

рассматриваться как опосредованный признак тяжести поражения почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аткинс Р.К. Гломерулонефриты // Нефрология и диализ. — 2000. — Т. 2. — № 4. — С. 225–229.
2. Боровиков В. *Statistica*. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. 2-е изд. — СПб: Питер, 2003. — 688 с.
3. Тареева И.Е. Нефрология. Руководство для врачей. В 2 томах. Том 2. — М.: Медицина. — 1995. — 415 с.
4. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.
5. Batra A., Suiith A.C., Feehally J., Barratt J. T-cell homing receptor expression in IgA nephropathy // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2007. — Vol.22. — P. 2540–2548.
6. Berger S.P., Daha M.R. Complement in glomerular injury // *Semin Immunopathol.* — 2007. — Vol. 29. — P. 375–384.
7. Donald E. Hricik, Moonja Chung-Park, John K Sedor. Glomerulonephritis. // *The New England Journal of Medicine.* — 1998. — Vol.339. — N.13. — P.888–899.
8. Ikezumi Y., Kanno K., Rasawa T., Han G., Ito Y., Koike H., et al. The role of lymphocytes in the experimental progressive glomerulonephritis // *Kidney International.* — 2004. — Vol. 66. — P.1036–1048.
9. Kim A.H., Markiewicz M.A., Shaw A.S. New roles revealed for T cells and DCs in glomerulonephritis // *J. Clin. Invest.* — 2009. Vol.119. — P. 1286–1297.
10. Kurts C., Heymann F., Lukacs-Korneh V. et al. Role of T cells and dendritic cells in glomerular immunopathology // *Semin Immunopathol.* — 2007. — Vol. 29. — P. 317–335.
11. Reynolds J., Norgan V.A., Bhambra U. et al. Anti-

CD8 monoclonal antibody therapy is effective in the prevention and treatment of experimental autoimmune glomerulonephritis // *J. Am. Soc. Nephrol.* — 2002. — Vol.13. — P. 359–369.

12. Sakatsume S., Xie Y., Ueno M. et al. Human glomerulonephritis accompanied by active cellular infiltrates shows effector T cells in urine // *Am. Soc. Nephrol.* — 2001. — Vol.12. — P. 2636–2644.

13. Zoja C., Morigi M., Remuzzi G. Proteinuria and phenotypic change of proximal tubular cells // *Am. Soc. Nephrol.* — 2003. — Vol. 14. — P. 36–41.

14. Walter U and Santamaria P. CD8+T cells in autoimmunity // *Curr. Opin. Immunol.* — 2005. — Vol.17. — P. 624–631.

Поступила 27.10.09

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL INDICATORS AND THE PHENOTYPE OF CIRCULATING LYMPHOCYTES IN PATIENTS WITH MESANGIOPROLIFERATIVE GLOMERULONEPHRITIS

M.I. Khasanova, A.P. Tsibul'kin, K.V. Sitkina

Summary

Analyzed were the quantitative and functional characteristics of circulating lymphocytes subpopulations and their relationship with other indicators of severity of mesangioproliferative glomerulonephritis in 43 patients. Established was the dependence between the severity of the process and the activation of lymphoid populations of peripheral blood lymphocytes, as well as a marked correlation between the severity of renal damage and increased levels of circulating activated subpopulations of T-lymphocytes, which exhibit cytotoxic activity.

Keywords: mesangioproliferative glomerulonephritis, nephrotic syndrome, renal biopsy, immunophenotyping, subpopulation of peripheral blood lymphocytes.

УДК 616.248-053-055-039.3

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ирина Леонидовна Фридман

ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. И.М. Калинина»
(главврач — канд. мед. наук Г.Н. Гридасов), e-mail: fridman_irina@mail.ru

Реферат

Рассмотрены современные особенности течения бронхиальной астмы по результатам обследования 196 больных. Представлены гендерные различия, а также клиническая характеристика бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, клиническая характеристика, гендерные различия, различия по тяжести заболевания.

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний и характеризуется значительным социальным ущербом. Повышение эффективности диагностики и лечения данного заболевания остается весьма актуальной проблемой. Исследование, проведенное в 7 городах России, показало,

что лечение больных тяжелой астмой как на стационарном, так и на амбулаторном этапе в нашей стране не соответствует международным стандартам [1]. Между тем резерв повышения контроля БА заключается в улучшении качества наблюдения за больными врачами первичного звена здравоохранения [2].

Целью проведенного исследования являлось изучение особенностей течения БА в современных условиях.

Исследование проводилось на базе второго пульмонологического отделения ММУ ГБ № 4 г. Самары, а также пульмонологического отделения областной клинической больницы им. М.И. Калинина. Было обследовано 196 больных среднетяжелой и тяжелой БА в возрасте от 23 до 64 лет, леченных в августе-ноябре 2008 г. Выборка была тотальной. Обследование и лечение больных проводилось в соответствии со стандартами. В работе применялись следующие статистические методы: 1) расчет средней арифметической, дисперсии, среднего квадратического отклонения; 2) расчет парного коэффициента корреляции Пирсона и проверка его статистической значимости; 3) сравнение средних для количественных данных (с помощью парного *t*-критерия Стьюдента и критерия ранговых сумм Вилкоксона); 4) сравнение долей и выявление взаимосвязи для качественных данных (анализ таблиц сопряженности).

БА среднетяжелого течения была у 49 мужчин. Средний возраст больных составлял $32,55 \pm 8,53$ года, средняя длительность заболевания — $7,684 \pm 6,47$ года. Общий анализ крови: СОЭ — $12,00 \pm 11,35$ мм/ч, Hb — $154,88 \pm 13,20$ г/л, л. — $8,30 \pm 2,10 \times 10^9$ кл/л, тромбоц. — $195,76 \pm 23,08 \times 10^9$ /л, эр. — $4,75 \pm 0,47 \times 10^{12}$ кл/л. Биохимический анализ крови: уровень билирубина — $11,67 \pm 0,76$ мкмоль/л, мочевины — $5,09 \pm 74,57$ ммоль/л, креатинина — $74,57 \pm 9,25$ мкмоль/л, глюкозы — $5,23 \pm 1,27$ ммоль/л.

Функциональное исследование легких (в % от должных значений): ОФВ1 — $70,39 \pm 16,02$, ФЖЕЛ — $70,00 \pm 15,22$, ПОС — $55,24 \pm 18,52$, ОФВ1/ФЖЕЛ — $109,00 \pm 10,22$.

Женщин, страдающих БА среднетяжелого течения, было 57, средний возраст — $55,22 \pm 13,35$ года, средняя длительность заболевания — $9,41 \pm 7,71$ года. Общий ана-

лиз крови: СОЭ — $14,86 \pm 9,45$ мм/ч, Hb — $137,31 \pm 15,32$ г/л, эр. — $4,37 \pm 0,49 \times 10^{12}$ кл/л, л. — $9,33 \pm 2,27 \times 10^9$ кл/л, тромбоц. — $210,00 \pm 29,20 \times 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: уровень билирубина — $12,25 \pm 1,27$ мкмоль/л, мочевины — $6,42 \pm 1,57$ ммоль/л, креатинина — $78,29 \pm 17,48$ мкмоль/л, глюкозы — $5,84 \pm 1,08$ ммоль/л.

Функция внешнего дыхания (в % от должных величин): ОФВ1 — $67,78 \pm 14,74$, ФЖЕЛ — $72,90 \pm 16,40$, ПОС — $53,94 \pm 15,83$, ОФВ1/ФЖЕЛ — $101,96 \pm 14,62$.

Женщин со среднетяжелым течением БА госпитализировали преимущественно по вызову службы «скорой помощи», мужчин — по направлению из поликлиники (в плановом порядке). Профессиональный контакт с аэрополлютантами имел место у одной трети женщин со среднетяжелым течением БА. Курили 67% обследованных мужчин и 23% женщин.

БА тяжелого течения была у 40 мужчин. Средний возраст больных — $56,95 \pm 13,76$ года, длительность заболевания — $11,75 \pm 7,81$ года. Общий анализ крови: СОЭ — $14,90 \pm 11,18$ мм/ч, Hb — $139,65 \pm 19,23$ г/л, эр. — $4,36 \pm 0,61 \times 10^{12}$ /л, л. — $8,76 \pm 3,28 \times 10^9$ /л, тромбоц. — $208,95 \pm 52,52 \times 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: уровень билирубина — $12,47 \pm 0,76$ мкмоль/л, мочевины — $7,02 \pm 2,29$ ммоль/л, креатинина — $90,25 \pm 25,71$ мкмоль/л, глюкозы — $5,47 \pm 1,36$ ммоль/л. Эозинофилия крови (более 5%) отмечалась у 44% пациентов мужского пола.

Функция внешнего дыхания (в % от должных величин): ОФВ1 — $47,68 \pm 16,80$, ФЖЕЛ — $47,43 \pm 16,69$, ПОС — $36,43 \pm 15,02$, ОФВ1/ФЖЕЛ — $115,75 \pm 22,28$.

БА тяжелого течения была диагностирована у 50 женщин, средний возраст — $62,06 \pm 12,20$ года, длительность заболевания — $12,80 \pm 8,62$ года. Общий анализ крови: СОЭ — $17,04 \pm 8,31$ мм/ч, Hb — $130,76 \pm 16,72$ г/л, л. — $8,66 \pm 2,06 \times 10^9$ /л, тромбоц. — $205,33 \pm 50,18 \times 10^9$ /л, эр. — $4,19 \pm 0,61 \times 10^{12}$ /л. Биохимический анализ крови: уровень билирубина — $12,68 \pm 1,78$ мкмоль/л, мочевины — $6,20 \pm 1,91$ ммоль/л, креатинина — $74,20 \pm 14,21$ мкмоль/л, глюкозы — $5,18 \pm 1,28$ ммоль/л.

Функциональные показатели легких (в % от должных): ОФВ1 — $51,00 \pm 17,60$, ФЖЕЛ — $55,94 \pm 20,45$, ПОС — $39,16 \pm 15,89$, ОФВ1/ФЖЕЛ — $102,71 \pm 18,72$.

Таблица 1.

Сравнение анамнеза и клинических показателей у мужчин и женщин, страдающих среднетяжелой и тяжелой БА (в абс./%)

Показатели	Среднетяжелое течение БА		Тяжелое течение БА	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Госпитализация службой «скорой помощи» по направлению поликлинического отделения	16/32,7	31/54,4	26/65,0	34/68,0
МСЧ по месту работы	22/44,9	12/21,1	6/15,0	4/8,0
перевод из другого стационара	5/10,2	8/14,0	6/15,0	10/20,0
	6/12,2	6/10,5	2/5,0	2/4,0
Контакт с профессиональными поллютантами	01/02	19/33,3	7/17,5	5/10,0
Курение	33/67,3	13/22,8	25/62,5	05/10,0
Непереносимость				
пенициллина	2/4,1	—	2/5,0	2/4,0
аспирина	2/4,1	6/10,5	1/2,5	1/2,0
кальция хлорида	2/4,1	2/3,5	1/2,5	5/10,0
димедрола	2/4,1%	—	—	6/12,0
супрастина	—	—	—	2/4,0
новокаина	—	4/7,0%	6/15,0	—
НПВС	—	2/3,5	2/5,0	—
нитратов	—	—	—	—
преднизолона	—	—	2/5,0	2/4,0
анальгина	—	—	—	—
амоксциллина	2/4,1	—	—	2/4,0
Аллергия на				
перья	1/2,0	—	1/2,5	2/4,0
шерсть животных	10/20,4	5/8,8	4/10,0	2/4,0
бытовую пыль	12/24,5	—	2/5,0	10/20,0
продукты питания	1/2,0	—	—	2/4,0
пыльцу растений	01	6/10,5	1/2,5	2/4,0
запахи	—	—	—	—
Бледность кожных покровов	5/10,2	3/5,3	2/5,0	8/16,0
Цианотичность кожных покровов	—	—	6/15,0	2/4,0
Грудная клетка обычной формы	42/85,7	54/94,7	26/65,0	36/72,0
Грудная клетка эмфизематозная	1/2,0	2/3,5	6/15,0	10/20,0
Гиперстеники	3/6,1	1/1,8	2/5,0	—
Гипостеники	3/6,1	—	—	4/8,0
При аускультации легких				
сухие свистящие хрипы	14/28,6	57/100	36/90,0	50/100,0
сухие жужжащие хрипы	35/71,4	—	—	—
влажные хрипы	—	—	4/10,0	—
Нарушения ритма сердца	2/4,1	11/19,3	6/15,0	12/24,0

В таб. 1 представлены данные анамнеза и клинические показатели у мужчин и женщин со среднетяжелым и тяжелым течением БА в абсолютных числах и процентном соотношении. Большую часть больных БА тяжелого течения стационарировала служба «Скорой помощи». Профессиональный контакт с аэрополлютантами выявлен в анамнезе у 17,5% мужчин и 10,0% женщин. Курили 63% мужчин и 10% женщин.

Как у мужчин, так и у женщин с БА тяжелого течения была выявлена аллергия на различные лекарственные препара-

ты: антибактериальные средства, анальгин, аспирин, кальция хлорид, нитраты, преднизолон (4% женщин), нестероидные противовоспалительные средства (15% мужчин). У женщин была обнаружена непереносимость антигистаминных препаратов: в 12% случаев димедрола, в 4% — супрастина.

Сравнительный анализ клинических, лабораторных, функциональных показателей у больных БА среднетяжелого и тяжелого течения, проведенный с помощью критерия Вилкоксона, показал различия по возрасту ($p < 0,01$): больные БА тяжелого

течения были старше. Различия имелись по длительности заболевания ($p<0,01$): большей она была при тяжелом течении БА. Частота дыхательных движений ($p<0,01$), показатели систолического и диастолического давления ($p<0,01$), СОЭ ($p<0,01$), температура была выше ($p<0,01$) также при тяжелом течении. Число эозинофилов было больше ($p<0,01$), а функциональные показатели легких ниже ($p<0,01$) у больных с тяжелой формой БА.

При изучении гендерных особенностей отмечено достоверное различие в возрасте: он был старше у женщин ($p<0,01$). По длительности заболевания различий не было ($p>0,42$). Имелись различия в частоте дыхательных движений — выше у мужчин ($p<0,01$), систолического давления — выше у женщин ($p<0,01$). Показатели диастолического давления ($p>0,11$), температура ($p>0,63$) не различались СОЭ была выше у женщин ($p<0,02$), число эозинофилов также больше у женщин ($p<0,01$). По ОФВ1 и ФЖЕЛ гендерных различий не обнаружено ($p>0,91$ и $p>0,05$

соответственно).

Выявленные особенности течения БА на современном этапе целесообразно учитывать при лечении данного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г. Базисная терапия тяжелой бронхиальной астмы у взрослых // Пульмонология. — 2004. — № 6. — С. 68–77.

2. Овсянников Н.В. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы в практике участкового терапевта // Пульмонология. — 2007. — № 1. — С. 100–105.

Поступила 07.06.10.

THE INFLUENCE OF GENDER INFLUENCES ON PECULIARITIES OF BRONCHIAL ASTHMA COURSE

I.L. Fridman

Summary

Discussed were the current features of bronchial asthma from a survey of 196 patients. Presented were the gender differences, as well as clinical characteristics of moderate and severe course of asthma.

Key words: bronchial asthma, clinical characteristics, gender differences, differences in disease severity.

УДК 616.233–072.1:615.835.3

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА РЕСПИРАТОРНОЙ ПРОТЕКЦИИ

Михаил Львович Штейнер, Александр Викторович Жестков,
Сергей Михайлович Штейнер

Кафедра общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии (зав. — проф. А.В. Жестков)
Самарского государственного медицинского университета, e-mail: ishte@mail.ru

Реферат

Проведены статистическая оценка и сравнение влияния двух методов респираторной протекции фибробронхоскопии — трансназальной и комбинированной подачи кислорода — на частоту кардиальных осложнений фибробронхоскопии. Респираторная протекция фибробронхоскопии в виде комбинированной подачи кислорода приводит к более достоверному уменьшению общего числа кардиальных осложнений, безболевой ишемии миокарда, кризов артериальной гипертензии и эпизодов суправентрикулярной тахикардии, чем трансназальная подача кислорода во время проведения бронхологического пособия.

Ключевые слова: фибробронхоскопия, респираторная протекция, кардиальные осложнения.

Возможности фибробронхоскопии (ФБС) привели в настоящее время к её более широкому использованию, в том числе у пациентов с тяжёлой соматической

патологией. Однако практически в 100% случаев при применении ФБС повышается расход организмом кислорода (пост-бронхоскопическое респираторное угнетение), что особенно опасно у пациентов с тяжёлой дыхательной недостаточностью (нарастание гипоксемии и тканевой гипоксии вплоть до гипоксической комы) [1, 3, 4]. ФБС может спровоцировать приступ удушья или астматический статус при бронхиальной астме, приступ стенокардии, безболевой ишемии или инфаркта миокарда, привести к угрожающим нарушениям ритма и проводимости сердца [3, 8]. Естественным путём профилактики осложнений ФБС представляется оперативное восполнение потерь кислорода во время бронхологического вмешательства.