

Выводы

Следующие изменения иммунного статуса в динамике характерны для больных бронхиальной астмой в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом:

- Высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови.
- Увеличение содержания естественных киллеров (CD16⁺).
- Увеличение содержания DR⁺ клеток.
- Увеличение коэффициента HLA-DR/B (>1,0), стойкое снижение коэффициента CD4⁺/CD8⁺.
- Выраженное угнетение синтеза индуцированного конканавалином-A гамма-интерферона.
- Наличие диагностически значимых титров антител к тиреоглобулину и антител к тиреоидной пероксидазе.
- Выявлено, что не у всех больных с бронхиальной астмой в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом, верифицированным пункцией щитовидной железы, титры антител к щитовидной железе достигают высоких значений, так как процесс может иметь волнообразную активность.
- Достоверных различий в количестве иммуноглобулинов А, М, G не выявлено, но отмечается тенденция к снижению количества иммуноглобулинов класса G.

Рекомендации

1. Наличие повышенного содержания ЦИК, натуральных киллеров (CD16⁺), DR-экспрессирующих клеток, снижение общего количества Т-клеток (CD3⁺) в совокупности с характерными данными ультразвукового исследования щитовидной железы является показанием к проведению диагностического поиска для исключения аутоиммунного тиреоидита.
2. Определение антител к щитовидной железе у больных бронхиальной астмой рекомендуется проводить в период ремиссии и отмены системы кортикостероидов, так как на фоне их применения у больных бронхиальной астмой в период обострения титры антител к щитовидной железе временно снижаются вплоть до диагностически незначимых и тем самым могут маскировать аутоиммунный процесс; однако после отмены кортикостероидов вновь повышаются.
3. Применение у больных бронхиальной астмой с сопутствующим аутоиммунным тиреоидитом экстракорпоральной иммуномодуляции в сочетании с иммунокорректорами и/или стероидной пульс-терапией и последующей иммунореабилитацией позволяет подавить процесс выработки антител и достичь клинической ремиссии заболевания.

© ПЕТРОВ М.В., 1997

УДК 616.24-002-022-085.33

М.В.Петров

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Центральная клиническая больница, Москва

В 1994—1996 гг. в разных отделениях многопрофильной больницы на 1400 коек выявлено и изучено 70 эпизодов внутрибольничной пневмонии (ВП) у 70 больных. Группу сравнения составили 38 больных с внебольничной пневмонией (ВнП), лечившихся в пульмонологическом отделении клиники в тот же период времени. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту: 39 (55,71%) мужчин, 31 (44,29%) женщина — в основной группе и 22 (57,89%) мужчины, 16 (42,11%) женщин — в группе сравнения; средний возраст в основной группе — 71, 4±13,62 года, в группе сравнения — 70,55±9,72 года.

Среди сопутствующих заболеваний в обеих группах преобладала ишемическая болезнь сердца с явлениями сердечной недостаточности (72,85% в основной группе и 78,95% в группе сравнения), а среди фоновой

бронхолегочной патологии — эмфизема легких и пневмоклероз (57,14 и 76,31% соответственно).

Чаще всего лица с ВП выявлялись в терапевтических — 52, 86% (из них 12 случаев ВП у пациентов, находившихся в отделениях интенсивного лечения, что составляет 17,14% от общего числа изученных ВП) и психиатрических (28,57%) отделениях, а в 18,57% случаев в отделениях хирургического профиля. К послеоперационным пневмониям можно отнести 11 эпизодов ВП, что составляет 15,71% от всех изученных ВП.

Этиологическая верификация пневмоний осуществлена на основании данных бактериологических и серологических (на атипичные возбудители) исследований у 58 (из 70) больных с ВП и у 30 (из 38) больных с ВнП. При бактериологических исследованиях пневмоний

Таблица 1

Частота выявления различных этиологических микробных агентов при внутрибольничных и внебольничных пневмониях

Микробные агенты	Внутрибольничные пневмонии n=58			Внебольничные пневмонии n=30		
	кол-во агентов (всего 150)	n	%	кол-во агентов (всего 63)	n	%
Грамположительные	64	44	75,85	32	26	86,66
<i>Streptococcus spp.</i>	36	31	53,44	22	20	66,66
<i>Streptococcus pneum.</i>	12	10	17,24	9	9	30
<i>Staphylococcus spp.</i>	16	14	24,13**	1	1	3,33**
Грамотрицательные	72	43	74,13*	21	12	40*
<i>Neisseria spp.</i>	14	13	22,41	4	4	13,33
<i>Pseudomonas spp.</i>	15	11	18,96**	1	1	3,33**
<i>Acinetobacter spp.</i>	7	7	12,06	3	3	10
<i>Klebsiella spp.</i>	11	8	13,79	1	1	3,33
<i>Enterobacter spp.</i>	5	4	6,89	1	1	3,33
<i>Citrobacter spp.</i>	2	1	1,72	1	1	3,33
<i>Proteus spp.</i>	3	3	5,17	2	1	3,33
<i>Escherichia coli</i>	3	2	3,44	1	1	3,33
<i>Haemophilus spp.</i>	2	2	3,44	2	2	6,66
<i>Serratia spp.</i>	2	2	3,44	0	0	0
<i>Flavobacterium spp.</i>	1	1	1,72	0	0	0
<i>Xanthomonas spp.</i>	1	1	1,72	0	0	0
<i>Chlamydia trachom.</i>	4	4	6,89	4	4	13,33
<i>Legionella pneumoph.</i>	2	2	3,44	1	1	3,33
<i>Candida spp.</i>	14	12	20,68	10	10	33,33

Примечание: * — $p < 0,01$, ** — $p < 0,05$ (при сравнении основной и контрольной групп).

всего был получен 281 штамм микроорганизмов: 198 штаммов в основной группе и 83 — в группе сравнения; при этом в диагностически значимых концентрациях всего получено: 144 штамма от 58 больных в основной группе (при посевах мокроты, смывов с бронхов, мазков с задней стенки ротоглотки, крови на стерильность) и 58 штаммов от 30 больных в группе сравнения (при посевах мокроты). Наиболее часто при пневмониях в диагностически значимых концентрациях высевались: *Streptococcus (non pneumoniae)*: от 31 (53,44%) больных с ВП и 20 (66,66%) — с ВнП, в качестве монокультуры: от 6 (10,34%) больных с ВП и 5 (16,66%) с ВнП; *Staphylococcus spp.*: от 14 (24,13%) больных с ВП, что достоверно чаще, чем среди больных с ВнП — 1 (3,33%) пациент ($p < 0,05$); *Neisseria spp.*: от 13 (22,41%) больных с ВП и 4 (13,33%) — с ВнП. Диагностически значимый рост *Candida spp.* выявлен у 12 (20,68%) больных с ВП и 10 (33,33%) с ВнП, однако в подавляющем большинстве случаев имели место ассоциации с различными бактериальными возбудителями, высеянными также в диагностически значимых концентрациях. Существенную роль в качестве возбудителей ВП сыграли неферментирующие бактерии: *Pseudomonas spp.* — 11 (18,96%) больных (из них в 4 — 6,8% — случаях в качестве единственного возбудителя) и *Acinetobacter spp.* — 7

(12,06%) больных; в группе сравнения соответственно: 1 (3,33%) и 3 (10%) больных; уровень синегнойной инфекции выявлен в группе больных с ВП достоверно чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Грамположительные микробные агенты обнаружены в несколько большем проценте случаев у пациентов с ВнП (86,66%), чем у лиц с ВП (75,85%), что, однако, не имеет статистически достоверного различия ($p > 0,1$). Грамотрицательные бактерии у достоверно большего числа больных являлись этиологическими агентами ВП (74,13%), в отличие от ВнП (40%); $p < 0,01$. Грамположительные бактерии в качестве единственных возбудителей достоверно чаще высевались при ВнП — 16 (53,33%) больных в сравнении с лицами с ВП — 15 (25,86%) больных, из них 40% случаев ВП, вызванных *Staphylococcus spp.*; $p < 0,05$. Грамотрицательные бактерии в качестве монокультуры обнаружены у 14 (24,13%) больных с ВП и 3 (10%) пациентов с ВнП ($p < 0,1$). И грамположительные, и грамотрицательные бактерии расценены как причинные микроорганизмы в 31 (53,44%) эпизоде расшифрованных ВП и 11 (36,66%) ВнП ($p = 0,1$). При серологических исследованиях сыворотки крови на атипичные возбудители обнаружены диагностически значимые титры антител: к *Chlamydia trachomatis* в 4 (6,89%) случаях ВП и 4 (13,33%) — ВнП; к *Legionella pneumophila*

Наиболее частые этиологические микробные агенты ВП различных категорий больных

ВП в отделениях интенсивного лечения n=9		Послеоперационные пневмонии n=10		ВП в психиатрических отделениях n=14	
<i>Streptococcus (non pneumoniae)</i>	77%	<i>Pseudomonas spp.</i>	40%	<i>Streptococcus (non pneumoniae)</i>	64%
<i>Pseudomonas spp.</i>	44%	<i>Streptococcus (non pneumoniae)</i>	40%	<i>Staphylococcus spp.</i>	28%
				<i>Neisseria spp.</i>	28%

в 2 (3,44%) случаях ВП и 1 (3,33%) — ВнП (во всех этих случаях имелись и полученные при бактериологических исследованиях диагностически значимые концентрации других микроорганизмов).

В табл.1 представлены данные по частоте выявления различных микроорганизмов, которые на основании результатов бактериологических и серологических исследований признаны этиологическими микробными агентами ВП и ВнП, а в табл.2 — спектр этиологических микробных агентов ВП, которые встречались с повышенной частотой у различных категорий больных (лиц, находившихся в отделениях интенсивного лечения, психиатрических отделениях и пациентов с послеоперационными пневмониями).

В рамках изучения проблемы внутрибольничных инфекций в разных отделениях многопрофильной больницы (гнойной хирургии, отделениях интенсивного лечения и других) в 1995—1996 гг. обследовано 45 больных в возрасте от 21 года до 87 лет с госпитальными инфекциями различных видов: раневой, кожи и мягких тканей, мочевой, бронхолегочной (14 больных с ВП из основной группы), кровотока, глаз. Осуществлено микробиологическое изучение полученных от пациентов 85 госпитальных грамотрицательных штаммов с определением минимальных ингибирующих концентраций, чувствительности широкого спектра антибио-

тиков посредством постановки E-test. Чаше всего этиологическими агентами госпитальных инфекций являлись: *Pseudomonas spp.* (34,1%), *E.coli* (15,3%), *Proteus spp.* (15,3%), *Acinetobacter spp.* (11,8%), *Klebsiella spp.* (9,4%), *Enterobacter spp.* (5,8%). Из 39 штаммов энтеробактерий (*E.coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*) отмечено наибольшее число устойчивых штаммов к пиперациллину (20), цефуроксиму (26) и гентамицину (19), а также к комбинациям: амоксициллин / клавуланат (19), пиперациллин / тазобактам (14) и триметоприм / сульфаметоксазол (14); наряду с этим обнаружена высокая чувствительность многих штаммов к имипенему (29), амикацину (32), цефтазидиму (31), ципрофлоксацину (35), цефтриаксону (30), цефотаксиму (31). Из 39 штаммов неферментирующих бактерий (*Pseudomonas spp.* и *Acinetobacter spp.*) наибольшее количество резистентных штаммов получено к гентамицину (26), пиперациллину (25), ципрофлоксацину (23), цефтриаксону (34), цефуроксиму (38) и цефотаксиму (36), а также к комбинациям: триметоприм / сульфаметоксазол (36), амоксициллин / клавуланат (37), пиперациллин / тазобактам (26); при этом многие штаммы оказались чувствительными к имипенему (28) и амикацину (24).

© ВОЛКОВА Н.В., 1997

УДК [616.12-008.331.1-06:616.233-007.271]-085.225.2

Н.В.Волкова

ПРИМЕНЕНИЕ НОРВАСКА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИСТЕМНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ

Кафедра внутренних болезней № 5 ММСИ

В настоящее время все больше внимания уделяется вопросам взаимоотношения системной и легочной артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), взаимному влиянию нарушений гемодинамики и функции внешнего дыхания (ФВД), возможности их медикаментозной коррекции.

В целях уменьшения системной и легочной гипертензии у 48 больных с БА и ХОБ, имеющих мягкую и умеренную степени артериальной гипертензии, повышенное давление в легочной артерии, применен норваск — 5—10 мг в сутки в течение месяца.

В зависимости от преобладания системной или легочной гипертензии больные были разделены на две