

с ролью пероксида водорода как важнейшего интермедиатора свободнорадикальных реакций, имеющего наибольший среди других радикальных форм кислорода период полураспада и, соответственно, больший повреждающий эффект.

Антиперекисная активность плазмы снижена у больных РА на 34% ($p < 0,05$). В группе больных традиционной ЛФК через три месяца отмечалось возрастание антиперекисной активности плазмы на 26% ($p < 0,05$) с достижением уровня нормальных значений (-17% , $p > 0,05$). У лиц, выполняющих программу интенсивной ЛФК, зафиксировано повышение антиперекисной активности плазмы на 76% ($p < 0,05$). Данные значения были достоверно выше ($+43,5\%$, $p < 0,05$) средних цифр в группе традиционной ЛФК, и на 19% ($p < 0,05$) превышали нормальные показатели. В группе гипоксических тренировок антиперекисная активность плазмы сравнялась с нормой. Супероксиддисмутаза — фермент, традиционно изучаемый при исследовании антиоксидантной обеспеченности организма. Активность супероксиддисмутазы в эритроцитах у больных РА была повышена на 81% ($p < 0,05$). После трехмесячного периода занятий лечебно-оздоровительной гимнастикой активность фермента снижалась на 20% ($p < 0,05$), но оставалась выше нормальных значений на 44% ($p < 0,05$). При интенсивных физических и гипоксических тренировках активность супероксиддисмутазы достигла нормы. Активность фосфолипазы A_2 в плазме крови у больных РА была повышена 77% ($p < 0,05$). В группе лиц, выполняющих программу традиционной ЛФК или получавших курсы гипоксической терапии, значимых изменений ферментативной активности не

наблюдалось. У больных группы интенсивной ЛФК активность фосфолипазы A_2 снизилась на 19% ($p < 0,05$), но оставалась выше нормальных цифр ($+47\%$, $p < 0,05$).

Итак, традиционная ЛФК в течение трех месяцев наблюдения приводила у больных РА с невысокой активностью воспалительного процесса к положительным изменениям со стороны перекисно-антиоксидантного дисбаланса. Однако улучшения клинико-лабораторных показателей активности и тяжести РА практически не наблюдалось. Интенсивная ЛФК оказывала более существенное стимулирующее воздействие на мощность антиоксидантной защиты, сопровождаемое снижением активности провоспалительного фермента фосфолипазы A_2 и СОЭ. Наиболее существенным в выраженном клиническом улучшении состояния больных представлялось улучшение объективных и субъективных функциональных показателей.

Дополнительное к традиционной ЛФК назначение нормобарической гипоксической терапии мало изменяло динамику исследуемых биохимических показателей. Клинический эффект интервальных гипоксических тренировок в основном проявился обезболивающим действием.

Таким образом при ревматоидном артрите интенсивные физические тренировки имеют несомненные преимущества перед традиционной ЛФК. Нормобарическая гипоксическая терапия показана больным с низкой функциональной способностью из-за анкилозных изменений в суставах и невозможностью выполнения интенсивных физических тренировок.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Облогина Л.И., Медведева О.А., Шигарева Э.В., Точилова Т.П.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина»

Саркоидоз — хроническое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием в органах эпителиоидноклеточных гранул без казеозного некроза с преимущественным поражением органов дыхания (96—98%). Диагностика его и дифференциальная диагностика с другими гранулематозными и интерстициальными болезнями органов дыхания чрезвычайно трудна, поскольку саркоидоз не имеет патогномоничных клинических, лабораторных, рентгенологических и даже гистологических признаков.

Проведен анализ 182 случаев заболевания пациентов, находившихся на обследовании в областном противотуберкулезном диспансере с 2001 по 2006 гг. Доминировали женщины (72,7%) преимущественно в возрасте 20—49 лет (75,9%). В подавляющем большинстве (76,4%) больные саркоидозом — социально благополучные люди со средним специальным или высшим образованием (медицинские работники, педагоги, экономисты и др.) с желанием получить знания о своем заболевании. Вредные привычки (табакокурение) отмечено в 13% случаев. Наличие профессиональных вредностей (химические вещества, текстильное

производство и др.) в анамнезе встречались у 10,8% наблюдаемых.

В последние годы саркоидоз чаще стал выявляться при обращении в учреждения первичной медико-санитарной помощи (55,5%) с клинической манифестацией в виде маловыраженных общих нарушений (слабость, утомляемость, потливость у 29,7%) или грудных симптомов (у 43,2% сухой кашель, одышка при значительной физической нагрузке). В 8,1% случаев обращение за медицинской помощью было обусловлено появлением кожных изменений (узловатая эритема).

Острое начало заболевания с яркой симптоматикой синдромов Лёфгрена (лихорадка, полиартралгии, узловатая эритема) и реже Хеерфордта-Вальденстрёма (лихорадка, увеит, паротит, парез лицевого нерва) констатировано в 25,6% случаев. У 18,2% пациентов отмечено повышение артериального давления, что, возможно, обусловлено увеличением содержания АПФ, продуцируемого эпителиоидно-клеточными гранулемами, у 12,8% — избыточная масса тела.

При проверочных флюорографических обследованиях выявлено 44,5% больных, причем только у 25,9% клинические симптомы отсутствовали. При физикальном исследовании органов дыхания изменения обнаруживались редко и были очень скудными (жесткое или ослабленное дыхание).

При анализе лабораторных данных в 56,5% случаев как единственное изменение отмечено увеличение СОЭ (19—52 мм/час), в 16,7% — лейкопения, в 18,2% — умеренная лимфопения, в 10,8% — эозинофилия.

Из биохимических показателей фиксировалась гипоальбуминемия (23,4%) и диспротеинемия (36,7%) с повышением содержания гамма-глобулина до 23—34%. Ни в одном случае не отмечено повышение содержания кальция в крови и моче.

Всем пациентам проводилась внутрикожная туберкулинодиагностика с 2ТЕ ППД-Л и в 67,1% случаев отмечена анергия, но у 18,8% пациентов пробы были положительными нормергическими с размером папулы от 6—18 мм. Подавляющему большинству больных выполнялась фибробронхоскопия, при которой у 68,8% обнаружены косвенные признаки внутригрудной лимфаденопатии (тупой угол бифуркации трахеи, расширение углов деления долевых и сегментарных бронхов) и только в 3 случаях выявлены «саркоидные эктазии сосудов», в 2 — белесоватые милиарные бугорки на слизистой. При исследовании функции внешнего дыхания нарушения вентиляции I—II степени, преимущественно по рестриктивному типу, выявлены у 37,1% обследуемых. В бронхоальвеолярной жидкости повышение содержания лимфоцитов от 17 до 91% отмечено в 93,5% случаев.

Рентгенологическая картина органов грудной клетки у 97,9% больных характеризовалась увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов с обеих сторон, которое в 13,5% сочеталось с поражением узлов верхнего средостения (паратрахеальных и трахеобронхиальных). У 48,6% пациентов внутригрудная аденопатия выявлена одновременно с поражением паренхимы и интерстиция легких в виде мелких множественных диссеминированных очагов без тенденции к слия-

нию с преимущественной локализацией в нижних и средних отделах на фоне мелкопетлистого легочного рисунка. В единичных случаях наблюдалась реакция междолевой плевры или атипичная рентгенологическая картина в виде фокусов затемнения с нечеткими контурами. Изолированное поражение паренхимы легких было только у 2,1% больных.

Учитывая трудности дифференциальной диагностики саркоидоза с туберкулезом, другими гранулематозами, ВИЧ-инфекцией, верификация диагноза в 31,2% случаев осуществлялась гистологически (небольшой процент объясняется наличием у некоторых пациентов противопоказаний или отказа от инвазивных методов исследования). Проводилась чрезбронхиальная или открытая биопсия легкого и внутригрудных лимфатических узлов, видеоторакоскопия с биопсией плевры и легкого. Диагноз саркоидоза подтверждался обнаружением эпителиоидно-клеточных гранул без казеозного некроза, часто с тенденцией к фиброзированию.

Внелегочные локализации процесса (в сочетании с саркоидозом органов дыхания) наблюдались только у 5 пациентов: у 2 — поражение периферических лимфатических узлов и у 3 — кожи. Саркоидоз кожи у наблюдаемых пациентов проявлялся образованием на предплечьях темно-красных высыпаний 2—3 мм в диаметре или белесоватых блестящих узелков в области лба, спины, груди. Изменения зудом и болями не сопровождались. Верификация диагноза осуществлялась гистологически.

На основании всего комплекса проведенных исследований саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (I стадия согласно классификации Всемирной организации саркоидоза и других гранулематозных заболеваний 1999 г.) установлен у 51,4% пациентов, II стадия (саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких) — у 46,5%, III стадия (саркоидоз легких) — у 2,1%. За указанные годы летальный исход констатирован у 2 больных со стажем заболевания 17 и 19 лет с развитием массивных фиброзных и буллезно-дистрофических изменений в легких и обызвествлением внутригрудных лимфатических узлов.

ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Орел В.И., Малеев А.И., Кривохиж В.Н.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Для оказания более эффективной медико-социальной помощи в Ленинградской области организована специализированная туберкулезная больница «Дружноселье» для лечения больных туберкулезом с сопутствующей патологией. Утвержден Устав больницы, где указано, что больница создана для «оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом легких, в том числе в комбинации с соматическими заболеваниями, а также туберкулезом

легких в сочетании с психическими расстройствами.

Для достижения уставных целей больница осуществляет в порядке, установленном действующим законодательством, следующие виды деятельности:

- диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний на базе качественного обследования;