

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 120 женщин с впервые выявленным туберкулезом легких, сочетанным с другими заболеваниями. Диагноз туберкулеза легких и сопутствующей патологии был установлен традиционными клинико-анамнестическими, лабораторными, рентгенологическими, инструментальными методами. Сопутствующая патология подтверждена соответствующими специалистами.

Результаты. Среди женщин, взятых под наблюдение, были больные в возрасте от 18 лет до 65 лет и старше. Доминирующие возрастные группы: пациентки в возрасте 18–45 лет – 47,5% (57 человек) и старше 65 лет – 31,7% (38 человек). У больных с сочетанной патологией туберкулез легких был выявлен преимущественно по обращаемости в лечебные учреждения общей медицинской сети (60,0%). Наиболее часто встречаемой клинической формой туберкулеза легких установлен диссеминированный туберкулез – 42,5%, на втором месте – инфильтративный (37,9%). Деструктивные изменения в легких, сопровождающиеся обширным распространением очаговых и инфильтративных изменений выявлены в 63,3% случаев, МБТ в мокроте – в 68,7%, из них у 14 больных (16,7%) установлена лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам.

Спектр сопутствующих туберкулезу заболеваний у наблюдаемых больных ранжировался следующим образом: сахарный диабет – 25,3%, вирусные гепатиты – 20,8%, заболевания сердечно-сосудистой системы – 17,5%, хронические неспецифические заболевания органов дыхания – 8,4%, алкоголизм – 7,5%, психические заболевания – 7,4%, болезни желудочно-кишечного тракта – 5,8%, онкопатология – 3,3%, ВИЧ-инфекция – 2,5%, наркомании – 1,5%. Изучение структуры сопутствующих заболеваний в разрезе клинических форм туберкулеза легких и возраста пациенток показало, что среди фоновых заболеваний лидирует сахарный диабет – 23,3%, который в 39,6% сочетается с инфильтративной формой туберкулеза легких. Второе место частоте занимают вирусные гепатиты, одинаково часто встречающиеся при диссеминированном и инфильтративном туберкулезе (28,9 и 28,7% соответственно). В возрастной группе 18–45 лет наиболее часто встречались вирусные гепатиты – 39,7%, в возрасте 45–65 лет – сахарный диабет (35,6%) и патология сердечно – сосудистой системы (29,8%). В возрасте старше 65 лет туберкулезу легких сопутствовали сердечно – сосудистые заболевания в 38,9% и в 37,4% – сахарный диабет. Алкоголизм сочетался с туберкулезом у женщин в возрасте 18–45 лет в 15,3%, 45–65 лет – 5,6%, у лиц старше 65 лет такая сочетанная патология не установлена. Наркомания выявлена у 2-х больных в возрасте 35 лет. Сопутствующая

туберкулезу легких ВИЧ-инфекция наблюдалась в 3 случаях. Результаты исследования показали, что почти в 2/3 случаев туберкулез легких у наблюдаемых больных присоединялся к другим, уже имеющимся заболеваниям. Это чаще всего сахарный диабет, вирусные гепатиты, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, психические заболевания.

Заключение. Проблема сочетанной патологии туберкулеза легких с другими заболеваниями у женщин в современных условиях является актуальной, так как встречается преимущественно у пациенток в возрасте 18–45 лет. Это возраст с сохраненной репродуктивной способностью, наличием большого контакта с детьми. Медико-социальная значимость туберкулеза у женщин в этой возрастной группе велика – может приводить к ухудшению демографической ситуации, инфицированию детей МБТ. Все это требует активизации работы врачей общей лечебной сети с группами риска по заболеванию туберкулезом, с учетом возрастных особенностей, медико-биологических и социальных факторов. Тем более что при сочетанной патологии выявляются распространенные формы туберкулеза с МБТ и лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС

Епифанцев А.В., Никогосова О.В.,
Угрюмова И.В.

ГБУ РО «Областная детская больница»,
Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru

Перинатальная патология в структуре детской неврологической практики прочно заняла одно из ведущих мест. Это связано с ростом внутриутробной инфекции, представленной микоплазмами, герпесом, энтеровирусами, хламидиями, некорректным ведением родового процесса, выхаживанием детей, родившихся с критически малым весом. Вся эта патология имеет большое значение для растущего ребенка в связи с угрозой развития инвалидности разной степени выраженности и трудностями в адаптации в повседневной жизни. Поэтому своевременная диагностика и комплексное лечение начиная с самых ранних сроков целесообразна и дает благоприятный эффект.

Сейчас педиатрическая служба роддомов хорошо ориентирована на вероятность такой патологии и дети, как правило, без задержек госпитализируются в специализированное отделение ОДБ. Для грамотной реабилитации, оптимального выбора тактики восстановительного лечения проводятся дополнительные обследования, позволяющие определить этиологию поражения, уточнить функциональное состояние различных структур нервной системы, степень

их повреждения. С этой целью пациентам проводят нейросонографию, электроэнцефалографию, реоэнцефалографию, электромиографию, магнитно-резонансную томографию. Исходя из этих данных, каждому больному индивидуально подбирается реабилитационный комплекс. Он включает в себя фармакологическую составляющую из обширного набора лекарственных средств и немедикаментозные приемы. Среди них массаж, физиотерапия, лечебная физкультура, бальнеотерапия, рефлексотерапия.

Большое значение в реабилитации больных придается психолого-педагогическому восстановлению пациента, которое помогает адаптироваться больным детям к социуму. В связи с этим занятия с дефектологами, логопедами, психологами обязательно входят в программу реабилитации детей.

Оценка эффективности реабилитации происходит на основе сравнения клинической картины до, в течение и после курса лечения. Кроме того, используются и выше названные функциональные методики и, как правило, они коррелируют с положительной динамикой саногенеза.

Десятилетний опыт применения комплексного лечения, статистические данные позволяют утверждать, что указанные методические приемы в лечении перинатальной патологии дают максимально возможный терапевтический эффект.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ

Князева Л.И., Мещерина Н.С., Гришина О.В., Масалова Е.А.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России», Курск, e-mail: kafedra_n1@bk.ru

Цель исследования – оценка эффективности влияния инфликсимаба на уровень ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, вч-СРБ, SVCAM-1, MCP-1, sCD-40L, эндотелина-1 в сыворотке крови у больных с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В одномоментное поперечное исследование было включено 54 больных с достоверным по классификационным критериям ACR/EULAR (1987/2010) диагнозом РА с серонегативными по JgM ревматоидного фактора (РФ) вариантом заболевания. Для оценки эффективности терапии использовались критерии EULAR, основанные на динамике индекса DAS 28. Критериями включения пациентов в исследование явились: серонегативный по JgM РФ РА 2-3 степени активности; наличие показаний и отсутствие противопоказаний к применению инфликсимаба; информиро-

ванное согласие пациента о включении в исследование. Критериями исключения пациентов из исследования явились: серопозитивный по JgM РФ РА 1 степени активности; инфекционные процессы любой локализации; сахарный диабет, нарушение функции печени и почек, застойная сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. Группа контроля включала 20 клинически здоровых лиц в возрасте $42,5 \pm 5,3$ года.

Содержание в сыворотке крови ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, молекул межклеточной адгезии SVCAM-1, MCP-1, эндотелина-1 (ЭТ-1), концентрацию sCD-40L определяли методом иммуноферментного анализа. Концентрацию СРБ оценивали высокочувствительным иммуноферментным методом.

Определение иммунологических маркеров сердечно-сосудистого риска у больных РА в сыворотке крови проводилось до лечения и после 12 месяцев терапии инфликсимабом (в/венно капельно по 200 мг/сутки в соответствии с рекомендуемой схемой: 0, 2, 4, 6 недели, затем каждые 8 недель в течении 12 месяцев).

Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что у больных РА содержание в сыворотке крови ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 превышало уровень данных цитокинов в группе контроля в $3,1 \pm 0,6$ раза ($p < 0,05$); $4,3 \pm 0,7$ раза ($p < 0,05$) и в $9,6 \pm 0,9$ раза ($p < 0,05$) соответственно. Установлена достоверно более высокая концентрация вчСРБ в сыворотке крови больных РА ($9,9 \pm 1,7$ мг/л) в сравнении с контролем ($1,6 \pm 0,6$ мг/л). Выявлено увеличение концентрации ЭТ-1, MCP-1 и молекул клеточной адгезии SVCAM-1 у больных РА в сравнении с контролем в $2,4 \pm 0,3$, $1,5 \pm 0,2$ раза ($p < 0,05$) и $1,8 \pm 0,3$ раза ($p < 0,01$) соответственно. Оценка содержания sCD-40L показала, что у больных РА данный показатель в $2,1 \pm 0,3$ раза превышал контрольный уровень.

Проведенный многофакторный корреляционный анализ выявил наличие прямых связей между индексом DAS28, отражающим активность системного воспаления при РА, и уровнем провоспалительных цитокинов: ФНО- α , ИЛ-1 β и ИЛ-6 ($r = 0,59$, $p < 0,05$; $r = 0,48$, $p < 0,05$; $r = 0,66$, $p < 0,05$ соответственно); между уровнем вчСРБ и ФНО- α , ИЛ-6 и ИЛ-1 β ($r = 0,53$, $p < 0,05$; $r = 0,68$, $p < 0,05$; $r = 0,49$, $p < 0,05$ соответственно); между концентрацией ЭТ-1 и ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 ($r = 0,48$, $p < 0,05$; $r = 0,51$, $p < 0,05$; $r = 0,68$, $p < 0,05$ соответственно), а также между SVCAM-1 и ЭТ-1, MCP-1, sCD-40L ($r = 0,62$, $p < 0,05$; $r = 0,58$, $p < 0,05$; $r = 0,53$, $p < 0,05$ соответственно) и вчСРБ ($r = 0,69$, $p < 0,05$).