

возраста выявил достоверные различия ($p < 0,05$) между его уровнем в крови у молодых и пожилых пациентов. Эти показатели оказались выше у больных ВП в молодом возрасте ($2771,5 \pm 3,6$ нг/мл), чем у пожилых пациентов ($2198,6 \pm 2,2$ нг/мл). У соматически здоровых людей пожилого возраста данный показатель составил $2504,5 \pm 5,46$ нг/мл.

У пациентов молодого возраста с ВП концентрация ТФ в сыворотке крови в фазу разрешения пневмонии повышалась и достигала уровня $3172,0 \pm 1,5$ нг/мл, тогда как у больных пожилого возраста была достоверно ($p < 0,01$) ниже $2482,5 \pm 2,3$ нг/мл, причем и более низкой по сравнению с практически здоровыми лицами пожилого возраста. При этом имел место разброс в уровнях содержания ТФ в сыворотке крови и, как показали наблюдения, эти различия были связаны с фазой заболевания. Так, в фазу реконвалесценции у пожилых пациентов с ВП концентрация ТФ увеличивалась по сравнению с фазой разгара (при колебаниях уровней от $1982,8$ нг/мл до $2505,2$ нг/мл). Средний же уровень ТФ приближался к контролю ($2482,5 \pm 2,3$ нг/мл). Достоверное ($p < 0,05$), по сравнению с нормой, повышение содержания ТФ в сыворотке крови в период реконвалесценции зафиксировано у 38 % больных, а в 62 % случаев уровень изучаемого белка оставался низким. Из 62 % случаев с низким уровнем ТФ в сыворотке крови – у 40% больных этот пониженный показатель не возвращался к контрольным значениям не только при переходе активного воспаления в стадию разрешения, но и в фазе реконвалесценции. По нашим наблюдениям приближение показателей ТФ при ВП у пожилых в фазу реконвалесценции к соматически здоровым пациентам характеризует благоприятное течение легочного воспаления. Гипотрансферритинемия в фазу реконвалесценции у пожилых больных с ВП соответствовала случаям затяжного течения заболевания с формированием склеротических процессов в легких. В то же время, данные традиционного лабораторного исследования (лейкоцитоз, СОЭ) свидетельствовали об отсутствии активного воспаления в легочной ткани.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что гипертрансферритинемия при ВП у лиц пожилого возраста свидетельствует о затяжном течении заболевания, а гипотрансферритинемия в фазу реконвалесценции о благоприятном течении ВП.

ИММУНОХИМИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ЛАКТОФЕРРИНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Кудряшева И.А., Галимзянов Х.М.,
Полунина О.С., Шелепова Г.Н.

*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

Интерес к лактоферрину (ЛФ) вызван обнаруженным участием этого железосодержащего гликопротеина в различных реакциях защиты организма и регуляции функции иммунокомпетентных клеток.

Целью нашего исследования являлось оценка клинико-диагностической значимости определения уровней ЛФ в сыворотке крови при внебольничной пневмонии (ВП) у лиц молодого и пожилого возраста в различные периоды болезни. Обследовано 126 пациентов с ВП средней степени тяжести.

Анализ показателей содержания сывороточного ЛФ в группах больных с ВП в зависимости от возраста выявил достоверные различия ($p < 0,01$) между молодыми и пожилыми пациентами. Так, концентрация ЛФ в сыворотке крови до начала лечения у больных ВП молодого возраста оказалась достоверно выше ($p < 0,01$), чем у пациентов пожилого возраста и составила соответственно $2558,2 \pm 1,4$ нг/мл против $2313,7 \pm 1,3$ нг/мл. При этом имел место достаточно широкий разброс показателей уровней содержания ЛФ в сыворотке крови. После проведенного лечения концентрация ЛФ в сыворотке крови у молодых пациентов составила $1187,6 \pm 1,5$ нг/мл, у пожилых пациентов $1529,3 \pm 1,1$ нг/мл ($p < 0,01$).

У больных молодого возраста повышение содержания данного железосодержащего белка четко отражала активность воспалительного процесса в легких. Поэтому, гиперлактоферринемия при ВП у пациентов в молодом возрасте можно справедливо отнести к маркерам острой фазы воспаления. У пожилых пациентов уровень сывороточного ЛФ может считаться важным показателем, отражающим состояние реактивности организма.

Данный факт подтверждается проведением корреляционного анализа. Так, анализ выявил положительную корреляционную связь между значениями сывороточного ЛФ и показателями лейкоцитов в периферической крови у пожилых больных внебольничной пневмонией ($r = 0,53$, $p < 0,01$). Чем выше было содержание ЛФ, тем большими становились значения лейкоцитов в периферической крови. Отмечена умеренной и слабой силы отрицательная корреляционная связь между значениями сывороточного ЛФ и показателями относительного количества сегментоядерных нейтрофилов у пожилых больных ВП ($r = -0,58$; $p < 0,01$). Чем выше определялись уровни ЛФ в сыворотке крови, тем ниже были показате-

ли относительного количества сегментоядерных нейтрофилов.

Между значениями сывороточного ЛФ и показателями абсолютного количества лимфоцитов и Т-лимфоцитов корреляционный анализ выявил умеренной силы положительные корреляционные связи при ВП у пожилых больных ($r=0,57$; $r=0,55$ соответственно, $p<0,01$). При низких значениях ЛФ в сыворотке низким было и число Т-лимфоцитов. Те же тенденции в корреляционных связях отмечены у пожилых больных ВП между значениями содержания ЛФ в крови и показателями относительного количества Т-хелперов ($r=0,54$; $p<0,01$).

Полученные данные свидетельствовали о том, что снижение уровня сывороточного ЛФ прямо отражает недостаточность в Т-клеточном звене иммунитета и косвенно - указывает на формирование деструктивно-пролиферативных процессов в легочной ткани, нарастающую эндогенную интоксикацию при ВП у пожилых больных.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о клинической ценности иммунохимического тестирования сывороточного ЛФ, как острофазового белка, который может быть использован для оценки степени активности воспалительных и деструктивно-гнойных процессов у пожилых пациентов. Иммунохимический тест на ЛФ, как маркер воспаления, оказался более информативен, по сравнению с общепринятыми лабораторными показателями (лейкоциты, СОЭ, С-реактивный белок и др.).

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Лишманов Ю.Б.¹, Кривоногов Н.Г.¹, Мишустин С.П.², Агеева Т.С.³, Дубоделова А.В.³, Мишустина Е.Л.³

*Лаборатория радионуклидных методов исследования ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН¹; ОГУЗ «Томский областной противотуберкулезный диспансер»²; кафедра терапии усовершенствования врачей Томского военно-медицинского института³
Томск, Россия*

Своевременная диагностика внебольничных пневмоний (ВП) является актуальной проблемой пульмонологии. Объективные причины ошибок в распознавании ВП достигают 73,5%, а уровень их гипо- и гипердиагностики превышает 30% (Л.И. Дворецкий, 2002; А.Г. Чучалин и соавт., 2002). Причиной несвоевременной диагностики является сходство дебюта ВП и других заболеваний, протекающих с развитием острых инфильтративных процессов в легких. Поэтому

для верификации диагноза ВП также необходимо исключение синдромосходных заболеваний (туберкулез легких, злокачественные новообразования легких, инфаркт легкого и другие). Диагностические трудности, в частности, встречаются в дифференциальной диагностике ВП и инфильтративного туберкулеза легких, который является ведущим в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания и составляет 60-70% среди впервые выявленных больных туберкулезом легких (Маскаленко Л.В., 2003; Черкасов В.А., Степанов С.Н., Мирошникова И. Л., 2002). Кроме того, для него характерен полиморфизм развивающихся клинических синдромов. Так, одним из основных клинических проявлений инфильтративного туберкулеза легких могут быть клинические и/или рентгенологические признаки пневмонии. Вследствие чего эти пациенты поступают в терапевтические стационары в порядке неотложной помощи преимущественно с диагнозом ВП (Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., 2000; Л.И. Дворецкий, 2002). Изучение особенностей клинических проявлений ВП и туберкулеза легких, наиболее эффективных методов инструментальной диагностики с целью ранней дифференциальной диагностики этих заболеваний, является важной задачей пульмонологии, фтизиатрии и терапии в целом.

Цель работы По данным радионуклидных исследований изучить у пациентов внебольничной пневмонией и инфильтративным туберкулезом легких вентиляционно-перфузионное соотношение (V/Q), верхушечно-основной градиент перфузии (U/L-Q) и вентиляции (U/L-V), альвеолярно-капиллярную проницаемость (АКП).

Материал и методы Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких была проведена 45 пациентам (от 18 до 60 лет): с верифицированными диагнозами ВП – 30, инфильтративного туберкулеза легких – 15. Исследовалось накопление в легких РФП (^{99m}Tc ДТРА), V/Q, U/L-Q, U/L-V – по общепринятой методике. Оценка АКП проводилась по предложенному нами усовершенствованному методу вентиляционной сцинтиграфии легких, отличие которого от традиционных заключалось в следующем: использовался статический режим вентиляционной сцинтиграфии легких, проводилась оценка вымывания РФП из всего пораженного/интактного легкого; исследования выполнялись в задне-прямой проекции; АКП регистрировалась по вымыванию РФП на 10-й мин и повторно на 30-й мин после ингаляции РФП. Сцинтиграфические исследования проводились на гаммакамере «Омега 500» («Technicare» США-Германия).

Результаты: У пациентов ВП в пораженном легком V/Q составляло $1,07\pm 0,06$, в интактном легком – $0,90\pm 0,05$; у пациентов инфильтративным туберкулезом легких в пораженном легком V/Q не превышало 1,0 ($0,98\pm 0,06$), в интактном легком – $1,03\pm 0,06$, и достоверно отличалось