

М. В. Кузеванова, Д. А. Чистяков, М. В. Єрмолаєва, В. В. Пилипенко

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕГЕНЕВИХ ЕКСПІРАТІВ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Донецький національний медичний університет, м. Лиман

Ураження респіраторної системи відноситься до найбільш частих вісцелярних ознак ревматоїдного артриту (РА). Зміни в легенях у таких хворих виявляють в 70–100 % випадків, а серед безпосередніх причин смерті легенева патологія спостерігається у 5–10 % із них. Серопозитивна «ревматоїдна хвороба легенів» виділена навіть в спеціальну рубрику клініко-імунологічної характеристики захворювання.

За нашими даними, ревматоїдна пневмопатія має місце у 35 % хворих РА. Серед цих пацієнтів дифузійний інтерстиціальний легеневий фіброз діагностований у 78 %, множинні ревматоїдні вузлики в легенях — у 14 %, синдром Колине-Каплана і фіброзуючий альвеоліт — відповідно у 6 %, облітеруючий бронхіоліт — у 3 %. З пацієнтів з плевритом ексудація в плевральних порожнинах встановлена в кожному третьому випадку. При РА відбувається зменшення швидкості і об'єму експіраторного вологовиділення, що залежало від параметрів середнього тиску в легеневій артерії, легеневого судинного опору і показників рН конденсату вологи повітря, що видихається.

Розвиток уражень легень у хворих РА супроводжується змінами фізико-хімічних властивостей експіратів, які пов'язані із ступенем тяжкості патології респіраторної системи, вираженістю дифузійної здатності легень, зі змістом в експіратах азотистих продуктів (аміаку, сечовини, сечової кислоти, нітри-ту) і ліпідів (холестерину, фосфоліпідів, фосфатидилхоліну, фосфатидилгліцеролу). Ми використали два основні підходи до оцінки сурфактантних властивостей легень при РА — пря-

мий (по безпосередньому виміру поверхневого натягнення експіратів при часах (t) існування поверхні $t = 0,01$ з, $t = 1$ з, $t = 100$ з, t () і непрямий (на основі біохімічного аналізу). У складі легеневого сурфактанту в експіратах важливе місце займала протеїногва фракція (~15 %), що синтезується в ендоплазматичному ретикулумі альвеолоцитів - II і прискорююча адсорбцію фосфоліпідів в поверхнево-активній рідкій альвеолярній півці. При ревматоїдній пневмопатії зменшувалося респіраторне виділення протеїнів на тлі підвищеної експірації небілкових азотистих продуктів, причому, підвищений легеневий метаболізм системи оксиду азоту пов'язаний з тяжкістю патології легень, відбувається розбалансування співвідношень окремих фракцій ліпопротеїдів в експіратах, а стан бронхопрохідності і пульмональної гемодинаміки визначають зміст ліпідів, продуктів їх перекисного окислення і антиоксидантного захисту (диєнові кон'югати, альфа-токоферол, активності супероксиддисмутази, каталази, глутатіонпероксидази).

У хворих на РА зменшення виведення легеньми азотистих продуктів і ліпідів пов'язане з активністю патологічного процесу, тяжкістю пневмопатії, визначається тиском в малому колі кровообігу. На показники в експіратах молекул середньої маси амінопептидної, у меншій мірі пептидної, нуклеотидної і хроматофорної фракцій впливають тяжкість легеневої патології, причому їх концентрація залежить від швидкості і об'єму респіраторного вологовиділення, фізико-хімічного стану конденсату, рівня в ньому небілкових азотистих продуктів і молочної кислоти.