3. Кустаров, В.Н. Качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса матки / В.Н. Кустаров, Т.С. Салуквадзе // Мать и дитя: материалы VII Российского форума. - М., 2005. - С. 398-399.
4. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова / под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. – 313 с.
5. Barber M.D., Amundsen C.L., Paraiso M.F. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. – 2007. - Vol.18, №7. – P.799-806.
6. Bovbjerg V.E., Trowbridge E.R., Barber M.D. Patient-centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction // Am J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 200, №5. – P. 1-6.
7. Lemyre M., Comparison of morbidity associated with laparoscopic myomectomy and hysterectomy for the treatment of uterine leiomyomas / Lemyre M., Bujold E., Lathi R., // J Obstet Gynaecol Can. 2012. Vol. 34, №1. – P. 57-62.
8. Nieboer T.E. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial / Nieboer T.E., Hendriks J.C., Bongers M.Y. // Obstet Gynecol. 2012. – Vol. 119, №1. – P. 85-91.
9. Plotti F. Sexual function after modified radical hysterectomy (Piver II/Type B) vs. classic radical hysterectomy (Piver III/Type C2) for early stage cervical cancer. A prospective study / Plotti F., Nelaj E., Sansone M. // J Sex Med. 2012. – Vol. 9, №3. P. 909-917.
10. Reitsma M.L. Does health-related quality of life improve in women following gynaecological surgery? / Reitsma M.L., Vandenkerkhof E.G., Johnston S.L. // J Obstet Gynaecol Can. 2011. – Vol. 33, №12. – P.1241-1247.
11. Stadnicka G., Iwanowicz-Palus G., Mazurek A., Pieta B. The feeling of life satisfaction in patients after hysterectomy // Ginekol Pol. 2012. – Vol.83, №5. – P.347-352

УДК 616.24-002
© О.З. Кузовкина, Г.А. Мавзютова, Р.М. Фазлыева, Г.А. Мухетдинова, Н.А. Кудашева, 2012

О.З. Кузовкина, Г.А. Мавзютова, Р.М. Фазлыева, Г.А. Мухетдинова, Н.А. Кудашева

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Целью данной работы явилась комплексная оценка значимости определения содержания С-реактивного протеина и альвеомуцина в сыворотке крови для оценки степени тяжести внебольничной пневмонии.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 285 больных внебольничной пневмонией, не имеющих сопутствующих заболеваний, отягощающих прогноз. Кроме общего клинического обследования больных по медико-экономическим стандартам проводилось количественное определение содержания в крови С-реактивного протеина и альвеомуцина.

Результаты и выводы: наряду с клиническими, рентгенологическими и общепринятыми лабораторными критериями степени тяжести определение количественного показателя С-реактивного протеина и содержания альвеомуцина в сыворотке крови позволяет повысить объективность оценки степени тяжести заболевания и тем самым индивидуализировать тактику проведения терапевтических мероприятий больным с внебольничной пневмонией.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, С-реактивный протеин, альвеомуцин.

O.Z. Kuzovkina, G.A. Mavzyutova, R.M. Fazlyeva, G.A. Mukhetdinova, N.A. Kudasheva

CLINICAL AND LABORATORY CRITERIA OF MODERATELY SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

The purpose of this study was to estimate the set of clinical and laboratory parameters as criteria for severity of pneumonia.

Material and methods: we examined 285 patients with community-acquired pneumonia without comorbidity burdening the forecast. Besides the general clinical examination of patients by health-economic standards, the blood levels of C-reactive protein and alveomucin antigen have been quantified.

Results and conclusions: In addition to the clinical, radiological and conventional laboratory criteria for severity quantification of C-reactive protein and mucin antigen content in blood serum can improve the objectivity of the severity of the disease and thereby individualize the tactics of therapy for community-acquired pneumonia patients.

Key words: community-acquired pneumonia, C-reactive protein, mucin antigen.

Одной из важнейших клинических задач пульмонологии и терапии является определение степени тяжести внебольничной пневмонии (ВП). В настоящее время в литературе представлены общепринятые клинические и лабораторные критерии степени тяжести пневмоний, основанные на ретроспективном анализе данных большого числа больных, перенесших ВП. Повысить объективность оценки тяжести локального и системного воспалений может определение биохимических маркеров повреждения легочной ткани и острофазовых белков [2,4,5]. **Целью** данной работы явилась комплексная оценка значимости определения содержания С-реактивного протеина и альвеомуцина в сыворотке крови для оценки степени тяжести внебольничной пневмонии.

Материал и методы

Исходя из поставленной цели нами было обследовано 285 больных в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст 41,7±1,3 года), среди них 138 (48,4%) мужчин и 147 (51,6%) женщин, не имеющих сопутствующих заболеваний, отягощающих прогноз.

Распределение больных по степени тяжести и прогнозу заболевания проводилось с использованием прогностической шкалы

PORT (Pneumoniua Outcomes Research Team), а также с учетом рекомендаций Всероссийского общества пульмонологов [1,2]. Пациенты I, II и III классов по шкале PORT (≤90 баллов) с риском летальности (менее 5%) составили первую группу А – 178 человек (62,5%) с легкой и среднетяжелой формами заболевания, а пациенты IV и V классов (≥91 балла) с риском летальности до 30% – вторую группу Б с тяжелым и осложненным течением ВП – 107 человек (37,5%). Группа контроля состояла из 30 практически здоровых лиц (18-65 лет), не курящих, не имевших в анамнезе хронических заболеваний и не предъявлявших жалоб на самочувствие в течение 3-х месяцев до обследования. Все группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Клиническое обследование больных проводили в соответствии с медико-экономическими стандартами России и Республики Башкортостан.

Количественное определение содержания в крови С-реактивного протеина (белка) (СРБ) проводилось методом иммунотурбидиметрии. Уровень альвеомуцина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с помощью стандартных наборов («Хема», Россия). Статистическая обработка данных проводилась параметрическими и непараметрическими методами.

Результаты и обсуждение

Ведущим неспецифическим симптомокомплексом в клинике ВП явился синдром интоксикации и общевоспалительных изменений, проявлявшийся общей слабостью, головными и мышечными болями, снижением аппетита и другими признаками, которые в группе А отмечались у 103 (57,9%) больных, в группе Б – у 107 (100,0 %) (p<0,01) больных.

Основной лабораторной характеристикой общевоспалительного синдрома были лейкоцитоз со сдвигом формулы влево у 71,5% больных в группе А, у 92% – в группе Б (p<0,05), увеличение СОЭ, пропорциональное степени тяжести заболевания, у 86,6% и 86,8% (p>0,05) соответственно. В остальных случаях отмечались лейкопения (5,3% в группе Б) или нормальное количество лейкоцитов (29,5% в группе А).

Синдром бронхита был выражен у всех пациентов и проявлялся наличием кашля с различной продуктивностью и соответствующей аускультативной картиной. Влажные мелкопузырчатые хрипы выслушивались в группе А у 82 (46,1%) больных и в группе Б у 62 (57,9%), (p<0,05); сухие хрипы – у 23 (12,9%) пациентов группы А и у 34 (31,8%) группы Б, (p<0,01); одновременно влажные и сухие хрипы выслушивались у 26 (18,2%) и 11 (10,28%) соответственно (p<0,01); у остальных больных в обеих группах хрипы не выслушивались.

Специфичный для пневмонии синдром поражения легочной ткани выявлялся в 100% случаев: притупление перкуторного звука отмечалось у 253 (88,8%) больных, при аускультации ослабленное везикулярное дыхание отмечалось у 112 (39,3)%, бронхиальное дыхание у 74 пациентов (25,96%). Важнейшим из статистически значимых критериев была крепитация, которая выслушивалась у 49 (27,5%) больных группы А и у 96 пациентов (89,7%), (p<0,001) группы Б. Реже (10,2%) наблюдался синдром плеврального выпота, характеризующийся нарастающей одышкой, «тупым» перкуторным звуком, резким ослаблением дыхания, а также рентгенологическими признаками наличия жидкости в плевральной полости.

При проведении рентгенографии характерные изменения в легких наблюдались у 285 (100%) больных (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика объема поражения легких у больных групп А и Б по данным рентгенографии

Объем инфильтрации	Все больные n=285		Группа А n=178		Группа Б n=107	
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%
Очаговое в пределах одного сегмента	89	31,2	80	44,9	9	8,4
Один-два сегмента	81	28,4	61	34,3	20	18,7
Одна доля легкого	92	32,3	37	20,8	55	51,4
Более одной доли	23	8,1	нет	–	23	21,5
Всего…	285	100	178	100	107	100

По данным пульсоксиметрии у больных группы Б с тяжелой формой ВП отмечалось снижение сатурации от 5 до 10% от нормы.

В структуре осложнений ВП основными были: дыхательная недостаточность II–III степеней – 103 случая (36,1%); экссудативный плеврит – 29 случаев (10,2%); инфекционно-токсический шок (ИТШ) I-II степеней – 12 (4,2%), абсцедирование – у 8 пациентов (2,8%). Другие осложнения были редкими (менее 3%), что, вероятно, связано с относительно молодым или зрелым возрастом пациентов, а также с отсутствием отягощенного анамнеза. Все указанные осложнения были

диагностированы при тяжелом течении пневмонии, за исключением плеврита. Экссудативный плеврит был представлен в 15 случаях (8,43%) в группе А (локальный) и в 14 (13,1%) в группе Б (массивный) (p<0,05).

Количественное определение СРБ в сыворотке крови больных ВП различной степени тяжести показало, что его уровень был статистически значимо (p<0,001) повышен в группах А и Б в сравнении с показателем здоровых лиц (0,5±0,01 мг/дл) и более выражен у больных группы Б с тяжелой формой заболевания (рис. 1).

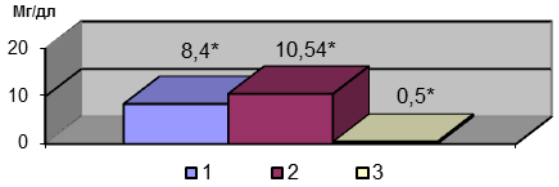

Рис. 1. Уровень С-реактивного белка в крови у больных ВП различной степени тяжести: 1 – группа А; 2 – группа Б; 3 – группа контроля; * p<0,001 – различие в подгруппах статически значимо

При анализе содержания СРБ в зависимости от объема поражения легочной ткани были получены следующие результаты: при долевом поражении его уровень был в 1,4 раза выше, чем при сегментарном (p<0,01), и в 2,6 раза выше (p<0,01), чем при очаговом воспалении. В динамике лечения содержание СРБ снижалось и приближалось к нормальным значениям, достоверно не отличаясь в обследованных группах.

К перспективным малоизученным биологическим маркерам воспаления по праву можно отнести белок альвеомуцин, или муциновый антиген, вырабатываемый альвеолоцитами. В нашем исследовании установлена прямая зависимость средней силы (r=0,05, p<0,01) между объемом поражения легких и уровнем муцинового антигена. Так, в начале заболевания значение изучаемого белка было достоверно выше при долевом поражении легких в сравнении с очаговым (p<0,05). В дальнейшем этот показатель снижался независимо от объема поражения легочной ткани, оставаясь несколько выше при долевом поражении легочной ткани (p<0,05) (рис.2). Полученные данные могут свидетельствовать о более значительном повреждении альвеолоцитов у больных с долевым поражением легких.

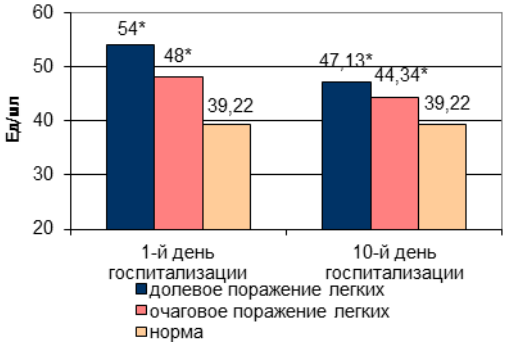

Рис.2. Динамика сывороточного альвеомуцина в зависимости от объема поражения легочной ткани. * Различия статистически значимы (p<0,05)

Таблица 2

Клинико-лабораторные критерии степени тяжести ВП по результатам данного исследования

Основные критерии	Степень тяжести внебольничной пневмонии		
	легкая	средней тяжести	тяжелая
Фебрилитет	До 38°С	До 38-39°С	39-40°С и выше или снижение до 35°С
Признаки интоксикации: головная боль, слабость, озноб	Незначительны	Выражены умеренно	Максимальны
Нарушение сознания	Нет	Нет или заторможенность	Вплоть до сопорозного
Крепитация	Нет	Локальная	Локальная или распространенная
Объем инфильтрации по данным рентгенографии	Очаговый, реже 1 сегмент легкого	1-2 сегмента, доля легкого	Доля и более, двухстороннее поражение легких
Дыхательная недостаточность: одышка, нарушение показателя газового обмена крови	ДН 0-I ст., нарушения сатурации отсутствуют	ДН-II ст. снижение сатурации не более 5-7% от нормы	ДН II-III ст., снижение сатурации на 10-12% от нормы
Значения АД, тахикардия	Нормальное АД, ЧСС, АД $_{диаст.}$ не ниже 80-90 мм рт. ст.	Возможно снижение. АД$_{сист.}$ до 90 мм рт. ст.; АД$_{диаст.}$ до 60 мм рт. ст., ЧСС 90-110 в мин.	Характерно снижение АД$_{сист.}$ менее 90 мм рт. ст; АД$_{диаст}$ менее 60 мм рт. ст., ЧСС 110-120 в мин. и выше
Развитие осложнений	Нет	Локальный плеврит	Массивный плеврит, абсцедирование, ИТШ и др.
Лейкоцитоз, нейтрофилез	6-9 *10^9/л п./яд. 5-10%	9*10^9/л- 12*10^9/л п./яд. 10-15%	≥ 15*10^9/л или ≤ 4,0*10^9/л, п./яд.>15%
СОЭ	≤30 мм/ч	30-40 мм/ч	>40 мм/ч
С-реактивный белок	От 0,5 до 5 мг/дл	5-10 мг/дл	Свыше 10 мг/дл
Альвеомуцин	40-45 ед/л	45-50 ед/л	>50 ед/л

При изучении содержания сывороточного альвеомуцина в зависимости от тяжести течения ВП было выявлено, что его значения в начале болезни достоверно не отличались у больных с разными формами заболевания. Через 10 дней уровень муцинового антигена в

группе Б с тяжелым и среднетяжелым течением был максимален – 49,3±0,61 ед/мл при 45,1±0,76 ед/мл в группе А (p<0,01). Таким образом, в динамике воспаления у больных с тяжелым течением ВП наблюдались наиболее высокие значения муцинового антигена.

Учитывая полученные нами данные клинико-рентгенологического и лабораторного обследования больных ВП различной степени тяжести и рекомендации, приведенные в литературе [3], можно представить следующие критерии степеней тяжести заболевания (табл.2).

Однородность исследуемых терапевтических групп, благополучный анамнез больных, их относительно молодой возраст диктуют необходимость объяснения причин различия в клинических проявлениях болезни и механизмов развития осложнений. Дальнейшим исследованиям предстоит выявить, что является ведущим фактором, приводящим к более тяжелому течению заболевания, – этиология или измененная иммунная реактивность.

Выводы

Наряду с клиническими, рентгенологическими и общепринятыми лабораторными критериями степени тяжести определение количественного показателя С-реактивного протеина и содержания альвеомуцина в сыворотке крови позволяет повысить объективность оценки степени тяжести заболевания и тем самым индивидуализировать тактику проведения терапевтических мероприятий больным ВП.

Сведения об авторах статьи:

Кузовкина Оксана Зульфаровна – аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел. 273-92-82, E-mail: kimalish1@yandex.ru

Мавзютова Гузель Анваровна – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел. 273-92-82

Фазлыева Раиса Мугатасимовна – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел. 273-92-82

Мухетдинова Гузель Ахметовна – к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел. 273-92-82

Кудашева Найля Арслангалиевна – заведующая 2 терапевтическим отделением МБУЗ ГКБ №5. Адрес: г. Уфа, Пархоменко, 93. Тел. 272-35-44

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, С.В. Яковлев [и др.]. – М., 2003. – 53 с.
2. Калинина, Е.П. Диагностика степени тяжести внебольничной пневмонии / Е.П. Калинина // XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. II Конгресс Евроазиатского респираторного общества: сборник трудов конгресса. – СПб., 2006. – С. 462.
3. Пульмонология. Национальное руководство / Российское респираторное общество, Ассоциация медицинских обществ по качеству /под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Гэотар Медиа, 2009. – 960 с.
4. Avdeeva O., Lebedin Y., Avdeev S., Chukanov S., Chuchalin A.G. Serum glycolyl-sialylated glycoprotein antigen 3EG5 as a laboratory marker for interstitial lung disease. Sarcoidosis 1997; 14: 37S.
5. Kothe, H. Outcome of community-acquired pneumonia: influence of age, residence status and antimicrobial treatment / H. Kothe, T. Bauer, R. Marre // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 32. – P. 139-146.

УДК 616.37-002;612.017
© С.К. Мингазова, А.Р. Хасанова, А.Э. Нигматуллина, А.Г. Мусин, Э.Г. Муталова, Л.Н. Мингазетдинова, 2012

С.К. Мингазова, А.Р. Хасанова, А.Э. Нигматуллина, А.Г. Мусин,
Э.Г. Муталова, Л.Н. Мингазетдинова

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа
МБУЗ «Городская клиническая больница №13», г. Уфа

В статье приведены результаты исследования больных хроническим панкреатитом. Изучены сывороточные цитокины (фактор некроза опухоли-α, интерлейкин-1β и интерферон-γ), уровень иммуноферментов-хемокинов моноцитов/макрофагов. Результаты исследования показали высокозначимое нарастание провоспалительных цитокинов у больных часто рецидивирующей формой хронического панкреатита, значимое повышение моноцитарно-хемотаксического протеина 1 (MCP-1) как показателя развития воспаления, что, вероятно, отражает непрерывно текущий воспалительный процесс при билиарно-зависимом хроническом панкреатите.

Ключевые слова: цитокины, хемокины, хронический панкреатит