показателях ХЛ. Повышение реактивности фагоцитирующих клеток в ответ на дополнительное стимулирование у наблюдаемых больных обнаружено только при развитии реактивации патологического процесса, регистрируемого при динамическом наблюдении, что может указывать на высокую репликативную активность вируса и является дополнительным критерием прогноза заболевания.

Таким образом, клиническая картина хронического гепатита В характеризуется астеновегетативным и диспепсическим синдромами, умеренной гепатомегалией, обнаруживаемой при объективном осмотре пациен-

тов. Изменения иммунологических показателей у подростков 10-15 лет с ХГВ отражают дисбаланс иммунной системы, проявляющийся снижением клеточного при повышении активности гуморального звена иммунитета. В прогнозе развития реактивации патологического процесса наиболее значимыми являются параметры хемилюминесценции. Развитие реактивации патологического процесса, регистрируемой в течение 6 месяцев наблюдения, сопровождается выраженным цитолитическим синдромом, увеличением уровня вiremии, а также параметров как спонтанной, так и индуцированной хемилюминесцентных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулин И.Г. Противовирусная терапия хронического гепатита В: состояние проблемы, алгоритмы лечения // Современные медицинские технологии. – 2010. – №4. – С.76-79.

2. Баранов А.В., Мишкина Л.В. Взаимосвязь показателей гуморального иммунного ответа и активности аминотрансфераз в сыворотке крови больных с хроническим течением гепатита В // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2010. – №14. – С.65-68.

3. Земсков А.М., Земсков В.М. Дополнительные методы оценки иммунного статуса // Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – №3. – С.34-35.

4. Илунина Л.М., Дрыжакова А.А., Нехорошева Л.И. и др. Хронический вирусный гепатит В у детей и подростков // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – №33. – С.95-98.

5. Лазарева А.С., Волчкова Е.В., Умбетова К.Т. Особенности цитокинового профиля и субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови у больных хроническими вирусными гепатитами В и С в сопоставлении с выраженностью морфологических изменений печени // Терапевт. арх. – 2011. – №4. – С.55-60.

6. Соловьева И.А., Савченко А.А., Мартынова Г.П. Способ оценки характера течения и прогноза хронического гепатита В у детей: клинико-иммунологическая характеристика и нарушение метаболических процессов в лимфоцитах крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2010. – 25 с.

7. Соловьева И.А. Хронические вирусные гепатиты В и С у детей: клинико-иммунологическая характеристика и нарушение метаболических процессов в лимфоцитах крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2010. – 25 с.

8. Холмогорова Г.И., Малов И.В., Борисов В.А. Цитокины при инфекционных заболеваниях // Инфекционные болезни. – 2001. – Т. 1. №8. – С.67.

9. Ярилин А.А. Основы иммунологии – М.: Медицина, 1999. – 608 с.

10. Nakou M., Katsikas G., Sidiropoulos P. Rituximab therapy reduces activated B cells in both the peripheral blood and bone marrow of patients with rheumatoid arthritis: depletion of memory B cells correlates with clinical response // Arthritis Res. Ther. – 2009. – Vol. 11. №4. – P.131.

11. Shepard C.W., Simard L.E., Finelli P., et al. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination // Epidemiol. Rev. – 2010. – Vol. 28. – P.112-125.

Информация об авторах: Соловьева Ирина Андреевна, к.м.н, ассистент кафедры, 660022 г. Красноярск, ул. Партизана Железняка 1, e-mail: iasolov@mail.ru; Мартынова Галина Петровна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой, e-mail: doc-martynova@yandex.ru; Савченко Андрей Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, e-mail: aasavchenko@yandex.ru

© СОРОКИНА Е.А., МОРОВА Н.А., ФОКИН В.А., САФЕЧУК В.В., АХМЕДОВ В.А., МИЛЬЧЕНКО М.В., МАЛКОВ А.В. – 2013
УДК 611.018.73-008.9-084+616.1

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ ВИСМУТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА СРОКИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Елена Альбертовна Сорокина¹, Наталья Александровна Морова², Алексей Анатольевич Фокин³, Виктор Васильевич Сафечук¹, Вадим Адильевич Ахмедов², Марина Валерьевна Мильченко¹, Александр Владимирович Малков¹

(¹Областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. К.Л. Полежаев; ²Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, ³Челябинская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.И. Долгушин)

Резюме. Оценена возможность влияния препаратов висмута на сроки эпителизации гастродуоденальных эрозий у кардиохирургических больных, получающих ингибитор протонной помпы и эрадикационную терапию первой линии и фармакоэкономическая эффективность предложенной схемы лечения у исследуемой категории больных (n=51, средний возраст 54,6±9,3 лет (M±σ)). При контрольной фиброгастродуоденоскопии у больных, которым дополнительно назначался висмута трикалия дицитрат, на 10-й день отмечено в 90% случаев заживление эрозий (против 55% в контрольной группе, получающей только ингибитор протонной помпы и эрадикационную терапию первой линии), на 14-й день 95% против 61,3% соответственно. 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.

Ключевые слова: гастродуоденальные эрозии, операция на сердце, де-нол, препараты висмута, фиброгастродуоденоскопия.

EVALUATION OF BISMUTH CONTAINED DRUGS EFFECT AS A COMPONENT OF COMPLEX TREATMENT OF GASTRODUODENAL EROSIONS EPITELIZATION IN CARDIOSURGICAL PATIENTS

E.A. Sorokina¹, N.A. Morova², V.A. Fokin², V.V. Safchuk¹, V.A. Akhmedov¹, M.V. Milchenko¹, A.V. Malkov¹
(¹Omsk Regional Clinical Hospital; ²Omsk State Medical Academy; ³Chelyabinsk State Medical Academy, Russia)

Summary. The capability of bismuth contained drugs effect on the terms of gastroduodenal erosions epiteli- zation was

evaluated in cardiosurgical patients, who were treated with proton pump inhibitor and first line eradication therapy and pharmacologic efficiency of this medication design was studied in the patients category (n=51, middle age 54,6±9,3 (M±σ)). During the control fibrogastroduodenoscopy in patients who were treated with bismuth trikalii dicytrat the erosions epithelialization was marked in 90% of cases on the tenth day (versus 55% in control group received only proton pump inhibitor and first line eradication therapy), on 14th days – 95% versus 61,3% respectively. Using of proton pump inhibitors, first line eradication therapy and bismuth trikalii dicytrat in this category of patients with processing of control endoscopic examination on 10th day from treatment beginning is pharmacologically reasonable.

Key words: gastroduodenal erosions, operation on heart, de-nol, bismuth contained drugs, fibrogastroduodenoscopy.

В соответствии с рекомендациями стран Европейского союза (II-IV Маастрихтские соглашения, 1996-2011) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки независимо от фазы заболевания (обострение или ремиссия) является абсолютным показанием для проведения эрадикационной терапии [2]. В основе лечения используются схемы, способные в контролируемых исследованиях уничтожить бактерию, как минимум, в 80% случаев [5,6]. В соответствии с вышеуказанными международными рекомендациями, назначаются семидневные или четырнадцатидневные схемы, содержащие ингибитор протонной помпы, амоксициллин и кларитромицин в качестве терапии 1-й линии [8]. В качестве терапии второй линии традиционно используются схемы, включающие, кроме ингибитора протонной помпы, соли висмута, тетрациклин, фуразолидон (в ряде стран с низкой резистентностью к бензимидазолу – метронидазол) [4].

Российские стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у взрослых, четвертое московское соглашение) [3,7] включают наряду с классическими несколько вариантов схем эрадикации 1-й линии (замена кларитромицина на джозамицин или нифурател; добавление четвертым препаратом висмута трикалия дицитрата или замена на него ингибитора протонной помпы), а также 2-й линии (варианты замены тетрациклина и фуразолидона на амоксициллин или рифаксимин). Согласно национальным клиническим рекомендациям [3], добавление к стандартной тройной терапии (ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки) висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день является мерой, позволяющей увеличить эффективность стандартной тройной терапии.

Важным аспектом лечения кардиохирургических больных, имеющих эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны, является срок эпителизации эрозий и язв, поскольку длительная подготовка к операции на сердце, особенно в условиях стационара, является дорогостоящей. Кроме того, в некоторых случаях существует возможность прогрессирования коронарной недостаточности с развитием острых форм ишемической болезни сердца, развитие которых негативно влияет на прогноз для жизни.

Цель исследования: оценить возможность влияния препаратов висмута на сроки эпителизации гастродуоденальных эрозий у кардиохирургических больных, получающих ингибитор протонной помпы и эрадикационную терапию первой линии и фармакоэкономическую эффективность предложенной схемы лечения у исследуемой категории больных.

Материалы и методы

В исследование включен 51 больной (37 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 39 до 71 лет (средний возраст 54,6±9,3 лет (M±σ)), которые находились в стационаре ввиду предстоящего кардиохирургического вмешательства с использованием искусственного кровообращения. Больные были разделены на две группы:

– получающие ингибиторы протонной помпы и, при

наличии показаний, эрадикационную терапию первой линии («ИПП±ЭТ») (группа 1, n=31);

– получающие ингибиторы протонной помпы, висмута трикалия дицитрат и, при наличии показаний, эрадикационную терапию первой линии («ИПП+В±ЭТ») (группа 2, n=20).

Все участники работы выразили добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В ходе проведения исследования использовалась лекарственная форма «де-нол», содержащая в 120 мг висмута трикалия дицитрата. Сравнивалась частота эпителизации эрозий при проведении эзофагофиброгастродуоденоскопии на 10-й или 14-й день в двух выделенных группах больных.

Экономическая эффективность [1] применения висмута трикалия дицитрата определялась как отношение затрат на лечение за период времени до проведения контрольной эзофагогастродуоденоскопии к эффективности терапии в расчете на 1 больного.

$$K_{\text{eff}} = \text{Cost}/\text{Eff},$$

где K_{eff} – коэффициент затратной эффективности, Cost – затраты, Eff – эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Затраты для каждой группы включали сумму стоимости лекарственных препаратов и проведения первого контрольного эндоскопического исследования, т.е. непосредственно прямые затраты. Стоимость препаратов, которая учитывалась в затратах, была получена из источника сети Internet «<http://www.med.sgg.ru>», где изложены данные об оптовых ценах (со склада в г. Москве) на все фармацевтические препараты, разрешенных к применению на территории Российской Федерации (данные от 10.06.2012 г.).

Статистическая обработка выполнялась с использованием критерия хи-квадрат. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Данные, характеризующие особенности слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, полученные при фиброгастродуоденоскопии, представлены в таблицах 1 и 2. Как видно из данных таблицы 1 и 2, статистически значимых различий между исследуемыми группами больных отмечено не было.

Динамическое обследование больных на фоне лечения позволило установить, что в группе 2 при контрольной фиброгастродуоденоскопии эпителизация эрозий происходила в более ранние сроки и в большем числе клинических наблюдений. Полученные данные представлены в таблице 3.

Представленные результаты демонстрируют клиническую эффективность использования висмута трикалия дицитрата у кардиохирургических больных, выражающуюся в сокращении сроков эпителизации эрозий, через 10 дней на 35% или через 14 дней на 33,7%, что позволяет сократить сроки проведения контрольной фиброгастродуоденоскопии на 4 дня у 90% больных. При этом добавление препарата висмута дополнительно при использовании эрадикационной терапии первой линии, включающей ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин согласуется с Российскими стандартами диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *H. pylori* заболеваний [3,6].

При оценке стоимости препаратов были получены

Патологические изменения слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, отмечаемые при эндоскопическом исследовании

№	Отделы желудочно-кишечного тракта	Характеристики	Группа 1 n (%)	Группа 2 n (%)		
1.	Пищевод	Признаки воспаления слизистой пищевода (гиперемия, отёк)	9 (29)	9 (45)		
		Недостаточность кардии	8 (26)	11 (55)		
		Эрозии	1 (3)	2 (10)		
		Другие изменения	0 (0)	0 (0)		
2.	Желудок	Признаки воспаления слизистой желудка (гиперемия, отёк, усиление сосудистого рисунка) преимущественно в антральном отделе в теле и антральном отделе	31 (100)	20 (100)		
		Признаки дуодено-гастрального рефлюкса, недостаточность привратника, наличие желчи в желудке	9 (29) 22 (71)	3 (15) 18 (90)		
		Эндоскопические признаки атрофии (истончение, бледность слизистой, снижение складок по высоте)	2 (6)	4 (20)		
		Очаговая гиперплазия слизистой	2 (6)	4 (20)		
		Эрозии	29 (94)	16 (80)		
		Другие изменения рубцовая деформация полипы желудка	1 (3) 2 (6)	0 (0) 1 (5)		
		3.	Двенадцатиперстная кишка	Признаки воспаления слизистой двенадцатиперстной кишки	25 (81)	18 (90)
				Эрозии	12 (39)	8 (40)
Другие патологические изменения рубцовая деформация луковицы	6 (19)			4 (20)		

Примечание: * – различия между группами 1 и 2 статистически не значимы по критерию χ^2 -квadrat.

следующие результаты:

– Омез («Д-р Реддис Лабораториз») – 30 капсул по 20 мг – 161,68 руб. (стоимость лечения в день одного больного при двукратном приеме по 20 мг 10,76 руб.);

– Де-нол («Астеллас») – 112 таблеток (120 мг) – 975,0 руб. (стоимость лечения в день одного больного при четырехкратном приеме по 120 мг 45,58 руб.).

Представленные данные показывают, что наименьшая затратная эффективность получена при проведении контрольного эндоскопического исследования у больных, получающих в составе комплексной терапии препарат висмута, на 10 день лечения. При этом в группе, получающих лечение без использования этих медикаментов, экономически более выгодным было проведение эзофагогастродуоденоскопии на 14-й день лечения, чем на 10-й день.

Таблица 2

Характеристика эрозивного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных групп 1 и 2

№	Характеристики		Группа 1 n (%)	Группа 2 n (%)
1.	Количество эрозий	Единичные	12 (39)	5 (25)
		Множественные	19 (61)	15 (75)
2.	Вариант поражения	Острые	20 (65)	13 (65)
		Хронические	11 (35)	7 (35)
3.	Локализация	Только в желудке	19 (61)	12 (60)
		Только в двенадцатиперстной кишке	2 (6)	4 (20)
		В желудке и двенадцатиперстной кишке	10 (32)	4 (20)

Примечание: * – различия между группами №1 и №2 статистически не значимы по критерию χ^2 -квadrat.

При этом затраты на эрадикационную терапию не учитывались в исследовании, поскольку были сопоставимы во всех четырех группах.

Стоимость диагностической фиброгастроскопии по калькуляции Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница» (2012г.) составляла 800 руб.

Вычисление коэффициентов затратной эффективности в группах позволило получить следующие данные:

– «ИПП±ЭТ» (10 дней) $K_{\text{eff}} = \text{Cost}/\text{Eff} = (\text{стоимость «омез» } 40 \text{ мг в сутки} \times 10 \text{ дней} + \text{стоимость ФГДС}) / 0,55 = (10,76 \times 10 + 800) / 0,55 = 1650.$

– «ИПП±ЭТ» (14 дней) $K_{\text{eff}} = \text{Cost}/\text{Eff} = (\text{стоимость «омез» } 40 \text{ мг в сутки} \times 14 \text{ дней} + \text{стоимость ФГДС}) / 0,613 = (10,76 \times 14 + 800) / 0,613 = 1631.$

– «ИПП+В±ЭТ» (10 дней) $K_{\text{eff}} = \text{Cost}/\text{Eff} = (\text{стоимость «омез» } 40 \text{ мг в сутки} \text{ и «де-нол» } 480 \text{ мг в сутки} \times 10 \text{ дней} + \text{стоимость ФГДС}) / 0,90 = ((10,76+45,58) \times 10 + 800) / 0,90 = 1395.$

– «ИПП+В±ЭТ» (14 дней) $K_{\text{eff}} = \text{Cost}/\text{Eff} = (\text{стоимость «омез» } 40 \text{ мг в сутки} \text{ и «де-нол» } 480 \text{ мг в сутки} \times 14 \text{ дней} + \text{стоимость ФГДС}) / 0,95 = ((10,76+45,58) \times 14 + 800) / 0,95 = 1514.$

Итак, проиллюстрирована обоснованность следующего принципа лечения больных с эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны: применение висмута трикалия дицитрата позволяет сократить сроки заживления эрозивных изменений гастродуоденальной зоны, время предоперационной подготовки больных и является экономически обоснованным.

Полученные результаты, вероятно, определяются противовоспалительным, вяжущим, обволакивающим эффектами препарата и его бактерицидным действием в отношении *H. pylori*, что отражает инструкция по применению лекарственной формы «Де-нол». Цитопротективные и пленкообразующие свойства препарата реализуются особенно эффективно

Таблица 3
Частота эпителизации гастродуоденальных эрозий на 10-й и 14-й день от начала лечения в зависимости от наличия или отсутствия в схеме терапии препарата висмута

Группы	«ИПП±ЭТ», абс. (%)		«ИПП+В±ЭТ», абс. (%)	
	10-й день n=31	14-й день n=31	10-й день n=20	14-й день n=20
Сроки проведения фиброгастродуоденоскопии	17 (55,0)*	19 (61,3)^	18 (90,0)*	19 (95,0)^

Примечания: * – различия между группами «10-й день» значимы при $\chi^2=5,443$, $p=0,02$; ^ - различия между группами «14-й день» значимы при $\chi^2=5,61$, $p=0,018$.

но у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, поскольку в генезе формирования эрозий гастродуоденальной зоны у них, наряду с влиянием инфекционного фактора, приема нестероидных противовоспалительных препаратов имеет значение гипоксия, обусловленная сердечной недостаточностью, атеросклеротическим поражением сосудов, кровоснабжающих верхний от-

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. гастроэнтеол., гепатол., колопроктол. – 2001. – Т. 11. №3. – С.77-84.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шентулин А.А. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 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.: ЦНИИГ, 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 организующейся 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 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 организующейся 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 организующаяся пневмония, клинические проявления.