хирургическом торакальном отделении БУ «РКБ» за период 1984 по 2016 гг. на стационарном лечении находились 64 пациента с доброкачественными опухолями легких.

Результаты: Возраст больных от 15 до 73 лет, средний возраст – 41,6±1,3 года. Мужчин было 31 (48,4%), женщин – 33 (51,6%). Правосторонняя локализация у 37 (57,8%), левосторонняя – у 27 (42,2%). Опухоли центрального расположения были

у 8 (12,5%), из них эндобронхиальной локализации – 5. У остальных 56 (87,5%) ДОЛ имели периферическую локализацию. У большинства пациентов опухолевидные образования были выявлены при профилактических медосмотрах и ничем клинически не проявлялись. Четверо отмечали периодическое повышение температуры тела, у пятерых периодически отмечалось кровохарканье, у троих выявлен ателектаз доли легкого с проявлениями обтурационного пульмонита. Все пациенты оперированы. Виды проведенных операций: нижняя лобэктомия слева с удалением язычковых сегментов и резекцией левого главного бронха с наложением межбронхиального анастомоза – 1; окончатая резекция правого главного бронха – 1; нижняя лобэктомия – 4; средняя лобэктомия – 1; атипичные резекции легкого – 29; энуклеация опухолей – 28. По результатам патогистологического исследования операционного материала: гамартома легкого – 50 (78%); фиброма – 5 (7,8%); папиллома бронха – 2 (3,1%); аденома бронха – 2 (3,1%); гистиоцитома легкого – 1 (1,6%); множественная ангиофиброма – 1 (1,6%); невринома – 1(1,6%); ангиолейомиома – 1 (1,6%); ангионеврома бронха – 1 (1,6%). Послеоперационных осложнений не наблюдалось, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. В среднем ими проведено 12,3±1,7 дня.

Заключение: Среди всех ДОЛ преобладали дизэмбриогенетические опухоли, на втором месте – мезодермальные, на третьем – эпителиальные. Все доброкачественные опухоли легких подлежат оперативному удалению. Раннее хирургическое лечение позволяет избежать вторичных необратимых изменений в легких, предупредить возможность малигнизации, осуществить удаление опухоли в максимально экономном варианте.

ХОБЛ

200.
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХОБЛ

Автор: Поздеева Э.Д., Габитова Д.М., Ильясова Т.М., Ахмадуллина Г.Х.

Организация: Башкирский Государственный медицинский университет

Основными клиническими показателями системного воспаления при ХОБЛ считаются дефицит массы тела, снижение толерантности к физической нагрузке вследствие дисфункции скелетной мускулатуры. B.R. Celli и соавт. (2004) предложили шкалу BODE, основанную не только на функциональных показателях (объем форсированного выдоха за одну секунду), но и на таких параметрах, как индекс массы тела, дистанция в тесте с 6-мин.ходьбой, одышка. Нами было предложено модифицировать существующую шкалу BODE добавлением дополнительных критериев, таких как индекс курения и возраст, т.к эти критерии могут иметь, по нашему мнению, большую роль в оценке тяжести состояния больных ХОБЛ. Пациентам проводились общеклиническое обследование (общий анализ крови, ЭКГ, определение индекса массы тела, определение индекса курильщика), исследование функции внешнего дыхания и др. Предлагаемые нами дополнительные критерии включения в существующую шкалу BODE, такие как стаж курения, индекс пачка-лет и возраст, на наш взгляд, имеют большое значение в развитии и обострении ХОБЛ и должны учитываться для проведения в дальнейшем более эффективных лечебных и реабилитационных мероприятий. Учитывая данные шкалы BODE можно решать вопрос более ранней диагностики ХОБЛ, осуществлять первичную и вторичную профилактику табакокурения, как одного из наиболее агрессивных факторов риска в развитии ХОБЛ.

201.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ БРОНХОЛИТИКОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХОБЛ

Автор: Косякова Н.И.

Организация: ФГБУЗ Больница Пущинского Научного Центра РАН, г. Пущино

Современные требования терапии ХОБЛ отдают предпочтение комбинированным бронхолитическим препаратам длительного действия.

Цель: провести сравнительный анализ эффективности вилантерол+умеклидиния бромида и олодатерол+тиотропия бромида у больных ХОБЛ в реальной клинической практике.

Материалы и методы: В течение 12 месяцев наблюдались 42 пациента

с верифицированным диагнозом ХОБЛ, групп C и D по GOLD-16, получающие Вилантерол+Умеклидиния бромида (п=20) – 1гр. и Олодатерол+Тиотропия бромида (п=22) – 2гр. По полу, возрасту пациенты в группах были сравнимы. Все пациенты имели сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ). Проводилось стандартное обследование.

Результаты: По показателям стабилизации ФВД, уменьшения выраженности симптомов, переносимости физических нагрузок, улучшения качества жизни, профилактике обострений отличий не выявлено. Ухудшения течения ИБС и АГ не выявлено. Удобным для использования признали устройство доставки 19 пациентов 1гр. и 14 пациентов 2гр. Анализ частоты нежелательных явлений не выявил статистически значимых различий: сухость и першение в горле отмечали в 1гр.– 8 и у 7 пациентов 2гр.; головокружение и бессонница у 7 пациентов 1гр. и 6 пациентов 2 группы; головная боль и тахикардия у 2 из 1гр. и 2 в гр.2; запоры соответственно у 4 и 3; аллергических реакций не было не у пациентов 1 ни 2 групп наблюдения.

Таким образом, доказана высокая эффективность Вилантерол+Умеклидиния бромида и Олодатерол+Тиотропия бромида в терапии ХОБЛ. Преимущество в каждом конкретном случае отдается тому препарату, при использовании которого пациент испытывает большее облегчение симптомов.

202.
РЕЗУЛЬТАТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ БРОНХОЛИТИКОВ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЗАРУБЕЖНОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Автор: А.А. Визель – 1, С.О. Ермолова – 2, Н.Г. Бердникова – 3, О.Ю. Михопарова – 4, Л.Х. Сафаргалиева – 4, Р.Р. Шарипова – 4, И.Н. Салахова – 1, А.Р. Вафина – 1

Организация: 1 – Кафедра фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань),
2 – Отделение пульмонологии Ленинградской областной клинической больницы (Санкт-Петербург),
3 – Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Москва),
4 – Клинический госпиталь Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан» (г. Казань)

Было обследовано 238 пациентов (168 мужчин и 78 мужчин, 67,2% и 32,8%), средний возраст которых составлял 60,5 ± 0,96 (от 20 до 87 лет). Больных ХОБЛ – 92, бронхиальной астмой (БА) – 104, сочетание ХОБЛ/БА – 42. 38 пациентам ингалировали отечественный сальбутамол, 126 – комбинацию фенотерол/ипратропий отечественного производства, 74 – комбинацию фенотерол/ипратропий иностранного производства, в виде растворов для небулайзера. Регистрировался объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) до и через 30 минут после ингаляции. Результаты обработаны в программе SPSS-18.

Результаты: При оценке всех пациентов в целом все три препарата приводили к достоверному приросту ОФВ1. Средние значения в подгруппах БА и БА/ХОБЛ соответствовали положительной пробе с бронхолитиком (более 12% и более 200 мл), а при ХОБЛ прирост составлял 108–160 мл. При выравнивании пациентов по полу, возрасту и степени бронхиальной обструкции было установлено, что при ХОБЛ и БА иностранный и отечественный препараты обеспечивали достоверный при-

рост ОФВ1. При этом важно отметить, что иностранный препарат имел тенденцию к большему приросту этого показателя (средняя динамика составила 146 мл при доверительном интервале в 95% от –33 мл до +337 мл), а отечественный препарат – к большей стабильности (меньшему разбросу) прироста ОФВ1 (средний прирост ОФВ1 98 мл при доверительном интервале в 95% от 4 до 192 мл). Только фенотерол/ипратропий отечественного производства имел достоверный прирост ОФВ1 во всех подгруппах пациентов.

Заключение: Проведённое нами исследования подтвердило клиническую эквивалентность оригинального и воспроизведённого препарата при проведении пробы с бронхолитиком в реальной медицинской практике.

203. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА КАЗАНИ

Автор: Салахова И.Н., Вафина А.Р., Визель А.А., Визель И.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Целью исследования: была характеристика больных ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологические отделения г. Казани.

Методы исследования: Все пациенты были обследованы лично авторами работы, проведено клиническое обследование, опрос и регистрация спирограммы.

Результаты: Было обследовано 60 больных (98,3% мужчины), в возрасте от 44 до 83 лет (63,82± 1,0). 57 из них курили (45,6±3,8 пачко-лет) и 3 имели профвредность. За последний год 1 обострение было у 20 больных (33,3%), тогда как у остальных 2 и более обострений (67,7%), 3,03±0,35 обострения. Средняя сумма баллов по шкале CAT была 23,13±0,75. У 1 больного по шкале CAT было менее 10 баллов (1,7%), тогда как у 59 пациентов – 10 и более (98,3%). Средний балл mMRC был 2,96 (1–4). Балл mMRC был равен 1 только у 2 больных (3,3%), у остальных 2 балла и более (96,7%). Среднее значение ОФВ1 было 42,65±2,27%, у 95% ОФВ1 был ниже 80% от должного. По классификации GOLD2007 стадия I была у 5%, стадия II – у 20%, стадия III – у 51,7% и стадия IV – у 23,3%. Согласно классификации GOLD2017 59 больных относились к типу D и 1 – к типу C. Среднее значение сатурации было 95,9 ±0,2%, и было менее 95% у 9 больных (26,7%).

Чаще всего ХОБЛ сопровождала патология сердечно-сосудистой системы (71,7%), у 30% больных был ГЭРБ, по 8,3% пришлось на сахарный диабет и аденому простаты. Кашель был у 93,3% больных. Эозинофилия свыше 300 в мл – 7 человек (20,23%).

88,3% больных получали бронхолитики короткого действия, 38,3% – бронхолитики длительного действия, 67,7% – комбинации ИГКС/ДДБА. Преднизолон получали только 2 пациента. Согласно тесту Мориски-Грин комплаентны были только 28,3% больных.

Заключение: В стационарах находились только больные ХОБЛ тяжёлого течения с низким уровнем терапевтического сотрудничества.

204.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Автор: Никитин В.А., Стародубцева И.А., Васильева Л.В., Попов А.В.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель исследования: анализ факторов риска, оказывающих влияние на степень тяжести хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы: В исследование включили 259 больных ХОБЛ I и III стадии заболевания, средний возраст 54,3±11,7 и продолжительность заболевания 10,1±5,7. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n=119) – с III стадией заболевания, II группа (n=140) – больные ХОБЛ с I стадией. Группу контроля составили 30 здоровых лиц. В рамках исследования проанализированы характерные признаки, являющиеся маркерами прогрессирования ХОБЛ с использованием многомерного регрессионного и корреляционного анализа.

Результаты: Уровень маркеров системного воспаления сыворотки крови больных ХОБЛ: ФНО-α (ОР 3,25); ИЛ-8 (ОР 2,1); hs-СРБ (ОР 3,52) в сочетании с традиционными факторами риска: продолжительное течение заболевания (ОР 2,3), возраст (ОР 1,65), курение (1,65), а также избыточный вес (ОР 2,45), ранняя менопауза (ОР 3,52), отягощенная респираторная наследственность (ОР 3,05) и сопутствующая кардиоваскулярная патология повышают риск прогрессирования ХОБЛ в несколько раз.

205.
ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ НА ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Серов А. Н.

Организация: ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница»

Цель: изучить влияние неинвазивной вентиляции лёгких (НВЛ) при обострении ХОБЛ на последующее течение заболевания.

Материалы и методы: В исследование включены 60 пациентов, у которых при тяжёлом обострении ХОБЛ применялась НВЛ и 30, лечившихся по тем или иным причинам без НВЛ (низкий комплайнс и т.д.). При поступлении, при выписке и через год наблюдения оценивались ИМТ, ЧДД, одышка по шкале mMRC, CAT, ОФВ1, SpO2, PaO2, PaCO2, pH артериальной крови, СДЛА, количество обострений.

Результаты: CAT при поступлении в основной группе был 32,3±3,1, через год – 26,6±2,7, в контрольной –31,4±2,6, через год – 33,7±3,6. ОФВ1 в основной группе исходно 28,2±10,0, при выписке – 32,7±8,6, через год – 30,3±9,5%, в контрольной – 28,5±10,1, 29,6±9,2 и 26,9±8,3 соответственно. SpO2 в первой группе при поступлении 79,9±3,6, при выписке –94,2±2,2, во второй –82,3±2,9 и 91,6±3,4%. PaCO2 в группе НВЛ при поступлении – 59,5±11,4, при выписке – 48,6±7,3, в группе без НВЛ – 52,2±8,6 и 49,3±8,7 мм.рт.ст., В основной группе pH при поступлении 7,34±0,04, при выписке –7,41±0,02, в контрольной – 7,35±0,01 и 7,39±0,01. СДЛА в группе с НВЛ исходно 47,3±3,6, через год – 45,4±2,7 мм.рт.ст., в группе без НВЛ – исходно 45,6±2,8, через год – 50,8±3,4 мм.рт.ст. Частота обострений в течение года наблюдения в группе НВЛ составила 1,7±0,2, в контрольной – 3,4±0,3.

Выводы: Применение НВЛ более эффективно компенсирует ОДН при обострении ХОБЛ, чем стандартная терапия. В группе пациентов, получавших НВЛ, отмечались лучшие функциональные показатели через год наблюдения, уменьшилось влияние ХОБЛ на качество жизни и частота обострений.

206.
ВЛИЯНИЕ ДВОЙНОЙ БРОНХОДИЛАТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХОБЛ

Автор: Фролова Е.А.

Организация: Поликлиника № 14 г.Санкт-Петербург

Ультибро (индакатерол 110мкг+гликопиррония бромид 50 мкг) – новый комбинированный препарат (пролонгированные β2 -агонист и антихолинергик) с быстро наступающим бронходилатационным эффектом, предназначенный для лечения ХОБЛ.Выпускается в виде пудры в ингаляционном устройстве Бризхалер, с низким внутренним сопротивлением, не требует большой мощности вдоха во время ингаляции.

Цель исследования: изучение клинических свойств преимущества двойной бронходилатации по сравнению с монотерапией одним бронхолитиком при тяжелом течении ХОБЛ. Материалы и методы: оценена клиническая эффективность Ультибро в течение года у 25 пациентов в возрасте от 55 до 70 лет в сравнении с группой контроля (гк) – 23 человека, получавших 1 бронхолитик, по 1 ингаляции в сутки: индакатерол 150 мкг или гликоперрония бромид 50 мкг. В основной группе доза Ультибро составляла 110/ 50 мкг 1 раз в сутки. В обеих группах допускалось применение короткодействующих бронхолитиков по требованию.

Результаты и обсуждения: у группы пациентов, получавших исследуемый препарат, одышка начала уменьшаться к концу 1-й недели у 36% (в гк- у 15%) и максимальное уменьшение достигнуто через 3 месяца у 74% (в ГК-у 38%).Уменьшился кашель и объем мокроты у 82% (в гк-65%).Потребность в быстродействующих бронхолитиках снизилась у 52% (в гк-у 23%), улучшилось качество жизни у 100%(в гк-у 47%). Количество обострений за год снизилось на 22%(в гк-на 12%). Побочные эффекты: сухость во рту- 11% (в гк- у 9%).В основной группе потребность в ИГКС не возникала, а в группе контроля в 64% случаев после 2–4 месяцев лечения назначались ИГКС.

Выводы: Ультибро мощный бронходилататор. Комбинированное использование разных групп бронхолитиков усиливает бронходилатирующий эффект, что позволяет уменьшить выраженность симптомов заболевания, отдалить период назначения ИГКС.

207.
ЭОЗИНОФИЛИЯ КРОВИ И НАЗНАЧЕНИЕ ИГКС БОЛЬНЫМ ХОБЛ

Автор: Овчаренко С.И., Брагина Т.В.

Организация: ФГАОУ ВО Первый ПМГУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

В последнее время появись сообщения о том, что эозинофилы периферической крови могут быть потенциальным предиктором ответа на терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (иГКС) пациентов с ХОБЛ. Указывается также на то, что эозинофилия крови может использоваться для стратификации пациентов при назначении иГКС (Dransfiel d et al, 2016; Pascoe et al, 2015).

Целью настоящей работы: явилось изучение уровня эозинофилов крови и частоты назначения иГКС больным ХОБЛ.

Материалы методы: обследовано 50 пациентов (43 мужчины и 7 женщин) ХОБЛ I–IV степени тяжести заболевания, находящихся на стационаром лечении по поводу обострения ХОБЛ. Возраст больных от 39 до 83 лет (65,88±10,48 лет), 15 из них, страдали сочетанием ХОБЛ и БА. Оценочным тестом эозинофилии крови для включения больных в исследование являлось количество эозинофилов крови ≥300/мкл.

Результаты: в группе больных ХОБЛ+БА (n=15) у всех была эозинофилия крови, из них у 11 сочеталась с эозинофилией мокроты. Все больные получали иГКС с хорошим эффектом.

В группе больных ХОБЛ (n=35) эозинофилия крови была у 25 больных, из них у 17 она сочеталась с эозинофилами в мокроте. Терапию иГКС получали только те больные, у которых были эозинофилы в мокроте. У 8 больных, имевших эозинофилию крови при отсутствии эозинофилов мокроты и не получавших иГКС, отмечалось затяжное течение обострения. При выписке трем из них были назначены иГКС.

Заключение: выявлено недостаточное назначение иГКС при лечении обострения больных ХОБЛ. Помимо эозинофилии мокроты необходимо учитывать выраженность эозинофилии крови для назначения иГКС.

208. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Автор: Павленко В.И., Нарышкина С.В.

Организация: Амурская ГМА

Цель исследования: оценить влияние комплексной терапии с применением физических тренировок (ФТ) по методике свободного выбора нагрузки (СВН) на реабилитационный потенциал больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: обследовано 42 амбулаторных больных с ХОБЛ среднетяжелого течения, сочетанной со стабильной стенокардией II ФК, которые в зависимости от объема реабилитационной программы были разделены на 2 равноценные группы: 1-я группа больных (n=18) получала обычную программу диспансеризации, в схему ведения больных 2-й группы (n=20) включена ФТ со СВН (частотой педалирования и мощностью нагрузки) на велотренажере курсом 10–15 занятий по 10–20 минут. Анализировались респираторные симптомы (кашель, мокрота, одышка), частота эпизодов стенокардии в месяц и число возникших обострений ХОБЛ в сравнении с частотой обострений в предыдущем году. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Полученные математические данные обработаны с помощью программного пакета Statistica 6.1. Критический уровень значимости принимали равным 0,05.

Результаты: Установлено, что усовершенствованная реабилитационная программа ведения пациентов с ХОБЛ и ИБС оказывала более существенное положительное влияние на клиническое течение сочетанной патологии и частоту обострений ХОБЛ. Так во 2-й группе, по сравнению с исходными данными, снизились интенсивность кашля на 18,7% ($p<0,01$), продукция мокроты на 24,1% ($p<0,001$), выраженность одышки на 17,4% ($p<0,01$), частота эпизодов стенокардии на 54,4%

(p<0,001), что было достоверно меньше чем в 1-й группе (p<0,05; p<0,01; p<0,05; p<0,01, соответственно). За наблюдаемый период в 1-й группе обострение ХОБЛ возникло у 11,1% больных, в то время как во 2-й группе ни одного больного.

Заключение: Применение ФТ с СВН в составе комплексной терапии больных с ХОБЛ и ИБС способствует существенному улучшению клинического течения коморбидной патологии, снижению частоты обострения ХОБЛ и увеличивает реабилитационный потенциал данной категории пациентов.

209.
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЦИНКА И ЕГО ФРАКЦИЙ ПРИ ХОБЛ

Автор: Зуйкова А.А, Шевцова В.И.

Организация: ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Наличие изменений, характерных для больных хронической обструктивной болезнью легких, в дыхательных путях курильщиков делает актуальным обследование этой группы населения с целью ранней диагностики ХОБЛ.

Цинксодержащие ферменты (супероксиддисмутаза, матриксные металлопротеиназы) реализуют свой потенциал, формируя дисбаланс в системах протеолиза и оксидантной защиты.

Цель исследования: верификация роли цинка в патофизиологии ХОБЛ.

Материалы и методы: Исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, БУЗ ВО «ВГКБ СМП № 8», ООО «МЦПП». В исследовании после заполнения информированного согласия приняли участие 30 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ, без сопутствующей патологии (30 человек) и 90 здоровых людей, прошедших профилактический медицинский осмотр. Исследуемым проведена спирометрия с определением ОФВ1% от должного, а также определение уровня цинка и его пулов.

Общий уровень цинка в сыворотке крови снижался в ряду: курящие пассивно – курящие с сохранной ФВД – курящие с нарушением ФВД – курящие с ХОБЛ (H=92,322, при p=0,01). Аналогичные изменения выявлены при обработке значений цинка свободного (H=90,355, при p=0,01) и связанного (H=99,748, при p=0,01). Значимые различия показателя «доля связанной фракции цинка» найдены у лиц из различных групп исследования (H=104,523, при p=0,01).

При проведении корреляционного анализа Спирмена были получены корреляционные уравнения с высокой корреляционной связью (r>85%, при p<0,05).

Таким образом, уровень цинка, а особенно его связанной фракции, отражает патогенетические реакции организма при формировании ХОБЛ, что делает возможным использование описанных показателей в качестве диагностических критериев при скрининговой диагностике ХОБЛ.

210.
АНАЛИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Моногарова Н.Е., Садрицкая Я.В., Зейналова А.А., Семендяева А.В.

Организация: Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) являются одной из наиболее актуальных проблем современной пульмонологии. Рост распространенности и заболеваемости ХОЗЛ в мире, прежде всего, связан с эпидемией курения, влияния табакокурения на клинические и функциональные проявления ХОЗЛ. Анализ биомаркеров воспаления в выдыхаемом воздухе у пациентов с ХОЗЛ позволяет определить выраженность воспаления и получить дифференциальную терапию.

Цель исследования: изучить уровень CO, NO и%COHb, в выдыхаемом воздухе у больных с ХОЗЛ. Проанализировать зависимость показателей CO и NO между собой, а также в зависимости от сопутствующей патологии и индекса курения. Установить влияние анамнестических и клинико-функциональных показателей при ХОЗЛ на уровень биомаркеров.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 92 пациента с ХОЗЛ, которые лечились в Пульмонологическом отделении ДоКТМО с обострением. Всем пациентам проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, мокроты, сахар крови, спирометрия, пульсоксиметрия, уровни CO и%COHb; уровни оксида азота (NO), рентгенография органов грудной клетки, данные опросника качества жизни SF-36, MRS и опросника CAT).

Результаты исследования: все пациенты с ХОЗЛ были разделены на 4 группы в зависимости от клинико-функциональных данных: клиническая группа A-6%, B-13%, C-29%, D-52%. Было отмечено, что у больных с ХОЗЛ снижается концентрация NO на 30,4% в сравнении с больными, которые не курили. Отмечено еще большее снижение NO в зависимости от индекса курения. Уровни CO и%COHb достоверно зависят от анамнеза курения и в среднем у обследованных больных соответственно составили: 15,0±2,7 ppb и 2,12±0,7. Наиболее высокие показатели CO и% COHb были у пациентов клинических групп C и D с индексом курения более 20 п/л.

Выводы: исследование в клинической практике определения CO и NO в выдыхаемом воздухе дает возможность определить уровень воспаления слизистой бронхов и зависимость развития заболевания от индекса курения.

211.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Кравец С.Л., Башева С.А., Ханин А.Л.

Организация: НГИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ, РФ, ГКУЗ КО ПКПТД, Россия

Бронхообструктивный синдром (БОС) при ТБ легких известен давно, и встречается у 57–63.4% пациентов с впервые выявленным процессом, а при хронических формах ТБ – 80%. При БОС всегда наблюдается более выраженная симптоматика, чаще возникают осложнения, хуже исходы ТБ. В настоящее время четко не разработаны критерии диагностики ХОБЛ у больных ТБ, не известна частота сочетания этих заболеваний легких, особенности лечения, хотя имеются работы о том, что это взаимоотягощающие процессы, имеющие много общих факторов риска: курение,

профессиональны вредности и экологические факторы. На наш взгляд существует минимум три клинических варианта сочетания ХОБЛ и ТБ: одновременное развитие обоих заболеваний, в связи с остаточными изменениями в легких после ТБ, развивается вторичный обструктивный бронхит (ХОБЛ), и наконец, самый частый вариант, когда длительно текущее заболевание бронхов (ХОБЛ) предшествует ТБ. Критериями для диагностики ХОБЛ у больных ТБ являются: длительный стаж курения или наличие профессиональных факторов, и возникновение симптоматики ХОБЛ (кашель с мокротой, одышка, хрипы в легких) до выявления ТБ, при этом ОФВ1 менее 80% и модифицированная проба Тиффно менее 70% (при отсутствие других причин обструктивного синдром). При обследовании 109 впервые выявленных больных ТБ – ХОБЛ была диагностирована в 35,5% пациентов, причем у 62.1% была тяжелая и крайне тяжелая стадии ХОБЛ по критериям GOLD. Необходимо, чтобы фтизиатры хорошо знали эту патологию, и чтобы ПТД имели в наличии современные комбинированные бронхолитики, назначение которых повышает эффективность лечения ТБ.

212.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНО-УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Автор: Никитин В.А., Попов А.В., Васильева Л.В., Титова Л.А.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель: повысить эффективность лечения хронической обструктивной болезни лёгких путём сочетанного применения лазерно-ультразвуковой терапии для коррекции системного и местного воспаления слизистой стенки бронхов и улучшения экспектoрации мокроты.

Методы исследования: В исследование были включены 58 пациентов (2 группы) с диагнозом ХОБЛ, фаза обострения, средняя степень тяжести. Основная группа – 30 пациентов. Контрольная группа – 28. Больным основной группы проводилась сочетанная лазерно-ультразвуковая терапия (УЗ-терапия на два паравертебральных поля слева и справа по 2 минуты на каждую, ИК-лазер «ЛАЗМИК» на 2 поля Кренига и по срединной линии в области средней трети грудины, 2 мин, 8–10 процедур, продолжительностью 10 мин). Сравнение показателей проводилось с контрольной группой пациентов, которые получали терапию в соответствии с рекомендациями GOLD-2014, и плацебо процедуры.

Результаты: У больных основной группы отмечалось более значимое и достоверное уменьшения одышки по шкале Borg и шкале MRC, увеличение количества отделяемой мокроты за сутки, уменьшение кашля, уменьшение числа лейкоцитов, улучшение функции внешнего дыхания, улучшение биохимических показателей по сравнению с пациентами контрольной группы. Побочных эффектов не отмечалось.

Заключение: Использование лазерно-ультразвуковой терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ позволяет достигнуть максимального клинического эффекта, увеличения количества отделяемой мокроты, улучшения функции внешнего дыхания и общего состояния пациентов. Также отмечена более ранняя нормализация биохимических показателей.

213.
ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИД В ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Автор: Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Ефимов С.В., Кутелев Г.Г.

Организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

По заключению GOLD2017, основой базисной терапии стабильной ХОБЛ, направленной на улучшение клинико-функциональных показателей и качества жизни больных, являются длительно действующие антихолинергические препараты.

Цель работы: оценить эффективность гликопиррония бромида (ГП, препарат Сибри Бризхалер фирмы Novartis, 50 мкг) в комплексной 21-дневной терапии больных стабильной ХОБЛ. Материалы и методы. Обследованы 99 мужчин стабильной ХОБЛ различной степени тяжести до и после 21-го дня комплексной терапии ХОБЛ. 1 группа – 48 больных, которым назначался 50 мкг ГП; 2 группа – 51 больной, получавших 5 мкг тиотропия бромида Респимат (Т). Оценивались одышка по mMRC, CAT, результаты 6-минутной шаговой пробы, проводилась спирометрия с расчетом ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС, ОФВ1/ЖЕЛ.

Результаты: На фоне приема препаратов в обеих группах отмечено сопоставимое снижение степени одышки (–0,70±0,12 балла) и значений CAT (–4,10±0,34 балла), отмечался прирост результатов 6-МШП (76±12 м). Пиковые значения ОФВ1 (58,9±21,6%; 1,60±0,71 л) и его прирост (16,5±14,2% и 10,9±9,0%) после лечения ГП были достоверно выше фоновых и на Т. Оценена зависимость результатов от характера проводимой терапии. Была установлена статистически значимая прямая умеренно выраженная связь (r = 0,54; p = 0,045) между приростом ОФВ1, полученным на фоне терапии ГП, и приростом ОФВ1 через час после приема ГП до начала лечения.

Выводы: Включение 50 мкг ГП в комплексную терапию ХОБЛ способствует значимому уменьшению бронхиальной обструкции, выраженности одышки и влияния ХОБЛ на качество жизни, повышает толерантность к физическим нагрузкам. Наибольший прирост ОФВ1 отмечен у больных с инициирующей терапией ГП. Положительная проба с ГП может быть дополнительным показанием к включению ГП в терапию ХОБЛ.

214.
ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ РАБОЧИХ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ЭКСПОНИРОВАННЫХ К ПРОМЫШЛЕННЫМ АЭРОЗОЛЯМ

Автор: Ерихова С.М., Шпагина Л.А., Паначева Л.А.

Организация: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: Изучить частоту табакокурения среди рабочих с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензией (АГ), контактирующих с промышленными аэрозолями (ПА).

Материалы и методы: Обследовано 130 рабочих авиационного предприятия (все мужчины), из них 100 человек были экспонированы к ПА токсико-химического характера, 30 работали вне контакта с ПА (4 группа, сравнения). В 1 группу вошли 40 рабочих с ХОБЛ I стадия, категория А, В; во 2 группу – 30 человек с АГ I–II

степени, риск 1–2; в 3 группу – 30 человек с ХОБЛ в сочетании с АГ. Эти группы в зависимости от стажа были разделены на подгруппы: а – стаж до 10 лет и б – свыше 10 лет. Средний возраст пациентов 1аб и 3аб групп не превышал 65,0 лет; 2аб и 4аб – 42,8 лет. Диагноз ХОБЛ установлен согласно рекомендаций GOLD (2015), АГ – ВНОК [2013].

Результаты: Наименьшее число курящих выявлено в группах 1аб (по 35,0%), 2б (20,0%) и 3а (26,7%), в группах 2а и 3б их было больше (60,0% и 40,0%). Длительность курения в группах 1а и 3а была выше, чем в группах 1б и 3б (16,7 10,4 лет; 10,9 8,3 лет соответственно). Среди работников с коморбидной патологией длительность курения оказалась наибольшей (31,5 и 28,2 лет). В группе 4 этот показатель был ниже – всего 5,3 и 14,0 лет. Наибольший индекс курильщика оказался, напротив, в группах 1аб и 3аб, при коморбидной патологии был ниже (141,0 и 160,0).

Заключение: Выявлена высокая частота и длительность курения как фактора риска прогрессирования бронхообструктивного синдрома и АГ у лиц, экспонированных к ПА.

215.
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Автор: Малыхин Ф.Т. – 1, Батурин В.А. – 1, Братчикова О.С. – 1,
Донская А.В. – 1, Жук О.А. – 1, Козлитин Д.Ю. – 1, Форсикова Н.Г. – 2

Организация: ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России – 1, ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя –2

Цель исследования: изучить уровень информированности пациентов с ХОБЛ об имеющемся у них заболевании.

Материалы и методы: С помощью разработанной специальной анкеты проведено анкетирование 100 пациентов пульмонологического отделения с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), средним возрастом 61,1±1,5 года.

Результаты: В связи с тем, что ХОБЛ по течению является хроническим заболеванием, то нередко больным тяжело определить его точную продолжительность. Однако большинство опрошенных смогли ответить, что они страдают ХОБЛ приблизительно на протяжении до 10 лет – 54% пациентов, 11–20 лет – 22%, 21–30 лет – 12%, более 30 лет – 10%.

В поликлинику по поводу обострения ХОБЛ большинство пациентов обращались очень редко (60%) или не более 1–2 раза в год (соответственно 14% и 20%). Лишь немногие делали это регулярно (от 6 раз в год до 1 раза в месяц – 4%, 2 раза в месяц и чаще – 2%). На станцию скорой медицинской помощи по поводу обострения ХОБЛ большая часть опрошенных пациентов обращалась очень редко (54%) или не чаще 1 раза в год (18%), Меньшее количество больных вызывали медработников на дом от 2–3 раз в год (14%) до 1–3 раз в месяц (2%) или 1 раз в неделю и чаще (1%). В больницу по поводу обострения ХОБЛ большинство проанкетированных пациентов (38%) попадали очень редко или 1 раз в 1–3 года (38%), лишь только 24% больных – 2–3 раза в год и более.

Заключение: Преобладающие варианты ответов больных ХОБЛ на вопросы анкеты о месте проведения лечения заболевания могут свидетельствовать не только и не столько об отсутствии у них периодов обострения имеющейся патологии, но и о недостаточном их внимании к своей болезни

216.
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Автор: Ерихова С.М., Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Бердникова И.И.

Организация: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) среди населения промышленного района города.

Материалы и методы: изучены статистические талоны больных 3-х поликлиник района, обслуживающих 58122 жителя, обратившихся к терапевту, за 2016 год и 323 амбулаторные карты пациентов с диагнозом ХОБЛ (GOLD, 2015). Среди них мужчин – 197 (61,0%) человек, женщин – 126 (39,0%). Курящими были 48,7% мужчин и 33,3% женщин.

Результаты: Частота заболеваемости ХОБЛ в районе составила 5,56 на 1000 населения (у мужчин – 7,63 и у женщин – 3,90). В структуре заболеваемости преобладала ХОБЛ в сочетании с АГ (60,1%). Коморбидная патология, также как и изолированная ХОБЛ, чаще встречалась у мужчин (32,5% против 27,6% и 28,5% против 11,5% женщин соответственно). С увеличением возраста пациентов частота сочетанных заболеваний возрастала. В молодом возрасте (классификация ВОЗ) она составила 10,8%, в среднем – 19,2%, в пожилом и старческом – 36,6% и 29,4% соответственно. Сочетанная патология имела более тяжелую клинику в группе мужчин: II стадия ХОБЛ выявлена в 33,3% и III – в 41,0%; АГ характеризовалась более стойкими цифрами АД и большим прогрессированием поражения органов-мишеней.

Заключение: Таким образом, высокая частота ХОБЛ, включая коморбидные формы, определяет необходимость динамического контроля за состоянием пациентов, активных мероприятий по прекращению курения, как фактора риска прогрессирования ХОБЛ и АГ.

217.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ РК

Автор: Есетова Г.У., Джунусбекова Г.А., Беркинбаев С.Ф.

Организация: НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

В рамках НТП «Разработка и внедрение современной системы эпидемиологического мониторинга основных хронических неинфекционных заболеваний» проведено обследование 1531 жителей города Павлодар и Павлодарской области в возрасте от 18 до 69 лет. Мужчин 353 (23%), женщин 1178 (77%). Жителей города 918 (60%) человек, жителей села – 613 (40%).

Обследование проводилось кросс-секционным методом. Использовалась методика интервьюрования респондентов с заполнением анкет и физикальные измерения. Для диагностики бронхолегочной патологии использовался стандартный опросника GOLD (Chronic Airways Diseases, A Guide for Primary Care Physicians, 2005). В данном опроснике учитывались респираторные жалобы (кашель с мокротой,

одышка), наличие заболеваний в анамнезе (хронический бронхит, астма), факторы риска (табакокурение, профессиональные вредности).

Результаты: в ходе исследования было выявлено, что у 211 (13,8%) человек диагноз ХОБЛ вероятен. Из них 60 (17%) лица мужского пола и 150 (12,7%) лица женского пола. По возрастным группам отмечается увеличение лиц с вероятным диагнозом ХОБЛ в старшей возрастной группе: от 50–59 лет- 8%, а в 60–69 лет 27,8%, т.е. увеличение более чем в 3 раза, что может свидетельствовать о гипердиагностики ХОБЛ у лиц старшей возрастной группы. Поэтому необходимо более тщательное обследование лиц данной возрастной группы с применением функциональных методов исследования. Достоверных различий по демографическим и возрастным критериям не выявлено.

Из факторов риска развития ХОБЛ в данном регионе РК наличие в анамнезе хронического бронхита (4,94 (2,23; 10,96)) и отягощенной наследственности по ХОБЛ (ОШ=1,47 (1,04; 2,07)) имели большую значимость по сравнению с табакокурением (ОШ 1,14 (0,74; 1,74)).

218.
КУРЕНИЕ, ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЕЗ

Автор: Багишева Н.В. – 1, Мордык А.В. – 1, Иванова О.Г. – 1,
Бородкина С.П. – 2, Горбатых Е.В. – 2

Организация: 1 – Омский государственный медицинский университет, 2 – ФКУ ГБ МСЭ по Омской области

Цель: оценить интенсивность курения среди пациентов с ХОБЛ и впервые выявленным туберкулезом (ТБ) для определения влияния ХОБЛ на риск развития ТБ.

Материалы и методы: В простое одномоментное исследование включено 460 пациентов, находящихся на лечении в ПТД. Их них мужчин 294 (63,9%), средний возраст 44,6±2,1, женщин 166 (36,1%), 42,3±1,2 года. Всем пациентам помимо стандартного обследования, включавшего сбор анамнеза, клинические, лучевые, лабораторные, бактериологические методы, необходимые для подтверждения ТБ, проведено исследование функции внешнего дыхания для уточнения наличия ХОБЛ.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта 17–16–55012.

Результаты: из 460 больных туберкулезом курильщиками были 74,5% (343 пациента), у 32,2% (148) диагностирована ХОБЛ, причем часть пациентов никогда не курили. Курильщики без ХОБЛ (от всех курящих)– 63,2% (n=217), стаж курения 15,4±3,1, количество выкуриваемых сигарет – 10,1, анамнез курения – 12,8 пачка/лет, по результатам спирометрии ОФВ1–73,9±2,0, ФЖЕЛ-76,4±2,2, ОФВ1/ФЖЕЛ-0,83±0,008.

Курильщики с ХОБЛ –85,1% (n=126), стаж курения 32,1±2,3, количество выкуриваемых сигарет – 14,7, анамнез курения – 17,6 пачка/лет, по результатам спирометрии ОФВ1–57,2±2,1, ФЖЕЛ-81,1±2,7, ОФВ1/ФЖЕЛ-0,57±0,014. У больных туберкулезом отмечалось преимущественно средне-тяжелое и тяжелое течение ХОБЛ.

Заключение: 74,5% пациентов с ТБ были курильщиками, треть из них страдали ХОБЛ, не смотря на возраст. Курение является независимым фактором риска развития ХОБЛ, увеличивает вероятность присоединения ТБ, что определяет необходимость раннего отказа от курения для предупреждения ХОБЛ и ТБ. Сочетание

ХОБЛ и неблагоприятно в плане прогноза обоих заболеваний, способствуя снижению эффективности лечения ТБ и инвалидизации пациентов

219.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ И ХОБЛ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Автор: Багишева Н.В. – 1, Мордык А.В. – 1, Иванова О.Г – 1, Горбатых Е.В. – 2, Мордык Д.И. – 2, Ибрагимова М.Р. – 1, Ибрагимова А.Р. – 1

Организация: 1 – Омский государственный медицинский университет, 2 – ФКУ ГБ МСЭ по Омской области

Цель: проследить частоту встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов впервые выявленным туберкулезом (ТБ) и ХОБЛ.

Материалы и методы: сравнительное ретроспективное исследование, 232 пациента, из них 116 пациентов с туберкулезом (ТБ) (1-я группа) и 116 пациентов с ТБ в сочетании с ХОБЛ (2-я группа).

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта 17–16–55012.

Результаты: Патологию сердечно-сосудистой системы (ССС) в 1-й группе имели 28 человек (24,1%). Чаще ССЗ заболевания встречались у женщин – 25 человек (22%), чем у мужчин – 3 (2%) соответственно ($p<0,05$), во 2-й группе ССЗ – у 44 человек (37,9%). Артериальная гипертензия – у 21 пациента (17%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 12 (10%), ХСН – 11 (9%). На фоне ХОБЛ чаще ССЗ отмечены у мужчин, чем у женщин – 34% и 3% соответственно ($p<0,05$). В 1-й группе курящих – 32 (27,6%) человека, из них 5 (15,6%) имели патологию ССС, во 2-й группе – 111 (95,1%) курящих, из них с ССЗ 40 (36%) ($\chi2=8,928$; $p=0,05$). Злоупотребляющих алкоголем в 1-й группе 13 человек (11,2%), 1 пациент (7,7%) с ССЗ, во 2-й группе – 71 человек (62,1%) из них 22 (31%) с патологией ССС ($\chi2=6,446$; $p=0,05$). Рост ССЗ в группе ТБ начинался с 61 года, при сочетанной патологии – с 51 года. Худшие результаты лечения оказались во группе ТБ+ХОБЛ. Смертность в группе ТБ 3,4%, в группе ТБ + ХОБЛ – 15,5%, половина умерших имели в анамнезе поражение ССС ($\chi2=6,465$; $p=0,005$). Отсутствие эффективности лечения при наличии ССЗ в 33% и 37% в группах соответственно ($\chi2=3,769$; $p=0,165$).

Заключение: Сочетание ХОБЛ и ТБ достоверно увеличивают частоту ССЗ, отягощает течение основного и сопутствующих заболеваний, оказывая неблагоприятное влияние на течение каждого в отдельности, способствуя инвалидизации и смертности пациентов.

220.
ОТЁЧНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Автор: Татарский А.Р. – 1, Кириллова Д.А – 2

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, 2 – ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: Изучить механизмы развития отёчного синдрома у пациентов с обострением ХОБЛ.

Материалы: 35 пациентов с обострением ХОБЛ разделены на 2 группы: пациенты без отёков (группа А), пациенты с отёками (группа Б).

Методы исследования: эхо-КГ, исследование газов крови и КЩС, проба Реберга-Тареева, оценка водного баланса, протеинурии, клинических показателей (одышка, кашель, характер и объём мокроты, выраженность цианоза).

Результаты: группы А и Б были сопоставимы по анамнестическим и физикальным данным (p>0.05). У пациентов с отёками (группа Б) выявлена тенденция к большей выраженности цианоза (p=0.0589). Достоверных различий между группами по размерам правых отделов сердца и СДЛА не выявлено. В группе Б были достоверно выше PaCO2, концентрация ст.HCO3- (p<0,001). В группе Б были достоверно ниже PaO2, pH (p<0,001). В группе Б были достоверно ниже СКФ, водный баланс (p<0,0001). В группе Б были достоверно выше протеинурия, канальцевая реабсорбция (p<0,001). Установлена сильная корреляция между выраженностью отёков и СКФ: r= −0.9, p=<0,0001. Установлена сильная корреляция СКФ и pO2 (r=0.73, p=0,000001), HCO3- (r= −0,7, p<0.0001); средней силы корреляция между СКФ и pCO2 (r= −0.67, p<0.0001), pH (r=0.61, p<0.0001); слабая корреляция СКФ и размером правого желудочка (r= −0,38, p=0.023). У пациентов группы Б был хуже ответ на стартовую терапию, поэтому к лечению им была добавлена CPAP-терапия. Через 7 суток мы сравнили эффективность лечения. В группе с применением CPAP-терапии (Б) достоверно больше прирост СКФ, уменьшение канальцевой реабсорбции, выше водный баланс.

Заключение: причиной отёчного синдрома у пациентов с обострением ХОБЛ является ренальная дисфункция. Для её коррекции следует использовать методы, направленные на улучшение газового состава крови.

221.
ФЕНОТИПЫ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ В РФ. НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ НЕИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ CLOUD

Авторы: Авдеев С. Н, Блонг К.В., Петраковская В.А.

Организация: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, исследователь-координатор; ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА РОССИИ, исследователь-координатор; АстраЗенека Фармасьютикалз Россия.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из лидирующих причин смерти в мире. Обострения являются неотъемлемой частью течения ХОБЛ и вносят значительный вклад в клиническую картину и прогноз заболевания. Около 50% пациентов умирают в среднем через 3,6 года после 1-го тяжелого обострения. Обострения ХОБЛ приводят к снижению функции легких, ухудшению качества жизни, госпитализациям, увеличению риска смертности и увеличению объема терапии стабильного течения ХОБЛ [2].

Цель исследования CLOUD: описать терапию, назначаемую пациентам с тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ после выписки из стационара в случае госпитализации по поводу обострения ХОБЛ, причины смены терапии через 3, 6, 9 и 12 месяцев последующего наблюдения в амбулаторных условиях, а также терапевтические тактики, используемые в течение 12 месяцев до госпитализации. В данной публикации представлен анализ фенотипов ХОБЛ согласно Чешской классификации. Согласно данной классификации к фенотипу с частыми обострениями относят пациентов с ≥2 обострениями в год, которые лечатся антибиотиками и/или системными глюкокортикостероидами.

Результаты: в анализ были включены 852 пациента с тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ в 36 центрах, 27 городах, которые завершили исследование. Из них мужчины – 727 (85,33%), женщины 125 (14,67%). Набор этих пациентов проходил с 31 марта по 31 де-

кабря 2015 г. В исследование включались пациенты в возрасте ≥ 40 лет, с индексом курения ≥ 10 пачка/лет, с тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ, госпитализированные по поводу обострения ХОБЛ. У 852 пациентов были проанализированы фенотипы ХОБЛ. У одного пациента могло быть выявлено несколько фенотипов. Распределение пациентов по фенотипам ХОБЛ было следующим: бронхитический – у 484 пациентов (56,81%), эмфизематозный – 284 (33,33%), перекрест ХОБЛ и бронхиальной астмы –104 (12,21%), перекрест ХОБЛ и бронхоэктазы – 29 (3,4%), фенотип пульмонологической кахексии – 104 (12,21%) и фенотип с частыми обострениями – 239 (28,05%).

Выводы: одним из наиболее часто встречаемых фенотипов у пациентов со степенями тяжести ХОБЛ от тяжелой до крайне тяжелой был фенотип с частыми обострениями, на долю которого приходилось 28,05%.

Исследование спонсировано компанией АстраЗенека Фармасьютикалз; ClinicalTrials.gov идентификационный номер NCT02346292.

222.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ИНДАКАТЕРОЛА МАЛЕАТА И ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИДА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ

Автор: Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Латыпова Г.К.

Организация: ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ, Клиника БГМУ

Цель: изучение эффективности использования индакатерола малеата и гликопиррония бромида в фиксированной комбинации (110/50 мкг 1 раз в сутки) у пациентов с тяжелым вариантом течения ХОБЛ.

Материалы и методы: обследовано 38 пациентов Клиники БГМУ с ХОБЛ тяжелой степени в возрасте старше 40 лет (согласно критериям GOLD2013). Мужчины 32 (84%), женщины 6 (16%). Индекс курения 10 пачко-лет и более. Средний возраст 64,6 лет, Cat <10, mMRC> 1, средний ОФВ1 64,7% после бронходилятатора, индекс Тиффно < 0,7. В первой группе (15 чел) в качестве базисной терапии применялся Ультибро 110/50 мкг 1 раз в сутки, во второй группе (13 чел) – терапия фиксированной комбинацией будесонид и формотерол (160/4,5 мкг 2 раза в сутки). Проводился анализ минимальной ОФВ1 через 12 недель терапии. Оценивали исходный (BDI) и транзиторный индексы одышки (TDI).

Результаты: При оценки BDI у 98% пациентов наблюдалось 2 степень функциональных нарушений, уровень TDI вначале исследования у 95% пациентов составлял –1 (незначительный уровень функциональных нарушений). На 12 неделе наблюдалось улучшение показателя TDI на +1 у пациентов 1 группы, получавших Ультибро, в то время как у пациентов с фиксированной комбинацией будесонид/формотерол индекс TDI остался без изменений. Среди пациентов, получавших Ультибро, наблюдалось статистически значимое повышение среднего ОФВ1на 71 мл (p<0,0001) на 12 неделе изучения по сравнению с пациентами получающими терапию будесонид/формотерол. Наблюдалось статистически значимое повышение предела среднего TDI на 1,0983 балла (95% ДИ, p<0,0001).

223.
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Автор: Зарубина Е.Г. – 1, Шалдыбина Ю.Э. – 2

Организация: Медицинский университет «Реавиз»

Целью работы: стало изучения влияния сочетанной патологии на состояние микроциркуляторного русла у пациентов с ХОБЛ средней степени тяжести и АГ II степени.

Материалы и методы: У 47 пациентов со среднетяжелым течением хронической обструктивной болезни легких на фоне артериальной гипертензии II степени изучались показатели микроциркуляторного русла с помощью многофункционального лазерного диагностического комплекса «ЛАКК-М» («ЛАЗМА», РФ) в сравнении с группой практически здоровых лиц (43 человека). Средний возраст обследованных составил 49,7±4,7 лет. Все пациенты имели длительный анамнез (20,6±3,1 лет) и высокий индекс курильщика (20,6±2,2). Оценивались: среднее значение перфузии (М, перф. ед.), сатурация смешанной (капиллярной) крови (SO2,%), относительный объем фракции эритроцитов (Vr,%), индекс перфузионной сатурации кислорода в микрокровотоке (SOm= SO2/M, усл.ед.), индекс удельного потребления кислорода в ткани (U= SpO2/ SO2, усл.е.), сатурация артериальной крови (SpO2,%) в коже подушечек среднего пальца правой руки.

Результаты: Установлены выраженные нарушения микроциркуляции у лиц с ХОБЛ и АГ. Что было продемонстрировано снижением среднего значения показателей перфузии, индекса удельного потребления кислорода в тканях, эффективности кислородного обмена. Показатель микроциркуляции значительно изменяется у лиц с ХОБЛ и АГ по сравнению с лицами контрольной группы – на 31,5% ($p<0,001$). Выявлено, что в основной группе эффективность кислородного обмена при снижении перфузии всего на 31,5% ухудшается в 2,7 раза. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что наличие сочетанной патологии приводит к прогрессированию ХОБЛ и АГ и способствует более частому развитию осложнений вследствие нарушений в микроциркуляторном русле.

224.
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ ПРИ ХОБЛ

Автор: Клестер К.В., Клестер Е.Б., Бердюгина А.В., Бессонова А.С.

Организация: ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Цель: Проведен количественный анализ комобидности по M. Charlson и соавт. (1987) у 664 б-х ХОБЛ и оценен риск летальности с использованием прогностических индексов у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: Проспективное обсервационное исследование (n = 664; 458-муж, ср. возраст 63,2 ±11,7 лет): степень одышки по mMRC – 2,3±0,9; баллы по CAT – 22,8±8,4; баллы по CCQ – 1,9±0,5; A – у 166 (25%) б-х (GOLD, 2017), B – у 345 (52%), C – у 106 (16%) б-х, D – у 47 (7%).

Результаты: Среднее количество сопутствующих заболеваний: A – 4,5±1,6; B – 5,4±2,1; C – 6,4±1,8; D – 5,9±1,6 (all $p<.05$). CCI в группе A – 3,3 ±1,3; B – 3,9±1,1; C – 4,7±1,2; D – 3,8±0,7 (all $p<.05$). Доля лиц, перенесших обострение ХОБЛ в тече-

ние первого года наблюдения составила 2,8% в группе А, 6,9% в группе Б, 26,6% в группе С и 30,1% в группе D. За время наблюдения умерло 162 (24%) больных. Одно – и 5-летняя смертность составила: 0,7 и 7,9%, соответственно, в группе А, 3,2 и 12,9% в группе В, 0,7 и 10,9% в группе С и 3,5 и 30,7% в группе D. Группы В и D характеризуются высокой степенью одышки и имели в 5–8 раз выше летальность от сердечно-сосудистых заболеваний и рака, чем в группах А и С.

Увеличение индексов CCI и COTE > 4 баллов связано с увеличением риска летальности в 2,9 раза (P < .0001; hazard ratio [HR], 1.6; 95% CI, 1.3–1.9; P < .0001; HR, 1.4; 95% CI, 1.2–1.6). Наиболее значимы в оценке риска индексы BODE (HR: 2.04; 95% CI 1.77 to 2.34) при ROC = 0.70 (95% CI 0.66 to 0.78) и CODEx (HR: 1.5; 95% CI 1.3 to 1.6) при ROC0.82 (95% CI 0.78 to 0.86, p<0.001).

Выводы: у больных ХОБЛ коморбидная патология формирует синдром взаимного отягощения, приводящий к увеличению риска летального исхода при оценке по индексам коморбидности (CCI, COTE), что целесообразно учитывать при разработке планов лечения.

225.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ИНДАКАТЕРОЛ+ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИД В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Автор: Мельник А.В.–1, Логвиненко Н.И.–2.

Организация: ГБУЗ НСО ГКБ№ 25, г. Новосибирск – 1,
ГБОУ ВПО НГМУ, г. Новосибирск – 2

Цель: оценить клиническую эффективность комбинированной терапии ингалятором Онбрез Бризхалер® (Индакатерол) и Сибри Бризхалер®(Гликопиррония бромид) у госпитализированных больных ХОБЛ.

Материалы и методы: Проанализированы результаты наблюдения за 71 пациентом с III стадией ХОБЛ, проходивших стационарное лечение в терапевтическом отделении ГБУЗ НСО ГКБ № 25. Мужчин было 56 человек (79%), средний возраст – 60±1,5 лет, женщин – 15 (21%), средний возраст – 54±1,7 года. Давность заболевания составила от 5 до 20 лет. Пациентам была назначена комбинированная терапия Индакатерол в дозе 150 мкг/2 раза в сутки + Гликопиррония бромид 50 мкг/сутки. Исходно и через 10 дней лечения оценены основные клинические симптомы и качество жизни пациента (оценочный тест CAT), показатели функции внешнего дыхания и ЭКГ.

Результаты: Через 10 дней терапии индакатеролом, было отмечено значительное уменьшение основных респираторных симптомов и снижение суммы баллов клинических симптомов ХОБЛ (согласно опроснику CAT) на 20% среди мужчин и 27% среди женщин. Отмечено повышение ОФВ1 относительно исходного показателя в среднем на 110 мл. На фоне лечения, клинически значимого удлинения интервала QT на ЭКГ и других кардиологических побочных эффектов – не зарегистрировано.

Выводы: На основании полученных данных можно сделать вывод, что применение комбинации Индакатерол в дозе 150 мкг/2 раза в сутки + Гликопиррония бромид 50 мкг/сутки, является эффективной и безопасной терапией для больных ХОБЛ, обеспечивая мощный бронходилатационный эффект, уменьшая клинические проявления и улучшая качество жизни.

226.
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ ПО ГРУППАМ A, B, C, D СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ GOLD2017 И ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В РФ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ SUPPORT

Автор: Архипов В.В. – 1, Лазарев А.А. – 2

Организация: ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, г. Москва, исследователь-координатор – 1; АстраЗенека Фармасьютикалз – 2

Цель: Данный анализ был проведен с целью определить распределение пациентов с ХОБЛ согласно последней редакции международных рекомендаций GOLD и частоте применения у них поддерживающей терапии.

Материалы и методы: Исследование SUPPORT – наблюдательное многоцентровое поперечное исследование, проведённое в 23 городах России с ноября 2014 по май 2015. В исследование включались пациенты, пришедшие на прием в поликлинику независимо от причины посещения врача. У исследования были 2 основные задачи: (1) определить распространенность ХОБЛ среди пациентов, имеющих факторы риска, и проанализировать данные этих пациентов, (2) проанализировать пациентов с ранее диагностированной ХОБЛ.

В данном анализе представлена информация, полученная от пациентов с ранее диагностированной ХОБЛ. Данные были проанализированы и пересчитаны, чтобы соответствовать современным международным рекомендациям GOLD2017. Отличие от предыдущих редакций – отсутствие $ОФВ_1$ среди критериев, необходимых для определения группы ХОБЛ. Поскольку в оригинальном исследовании из-за относительно маленького количества пациентов, попавших в группы A и C по GOLD2014, не проводилось их подробного анализа, эти группы в данный анализ включены не были и рассмотрены как совокупность групп A и C.

Результаты: В анализ были включены 1111 пациентов с ранее диагностированной ХОБЛ. В соответствии с классификацией GOLD2017 пациенты распределились по группам следующим образом: A+C – 3,2%, B – 39,4%, D – 57,3%. Значительная часть пациентов групп B и D в качестве терапии ХОБЛ использовали только короткодействующие бронхолитики (51,0% и 43,8% соответственно).

Заключение: Согласно классификации GOLD2017 большинство пациентов с ХОБЛ в РФ, которые приходят на прием к врачу, относятся к группе D. Обращает на себя внимание большое количество пациентов, не использующих поддерживающую терапию.

227.
ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Автор: Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Организация: Амурская ГМА

Цель исследования: Изучить изменение толщины комплекса интима-медиа правой и левой общих сонных артерий (КИМ ОСА) при сочетанном течении хронической

обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среднетяжелого течения и метаболического синдрома.

Методы исследования: В исследование было включено 36 пациентов с ХОБЛ среднетяжелого течения, ассоциированной с метаболическим синдромом, в возрасте 58,7±3,6 лет. Пациенты с коморбидным течением ХОБЛ и метаболического синдрома подразделены на 2 подгруппы: 1-я (21 пациент) – с индексом массы тела (ИМТ) 35–39,9 кг/м2, 2-подгруппа (15 больных) с ИМТ свыше 39,9 кг/м2. Контрольную группу составили 28 пациентов с изолированным течением ХОБЛ, сопоставимые по заболеванию и возрасту. Инсулинорезистентность изучалась путем расчета индекса инсулинорезистентности (ИИР) по критерию HOMA (Homeostasis Model Assessment) – [инсулин натощак (мкМЕд/мл) х глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5], в контрольной группе показатель не превышал 2,77. Ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий было выполнено на ультразвуковом сканере «Mindrey DC-6».

Результаты: У 85,7% обследуемых больных в 1-й подгруппе и у 93,3% во 2-й подгруппе зарегистрирована артериальная гипертензия. Показатель КИМ правой ОСА в 1-й и 2-й подгруппе составили, соответственно, 1,0±0,2 мм и 1,11±0,5 мм. Показатель КИМ левой ОСА в 1-й и 2-й подгруппе составили соответственно 1,0±0,3 мм и 1,12±0,4 мм. У 26,7% пациентов 2-й подгруппы выявлено повышение КИМ ОСА свыше 1,3 мм. При проведении корреляционного анализа выявлены положительные достоверные связи между ИИР, ИМТ и толщиной КИМ ОСА, позволяющие предположить о развитие преатероматозных изменений у больных ХОБЛ среднетяжелого течения, ассоциированной с метаболическим синдромом.

Заключение: Выявление повышения толщины КИМ ОСА при высоких показателях ИИР на фоне коморбидного течения ХОБЛ и метаболического синдрома позволяет проводить своевременную адекватную коррекцию инсулинорезистентности с целью предотвращения развития и прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов.

228.
ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Автор: Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Организация: Амурская ГМА

Цель исследования: Изучить особенности артериальной ригидности при коморбидном течении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и метаболического синдрома.

Методы исследования: В исследование включено 34 больных среднетяжелого течения ХОБЛ, ассоциированной с метаболическим синдромом, в возрасте 54,2±3,4 года. Индекс массы тела – 33,7±2,4 кг/м2. Группу сравнения составили 27 пациентов с ХОБЛ, сопоставимые по заболеванию и возрасту. Состояние жесткости артериального русла оценивали, исследуя каротидно-феморальную скорость распространения пульсовой волны (PWV-аорта), индекс аугментации (C-AI), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (L–CAVI, R-CAVI) методом объёмной сфигмографии на аппарате «VaSera VS-1000» («Fukuda Denshi», Япония). Содержание фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови определяли с помощью наборов реагентов «ИФА-БЕСТ». Результаты: У пациентов ХОБЛ с метаболическим синдро-

мом в 62,8% выявлены изменения углеводного обмена, в 93% артериальная гипертензия. Средний уровень гликированного гемоглобина A1C составил 7,62±2,4%, достоверно отличаясь от показателя в группе сравнения. Выявлено значимое повышение показателей L–CAVI, R-CAVI, PWV-аорта. У пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и метаболического синдрома наблюдалась тенденция к снижению C-AI. Выраженные положительные коэффициенты корреляций получены между показателями L–CAVI, R-CAVI и уровнями гликированного гемоглобина A1C, а так же фактором роста эндотелия сосудов.

Заключение: При коморбидном течении ХОБЛ и метаболического синдрома выявлено значимое увеличение показателей, характеризующих ухудшение эластических свойств сосудов, относящихся к основным факторам прогрессирования кардиоваскулярных заболеваний. Усугубление окислительного стресса на фоне данной сочетанной патологии может способствовать повышению выработки фактора роста эндотелия сосудов, определяющего нестабильность сосудистой стенки и являющимся одним из ранних признаков ремоделирования сосудов.

229.
СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ

Автор: Зулкарнеев Р.Х., Загидуллин Ш.З., Насыров Р.В, Шахмаметов Г.Р.

Организация: ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, ФГБОУ ВО «Уфимский авиационно-технический университет»

Применение современных клинических рекомендаций существенно затруднено в реальной клинической практике врача первичного звена. Необходима разработка и внедрение специализированных информационных систем, играющих роль «транслятора» между многочисленными и сложными клиническими рекомендациями и врачом, принимающим клинические решения. В противном случае высококачественные клинические рекомендации, разработанные на основе принципов доказательной медицины, останутся в стороне от клинической практики.

Совместными усилиями двух вузов – БГМУ и УГАТУ разрабатывается и уже частично функционирует система экспертная система поддержки принятия решений с целью первичной диагностики ХОБЛ на основе рекомендаций Глобальной стратегии по ХОБЛ (GOLD, 2017). Входными данными являются клинический симптомокомплекс, данные анамнеза, в частности, статус курения, данные первичного осмотра. На основании входных данных система определяет ранг вероятности наличия ХОБЛ у пациента и формирует соответствующие рекомендации для проведения спирографии, пульсоксиметрии, рентгенографии ОГК и/или КТ, ЭКГ и Эхо-КГ и других методов функциональной и лабораторной диагностики. После получения данных врачу представляются рекомендации по формулировке первичного диагноза ХОБЛ и дальнейшему ведению пациента.

Системы поддержки принятия клинических решений в пульмонологии могут найти широкое применение в реальной клинической практике первичного звена при условии их функциональности, понятного интерфейса и клинической эффективности. Нерешенным вопросом остается экспертиза подобных систем.

230.
ПРОГНОЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ

Автор: Игнатова Г.Л., Тихонова Е.В.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Актуальность: В последнее время повышается значение коморбидности у пациентов с ХОБЛ, как маркера, определяющего общую смертность больных.

Цель: Оценить прогноз летальности у пациентов ХОБЛ с различной степенью тяжестью при помощи индекса Чарлсона.

Материалы и методы исследования: Провели ретроспективный анализ 187 историй болезни пациентов с ХОБЛ, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГБУЗ ОКБ № 4 г.Челябинска за период 2013–2017 гг. В исследование включили 160 мужчин и 27 женщин. Средний возраст больных составил 68,26 ±8,3 лет. 18 пациентов были с ХОБЛ 2 ст.т., 43 пациента – с ХОБЛ 3 ст.т., 126 пациентов – с ХОБЛ 4 ст.т. Среди обследованных больных преобладали лица с крайне тяжелым течением ХОБЛ (67%). Всем пациентам был подсчитан индекс коморбидности Чарлсона. С учетом полученных показателей пациентов разделили на 3 группы. В I группу (низкая коморбидность, ИК ≤3 баллам) вошли 15 пациентов, во II группу (умеренно выраженная коморбидность, ИК= 4–5 баллов) – 132 пациента, в III группу (высокая коморбидность, ИК≥6 баллам) – 40 пациентов. Для статистической обработки полученных результатов использовалась программа STATISTICA для WINDOWS13. Использовался t-test, с неравными дисперсиями, 3-х хвостовой.

Результаты: Средний индекс коморбидности Чарлсона у всех исследуемых больных составил 4,8±1,2 балла, что говорит о высокой цифре. У пациентов с ХОБЛ 2 ст.т.– 4,4±1 балл, с ХОБЛ 3 ст.т.– 4,5±1,2 балла, с ХОБЛ 4 ст.т.– 4,9±1,2 балла. Десятилетняя выживаемость обследованных лиц с ХОБЛ 2 ст.т.– 38%, с ХОБЛ 3 ст.т.– 38%, с ХОБЛ 4 ст.т.– 29%, в 1 группе (ИК ≤3) –79%, во 2 группе (ИК= 4–5) – 36%, в 3 группе (ИК≥6) –1,35%.

Заключение: В независимости от степени тяжести ХОБЛ, у всех пациентов отмечается высокий индекс Чарлсона. Десятилетняя выживаемость таких больных снижается с повышением индекса коморбидности, но достоверно не зависит от степени тяжести ХОБЛ.

231.
ПОВТОРНЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Автор: Якупова А.Ф. – 1, Хамитов Р.Ф. – 1, Зиннатуллина А.Р. – 1, Копылов А.Н. – 1, Сергеев В.А. – 2

Организация: Казанский государственный медицинский университет – 1, ЗАО «12-я городская клиническая больница г. Казани» – 2

Цель: выявление факторов риска повторных госпитализаций, связанных с обострением ХОБЛ.

Материал и методы: ретроспективный анализ 161 медицинской карты пациентов, госпитализированных с обострением ХОБЛ два и более раза в терапевтическое от-

деление городского стационара за 18 календарных месяцев: 113 мужчин (70%) и 48 женщин (30%), средний возраст 68,9±0,9 лет.

Результаты: За данный период было госпитализировано 3643 больных, 161 (4,4%) – по поводу обострения ХОБЛ. 19 пациентов (средний возраст 72,4±1,8 года) были госпитализированы несколько раз (14–2 раза, 5–3 раза), достоверно превалировали мужчины (16 против 3). Между 1-й и 2-й госпитализациями в среднем проходило 130,4±27,3 дней, а между 2-й и 3-й – 87,6±29,7 дней. Средний койко-день в 1-ю госпитализацию составил 8,1±0,7 дней; во 2-ю – 8,9±0,9 дней, а в 3-ю – 9,6±1,2 дней. Стаж курения – 42,9±4,1 года, тогда как стаж ХОБЛ был указан лишь в 74% случаев и составил 7,6±1,4 лет. Наибольшее число госпитализаций (в том числе и повторных) приходилось на весенние и осенние месяцы. Основными причинами рецидивов были увеличение интенсивности симптомов (45,2%), развитие острой дыхательной недостаточности (67,7%), декомпенсация сопутствующей патологии (94,7%). Оценивали приверженность к амбулаторному лечению после выписки. Ни в одной случае не было данных о контроле адекватности техники ингаляции и обучении корректному использованию ингаляторов. Было установлено, что 13% пациентов с последующими рецидивами продолжали лечение лишь купирующим бронхолитиком вместо назначенных препаратов длительного действия или их комбинаций с ингаляционными кортикостероидами. 5% вообще не принимали никакого лечения на амбулаторном этапе после первой госпитализации. Было показано, что приверженность к рекомендациям врача при выписке удлиняла срок до следующего обострения с 45,7±25,09 до 140,3±26,7 дней (более, чем в 3 раза) ($p<0,05$).

Заключение: Наиболее важными для угрозы рецидива тяжелых обострений ХОБЛ являются нарушения приверженности к рекомендациям по амбулаторному лечению и отсутствие контроля техники ингаляции.

232.
ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ НА СУТОЧНУЮ ЖЁСТКОСТЬ АРТЕРИЙ

Автор: Кароли Н.А., Долишняя Г.Р., Ребров А.П.

Организация: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава России

Цель: Оценка показателей суточной артериальной ригидности (АР) у пациентов с различной тяжестью хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).

Материалы и методы: В исследование включены 159 мужчин с ХОБЛ. Средний возраст – 61,4±6,0 лет, средняя длительность ХОБЛ – 6,0 [4,0; 10,0] лет. Пациенты разделены на 3 группы в зависимости от выраженности бронхообструктивного синдрома: 1 группа – 49 больных ХОБЛ средней тяжести, 2 группа – 58 больных тяжёлой ХОБЛ, 3 группа – 52 больных крайне-тяжёлой ХОБЛ. Группа контроля – 37 практически здоровых лица. Все обследованные сопоставимы по полу, возрасту. Проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 («Петр Телегин», Россия). Для оценки АР использованы скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте, время распространения отражённой волны (RWTT), индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (ИА).

Результаты: Изменения параметров АР выявляются уже у пациентов с умеренными нарушениями бронхообструкции: снижение RWTT; повышение СРПВ в аорте, ИА, ASI за сутки, день, ночь в сравнении с группой контроля. Отмечается нарастание АР по мере повышения выраженности бронхообструкции: наименьшее RWTT

за сутки и дневные часы, наибольшая СРПВ в аорте за сутки, дневные и ночные часы определены у больных ХОБЛ крайне-тяжёлого течения. У больных ХОБЛ 3 группы выявлено повышение ASI за ночь в сравнении с пациентами 1 группы. У пациентов 2 и 3 групп значимо увеличены ночные ИА, ASI в сравнении с дневными показателями.

Заключение: Нарушения эластических свойств артерий выявляются у пациентов с ХОБЛ с ранних стадий заболевания и нарастают по мере повышения выраженности бронхообструкции. У пациентов с тяжёлой и крайне-тяжёлой ХОБЛ сохраняется и преобладает патологическая АР в ночные часы.

233. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЁСТКОСТИ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Автор: Кароли Н.А., Долишняя Г.Р., Ребров А.П.

Организация: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава России

Цель: Изучение частоты встречаемости повышенной артериальной ригидности (АР) у пациентов с различной тяжестью хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).

Материалы и методы: В исследование включены 159 мужчин с ХОБЛ. Средний возраст – 61,4±6,0 лет, средняя длительность ХОБЛ – 6,0 [4,0; 10,0] лет. Пациенты разделены на 3 группы в зависимости от выраженности бронхообструкции: 1 группа – 49 больных ХОБЛ средней тяжести, 2 группа – 58 больных тяжёлой ХОБЛ, 3 группа – 52 больных крайне-тяжёлой ХОБЛ. Группа контроля – 37 практически здоровых лиц. Все обследованные сопоставимы по полу, возрасту. Проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 («Петр Телегин», Россия). Изучены скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте и индекс аугментации (ИА).

Результаты: У пациентов с ХОБЛ отмечено увеличение частоты встречаемости повышенной СРПВ в аорте (≥10 м/с). Частота выявления повышенной СРПВ в аорте у пациентов с ХОБЛ в 4,8 раз больше, чем у здоровых лиц. Изменение СРПВ в аорте за сутки выявлено у 79,59% пациентов со средней тяжестью ХОБЛ, у 74,14% больных с тяжёлой ХОБЛ, у 88,46% лиц с крайне-тяжёлой ХОБЛ. Повышенный ИА (≥-10%) за сутки выявлен у большинства пациентов: у 65,52% пациентов с тяжёлой ХОБЛ, в 64,1% и в 63,19% случаев у обследованных 1 и 3 групп соответственно ($p>0,05$). Частота повышенной СРПВ в аорте в течение ночи была сопоставима у больных со среднетяжёлым (72,34%), тяжёлым (64,15%) и крайне-тяжёлым течением ХОБЛ (83,67%) ($p>0,05$). Увеличение ИА≥-10% в ночные часы встречалось у 64,86% больных со среднетяжёлой ХОБЛ, у 80% пациентов с тяжёлой и у 60% лиц с крайне-тяжёлой ХОБЛ.

Заключение: У пациентов с ХОБЛ выявлено повышение суточной АР. Полученные данные свидетельствуют о повышении АР по мере нарастания тяжести ХОБЛ.

234.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ (ПО ДАННЫМ ПРОЕКТА РЕСПЕКТ)

Автор: Андреева Е.А.–1, Похазникова М.А.–2, Лебедев А.К – 2, Моисеева И.Е. – 2, Кузнецова О.Ю. – 2, Дегриз Я.-М. – 3, 4

Организация: ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (Архангельск, Россия) – 1,
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, (Санкт-Петербург, Россия) – 2,
Католический Университет Левена, г. Левен, Бельгия – 3,
Институт здоровья и общества, Левенский католический университет, г. Брюссель, Бельгия – 4

Цель: Оценить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), жителей Северо-Западного региона России.

Методы исследования: Дизайн: одномоментное поперечное исследование, рандомизированная выборка из населения 35–70 лет, прикрепленного к 15 поликлиникам (10 – в Санкт-Петербурге и 5 – в Архангельске). Методы: анкетирование (социо-демографическая характеристика, факторы риска, наличие сопутствующих заболеваний); спирометрия с бронхолитической пробой. ХОБЛ диагностирована по критериям GOLD: ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.7. Все пациенты с ХОБЛ были осмотрены пульмонологом.

Результаты: В исследование включено 3133 респондентов, спирометрия (согласно критериям качества Европейского респираторного общества) выполнена 2974 респондентам, из них 2388 – с бронхолитической пробой. ХОБЛ диагностирована у 6.8% респондентов (162 человека). Средний возраст пациентов с ХОБЛ был выше, чем у респондентов без обструкции (58.5 ±7.3 и 53.3 ± 9.3, соответственно), преобладали мужчины (61.7% и 29.6%, соответственно) и (экс)курильщики (77.0% и 45.9%, соответственно). У 67.3% респондентов с ХОБЛ диагностированы сопутствующие заболевания, основными были артериальная гипертензия (АГ) и инфаркт миокарда (ИМ) (54.1% и 7.5%, соответственно), доля которых в группе без обструкции была достоверно ниже. Риск обструктивных нарушений вентиляции у пациентов с ИМ в анамнезе или АГ достоверно связан с фактом курения в настоящем или прошлом (p<0,001). У лиц с АГ риск бронхиальной обструкции был также достоверно выше у мужчин (p<0,001).

Заключение: Установлена распространенность и структура ССЗ у больных ХОБЛ среди жителей Северо-Западного региона России и зависимость между факторами риска обструктивных нарушений вентиляции и ССЗ.

235.
ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЁЗ: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ

Автор: Гирей П.Д., Циунчик А.А., Бородина Г.Л.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

ХОБЛ и туберкулезом легких (ТБ) отягощают течение и способствуют прогрессированию друг друга.

Цель: анализ распространенности ХОБЛ у пациентов с ТБ.

Проведено сплошное ретроспективное обследование 622 пациентов с ТБ, находившихся на лечении в 2-х терапевтических отделениях РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии в 2015–2016 гг. Проспективно обследованы 46 пациентов с ТБ в возрасте старше 40 лет без бактериовыделения и ХОБЛ в анамнезе. Пациенты с диагностированным сочетанием ХОБЛ и ТБ дополнительно анкетированы с помощью опросников mMRC, CAT.

При ретроспективном исследовании обнаружено, что ХОБЛ диагностировалась только у 2,9% пациентов с ТБ (89% – старше 40 лет). Все пациенты имели тяжелое течение ХОБЛ и дыхательную недостаточность. При проспективном обследовании ХОБЛ выявлена у 29 (63%) пациентов с ТБ (в 58,9% случаев – средняя степень тяжести, в 16% случаев – тяжелая). Анкетирование показало, что данные клинического обследования не коррелировали с субъективной оценкой своего состояния пациентами. 15 из 29 пациентов оценивали свое состояние как удовлетворительное, не предъявляли жалоб на состояние здоровья, а 14 – отмечали только кашель и легкую одышку при физической нагрузке, что связывали с курением и туберкулезом.

Таким образом, наблюдается значительная гиподиагностика ХОБЛ у пациентов с ТБ, что обусловлено, сложностью обследования пациентов при наличии бактериовыделения, частым асоциальным поведением, значительной недооценкой тяжести своего состояния пациентами в силу низкого образовательного уровня. ХОБЛ у пациентов с ТБ выявляется только на поздних стадиях, когда развиваются серьезные осложнения. Для своевременной диагностики ХОБЛ необходимо всем пациентам с ТБ старше 40 лет вне зависимости от гендерного признака проводить исследование ФВД.

236.
МУКОАКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ – КАРБОЦИСТЕИН И ЭРДОСТЕИН В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Автор: Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Маслова Т.А., Панфилов В.И.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России. БМУ «Курская областная клиническая больница»

Цель: сравнить эффективность применения эрдостеина (Эрдомед) и карбоцистеина (Флуифорт) у пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: под наблюдением находились 50 пациентов с обострением ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение. I группе (25 больных) дополнительно к терапии обострения ХОБЛ, назначался карбоцистеин (Флуифорт, саше) по 1 пакетику однократно утром. II группа (25 пациентов) помимо терапии обострения ХОБЛ, получала эрдостеин (Эрдомед) по 1 капсуле (300 мг) 3 раза в сутки. Через небулайзер муколитик не назначался. Помимо стандартных методов исследования, всем пациентам проводилась спирометрия, тест с 6-минутной ходьбой (6МХ).

Результаты: Среди 50 пациентов с обострением ХОБЛ, 43 мужчины. Средний возраст больных-58,6 лет. Затруднение отхождения мокроты до начала лечения отмечали 95% пациентов. Исходно при поступлении средняя дистанция, пройденная в тесте 6МХ – 217,6 м., на фоне включения карбоцистеина и эрдостеина в терапию обострения ХОБЛ констатирован рост дистанции в тесте 6МХ через 7 дней до 285,4 м и 292,3 м соответственно. ОФВ1 при поступлении в группе I 49,6±5,7%, в группе II 47,9±6,3%. На фоне включения в терапию карбоцистеина и эрдостеина, через 5 су-

ток констатирован рост ОФВ1 в группе I 57,7±3,3%, в группе II 58,9±5,7% (p>0,05). Субъективное улучшение отхождения мокроты отмечали пациенты обеих групп, начиная с 2 дня нахождения в стационаре.

Выводы: у пациентов с обострением ХОБЛ для облегчения отхождения мокроты в качестве муколитика рекомендуется использование карбоцистеина и эрдостеина. Были получены сходные данные по эффективности препаратов. Следует отметить меньшую кратность приема карбоцистеина-1 раз в сутки, что позволяет достичь большего комплайенса в лечении.

237. МЕХАНИЗМЫ СТЕРОИДОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ (ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИНДРОМ, ПС): РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ HDAC2, α И β ИЗОФОРМ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА (ГР)

Автор: Е.И. Всеволодская, Ж.А. Миронова, А.С. Улитина, В.И. Трофимов, С.Д. Горбунков, А.Л. Акопов, М.И. Зарайский, М.В. Дубина

Организация: ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Введение: Деацетилаза 2 гистонов HDAC2 и изоформы ГР α, β важны в формировании стероидочувствительности при ХОБЛ и бронхиальной астме тяжелого течения, но малоизучены при ПС.

Цель: Оценить экспрессию HDAC2 и изоформ ГР α и β в крови у больных ПС.

Материалы и методы: Обследованы 31 пациент с ПС в фазе обострения (возраст 63,7±9,67 года) и 32 человека группы контроля. Относительные уровни мРНК определены методом ПЦР в реальном времени.

Результаты: При ПС уменьшение экспрессии как HDAC2 (r= −0,405; p=0,024), так и ГРα (r= −0,440; p=0,013) коррелировало с увеличением числа обострений ПС. Количество обострений ≥2 в год было ассоциировано с большей дозой внутривенных ГКС (r=0,440; p=0,013) и длительностью их введения (r=0,613; p=0,0001). 45% больных ПС имели профессиональные вредности в анамнезе, 55% пациентов получали антибиотикотерапию. У больных ПС с эозинофилией крови (13% пациентов) экспрессия HDAC2 была выше (1,573±0,598 и 1,109±0,254 соответственно, p=0,037), чем у пациентов с нормальным уровнем эозинофилов. Увеличение соотношения экспрессии изоформ ГР α/β коррелировало с увеличением количества эозинофилов в крови (r=0,367; p=0,042). Пациенты, имеющие умеренную и значительную эозинофилию в мокроте (54% больных ПС), чаще получали комбинированную терапию ИГКС+ДДБА (χ2 Пирсона=13,236; p=0,039). Больные, получавшие комбинированную терапию ИГКС+ДДБА (58% пациентов с ПС), имели повышенную экспрессию ГРα/β по сравнению с пациентами, использовавшими только ИГКС (p=0,043).

Выводы: При ПС повышение экспрессии HDAC2, а также преобладание экспрессии ГРα над ГРβ, ассоциированы с эозинофильным типом воспаления и могут косвенно отражать большую стероидочувствительность.

238.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ CPAP-ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ

Автор: Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.

Организация: Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель: оценка влияния на качество жизни больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) длительной неинвазивной вентиляции легких в режиме спонтанного дыхания с положительным давлением в дыхательных путях (CPAP-терапии) в период реабилитации после обострения.

Материалы и методы: В проспективное сравнительное исследование были включены 65 больных ХОБЛ в сочетании с СОАС (индекс апноэ – гипопноэ ≥ 15 в час) в периоде реабилитации после перенесенного обострения. В основную группу вошли 26 пациентов, получавших CPAP-терапию в комплексном лечении ХОБЛ, в группу сравнения были включены 39 больных, не получавших респираторную поддержку. Возраст больных основной группы составил 55,5 ± 2,1 лет, пациентов группы сравнения – 57,1 ± 1,5 лет ($p > 0,1$). В основной группе 92,3% больных, в группе сравнения 100,0% пациентов были мужчинами ($p > 0,1$).

Результаты: в группе сравнения не отмечено изменений степени дневной сонливости и качества жизни больных в период наблюдения. Проведение CPAP-терапии в течение 6 недель наблюдения ассоциировалось в основной группе больных с уменьшением индекса апноэ – гипопноэ на 49,2 событий в час ($p < 0,001$) и степени дневной сонливости по шкале ESS (Johns M.W. et al., 1991) на 8,6 баллов ($p < 0,05$); улучшением качества жизни по данным вопросника SF-36 в доменах физического функционирования –на 13,4 балла ($p < 0,05$); общего состояния здоровья – на 18,4 балла ($p < 0,001$); интенсивности боли –на 18,9 баллов ($p < 0,05$); социального функционирования –на 21,9 балла ($p < 0,05$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием,– на 38,9 балла ($p < 0,01$).

Заключение: Длительная CPAP-терапия улучшает состояние здоровья у больных в периоде реабилитации после обострения ХОБЛ при сочетании с СОАС.

239.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ CPAP-ТЕРАПИИ В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ

Автор: Цеймах И.Я. – 1, Нагайцев В.М. – 1, 2, Шойхет Я.Н. – 1

Организация: 1 – Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, 2 – Сибирский институт репродукции и генетики человека, г. Барнаул

Цель: оценка влияния на системное воспаление и дисфункцию эндотелия сосудов длительной неинвазивной вентиляции легких в режиме спонтанного дыхания с положительным давлением в дыхательных путях (CPAP-терапии) у пациентов в периоде реабилитации после обострения ХОБЛ при сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы: В основную группу вошли 26 пациентов, получавших CPAP-терапию в комплексном лечении ХОБЛ в сочетании с СОАС (индекс апноэ – гипопноэ ≥ 15 в час) после перенесенного обострения. В группу сравнения были включены 39 больных с аналогичными клиническими характеристиками, не получавших респираторную поддержку.

Результаты: До начала терапии в изучаемых группах больных было одинаково повышено содержание С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина – 8 (ИЛ-8), эндотелина-1 (ЭТ-1), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), гомоцистеина (ГЦ). Показатель фактора некроза опухоли-α (ФНО- α) у больных обеих групп не отличался от контрольных значений. Через 6 недель наблюдения в основной группе и группе сравнения наблюдалось снижение уровня СРБ соответственно на 2,80 ± 0,27 мг/л и на 0,83 ± 0,21 мг/л ($p < 0,001$), ИЛ – 8 соответственно на 2,87 ± 0,22 пг/мл и на 0,31 ± 0,43 пг/мл ($p < 0,001$), уменьшение сывороточного содержания VEGF соответственно на 121,52 ± 19,81 пг/мл и на 17,46 ± 0,85 пг/мл ($p < 0,001$), ГЦ соответственно на 4,21 ± 0,38 мкмоль/л и на 1,03 ± 0,25 мкмоль/л ($p < 0,001$). В основной группе отмечалось уменьшение уровней ФНО-α и ЭТ-1, при этом в группе сравнения отсутствовали изменения в динамике этих параметров.

Заключение: Дополнительное применение CPAP-терапии в периоде реабилитации после перенесенного обострения ХОБЛ в сочетании с СОАС ассоциируется с уменьшением системного воспаления, дисфункции эндотелия сосудов.

240. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ КАК КОМПОНЕНТ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Автор: Галкина И.П.

Организация: ОГБУЗ «Поликлиника № 6», г. Смоленск

В настоящее время ХОБЛ является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Улучшение качества жизни пациентов и снижение частоты обострений является одной из задач врачей первичного звена.

Цель: изучить приверженность к терапии пациентов с ХОБЛ в зависимости от частоты обострений и уровня тревоги, депрессии.

Материалы и методы: В работе представлены 65 пациентов, с подтвержденным диагнозом ХОБЛ согласно GOLD. Среди обследованных 96,9% (n=63) мужчин и 2 женщины (3,1%). Средний возраст- 62,3+0,95 года. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от частоты обострений: редкие –0–1 обострение, частые – 2 и более. С целью оценки приверженности к лечению применяли шкалу Мориски-Грина. Для оценки наличия тревоги и депрессии использовали субъективную шкалу HADS. Результаты исследования были вычислены и обработаны с применением методов описательной статистики.

Результаты исследования: Комплаентными при использовании шкалы Мориски-Грина оказались 55% пациентов. При этом суммарный балл был выше при фенотипе ХОБЛ с частыми обострениями- 4,0 (2,0;4,0) по сравнению с редкими – 2,5 (2,0; 3,0), p=0,06. Отмечен рост суммарного показателя тревоги и депрессии с увеличением частоты обострений ХОБЛ: при фенотипе с редкими обострениями медиана тревоги составляла 6,0 (3,0; 9,0), депрессии – 5,0 (3,0;6,0); при частых обострениях – медиана тревоги – 11,0 (6,0; 11,0), медиана депрессии – 10,0 (5,0; 10,0),

p=0,04. Не было выявлено достоверных различий в показателях уровня шкалы HADS в зависимости от приверженности пациентов к лечению.

Вывод: Уровень комплаентности у больных с ХОБЛ в среднем составляет 55%. Он не зависит от частоты обострений заболевания и наличия тревоги и депрессии. Отмечается рост тревоги и депрессии с увеличением частоты обострений ХОБЛ.

ЭНДОСКОПИЯ

241.
ВАРИАНТЫ ЭНДОБРОНХИТА СО СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫМ СЕКРЕТОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, 3

Организация: 1 – ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 4»,
2 – ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ,
3 – ГБУЗ Самарской области «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина».

Цель: является улучшение клинической диагностики обострения ХОБЛ.

Методы исследования: Проанализированы клинико-эндоскопические особенности 800 пациентов, у которых обострение ХОБЛ сопровождалось формированием слизисто-гнойным секрета.

Результаты: Выявлены два клинико-эндоскопических варианта эндобронхита со слизисто-гнойным секретом. В первом случае (685 пациентов (85,63%) слизистый компонент бронхиального секрета содержал множественные гнойные включения. Обострение ХОБЛ в этом случае укладывалось в общепринятые клинические признаки. У другой группы пациентов (115 человек, (14,37%) слизисто-гнойный секрет носил двухуровневый характер: слизистая фракция бронхиального секрета располагалась в крупных бронхах, а бронхах дистальных генераций отмечалась гнойная фракция. Клиническая картина в этом случае была нетипичной для обострения ХОБЛ: прогрессирование одышки, системной воспалительной реакции, слабости сочеталось с умеренным количеством слизистой легко отделяемой мокроты, которая целиком формировалась из слизистой фракции секрета.

Заключение: Существование варианта прогрессирования эндобронхиального воспаления с двухуровневым характером слизисто-гнойного секрета, как составной части обострения ХОБЛ, может существенно осложнить диагностику последнего, т.к. этом случае могут отсутствовать сразу два важнейших клинических критерия обострения ХОБЛ: увеличение количества мокроты и усиление её гнойности.

242.
УПОРНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЛЁГКИХ: ДАННЫЕ БРОНХОСКОПИИ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, 3, Родимова О.А-.4, Рыжкова С.А. – 5

Организация: 1 – ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 4»,
2 – ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ,
3 – ГБУЗ Самарской области «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»,
4 – ГБУЗ Самарской области «Самарская городская поликлиника № 9 Октябрьского района»,
5 – ЗАО «Медицинская компания ИДК».

Цель: Анализ упорного течения инфильтрации лёгочной ткани среди пациентов пульмонологического стационара.

Методы исследования: 125 пациентов (100%) с упорным течением инфильтративного процесса в лёгких проводилась рентгенография грудной клетки при поступлении и спустя две недели лечения. При отсутствии положительной динамики выполнялась бронхоскопия.

Результаты: В 62 случаях (49,60%) упорное течение лёгочной инфильтрации связано с опухолевым процессом, в 22 эпизодах (17,6%) — с туберкулёзным. У 14 пациентов (11,20%) были выявлены «старые» инородные тела. В 20 случаях (16%) причиной отсутствия положительной динамики инфильтративного процесса явился определённый клинический фон: хроническая обструктивная болезнь лёгких (14 пациентов (11,20%) и хроническая почечная недостаточность (6 человек (4,8%). У 5 пациентов (4%) устойчивость лёгочной инфильтрации была обусловлена атипичной бактериальной флорой, что потребовало индивидуального подбора антибактериальной терапии.

Заключение: Выводы: 1. Бóльшая часть случаев упорного течения инфильтративного процесса в лёгких была связана с опухолевыми или туберкулёзными процессами. 2. Второй по значению причиной является наличие определённого клинического фона, способствующего затяжному течению пневмонии.

243.
ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ КРИОБИОПСИЯ И КРИОДЕСТРУКЦИЯ ОПУХОЛЕЙ БРОНХОВ

Автор: В.В. Соколов, Д.В. Соколов, Л.В. Телегина, Ю.Л. Кудрявцева, А.Д. Каприн

Организация: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва.

Активное внедрение криохирургических методов при лечении опухолевой патологии легких началось еще в 70-х гг прошлого века, когда были проведены первые экспериментальные исследования на животных и пролечены первые больные. Одной из первых методик была использована криодеструкция опухолей легких с использованием жидкого азота. Несмотря на перспективность метода криохирургии в лечении опухолей легкого его использование в клинической практике было ограничено до начала XXI века в связи с отсутствием адекватного технического

обеспечения. Современное оборудование позволяет проводить такие манипуляции как криобиопсия, криодеструкция опухоли и криореканализация просветра трахеи и крупных бронхов при опухолевом стенозе через гибкий бронхоскоп. Это стало возможно с появлением криозондов, которые могут быть проведены через рабочий канал эндоскопа.

В эндоскопическом отделении МНИОИ им. П.А. Герцена за период с мая 2016 г. по декабрь 2016 г. эндоскопическая криохирургия с использованием медицинской установки последнего поколения ERBECRYO 2 (ООО «ЭРБЭ Электромедицин», Германия) была проведена у 7 пациентов в возрасте от 43 до 84 лет с различной опухолевой патологией дыхательных путей: рак трахеи (3), рак бифуркации трахеи (1), рецидивный карцинойд левого главного бронха (1), ангиосаркома легкого (1), инвертированная папиллома носа (1). Было проведено 25 сеансов криореканализации. За один сеанс криореканализации проводилось от 2–3 до 15–17 циклов криоэкстракции фрагментов опухоли. Размер удаленных фрагментов опухоли составлял от 5–6 до 9–15 мм в максимальном диаметре. В последующем фрагменты опухоли после удаления были направлены для уточняющей морфологической диагностики (иммуногистохимического и молекулярногенетического исследования). У всех 7 пациентов удалось полностью восстановить просвет дыхательных путей. После криореканализации отмечалось небольшое кровотечение (до 100мл) из опухоли, которое было остановлено с помощью консервативных методов, включая аргоноплазменную или лазерную коагуляцию.

В сравнении с криохирургией на аппаратах более ранних версий криореканализация при помощи медицинского аппарата последнего поколения ERBECRYO 2 (ООО «ЭРБЭ Электромедицин», Германия) и новой модели разработанного криозондонда является эффективным методом реканализации с целью восстановления проходимости дыхательных путей, который может быть использован в комбинации с электродеструкцией, аргоно-плазменной и лазерной коагуляцией. Новая технология не требует нескольких дней для криодеструкции и последующего удаления некротизированной ткани после заморозки, как было ранее. Замороженная ткань удаляется сразу же на конце зонда после термообработки. Этот метод может быть использован у пациентов с опухолевыми стенозами трахеи и крупных бронхов для устранения дыхательной недостаточности. Одновременно могут быть получены большие фрагменты опухоли для проведения иммуногистохимического и молекулярногенетического исследования для уточнения диагноза.

244.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО: ОТ ОСМОТРА В БЕЛОМ СВЕТЕ ДО ЭНДОМИКРОСКОПИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

Автор: Соколов В.В., Соколов Д.В., Телегина Л.В., Николаев А.Л., Кудрявцева Ю.Л., Струнина А.А., Волченко Н.Н., Каприн А.Д.

Организация: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва.

Рак легкого продолжает занимать первое место в структуре заболеваемости среди всех злокачественных опухолей и остается ведущей причиной смертности во всем мире. Общая выживаемость при раке легкого по-прежнему остается низкой. 5-летняя выживаемость не превышает 17%. Осмотр трахео-бронхиального дерева в белом свете, как было показано в ряде клинических исследований, имеет не высокую

чувствительность, которая составляет 30% при диагностике раннего центрального рака легкого (РЦРЛ). Новые технологии визуальной диагностики в бронхологии позволяют проводить осмотр поверхности слизистой оболочки бронхов с более высоким пространственным разрешением используя специальные режимы для оценки структуры очагов дисплазии и РЦРЛ. В настоящее время в клиническую практику активно внедряются методы аутофлюоресцентной бронхоскопии, бронхоскопии с большим увеличением (100–150 раз) и получения изображения при освещении в узком спектре, эффективность которых была доказана в многочисленных клинических исследованиях.

В МНИОИ им. П.А. Герцена разработка эндоскопических методов раннего выявления скрытого центрального рака легкого ведется с 1984 г. За последние 30 лет было обследовано более 16000 пациентов из групп высокого риска развития рака легкого. Было выявлено 172 случая раннего центрального рака легкого у 125 больных. Изучены и классифицированы эндоскопическая семиотика, различные формы роста и локализации «малых» опухолей слизистой оболочки бронхов. Исследованы возможности стандартной бронховидеоскопии в белом свете (WLI), флуоресцентной диагностики с использованием локальной флуоресцентной спектроскопии (LFS) на установке «Спектр-Кластер» (ИОФ РАН, Россия), комбинации методов аутофлуоресцентной (AFI), 5-ALA – индуцированной флуоресцентной бронхоскопии (D-light AF system фирма Karl Storz) и иммуноцитохимического исследования MUC-1 в покровном эпителии слизистой оболочки бронхов с помощью МКАТ ИКО 25. С 2009 г. в нашем институте изучаются возможности мультимодальной эндоскопической диагностики с использованием бронховидеоскопии с высоким разрешением (WLI+HD) и NBI-режимом, LFS и метод регистрации индекса гемоглобина в тканях – IHb. Показатели чувствительности и специфичности при использовании мультимодальной бронхоскопии с целью выявления скрытых очагов РЦРЛ превысили 90%.

Следующим этапом развития современных технологий является разработка методик прижизненной микроскопической диагностики очагов предрака и РЦРЛ. С 2015 года в отделении эндоскопии МНИОИ им. П.А. Герцена начаты экспериментальные исследования использования конфокальной лазерной эндомикроскопии (КЛЭ) и эндоцитоскопии при диагностике РЦРЛ. К настоящему времени нами было обследовано 13 больных ЦРЛ.

Для проведения КЛЭ (ex vivo, in vivo) использовалась эндомикроскопическая лазерная система Cellvizio компании Mauna Kea Technologies. В качестве экзогенных флуорофоров были применены 0,02% р-р акрифлавина гидрохлорид (ex-vivo) и профлавин ацетат 0,01% р-р. Эндомикроскопия проводилась при стандартной бронхоскопии, когда через инструментальный канал бронхоскопа вводили минизонд в просвет дыхательных путей и исследовали поверхность опухоли с увеличением в 1000 раз. Для эндоцитоскопии слизистой оболочки бронхиального дерева (ex vivo) применялась специальная модификация прототипа эндоцитоскопа Olympus XEC-300F обеспечивающая увеличение изображения в 570 раз. Для окраски слизистой оболочки бронхиального дерева нами был использован 0,5% раствор метиленового синего. При эндоцитоскопии оценивали расположение и полярность эпителиоцитов, а также ядерно-цитоплазматическое соотношение. На последнем этапе проводилось клинико-морфологическое сопоставление результатов обследования для разработки критериев эндомикроскопической прижизненной диагностики рака легкого.

Таким образом, современные методы эндоскопической диагностики злокачественных опухолей позволяют переходить от выявления и оценки макроскопических признаков опухолевого поражения к разработке микроскопической семиотики предраковых состояний и раннего рака с оценкой микроструктурных изменений покровного эпителия слизистой оболочки трахео-бронхиального дерева.

245.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ И СТАДИРОВАНИИ РАКА ЛЕГКОГО И ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Автор: Соколов В.В., Соколов Д.В., Телегина Л.В., Николаев А.Л., Пикин О.В., Степанов О.В., Волченко Н.Н.

Организация: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва.

Стандартными методами диагностики рака легкого и злокачественных новообразований средостения являются рентгенография и бронхоскопия, КТ, н/д СКТ, МРТ (по показаниям ПЭТ). Трансторакальная пункция, торакоскопия и медиастиноскопия с биопсией позволяют получить материал для морфологического исследования. В 1980 г. в Японии был создан прототип эхоэндоскопа, сочетающего в одном приборе эндоскоп с фиксированным на его дистальном конце ультразвуковым датчиком. Использование конвексного ультразвукового бронхоскопа, впервые описанного в 2004 году, когда на конце гибкого бронхоскопа был встроен ультразвуковой датчик, который позволил эндоскописту в реальном времени проводить трансбронхиальное ультразвуковое исследование с последующей пункцией лимфатических узлов средостения и корня легкого. Основными показаниями для эндоскопической ультрасонографии с тонкоигольной пункцией являются: 1) уточнение генеза внутригрудной лимфоаденопатии; 2) верификация опухолей средостения; 3) верификация опухолей трахеи, бронхов и пищевода с перитрахеальным, перибронхиальным и периэзофагеальным компонентом; 4) стадирование рака легкого по символу N в т.ч. рестадирование после химио или лучевой терапии; 5) морфологическая верификация.

В МНИОИ им. П.А. Герцена в 2007–2016 г. эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) органов грудной клетки была выполнена у 653 больных с предварительным диагнозом: центральный рак легкого – 359; периферический рак легкого – 165; опухоль средостения – 69; подозрение на МТС в ЛУ средостения рака другой локализации – 60. Эффективность трансбронхиальной (ТБП) и трансэзофагеальной пункции (ТЭП) составила 86–87%. Сочетанное использование ТБП и ТЭП позволило повысить эффективность диагностики на 8–9%. Осложнений во время и после проведения пункции в исследованной группе больных не было. Таким образом, эндоскопическая ультрасонография с тонкоигольной трансбронхиальной и трансэзофагеальной пункцией внутригрудных образовании и лимфатичесих узлов средостения является современным высокоинформативным и безопасным методом уточняющей диагностики и стадирования рака легкого.

246.
«10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ»

Автор: Табанакова И.А., Вельшикаев Р.К., Маменко И.С.

Организация: ФГБУ «С-Пб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность: Клапанная бронхоблокация (КББ) – это малоинвазивный немедикаментозный метод лечения. Применение эндобронхиального клапана (КБР) изучается в течение последних 17 лет.

Цель: повышение эффективности эндоскопических методов лечения различной патологии легких.

Задача: исследование эффективности временной гиповентиляции участка легкого при различной патологии.

Материалы и методы: Метод основан на создании лечебной гиповентиляции в пораженном участке легкого с сохранением дренажной функции бронха путем установки в его просвет обратного эндобронхиального клапана Medlung (г. Барнаул, Россия) из резиновой смеси медицинского назначения 52–336/4, индифферентной для организма человека (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/12768 от 28 декабря 2011 г.).

С 2008 по 2017 годы КБР применены у 559 больных. Показаниями к установке КБР послужили: **1.** бронхиальный свищ – 12, **2.** легочное кровотечение – 22, **3.** продленный сброс воздуха после резекции части легкого – 34 больных, **4.** буллезная эмфизема легких, рецидивирующий пневмоторакс – 7 больных. **5.** деструктивный туберкулез легких (инфильтративный туберкулез с распадом – 116, фиброзно-кавернозный, кавернозный, цирротический – 367) – 483.

Результаты: В группе 1. эффективность составила 37,5%. Остановки кровотечения удалось добиться в 81,8% случаев. Расправление легкого было достигнуто в I группе в 64,3% случаев, во II – 90%, в III – 100%. Пневмоторакс ликвидирован в 100% случаев. Осложнений в четырех группах после выполнения манипуляции не было. При наличии инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада в 100% случаев больные абациллированы в течение 3 месяцев терапии. Закрытие полостей распада с образованием рубца регистрировали у 91,9%. У пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом без оперативного лечения закрытия полости/ей распада удалось добиться у 73,9% больных. В данном исследовании значимые осложнения КББ, зафиксированы в 16,8%. Осложнения ликвидированы в 90,5%случаев.

Выводы: Клапанная бронхоблокация является эффективным, доступным и безопасным методом. В ряде случаев может дополнять другие хирургические методы лечения. Комплексный подход к коллапсохирургической методике пораженных участков легких позволяет редуцировать каверны и достигнуть абациллирования у нерезектабельных больных.

247.
ЭНДОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Автор: Соколов В.В., Телегина Л.В., Соколов Д.В., Хороненко В.Э.

Организация: Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ, г. Москва

Цель: Разработка методов комбинированной эндотрахеобронхиальной хирургии с использованием высокотехнологичных методов реканализации и стентирования у больных при стенозирующем раке трахеи и бронхов.

Материалы и методы: За период с 1984 по 2017 год в ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ разработаны и применены в клинике комбинированные методы эндотрахеобронхиальной хирургии и стентирования при злокачественных опухолях трахеи и бронхов у 430 больных. Всего было выполнено 1379 операции. Мужчин – 259, женщин – 171. Средний возраст – 56,2±12,8 лет. Плоскоклеточный рак был – у 179; аденокистозный рак – у 50; карциноидная опухоль – у 57; аденокарцинома – у 39; мелкоклеточный – у 22; рак щитовидной железы с прорастанием стенки

трахеи – у 15; эндобронхиальные метастазы рака других локализаций, лимфома средостения, ЛГМ и др.– у 68 пациентов.

На первом этапе лечения с целью восстановления проходимости дыхательных путей в зависимости от локализации, распространенности и степени выраженности опухолевого стеноза были использованы: механическое срезывание опухоли в 0,2% случаев; Nd: YAG-лазерная деструкция в 25,6%; АПК – 24,9%; электрорезекция в 9,3%; ФДТ в 5,7%, а так же их сочетание в 34,3%. На втором этапе лечения с учетом стадии, гистологической структуры проводили открытую хирургическую операцию, сочетанную лучевую терапию или эндоскопическое стентирование.

Разработано несколько вариантов анестезиологического обеспечения эндотрахеобронхиальных операций: местная анестезия с сохранением самостоятельного дыхания (СД) использована при выполнении 1107 (80,3%) операций; общая анестезия (ОА) с сохранением СД при 130 (9,4%), ОА с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) – при 90 (6,5%) и ОА с высокочастотной ИВЛ при 52 (3,8%).

Результаты: Благодаря использованию индивидуально подобранной оптимальной схемы эндоскопической реканализации удалось добиться полного восстановления просвета дыхательных путей в 96–100% наблюдений. Осложнения составили 5,6%, летальности нет.

У 60 (14%) больных была достигнута полная регрессия опухоли со сроком наблюдения без рецидива до 27 лет (Me = 8,5 года, ср.=9,2 ± 6,3). У 42 (10%) больных после эндоскопического этапа была выполнена радикальная трахео-бронхопластическая операция (Me = 9,5 года, ср.=10,2 ± 5,5). У 115 (26,6%) больных на II этапе проведена сочетанная ЛТ с полной регрессией опухоли в 35% наблюдений (Me = 5,5 года, ср.=6,0 ± 3,4).

На втором этапе лечения у 125 (29%) больных с остаточной опухолью с паллиативной целью проводили стентирование трахеи и бронхов. Всего установлено 178 стентов: stent «DUMON» /Novathech, Medsil/ (16), Y- Stent Freitag /Rusch/ (2), HANARO-Stent /M.I.Tech/ (146), Ultraflex-Stent /Boston Scientisic/ (6), Y-Stent Endo-flex GmbH (8). Максимальный срок наблюдения при стентировании от 1 до 27 мес. (Me = 10,0 мес. ср.=10,4 ± 6,2).

Проведение ФДТ на II этапе после реканализации позволило обеспечить более длительную ремиссию у пациентов при МТС-поражении слизистой оболочки бронхов и при множественных карциноидных опухолях.

Применение ОА+СД, ОА+ИВЛ, а также ОА+ВЧ ИВЛ позволили у больных при стенозе III степени ликвидировать выраженную декомпенсированную дыхательную недостаточность (ср. зн. PO2 57±1,9 мм.рт.ст.) и нормализовать показатели газообмена до физиологических параметров с незначительной гипероксией (ср. зн.PO2114,9±1,3 мм.рт.ст.) в конце операции. Это позволило предотвратить развитие респираторного ацидоза.

Выводы: Разработанные методы эндотрахеобронхиальной хирургии и стентирования позволяют увеличить число излеченных больных, уменьшить число тяжелых осложнений, а также улучшить качество и продолжительность жизни у инкурабельных пациентов.

248.
ВАРИАНТ ВЫПОЛНЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАХЕОСТОМОЙ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, 3, Корымасов Е.А.2, Кривощёков Е.П. – 2

Организация: 1 – ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 4»,
2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ,
3 – ГБУЗ Самарской области «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина».

Цель: Оптимизация проведения бронхоскопии пациентам с трахеостомой.

Методы исследования: Предпринята попытка разработки варианта бронхоскопии, исключающие недостатки традиционного варианта бронхологического пособия у пациентов с трахеостомой: исключение любого варианта неинвазивной респираторной поддержки бронхоскопии; наличие «слепой» зоны, недоступной для эндотрахеального осмотра –области подманжеточного пространства трахеостомической канюли;

Результаты: Предложена технологическая карта проведения бронхологического пособия пациентам с трахеостомой, по которой выполнено 36 бронхоскопий (29 пациентов). При этом бронхоскопия выполнялась в несколько этапов: 1. Подключение одного из методов неинвазивной респираторной протекции бронхоскопии. 2. Удаление трахеостомической канюли. 3. Проведение бронхоскопии через трахеостомическое отверстие. 4. Проведение ретроградной трахеоларингоскопии. 5. Повторная установка трахеостомической канюли. 6. Отключение используемого варианта неинвазивной респираторной протекции бронхоскопии.

Заключение: В результате проделанной работы удалось во многом нивелировать недостатки традиционного варианта проведения бронхоскопии пациентам с трахеостомой.

249.
ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОФЕНОТИПИРОВАНИЯ ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВНУТРИГРУДНОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ

Автор: Логинов Л.Е. – 1, Поваляев Д.В. – 1, Смотрова А.А. – 1, Кузнецова М.Ф. – 1, Поздеев И.В. – 2, Мачкалян К.Э. – 2.

Организация: Филиал № 1 ФГКУ «ГВКГ имени академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России г. Москва –1;
ФКУ «ЦВКГ имени П.В. Мандрыка» Минобороны России г. Москва.–2.

Цель работы: идентификация нозологической принадлежности внутригрудной лимфоаденопатии (ВГЛАП).

Материалы и методы: у 27 больных по качественному и количественному изменению эндопульмоцитограммы, в том числе и в субпопуляции лимфоцитов с учетом данных иммунофенотипирования жидкости бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ). При этом бронхологическое пособие дополнялось выполнением БАЛ из В2 сегментарного верхнедолевого бронха справа вне зависимости от ассоциации ВГЛАП с другими рентгенологическими синдромами заболеваний легких. Методом ана-

лиза клеточных биомаркеров в биосреде при легочной и внелегочной патологии являлась проточная иммуноцитофлоуметрия.

Результаты: у 19 пациентов – верифицирован саркоидоз (CD4/CD8 Т-клетки > 3.0), у 1 больной – В-клеточная лимфома (CD45+; CD19+; CD34+), у 5 пациентов – эозинофильная пневмония (эозинофилы ≥ 25), у 1 пациента – лимфоидная интерстициальная пневмония (лимфоциты ≥ 70%) и одно клиническое наблюдение больного с легочным гистиоцитозом Лангерханса (CD1a+ клетки > 4%).

Выводы: фенотипирование ЖБАЛ может в дальнейшем определить сужение показаний к биопсийным бронхологическому, торакоскопическому и медиастиноскопическому пособиям у больных с ВГЛАП – транслюминальной игловой аспирационной биопсии, трансбронхиальной внутрилегочной биопсии, диагностической лимфодиссекции, открытой биопсии легкого – при наличии противопоказаний к последним.

250.
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Автор: С.В. Старевская, В.П. Молодцова, О.В. Берлева, С.В. Барашкова

Организация: ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова,
СЗГМУ им И.И. Мечникова, СПбГБУЗ ДГБ № 19 им. К.А. Раухфуса

Цель исследования: Выявить характер воспаления и состояние мукоцилиарной системы у детей с заболеваниями органов дыхания (ЗОД), осложненных дыхательной недостаточностью (ДН) острой (ОДН) и хронической (ХДН).

Материалы и методы: Обследовано 42 ребенка: 24 с ХДН, 18 с ОДН. Детям при проведении диагностической бронхоскопии выполнялась браш-биопсия слизистой бронхов и/или носа (26). В первые 15 минут после забора материала браш-биоптаты исследовались методом прижизненной телевизионной микроскопии и проведением морфометрии с помощью высокоразрешающего микроскопа. Оценивались характер и выраженность воспалительных изменений слизистой (лимфоцитарное, нейтрофильное, эозинофильное), изменения мерцательного эпителия (МЭ) (метаплазия и дистрофия), проводились морфометрия и оценка количества и функции ресничек.

Результаты и выводы: Для ЗОД, осложненных ДН, характерно нейтрофильное воспаление с дистрофическими изменениями МЭ, наиболее выраженное у детей с ОДН и сочетающееся со значительным лимфоцитарно-эозинофильным воспалением и метаплазией МЭ у детей с ХДН. У половины больных с ОДН на фоне воспалительных изменений выявлены вторичные двигательные нарушения и снижение количества ресничек. Для детей с ХДН характерны выраженная метаплазия и морфологические изменения МЭ, а у 10% пациентов отмечены двигательные нарушения ресничек и диагностирована первичная цилиарная недостаточность, подтвержденная электронной микроскопией. Только 1/3 больных с выявленными двигательными нарушениями ресничек МЭ слизистой носа имела аналогичные изменения цилиарного аппарата бронхов. У остальных 2/3 пациентов изменения были вторичными и выявлялись только в слизистой носа. В связи с этим отмечено, что исследование биоптата слизистой бронхов имеет более высокую диагностическую значимость.

251.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Автор: Е.А. Дробязгин –1, 2, Ю.В. Чикинев –1, 2, В.Ф. Хусаинов –2

Организация: 1 – Новосибирский Государственный медицинский университет;
2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Клапанная бронхоблокация выполнена 17 пациентам с буллезной эмфиземой легких, осложненной пневмотораксом (мужчин – 15; женщин – 2). Возраст пациентов составил от 29 до 80 лет (преимущественно с 61 до 80 лет). Показанием к бронхоблокации была сохраняющаяся утечка воздуха по дренажам из плевральной полости при вакуум-аспирации в сроки более 3–4 дней после их установки.

Во всех случаях была проведена установка клапанного бронхоблокатора Medlung под местной анестезией при помощи фибробронхоскопа. Блокаторы установлены в верхнедолевой бронх справа 6 пациентам, нижнедолевой бронх справа 1, бронх базальных сегментов 1, промежуточный бронх 3, верхнедолевой бронх слева 4, В 1–3 слева 1, нижнедолевой бронх слева 1. Осложнений в процессе установки не было.

Положительная динамика была у 14 пациентов: прекращение утечки воздуха в течение первых суток с момента установки блокатора. У 3 пациентов эффекта не получено. Два пациента были оперированы в объеме торакотомии, резекции буллезно-измененного участка легкого, плеврэктомии, иссечении булл. Одному дополнительно выполнена блокация промежуточного бронха с хорошим результатом. Из двух оперированных пациентов одному из-за сохраняющейся утечки воздуха дополнительно проведена установка блокатора в верхнедолевой бронх на стороне вмешательства с хорошим эффектом.

Дренажи из плевральной полости извлечены через 3–4 суток после прекращения утечки воздуха. Блокаторы удалялись через 14–21 после их установки.

Заключение: Использование методики клапанной бронхоблокации у пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной пневмотораксом, позволило в 82,3% случаев добиться хорошего клинического результата без «открытого» вмешательства.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

252.
ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Автор: Яковлева Л.П., Кондратьева О.Д.

Организация: ГБУ Республики Саха (Якутия) «Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

В Республике Саха (Якутия) в 2016 г. территориальный показатель смертности по сравнению с 2015 г. снизился на 2,0% составил 4,9 на 100 тыс. населения. Данный показатель в 1,6 раза ниже показателя РФ (7,8) и в 3,1 раза – показателя ДФО (15,2).

В 2016 г. по сравнению с 2015 г. наибольшая смертность с возрастного интервала 30–59 лет (77,1%) сместилась на более молодой возраст – 18–49 лет (89,4%). Соответственно увеличилась доля больных трудоспособного возраста в структуре смертности, с 87,5% (42 из 48 больных) в 2015 г. до 95,7% (45 из 47 чел.) в 2016 г. В социальном составе умерших от туберкулеза преобладают неработающие лица, составившие 78,3%, на втором месте лица БОМЖ – 10,9%. Увеличилась доля больных, ранее пребывавших в учреждениях ФСИН, с 6,3% до 27,7%. В 2016 г. в РС (Я) зарегистрировано 3 случая посмертной диагностики туберкулеза, что составило 0,6% от числа впервые выявленных больных (индикатор – 0,5%). В 2015 г. данный показатель составлял 0,9% (5 чел.).

В 2016 г. в первый год наблюдения умерло 9 чел. (2015 г. – 12 чел.), что в структуре впервые выявленных больных составило 1,6% (2015 г. – 2,0%, индикатор – 2,0%).

В 2016 г. в структуре смертности доля больных, состоящих во II ГДУ, составила 72,6% (2015 г. – 49,9%), в т.ч. состоящих во IIБ ГДУ – 68,3% (2015 г. – 41,9%).

Заключение: Смертность от туберкулеза в РС (Я) в 2016 г. составила 4,9 на 100 тыс. нас., что в 1,6 раза ниже аналогичного показателя РФ и в 3,1 раза – показателя ДФО. Одногодичная летальность уменьшилась с 2,0% в 2015 г. до 1,6% в 2016 г., доля посмертной диагностики туберкулеза – с 0,9 до 0,6%. В структуре смертности в 1,4 раза увеличилась доля больных с хроническими формами туберкулеза (с 49,9 до 72,6%). В социальном составе умерших преобладают неработающие и лица БОМЖ, которые составили 89,2%.

253.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ (ОДНОМОМЕНТНОЕ ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Автор: Тубекова М.А., Биличенко Т.Н.

Организация: ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва.

Цель: Изучение распространённости симптомов бронхиальной астмы (БА) среди взрослого населения г. Москвы.

Материал и методы: проведён опрос по международной анкете GA2LEN2397 жителей одного района г. Москвы в возрасте 15–74 лет: 1252 респондентов в возрасте 15–24 лет (группа 1) и 1145 респондентов – 25 лет и старше (группа 2) (средний отклик – 82%). Для статистической обработки данных использован пакет программ Statistica, version 7. Для сравнения данных 2-х групп рассчитывали отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95%ДИ) с помощью программы EPINFO version 6 (WHO).

Результаты: распространённость хрипов в груди последние 12 месяцев (Х12) была выше в группе 2, чем в группе 1: 25,8% и 18,8% соответственно ОШ=1,50(95% ДИ 1,25–1,83; p=0,00004), также как затруднения дыхания при хрипах – 41,9% и 20,0% соответственно ОШ=2,88 (95% ДИ 1,91–4,36; p<0,0001) и без простуды – 52,2% (2) и 31,1% (1) соответственно ОШ=2,42 (95% ДИ 1,67–3,53; p<0,0001). Стеснение в груди при пробуждении отметили 15,8% в группе 2 и 5,7% в группе 1 ОШ=3,12 (95% ДИ 2,32–4,21; p<0,0001), а приступы затруднения дыхания – 10,6% (2) и 2,6% (1) ОШ=4,51(95% ДИ 2,98–6,85; p<0,0001). Диагноз БА имели 8,5% пациентов в группе 2 и 4,1% – в группе 1 ОШ=2,18 (95% ДИ 1,52–3,14; p<0,0001). Среди них приступы БА последние 12 месяцев отметили 65,6% (2) и 37,3% (1) соответственно ОШ=3,22 (95% ДИ 1,50–6,95), p<0,001) и принимали лекарства по поводу БА 60,0% (2) и 33,3% (1) ОШ=3,00 (95% ДИ 1,39–6,52; p=0,002).

Заключение: БА у респондентов в возрасте 25 лет и старше имеет большую распространённость и тяжесть клинических проявлений по сравнению с группой молодого возраста, что может быть связано с различиями в факторах риска.

254.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРИЧИНЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В 2014–2016 ГОДАХ

Автор: Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г.

Организация: ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва

Проведён анализ показателей заболеваемости и смертности населения Российской Федерации от болезней органов дыхания (БОД) в 2015–2016 гг.

Материал и методы: для исследования использована статистическая информация Минздрава России о заболеваемости взрослого населения в 2014–2015 гг. и Росстата о смертности населения Российской Федерации в 2014–2016 гг.

Результаты: общая заболеваемость (ОЗ) БОД в 2015 г. составляла 38648,7 случаев на 100 тысяч всего населения и превысила показатель ОЗ 2014 г. – 38198,9 случаев (p<0,001). ОЗ БОД взрослого населения не увеличилась и состави-

ла 19841,4 случаев в 2014 г. и 19888,8 случаев в 2015 г. (p=0,40) на 100 тыс. взрослого населения. Выявлена положительная тенденция снижения коэффициентов смертности населения по причине БОД с 54,5 в 2014 г. до 51,2 в 2015 г. (p=0,139) и 47,1 в 2016 г. (p<0,001). Несмотря на эпидемию гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в 2016 г., смертность населения от БОД уменьшилась на 7,9% (–5885 случаев): с 74839 случаев в 2015 г. до 68954 случаев в 2016 г. Смертельные исходы при гриппе и острых респираторных заболеваниях (ОРЗ) в 2016 г. достигли 1079 случаев по сравнению с 576 случаев в 2015 г. и 511 случаев в 2014 г. и были связаны с эпидемией гриппа. Увеличение смертности от гриппа не сопровождалось приростом смертности от пневмонии и других БОД.

Заключение: ОЗ БОД всего населения в 2015 г. увеличилась, но коэффициенты смертности от БОД имели тенденцию к снижению в 2015–2016 гг., что может указывать на повышение качества медицинской помощи и профилактики БОД, включающей вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции.

255.
ЧАСТОТА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Автор: Яковлева Л.П., Бурнашева А.У.

Организация: ГБУ Республики Саха (Якутия) «Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

Цель: изучить частоту первичной множественной (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) у больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) в Республике Саха (Якутия) с 2011 по 2016 гг.

Материалы и методы: Проведен анализ частоты МЛУ и ШЛУ у впервые выявленных взрослых больных ТОД с бактериовыделением в РС (Я), г. Якутске и районах в динамике за 2011–2016 гг. по данным полицевого регистра больных МЛУ ТБ.

Результаты: В РС (Я) доля бактериовыделителей среди впервые выявленных взрослых больных ТОД в 2016 г. по сравнению с 2011 г. несколько повысилась – с 55,5 до 56,4%. При этом в г. Якутске указанный показатель снизился с 64,3 до 58,3%, в районах увеличился с 49,4 до 54,6%. Доля впервые выявленных больных с МЛУ МБТ в 2011 г. в РС (Я) составляла 23,0% и превышала показатели РФ (15,5%) и ДФО (16,5%) соответственно в 1,5 и 1,4 раза. В 2016 г. указанный показатель повысился до 25,0%, что соответствует аналогичному показателю РФ (25,7%), но 1,1 раза выше показателя ДФО (23,4%). В г. Якутске за последние 5 лет доля больных ТОД с первичной МЛУ увеличилась в 1,5 раза – с 24,2 до 35,4%, в районах уменьшилась в 1,5 раза – с 21,9 до 14,9%.

В 2011 г. в РС (Я) регистрировано 2 случая с первичной ШЛУ возбудителя, что составило 0,5%. Оба случая отмечены в г. Якутске, где доля больных с первичной ШЛУ составила 1,1%. В 2016 г. выявлено 5 больных с ШЛУ возбудителя. Доля первичной ШЛУ МБТ в РС (Я) составила 1,7%, в г. Якутске 2,1%, в районах 1,4%.

Заключение: В РС (Я) доля МЛУ МБТ у впервые выявленных больных ТОД за 2011–2016 гг. увеличилась с 23,0 до 25,0% и соответствует аналогичному показателю РФ, но 1,1 раза выше показателя ДФО. В г. Якутске данный показатель увеличился в 1,5 раза, в районах уменьшился в 1,5 раза. Доля первичной ШЛУ у больных ТОД имеет тенденцию к росту.

256.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Автор: Московчук А.Ф. – 1, Болотникова В.А. – 1, Курьев С.В. – 2, Томша А.Н. – 2, Прокопишина Л.В. – 1, Симионика Ю.Д. – 1

Организация: ОМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк» – 1, Национальный Центр Менеджмента в Здравоохранении – 2, г. Кишинев, Республика Молдова

Во всем мире бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания и характеризуется снижением качества жизни, инвалидизацией пациентов трудоспособного возраста, смертностью и одновременным ростом экономических затрат.

Цель: изучить динамику показателей распространенности и смертности взрослого населения от бронхиальной астмы за 2012–2016 годы.

Материалы и методы: анализ официальной ежегодной статистической отчетности, данных медицинских свидетельств о смерти за указанный период.

Результаты: Проведенный анализ статистических данных выявил тенденцию роста распространенности бронхиальной астмы среди взрослого населения за указанный период на 5,9% и составил соответственно 21,3 на 10 тысяч взрослого населения в 2012 году и 24,3 – в 2016 году. Повышение показателя распространенности БА в значительной степени может быть связано с улучшением диагностики этой патологии. Проводимая в соответствии с рекомендациями GINA базисная терапия улучшила контроль течения заболевания, уменьшила потребность в госпитализации и привела к снижению показателя смертности взрослого населения Республики Молдова от бронхиальной астмы на 9,6%: с 1,1 в 2012 году до 1,0 на 100 тысяч взрослого населения в 2016 году. Полученные данные свидетельствуют и о снижении показателя смертности при БА лиц трудоспособного возраста с 0,2 в 2012 году до 0,1 на 100 тысяч соответствующего населения в 2016 г. Смертность детей (0–17 лет 11 месяцев 29 дней) в том же временном периоде не имела места.

Заключение: Снижение показателей смертности от БА обусловлено внедрением в лечебную практику адекватной терапии, основанной на международных и республиканских клинических рекомендациях.

257.
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОГО ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ В 2016 ГОДУ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Автор: Московчук А.Ф. – 1, Лукьян М.С. – 2, Колун Т.И. – 1, Доника А.Ф. – 1, Скалецкая В.В. – 1, Мартынюк К.И. – 1

Организация: ОМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк» – 1, Национальный Консилиум Установления Ограничения Возможностей и Трудоспособности – 2, г. Кишинев, Республика Молдова

Распространенность болезней органов дыхания (БОД) и связанные с этим трудопотери из-за стойкой утраты трудоспособности представляют серьезную медико-социальную проблему.

Цель: Определить характеристику функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности больных БОД в Республике Молдова.

Материалы и методы: Анализ данных официальной медицинской отчетности за 2016 г.

Результаты: В 2016 году показатель первичного выхода на инвалидность по заболеваниям бронхолегочной системы составил 7,64 на 100 тысяч взрослого населения. Среди причин первичного выхода на инвалидность БОД занимают 11-е место. Сравнение территориальных показателей выявило более высокий уровень инвалидности среди сельского населения (67,98 на 100 тысяч соответствующего населения), чем среди городских жителей (32,02). При анализе по возрастным категориям прослеживается преобладание лиц старше 40 лет (79,7%). По гендерному признаку мужчины составляли 58,77%, женщины – 41,23%. Ограничение возможностей с сохранившейся трудоспособностью (СТ) до 20% имело место в 0,9% (2 пациента) – тяжелое ограничение жизнедеятельности. Более чем у половины – 57,4% (131 пациент) – СТ составляла 25–40% – выраженное ограничение жизнедеятельности, у 41,7% (95 пациентов) СТ составляла 45–60% – средняя степень ограничения жизнедеятельности. В структуре первичного выхода на инвалидность по БОД ведущее место занимала бронхиальная астма – 43,8%. Доля первичного выхода на инвалидность по ХОБЛ составила 39,1%, бронхоэктатической болезни – 5,3%, интерстициальных заболеваний легких – 3,5%. другими заболеваниями легких – 8,3%.

Заключение: Медико-социальные последствия при БОД приводят к различной степени ограничения основных категорий жизнедеятельности, которые необходимо компенсировать в ходе реабилитационных мероприятий.

258. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И СТРАНАХ БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ

Автор: Ванькович А.А., Ромащенко Е.И., Бородина Г.Л.

Организация: Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель: анализ динамики эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Республике Беларусь в сравнении с соседними странами европейского региона ВОЗ (Россия, Украина, Польша, Литва, Латвия, Эстония) и Казахстаном на основе данных официальной статистики ВОЗ за 2000–2015 гг.

Результаты: Благодаря осуществлению государственных программ по борьбе с туберкулезом во всех анализируемых странах наблюдается значительное снижение заболеваемости туберкулёзом. Мировой пик заболеваемости туберкулезом в 2004 году практически совпал с максимальными показателями в Казахстане, России и Украине. В других странах региона пик заболеваемости был преодолен раньше. В Беларуси в 2015 году заболеваемость снизилась на 5% по сравнению с 2014 годом. Самая высокая заболеваемость наблюдалась в Казахстане в 2004 году (202 на 100000 населения), но к 2015 году показатели в Казахстане и Украине сравнялись (91 на 100000 населения). Самая низкая заболеваемость отмечается в Эстонии и Польше (18–19 на 100000 населения), которые близки к элиминации туберкулеза. По темпам снижения заболеваемости лидируют Казахстан, Латвия и Эстония.

На фоне стабилизации эпидемической ситуации, остаются нерешенными проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ – ТБ) и ВИЧ– ассоциированного туберкулеза. Во всех анализируемых странах кроме Польши (в 2015 г – 0,9%) отмечается значительное распространение МЛУ – ТБ: самый высокий уровень в Беларуси и Казахстане (в 2015 г – 67,3% и 56,2%). Доля ВИЧ–ТБ растет во всех анализируемых странах и в 2015 году колебалась от 1,9% пациентов в Польше до 24% и 22% в Латвии и Украине (3,36 раз). Однако смертность от ВИЧ-ТБ в Латвии в 3,36 раза ниже (1,4 и 4,7 на 100 00 населения), что свидетельствует о хорошей организации лечения данной категории пациентов.

РАЗНОЕ

259.
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С OVERLAP-СИНДРОМОМ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА-ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЛИКОПИРРОНИЕМ БРОМИДА

Автор: Трушина Е.Ю. – 1, Типикин В.А. – 1, Тарасеева Г.Н. – 2, Назарова Н.В. – 3, Автамонова Ю.Р. – 3, Бушуева Т.Г. – 3, Панова Е.Ю. – 3

Организация: ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза – 1, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – 2,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 4», Пенза – 3.

Цель исследования: изучить клинико-функциональные показатели у больных с overlap-синдромом: бронхиальная астма (БА) – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) на фоне терапии гликопирронием бромида.

Материалы и методы исследования: обследовано 27 пациентов, разделенные на 2 группы: 1 группа – пациенты (n=17), которые в дополнение к базисной терапии (β2-агонист длительного действия и ингаляционный глюкокортикостероид) получали гликопиррония бромид в суточной дозе 50 мкг один раз в сутки в течение 6 месяцев; 2- группа сравнения (n=10), получала только двойную базисную терапию. Проведено полное клинико-функциональное обследование, включающее исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с определением объема форсированного выдоха в секунду (ОФВ1%), использованы опросники: Asthma Control Test (ACT), Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT), модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета оценки одышки (mMRC), транзиторный индекс одышки (TDI). Обработка данных проводилась в программе «Statistica 6,0».

Результаты исследования: через 6 месяцев наблюдения на фоне включения гликопиронния бромида в терапию у пациентов отмечалось: повышение среднего балла по шкале TDI с 1,50 до 1,97 ($p \leq 0,05$), уменьшение степени одышки по данным опросника mMRC с 3,00 баллов до 1,50 баллов ($p \leq 0,05$), увеличение ОФВ1 на 68,00 мл ($p \leq 0,05$). Также улучшилось клиническое течение БА и ХОБЛ при оценке ACT-теста с 18,00 баллов до 24,00 баллов ($p \leq 0,05$) и опросника CAT с 15,00 баллов до 10,00 баллов ($p \leq 0,05$). Значимых различий по изучаемым параметрам в группе сравнения выявлено не было ($p \geq 0,05$).

Заключение: включение гликопиррония бромида в терапию больных с сочетанной патологией улучшает клинико-функциональные показатели и повышает качество жизни больных.

260.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Автор: Баимбетов Ф.Л., Фархутдинов Р.Р., Байнак О.В.

Организация: Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Целью настоящего исследования: было изучение влияния используемых методов лечения больных заболеваниями органов дыхания на различные показатели, характеризующие СРО. Использовались традиционные фармакологические препараты, а также немедикаментозные методы,– эфферентная терапия, в частности плазмаферез. Одним из методов оценки состояния СРО у больных использовали определение хемилюминесценции различных биологических жидкостей, с использованием хемилюминомера ХЛ 003. Показано, что у больных свободнорадикальное окисление в динамике развития хронического воспалительного процесса в легких претерпевает ряд стадий, являясь следствием протекания в организме больного первичного инфекционно-воспалительного процесса. Полученные клинические исследования позволяют предполагать, что как избыточное, так и недостаточное образование свободных радикалов, судя по показателям хемилюминесценции, влияет на течение легочных заболеваний. Определение повышенного уровня активации СРО требовало применения лекарственных препаратов, имеющих антиоксидантное действие, наличие же низкого уровня СРО – применения препаратов, обладающих прооксидантным действием.

Применение эфферентной терапии приводит к нормализации процессов СРО и коррекции уровня эндогенной интоксикации у больного.

Целесообразность применения эфферентной терапии имеет несколько кли-нических аспектов. Первый – использование в момент обострения приводило к более быстрому купированию проявлений заболевания. Второй – активная терапия в периоде, предшествующему сезонному обострению имеет профилактическое значение, снижая клинические проявления, возникающего ухудшения состояния больных.

261.
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗАМИ

Автор: Игнатова Г.Л., Антонов В.Н., Родионова О.В., Гребнева И.В., Блинова Е.В., Бельснер М.С.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, кафедра терапии ИДПО, г. Челябинск

Введение: Традиционно применяемые при лечении бронхоэктазов муколитики не всегда могут быть рекомендованы и имеют ограничения. Цель: Целью исследования проведение анализа эффективности комбинированного препарата гипертонического раствора NaCl 7% и гиалуроновой кислоты. Материал и методы: В исследование включено 7 пациентов с БЭБ (средний возраст 47,23±4,18) и 7 с ХОБЛ (средний возраст 58,35±5,14), со вторичными бронхоэктазами. Всем проведено

клинико-функциональное обследование: индекс одышки по MRC, SatO2, 6-минутный тест, ФВД, проведен расчет прогностического индекса BODE, проанализирован опросник SGRQ. Был назначен препарат Гианеб 5 мл ингаляционно. Период наблюдения – 2 месяца.

Результаты: За время наблюдения у пациентов в обеих группах наблюдалось улучшение общего состояния, подтвержденное анализом качества жизни по опроснику SGRQ. Зарегистрировано достоверное снижение показателей по всем доменам минимум на 4,2 балла (с 46,19 до 41,99), в том числе и по домену Total. Отмечается увеличение количества мокроты с первых ингаляций до 1.5 литров, с сохранением эффекта до 10 дней после прекращения ингаляций. При добавлении в терапию препарата Гианеб наблюдается стабилизация функциональных показателей ОФВ1 (48,66 (46,18;51,14) у пациентов с ХОБЛ, 66,26 (95 63,78;68,75) у больных с БЭБ и ОФВ1/ФЖЕЛ (42,15 (39,19;45,11) и 63,68 (61,12;66,45) соответственно), однако без статистически достоверных изменений. Прогностический индекс BODE уже ко второму месяцу наблюдения имеет статистически значимую тенденцию к уменьшению до 1,81 (1,32;2,31) по сравнению с исходным показателем 4,44 (3,91;4,98).

Выводы:

1. Ингаляции Гианеб 5 мл через небулайзер являются дополнительным эффективным инструментом ингаляционной терапии при наличии бронхоэктазов любой этиологии
2. Применение 7% гипертонического раствора NaCl с гиалуроновй кислотой можно рассматривать как вариант «неинвазивной санационной бронхоскопии»
3. Препарат имеет хороший профиль переносимости, не имеет выраженных побочных эффектов.

262. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТОВ

Автор: Столяров С.И. – 1, Григорьев В.Л. – 2

Организация: БУ «Республиканская клиническая больница» – 1, ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» – 2, Чебоксары

Цель: Изучить микробиологию гнойных медиастинитов.

Методы исследования: Проанализированы результаты микробиологических исследований из очага гнойного воспаления у 192 пациентов с острым гнойным медиастинитом (ОГМ) различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в БУ «Республиканская клиническая больница» за период 1985–2016 г г.

Результаты: Пациентов с первичным ОГМ было 101 (52,6%), с вторичным 91 (47,4%). В группе первичных медиастинитов микрофлора высеяна у 83(82,2%). По видам микроорганизмов: P.aeruginosa – 17 (20,1%), S.aureus – 11 (13,2%), S. α-hemolyticus – 11 (13,2%), E. cloacae – 10 (12%), E. faecales – 10 (12%), E. coli – 8 (9,6%), S. epidermidis – 7 (8,4%), A. baumanii – 2 (2,4%), P. mirabilis – 2 (2,4%), S. pneumoniae – 1 (1,2%), C. diversus – 1(1,2%), P. vulgaris – 1(1,2%), Candida – 1(1,2%), C. pseudodiphtheriticum – 1 (1,2%). В группе вторичных ОГМ микрофлора обнаружена у 84 (91,3%). Виды микроорганизмов: S. epidermidis – 19 (22,6%), S. α-hemoliticus – 14 (16,7%), S. aureus – 12 (14,3%), P. aeruginosa – 9(10,7%), A. baumanii – 9 (10,7%), E. coli – 8 (9,5%), E. faecales – 3 (3,6%), E. cloacae – 3 (3,6%), C. freundii – 2 (2,4%), Peptococcus – 1 (1,2%), Candida – 1 (1,2%), Neisseria – 1 (1,2%), C. cliversus – 1 (1,2%), K. pneumonie – 1 (1,2%). У 2/3 пациентов микрофлора была представлена в виде ассоциаций аэробных и анаэробных микроорганизмов.

В группе первичных ОГМ лидировала синегнойная палочка, вторичных – эпидермальный стафиллококк.

Заключение: При перфоративных формах ОГМ характер микрофлоры являлся отражением нормальной микрофлоры верхних дыхательных путей и ЖКТ. При вторичных ОГМ микрофлора была идентична флоре, выявляемой в первичных очагах поражения. Для улучшения результатов лечения пациентов с ОГМ необходимо совершенствование методик микробиологических исследований, сокращение их сроков, применение рациональных схем стартовой эмпирической антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

263.
КЛИНИКО-ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ

Автор: Смирнова-Саприцкая М.Ю. – 4, Осипова Г.Л. – 1, Оспельникова Т.П. – 2, Данилина Г.А. – 2, Гервазиева В.Б-.3, Конищева А.Ю. – 3, Сходова С.А. – 3, Бишева И.В. – 3, Андреева С.А-.2, Колодяжная Л.В. – 2, Панкратова В.Н. – 2, Пашкова Т.Л. – 1, Чучалин А.Г. – 1

Организация: 1 -ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России, г. Москва,
2 – ФГБУ «ФНИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России, г. Москва,
3 – ФГБНУ «НИИВС им.И.И.Мечникова » РАМН, г. Москва,
4 – ООО «МЦДП», г. Ярославль

В согласительном документе GINA 2014г впервые выделен самостоятельный синдром перекреста БА и ХОБЛ (СПБАХ) с распространенностью 15–55% с вариациями в зависимости от пола и возраста. Цель работы: изучить клинико-иммунобиологические показатели больных БА в сочетании с ХОБЛ. Обследованы 69 пациентов с обструктивными заболеваниями легких средней степени тяжести в период ремиссии: БА+ХОБЛ (n=48), ХОБЛ (n=12), БА (n=9). Диагноз установлен согласно критериям GINA 2011, COLD2011. Выделены клинические группы больных: I группа – ХОБЛ+БА (n=26), II группа- БА+ХОБЛ (n=22), III группа- ХОБЛ (n=12), IV группа- БА (n=9). В I и II группах по данным спирометрии у всех больных положительный бронхолитический тест с приростом ОФВ1 более 12%, у 80% пациентов – эозинофилия в мокроте, в клиническом анализе крови эозинофилия у 20% исследуемых, сопутствующие аллергические заболевания – более чем у 50% больных. Из показателей клеточного звена иммунитета значительно снижено содержание CD8, CD19 у пациентов в III и в IV группах. В I и II группах эти показатели были на нижней границе нормы. Выявлена недостаточность функциональной способности лейкоцитов по продукции (Ед/мл) α-ИФН: I группа-(84,1±14,5), II гр.-(157±14,4), III гр.– (97,27±15,4), IV гр.– (170±32,7); γ-ИФН: (10,45±0,83), (14,4±1,1), (11,64±1,57), (11,5±1,92) соответственно. В индуцированной мокроте таких больных выявляются провоспалительные цитокины: ИЛ-8, ИЛ1β, ИЛ-6, TGFβ1, ИФНα, ИФНγ. Во II группе-более высокие концентрации ИЛ8, TGFβ1, ИФНα, чем в I гр. ИЛ10 более выражен при сочетанной патологии. В сыворотке крови следует отметить более выраженные значения TGFβ1 и ИЛ8, указывающих на системный нейтрофильный характер воспаления, у больных в I гр. На фоне дисбаланса иммунитета выявлены в крови антигены к M. pneumoniae у 71% пациентов I и IV групп, у 50% больных II и III групп, а также высокая микробная колонизация в слизистой носа, в индуцированной мокроте Гр+ и Гр- микрофлоры (Str.pn., Str.haemol., St.aur., E.coli, Kl.pneum., Ps.aerug.и др.). Во всех 4х группах наблюдаются высокие уровни IgEспец. к Ag M.catarralis (80%-87%), однако в I и II группах у 48% больных выявлены IgEспец к Ag микроорганизмов: H.influenzae, E.coli, Ps.aeruginosae., Cladosporium.herb. В III и IV группах у 60% больных определяются IgEспец. к Ag Str.pneumoniae, в III группе в 70% случа-

ев- IgEспец к H.influenzae, в IV группе у50% больных- IgEспец. к Ag Pr.morgani. Оценка полученных данных может служить критерием выбора и эффективности противовоспалительной и иммунокорригирующей терапии.

264.
БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Кушаева М.Э. – 1, Анаев Э.Х. – 1, Рябоконь А.М. – 2, 3, Федорченко К.Ю. – 2, 3, Кононихин А.С. – 3, Попов И.А. – 3, Николаев Е.Н. – 3, Варфоломеев С.Д. – 2, 3, Чучалин А.Г. – 1

Организация: ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ – 1;
ФГБОУ ВО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова – 2; ФГБУН Институт биохимической физики имени Н.М. Эмануэля РАН – 3.

Бронхиальная астма (БА), пневмония и ХОБЛ относятся к социально значимым заболеваниям, распространенность которых неуклонно растет. Современная медицина придает важное значение поиску новых диагностических маркеров. Определение биомаркеров в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) позволяет оценить активность воспаления дыхательных путей. Анализ белкового состава КВВ – перспективный метод диагностики, позволяющий изучить патомеханизмы и выявить различные фенотипы легочных заболеваний.

Цель: изучить белковый состав КВВ у больных БА, пневмонией и ХОБЛ, оценить роль белковых биомаркеров в диагностике этих заболеваний.

Материал и методы: Нами обследовано 79 человек, в том числе 23 больных внебольничной пневмонией, 17 – БА, 19 – ХОБЛ, и 20 здоровых добровольцев. КВВ собирали стандартизованным методом с использованием аппарата ECoScreen. Образцы КВВ лиофилизировали, подвергали гидролизу трипсином, анализировали при помощи нанопоточной высокоэффективной жидкостной хроматографии и тандемной масс-спектрометрии.

Результаты: Протеомный анализ КВВ четырех обследованных групп выявил более 300 различных белков, большую часть из которых составили цитоскелетные кератины 1 и 2 типа. В образцах КВВ больных ХОБЛ и пневмонией обнаружены дермцидин, иммуноглобулин альфа, кининоген, цитоплазматический актин, сывороточный альбумин, цинк-альфа2-гликопротеин. Высокое содержание пероксиредоксина в КВВ больных ХОБЛ указывает на выраженный окислительный стресс при этой патологии. В образцах пациентов с пневмонией обнаружен высокий уровень белков острой фазы воспаления и гипоксии (аннексины А1, А2, цистатины М и В, фрагменты коллагенов и гистонов).

Выводы: В результате проведенного исследования нами обнаружено, что образцы КВВ групп здоровых добровольцев, а также больных ХОБЛ, пневмонией и БА имеют характерный белковый спектр. Большинство выявленных белков могут быть предложены в качестве панели для диагностики этих заболеваний.

265.
РЕСПИРАТОРНАЯ СИСТЕМА У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Автор: Шогенова Л.В., Черняк А.В., Науменко Ж.К, Неклюдова Г.В., Тубекова М.А, Апажева Д.Х, Айсанов З.Р., Чучалин А.Г.

Организация: Кафедра госпитальной терапии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА МЗ», ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА РФ г. Москва, Россия

Из 25 обследованных спортсменов сборной России по зимним видам спорта, 56,6% составили мужчины, 43.3% женщин. Средний возраст обследованных лиц 23,7±18 лет. Проведенные исследования показали, что респираторные симптомы присутствовали у всех спортсменов.

При анализе функциональных показателей в группе отобранных спортсменов обращает на себя внимание, что нарушения легочной вентиляции различной степени тяжести были выявлены у 3 спортсменов, что составляет 12% всех наблюдений: у 2 спортсменов нарушения были легкой степени и у 1 – умеренные обструктивные нарушения. Для оценки степени тяжести обструктивных нарушений использовали не отклонение ОФВ1 от должных значений, а отношение ОФВ1/ЖЕЛ (у спортсменов с ОФВ1 выше 90%долж.):

Для оценки БГР на первом этапе у всех спортсменов проводили бронходилатационный тест (БДТ) в соответствии с рекомендациями МОК и использованием стандартов ERS и ATS. Бронходилатационный тест был положительным у 4 спортсменов, отрицательным – у 21 спортсмена (относительный и абсолютный прирост ОФВ1 после ингаляции 400 мкг сальбутамола составил 13,7±1,5% и 608±102 мл и 3,4±2,6% и 148±122 мл, соответственно). Таким образом, БДТ позволил выявить наличие БГР у 4 спортсменов, которым в дальнейшем был выставлен диагноз бронхиальной астмы (впервые) и назначено соответствующее лечение.

Второй этап длился несколько дней: в один из дней проводили провокационный тест с метахолином (МХТ), в другой – нагрузочный тест на велоэргометре (НТ). МХТ был выполнен у 24 спортсменов, НТ – у 17 спортсменов.

Среди обследованных спортсменов тест с метахолином был положительным у 10 спортсменов, отрицательным – у 14. При отсутствии 20-% падения ОФВ1 после ингаляции максимальной концентрации метахолин хлорида (16 мг/мл) провокационную концентрацию, вызывающую 20-% падение ОФВ1 (ПК20), принимали равной 32 мг/мл. ПК20 и среднее падение ОФВ1 составили 2,7±1,5 мг/мл и 27,1±6,9%. 27,9±8,3 мг/мл и 13,4±7,2%, соответственно. Таким образом, МХТ позволил выявить наличие БГР у 10 спортсменов, у 3 из которых ранее был выявлен положительный БДТ. Были выявлены достоверные корреляционные связи между БГР к метахолину и возрастом ($R_{ВОЗРАСТ}$ = – 0,515, p=0,010), исходной легочной функцией ($R_{ФЖЕЛ}$ = 0,559, p=0,0045, $R_{ОФВ1}$ = 0,751, p=0,00002, $R_{СОС25-75}$ = 0,678, p=0,0003, $R_{ООЛ/ОЕЛ}$ = –0,671, p=0,0003), обратимостью после ингаляции 400 мкг сальбутамола ($R_{КБД}$ = –0,540, p=0,0064), максимальной вентиляцией при проведении нагрузочного теста ($R_{МОД}$ = 0,615, p=0,0442).

Для проведения провокационного теста с нагрузкой предварительно проводили кардио-респираторный нагрузочный тест с определением максимального потребления кислорода и мощности нагрузки. Тест для выявления БГР проводили с постоянной мощностью, составляющей 80% от ранее выявленной максимальной. Длительность нагрузки в среднем составила 8,4±1,5 мин, в диапазоне от 7 до 12 мин. НТ был отрицательным у всех спортсменов (изменение ОФВ1 в среднем по группе составило 0,2±2,4%долж.). Таким образом, НТ показал низкую чувствительность для выявле-

ния БГР, поэтому после анализа полученных данных от дальнейшего применения его в диагностическом алгоритме отказались.

Проведенные исследовании позволили определить чувствительность и специфичность каждого диагностического теста и выявили наибольшую точность МХТ (особенно с высокой концентрацией 8 мг/мл метахолин хлорида) для диагностики астмы у спортсменов высокой квалификации.

Проведенные исследования позволили выявить группу спортсменов с диагнозом бронхиальная астма (11 спортсменов или 44%). Обращает на себя внимание, что несмотря на то, что показатели бронхиальной проходимости у спортсменов с астмой оставались в пределах возрастной нормы, тем не менее, они были достоверно ниже по сравнению с аналогичными показателями в группе здоровых спортсменов. Кроме того, это приводило к достоверному увеличению доли остаточного объема легких в структуре общей емкости легких в группе спортсменов с астмой по сравнению со здоровыми спортсменами. Тогда как достоверных различий транспорта кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану (диффузионной способности легких) между группами выявлено не было.

266.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РОССИИ

Автор: Ненашева Н.М.1, Meyers A.2, Sun S.X.3, Morimoto Y.2, DiBonaventura M.2

Организация: 1 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Россия;
2 – Ipsos Healthcare, США; 3 – Teva Pharmaceuticals, США;

В России по оценкам экспертов распространенность бронхиальной астмы (БА) составляет 6-6,9% во взрослой популяции [1, 2]. В общей структуре заболевания выделяют 5-10% больных [3], имеющих подтвержденный диагноз астмы, компенсированных по сопутствующей патологии, но рефрактерных к стандартной терапии, включая назначение высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в сочетании с другими поддерживающими препаратами (и/или системными глюкокортикостероидами (СКС)) [4]. Это больные тяжелой астмой, у которых отмечается высокая частота обострений БА, незапланированных визитов к врачу, обращений за неотложной медицинской помощью и госпитализаций. На долю больных тяжелой БА приходится около 50% всех экономических затрат, связанных с заболеванием в целом [5].

Цель исследования: охарактеризовать группу больных тяжелой неконтролируемой БА, приняв во внимание клинико-анамнестические особенности заболевания, состояние функции внешнего дыхания и уровень эозинофилии периферической крови, выраженность коморбидной патологии, совокупную частоту обострений и их тяжесть, а также ассоциированное с заболеванием потребление ресурсов здравоохранения.

Методы исследования: Международной исследовательской компанией Ipsos Healthcare (США) выполнен ретроспективный анализ данных медицинских карт Российских больных тяжелой неконтролируемой БА в возрасте ≥18 лет, наблюдающихся у врачей пульмонологов и аллергологов на протяжении предшествующих 12 месяцев. Диагноз тяжелая неконтролируемая БА поставлен в соответствии с критериями GINA (пациенты, применявшие средние/высокие дозы ИГКС в комбинации с ß2-агонистами длительного действия, которые испытывают >2 эпизо-

дов дневных симптомов в неделю и ночные пробуждения, вынуждены применять >2 раз в неделю препараты для купирования симптомов и испытывают ограничение физической активности). Статистический анализ носил преимущественно описательный характер. Анализ включал расчет мер центральной тенденции для непрерывных переменных и частотных распределений для категориальных переменных. Данные представлены в виде m±SD, где m – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Результаты исследования: Всего проанализированы данные 128 пациентов с тяжелой неконтролируемой БА, полученные от 91 врача-специалиста из России (39.6% пульмонологи, 29.7% аллергологи и 30.8% пульмонологи/аллергологи).

Характеристика популяции: средний возраст больных составил 49±14 лет, 63,5% пациентов были женского пола, и 99,2% относились к белой расе. Средний возраст на момент постановки диагноза астмы составлял 43±14 лет. Средняя масса тела в группе составила 87.5±7.7 кг, а средний индекс массы тела – 30.6±2.4 кг/м2.

Анамнез курения и социальный статус: 81% участников на момент исследования были некурящие, 7.9% – безработные, 23,8% – пенсионеры.

Оценка эозинофилов крови: среди пациентов, имеющих ≥1 результатов исследования уровня эозинофилов периферической крови в течение предшествующих 12 месяцев (n=97), средний уровень эозинофилов составил ≥400 (626±130) клеток/мкл.

Клинико-анамнестическая характеристика больных: на момент впервые установленного диагноза астмы 81.7% пациентов испытывали эпизоды затрудненного дыхания, у 80.2% наблюдалась одышка после физической нагрузки, 55,6% жаловались на частый кашель, особенно ночью. Подавляющее большинство пациентов отмечали симптомы в дневное время ≥3 раз в неделю (79.4%). За анализируемые 12 месяцев в рамках исследования у 94,4% больных наблюдались ≥1 эпизодов ухудшения симптомов астмы, потребовавшие ≥3 дней приема пероральных СКС. Следует отметить, что 4,8% больных сообщили, что когда-либо подвергались искусственной вентиляции легких по поводу астмы. Среднее значение ОФВ1 составило 73% от должного среди пациентов с наличием результатов спирометрии за последние 24 месяца (95.2%).

Сопутствующая патология: среди наиболее распространенных сопутствующих заболеваний в исследуемой группе больных тяжелой БА следует отметить: хронические инфекции (у 59.5% пациентов), аллергический ринит (у 55.6% больных), ожирение (у 45.2% пациентов), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (у 39,7% больных) и синусит (у 23.8% пациентов).

Использование ресурсов здравоохранения: за анализируемые 12 месяцев в исследуемой группе больных тяжелой неконтролируемой БА средняя частота обращений за медицинской помощью в первичном звене здравоохранения в связи с симптомами астмы составила 3.9±1.4 в год; среднее число обращений к другим специалистам по поводу астмы – 2.4±1.1 в год; средняя частота обращений для оказания неотложной помощи по поводу приступа астмы – 2.3±1.3 в год; средняя частота госпитализаций – 0.7±0.8 в год.

Выводы: Проведенное исследование позволяет улучшить наше понимание реального ущерба, который несет тяжелая неконтролируемая астма как для самого больного, так и для общества в целом. Пациенты с тяжелой, неконтролируемой астмой в России характеризовались наличием различных коморбидных заболеваний, частыми обострениями и отличались высоким уровнем использования ресурсов здравоохранения. Обращает на себя внимание наличие эозинофилии крови ≥400 клеток/мкл у 100% больных в данной группе (среди имеющих хотя бы 1 резуль-

тат исследования уровня эозинофилов периферической крови за 12 месяцев). Это, вероятно, подчеркивает высокое значение эозинофильного воспаления как фактора риска тяжелого и неконтролируемого течения заболевания у обследованных пациентов.

267.
ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ МОЛЕКУЛЫ CD8 ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ

Автор: Соодаева С.К. – 1, Кубышева Н.И. – 2, Постникова Л.Б. – 3, Новиков В.В. – 4, Климанов И.А. – 1, Ли Т.В. – 5, Елисеева Т.И. – 6

Организация:
1 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва;
2 – Казанский Федеральный Университет, г. Казань;
3 – ГКБ № 38, г. Нижний Новгород;
4 – Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, г. Нижний Новгород;
5 – Центральная клиническая больница РАН, г. Москва;
6 – Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород.

Цель: Исследование содержания растворимых форм молекул CD8 (sCD8) в сыворотке крови и индуцированной мокроте у пациентов с ХОБЛ в фазу обострения.

Методы: Обследовано 70 пациентов в возрасте 44–69 лет (62 ± 4,8) с ХОБЛ I (n = 21), ХОБЛ II (n = 22) и III (n = 27) и 30 здоровых некурящих добровольцев. Концентрация растворимых форм молекул CD8 измерялась с использованием ИФА.

Результаты: Выявлено достоверное увеличение уровня sCD8 в сыворотке крови у пациентов с ХОБЛ I (775,1±105,2 U / мл, p = 0,04) и ХОБЛ II (684,1±47,1 ед / мл, p = 0,005) по сравнению с некурящими добровольцами (482,8±35,6 U / мл). Концентрация sCD8 в сыворотке крови при ХОБЛ III (502,1 ± 35,8 ед / мл) была ниже в 1,54 раза (p = 0,015) по сравнению со значениями при ХОБЛ I и в 1,4 раза (p = 0,003) по сравнению с ХОБЛ II, и не отличалась от контрольной группы. Содержание sCD8 в индуцированной мокроте у пациентов со стадией I и II ХОБЛ достоверно не отличалось от значений некурящих добровольцев (434,4 ± 53,2 ед/мл). Статистически значимое снижение уровня исследуемых молекул по сравнению с контролем, ХОБЛ I и ХОБЛ II было обнаружено при ХОБЛ III (280,7 ± 20,3 ед / мл, p <0,05). Отмечена положительная корреляция между ОФВ1, ОФВ1 / ФЖЕЛ и концентрацией sCD8 в сыворотке крови (r = 0,4 p = 0,01, r = 0,43 p = 0,002), и в индуцированной мокроте (r = 0,5 p = 0,01, r = 0,53 p = 0,01).

Заключение: Таким образом, прогрессирование бронхиальной обструкции у пациентов с ХОБЛ сопровождается изменением концентрации sCD8 как на системном, так и на местном уровне. Эти молекулы могут рассматриваться как дополнительные маркеры степени бронхиальной обструкции и тяжести заболевания при ХОБЛ.

268.
ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО МЕТАБОЛИЗМА

Автор: Соодаева С.К. – 1, 2, Запруднова Е.А. – 3, Щепетова Я.Е. – 3, Муракаева Л.Р. – 4, Климанов И.А. – 1, Глухова М.В. – 2, Украинцева М.В. – 5, Коновалова Г.М. – 5.

Организация:
1 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва;
2 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва,
3 – Владимирский государственный университет, г. Владимир;
4 – Центральная клиническая больница РАН, г. Москва;
5 – Сочинский государственный университет, г. Сочи.

Введение: Стресс, интенсивность, нерациональная организация учебного процесса, отсутствие системы работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни приводят к тому, что согласно статистическим данным только около 10% выпускников школ считаются здоровыми, а у 50% наблюдаются несколько хронических заболеваний. Интенсивная нагрузка в ходе учебного процесса может служить причиной инициации оксидативного стресса.

Цель работы: Изучение показателей свободнорадикального статуса при интенсивной учебной нагрузке у учащихся разных возрастов.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 2 группы. В первую группу входили школьники с 4 по 6 класс (возраст 11 ± 0,8 лет). Конденсат выдыхаемого воздуха (КВВ) был собран во время каникул и во время учебы после выполнения аттестационных работ. Вторая группа –студенты 4 курса (возраст 21,1± 0,6 лет). Конденсат был собран в начале учебного семестра и во время экзаменационной сессии. В КВВ проводилось исследование суммарной концентрации нитратов/нитритов – метаболитов оксида азота (NO), а также свободного железа, играющего ключевую роль в процессах свободнорадикального окисления.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что учебная нагрузка (включающая аттестационный стресс) вызывает усиление свободнорадикальных процессов в организме. Выявлено увеличение продукции метаболитов NO в КВВ при нагрузке у школьников в 3,4 раза ($p<0.05$) и в 4,5 раза ($p\leq0,05$) у студентов. Зарегистрировано также повышение уровня свободного железа при интенсификации учебной нагрузки в равной степени у студентов и школьников в среднем на 2 мкМ.

Заключение: Таким образом, интенсивная учебная нагрузка является стрессорным фактором, вызывающим усиление оксидативного метаболизма.

269.
АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ХОБЛ

Автор: Кубышева Н.И. – 1, Соодаева С.К. – 2, Постникова Л.Б.–3, Климанов И.А.–2, Ли Т.В. – 4, Попова Н.А. – 2, Елисеева Т.И. – 5.

Организация:
1 – Казанский Федеральный Университет, г. Казань,
2 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва,
3 – ГКБ № 38, г. Нижний Новгород,
4 – Центральная клиническая больница РАН, г. Москва,
5 – Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород.

Введение: В патогенетических механизмах ХОБЛ ключевая роль принадлежит нейтрофилам (Нф), способным генерировать активные формы кислорода (АФК).

Методы: Исследовано 70 пациентов в возрасте 44–69 лет (62±4,8) с ХОБЛ легкой (GOLD I) (n=21), средней (GOLD II) (n=22) и тяжелой степени тяжести (GOLD III) (n=27) и 30 здоровых некурящих добровольцев. Проведен анализ ассоциаций между показателями хемилюминесценции (ХЛ) Нф крови и параметром функции внешнего дыхания $ОФВ_1$ у пациентов с обострением ХОБЛ. Определялась интенсивность спонтанной (Ispont) и стимулированной зимозаном ХЛ Нф (Imax), коэффициента клеточной активности A=(Imax-Ispont)/Imax, периода индукции стимулированной ХЛ – T (мин).

Результаты: У пациентов с GOLD I и GOLD II наблюдалось увеличение Imax и Ispont нейтрофилов ($p<0.01$) по сравнению с контрольными значениями (0.08±0.01 и 0.006±0.003 отн.ед., соответственно). Кроме того, у этих пациентов было выявлено статистически значимое увеличение индукционного периода относительно группы здоровых некурящих добровольцев (16.2±1.5 мин, $p<0.05$). Снижение клеточной активности по сравнению с другими группами обследованных лиц наблюдалось у пациентов с GOLD III ($p<0.05$). Обнаружены позитивные связи между Ispont и процентным числом топических Нф у всех пациентов с ХОБЛ. У пациентов с GOLD I была установлена отрицательная корреляция между Imax и $ОФВ_1$ ($r=-0.37$; $p=0.038$), Ispont и $ОФВ_1$ ($r=-0.31$; $p=0.043$). При GOLD II обнаружена отрицательная связь между Imax и $ОФВ_1$ ($r=-0.42$; $p=0.041$). Умеренная положительная связь между Imax и $ОФВ_1$ ($r=+0.51$, $p=0.024$) и слабая отрицательная корреляция между Ispont и $ОФВ_1$ ($r=-0.29$; $p=0.047$) была зарегистрирована у пациентов с GOLD III.

Заключение: Использование хемилюминесцентного анализа нейтрофилов способствует выявлению соотношения функциональной активности этих клеток, а также прогрессирования топического воспаления и обструкции дыхательных путей у пациентов с ХОБЛ в зависимости от стадии заболевания.

270.
ИЗМЕНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СООТНОШЕНИЙ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ХОБЛ НА ФОНЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Автор: Климанов И.А. – 1, Соодаева С.К. – 1, 2, Попова Н.А. – 1,
Глухова М.В. – 2, Кубышева Н.И. – 3

Организация:
1 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва;
2 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва;
3 – Казанский Федеральный Университет, г. Казань;

Цель: Изучение корреляционных взаимосвязей между стабильными метаболитами оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) с ХОБЛ на фоне антиоксидантной терапии.

Материалы и методы: В исследование были включены 71 человек. Группа 1–28 ЛПА на ЧАЭС с ХОБЛ I ст. тяжести, группа 2–23 ЛПА на ЧАЭС с ХОБЛ II ст. тяжести. Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев. Во всех группах проводился сбор КВВ. В опытных группах сбор конденсата производился до и после курса антиоксидантной (АО) терапии N-ацетилцистеином в дозе 600 мг 1 раз в сутки в течение 30 дней. Суммарная концентрация нитратов и нитритов в КВВ, концентрации нитрат (NO_3^-) и нитрит (NO_2^-) анионов определялись спектрофотометрическим методом с применением реактива Грисса. Проведено исследование корреляционных отношений между содержанием NO_3^- и NO_2^- в КВВ на фоне АО терапии.

Результаты: выявлено, что концентрации и нитрат-, и нитрит- анионов в обеих опытных группах были достоверно повышены по сравнению с контрольными значениями. В группе контроля отмечена положительная корреляционная связь между изучаемыми показателями с r=0,98 (p=0,001) и линейным коэффициентом k=2,13 ($k=\{NO_3^-\}/\{NO_2^-\}$). Подобная зависимость ни в группе 1, ни в группе 2 до АО терапии не наблюдалась. Однако, на фоне АО терапии в группе 1 выявлена достоверная линейная корреляционная связь между уровнями NO_3^- и NO_2^- в КВВ с r=0,87 (p=0,003) с линейным коэффициентом k=2,5. При этом в ходе АО терапии не выявлено существенных изменений среднего уровня суммарной концентрации нитратов и нитритов в КВВ у пациентов с ХОБЛ.

Заключение: Изучение характера соотношений концентраций нитрат- и нитрит-анионов в КВВ, как отражение изменений цикла оксида азота, может служить маркером эффективности проводимой терапии.

271.
ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ВА) ПО ОТНОСИТЕЛЬНОМУ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (ОИМТ)

Автор: Елисеева Т.И. – 1, Геппе Н.А. – 2, Глухова М.В. – 2, Игнатов С.К. – 3, Муракаева Л.Р. – 4, Кравченко Н.Ю. – 5, Климанов И.А. – 5, Соодаева С.К.–2, 5.

Организация:
1 – Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород,
2 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва,
3 – Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, Н. Новгород,
4 – Центральная клиническая больница РАН, г. Москва,
5 – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва

Введение: Избыточная масса тела может негативно влиять на характеристики БА. Однако оценка нутритивного статуса у детей затруднена.

Материалы и методы: У 887 детей (655 мальчиков) с БА в возрасте от 5 лет (61 месяц) до 17 лет (215 месяцев), проведена оценка индекса массы тела (ИМТ) в соответствии со шкалой Z-score (ВОЗ), а также рассчитана ОИМТ, вычисленная как отношение измеренного ИМТ пациента к медианному значению ИМТ для данного пола и возраста (ВОЗ).

Результаты: Снижение ИМТ выявлено у 15.6% пациентов с БА (137/877): у 14,5% мальчиков (95/655) и у 18,1% девочек (42/232). Пациенты с БА с увеличенным ИМТ составили 29,3% (257/877): мальчики 30,4% (199/655), девочки 25% (58/232), что выше популяционных показателей. Распределение значений ОИМТ в общей выборке пациентов и среди мальчиков представляет собой сумму двух гауссовых кривых, R^2=0.99; вершина одной из них соответствует ОИМТ 0,97, вершина второй смещена в сторону повышения массы тела и соответствует ОИМТ 1,16. Среди девочек с БА распределение ОИМТ складывается из трех гауссовых компонент. Вершина одной из них смещена в сторону снижения нутритивного статуса и соответствует ОИМТ 0,87, вершина центральной соответствует ОИМТ 1,03, третья компонента смещена в сторону избыточной массы тела и соответствует ОИМТ 1,2.

Заключение: Использование ОИМТ у детей позволяет упростить анализ клинических данных и получить новую информацию, недоступную при использовании стандартных показателей.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Первые авторы тезисов XXVII Национального Конгресса по болезням органов дыхания

А

Абдуллаев Р.Ю. 149
Абишев М.Т. 92
Авдеев С.Н. 116
Аверенкова Н.С. 147
Аветисян Л.Р. 85
Автамонова Ю.Р. 218
Авчинко В.П. 143
Айсанов З.Р. 223
Аксенова К.И. 158
Александрова Е.Н. 53
Аллахвердиева Л.И. 46, 60
Алфимова О.С. 58, 133
Амелина Е.Л. 85, 89
Амирова Э.Ф. 114
Анаев Э.Х. 92, 222
Андреева Е.А. 196
Антонова Н.П. 156
Антонов В.Н. 51, 131, 219
Ардеева Л.Б. 63, 64
Артюшкин С.А. 63, 64
Архангельская Е.Е. 77
Архипов В.В. 190
Асадуллина Г.В. 108
Асатиани Н.З. 35
Аскалонова О.Ю. 155, 167, 168, 169
Астровко А.П. 142
Афиногенов К.И. 118
Афлятунова С.Ф. 108
Ахмадуллина Г.Х. 94, 137, 172
Ахтамянова А.Н. 26

Б

Бабаева И.Ю. 154
Бабина Е.А. 61
Багишева Н.В. 152, 163, 184, 185
Базилевич А.Ю. 37
Баимбетов Ф.Л. 219
Байнак О.В. 219
Байрамов Р.И. 145, 146
Байтурлин Ж.Г. 72
Бакенова Р.А. 72
Бардов В.С. 12, 37
Батурин В.А. 182
Бахирев А.М. 8
Башева С.А. 125, 179
Белов Б.С. 53
Белоглазов В.А. 34, 37
Белоус В.В. 62
Белоус Т.М. 62
Бельснер М.С. 219
Беляева С.Н. 29, 30
Бердникова И.И. 183
Бердников Р.Б. 144
Бердюгина А.В. 17, 188
Березовский Ю.С. 99
Беркинбаев С.Ф. 183
Бессонова А.С. 135, 188
Биктагиров Ю.И. 202, 203, 209
Биличенко Т.Н. 52, 213
Бисенова Н.М. 79, 80
Бишева И.В. 221
Блинова Е.В. 31, 219
Блонг К.В. 186
Бобылев А.А. 116
Бобылева Е.С. 109
Богданова А.В. 46, 60
Болотникова В.А. 61, 215
Болотова Е.В. 73, 105
Бомбизо В.А. 58
Бондаренко А.В. 58
Бондарь С.С. 91
Борисова А.И. 26
Бородина Г.Л. 13, 127, 129, 197, 216
Бородкина С.П. 152, 163, 184
Бородулина Е.А. 54
Брагина Т.В. 176
Братчикова О.С. 182
Бриткова Т.А. 46, 61
Брумару А.Г. 61
Брусин С.И. 9
Бугаева Л.И. 110
Будкарь Л.Н. 120
Бурнашева А.У. 214
Бутюгина И.Н. 81, 86, 88, 89
Буханова Д.В. 53
Бушуева Т.Г. 218
Бянкина М.Ю. 68

В

Вагина Ю.И. 13
Ванькович А.А. 216
Варфоломеев С.Д. 92, 222
Васильева Л.В. 24, 175, 180
Ватанская И.Ю. 23, 126
Вафина А.Р. 22, 174
Вахлевский В.В. 16

Ващилов С.В. 154
Вдоушкина Е.С. 54
Вельшикаев Р.К. 206
Веремчук Л.В. 28
Ветрова Е.Н. 69
Визель А.А. 22, 174
Визель И.Ю. 22, 174
Викторова И.Б. 55
Виткина Т.И. 69
Войцеховский В.В. 12, 37
Волков А.В. 53
Волошина А.А. 57
Волченко Н.Н. 204, 206
Воржева И.И. 68
Воронина О.Л. 85
Воронцова В.А. 52

Г

Габитова Д.М. 94, 137, 172
Галимова Е.С. 26
Галинурова Э.Р. 108
Гамзаева Р.И. 145
Гарас Н.Н. 48
Гатиятуллин Р.Ф. 47
Геппе Н.А. 230
Герасимов Л.Н. 149
Гилифанов Е.А. 63, 64
Гирей П.Д. 197
Гитель Е.П. 71
Глухова М.В. 227, 229, 230
Гнатюк М.Г. 62
Горбатых Е.В. 152, 163, 184, 185
Горбоконь Е.Ю. 156
Горбунов А.Ю. 109
Грачева О.Ю. 89
Гребнева И.В. 219
Григорьев В.Л. 220
Григорьев Ю.Г. 156, 158, 159
Гриневич А.Ф. 154
Гришин М.Н. 123
Груздева О.А. 52

Д

Данилина Г.А. 221
Дейкина О.Н. 156, 158
Денисова О.А. 129
Денисова Т.П. 124
Джамбекова Г.С. 39, 70
Джунусбекова Г.А. 183
Долгиева М.Н. 20
Доника А.Ф. 215
Донская А.В. 182
Досаева З.Р. 20
Дудченко Л.Ш. 29, 30

Е

Елисеева Т.И. 226, 228, 230
Емельянов А.В. 35
Ергалиева А.С. 79, 80
Ерихова С.М. 181, 183
Есетова Г.У. 183
Ефимов С.В. 181

Ж

Жарун Г.Н. 13
Жестков А.В. 202, 203, 209
Жоголев К.Д. 111, 112, 115
Жоголев С.Д. 111, 112, 115
Жук О.А. 182
Жукова О.В. 95, 96, 138
Журавель О.И. 58
Журкин М.А. 111, 112, 115
Жусупбекова Л.И. 92

З

Завражнов С.П. 156, 158, 159
Загидуллин Ш.З. 192
Запруднова Е.А. 227
Заремба С.В. 56
Заржецкая Л.В. 136
Зарубина Е.Г. 188
Захаров А.С. 156, 158, 159, 160
Здобникова С.Н. 151
Зейналова А.А. 107, 179
Землянских Л.Г. 130
Зенкина А.С. 7
Зильбер Э.К. 17
Зимина В.Н. 55
Зимонин П.Е. 155, 167, 168, 169
Знаменская Л.К. 34, 37, 67
Знахуренко А.А. 35
Зулкарнеев Р.Х. 192

И

Ибрагимова А.Р. 185
Ибрагимова М.Р. 185
Иванова О.Г. 152, 184
Иванов В.В. 111, 112, 115
Ивашкина Е.А. 136
Игнатова Г.Л. 31, 32, 51, 131, 193, 219
Игнатов С.К. 230
Ильясова Т.М. 172
Ирзаева А.Е. 145
Исаева Е.И. 69
Исмаилова Э.Н. 70
Ишмухаметова А.Н. 76, 187

К

Казак И.К. 20
Казакова И.В. 43
Казарин Д.Д. 46
Калмыкова Е.В. 10
Калугина С.М. 98
Камаев А.В. 65
Капитулин С.Ю. 166
Каприн А.Д. 204

Каратеев Д.Е. 53
Карпова Е.А. 120
Карпова Е.Г. 86
Карунас А.С. 47
Каторгин Н.А. 156, 158, 159
Кашапова А.Р. 108
Киреев С.В. 167
Клестер Е.Б. 17, 135, 188
Клестер К.В. 17, 135, 188
Климанов И.А. 224, 226, 227, 228, 229, 230
Кноринг Б.Е. 17
Ковалева А.С. 120
Ковальчук С.И. 29, 30
Кодь Р.Т. 156
Кожемяченко Е.Н. 29, 30
Козлитин Д.Ю. 182
Колодкина Ю.В. 16
Колодяжная Л.В. 221
Колос А.И. 72
Колпаков М.В. 105
Колун Т.И. 215
Комарова М.Л. 133
Комиссарова О.Г. 149
Кондратьева О.Д. 212
Конищева А.Ю. 221
Коновалова Г.М. 227
Кононихин А.С. 92, 222
Корниенко С.В. 151
Корымасов Е.А. 209
Кострова И.В. 7
Кострюкова Л.Н. 13
Косякова Н.И. 40, 172
Кравец С.Л. 179
Кравченко Н.Ю. 230
Кранковская Д.С. 115
Красовский С.А. 81, 84, 85, 86, 88, 89, 90
Кривонос П.С. 115, 143, 154
Кривошеева Ж.И. 115, 142, 143
Кривощёков Е.П. 209
Круглякова Л.В. 106, 108, 110
Кругляков С.В. 106
Крылова Ю.Г. 122
Крюк М.А. 107
Кубышева Н.И. 224, 227, 228, 229
Кудрявцева Ю.Л. 204
Кудряшова Л.Н. 94
Кузнецова М.Ф. 209
Кузнецова О.Ю. 196
Курьев С.В. 215
Кутелев Г.Г. 181
Кучер О.И. 26
Кушаева М.Э. 92, 222

Л

Лазарев А.А. 190
Лазаренко Л.Л. 12, 37
Лазуткина Е.Л. 12, 37
Лазуткин Н.Н. 12, 37
Лапштаев В.А. 167
Латыпова Г.К. 187
Латыпова Н.А. 92
Лашина Е.Л. 120
Левин А.В. 155, 167, 168, 169
Левченко М.В. 162
Леднева В.С. 83
Лекомцева О.И. 46
Леонова Е.И. 11
Лепеха Л.Н. 98, 99
Лепухова О.А. 24
Лешенкова Е.В. 35
Лизенко М.В. 8, 19
Лиманов А.Е. 56, 166, 167
Листопадова М.В. 124
Ли Т.В. 224, 227, 228
Литвинова Е.С. 124
Логвиненко Н.И. 33, 189
Логинов Л.Е. 209
Лукина Г.В. 53
Лукина О.И. 117
Лукьян М.С. 215
Ляшенко Н.Л. 65

М

Магзумова Г.Е. 92
Макарова Е.А. 32
Малыхин Ф.Т. 182
Маменко И.С. 206
Мамлеева А.Р. 43
Мановицкая Н.В. 73, 144
Маркелова О.А. 17
Маркова Е.В. 108
Маркова О.М. 86
Мартынюк К.И. 215
Марчук Д.А. 129
Масликова Г.Г. 29, 30
Маслова Т.А. 197
Мачкалян К.Э. 209
Медведев А.А. 166
Мельник А.В. 33, 189
Меньшиков А.А. 58
Минеева Е.Е. 28
Мисюн В.Р. 144
Михайлова О.В. 13
Михеева К.Ю. 43
Михеева Н.Л. 107
Мишина А.В. 158, 159, 161, 162
Мишин В.Ю. 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162
Моисеева И.Е. 196
Моисеев В.С. 117
Моногарова Н.Е. 24, 107, 179
Мордвинов С.А. 56, 166, 167
Мордык А.В. 163, 184, 185
Мордык Д.И. 152, 163, 185
Морозкина Н.С. 143

Морозова О.В. 69
Морозов И.А. 158, 160
Московчук А.Ф. 61, 215
Муракаева Л.Р. 224, 227, 230
Мурзина Р.Р. 47
Мусажанова Р.А. 87
Мустафаев И.А. 46, 60
Мустафина Ю.Н. 26
Мякоткина Г.В. 23

Н

Нагайцев В.М. 200
Нагиева У.Б. 145
Назарова Н.В. 218
Нарышкина С.В. 108, 177, 191
Нашатырева М.С. 75
Невзорова В.А. 63, 64
Неклюдова Г.В. 223
Ненашева Н.М. 21, 134
Нерадько В.О. 142
Никитин А.В. 24
Никитина Л.Ю. 224
Никитина О.В. 86
Никитин В.А. 175, 180
Никитин С.С. 98
Николаев А.Л. 204, 206
Николаев Е.Н. 92, 222
Новиков А.А. 53
Новиков В.В. 226
Новиков М.В. 134
Ножкина Н.В. 119

О

Обухова Т.Ю. 120
Овсянников А.Г. 134
Овсянников Е.С. 9
Овчаренко С.И. 176
Оленицкая Е.С. 23
Осипова Г.Л. 221
Оспельникова Т.П. 69, 221

П

Павленко В.И. 177
Пальчикова И.А. 129
Паначева Л.А. 181, 183
Паневская Г.Н. 37, 67
Панкратова В.Н. 221
Панова Е.Ю. 218
Панфилов В.И. 197
Пачерских Ф.Н. 78
Пашкова Т.Л. 221
Петраковская В.А. 186
Петри А.К. 167
Петров А.А. 117
Петрова Д.В. 16
Петрова С.Н. 61
Петров Д.Д. 158, 159, 160, 161
Петровский И.Б. 73
Петрушин М.А. 57
Пикин О.В. 206
Пилькевич Д.Н. 144
Пирогова М.Е. 29, 30
ПНЕВМОНИЯ 6
Победенная Г.П. 13
Поваляев Д.В. 16, 209
Погребецкая В.А. 127
Поздеева Н.В. 152
Поздеева Э.Д. 172
Поздеев И.В. 209
Попенко Ю.О. 34
Попов А.В. 175, 180
Попова Л.А. 10, 165
Попова Н.А. 147, 228, 229
Попов И.А. 92, 222
Попонина Т.М. 129
Постникова Л.Б. 118, 224, 226, 228
Потапчук А.А. 122
Похазникова М.А. 196
Прибылова Н.Н. 58, 133, 134, 197
Приходько О.Б. 7
Провоторов В.М. 25
Прокопишина Л.В. 215
Пурлик И.Л. 129

Р

Рамазанова У.Т. 92
Рачина С.А. 116, 117
Реброва С.А. 35
Ревунова Н.В. 23
Резова Н.В. 9
Ремезов Р.И. 73
Решетникова Л.К. 106, 110
Ровинец Н.А. 129
Родионова О.В. 219
Романов В.В. 161
Ромащенко Е.И. 216
Рослая Н.А. 119
Рощев И.П. 56, 166, 167
Рыбалкина М.Г. 86
Рыжкова С.А. 203
Рымонова И.В. 161
Рябова А.Ю. 77
Рябоконь А.М. 92, 222

С

Савельев О.Г. 57
Савченко В.М. 123
Садретдинова Л.Д. 137
Садрицкая Я.В. 24, 179
Сайфулин М.Х. 147
Сакович Р.А. 129
Салахова И.Н. 22, 174
Самигуллина Н.В. 43
САРКОИДОЗ 6
Сафарова А.Ф. 117
Седов В.К. 56, 166, 167

Семендяева А.В. 24, 179
Семенова Л.А. 99
Сергеева Г.Р. 35
Серов А.Н. 9
Сивокозов И.В. 99
Сидлецкая К.А. 69
Сидорец В.М. 134
Симионика Ю.Д. 215
Сиротин В.И. 14
Скалецкая В.В. 215
Скачкова М.А. 86
Скиба Т.А. 14
Скрягина Е.М. 142
Смотрова А.А. 16, 209
Собкин А.Л. 160, 161
Соколова Н.А. 23
Соколов В.В. 204, 206, 207
Соколов Д.В. 204, 206, 207
Солуянова И.П. 106
Соодаева С.К. 224, 226, 227, 228, 229, 230
Стародубцева И.А. 175
Старченко И.Ю. 57
Степанов О.В. 206
Столяров С.И. 169, 170, 220
Стрекозова И.П. 23, 126
Струнина А.А. 204
Суворова Е.В. 109
Сулима М.В. 106, 108, 110
Сходова С.А. 221
Сынгаевская О.П. 48

Т

Табанакова И.А. 206
Танченко О.А. 191
Тарасеева Г.Н. 218
Тарасова Г.М. 53
Тарасова Л.Г. 141, 147
Татарский А.Р. 185
Ташпулатова Ф.К. 153
Телегина Л.В. 204, 206, 207
Теплова Н.Н. 152
Тилик Т.В. 63, 64
Типикин В.А. 218
Титова Е.А. 104
Титова З.А. 104
Титова Л.А. 180
Титова О.Н. 46
Тихонова Е.В. 193
Томша А.Н. 215
Трегубова К.В. 142
Третьяков С.В. 132
Трофименко И.Н. 75
Трофимов В.И. 122
Трусова О.В. 65
Труфанова Г.Ю. 57
Трушина Е.Ю. 218
Тубекова М.А. 213
Тульчинская А.В. 119
Туровская Т.В. 123
Тусупбекова М.М. 72
Тюлькова Т.Е. 144

У

Убайдуллаев А.М. 39
Убайдуллаева Н.Н. 39
Уварова А.В. 52
Узакова Ш.Б. 87
Украинцева М.В. 227
Ульянова Л.В. 83
Усачева М.В. 84, 85
Усачёва М.В. 86
Устинов В.Г. 56

Ф

Файзуллина Р.М. 43
Фархутдинов Р.Р. 219
Фархутдинов У.Р. 114
Федорова Ю.Ю. 47
Федорченко К.Ю. 92, 222
Федченко Л.И. 148
Филатова Ю.И. 25
Филатова Ю.С. 9
Фисенко В.П. 71
Форсикова Н.Г. 182
Фролова Е.А. 176

Х

Хадарцев А.А. 91
Халецкая М.А. 115
Ханин А.Л. 55, 125, 148, 179
Харитонов М.А. 111, 112, 115
Хасиев Н.Д. 111, 112, 115
Херехов И.В. 91
Хомова Н.А. 148
Хороненко В.Э. 207
Хусаинова Г.Р. 108
Хусаинова Л.Н. 76
Хуснутдинова Э.К. 47
Хуторная О.В. 48

Ц

Цеймах Е.А. 58, 155, 167, 168, 169
Цеймах И.Я. 199, 200
Циунчик А.А. 197
Цыбикова Э.Б. 150

Ч

Червинская Н.Е. 151
Черкасова М.В. 53
Черкашин Д.В. 181
Черников А.Ю. 130
Черногорюк Г.Э. 129
Чернуха М.Ю. 85
Чернявская Г.М. 129
Черняк А.В. 223
Черняк Б.А. 68, 75

Чичкова Н.В. 71
Чумаченко Г.В. 154
Чучалин А.Г. 92, 213, 221, 222, 223
Чушкин М.И. 10, 165

Ш

Шабанов Е.А. 58, 133, 134, 136, 197
Шагинян И.А. 85
Шадчнева Н.А. 37, 67
Шалаева И.В. 24
Шалимов П.Г. 43
Шамсиев Ф.М. 87
Шарова Н.В. 181
Шахмаметов Г.Р. 192
Шашина М.М. 77
Шевцова А.Н. 13
Шевцова В.И. 178
Шевчик М.Н. 13
Шилец Ю.Г. 144
Шинкаренко И.В. 61
Шмонина О.Г. 120
Шогенова Л.В. 223
Шойхет Я.Н. 56, 166, 167, 199, 200
Шпагина Л.А. 181, 183
Штейнер М.Л. 202, 203, 209
Шульженко Л.В. 73, 105

Щ

Щепетова Я.Е. 227

Э

Эйрих А.Р. 104
Эргешов А.Э. 161, 162
Эрдес Ш.Ф. 53

Ю

Юдкина Н.Н. 53
Юсупалиева М.М. 123

Я

Явгильдина А.М. 76, 187
Яворская Э.Ф. 61
Яворский К.М. 61
Яковлева Л.П. 212, 214
Ярцева С.В. 15

СОДЕРЖАНИЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. ФАКТОРЫ РИСКА ОТСУТСТВИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У КУРЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ
Зенкина А.С., Приходько О.Б., Кострова И.В. 7

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. МОДИФИКАЦИЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ФОСФОЛИПИДОВ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ФЭ) КРОВИ И ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛНП) ПРИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ
Бахирев А.М., Лизенко М.В.. 8

3. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТУССОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ КАШЛЕМ
Овсянников Е.С., Резова Н.В. 9

4. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Брусин С.И., Филатова Ю.С., Серов А.Н. 9

5. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Попова Л.А., Чушкин М.И., Калмыкова Е.В.. 10

6. ФЕНОТИП ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Леонова Е.И.. 11

7. БРОНХОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТА ОЛОДАТЕРОЛ/ТИОТРОПИЯ БРОМИД У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазуткин Н.Н., Лазаренко Л.Л., Бардов В.С. 12

8. ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ВНЕЛЕГОЧНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ
Жарун Г.Н., Шевчик М.Н., Бородина Г.Л., Михайлова О.В. 13

9. ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Победенная Г.П., Вагина Ю.И., Кострюкова Л.Н., Шевцова А.Н. 13

10.
СОСТОЯНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ, И НАПРАВЛЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ
Скиба Т.А., Сиротин В.И. 14

11.
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Ярцева С.В. 15

12.
ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛОР ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ
Поваляев Д.В., Смотрова А.А., Петрова Д.В., Вахлевский В.В., Колодкина Ю.В. 16

13.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Клестер Е.Б., Клестер К.В., Бердюгина А.В. 17

14.
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АЛЛЕРГИИ У ГЕНЕТИЧЕСКИ СХОДНОЙ ПОПУЛЯЦИИ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ (РОССИЙСКАЯ КАРЕЛИЯ И СЕВЕРНАЯ КАРЕЛИЯ – ФИНЛЯНДИЯ)
Зильбер Э.К., Маркелова О.А., Кноринг Б.Е. 17

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

15.
ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ (ЖК) ЛИПОПРОТЕИНОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛПВП), КАК ИНДИКАТОР РАЗНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
Лизенко М.В., Бахирев А.М 19

16.
АСТ-ТЕСТ В ОЦЕНКЕ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Казак И.К., Долгиева М.Н., Досаева З.Р. 20

17.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РОССИИ
Ненашева Н.М., Meyers A., Sun S.X3, Morimoto Y., DiBonaventura M. 21

18.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ КАЗАНИ
Вафина А.Р., Салахова И.Н., Визель И.Ю., Визель А.А. 22

19.
НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА
У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Ватанская И.Ю., Мякоткина Г.В.,
Соколова Н.А. Стрекозова И.П., Ревунова Н.В. 23

20.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ
ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫХ
ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Никитин А.В., Васильева Л.В., Лепухова О.А. 24

21.
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА
КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Моногарова Н.Е., Семендяева А.В., Шалаева И.В., Садрицкая Я.В. 24

22.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ
ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Провоторов В.М., Филатова Ю.И. 25

23.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ
Борисова А.И., Галимова Е.С., Кучер О.И., Ахтамянова А.Н. 26

24.
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Борисова А.И., Галимова Е.С., Кучер О.И., Мустафина Ю.Н. 26

25.
ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ И КОМБИНИРОВАННОЙ
ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Кулбаисов А. М., Полумордвинцева Т. В. 27

26.
ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО
ДЫХАНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Веремчук Л.В., Минеева Е.Е. 28

27.
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУННОГО
ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
В.И. Купаев, М.С. Нурдина 28

28.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО
ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ЮЖНОМ
БЕРЕГУ КРЫМА В РАЗЛИЧНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА
Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Ковальчук С.И., Масликова Г.Г.,
Кожемяченко Е.Н., Пирогова М.Е. 29

29.
ФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА КУРОРТЕ (РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА)
Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Масликова Г.Г., Ковальчук С.И., Кожемяченко Е.Н. 30

30.
ВЛИЯНИЕ ОСНОВНЫХ БИОПОЛЛЮТАНТОВ ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Пирогова М.Е. 30

31.
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИ-IGE-ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Игнатова Г.Л., Блинова Е.В.. 31

32.
АНАЛИЗ УРОВНЯ ЛЕПТИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Игнатова Г.Л., Макарова Е.А.. 32

33.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Мельник А.В.–1, Логвиненко Н.И. 33

34.
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА-ХОБЛ OVERLAP SYNDROM
Ишмухаметова А.Н., Гилязова Э.А. 33

35.
ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ЭНДОТОКСИН У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Белоглазов В.А., Знаменская Л.К., Попенко Ю.О. 34

36.
СТАБИЛЬНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В., Знахуренко А.А., Реброва С.А., Асатиани Н.З.. 35

37.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Г.П. Победенная, Т.А. Скиба, Е.С. Штыка, Т.В. Колесниченко 36

38.
ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА ДОСТАВОЧНОГО УСТРОЙСТВА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ
Белоглазов В.А., Знаменская Л.К., Шадчнева Н.А., Паневская Г.Н.. 37

39.
КОРРЕКЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОГЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазуткин Н.Н., Лазаренко Л.Л., Базилевич А.Ю., Бардов В.С. 37

40.
БИОМАРКЕРЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
Н. Асатиани, Г.Р Сергеева, А.В. Емельянов. 38

41.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В УЗБЕКИСТАНЕ
Убайдуллаев А.М., Джамбекова Г.С., Убайдуллаева Н.Н. 39

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

42.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Косякова Н.И.. 40

43.
ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗОАНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ
Мокина Н.А., Гудкова М.А, Иванова В.Н., Горяинов Ю.А. 41

44.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ
Мокина Н.А., Мазур Л.И., Гудкова М.А, Иванова В.Н., Горяинов Ю.А.. 41

45.
ДЕБЮТ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Самигуллина Н.В., Файзуллина Р.М., Казакова И.В., Мамлеева А.Р., Шалимов П.Г., Михеева К.Ю. 42

46.
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Самигуллина Н.В., Файзуллина Р.М., Казакова И.В., Мамлеева А.Р., Шалимов П.Г. 43

47.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ
Мазур Л.И., Мокина Н.А., Гудкова М.А., Иванова В.Н. 44

48.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА
Мазур Л.И., Мокина Н.А., Гудкова М.А., Иванова В.Н. 45

49.
ОСОБЕННОСТИ ВИРУСИНДУЦИРОВАННЫХ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Бриткова Т.А., Лекомцева О.И., Казарин Д.Д. 45

50.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Мустафаев И.А., Аллахвердиева Л.И., Богданова А.В., Титова О.Н. 46

51.
ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ БЕТА2-АГОНИСТОВ, В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Карунас А.С., Федорова Ю.Ю., Мурзина Р.Р., Гатиятуллин Р.Ф., Хуснутдинова Э.К.. 47

52.
ПОКАЗАТЕЛИ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ У ШКОЛЬНИКОВ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗНЫМ ВРЕМЕНЕМ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ
Гарас Н.Н., Хуторная О.В., Сынгаевская О.П. 48

53.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Таджиханова Д.П. 49

54.
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА И ДИСБАЛАНС МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
Шамсиев Ф.М. , Каримова Н.И., Авезова З.Ш. 49

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

55.
4 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ КОНЪЮГИРОВАННОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ
Игнатова Г.Л., Антонов В.Н. 51

56.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ГРИППОМ И ПНЕВМОНИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА
Груздева О.А., Биличенко Т.Н., Воронцова В.А., Уварова А.В. 52

57.
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)
Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Черкасова М.В., Каратеев Д.Е., Лучихина, Е.Л. Лукина Г.В., Эрдес Ш.Ф., Волков А.В., Юдкина Н.Н. 53

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

58.
ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Бородулина Е.А., Вдоушкина Е.С. 54

59.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (ПО ДАННЫМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. НОВОКУЗНЕЦКА)
Викторова И.Б., Ханин А.Л., Зимина В.Н. 55

ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

60.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ И ГАНГРЕН ЛЕГКИХ
Рощев И.П., Шойхет Я.Н., Заремба С.В., Лиманов А.Е., Мордвинов С.А. Седов В.К., Устинов В.Г. 56

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

61.
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ПЕРКУССИОННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГАЗООБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ
Петрушин М.А., Труфанова Г.Ю., Волошина А.А., Старченко И.Ю., Савельев О.Г.. 57

62.
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Алфимова О.С., Журавель О.И. 58

63.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ С ДОМИНИРУЮЩЕЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ
Цеймах Е.А., Бондаренко А.В., Меньшиков А.А., Бомбизо В.А. 58

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

64.
КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ БРОНХИОЛИТОМ
Мустафаев И.А., Аллахвердиева Л.И., Богданова А.В. 60

65.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ
Яворский К.М., Шинкаренко И.В., Яворская Э.Ф., Болотникова В.А., Московчук А.Ф., Брумару А.Г. 61

66.
ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ
Бриткова Т.А., Петрова С.Н., Бабина Е.А. 61

67.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ В МОКРОТЕ
Белоус Т.М., Белоус В.В., Гнатюк М.Г. 62

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

68.
ПАТОЛОГИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ЛИЦ С ХОБЛ
Гилифанов Е.А., Невзорова В.А., Артюшкин С.А., Тилик Т.В., Ардеева Л.Б. 63

69.
ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХОБЛ В ПЕРИОД СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ
Гилифанов Е.А., Невзорова В.А., Артюшкин С.А., Тилик Т.В., Ардеева Л.Б. 64

70.
НАЗАЛЬНЫЕ ФИЛЬТРЫ В ТЕРАПИИ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ
Камаев А.В., Трусова О.В., Ляшенко Н.Л. 65

71.
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАШЛЯ
Копылов А. Н., Тихонова А. Г., Хамитов Р.Ф., Сергеев В. А., Якупова А.Ф. 65

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

72.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ КОНТРАСТНЫХ РЕГИОНАХ КРЫМА
Знаменская Л.К., Паневская Г.Н., Шадчнева Н.А. 67

73.
ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Воржева И.И., Хашкина Л.А, Бянкина М.Ю., Черняк Б.А. 68

74.
ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО IL-4 И ЭКСПРЕССИИ CD124 НА Т-ХЕЛПЕРАХ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Виткина Т.И., Сидлецкая К.А.. 69

75.
ДИСБАЛАНС ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Исаева Е.И., Морозова О.В., Ветрова Е.Н., Оспельникова Т.П., ... 69

76.
ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ПРОФИЛЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ПЫЛЬЦЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ
Victoria Garib., Джамбекова Г.С., Исмаилова Э.Н.. 70

77.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО IGE СЫВОРОТКИ КРОВИ, CD23+-ЛИМФОЦИТОВ И ЭОЗИНОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
Чичкова Н.В., Фисенко В.П., Гитель Е.П. 71

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

78.
БИОПСИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ
Бакенова Р.А., Тусупбекова М.М., Байтурлин Ж.Г., Колос А.И. 72

79.
ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Болотова Е.В., Шульженко Л.В.. 73

80.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ
Мановицкая Н.В., Петровский И.Б., Ремезов Р.И. 73

81.
ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ AGT, TGFB1, ESR1 И VDR НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ И САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Улитина А.С., Новикова Л.Н., Илькович Ю.М., Баранова О.П., Макарова Т.В., Волкова Е.В., Пчелина С.Н., Илькович М.М., Дубина М.В. 74

82.
МАСКИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА Г. ИРКУТСКА
Нашатырева М.С., Трофименко И.Н., Черняк Б.А.. 75

83.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВАРИАНТА МОЛНИЕНОСНОГО ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА
Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Хусаинова Л.Н.. 76

84.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА
Шаповалова Т.Г, Эльсаев И, Рябова А.Ю., Шашина М.М., Архангельская Е.Е. 77

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

85.
АНГИОСЕМИОТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ
Пачерских Ф.Н. 78

МИКРОБИОЛОГИЯ

86.
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
Бисенова Н.М., Ергалиева А.С.. 79

87.
ТРЕЗИСТЕНТНОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ШТАММОВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ
Бисенова Н.М., Ергалиева А.С.. 80

88.
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ МОКРОТЫ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОРГАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ
Бисенова Н.М., Ергалиева А.С.. 80

89.
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Красовский С.А., Бутюгина И.Н. 81

МУКОВИСЦИДОЗ

90.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ПАТОГЕНАМИ
Ульянова Л.В., Леднева В.С. 83

91.
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ BURKHOLDERIA CENOCEPACIA ST709
Усачева М.В., Красовский С.А... 84

92.
ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ БАКТЕРИЙ BURKHOLDERIA CEPACIA COMPLEX НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Усачева М.В., Красовский С.А., Амелина Е.Л., Шагинян И.А., Чернуха М.Ю., Аветисян Л.Р., Воронина О.Л. 85

93.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ
Скачкова М.А., Карпова Е.Г., Рыбалкина М.Г., Маркова О.М., Никитина О.В. 86

94.
СОВМЕСТНАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА S.MALTOPHILIA И ASPERGILLUS SPP. У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Красовский С.А., Усачёва М.В., Бутюгина И.Н., Амелина Е.Л 86

95.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б. 87

96.
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛИСТИНА ВНУТРИВЕННО В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Красовский С.А., Бутюгина И.Н. 88

97.
СОВМЕСТНОЕ ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХ БЕТА-ЛАКТАМНЫХ АНТИБИОТИКОВ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Красовский С.А., Бутюгина И.Н., Амелина Е.Л., Усачева, Грачева О.Ю. 89

98.
ГИАНЕБ СНИЖАЕТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОГО ТОБРАМИЦИНА
Красовский С.А. 90

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

99.
НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ МЕТОДОМ АКТИВНОЙ РАДИОМЕТРИИ
Бондарь С.С., Хадарцев А.А., Херехов И.В. 91

100.
КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРИ СТАНДАРТНОМ И ИНДУЦИРОВАННОМ СПОСОБАХ СБОРА МОКРОТЫ
Латыпова Н.А., Рамазанова У.Т., Абишев М.Т., Магзумова Г.Е., Жусупбекова Л.И. 92

101.
БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
Кушаева М.Э., Рябоконь А.М., Федорченко К.Ю., Кононихин А.С., Попов И.А., Николаев Е.Н., Варфоломеев С.Д., Анаев Э.Х., Чучалин А.Г. 92

ОНКОЛОГИЯ

102.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Габитова Д.М., Кудряшова Л.Н., Ахмадуллина Г.Х.. 94

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

103.
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ – ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОЦЕНКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Жукова О.В.. 95

104.
ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНТЕЛУКАСТА В ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
Жукова О.В.. 96

105.
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА В XXI ВЕКЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ЗАДАЧИ
А.М. Убайдуллаев. 96

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

106.
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЭКЗОГЕННЫХ АЛЬВЕОЛИТОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА
Лепеха Л.Н., Семенова Л.А, Калугина С.М., Никитин С.С. 98

107.
АЛГОРИТМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПУНКЦИОННЫХ БИОПСИЙ ЛЕГКИХ И ЛИМФОУЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ
Березовский Ю.С., Семенова Л.А., Сивокозов И.В. 99

108.
ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЕ ВАСКУЛИТЫ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИОМОРФОЛОГА
Семенова Л.А., Лепеха Л.Н. 99

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

109.
ЗНАЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЦИТОКИНОВЫМ СТАТУСОМ
Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М. 101

110.
ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Каримова Н.И. 102

ПНЕВМОНИЯ

111.
ЛЕТАЛЬНАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ЕСТЬ ЛИ СВЕТ В КОНЦЕ ТОННЕЛЯ?
С.И. Брусин, Ю.С. Филатова, А.Д. Кузнецова 103

112.
ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА СТАРТОВЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ИСХОД ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)
Шаймуратов Р.И., Визель А.А.. 104

113.
ПРЕСЕПСИН ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ И СЕПСИСЕ
Титова Е.А., Эйрих А.Р., Титова З.А. 104

114.
ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Болотова Е.В., Колпаков М.В., Шульженко Л.В.. 105

115.
МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Сулима М.В., Круглякова Л.В., Солуянова И.П. 106

116.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНЫХ ПНЕВМОНИЙ
Круглякова Л.В., Решетникова Л.К., Кругляков С.В. 106

117.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ НАЛИЧИИ МОДИФИЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ
Моногарова Н.Е., Зейналова А.А., Михеева Н.Л., Крюк М.А. 107

118.
ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ И ИСХОДЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ
Круглякова Л.В., Нарышкина С.В., Маркова Е.В., Сулима М.В. 108

119.
СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА
Асадуллина Г.В., Афлятунова С.Ф., Кашапова А.Р., Галинурова Э.Р., Хусаинова Г.Р. 108

120.
ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОБМЕНА ПЕЧЕНИ ПРИ
ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ
Горбунов А.Ю., Бобылева Е.С., Суворова Е.В. 109

121.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА
ПРИ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ
Решетникова Л.К., Круглякова Л.В., Сулима М.В. 110

122.
ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Круглякова Л.В., Сулима М.В., Бугаева Л.И.. 110

123.
ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОКОККОВОЙ
ВАКЦИНЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Журкин М.А., Жоголев К.Д., Жоголев С.Д., Харитонов М.А., Иванов В.В., Хасиев Н.Д.. 111

124.
ПРОБЛЕМА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ
М.В. Райчева, Т.Н. Биличенко 112

125.
СОВРЕМЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ
ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Журкин М.А., Иванов В.В., Харитонов М.А., Жоголев С.Д., Жоголев К.Д., Хасиев Н.Д.. 112

126.
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., 2, Фархутдинов Р.Р., Киреева Г.М. 113

127.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ
ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Киреева Г.М. 114

128.
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДЛЕННО
РАЗРЕШАЮЩИХСЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ
Кривонос П.С., Кривошеева Ж.И., Кранковская Д.С., Халецкая М.А.. 115

129.
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ РЕЦИРКУЛЯТОРОВ ВОЗДУХА В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Журкин М.А., Жоголев К.Д., Харитонов М.А., Жоголев С.Д., Иванов В.В., Хасиев Н.Д. 115

130.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РУТИННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ И МУЛЬТСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Бобылев А.А., Рачина С.А., Авдеев С.Н. 116

131.
СРАВНЕНИЕ УЗИ ЛЕГКИХ С РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ
Петров А.А., Лукина О.И., Моисеев В.С., Рачина С.А., Сафарова А.Ф.. 117

132.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ
Афиногенов К.И., Постникова Л.Б.. 118

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

134.
АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
Рослая Н.А., Тульчинская А.В., Ножкина Н.В.. 119

135.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АСБЕСТОЗОМ, У РАБОЧИХ, ЭКСПОНИРОВАННЫХ К ПЫЛИ ХРИЗОТИЛ-АСБЕСТА
Обухова Т.Ю., Будкарь Л.Н., Карпова Е.А., Шмонина О.Г. 120

136.
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У СВАРЩИКОВ
Лашина Е.Л., Ковалева А.С. 120

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

137.
ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ
Крылова Ю.Г., Трофимов В.И., Потапчук А.А. 122

138.
ПРИМЕНЕНИЕ БИОАДАПТИВНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Юсупалиева М.М., Гришин М.Н., Савченко В.М., Туровская Т.В. 123

139.
РОЛЬ МЕСТНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
О.Н. Терещенко, А.Л. Ханин 123

140.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Листопадова М.В., Литвинова Е.С., Денисова Т.П. 124

САРКОИДОЗ

141.
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ САРКОИДОЗОМ
Ханин А.Л., Башева С.А. 125

142.
НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САРКОИДОЗА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ КУЗБАССА
Ханин А.Л., Башева С.А. 125

143.
ОСОБЕННОСТИ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ ЛУГАНЩИНЫ
Ватанская И.Ю., Стрекозова И.П. 126

144.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ
Постникова Л.Б, Гудим А.Л, Доровской И.А, Костров В.А, Погребецкая В.А. 127

145.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САРКОИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Бородина Г.Л. 127

146.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САРКОИДОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Г.Л. Бородина 128

147.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГРАНУЛЕМ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА САРКОИДОЗА
Денисова О.А., Пальчикова И.А., Пурлик И.Л., Чернявская Г.М., Черногорюк Г.Э., Попонина Т.М. 129

148.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО САРКОИДОЗА
Бородина Г.Л., Сакович Р.А., Ровинец Н.А., Марчук Д.А.. 129

149.
АДАПТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ И ТУБЕРКУЛЁЗЕ
Черников А.Ю., Землянских Л.Г. 130

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ: БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

150.
КОМОРБИДНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Игнатова Г.Л., Антонов В.Н. 131

151.
СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ACOS У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Третьяков С.В. 132

152.
СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Третьяков С.В. 132

153.
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДЕКСА BODE У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Алфимова О.С., Комарова М.Л. 133

154.
ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – ИБС, АГ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ
Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Новиков М.В., Сидорец В.М. 134

155.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НИТРОЗИВНОГО СТРЕССА И ПАРАМЕТРАМИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У МОЛОДЫХ КУРЯЩИХ МУЖЧИН
Постникова Л.Б., Соодаева С.К., Кубышева Н.И., Ли Т.В., Климанов И.А., Муракаева Л.Р., Никитина Л.Ю. 134

156.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ХАРАКТЕР ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Клестер Е.Б., Бессонова А.С., Клестер К.В. 135

157.
КОРРИГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ КАРБОЦИСТЕИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ-ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С АГ
Шабанов Е.А., Ивашкина Е.А., Заржецкая Л.В. 136

ТАБАКОКУРЕНИЕ

158.
ОСОБЕННОСТИ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН
Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Ахмадуллина Г.Х. 137

159.
УСЛОВИЯ УСПЕШНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Габитова Д.М., Ахмадуллина Г.Х. 137

160.
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. РЕЗУЛЬТАТЫ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
Жукова О.В. 138

161.
ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
Пятин В. Ф., Мокина Н. А., Мокин Е. Д. 139

ТУБЕРКУЛЕЗ

162.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Цыбикова Э.Б., Зубова Н.А., Мидоренко Д.А. 140

163.
ЭКСПРЕССИЯ ВЕДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕЛЕЦИИ ГЕНА MMP-1
Тарасова Л.Г. 141

164.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРЕПАРАТА БЕДАКВИЛИНА У ДЕТЕЙ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Кривошеева Ж.И., Скрягина Е.М., Астровко А.П., Бабченок И.В , Нерадько В.О., Трегубова К.В. 142

165.
ОСНОВНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Кривошеева Ж.И., Авчинко В.П., Кривонос П.С., Морозкина Н.С. 143

166.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИАСКИНТЕСТА
У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ
Мановицкая Н.В., Мисюн В.Р., Шилец Ю.Г. 144

167.
СОСТАВ И АКТИВНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ГРАНУЛЕМ
У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ КОЖНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ
К АЛЛЕРГЕНУ ТУБЕРКУЛЕЗНОМУ РЕКОМБИНАНТНОМУ
Тюлькова Т.Е., Бердников Р.Б., Пилькевич Д.Н.. 144

168.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Байрамов Р.И., Исмаилзаде Дж.М., Гамзаева Р.И., Ирзаева А.Е., Нагиева У.Б. 145

169.
ЗАВИСИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ ОТ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Исмаилзаде Дж.М.. 146

170.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У БОЛЬНЫХ
С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Байрамов Р.И.. 146

171.
ТУБЕРКУЛЕЗ, ВЫЗВАННЫЙ МИКОБАКТЕРИЯМИ
С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТЬЮ, В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
Тарасова Л.Г., Сайфулин М.Х., Попова Н.А., Аверенкова Н.С. 147

172.
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО ТЕСТАМ
МОРИСКИ – ГРИНА И ШКАЛЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА
Хомова Н.А., Ташпулатова Ф.К 148

173.
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ САНАТОРИЙ «ЧЕМАЛ» –
НОВЫЕ ЗАДАЧИ В КОНТРОЛЕ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Федченко Л.И., Ханин А.Л. 148

174.
РЕАКТАНТЫ ОСТРОЙ ФАЗЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Абдуллаев Р.Ю., Комиссарова О.Г., Герасимов Л.Н.. 149

175.
ТУБЕРКУЛЕЗ, СОЧЕТАННЫЙ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИИ В 2016 ГОДУ
Цыбикова Э.Б. 150

176.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХОБЛ У БОЛЬНЫХ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Корниенко С.В., Здобникова С.Н., Червинская Н.Е. 151

177.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Поздеева Н.В., Теплова Н.Н. 152

178.
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Бородкина С.П., Горбатых Е.В., Мордык Д.И., Багишева Н.В., Иванова О.Г. 152

179.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ВИЧ
Ташпулатова Ф.К., Жалолов А.А. 153

180.
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
Бабаева И.Ю., Чумаченко Г.В. 154

181.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Ващилов С.В., Гриневич А.Ф., Кривонос П.С.. 154

182.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННЫМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ (ОФКТ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Аскалонова О.Ю., Левин А.В., Цеймах Е.А., Зимонин П.Е. 155

183.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА
Антонова Н.П., Кодь Р.Т., Горбоконь Е.Ю.. 156

184.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Дейкина О.Н., Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Завражнов С.П., Захаров А.С., Каторгин Н.А. 156

185.
МЕТА-АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ВНУТРИКОЖНЫХ ПРОБ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Мишин В.Ю. 157

186.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У ВЗРОСЛЫХ
Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Завражнов С.П., Аксенова К.И., Дейкина О.Н., Морозов И.А., Мишина А.В., Захаров А.С., Петров Д.Д., Каторгин Н.А. 158

187.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У ВЗРОСЛЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ
Мишин В.Ю., Завражнов С.П., Григорьев Ю.Г., Мишина А.В., Захаров А.С., Петров Д.Д., Каторгин Н.А. 159

188.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕДАКВИЛИНА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ
Мишин В.Ю., Собкин А.Л., Морозов И.А., Захаров А.С., Петров Д.Д. 160

189.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННЫМИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Мишин В.Ю., Мишина А.В., Собкин А.Л., Рымонова И.В., Петров Д.Д., Эргешов А.Э., Романов В.В. 161

190.
ПЯТИЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КОГОРТЫ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Левченко М.В., Эргешов А.Э. 162

191.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л И С ДИАСКИНТЕСТОМ® У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Левченко М.В. 162

192.
ТУБЕРКУЛЕЗ У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Бородкина С.П., Горбатых Е.В., Мордык Д.И., Багишева Н.В., Мордык А.В. 163

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

193.
ЗНАЧЕНИЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ СПИРОМЕТРИИ
Попова Л.А., Чушкин М.И. 165

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

194.
РОЛЬ ОТКРЫТОЙ БИОПСИИ ЛЕГКИХ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
Рощев И.П., Шойхет Я.Н., Лиманов А.Е., Мордвинов С.А., Седов В.К., Капитулин С.Ю., Медведев А.А. 166

195.
РОЛЬ ОТКРЫТОЙ БИОПСИЯ ПЛЕВРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА
Рощев И.П., Шойхет Я.Н., Лиманов А.Е., Мордвинов С.А., Седов В.К., Петри А.К., Киреев С.В.–2, Лапштаев В.А. 167

196.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ (ЭК) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ (ПБПС) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ
Левин А.В., Цеймах Е.А., Зимонин П.Е., Аскалонова О.Ю. 167

196.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЁГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ЛК) С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО КЛАПАНА (ЭК) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ
Левин А.В., Цеймах Е.А., Зимонин П.Е., Аскалонова О.Ю. 168

197.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ (ФКТ) С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ (КББ) И ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ (ОПТП)
Левин А.В., Цеймах Е.А., Зимонин П.Е., Аскалонова О.Ю. 169

198.
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ НА НОЖКЕ
Столяров С.И. 169

199.
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ
Столяров С.И. 170

ХОБЛ

200.
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХОБЛ
Поздеева Э.Д., Габитова Д.М., Ильясова Т.М., Ахмадуллина Г.Х.. 172

201.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ БРОНХОЛИТИКОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХОБЛ
Косякова Н.И.. 172

202.
РЕЗУЛЬТАТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ БРОНХОЛИТИКОВ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЗАРУБЕЖНОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА
А.А. Визель, С.О. Ермолова, Н.Г. Бердникова, О.Ю. Михопарова, Л.Х. Сафаргалиева, Р.Р. Шарипова, И.Н. Салахова, А.Р. Вафина 173

203.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА КАЗАНИ
Салахова И.Н., Вафина А.Р., Визель А.А., Визель И.Ю. 174

204.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Никитин В.А., Стародубцева И.А., Васильева Л.В., Попов А.В. 175

205.
ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ НА ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Серов А. Н. 175

206.
ВЛИЯНИЕ ДВОЙНОЙ БРОНХОДИЛАТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХОБЛ
Фролова Е.А. 176

207.
ЭОЗИНОФИЛИЯ КРОВИ И НАЗНАЧЕНИЕ ИГКС БОЛЬНЫМ ХОБЛ
Овчаренко С.И., Брагина Т.В. 176

208.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Павленко В.И., Нарышкина С.В.. 177

209.
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЦИНКА И ЕГО ФРАКЦИЙ ПРИ ХОБЛ
Зуйкова А.А, Шевцова В.И.. 178

210.
АНАЛИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Моногарова Н.Е., Садрицкая Я.В., Зейналова А.А., Семендяева А.В. 179

211.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Кравец С.Л., Башева С.А., Ханин А.Л. 179

212.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНО-УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ
Никитин В.А., Попов А.В., Васильева Л.В., Титова Л.А. 180

213.
ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИД В ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Ефимов С.В., Кутелев Г.Г. 181

214.
ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ РАБОЧИХ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ЭКСПОНИРОВАННЫХ К ПРОМЫШЛЕННЫМ АЭРОЗОЛЯМ
Ерихова С.М., Шпагина Л.А., Паначева Л.А. 181

215.
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ
Малыхин Ф.Т., Батурин В.А., Братчикова О.С., Донская А.В., Жук О.А., Козлитин Д.Ю., Форсикова Н.Г. 182

216.
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
Ерихова С.М., Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Бердникова И.И. 183

217.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ РК
Есетова Г.У., Джунусбекова Г.А., Беркинбаев С.Ф. 183

218.
КУРЕНИЕ, ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЕЗ
Багишева Н.В., Мордык А.В., Иванова О.Г., Бородкина С.П., Горбатых Е.В. 184

219.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ И ХОБЛ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Багишева Н.В., Мордык А.В., Иванова О.Г, Горбатых Е.В., Мордык Д.И., Ибрагимова М.Р., Ибрагимова А.Р. 185

220.
ОТЁЧНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ
Татарский А.Р., Кириллова Д.А 185

221.
ФЕНОТИПЫ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ В РФ. НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ НЕИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ CLOUD
Авдеев С. Н, Блонг К.В., Петраковская В.А. 186

222.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ИНДАКАТЕРОЛА МАЛЕАТА И ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИДА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ
Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Латыпова Г.К.. 187

223.
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Зарубина Е.Г., Шалдыбина Ю.Э. 188

224.
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ ПРИ ХОБЛ
Клестер К.В., Клестер Е.Б., Бердюгина А.В., Бессонова А.С. 188

225.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ИНДАКАТЕРОЛ+ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИД В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ
Мельник А.В., Логвиненко Н.И.. 189

226.
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ ПО ГРУППАМ A, B, C, D СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ GOLD2017 И ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В РФ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ SUPPORT
Архипов В.В., Лазарев А.А. 190

227.
ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Танченко О.А., Нарышкина С.В. 191

228.
ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Танченко О.А., Нарышкина С.В. 191

229.
СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ
Зулкарнеев Р.Х., Загидуллин Ш.З., Насыров Р.В, Шахмаметов Г.Р. 192

230.
ПРОГНОЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ
Игнатова Г.Л., Тихонова Е.В. 193

231.
ПОВТОРНЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Якупова А.Ф., Хамитов Р.Ф., Зиннатуллина А.Р., Копылов А.Н., Сергеев В.А. 194

232.
ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ НА СУТОЧНУЮ ЖЁСТКОСТЬ АРТЕРИЙ
Кароли Н.А., Долишняя Г.Р., Ребров А.П. 194

233.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЁСТКОСТИ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ
Кароли Н.А., Долишняя Г.Р., Ребров А.П. 195

234.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ (ПО ДАННЫМ ПРОЕКТА РЕСПЕКТ)
Андреева Е.А., Похазникова М.А., Лебедев А.К, Моисеева И.Е., Кузнецова О.Ю., Дегриз Я.-М. 196

235.
ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЁЗ: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ
Гирей П.Д., Циунчик А.А., Бородина Г.Л. 197

236.
МУКОАКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ – КАРБОЦИСТЕИН И ЭРДОСТЕИН В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ
Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Маслова Т.А., Панфилов В.И. 197

237.
МЕХАНИЗМЫ СТЕРОИДОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ (ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИНДРОМ, ПС): РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ HDAC2, A И B ИЗОФОРМ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА (ГР)
Е.И. Всеволодская, Ж.А. Миронова, А.С. Улитина, В.И. Трофимов, С.Д. Горбунков, А.Л. Акопов, М.И. Зарайский, М.В. Дубина 198

238.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ СРАР-ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ
Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н. 199

239.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ СРАР-ТЕРАПИИ В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ
Цеймах И.Я., Нагайцев В.М., Шойхет Я.Н. 200

240.
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ КАК КОМПОНЕНТ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ
Галкина И.П. 200

ЭНДОСКОПИЯ

241.
ВАРИАНТЫ ЭНДОБРОНХИТА СО СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫМ СЕКРЕТОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ
Штейнер М.Л., Жестков А.В., Биктагиров Ю.И. 202

242.
УПОРНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЛЁГКИХ: ДАННЫЕ БРОНХОСКОПИИ
Штейнер М.Л., Жестков А.В., Биктагиров Ю.И., Родимова О.А, Рыжкова С.А. 203

243.
ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ КРИОБИОПСИЯ И КРИОДЕСТРУКЦИЯ ОПУХОЛЕЙ БРОНХОВ
В.В. Соколов, Д.В. Соколов, Л.В. Телегина, Ю.Л. Кудрявцева, А.Д. Каприн 203

244.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО: ОТ ОСМОТРА В БЕЛОМ СВЕТЕ ДО ЭНДОМИКРОСКОПИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА
Соколов В.В., Соколов Д.В., Телегина Л.В., Николаев А.Л., Кудрявцева Ю.Л., Струнина А.А., Волченко Н.Н., Каприн А.Д. 204

245.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ И СТАДИРОВАНИИ РАКА ЛЕГКОГО И ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ
Соколов В.В., Соколов Д.В., Телегина Л.В., Николаев А.Л., Пикин О.В., Степанов О.В., Волченко Н.Н. 206

246.
«10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ»
Табанакова И.А., Вельшикаев Р.К., Маменко И.С.. 206

247.
ЭНДОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ
Соколов В.В., Телегина Л.В., Соколов Д.В., Хороненко В.Э. 207

248.
ВАРИАНТ ВЫПОЛНЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАХЕОСТОМОЙ
Штейнер М.Л., Жестков А.В., Биктагиров Ю.И., Корымасов Е.А., Кривощёков Е.П. 209

249.
ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОФЕНОТИПИРОВАНИЯ ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВНУТРИГРУДНОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ
Логинов Л.Е., Поваляев Д.В., Смотрова А.А., Кузнецова М.Ф., Поздеев И.В., Мачкалян К.Э. 209

250.
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
С.В. Старевская, В.П. Молодцова, О.В. Берлева, С.В. Барашкова 210

251.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОТОРАКСОМ
Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, В.Ф. Хусаинов 211

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

252.
ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)
Яковлева Л.П., Кондратьева О.Д. 212

253.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ (ОДНОМОМЕНТНОЕ ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Тубекова М.А., Биличенко Т.Н. 213

254.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРИЧИНЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В 2014–2016 ГОДАХ
Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г. 213

255.
ЧАСТОТА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)
Яковлева Л.П., Бурнашева А.У. 214

256.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Московчук А.Ф., Болотникова В.А., Курьев С.В., Томша А.Н., Прокопишина Л.В., Симионика Ю.Д. 215

257.
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОГО ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ В 2016 ГОДУ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА
Московчук А.Ф., Лукьян М.С., Колун Т.И., Доника А.Ф., Скалецкая В.В., Мартынюк К.И. . . . 215

258.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И СТРАНАХ БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ
Ванькович А.А., Ромащенко Е.И., Бородина Г.Л. 216

РАЗНОЕ

259.
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С OVERLAP-СИНДРОМОМ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА-ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЛИКОПИРРОНИЕМ БРОМИДА
Трушина Е.Ю., Типикин В.А., Тарасеева Г.Н., Назарова Н.В., Автамонова Ю.Р., Бушуева Т.Г., Панова Е.Ю. 218

260.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ
Баимбетов Ф.Л., Фархутдинов Р.Р., Байнак О.В.. 219

261.
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗАМИ
Игнатова Г.Л., Антонов В.Н., Родионова О.В., Гребнева И.В., Блинова Е.В., Бельснер М.С..219

262.
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТОВ
Столяров С.И., Григорьев В.Л. 220

263.
КЛИНИКО-ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ
Смирнова-Саприцкая М.Ю., Осипова Г.Л., Оспельникова Т.П., Данилина Г.А., Гервазиева В.Б., Конищева А.Ю., Сходова С.А., Бишева И.В., Андреева С.А., Колодяжная Л.В., Панкратова В.Н., Пашкова Т.Л., Чучалин А.Г. 221

264.
БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Кушаева М.Э., Анаев Э.Х., Рябоконь А.М., Федорченко К.Ю., Кононихин А.С., Попов И.А., Николаев Е.Н., Варфоломеев С.Д., 3, Чучалин А.Г. 222

265.
РЕСПИРАТОРНАЯ СИСТЕМА У СПОРТСМЕНОВ
ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
Шогенова Л.В., Черняк А.В., Науменко Ж.К, Неклюдова Г.В., Тубекова М.А,
Апажева Д.Х, Айсанов З.Р., Чучалин А.Г. 223

266.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ
НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РОССИИ
Ненашева Н.М., Meyers A., Sun S.X., Morimoto Y., DiBonaventura M. 224

267.
ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ
МОЛЕКУЛЫ CD8 ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ
Соодаева С.К., Кубышева Н.И., Постникова Л.Б., Новиков В.В.,
Климанов И.А., Ли Т.В., Елисеева Т.И. 226

268.
ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ
НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО МЕТАБОЛИЗМА
Соодаева С.К., Запруднова Е.А., Щепетова Я.Е., Муракаева Л.Р.,
Климанов И.А., Глухова М.В., Украинцева М.В., Коновалова Г.М. 227

269.
АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ
КРОВИ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ХОБЛ
Кубышева Н.И., Соодаева С.К., Постникова Л.Б., Климанов И.А., Ли Т.В.,
Попова Н.А., Елисеева Т.И. 228

270.
ИЗМЕНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СООТНОШЕНИЙ СТАБИЛЬНЫХ
МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО
ВОЗДУХА ПРИ ХОБЛ НА ФОНЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ
Климанов И.А., Соодаева С.К., Попова Н.А., Глухова М.В., Кубышева Н.И. 229

271.
ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ВА)
ПО ОТНОСИТЕЛЬНОМУ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (ОИМТ)
Елисеева Т.И., Геппе Н.А., Глухова М.В., Игнатов С.К., Муракаева Л.Р.,
Кравченко Н.Ю., Климанов И.А., Соодаева С.К.. 230

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

ПЕРВЫЕ АВТОРЫ ТЕЗИСОВ
XXVII НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА
ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 231