

преимущественно I-II степени, а при ХГС и ЦП С - III степени. Установлено, что АГ прогностически неблагоприятный признак ХГ В и С (OR 1,96, RR 2,55) и ЦП В и С (OR 1,14, RR 1,27). Хронический гломерулонефрит диагностирован у 29,6% больных, в единичных случаях на начальной стадии ХПН с повышением мочевины и креатинина до 14,8 ммоль/л и 124,3 ммоль/л соответственно. Хроническая болезнь почек с иммунокомплексным и иммуноклоточным механизмом развития является внепеченочным проявлением HBV-/HCV-инфекции.

При ХГ/ЦП В и С, протекающих в полиморбидности с АГ но без критериев гломерулонефрита, в 26,1% случаев выявлена микроальбуминурия до 0,014±0,001 (0,011-0,12), в 87,1% случаев - повышение СРБ до 7,0±0,45 (6,08-7,92) ед. У данной категории больных до 1,2-1,7 норм повышаются уровни ЦИК и IgG. Микроальбуминурия и иные маркеры эндотелиальной дисфункции могут выступать ранними диагностическими признаками поражения почек и развития в дальнейшем нефрологических внепеченочных системных проявлений хронической HBV- и HCV-инфекции. Либо свидетельствуют о поражении сосудов артериального русла различными механизмами (вирусы? ЦИК?).

**Заключение.** Синдром АГ диагностируется у 54,9% больных ХГ/ЦП В и С, наиболее тяжелый при хроническом HCV-инфицировании и на стадии цирроза печени. У 1/3 больных ХГ/ЦП АГ имеет нефрогенный генез. Предположительно, что в генезе развития АГ при хронической HBV- и HCV-инфекции задействованы механизмы не только поражений почек, но и сосудов собственно HBV/HCV и иммунными комплексами.

#### 050. ВКЛАД РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У СОТРУДНИКОВ МВД И МЧС

Визель А.А., Амиров Н.Б., Потапова М.В.  
КГМУ, МСЧ МВД по РТ (Казань)

**Цель:** Изучить распространенность и особенности формирования бронхообструктивного синдрома (БОС) среди сотрудников ГАИ ГИБДД и пожарников. Определить ФР, их влияние на развитие ХОБЛ. Намечить пути профилактики ХОБЛ в этих группах больных.

**Материалы и методы:** Обследовано 783 чел. в возраст 20 до 59 лет: 431 (55,04%) сотр. ГАИ (413 м и 18 ж, ср. возраст 31,8±0,31 года), а 352 (44,96%) пож. (350 м и 2 ж, ср. возраст 33,9±0,39 г).

**Результаты:** 50,6% сотр. ГАИ были курильщиками, 19,5% – курильщиками в прошлом, 29,9% не курили. 76,1% обследованных работали в условиях дорог и трасс, у 10% отмечен проф. фактор стресса. Все сотр. ГАИ имели данные флюорографии (97% в течение года и 3% – в течение 2-х лет). Опрос по жалобам выявил кашель у 17,4% обсл., одышку при нагрузке – у 30,2%. Аллерг. анамнез отягощен у 8,4%. У 3,9% аллергия имела кожные проявления, у 1,6% – в виде аллерг. ринита, у 1,9% – в виде конъюнктивита. 1,2% отметили одышку во время аллерг. реакции, у 1 обсл. в анамнезе аллерг. шок. Установленные ранее заболевания ОД имели место у 2,1% сотрудников (у 7 – ХБ и по 1 пациенту пришлось на ХОБЛ, БА и ОБ). Заболевания ОД в

анамнезе встретились у 13,7% сотр. 10,0% сотр. ГАИ перенесли ранее пневмонию. Ср. знач., характеризующие ФВД, были в пределах N, ФЖЕЛ = 106,9±0,7% от должной, ОФВ<sub>1</sub> = 102,8±% от должной, а ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ = 80,6±0,30%. При анализе отмечено, что у 3,9% обсл. ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было <70%, ФЖЕЛ была <80% от долж. у 1,4%, ОФВ<sub>1</sub> – у 2,8%. Среди всех сотр., работавших на улицах и дорогах, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже 70% у 4,3% (ср. зн. 80,4±0,3%). Среди продолжавших курить инд. Тиффно был <70% у 5% сотрудников, среди куривших ранее и бросивших – 3,6%, а среди никогда не куривших – 2,3% (ср. зн. инд. Тиффно 81,3±0,5%). У сотр. ГАИ, работавших на трассе и продолжавших курить этот признак обструкции встретился в 5,6% сл. Среди 150 сотр. с непрерывным стажем курения 10 пачко-лет и менее частота признака ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ <70% составила 3,3%, а среди 32 обсл. куривших 20 пачко/лет и более – 15,6%. Среди куривших и бросивших курить со стажем курения более 20 лет этот ключевой признак обструкции встретился в 26,1% случаев (ср. зн. инд. Тиффно 74,7±1,7%). Среди сотр. ДПС, несущих службу на трассах более 10 лет и имевших стаж курения более 20 пачко/лет частота снижения инд. Тиффно достигла 44,4%. У 75 обсл., которые отметили наличие кашля, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже нормы в 6,7% случаев (среднее 81,3±0,5%), а среди кашлявших, куривших и работавших на трассе – 8,9% (77,9±0,9%). Если к последним трем признакам добавить стаж курения более 20 пачко/лет, то значение инд. Тиффно достигало 71,4±2,5%, а частота его снижения ниже 70% – 42,9%. Нарастание стажа курения приводило к учащению обструктивного синдрома как у работавших на дорогах, так и не имевших этого проф. фактора. Среди куривших нарастание стажа работы на дорогах сопровождалось учащением снижения ИТ, среди не куривших этого не было. Среди 36 сотр. с отягощенным аллерг. анамнезом частота снижения инд. Тиффно ниже нормы составила 5,6% (среднее 79,9±1,1%). Среди не работавших на трассах и не куривших аллерг. фенотип имел место у 16,4% сотр, среди куривших до 10 лет – у 7,9%, среди куривших 10-20 лет – у 14,3%, а у куривших >20 лет аллергии не было отмечено. Анализ показал, что ведущим фактором развития БОС у сотр. ГАИ явл. курение, тогда как работа на трассе (фактор загазованности) и отягощенный аллерг. анамнез (предрасположенность к БА) имеют меньшее значение. Ведущим оздоровительным мероприятием среди аттестованных сотрудников ГАИ должно быть прекращение табакокурения.

61,9% пож. были курильщиками, 19,9% – курильщиками в прошлом, 21,2% – не курили. 91,8% обследованных работали в условиях тушения пожаров, 6% отметили проф. фактор стресса. Все обсл. пож. имели данные флюорографии (89,5% в течение года и 10,5% – в течение 2-х лет). Опрос по жалобам выявил кашель у 16,8% обсл., одышку при нагрузке – у 25,9%. Аллерг. анамнез был отягощен у 5,1%. У 3,1% аллергия имела кожные проявления, у 0,9% – в виде аллерг. ринита, у 0,9% – в виде конъюнктивита. 0,3% отметили одышку во время аллерг. реакции. На момент обсл. у 3 больных был ОБ, у 1 – ХБ и у 1 ХОБЛ (всего 1,4%). Заболевания ОД в анамнезе встретились у 8,5% сотр. Установлено, что

6,0% пож.перенесли ранее пневмонию. У 1,4% обл. 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.,  $ОФВ_1 = 101,9 \pm 0,7\%$  от должной, а отношение  $ОФВ_1/ФЖЕЛ = 79,5 \pm 0,43\%$ . Отмечено, что у 7,1% обл. отн.  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  было  $<70\%$ , ФЖЕЛ была  $<80\%$  от долж. у 1,7%,  $ОФВ_1$ —у 2,8%. Это стало причиной детального анализа ФВД во взаимосвязи с другими факторами. Среди всех сотр., работавших на пожарах ( $n=323$ ), отношение  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  было  $<70\%$  у 7,7% (ср. зн.  $79,5 \pm 0,5\%$ ),  $ОФВ_1$  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  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  (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  $ОФВ_1/ФЖЕЛ <70\%$  составила 7,7% ( $78,8 \pm 0,9\%$ ), а среди 38 обл. 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 обчислены 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 обл., которые отметили наличие кашля, отношение  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  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