

(выше 5 кГц) коррелирует со звуковыми характеристиками сухих хрипов.

Целью работы явилось использование метода бронхографии при диагностике бронхиальной обструкции у детей с различной респираторной патологией. Наряду с регистрацией общепринятых клинических критериев бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы), проводилось исследование с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Pattern». Методика бронхографии заключалась в регистрации дыхательных шумов через специальный микрофон при спокойном дыхании пациента, сидя. В течение 4 секунд регистрировались два респираторных цикла, начиная с фазы выдоха. Затем проводился компьютерный математический анализ и отображение акта дыхания в виде временной кривой. Акустическая характеристика регистрировалась в виде трехмерного графика: ось Y – амплитуда (мВт/Гц), ось X – диапазон колебаний (кГц), ось Z – время (сек).

Проведено исследование бронхофонографии у 42 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, госпитализированных в отделение острых респираторных заболеваний РДКБ. У 20 детей имел место острый обструктивный бронхит, у 13 – бронхиальная астма в периоде обострения, у 9 – острый трахеобронхит. У 23 детей при первой регистрации бронхографии имелись клинические симптомы бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, малопродуктивный кашель, удлинение свистящих хрипов при аускультации). У 8 детей регистрировались единичные влажные хрипы непостоянного характера.

Исследования показали, что при бронхографии у всех детей с клиническими симптомами бронхиальной обструкции регистрировались значимые амплитуды спектральной мощности в диапазоне свыше 5 кГц, среднее значение акустической работы органов дыхания в приступном периоде заболевания составляет $6,74 \pm 2,7$ мкДж. После ингаляции селективного бета-2-адреномиметика (вентолин, беродуал) с помощью небулайзера с целью купирования бронхиальной обструкции, через 20-30 минут проводилась повторная регистрация бронхографии. Отмечается уменьшение показателей акустической работы в диапазоне 0,2 – 1,2 кГц и 1,2 – 5,0 кГц ($242,4 \pm 77,2$ мкДж) в приступном периоде заболевания, что коррелируется с преобладанием «влажных» компонентов хрипов при аускультации. Анализ повторных бронхограмм выявил значительное уменьшение интенсивности акустического паттерна в диапазоне свыше 5 кГц до $3,67 \pm 2,4$ мкДж, в диапазоне от 0,2 – 1,2 кГц до $36,7 \pm 2,9$ мкДж и $2,36 \pm 0,9$ мкДж. При обследовании детей перед выпиской из стационара на бронхограммах не регистрировались высокоамплитудные акустические феномены.

Таким образом, метод бронхографии позволяет количественно оценить обструктивные нарушения по характеристике дыхательных шумов, а также объективно оценить эффективность проводимой бронхолитической терапии. Регистрация с помощью бронхографии высокоамплитудных акустических проявлений может иметь дополнительное диагностическое значение в процессе дифференциальной диагностики респираторных заболеваний у детей, что особенно

важно у детей первых лет жизни, возможности использования спирометрии у которых крайне ограничены.

БАКТЕРИУРИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Гульнева М.Ю.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Различные варианты поражения почек выявляются более чем у 46% больных ревматоидным артритом (М.З. Каневская с соавт., 2003). Поражение почек осложняют терапию системных заболеваний соединительной ткани (М. Вудли, А. Уэлан, 1995). Одной из возможных причин развития данных осложнений при системных заболеваниях соединительной ткани может быть бактериурия – колонизация микроорганизмами мочевыводящего тракта без нарушений целостности тканей. Это тем более возможно так как длительное применение кортикостероидов и иммуносупрессивных средств, которые широко используются в терапии системных заболеваний соединительной ткани, способствует проникновению бактерий в мочевую систему (С. Нейчев, 1977). В то время как у здорового человека почки и мочевой тракт (кроме дистального отдела уретры) свободны от микрофлоры (В.А. Гриценко с соавт., 1998).

В работе представлены результаты бактериологического исследования мочи у 30 больных системной красной волчанкой, склеродермией и системными васкулитами. Забор мочи на исследование, выделение и идентификацию микроорганизмов проводили стандартным бактериологическим методом в соответствии с приказом «Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений» (Приказ № 535 от 22.04.1985). Для определения количества бактерий в 1 мл мочи была использована методика секторных посевов по Gould. Чувствительность выделенных культур микроорганизмов к антибиотикам проводили по методике Кирби и Бауэра в модификации С.В. Сидоренко (1999).

Проведенные исследования показали, что при системных заболеваниях соединительной ткани у 75% больных наблюдается выделение микроорганизмов при бактериологическом исследовании мочи. При системной красной волчанке у 77,8% больных выделяется *E. coli*, у 22,2% больных микроорганизмы рода *Staphylococcus*. Микроорганизмы были выделены в монокультуре и у 12% больных стафилококки обнаружены в ассоциации с грибами рода *Candida*. При системных васкулитах стафилококки и *E. coli* были выделены с одинаковой частотой – 33,3%, а у 16,6% больных обнаружены микроорганизмы рода *Proteus*. При склеродермии были выделены *E. coli* у 75% больных и *Proteus spp.* у 25% обследованных. Микроорганизмы были выделены в количестве от 10^3 до 10^6 . При системной красной волчанке среднее число бактерий в моче было равно $10^{4,2}$, при склеродермии – $10^{5,7}$, при системных васкулитах – $10^{4,33}$. Выделенные культуры микроорганизмов отличались множествен-

ной антибиотикорезистентностью. Наибольшую чувствительность микроорганизмы проявляли к цефалоспорином и фторхинолонам (от 65% до 74% выделенных штаммов).

Таким образом, при системных заболеваниях соединительной ткани моча больных может быть колонизирована условно-патогенными микроорганизмами, которые являются наиболее частыми возбудителями инфекций мочевой системы. В структуре уропейзажа доминирующее значение имеют бактерии семейства *Enterobacteriaceae* и рода *Staphylococcus*. Количество микроорганизмов в моче больных может превышать критическое число и приводить к развитию инфекции. Микроорганизмы, выделенные из мочи, отличаются множественной антибиотикорезистентностью, что необходимо учитывать при лечении и профилактике уроинфекций у больных с системными заболеваниями соединительной ткани. Все это свидетельствует о необходимости динамического микробиологического исследования мочи больных с системными заболеваниями соединительной ткани с целью выявления бактериурии и количественного уровня микроорганизмов в моче больных.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ

Данилова Е.В., Данилова Т. Г.

Медицинская Академия, Ярославль

Проблема реактивных артритов (РеА) достаточно сложна, учитывая рост заболеваемости, полиэтиологию данной нозологии, сложности клинической диагностики.

Цель исследования: изучить клинические особенности суставного синдрома у больных реактивными артритами. Используются физикальные, лабораторные, инструментальные методы исследования.

Обследовано 150 больных РеА, среди них 52% мужчин и 48% женщин. Средний возраст больных составил 29,1 года. У всех больных имела место связь заболевания с перенесенной инфекцией. У 61,3% пациентов выявлена урогенитальная форма заболевания, у 3,3% - постэнтероколитическая, у 7,4% - назофарингеальная, у 1,3% - дермальная, у 26,7% - идиопатическая. Преобладали больные с острыми вариантами течения заболевания (54%). У остальных больных имело место хроническое течение болезни (46%). В основном зафиксирована I-II степени активности воспалительного процесса РеА (91,3%). Чаще отмечалось поражение суставов по типу полиартрита (в 72% случаев) с преимущественным поражением коленных, голеностопных, мелких суставов стоп с умеренным болевым синдромом (в 66% случаев) и с незначительной утренней скованностью (у 20,7% больных). Ахиллодния имела место в 35,3% случаев, клинические проявления поражения позвоночника и саркоилеита - у 51,3% пациентов. ФНС I-II степени отмечена в 96,7% случаев. Цифры СОЭ крови в пределах 20-40 мм/час имели место у 80,7% пациентов РеА. Ревматоидный фактор крови был отрицательный у всех обследованных больных.

Таким образом, суставной синдром при РеА отличается определенными клиническими особенностями. Имеет место возникновение заболевания в возрасте 20-30 лет, яркая симптоматика острого серонегативного артрита, возникающего после инфекций различной локализации (бронхофарингеальной, урогенитальной, энтеральной, дермальной) с умеренным болевым синдромом и ахиллоднией, поражением суставов нижних конечностей по типу полиартрита преимущественно I-II стадии по Штейнброкеру и активностью воспалительного процесса I-II степени, клинические признаки поражения позвоночника и илеосакральных сочленений.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Жарков А.Н.

Санкт-Петербург

Сдавление позвоночных артерий при патологии шейного отдела традиционно считается причиной жалоб, которые относят к проявлению "ишемии в вертебрально-базиллярной системе".

Целью нашего исследования было изучение состояния шейного отдела позвоночника у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материал и методы исследования: 87 больным ДЭ в возрасте от 31 года до 86 лет проведена рентгенография шейного отдела позвоночника в двух взаимоперпендикулярных проекциях - прямой и боковой.

Рентгенологический метод позволил выявить у 82 пациентов (94,3%) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Межпозвоночный остеохондроз был обнаружен у 69 больных (79,3%), с одинаковой частотой у пациентов с различными стадиями заболевания. Унковертебральный артроз выявлялся у 28 больных (32,2%). У 8 пациентов (9,2%) определялись остеофиты в унковертебральной области. Максимальные изменения выявлялись в нижнешейных сегментах. Так поражение двигательного сегмента C5-C6 встречалось чаще всего - 48,3%, C6-C7 - в 32,3% случаев, а C4-C5 - у 12,2 % больных. Статические нарушения различной степени выраженности отмечались в 86,2% случаев (75 пациентов): от выпрямления физиологического лордоза (30,6%) до формирования кифоза (17,3%). Сколиоз наблюдался у 34 больных (45,3%), ретролистез тела позвонка - у 7 пациентов (9,3%). Необходимо отметить, что умеренно выраженные изменения позвоночника были у 59,4% больных, ярко выраженные - у 23,1%, начальные изменения - у 17,5% пациентов. Существенной разницы при исследовании шейного отдела позвоночника у пациентов с различными стадиями ДЭ выявлено не было.

Таким образом, изменения шейного отдела позвоночника у пациентов с ДЭ выявляются с высокой частотой, в том числе и на ранних стадиях заболевания, и играют существенную роль в этиопатогенезе дисциркуляторной энцефалопатии.