

6,0% пож.перенесли ранее пневмонию. У 1,4% обсл. имел место установленный кардиологический диагноз (у 5 была ИБС и у 3—ГБ). Ср. зн., характеризующие ФВД, были в пределах N , ФЖЕЛ = $106,3 \pm 0,7\%$ от должн., ОФВ₁ = $101,9 \pm 0,7\%$ от должной, а отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ = $79,5 \pm 0,43\%$. Отмечено, что у 7,1% обсл. отн. ОФВ₁/ФЖЕЛ было <70%, ФЖЕЛ была <80% от долж. у 1,7%, ОФВ₁—у 2,8%. Это стало причиной детального анализа ФВД во взаимосвязи с другими факторами. Среди всех сотр., работавших на пожарах (n=323), отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ было <70% у 7,7% (ср. зн. $79,5 \pm 0,5\%$), ОФВ₁ было ниже нормы у 3,1%. У всех 26 обследованных, не работавших на пожарах, инд.Тиффно не был снижен ($80,2 \pm 1,1\%$). При выделении группы из 204 сотр. со стажем работы на пожарах 10 лет и более частота ИТ <70% стала $9,3\%$ ($78,8 \pm 0,6\%$), а при работе на пожарах более 20 лет (n=15)— $26,7\%$ ($75,4 \pm 1,7\%$). У пож. со стажем <10 лет этот признак обструкции был в 4,1% (ИТ = $80,6 \pm 0,7\%$). Среди 218 лиц продолжавших курить отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ (индекс Тиффно) было <70% у 5% сотр. (ср. зн. инд.Тиффно $78,4 \pm 0,6\%$), среди 71 курившего ранее—3,6% ($81,1 \pm 0,7\%$), а среди 63 никогда не куривших—3,2% (ср. зн. инд. Тиффно $81,3 \pm 0,5\%$). У 202 сотр., работавших на пожарах и продолжавших курить этот признак обструкции встретился в 10,4% случаев. Среди 143 сотр. с непрерывным стажем курения 10 пачко-лет и < частота признака ОФВ₁/ФЖЕЛ <70% составила $7,7\%$ ($78,8 \pm 0,9\%$), а среди 38 обсл. куривших непрерывно 20 пачко/лет и более— $18,4\%$ ($76,4 \pm 1,1\%$). Среди куривших и бросивших курить со стажем курения более 20 лет этот ключевой признак обструкции встретился в 15,8% случаев (ср. зн. инд.Тиффно сост. $77,1 \pm 1,8\%$). Среди 17 пож. несущих службу на пожарах более 10 лет и имевших стаж курения >20 пачко/лет частота снижения инд.Тиффно была $17,6\%$ ($76,3 \pm 1,9\%$). Для разграничения влияния работы на пожарах и курения обсчитаны подгруппы с разной степенью влияния этих факторов. Среди не куривших увеличение стажа работы на пожарах не приводило к развитию обструкции. Среди не работавших на пожарах даже у куривших ИТ не снижался. Среди работавших на пожарах увеличение стажа курения частота обструкции нарастала с 2,8% (до 10 пачко/лет) до 18,8% (>20 пачко/лет, $p < 0,05$). Среди курильщиков увеличение стажа работа на пожарах увеличивало частоту обструкции с 5,3% (стаж до 10 лет) до 36,4% (стаж более 20 лет). У 59 обсл., которые отметили наличие кашля, отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ было ниже нормы в 11,9% случаев (среднее $76,7 \pm 1,5\%$), а среди 48 кашлявших, куривших и работавших на пожарах— $14,6\%$ ($75,8 \pm 1,7\%$). Если к последним 3 признакам добавить стаж курения более 20 пачко/лет (n=8), то значение инд. Тиффно было $77,0 \pm 2,5\%$, а частота его снижения ниже 70%— $12,5\%$. Среди 18 сотр. с отягощ. аллерг. анамнезом частота снижения инд.Тиффно ниже N составила 22,2% (среднее $73,6 \pm 4,4\%$). Среди работавших на пожарах >15 лет и имевших аллерг.фенотип частота снижения ИТ составила 60%, а у лиц без аллергии 13,9%. Сочетание аллергии и курения без фактора профессии не приводило к нарастанию частоты снижения ИТ. Исследование показало, что у пож. причиной развития обструктивного

синдрома является сочетанное влияние профессионального фактора с табакокурением либо с аллерг. фенотипом. Среди не куривших или сотрудииков без аллергии участие в пожаротушении не влияет достоверно на снижение ИТ.

Выводы. 1. Ведущим фактором развития БОС у работников ГАИ является курение, работа на трассе и отягощенный аллерг. анамнез имеют меньшее значение. Оздоровительным мероприятием среди сотрудииков ГАИ должно быть прекращение табакокурения. 2. У пожарников причиной развития БОС является сочетанное влияние профессионального фактора с табакокурением либо с аллерг.фенотипом. Среди не куривших или сотрудииков без аллергии участие в пожаротушении не влияет достоверно на снижение ИТ.

051. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ САРКОИДОЗОМ

Визель Ирина Юрьевна
Кафедра фтизиопульмонологии Казанского государственного
медицинского университета Росздрава, Казань, Россия

Саркоидоз — болезнь неизвестной природы, характеризующаяся образованием в пораженных органах неказеифицирующихся эпителиоидноклеточных гранулём. Интерес к этому заболеванию в настоящее время связан с изменением понимания природы этого заболевания: переход из класса инфекционных болезней в класс иммунологической патологии, что отражает МКБ-10. В настоящее время наблюдение больных саркоидозом осуществляется врачом общей практики или терапевтом при консультативной поддержке пульмонологов и фтизиатров, с инвазивной верификацией диагноза в соответствии с поражённым органом. Целью данной работы было изучение состояния больных саркоидозом на момент их выявления и подтверждения диагноза на тканевом уровне.

Было проанализировано 188 случаев саркоидоза, которые были выявлены или подтверждены на приёме у пульмонолога. Это были 135 женщин и 53 мужчины, средний возраст которых составлял $42,5 \pm 0,7$ года (от 18 до 72 лет). Для подтверждения диагноза в 23,9% случаев была проведена трансбронхиальная биопсия, в 55,9% — видеоторакоскопическая, в 9,6% — открытая биопсия лёгкого или внутригрудного лимфатического узла, в 3,2% — биопсия кожи, в 6,9% — биопсия периферического лимфатического узла и в 1 случае (0,5%) — биопсия другого органа (удалённая селезёнка). 30,8% пациентов имели только внутригрудную лимфаденопатию (стадия I), у 60,1% больных лимфаденопатия сочеталась с изменениями в лёгких (стадия II), изменения в лёгких (диссеминация) без видимой лимфаденопатии встретилась в 8,5% случаев и у одной больной (0,5%) был выраженный фиброз лёгких (стадия IV). Индекс массы тела больных варьировался от 16,6 до $42,1 \text{ кг/м}^2$ ($25,4 \pm 0,37 \text{ кг/м}^2$).

Параметры спирограммы форсированного выдоха имели большой разброс значений, так ФЖЕЛ варьировала от 23,3% до 139,5% от должных величин, но медиана 97,9%, а среднее арифметическое составляло

96,9 ± 1,3% от должных. Только 18,6% больных имели значения объема менее 80% от должных, и только у 2 пациентов ФЖЕЛ была менее 50%. Другой ключевой показатель в оценке динамики и прогноза для больных внутригрудным саркоидозом DLco (диффузионная способность лёгких) варьировал от 37% до 148% от должных, но медиана также была высока — 96,5%, а среднее было 95,9 ± 1,9%. 19,8% больных имели снижение ниже 80%, и только у 3 больных она была ниже 50% от должных. Насыщение крови кислородом (SaO₂) ни в одном случае не было менее 90%, составляя в среднем 95,6 ± 0,13%.

Таким образом, вновь выявленные больные саркоидозом в 90,9% имели I-II стадии заболевания, в абсолютном большинстве случаев имели сохранную жизненную ёмкость, диффузионную способность лёгких и насыщение крови кислородом. Это свидетельствует о том, что большинство больных с подтверждённым саркоидозом были сохранены в клиническом отношении и в 80% случаев (согласно международному соглашению по саркоидозу) не требовали активной терапии на момент выявления.

052. БИЦИКЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У «ТРУДНЫХ» ПАЦИЕНТОВ

Вовк Л.М., Сухов Ю.А.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Национальная медицинская академия последипломного образования, г. Киев, Украина

Цель исследования. Исследуемый препарат – оригинальный гепатопротектор Бициклोल, таблетки 25 мг, производства компании «Beijing Union Pharmaceutical Factory», Китай, применялся для лечения хронического вирусного гепатита С (ХВГС) у 20 пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены пациенты с хронической HCV инфекцией (вне зависимости от генотипа) в возрасте 18 - 55 лет следующих категорий: пациенты с компенсированным циррозом печени HCV-этиологии (класс А по Child-Pugh); «нон-респонденты» после полного курса ПВТ; лица с рецидивом после полного курса ПВТ; лица, имеющие противопоказания к проведению ПВТ; пациенты с признаками биохимической активности процесса (активность АлАТ и/или АсАТ выше 2 – 5 уровней высшей границы нормы).

Помимо обязательного обследования у всех пациентов определялись: альфафетопротеин (АФП); иммунограмма: ФНО-α, ИФ-γ, ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ЦИК; аутоантитела к тканевым антигенам печени; анти-HCV IgG (сog, NS3, NS4, NS5) количественно; РНК HCV (PRC-RT) количественно; HBsAg, анти-HBc; УЗИ органов брюшной полости в 3D-режиме. Исследование проводилось до начала исследования, через 1, 3 и 7 месяцев от начала лечения, через 6 месяцев по окончании лечения.

Результаты и выводы. В дополнение к выраженному гепатопротекторному, Бициклोल оказывает иммуномодулирующее действие, нормализуя популяционный состав лимфоцитов и увеличивая

степень их активности, снижая уровни аутоантител, АФП; подавляя секрецию ФНО-α и других провоспалительных цитокинов, повышая содержание противовоспалительных цитокинов и эндогенного ИФ-γ в сыворотке крови. На момент окончания лечения Бициклолом нормализация активности АлАТ и АсАТ имела место у 75% пациентов, отрицательная RNA HCV зарегистрирована у 2 пациентов (10%), с сохранением результатов и через 6 месяцев после окончания лечения. Использование Бициклола для лечения «трудных» больных ХВГС позволяет в течение 1-3 месяцев достичь клинико-биохимической ремиссии у 75% пациентов, улучшения биохимических показателей – у 25%, а через 7 месяцев – у 90% и 10%, соответственно. Переносимость Бициклола оценена как хорошая, комплаенс к проводимой терапии высокий, что, в совокупности с доступной ценой препарата, предоставляет возможность широкого использования Бициклола в лечении пациентов с ХВГС, имеющих противопоказания к проведению противовирусной терапии или нон-респондентов.

053. ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Волерт Т.А.

СПб ГУЗ ДГБ №1, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Изучить возможности эзофагогастроскопии в диагностике гастроэзофагеального рефлюкса у детей раннего возраста, оперированных по поводу атрезии пищевода.

Материалы и методы. Нами было обследовано 30 детей с атрезией пищевода получавших лечение в стационаре в период с 2006 по 2009 год. Соотношение девочек и мальчиков – 5:7. Средняя масса тела составила 2098±82,9 грамм. Гестационный возраст к моменту рождения – 34 недели (от 28 до 37 недель). Все новорожденные в этой группе имели один и тот же анатомический вариант атрезии пищевода с дистальным трахео-пищеводным свищем – тип С по классификации Gross. Диастаз между проксимальным и дистальным сегментами составил в среднем 2 см, с диапазоном от 1,5 до 3 см. У 23% детей интраоперационная дистанция между немобилизованными проксимальным и дистальным сегментами пищевода составляла более 20 мм. В этом случае диастаз считается большим. Сочетанные аномалии развития диагностированы у 5 пациентов: VACTER-ассоциация – в 4 случаях, болезнь Дауна – у 1 ребенка.

Результаты и обсуждение. Лечение детей с атрезией пищевода является одной из сложнейших хирургических задач в области хирургии новорожденных. Современные возможности анестезиологии и реанимации позволяют проводить оперативное вмешательство на ранних сроках (впервые сутки после рождения).

В рамках диспансерного наблюдения все дети в возрасте 1 месяца были осмотрены хирургом. Жалобы на периодические срыгивания предъявили 15 (50%) матерей, при этом у 8 детей объем срыгиваний не превышал 5 мл, самочувствие ребенка не страдало. У 3 детей возникали эпизоды поперхивания и кратковременного апноэ во время кормления. Всем