

1.2.52.1, 1.1.4.3.1; для БА — п. 1.1.1. **Результаты и их обсуждение.** У 59% лиц с ХОБЛ GOLDI, II и 23% с ACOS выявлен диффузный двусторонний катаральный бронхит ($\chi^2=10,32$, $p<0,01$). Частично диффузный эндобронхит чаще верифицирован в группе БА интермиттирующего и легкого течения (у 24% лиц), чем ХОБЛ ($p=0,356$). Атрофический бронхит верифицирован у 29% лиц ХОБЛ GOLDII, III и у 12% ACOS. Сопутствующая дистония трахеи и бронхов выявлена у 23% лиц с ХОБЛ среднетяжелого течения и 10% лиц с ACOS-синдромом, коррелирующая с большим снижением ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ ($r=+0,39$; $r=+0,37$). У 31% больных выявлены начальные морфологические признаки воспаления: гиперплазия бокаловидных клеток респираторного эпителия, метаплазия эпителия желез бронхов, повышенное слизеобразование. Нейтрофильное воспаление I степени наблюдалось у 45% лиц с ХОБЛ GOLDI, II и только у 8% лиц с ХОБЛ III стадии ($p<0,001$). Воспаление 2 степени в виде повышения нейтрофилов до 30%, увеличения цитоза и криброза ядер чаще отмечены при тяжелом и крайне тяжелом течении болезни. Содержание эозинофилов в БАЛ более 3% верифицировано в 12% БА средней тяжести и в 9% ACOS. Признаки клеточной дистрофии (вакуолизация кардиолазмы, пролиферация цилиндрического эпителия), слабо коррелирующие с эндоскопической картиной атрофического бронхита, выявлены у 26% лиц ХОБЛ 2–4 стадии, у 13% лиц с синдромом перекреста ($p<0,05$, $r=+0,36$). **Заключение.** Проведенный анализ позволил выявить позитивную взаимосвязь клинических данных и морфологической картины местного воспаления дыхательных путей для обоснования более раннего назначения базисной противовоспалительной терапии.

УДК 613.62–616.24

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Артемова А.В., Румянцева О.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. академика Н.Ф. Измерова», пр-т Буденного, 31, Москва, Россия, 105275

FORMATION MECHANISMS OF PULMONARY HYPERTENSION IN OCCUPATIONAL PULMONARY DISEASE. Artemova L.V., Rumyantseva O.I. Izmerov Research Institute of Occupational Health, 31, Budennogo Ave., Moscow, Russia, 105275

Ключевые слова: ЭХОКГ; легочная гипертензия; профессиональная обструктивная болезнь легких**Key words:** echocardiography; pulmonary hypertension; occupational obstructive pulmonary disease

Цель — изучить функциональные показатели легочной гипертензии (ЛГ), биомаркеры фиброгенеза ФНО α , ИЛ–17 для прогнозирования тяжести течения профессиональной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Формирование ЛГ тесно связано с ремоделированием легочных артерий, сокращением площади капиллярного русла, особенно при деструкции паренхимы легких, что сопровождается стимуляцией продукции экстрацеллюлярного матрикса, клеточных компонентов с выработкой медиаторов воспаления ФНО α , ИЛ–17 и др., ответственных за процессы фиброгенеза у пациентов с ХОБЛ (Wilson M.S. et al. 2014, Рябова А.Ю. 2010, Кубышева Н.И. 2011). **Материалы и методики.** Проведено клиническое обследование 50 больных, включающее ЭКГ, ДЭХОКГ, содержание ФНО α , ИЛ–17 сыворотки: 25 больных с ХОБЛ, 10-сБА, 15-сБА+ХОБЛ. Экспозиция промышленных веществ соответствовала п. 1.1.4.3.2, 1.1.4.5, 1.2.54.3, 1.3.5, 1.2.4, 1.2.3, 1.3.4.14, 1.2.38, 1.2.14.2, 1.1.4.2, 1.2.26, 1.1.4.3.2, 1.2.37, 1.2.30.1, 1.2.32.1, 1.2.52.1, 1.1.4.3.1 при ХОБЛ; п. 1.1.1 при бронхиальной астме (БА) Приложения 1 Приказа МЗ РФ № 302н от 12.04.2011 г. **Результаты и обсуждение.** По результатам ЭКГ отклонение электрической оси сердца вправо чаще выявлено при ХОБЛ и БА+ХОБЛ (42% и 37%). Гипертрофия правого желудочка (ПЖ) выявлена у 27% лиц ХОБЛ. В 39% случаев ХОБЛ+БА выявлена дилатация и гипертрофия правого предсердия (ПП) (P-pulmonale в III, II, aVF). Признаки блокады правой ножки пучка Гиса, наличие SI-SIII выявлены в 48% и 24% случаев ХОБЛ и ХОБЛ+БА ($p<0,05$). По данным доплер-эхокардиография, ЛГ и хроническое легочное сердце выявлены у 57,5% лиц с ХОБЛ и перекрестным синдромом, в отличие от изолированной БА (в 10,6%). Среднего давления в легочной артерии (СДЛА) у лиц с ХОБЛ ($27,89\pm 9,01$ мм рт. ст.) в 2,5 раза выше по сравнению с пациентами БА ($p=0,01$). Те же тенденции отмечены при оверлап-синдроме. Распространенность умеренной ЛГ у пациентов с ХОБЛ составила 42,6% (СДЛА $25,7\pm 4,8$ мм рт. ст.). Тяжелая ЛГ выявлена у 12% больных ХОБЛ (СДЛА — 40–50 мм рт. ст.). У пациентов с ХОБЛ и перекрестным синдромом отмечено увеличение размеров ПП и толщины стенки ПЖ относительно группы БА (апикальный и парастернальный размер ПЖ $37,61\pm 5,03$ мм и $30,47\pm 3,77$ мм соответственно). Трикуспидальная регургитация у 51% больных с ЛГ в 32% коррелировала с гипоксемией, гиперкапнией и диффузионными нарушениями. Выявлено достоверное повышение содержания ФНО α , ИЛ–17 в сыворотке крови больных ХОБЛ, а уровень цитокинов негативно коррелировал с ОФВ1 ($r=0,48$ $p<0,01$; $r=-0,716$, $p<0,01$), и позитивно с СДЛА ($r=0,41$ $p=0,01$; $r=0,43$, $p=0,02$). **Заключение.** Полученные данные показали актуальность совместного изучения функциональных и биохимических показателей для оценки риска формирования ХЛС у больных профессиональной ХОБЛ.

УДК 76.33.37

ОЦЕНКА РИСКА НАЛИЧИЯ СИНДРОМА СОННОГО АПНОЭ СРЕДИ ВОДИТЕЛЕЙ ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Атаманчук А.А., Дмитрук Л.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», ул. Щепкина, 61/2, Москва, Россия, 129110