

дел желудочно-кишечного тракта. Сокращение сроков эпителизации гастродуоденальных эрозий особенно значимо в отношении больных с высоким функциональным классом стенокардии, тяжелой сердечной недостаточностью, когда выполнение операции на сердце в более отдаленные сроки может отрицательно повлиять на прогноз для жизни больного, амбулаторное лечение эрозий на этапе предоперационной подготовки увеличивает сердечно-сосудистый риск для больного. Сокращение сроков пребывания в стационаре также является значимым фактором, увеличивающим доступность кардиохирургической помощи и ее фармакоэкономическую эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авксентьева М.В. Клинико-экономический анализ. – М.: Ньюдиамед, 2008. – 778 с.
2. Ивашкин В.Т., Исаков В.А. Основные положения II Маастрихтского соглашения: какие рекомендации по лечению заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, нужны в России? // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 2001. – Т. 11. №3. – С.77-84.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 2012. – №1. – С.87-89.
4. Исаков В.А. Фармакогеномика и антихеликобактерная терапия // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – №1А. – С.61-68.
5. Казакова Р.В., Калягин А.Н., Рожанский А.А., Пошкайте

Таким образом, использование висмута трикалия дицитрата для лечения эрозий гастродуоденальной зоны у кардиохирургических больных клинически эффективно, что выражается в увеличении частоты их заживления, сокращении сроков проведения контрольной фиброгастродуоденоскопии с 14-го до 10-го дня у 90% больных, уменьшении в целом сроков подготовки к операции на сердце. Фармакоэкономически обосновано использование ингибиторов протонной помпы, эрадикационной терапии первой линии и висмута трикалия дицитрата у данной категории больных с проведением контрольного эндоскопического исследования на 10-й день от начала терапии.

- И.А. Оценка эрадикации *Helicobacter pylori* при язвенной болезни с использованием схемы «кларитромицин – омепразол – амоксициллин» // Журнал инфекционной патологии. – Иркутск, 2008. – Т. 15. №1-4. – С.47-49.
6. Соколова Г.Н., Потапова В.Б., Комаров Б.Д. Прогнозирование заживления язв желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – №5. – С.173.
7. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение): Методические рекомендации № 37 Департамента здравоохранения города Москвы. – М.: ЦНИИ, 2010. – 12 с.
8. Yang K.C., Wang G.M., Chen J.H., Lee S.C. Comparison of rabeprazole – based four- and seven – day triple therapy and omeprazole – based seven – day triple therapy for *Helicobacter pylori* infection in patients with peptic ulcer // J. Formos. Med. Assoc. – 2003. – Vol. 102. №12. – P.857-862.

Информация об авторах: Сорокина Елена Альбертовна – к.м.н., врач, 644111, Омск, ул. Березовая, 3, тел./факс (3812) 403021, e-mail: destin2@yandex.ru; Морова Наталья Александровна – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии, 644043, г. Омск, ул. Ленина 12; Фокин Алексей Анатольевич – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, тел. (351) 7316918; Сафечук Виктор Васильевич – врач-эндоскопист; Ахмедов Вадим Адильевич – д.м.н., профессор кафедры, e-mail: v_akhmedov@mail.ru; Мильченко Марина Валерьевна – врач; Малков Александр Владимирович – врач

© ПЕТРОВА Д.В., КОРНИЛОВА Т.А., ЦЕЙМАХ И.Я., КРАМАРЬ И.П., БЕЛЯКОВА И.И., СОСНОВА О.Л., ШОЙХЕТ Я.Н. – 2013
УДК 616.23/25

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА

Дина Владимировна Петрова¹, Татьяна Александровна Корнилова³, Ирина Яковлевна Цеймах³,
Ирина Петровна Крамарь³, Инна Ивановна Белякова³, Оксана Леонидовна Соснова¹,
Яков Нахманович Шойхет²

(¹Алтайская краевая клиническая больница, г. Барнаул, гл. врач – д.м.н. проф. В.А. Елыкомов, отделение пульмонологии, зав. – Е.М. Реуцкая, ²Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, ректор – д.м.н., проф. В.М. Брюханов, кафедра факультетской хирургии с курсом хирургии факультета усовершенствования врачей им. И.И. Неймарка, зав. – чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. Я.Н. Шойхет, ³Городская больница №5 г. Барнаула, гл. врач – к.м.н. И.А. Вильгельм, отделение пульмонологии №2, зав. – Т.А. Корнилова)

Резюме. Проведено ретроспективное когортное исследование 51 больного с морфологически верифицированными идиопатическими интерстициальными пневмониями: больные с обычной интерстициальной пневмонией (n=29), больные с неспецифической интерстициальной пневмонией (n=14) и больные с криптогенной организуемой пневмонией (n=8). Во всех группах оценивались результаты стандартных общеклинического и биохимического исследований, рентгенологического исследования органов грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КГ, оценки функции внешнего дыхания и оксигенации крови. Выявлены следующие особенности клинического течения идиопатических интерстициальных пневмоний в зависимости от их морфологической формы. Установлено, что обычной интерстициальной пневмонией чаще болеют женщины; у них чаще определяется увеличение частоты сердечных сокращений, выслушивается двусторонняя конечно-инспираторная крепитация в легких; при оценке функции внешнего дыхания наблюдается статистически значимое снижение емкостных и скоростных показателей, по сравнению с пациентами с неспецифической интерстициальной пневмонией и криптогенной организуемой пневмонией. При неспецифической интерстициальной пневмонии реже, чем в других группах выслушиваются аускультативные феномены в легких, чаще встречается синдром артериальной гипертензии и снижение количества тромбоцитов. Для криптогенной интерстициальной пневмонии оказался характерным более старший возрастной контингент больных, фебрильные цифры температуры тела, лабораторно – более часто, чем в других группах, наблюдалось снижение общего белка сыворотки крови, рентгенологически статистически значимо чаще выявлялись очаги консолидации легочной ткани с «воздушными бронхограммами».

Ключевые слова: обычная интерстициальная пневмония, неспецифическая интерстициальная пневмония, криптогенная организуемая пневмония, клинические проявления.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF IDIOPATHIC INTERSTITIAL PNEUMONIA DEPENDING ON ITS MORPHOLOGICAL FORM

D. V. Petrova¹, T. A. Kornilova³, I. Ya. Tseimakh³, I. P. Kramar³, I. I. Beliakova³, O. L. Sosnova¹, Ya. N. Shoikhet²

(¹The Altai Region Clinical Hospital, Barnaul, Russia; ²Altai State Medical University, Barnaul, Russia;

³The Barnaul City Hospital №5, Barnaul, Russia)

Summary. The retrospective cohort study of 51 patients with morphologically verified idiopathic interstitial pneumonia has been conducted. Patients were divided into 3 groups: 1) patients with usual interstitial pneumonia (n=29); 2) patients with nonspecific interstitial pneumonia (n=14) and 3) patients with cryptogenic organizing pneumonia (n=8). Standard clinical and biochemical examination, X-ray study of chest including high-resolution computerized tomography, electrocardiography, echocardiogram and pulmonary function studies have been conducted. The statistics shows that there is a prevalence of female in patients with usual interstitial pneumonia. Also usual interstitial pneumonia is more often accompanied by tachycardia, bilateral inspiratory crepitation and decreased level of vital capacity and forced vital capacity in pulmonary function tests. Nonspecific interstitial pneumonia is more often accompanied by syndrome of arterial hypertension and decreased level of platelets in peripheral blood. Auscultative pulmonary phenomenon is more infrequent in this group. Cryptogenic organizing pneumonia is characterized by more elder contingent of patients, fever, hypoproteinemia and such radiological features as signs of areas of consolidation with air bronchograms.

Key words: usual interstitial pneumonia, nonspecific interstitial pneumonia, cryptogenic organizing pneumonia, clinical manifestations, morphological pattern.

Интерстициальные пневмонии – гетерогенная группа заболеваний неопухоловой природы, характеризующихся различной степенью паренхиматозного неинфекционного воспаления и/или фиброза [2,5]. На сегодняшний день реальная заболеваемость интерстициальными пневмониями остается неизвестной по причине различий в терминологии и диагностических трудностей [9]. Однако авторы во всем мире отмечают рост числа заболеваемости и смертности от идиопатической интерстициальной пневмонии (ИИП), что, вероятно связано с увеличением информированности врачей и совершенствованием диагностических возможностей [7,11]. Тем не менее, проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения ИИП остаются актуальными, так как до сих пор сохраняются противоречия в представлениях об этом заболевании.

Наиболее часто встречающимися субтипами ИИП являются идиопатический легочный фиброз (ИЛФ), неспецифическая интерстициальная пневмония (НИП) и криптогенная организирующаяся пневмония (КОП).

При ИЛФ, морфологической основой которого является обычная интерстициальная пневмония, отмечается преобладание среди больных лиц мужского пола [1-5], средний возраст больных по данным различных авторов колеблется от 50 до 70 лет [1-5,7]. Заболевание характеризуется постепенным началом заболевания с преобладанием бронхо-легочных жалоб [5]. Из общих симптомов отмечается астения, при прогрессировании возможны лихорадка и снижение массы тела [1-5]. У части больных могут наблюдаться артралгии, миалгии, синдром Рейно. Характерным считается изменение ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек», описываемое у 20-93% больных [1-6]. Патогномичным аускультативным феноменом при ИЛФ является конечно-инспираторная крепитация, которая встречается у 75-91% больных [1-2,4-7]. Лабораторно у 30-90% больных отмечается умеренное повышение СОЭ, у 30-80% наблюдается диспротеинемия, в основном, за счет увеличения гамма-глобулинов [2,3,5]. Характерными функциональными особенностями заболевания являются снижение легочных объемов и диффузионной способности легких, бронхиальная проходимость у большинства больных остается в пределах нормы [2,3]. Рентгенологически определяются ретикулярный паттерн и феномен «матового стекла» с преимущественной двусторонней базальной локализацией [2-5].

Неспецифическая интерстициальная пневмония по частоте встречаемости находится на втором месте после ИЛФ. Среди заболевших НИП преобладают женщины, средний возраст больных колеблется в пределах 40-50 лет [1,6,7,12]. В клинической картине преобладают респираторные симптомы [3,8,12]. Из общей симптоматики у 30% больных наблюдается субфебрилитет, у 50%

– слабость и снижение массы тела, у 36-40% больных – синдром «барабанных палочек» [3,5,6]. Аускультативно у 80% больных выслушивается инспираторная крепитация. Лабораторные показатели при НИП неспецифичны. Функционально у 92-100% больных наблюдаются снижение диффузионной способности легких и рестриктивные нарушения, у 42% больных регистрируются признаки умеренной бронхиальной обструкции [7]. Рентгенологически выявляются двусторонние ретикулярные изменения в нижних отделах легких и изменения по типу «матового стекла» [3,4,6,12].

Криптогенная организирующаяся пневмония чаще развивается у людей в возрасте 50-60 лет, имеет сравнительно «короткий» анамнез (2-6 мес.), мужчины и женщины болеют одинаково часто [4,5]. КОП характеризуется острым или подострым течением и выраженностью общих симптомов: лихорадка встречается у 60%, слабость и снижение массы тела – у 50% больных. Аускультативно у 75% больных выслушивается крепитация. Лабораторно у 50% заболевших выявляется лейкоцитоз, у 70-80% – повышение уровня СОЭ и С-реактивного белка [3,5]. При исследовании функции внешнего дыхания у больных с КОП регистрируются умеренные рестриктивные нарушения и выраженное снижение диффузионной способности легких, в 20% случаев наблюдается бронхиальная обструкция [3]. Типичным рентгенологическим паттерном КОП являются субплевральные очаги консолидации легочной ткани с «воздушными бронхограммами» [3,4,10].

Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения идиопатических интерстициальных пневмоний в зависимости от их морфологической формы.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование 51 больного в возрасте от 21 до 70 лет с диагнозом ИИП. В зависимости от гистологического паттерна выделено 3 группы: в первую группу вошло 29 больных ОИП, во вторую – 14 с НИП, третью группу составили 8 больных КОП.

Критериями включения больных был морфологически верифицированный диагноз ОИП, НИП и КОП. Критериями исключения были: возраст больных менее 18 и более 70 лет; наличие злокачественных новообразований любой локализации; нарушение функции систем и органов в терминальной стадии (сатурация кислорода крови <75%, парциального давления кислорода в артериальной крови <40 мм рт.ст.; скорость клубочковой фильтрации <20мл/мин, уровень креатина сыворотки крови >0,177 ммоль/л; декомпенсация кровообращения – III стадия хронической сердечной недостаточности).

Таблица 1

Сравнительная оценка данных о больных и результатов клинического обследования

Показатель	ОИП (n=29)	НИП (n=14)	КОП (n=8)	p1	p2	p3
Мужской пол, %	13,8	50,0	25,0	0,02	0,82	0,48
Возраст, лет (Me (Q1-Q3))	52,0 (36,0-59,0)	51,5 (49-55,5)	57,5 (55,75-60,25)	0,82	0,09	0,02
Курильщики, %	17,2	50,0	12,5	0,06	0,82	0,19
Длительность заболевания, мес (Me (Q1-Q3))	24,0 (6,0-60,0)	12,0 (6,0-33,0)	4,5 (2,5-33,0)	0,17	0,12	0,56
Острое начало заболевания, %	13,8	28,6	25,0	0,45	0,82	0,75
Сопутствующая патология, %	79,3	100,0	100,0	0,17	0,38	-
Общие симптомы:						
Температура тела, °C (Me (Q1-Q3))	36,6 (36,6-37,5)	37,0 (36,6-38,5)	38,1 (37,5-39,0)	0,44	0,02	0,11
Частота сердечных сокращений (Me (Q1-Q3))	85,0 (84,0-88,0)	78,0 (74,5-84,0)	89,0 (82,5-94,5)	0,01	0,57	0,14
Астенический синдром, %	62,1	71,4	62,5	0,79	0,69	0,96
Респираторные симптомы, %						
Одышка	96,6	100,0	75,0	0,70	0,21	0,23
Кашель	82,8	71,4	87,5	0,65	0,82	0,73
Продукция мокроты	37,9	42,9	50,0	0,92	0,14	0,90
Торакалгии	20,7	35,7	-	0,49	0,38	0,16
Двусторонняя крепитация	82,8	42,9	50,0	0,02	0,14	0,90
Двусторонние сухие хрипы	13,8	57,1	37,5	0,01	0,31	0,65

Примечания – здесь и везде: p1-различие между ОИП и НИП; p2 – различие между ОИП и КОП; p3 – различие между НИП и КОП.

Больным проводились общепринятые лабораторные исследования крови и мочи, биохимическое исследование крови. В рамках стандартного обследования данной категории больных использовались инструментальные методы – ЭКГ, ЭХО-КГ, стандартное рентгенологическое исследование и компьютерная томография органов грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и диффузионной способности легких, определение оксигенации артериальной крови.

Количественные данные обрабатывались методами вариационной статистики в программе «Statistica 6.0». Численные показатели представлены в виде медианы (Me), 1-го и 3-го квартилей (Q1-Q3). Для определения взаимосвязи между качественными переменными использовался χ^2 -критерий, при сравнении средних значений применялся критерий Манна-Уитни. Статистическую значимость различия средних показателей определяли при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При анализе демографических и анамнестических данных отмечено, что среди больных с ОИП и КОП преобладают женщины, а при НИП соотношение мужчин и женщин распределено поровну. Возрастная медиана у больных с КОП превысила аналогичные показатели у больных с ОИП и НИП и составила 57,5 лет, в то время как этот параметр у больных с ОИП был 52,0 лет, а у больных с НИП – 51,5 лет. Медиана продолжительности заболевания к моменту включения в исследование для больных с ОИП составила 24,0 месяцев, для больных с КОП – 4,5 месяца, для больных с НИП – 12,0 месяцев, хотя статистически значимых различий по этому параметру получить не удалось. У больных всех трех групп преобладало постепенное начало заболевания. Курильщиков среди больных с ОИП было 17,2%, среди больных с НИП – 50,0%, среди больных с КОП – 12,5%. Сопутствующая соматическая патология регистрировалась у всех больных с НИП и КОП и у 79,3 больных с ОИП.

При оценке интоксикационного синдрома, было отмечено, что у больных с КОП статистически значимо более часто, чем у больных с ОИП наблюдается гипертермия, а у больных с ОИП – статистически значимо более часто, чем у больных с НИП – тахикардия. Астенический синдром встречался более чем у полови-

ны больных трех групп.

При поступлении 96,6% больных с ОИП, 100,0% больных с НИП и 75,0% больных с КОП предъявляли жалобы на одышку интенсивности от 0 до 4 баллов по шкале mMRC без статистически значимых различий между группами. Частота жалоб больных на кашель, продукцию мокроты и торакалгии также не имела статистически значимых различий между группами. Аускультативно у больных с ОИП статистически значимо чаще выслушивалась симметричная крепитация, а у больных с НИП – двусторонние сухие хрипы (табл. 1).

Лабораторно отмечены статистически значимые различия в количестве тромбоцитов, уровень которых у больных с НИП был статистически значимо ниже, чем у больных с КОП. Уровень лейкоцитов, гемоглобина и СОЭ не имели статистически значимых различий между группами. В биохимическом анализе крови уровень общего белка был статистически значимо ниже у больных с КОП. Уровень оксигенации артериальной крови у наблюдаемых больных не имел статистически значимых различий (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная оценка лабораторных данных

Показатели	ОИП (n=29)	НИП (n=14)	КОП (n=8)	p1	p2	p3
Лейкоциты * 10^9 (Me (Q1-Q3))	8,4 (6,6-11,1)	7,0 (5,5-9,1)	8,2 (7,6-9,3)	0,06	0,82	0,36
Тромбоциты * 10^9 (Me (Q1-Q3))	258,0 (218,8-274,0)	214,0 (187,0-250,0)	265,5 (239,3-286,0)	0,17	0,24	0,05
Гемоглобин г/л (Me (Q1-Q3))	147,0 (136,0-153,0)	145,5 (134,0-160,8)	139,0 (135,0-146,3)	0,75	0,34	0,27
СОЭ мм/ч (Me (Q1-Q3))	17,0 (9,0-30,8)	10,5 (6,3-24,5)	23,5 (21,5-26,0)	0,44	0,30	0,12
Число больных с повышением СРБ > 5 г/л, %	55,2	35,7	75,0	0,38	0,54	0,18
Общий белок, г/л (Me (Q1-Q3))	76,0 (70,5-80,0)	76,0 (71,5-80,5)	66,5 (65,3-68,5)	0,91	0,003	0,02
Уровень paO_2 кПа мм рт.ст. (Me (Q1-Q3))	68,0 (63,0-73,0)	69,0 (68,0-71,5)	77,5 (71,6-81,0)	0,55	0,39	0,06

При оценке функции внешнего дыхания (ФВД) емкостные и скоростные показатели были статистически значимо ниже у больных с ОИП, чем у больных с НИП и КОП. При исследовании диффузионной способности легких статистически значимых различий между группами обнаружить не удалось, вероятно, ввиду малого количества наблюдений (табл. 3).

Размеры правых отделов сердца и уровень среднего давления в легочной артерии, измеряемые посредством ЭХО-КГ, не имели статистически значимых различий среди больных трех групп (табл. 3).

При анализе рентгенологической картины ретикулярные изменения легочного рисунка встречались чаще у больных ОИП и НИП, но без статистически значимых различий между группами. У больных с ОИП и НИП

Показатели ФВД и ЭХО-КГ

Показатели	ОИП (n=29)	НИП (n=14)	КОП (n=8)	p1	p2	p3
FVC % pred (Me (Q1-Q3))	69,0 (48,8-79,0)	85,0 (82,0-100,0)	81,0 (77,8-87,5)	<0,0001	0,02	0,38
FEV1 % pred (Me (Q1-Q3))	66,5 (54,0-78,0)	82,5 (71,0-95,0)	88,5 (74,5-98,3)	0,01	0,02	0,61
TLC*% pred (Me (Q1-Q3))	82,0 (73,5-91,5)	103,5 (99,3-113,8)	89,5 (82,8-108,3)	<0,0001	0,23	0,24
DLCO** % pred (Me (Q1-Q3))	49,5 (39,3-64,3)	63,0 (44,0-71,0)	62,0 (56,0-68,0)	>0,06	>0,06	>0,06
Увеличение ПЖ***, %	53,3	70,0	75,0	0,67	0,88	0,63
Среднее давление в ЛА мм рт.ст. (Me (Q1-Q3))	20,0 (18,0-23,0)	19,0 (18,0-21,8)	20,0 (18,0-23,5)	0,95	0,86	0,93

Примечания: * - для ОИП n=22, НИП n=12 и КОП n=6, ** - для ОИП n=6, НИП n=7 и КОП n=3, *** - для ОИП n=15, НИП n=10 и КОП n=4.

рентгенологические изменения носили больше диффузный характер, а у больных с КОП – чаще локализовались в базальных отделах легких. Частота вовлечения плевры в патологический процесс у больных трех групп колебалась от 12,5% у больных с КОП до 28,6% у больных с НИП и не имела статистически значимых различий между группами.

Аналогичные данные, что среди наблюдаемых больных с ОИП курильщики составили лишь 11,0%, приводит М.И. Илькович (2011).

Респираторные симптомы в нашем исследовании встречались более чем у 3/4 больных всех групп. Из общей симптоматики астенический синдром встречался более чем у половины больных трех групп, гипертермия чаще наблюдалась у больных с КОП, тахикардия – у больных с ОИП.

Таблица 4

Сравнительная оценка рентгенологической картины

Признак (%)	ОИП (n=29)	НИП (n=14)	КОП (n=8)	p1	p2	p3
Обзорная рентгенография органов грудной клетки						
Ретикулярные изменения	58,6	57,1	37,5	0,81	0,50	0,65
Признаки бронхоэктазов	-	-	25,0	-	0,06	0,23
Изменения по всем полям	58,6	64,3	37,5	0,98	0,50	0,44
Изменения в базальных отделах	41,4	35,7	62,5	0,98	0,50	0,44
Неструктурность легочных корней	72,4	64,3	87,5	0,85	0,68	0,49
Плевральные изменения	24,1	28,6	12,5	0,95	0,82	0,73
Смещение диафрагмы вверх	10,3	7,1	-	0,82	0,83	0,77
Внутригрудная лимфаденопатия	6,9	7,1	-	0,54	0,90	0,77
МСКТ органов грудной клетки (для ОИП n=23, НИП n=12 и КОП n=7)						
«Матовое стекло»	56,5	63,6	28,6	0,79	0,39	0,43
«Сотовое легкое»	43,5	18,2	28,6	0,22	0,79	0,97
Субплевральные затенения	17,4	36,4	28,6	0,52	0,91	0,76
Очаги консолидации с «воздушными бронхограммами»	8,70	36,4	85,7	0,17	0,0003	0,08
Тракционные бронхоэктазы	8,7	-	28,6	0,77	0,47	0,23
Плевральный выпот	4,3	-	-	0,73	0,52	-
Внутригрудная лимфаденопатия	39,1	54,5	-	0,79	0,13	0,08

При проведении МСКТ легких изменения по типу «матового стекла» более чем в 2 раза чаще наблюдались у больных с ОИП и НИП, чем у больных с КОП, но без статистически значимых различий между группами, что обусловлено по всей вероятности малым числом наблюдений. С другой стороны при КОП статистически значимо чаще, чем при ОИП и НИП, наблюдались плотные очаги консолидации легочной ткани с «воздушными бронхограммами». Более частое выявление тракционных бронхоэктазов у больных с КОП подтверждалось и результатами МСКТ. Внутригрудная лимфаденопатия, которая при проведении обзорной рентгенографии выявлялась максимум в 6,9% случаев у больных с ОИП и в 7,1% случаев у больных с НИП, при проведении МСКТ выявлялась уже у 39,1% больных с ОИП и 54,5% больных с НИП. У больных с КОП на МСКТ увеличения внутригрудных лимфоузлов не визуализировалось (табл. 4).

Полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают эпидемиологические данные о распространенности различных субтипов ИИП: так, из 51 больного с морфологически установленным диагнозом ИИП у 56,9% верифицирована ОИП, у 27,4% – НИП и у 15,7% – КОП. Однако в нашем исследовании частота встречаемости ОИП у женщин существенно превышала таковую у мужчин, а возраст больных был статистически значимо выше у больных с КОП, а не с ОИП, что отличается от данных международного консенсуса [5].

При анализе анамнестических данных также получены результаты, отличные от установленных международным консенсусом. Так, больные с НИП имели более короткий анамнез, чем больные с ОИП и КОП; у больных всех трех групп преобладало постепенное начало заболевания; факт табакокурения чаще встречался у

что может свидетельствовать о более выраженном клиническом течении заболевания.

Показатели ФВД в нашем исследовании были статистически значимо ниже у больных ОИП, у которых выявлялись рестриктивные и умеренные обструктивные нарушения, хотя по литературным данным обструкция является более характерной для НИП, а при ОИП бронхиальная проходимость у большинства больных остается в пределах нормы [2,3,7].

Рентгенологические изменения у больных с ОИП и НИП соответствовали литературным данным с тем лишь исключением, что обнаруживаемые ретикулярный паттерн и феномен «матового стекла» локализовались диффузно, а не преимущественно бибазально, как это описывается большинством авторов [2-6,12].

Таким образом, в области этиологии, патогенеза, особенностей клинического течения ИИП остается много нерешенных вопросов. Учитывая наблюдающийся в последнее время рост заболеваемости и смертности от ИИП, эти проблемы требуют более пристального изучения, что, несомненно, будет способствовать разработке новых, более эффективных, чем существующие на сегодняшний день, подходов к лечению данной категории больных.

Выявлены следующие особенности клинического течения идиопатических интерстициальных пневмоний в зависимости от их морфологической формы. Установлено, что ОИП чаще болеют женщины; у них чаще определяется увеличение частоты сердечных сокращений, при аускультации легких у них более часто выслушивается двусторонняя конечно-инспираторная крепитация. При оценке ФВД наблюдается статистически значимое снижение емкостных и скоростных

показателей, по сравнению с больными с НИП и КОП. При НИП реже, чем в других группах выслушивались аускультативные феномены в легких, чаще встречался синдром артериальной гипертензии, наблюдалось снижение количества тромбоцитов. Для КОП оказался характерным более старший возрастной контингент боль-

ных, нежели чем при НИП и ОИП, фебрильные цифры температуры тела, лабораторно – более часто, чем в других группах наблюдалось снижение общего белка сыворотки крови, рентгенологически статистически значимо чаще выявлялись очаги консолидации легочной ткани с «воздушными бронхограммами».

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган Е.А., Корнев Б.М., Попова Е.Н. и др. Интерстициальные болезни легких: Практическое руководство / Под ред. Н.А. Мухина. – М.: Литтерра, 2007. – 432 с.
2. Интерстициальные заболевания легких: Рук-во для врачей / Под ред. М.М. Ильковича, А.Н. Кокосова. – СПб.: Нормедиздат, 2005. – 560 с.
3. Респираторная медицина / Под ред. А.Г. Чучалина. – В 2 т.: Т. 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 816 с.
4. American Thoracic Society Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Diagnosis and Treatment // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 2000. – Vol. 161. №2. – P.646-664.
5. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 165. – P.277-304.
6. Corte T.J., Coopley S.J., Desai S.R., et al. Significance of connective tissue disease features in idiopathic interstitial pneumonia // ERJ – 2012. – Vol. 39. №3. – P.661-668.

7. Cottin V., Cordier J-F. Velcro crackles: the key for early diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis? // European Respiratory Journal – 2012. – Vol. 140. №3. – P.519-521.
8. Daniil Z.D., Gilchrist F.C., Nicholson A.G., et al. A histological form of nonspecific interstitial pneumonia is associated with a better prognosis than usual interstitial pneumonia in patients with cryptogenic fibrosing alveolitis // Am J Respir Crit Care Med. – 1999. – Vol. 160. – P.899-905.
9. Fishman A.P. Fishmans Pulmonary Diseases and Disorders // McGraw-Hill Professional - 3rd edition, 2002. – 1174 p.
10. Frognier R., Cottin V., Cordier J-F. Women and interstitial lung diseases // Eur Respir Mon. – 2003. – Vol. 25. – P.167-189.
11. Gribbin J., Hubbard R.B., Jeune I., et al. Incidence and mortality of Idiopathic Pulmonary Fibrosis and Sarcoidosis in UK // Thorax. – 2006. – Vol. 61 – P.980-985.
12. Travis W.D., Hunninghake G., King T.E. Jr., et al. Idiopathic nonspecific interstitial pneumonia: report of an American Thoracic Society project // Am J Respir Crit Care Med. – 2008. – Vol. 177. №12. – P.1338-1347.

Информация об авторах: Петрова Дина Владимировна – к.м.н., врач-пульмонолог, 656060, г. Барнаул, ул. Вольная, 16, тел. (3852) 494009, e-mail: dinapetrova05@mail.ru; Шойхет Яков Нахманович – чл.-корр. РАМН, д.м.н., заведующий кафедрой, 656038, г. Барнаул, ул. Ленина 40, тел. (3852) 685023, e-mail: starok100@mail.ru; Корнилова Татьяна Александровна – заведующая отделением, 656020, г. Барнаул, Змеиногорский тракт, 75, тел. (3852) 301029, e-mail: gb5_barnaul@mail.ru; Цеймах Ирина Яковлевна – к.м.н., врач-пульмонолог; Крамарь Ирина Петровна – врач-пульмонолог; Белякова Инна Ивановна – врач-пульмонолог; Соснова Оксана Леонидовна – врач-пульмонолог, e-mail: hospital@hospital.e4u.ru.

©МАТЮНОВА А.Е., БРЕГЕЛЬ Л.В. – 2013
УДК: 616.72-002-036.12-053.2/.67-079-08:575.113.1

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУСТАВНОГО СИНДРОМА НА РАЗВИТИЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Алла Егоровна Матюнова¹, Людмила Владимировна Брегель²

(¹Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак;

²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра педиатрии, зав. – д.м.н., проф. Л.В. Брегель)

Резюме. Целью исследования явилось изучение влияния особенностей суставного синдрома на прогрессирование деструкции суставов у 141 ребенка с ювенильным артритом через год от начала заболевания. Наибольший риск прогрессирования деструкции выявлен у детей с поражением шейного отдела (OR=8,75, p=0,03), задержкой роста (OR=8,75, p=0,03), полиартритическим дебютом заболевания (OR=7,45, p<0,001), поражением тазобедренных суставов (OR=7,2, p=0,03), симметричном артрите (OR=4,43, p=0,02) в сравнении с осевым поражением суставов, мышечной гипотрофией (OR=4,12, p=0,03), распространением суставного синдрома (OR=3,27, p=0,001).

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, деструкция суставов.

INFLUENCE OF FEATURES OF ARTICULAR SYNDROME ON THE DISABLING OUTCOMES IN CHILDREN WITH JUVENAL ARTHRITIS

A.E. Matyunova¹, L.V. Bregel²

(¹Irkutsk State Regional Children's Hospital; ²Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. The aim of our study was to investigate the effect of the articular syndrome clinical features on the progression of joint damage in 141 children with juvenile arthritis within an year of onset. We found the greatest risk of the joints erosions progression in children with lesions of the cervical spine (OR=8,75, p=0,03), growth retardation (OR=8,75, p=0,03), beginning of the disease with onset of polyarthritis (OR=7,45, p<0,001), hip lesion (OR=7,2, p=0,03), symmetrical arthritis versus axial asymmetrical joint involvement (OR=4,43, p=0,02), the development of muscular hypotrophy (OR=4,12, p=0,03), spread of articular lesions (OR=3,27, p=0,001).

Key words: juvenile idiopathic arthritis, joint destruction.

Ювенильные идиопатические артриты (ЮИА) относятся к инвалидизирующим болезням, значительно ухудшающим качество жизни ребенка вследствие прогрессирующей деструкции суставов, и проявляются у ряда больных выраженными внесуставными расстройствами, или угрожают слепотой из-за тяжелого пораже-

ния глаз [1,2].

Цель исследования – оценить взаимосвязь особенностей суставного синдрома при ювенильном артрите с болевым синдромом, функциональной недостаточностью и рентгенологическими признаками суставных эрозий.