

ния у лиц молодого и пожилого возраста концентрация ИЛ-1α в сыворотке крови уменьшалась и составила соответственно $51,4 \pm 0,8$ пг/мл и $262,3 \pm 2,7$ пг/мл, но при этом данный показатель был достоверно выше ($p < 0,01$), чем в контрольных группах. В большинстве случаев высокий уровень ИЛ-1α в сыворотке крови в фазу разрешения соответствовал затяжному течению ВП с развитием осложнений.

Содержание ИЛ-6 до начала лечения было увеличено во всех группах наблюдения, причем данный показатель превышал таковой в контрольных группах в 3,3 раза у молодых пациентов и в 2,7 раза у лиц пожилого возраста. Уровень ИЛ-6 в начале заболевания у молодых пациентов ВП был достоверно выше ($p < 0,01$), чем у пожилых пациентов и составил $54,6 \pm$ пг/мл. В фазу разрешения легочного воспаления данный показатель снижался у пациентов всех возрастных групп, однако у пожилых пациентов данный показатель оставался достоверно высоким ($p < 0,05$) по сравнению с показателями у молодых пациентов ВП и составил $22,25 \pm 0,5$ пг/мл и $17,25 \pm 0,3$ пг/мл, но не достигал уровня контрольных групп.

Закономерность изменений уровня концентрации ИЛ-8 в сыворотке крови в различные периоды заболевания у молодых и пожилых пациентов свидетельствовали о разнонаправленном характере. Было отмечено достоверное повышение ($p < 0,05$) изучаемого цитокина до начала лечения во всех группах наблюдения, по сравнению с контрольной группой. В период разрешения воспаления данный показатель достоверно снижался ($p < 0,05$) по сравнению с активной фазой у молодых и составил $38,8 \pm 1,3$ пг/мл, тогда как у пожилых данный показатель имел тенденцию к увеличению ($189,4 \pm 2,5$ пг/мл). В большинстве случаев уровень ИЛ-8 в сыворотке крови в фазу разрешения соответствовал клиническому выздоровлению больного, но рентгенологические изменения легочного воспаления еще сохранялись.

Таким образом, установленные изменения иммуноцитоклиновых показателей (ФНО-α, ИЛ-1α, ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке крови у пациентов с пневмонией различных возрастов, могут в равной степени определять как характер иммунологических нарушений, так и являться маркерами легочного воспаления.

ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННАЯ ПУЛЬМОНОСЦИНТИГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

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

Туберкулез (ТБ) признан одной из самых актуальных проблем современной медицины во всем мире: в последние годы показатель заболеваемости колеблется в пределах 82–84 на 100000 населения в год. Разнообразие возможных клинических и рентгенологических проявлений ТБ легких часто обуславливает установление неверного первоначального диагноза. В настоящее время существует необходимость сосредоточения внимания на инфильтративном ТБ легких, так как именно эта форма заболевания является ведущей в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания и составляет 70–80% среди выявленных больных ТБ легких. За последние 10 лет в литературе имеются лишь единичные работы, посвященные указанной форме ТБ легких, все сведения приходятся на 1970–80-е годы, когда преобладали ограниченные формы с малосимптомным и бессимптомным течением. Однако в современных условиях растет удельный вес распространенных специфических процессов с выраженными клиническими проявлениями, среди которых ведущей в структуре впервые выявленного ТБ является инфильтративная форма. Важное значение в характеристике туберкулезного процесса, определении прогноза заболевания и выбора оптимальной тактики лечения принадлежит лучевым методам исследования органов дыхания, в том числе методам радионуклидной диагностики, позволяющей не только оценить анатомические структуры, но и функциональные особенности патологического процесса в легких.

Цель работы

По данным радионуклидных исследований изучить у пациентов 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 проведена 25 пациентам (от 18 до 60 лет): 15 – с верифицированными диагнозами инфильтративного туберкулеза легких и 10 здоровым добровольцам (контрольная группа). 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 инфильтративным туберкулезом легких в пораженном легком V/Q не превышало $1,0$ ($0,98 \pm 0,06$) и не отличалось от этого показателя у здоровых лиц ($0,98 \pm 0,03$; $p=0,76$). В интактном легком рассматриваемый показатель составил $1,03 \pm 0,06$ и был достоверно выше ($p=0,03$) по сравнению с аналогичным показателем лиц контрольной группы.

В пораженном легком $U/L-Q$ составил $0,65 \pm 0,10$, и достоверно не отличался от лиц контрольной группы ($0,66 \pm 0,04$; $p=0,3$), в интактном легком – $0,60 \pm 0,10$ и отличался в сторону повышения от $U/L-Q$ у лиц контрольной группы ($p=0,04$).

$U/L-V$ у пациентов инфильтративным туберкулезом легких в пораженном легком составил $0,63 \pm 0,10$ и не отличался от $U/L-V$ у здоровых лиц ($0,68 \pm 0,03$; $p=0,4$). В интактном легком $U/L-V$ был достоверно увеличен по сравнению с $U/L-V$ в контрольной группе ($0,70 \pm 0,10$ и $0,68 \pm 0,03$ соответственно; $p=0,04$).

АКП при туберкулезе легких в пораженном легком на 10-й мин исследования составила $12,9 \pm 3,7\%$, на 30-й мин – $27,9 \pm 5,8\%$ и была достоверно повышена по сравнению с АКП в контрольной группе лишь на 30-й мин исследования ($p=0,2$ и $0,03$ соответственно). В интактном легком АКП на 10-й мин исследования составила $11,5 \pm 3,9\%$, на 30-й мин – $27,5 \pm 4,6\%$ и была повышена по сравнению с АКП контрольной группы на 30-й мин исследования ($p=0,2$ и $p=0,04$ соответственно). АКП у лиц контрольной группы, как для правого, так и для левого легкого составила на 10-й мин исследования – $10,5 \pm 2,9\%$, на 30-й мин исследования – $21,3 \pm 4,3\%$.

Выводы

При инфильтративном туберкулезе легких в интактном легком отмечается достоверное увеличение вентиляционно-перфузионного соотношения, верхушечно-основного градиента перфузии и вентиляции. Как в пораженном, так и в интактном легком у пациентов инфильтративным туберкулезом легких регистрируется повышение альвеолярно-капиллярной проницаемости на 30-й мин исследования. Полученные данные могут

служить дополнительным диагностическим признаком инфильтративного туберкулеза легких.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДИКЦИИ ДИСФУНКЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Остапенко В.А., Бунова С.С., Нелидова А.В.,
Николаев Н.А., Кузюкова А.А.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская
академия Росздрава
Омск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ), являясь исключительно сложным по патогенезу заболеванием, проявляется не только в прямом негативном воздействии на органы и мишени, но и в формировании субстратов для развития других неблагоприятных состояний, способных существенно ухудшать отдаленный и ближайший прогноз. В частности, у больных АГ за счет развития нарушений в системах коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза повышен риск развития тромбообразования. Степень указанного риска может быть прогнозирована, однако предикторы гемостазиологической дисфункции различны у больных, с различной массой тела.

Как известно, система коагуляционного гемостаза включает белки со свойствами протеолитических ферментов, белки-акцелераторы процесса гемокоагуляции лишенные ферментных свойств и фибриноген, как конечный субстрат процесса свертывания. Составной частью этой системы являются растворимый фибрин-мономерный комплекс и антитромбин III, количественное определение которых способно охарактеризовать состояние системы коагуляционного гемостаза в целом.

Нами в серии исследований были получены статистически значимые данные, свидетельствующие о том, что если у больных АГ с нормальной массой тела самые ранние изменения выявляются на уровне сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, то у больных с ожирением такие изменения происходят на уровне дестабилизации фибринолиза. Поэтому у больных АГ с нормальной массой тела наиболее ранним предиктором гемостазиологической дисфункции является усиление коллаген-индуцированной агрегации тромбоцитов, тогда как у больных с ожирением таким предиктором является повышение концентрации растворимого фибрин-мономерного комплекса на фоне снижения уровня антитромбина III.

Внедрение данной диагностической методики в работу врачей общей практики позволит осуществлять раннюю доклиническую диагностику развития гемостазиологической дисфункции у больных АГ с учетом индекса массы тела и назначать дифференцированную корригирующую