

3. Мельниченко Г.А., Рагозин А.К., Курляндская Р.М. // Гинекология. – 1999. – № 1. – С. 22–26.

4. Insler V., Shoham Z., Barash A. et al. // Hum. Reprod. – 1993. – № 8. – P. 379–384.

5. Lingappa V.R. In: McPhee S.J. et al. Pathophysiology of Disease. Introduction into Clinical Medicine. 2 Ed. Stamford: Appleton and Lange. – 1997. – P. 449–469.

6. Nobels F., Dewailly D. // Fertil. Steril. – 1992. – Vol.58. – P. 655–666.

7. Stoving R.K., Hangaard J. et al. // J. Psychiatr. Res. – 1999. – Vol.33. – P. 139–152.

Поступила 16.11.07.

ROLE OF SOMATOTROPIN HORMONE AND SOME SOMATOMEDINS IN THE PATHOGENESIS OF REPRODUCTIVE DISORDERS DURING THE NERVOUS ANOREXIA SYNDROME

V.O. Andreeva

Summary

A role of somatotropin hormone (STG) in the pathogenesis of reproductive disorders among adolescent girls with anorexia nervosa syndrome was studied. It was found that in patients with hypersecretion of STG there is a low level of insulin growth factor-1 and declining production of insulin growth factor-1, indicating the formation of somatropin-resistance, which was more pronounced at anorectic stage.

УДК 616.24-002.1-07-08

ПРЕДИКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

О.А. Волкова, А.С. Димов, Н.И. Максимов, Л.А. Лецицкий

*Кафедра госпитальной терапии (зав. – проф. Н.И. Максимов)
Ижевской государственной медицинской академии*

В клинике внутренних болезней прослеживается идея о существовании особых, тяжелых форм течения ряда заболеваний, например бронхиальной астмы, артериальной гипертонии и др. В этом плане часто обсуждаемой патологией является, в частности, и внебольничная пневмония (ВП) с тяжелым течением (ВПТТ) [5]. ВПТТ выступает одной из ведущих причин смертности от пневмоний, занимающих лидирующие позиции в общей структуре смертности (сразу после гибели пациентов от сердечно-сосудистых заболеваний) [6]. Однако, несмотря на многочисленные рекомендации по диагностике ВПТТ Американского, Голландского, Британского респираторных обществ и др., у пульмонологов-практиков сохраняется потребность в более ясном представлении о сущности и особенностях клиники этого часто фатального явления.

В рамках настоящего исследования мы поставили перед собой задачу оценить современные особенности клинического течения ВПТТ как острого инфекционного воспалительного процесса.

Проведён ретроспективный анализ данных историй болезни 185 больных с основ-

ным диагнозом ВП среднего и тяжелого течения, леченных в городских стационарах. Пациенты с ВП легкого течения и соответственно находившиеся под амбулаторным наблюдением, в разработку не включены. Критериями подбора историй болезни были наличие демонстративной клинической картины заболевания: симптоматика острого инфекционно-воспалительного процесса с явлениями лихорадки и тяжелой интоксикации, экссудативные и инфильтративные процессы в легких и плевральной полости по данным рентгенографических исследований или вскрытий, лабораторные показатели, как правило, клинических анализов (преимущественно лейкоцитоз и лейкоцитарная формула) крови, которые вписывались в клиническую картину заболевания и «гармонировали» с предыдущими группами данных. Мужчин было 136 (73,5%), женщин – 49 (26,5%) в возрасте от 18 до 87 лет (средний возраст – 52,7 года). 85 (45,9%) из 185 пациентов умерли.

В результате применения 5 методик выявления ВПТТ, включавших также алгоритмы CURB/CURB-65 [8–11], нами за основу были взяты рекомендации Российского респираторного общества (2006)

[7]. Из 185 случаев ВП было выделено 38 с пневмонией средней тяжести – ВПСТ (1-я группа) и 147 с пневмонией тяжелого течения – ВПТТ (2-я группа). Группы существенно не различались по полу, возрасту, семейному положению и образованию. Кроме того, нами целенаправленно установлено, что в сравниваемых группах отсутствовали достоверные различия также по ряду других важных, ранее не принимавшихся во внимание параметров социального (вредные факторы производственного плана, профессиональное соотношение умственного и физического труда) и социально-гигиенического (стаж и характер курения, величины пассивного курения, употребление наркотиков) характера.

К числу особенностей ВП, в том числе ВПТТ, следует отнести факт, что она возникала в 3 раза чаще у мужчин, чем у женщин ($p < 0,001$), – соответственно в 1 и 2-й группах в 29 (76,3%) и 114 (77,6%) случаях. Нами отмечено преимущественное (более чем пятикратное) развитие как ВПСТ, так и ВПТТ в старших возрастных группах ($p < 0,001$). Так, в целом лиц 40 лет и старше в 1 и 2-й группах было соответственно 30 (78,9%) и 126 (85,7%), в том числе 8 (27%) и 40 (31,7%) в возрасте 60 лет и старше. Кроме того, отмечалось трехкратное преобладание лиц ($p < 0,001$), занимающихся только или преимущественно физическим трудом. Таковых из известных в этом плане 108 больных было 84 (77,8%). Преимущественно или исключительно умственный труд отмечался у 7 пациентов.

Позитивным фактором «в защите» от пневмоний оказалось высшее образование, поскольку лиц, имевших его, среди установленных в профессиональном плане 122 больных, было в целом очень мало – 9 (7,37%), в том числе при ВПТТ – 5 (4,1%).

Данные о курении, имевшиеся в 74 историях болезни, показали, что в целом 44 (59,4%) человека начали курить в возрасте моложе 20 лет – соответственно 14 из 28 (50%) в 1-й группе и 30 из 46 (65,2%) во 2-й. Пассивное курение имело место у 90 человек с ВП, причём у 66 из них оно было выраженным – соответственно по группам у 30 из 35 (85,7%) и у 36 из 55 (65,5%).

На фоне описанных выше неспецифических факторов развития ВП некоторые другие, предшествовавшие возникновению именно ВПТТ, следует рассматривать, с нашей точки зрения, как предикторы возникновения последней. Так, нами отмечена значительная доля лиц, имевших неустроенную семейную жизнь (одиноких, разведенных и вдовых), где из известных 153 случаев ВП в целом этот факт имел место у 51 (33,3%) пациента, в частности более чем двукратно чаще при ВПТТ – соответственно по группам у 6 (15,8%) и 45 (30,6%; $p < 0,05$). Значимую разницу по своему социальному положению ($p < 0,001$) имели больные с ВПСТ ($1,52 \pm 0,13$) и ВПТТ ($3,42 \pm 0,22$). Хотя в целом при ВП и преобладали лица рабочей профессии (45,5%), у пассивной в социальном плане (39,2%) части населения (бомжи, безработные, инвалиды, пенсионеры) имела место только ВПТТ.

Достоверные различия по оценке в баллах констатированы между группами в отношении употребления алкоголя: при ВПСТ – $1,55 \pm 0,18$ и при ВПТТ – $2,95 \pm 0,15$ ($p < 0,001$).

Среди специфических (пульмонологических) параметров достоверно в «пользу» ВПТТ свидетельствовали три параметра: длительность (в годах) кашлевого синдрома в 1 и 2-й группах – соответственно $1,05 \pm 0,04$ и $1,24 \pm 0,06$ ($p < 0,01$), степень тяжести имеющейся ХОБЛ – $2,0 \pm 0,27$ и $2,93 \pm 0,21$ ($p < 0,01$), выраженность эмфиземы лёгких – $1,89 \pm 0,23$ и $2,45 \pm 0,14$ ($p < 0,05$). Иная ситуация сложилась в отношении аллергического синдрома, включающего и бронхиальную астму, – $4,0 \pm 0,001$ и $1,67 \pm 0,44$ ($p < 0,001$).

Характер и особенности собственно инфекционно-воспалительного процесса в современной клинике ВП и реакция организма пациентов объективизированы рядом стандартных общеклинических и лабораторно-инструментальных данных. Достоверно значимыми отличиями между ВПСТ и ВПТТ в 1 и 2-й группах были величина инфильтрата в лёгких в абсолютных значениях и баллах – соответственно $2,9 \pm 0,35$ и $4,0 \pm 0,1$ ($p < 0,01$), его локализация – $3,9 \pm 0,19$ и $7,23 \pm 0,47$ ($p < 0,001$), наличие деструкции – $1,58 \pm 0,12$ и $1,89 \pm 0,09$

($p < 0,05$), наличие плеврита – $2,22 \pm 0,14$ и $2,75 \pm 0,18$ ($p < 0,05$), выраженность лихорадки – $2,67 \pm 0,12$ и $3,73 \pm 0,35$ ($p < 0,01$), число дыханий (в абс.) – $21,15 \pm 0,4$ и $27,85 \pm 0,7$ ($p < 0,001$) и в баллах – $1,6 \pm 0,09$ и $3,74 \pm 0,96$ ($p < 0,001$), степень потливости – $2,21 \pm 0,09$ и $2,51 \pm 0,1$ ($p < 0,01$).

При более детальном рассмотрении структуры некоторых показателей был выявлен ряд частных особенностей. Так, многофокусная инфильтрация имела место в $2/3$, или 124 (67%) из 185 случаев. Причем при ВПСТ она была полисегментарной в 12 (31,6%) случаях, а при ВПТТ – полилобарной в 111 (75,5%; $p < 0,001$). Тотальная или двусторонняя инфильтрация встречалась только при ВПТТ и в её структуре занимала более половины случаев – 76 (52%). Размер и длительность деструкции в днях не являлись определяющими факторами формирования ВПТТ.

Среди всех изменений в плевре, по рентгенографическим данным, наиболее частым был вариант умеренного экссудативного плеврита – соответственно 7 (77,8%) и 25 (58,1%) случаев. Выраженные экссудативные явления были единичными при ВПСТ, а массивные и гнойные изменения в плевре – в 16 (37,2%) случаях только при ВПТТ.

При оценке лихорадочного периода по максимально достигнутой температуре тела мы констатировали, что в 107 (61,5%) из 174 случаев температура достигала 40° . Такие крайние варианты, как гипертермия, имелись в 26 (14,9%) случаях, а гипотермия – в 9 (5,2%)

По лейкоцитарной реакции показатели у больных 1 и 2-й групп были следующими: лейкоцитоз в абсолютных величинах – $12,06 \pm 0,79$ и $14,7 \pm 0,69$ ($p < 0,01$) и в баллах – $2,23 \pm 0,2$ и $2,93 \pm 0,16$ ($p < 0,01$), лейкопения (при менее 6 тыс.) – соответственно $4,93 \pm 0,36$ и $3,51 \pm 0,24$ ($p < 0,001$) и $1,54 \pm 0,15$ и $2,79 \pm 0,278$ ($p < 0,001$), палочкоядерный сдвиг – $5,63 \pm 1,07$ и $15,76 \pm 1,61$ ($p < 0,001$) и $2,61 \pm 0,25$ и $1,65 \pm 0,13$ ($p < 0,001$), лейкоцитарный индекс интоксикации – $2,15 \pm 0,37$ и $6,45 \pm 0,66$ ($p < 0,001$) и $1,72 \pm 0,17$ и $2,84 \pm 0,14$ ($p < 0,001$), АСТ – $31,7 \pm 6,5$ и $96,3 \pm 16,4$ ($p < 0,001$).

Критерии каждого из использованных нами стандартов диагностики ВПТТ, предложенных отечественными и зарубежными авторами [7–11], изначально имеют ряд недо-

статков, и прежде всего произвольное, часто умозрительное указание границ некоторых показателей. Кроме того, в «преим�естве» ряда из них, заключающемся в простоте решения, получаемого на основании даже одного критерия, кроется определенный дефект, а именно большой разброс границ достоверности получаемого заключения, зависящего от количества использованных признаков. Далее, за исключением системы PORT, в них вообще отсутствуют количественные показатели вероятности развития ВПТТ. Наконец, все эти системы основаны на зарубежном опыте и не рассчитаны на специфическую отечественную действительность. Так, например, в отечественном исследовании [1] при оценке тяжести пневмонии по Fine в условиях стационара как легкой большинство больных умерли. Преим�ством нашего исследования являлось установление показателей, произведенное на основании достоверных расчетов; часть из них согласуется со многими уже известными критериями, взятыми за основу в дифференциации ВПТТ. Тем не менее по ряду показателей они различаются. Так, по нашим данным, границей по ЧДД как критерия ВПТТ следует считать не 30, а 27. Далее в упомянутых 5 стандартах не указан значимый уровень лейкоцитоза, характерный для ВПТТ. Как и в отечественных исследованиях, в стандарте лейкоцитоза нет определённости, имеются лишь указания госпитализировать больных при $12-25 \cdot 10^9 / л$ [7]. Согласно полученным нами данным, он равен в среднем $\geq 14 \cdot 10^9 / л$ в случаях развития ВПТТ. Лейкоцитарный индекс интоксикации как критерий ВПТТ в большинстве шкал также отсутствует, в то время как он является, по мнению ряда авторов [2–4], более информативным показателем активности воспаления в легких, чем количество лейкоцитов и СОЭ, и диагностически достоверен у больных ВПТТ при ≥ 6 , а по наличию палочкоядерных элементов в формуле белой крови – при $\geq 15\%$.

ВЫВОДЫ

1. На современном этапе в целом предикторами развития внебольничной пневмонии из социальных факторов являются мужской пол, возраст старше 40 лет, занятия преимущественно физическим трудом, отсутствие высшего образования. В част-

ности, предикторами тяжелого течения ВП выступили три социальных фактора: неустроенная семейная жизнь, «пассивный» по социальному положению статус, злоупотребление алкоголем и два клинических параметра: длительность (в годах) кашлевого синдрома, степень ХОБЛ и эмфиземы легких.

2. Наряду с известными критериями, отражающими особенности остро воспалительного процесса в легких и достоверно отличающими ВПТТ от ВПСТ (величина инфильтрата в легких в виде полилобарности, но не полисегментарности, двусторонности и/или тотальности инфильтративного процесса, нередко наличие выраженного экссудативного плеврита, выраженность лихорадочного синдрома с крайними вариантами температурной реакции) нами пред лагаются также дополнительные и доступные показатели, как ЧДД ≥ 27 , лейкоцитоз ≥ 14 тыс., палочкоядерный сдвиг $\geq 15\%$ и лейкоцитарный индекс интоксикации ≥ 6 , что в комплексе позволит осуществлять своевременную диагностику и расширить показания к госпитализации больных ВПТТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багрова Л.О., Кабанова Т.А., Простакишина Ю.М. и др. В кн.: XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сб. резюме: М., 2002. – С. 214.
2. Великая О.В., Провоторов В.М. В кн.: XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сб. резюме. – М., 2002. – С. 216.

УДК 616.12–075.97

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА И АНАЛИЗ ИХ ДИНАМИКИ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

И.А. Латфуллин, Л.Э. Мамедова, Г.М. Тептин

Кафедра радиоастрономии (зав. – проф. Г.М. Тептин) Казанского государственного университета, кафедра внутренних болезней №2 (зав. – проф. И.А. Латфуллин) Казанского государственного медицинского университета

Как показывает практика, в настоящее время отечественные медики не имеют возможности исследовать природу ППЖ — поздних потенциалов желудочков сердца [3]. Нами разработан оригинальный элек-

3. Левашов Ю.Н., Кобрин Л.И. // Грудн. хир. – 1992. – № 2. – С. 46–51.
4. Подушинский А.Ю., Мальных Ф.Т., Никулина Г.П. В кн.: XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сб. резюме. – М., 2002. – С. 227.
5. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей: Руководство для врачей. – М., 2007.
6. Чучалин А.Г. // Рус. мед. журн. – 2004. – № 12 (2). – С. 53–58.
7. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничные пневмонии у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. – М., 2006.
8. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in adults. // Thorax. – 2001. – Vol. 56 (4). – P. 64.
9. Ewig S., de Roux A., Bauer T. et al. // Thorax. – 2004. – Vol. 59. – P. 421–427.
10. Fine M.J., Auble T.E., Yealy D.M. et al. // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 336. – P. 243–250.
11. Lim W. S., van der Eerden M. M., Laing R. et al. // Thorax. – 2003. – Vol. 58. – P. 377–382.

Поступила 18.12.07.

PREDICTORS AND SPECIFIC FEATURES OF OUT-HOSPITAL PNEUMONIA WITH SEVERE ACUTE INFECTIOUS INFLAMMATORY PROCESS

O.A. Volkova, A.S. Dimov, N.I. Maximov, L.A. Leschinski

Summary

Several predictors of severe out-hospital pneumonia were identified. Three social factors — uncomfortable family life, passive social status of the patient and alcohol abuse, and two clinical factors — duration (in years) of cough and the degree of existing obstructive bronchitis are suggested as additional indicators for timely diagnosis.

трокардиограф сверхвысокого разрешения [5]. Опытный прибор успешно прошел медицинские испытания в отделении кардиологии больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Казани. В ходе внедре-