

рук. для врачей. М.: МК, 2016. 504 с.

Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С., Григоренко А.А. и др. Анализ заболеваемости множественной миеломой в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 2004. № 2. С. 34–38.

Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С. Современные аспекты диагностики и лечения множественной миеломы // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2006. № 4. С. 18–22.

Вотякова О.М., Демина Е.А. Множественная миелома // Клиническая онкогематология / под редакцией М.А. Волковой, издание второе переработанное и дополненное. М., 2007. С. 847–871.

Ландышев Ю.С., Есенин В.В., Войцеховский В.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 1997. № 3. С. 31–35.

Руковицин О.А. Гематология. Национальное руководство. М.: ГЭО-ТАР-Медиа. 2015. 776 с.

Dimopoulos M., Spencer A., Attal M., et al. Lenalidomide plus dexamethasone for relapsed or refractory multiple myeloma. N. Engl J. Med. 2007;357:2123-2132

Kumar S., Flin I.W., Hari P.N. et al. Novel three-and four-drug combinations of bortezomib, dexamethasone, cyclophosphamide, and lenalidomide, for newly diagnosed multiple myeloma: encouraging results from the multi-center, randomized, phase 2 EVOLUTION study. ASH Annual Meeteng Abstracts.2009;114:127.

Richardson P., Jagannah S., Hussein M. et al. Safety and efficacy of singleagent lenalidomide in patients with relapsed and refractory multiple myeloma. Blood. 2009;114:772-778.

Weber D.M., Chen C., Niesvizky R., et al. Lenalidomide plus dexamethasone for relapsed multiple in North America. N Engl J Med. 2007; 357:2133-2142.

Статья поступила в редакцию 23.05.2017

Координаты для связи

Есенина Татьяна Владимировна, заведующая гематологическим отделением ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: esenina-09@mail.ru

Федорова Наталья Анатольевна, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Мишкурова Кристина Михайловна, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Собко Анна Николаевна, ассистент кафедры внутренних болезней ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Скрипкина Наталья Сергеевна, врач-гематолог гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26.

УДК 616-006.448:616.24-002.2

Е.А. Филатова

ГАУЗ АО «Амурская областная
клиническая больница»
г. Благовещенск

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ МИЕЛОФИБРОЗОМ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Внутренние болезни

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), а также артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет составляют в настоящее время ведущую группу хронических заболеваний: на их долю приходится более 30% всех форм патологии человека [10]. Современная концепция ХОБЛ, разработанная экспертами ВОЗ, учитывает тот факт, что тяжесть течения и прогноз заболевания во многом зависят от экстрапульмональных проявлений болезни [12]. Течение ХОБЛ, лечебные и профилактические программы в значительной степени зависят от наличия сопутствующей патологии. В настоящее время хорошо изучено сочетание ХОБЛ с другими респираторными заболеваниями, туберкулезом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом [4, 5, 10]. Достаточно изучены такие системные проявления ХОБЛ, как кахексия, остеопороз, метаболический синдром, вторичный эритроцитоз, анемия, дисфункция тромбоцитов и т.д. [1, 2, 6]. В тоже время встречается незначительное количество работ, посвященных сочетанию ХОБЛ с внелегочной онкопатологией, в частности, с гемобластозами. Идиопатический миелофиброз (ИМФ) является довольно распространенным гемобластозом с хроническим течением в подавляющем большинстве случаев [3]. При этом пациенты с ХОБЛ и ИМФ, как правило, принадлежат к одной и той же возрастной группе [3, 10].

Целью данного исследования явилось изучение особенностей течения ХОБЛ, ассоциированной с ИМФ.

Материалы и методы исследования

Изучены особенности течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных идиопатическим миелофиброзом (ИМФ). Из 35 обследованных больных с ИМФ у 11 была диагностирована сопутствующая ХОБЛ (31%). Среди сопутствующих

заболеваний при ИМФ ХОБЛ занимает третье место после гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Диагноз ХОБЛ всем, участвовавшим в исследовании пациентам, был выставлен до того, как появились первые клинические и лабораторные признаки ИМФ. Мужчин – 9 и женщин – 2. Средний возраст – $50,5 \pm 3,5$ года. У всех больных в анамнезе отмечалось длительное курение (от 20 до 40 лет), индекс курящего человек (ИКЧ) – $31,6 \pm 4,5$ пачка/лет. Продолжительность от первичной диагностики ХОБЛ до включения в исследование по ИМФ – от 5 до 10 лет. У 6 пациентов диагностирован ИМФ в клеточной фазе, у 5 – в фазе миелофиброза и остеосклероза. Пациенты в клеточной фазе получали химиотерапию гидроксимочевинной или рекомбинантными интерферонами. У больных ИМФ в стадии миелофиброза использовали как цитостатическую терапию, так и лучевую терапию на область селезенки при ее значительном увеличении.

В контрольную группу включено 20 больных ХОБЛ, без сопутствующего гемобластаза: 13 – со среднетяжелой степенью (II стадия), 7 – с тяжелым течением (III стадия), в соответствии с классификацией GOLD 2011. Мужчин – 18, женщин – 2. Средний возраст – $53,2 \pm 2,2$ года. У всех в анамнезе отмечалось длительное курение (от 20 до 40 лет), ИКЧ – $31,9 \pm 5,0$ пачка/лет. Основными клиническими проявлениями ХОБЛ были одышка, кашель, выделение мокроты (слизисто-гнойного или гнойного характера), потливость, слабость, быстрая утомляемость, повышение температуры тела. У 4 пациентов отмечалась преимущественно

эмфизематозная, у 4 человек – преимущественно бронхитическая, у 12 – смешанная (сочетанная) форма ХОБЛ. У 16 пациентов отмечался постоянный кашель с выделением мокроты слизисто-гнойного или гнойного характера, четверо отмечали кашель в утренние часы. Одышку при физической нагрузке отмечали 13 больных, в покое – 7. Согласно модифицированному опроснику MRS для оценки степени тяжести одышки, у 13 человек отмечена одышка средней степени тяжести (2 степень), у семи – тяжелая (3 степень). Участие вспомогательной мускулатуры при дыхании диагностировано у 7 больных. У 7 отмечен выраженный цианоз. При физикальном обследовании у 14 пациентов отмечалась эмфизематозная форма грудной клетки. Легочный перкуторный звук определялся у 6 больных, коробочный – у 14. При аускультации легких у 10 больных дыхание было жестким, у 10 равномерно ослабленным вследствие наличия эмфиземы легких. У 16 человек выслушивались сухие свистящие хрипы, у 4 – влажные в нижних отделах за счет скопления в просветах бронхов секрета. При аускультации сердца у 14 больных тоны были приглушены вследствие наличия эмфиземы. У 7 человек выслушивался акцент II тона над легочной артерией. Частота дыхательных движений (ЧДД) увеличена у 14 человек. У 5 отмечалась нормокардия, у 5 – тахикардия различной степени выраженности. При проведении бронхоскопии у 13 человек был выявлен двусторонний диффузный эндобронхит с ИВ II степени, у 7 – ИВ III степени. При проведении клинических, инструментальных и лабораторных исследований у всех пациентов с ХОБЛ из

РЕЗЮМЕ

Изучены особенности течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных идиопатическим миелофиброзом (ИМФ). По частоте сопутствующих заболеваний при ИМФ ХОБЛ находится на третьем месте (31%). У больных ИМФ в клеточной фазе заболевания значительно дольше сохраняются такие проявления обострения ХОБЛ, как одышка, слабость, потливость, повышение температуры тела, замедленная бронхоскопическая динамика. В фазе миелофиброза отмечается замедленная динамика всех клинических проявлений бронхообструктивного процесса. ХОБЛ у больных ИМФ приобретает более тяжелое и затяжное течение и, в свою очередь, осложняет гематологическую патологию вследствие присоединения дыхательной и легочно-сердечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, идиопатический миелофиброз. DOI 10.22448/AMJ.2017.2.36-41

CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE PATIENTS WITH IDIOPATHIC MYELOFIBROSIS

E.A. Filatova

Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk

Abstract

The features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in patients with idiopathic myelofibrosis (IMF) have been studied. According to the frequency of comorbidities in IMF COPD is on the third place. Patients with IMF in cell phase of the disease have such manifestations of COPD exacerbations as shortness of breath, weakness, sweating, increased body temperature, slow bronchoscopic dynamics for a long period. In the phase of myelofibrosis slowdown of all clinical manifestations of COPD is marked. COPD in patients with IMF becomes more severe and lingering and, in turn, complicates the hematological abnormalities, due to the addition of respiratory and cardiopulmonary diseases.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, idiopathic myelofibrosis.

контрольной группы была выявлена хроническая дыхательная недостаточность (ДН): у 4 больных – по обструктивному, у 4 – по рестриктивному, у 12 – по смешанному типу. ДН II степени (появление одышки при обычной нагрузке) – у 13, III степени (одышка в покое) – у 7 человек. При проведении рентгенологического исследования эмфизема легких диагностирована у 16 больных, диффузный пневмосклероз – у 13.

При диагностике обострения ХОБЛ учитывали следующие показатели: клинические признаки – увеличение продукции мокроты и ее гнойный характер, нарастание одышки, кашля, ухудшение аускультативной картины в легких, увеличение степени ограничения физической активности, частоты дыхания, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, повышение температуры тела; функциональные критерии ухудшения: ФВД при спирографии и пикфлоуметрии; лабораторные признаки воспаления: ускорение СОЭ, ухудшение показателей PaO_2 , $PaCO_2$, pH; данные бронхоскопической картины: увеличение степени эндобронхита и интенсивности воспаления. Причинными факторами развития обострения ХОБЛ были ОРВИ и переохлаждение. Об угасании воспалительного процесса судили по степени регрессии вышеперечисленных признаков. Уровни лейкоцитоза и нейтрофиллеза при диагностике обострения ХОБЛ не учитывали, так как незначительное увеличение количества лейкоцитов и нейтрофилов может отмечаться при ИМФ.

Функция внешнего дыхания определялась с помощью аппарата Fukuda (Япония). Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппаратах Shimadzu SDU 500 A и Aloka 650SSD (Япония). Определение кислотно-щелочного состояния (КЩС) и газового состава крови проводилось при помощи автоматического газового анализатора AVL-995 Hb (Австрия).

Диагностическая фибробронхоскопия проводилась с использованием фибробронхоскопа Olympus (Япония). Для определения интенсивности воспаления слизистой оболочки трахеи и бронхов использовали критерии Lemoine в модификации Г.И. Лукомского и М.Г. Орлова, С.И. Овчаренко и соавторы.

Результаты исследования и их обсуждение

Основными клиническими проявлениями ХОБЛ у больных ИМФ были одышка, кашель, выделение мокроты (слизисто-гнойного или гнойного характера), потливость, слабость, быстрая утомляемость, повышение температуры тела и т.д. (табл. 1). У 7 пациентов отмечался постоянный кашель с выделением мокроты слизисто-гнойного или гнойного

характера. Четырех больных кашель беспокоил только в утренние часы. Одышку при физической нагрузке отмечали 6 больных, в покое – 5. Согласно модифицированному опроснику MRS для оценки степени тяжести одышки, у шести пациентов отмечалась одышка средней тяжести (2 степень), у пяти – тяжелая (3 степень). Участие вспомогательной мускулатуры при дыхании диагностировано у 4 больных. Увеличение частоты дыхательных движений (ЧДД) отмечено у 7 пациентов. Все больные отмечали слабость и потливость. У 4 больных был отмечен легочный цианоз (табл. 1).

Одышка, потливость, слабость, быстрая утомляемость, повышение температуры тела могут быть проявлением ИМФ при прогрессирующем течении заболевания, особенно в фазе миелофиброза, поэтому во всех подобных ситуациях пытались выяснить, являются ли данные симптомы проявлением ХОБЛ, ИМФ или ассоциированным проявлением обоих заболеваний. Одышка может быть, как проявлением ХОБЛ, так и ИМФ при развитии анемии. У всех 5 больных ИМФ в фазе миелофиброза отмечался уровень гемоглобина ниже 100 г/л. У таких пациентов купировали анемический синдром и, если одышка сохранялась (у 4 больных), то расценивали ее, как проявление ХОБЛ.

При этом учитывали, что у всех пациентов в стадии миелофиброза были значительно увеличены селезенка и печень, что также могло способствовать развитию компрессионного синдрома и одышки. Однако, после проведения химиотерапии или лучевой терапии на область селезенки и ее сокращения, одышка сохранялась, что было дополнительным критерием в пользу отнесения этого симптома как проявления ХОБЛ.

Потливость, слабость, быстрая утомляемость и повышение температуры тела у больных в ИМФ-фазе миелофиброза и остеосклероза, ассоциированного с ХОБЛ, расценивали как сочетанное проявление обоих заболеваний. Тем более, что у всех этих пациентов отмечались выраженная гепато- и спленомегалия, кахексия, оссалгии, миалгии, что говорило в пользу прогрессирующего течения гемобластоза.

У больных в клеточной фазе ИМФ, ассоциированного с ХОБЛ, анемии, кахексии, оссалгий, миалгий и других проявлений прогрессирующего опухолевого процесса не выявлено. Значительно увеличенная в дебюте заболевания селезенка после проведения химиотерапии уменьшалась в размерах, но одышка, потливость, слабость, быстрая утомляемость и – у 2 пациентов – повышение температуры тела сохранялись, поэтому данные симптомы расценивали, как проявление ХОБЛ.

Таблица 1. Основные проявления ХОБЛ у больных ИМФ

Симптом	Количество больных
Кашель	11
Одышка	11
Выделение мокроты:	11
1. Слизисто-гнойная	8
2. Гнойная	3
Увеличение ЧДД	7
Общая слабость	10
Потливость	10
Повышение t°	7
Быстрая утомляемость	7
Боли в мышцах грудной клетки и живота	4
Цианоз	4
Хрипы:	11
1. сухие	11
2. влажные, в нижних отделах легких	3
Жесткое дыхание	5
Ослабленное дыхание	6
Симптомы интоксикации	8
Похудание	7

При проведении клинического, инструментальных и лабораторных исследований у всех пациентов была выявлена хроническая дыхательная недостаточность (ДН): у 2 больных по обструктивному, у 3 – по рестриктивному, у 6 – по смешанному типам. ДН II степени была диагностирована у 6, III степени – у 5 больных. При проведении рентгенологического исследования эмфизема легких диагностирована у 9 больных, диффузный пневмосклероз – у 7.

У 3 больных была диагностирована преимущественно эмфизематозная, у 2 – преимущественно бронхитическая, у 6 – смешанная (сочетанная) формы ХОБЛ.

При физикальном обследовании у 6 пациентов отмечена эмфизематозная форма грудной клетки. При перкуссии над всей поверхностью легких у них выслушивался коробочный звук, аускультативно – равномерно ослабленное дыхание. У 5 пациентов при перкуссии отмечали легочный звук, при аускультации – жесткое дыхание. У всех выслушивали свистящие хрипы, в 3 случаях – рассеянные, в 8 случаях – выраженные по всем полям. Влажные хрипы за счет скопления секрета в просветах бронхов выслушивали у 3 пациентов. При аускультации сердца у 6 человек тоны были приглушены за счет наличия эмфиземы. У 4 человек выслушивался акцент второго тона над легочной артерией. У 6 отмечалась нормокардия, у 5 – тахикардия.

Диагностическая бронхоскопия была проведена всем 11 больным с ХОБЛ, ассоци-

ированной с ИМФ. У 8 человек был выявлен двусторонний диффузный эндобронхит II степени, у 3 – III степени.

Среднегрупповые показатели ФВД при спирографии у больных ХОБЛ в сочетании с ИМФ были следующие: ЖЕЛ – 52,2±3,0%D, ОФВ1 – 50,1±2,5%D, ИВТ – 49,6%±4,5%D, ПОСвд – 34,9±2,5%D, МОС25 – 30,2±4,0%D, МОС50 – 32,2±2,9%D, МОС75 – 35,7±2,8%D. Они не имели достоверных различий с аналогичными показателями у больных ХОБЛ без сопутствующего гемобластоза (2-я контрольная группа): ЖЕЛ – 54,2±2,7%D, ОФВ1 – 52,5±2,2%D, ИВТ – 51,9±2,1%D, ПОСвд – 36,7±2,7%D, МОС25 – 33,5±2,5%D, МОС50 – 34,9±3,3%D, МОС75 – 39,8±4,1%D.

В соответствии с классификацией тяжести ХОБЛ [11, 12] диагностировано 6 больных II стадии – среднетяжелая (3 – в клеточной фазе ИМФ и 3 – в фазе миелофиброза) и 5 больных III стадии – тяжелая (3 – в клеточной фазе ИМФ и 2 – в фазе миелофиброза).

Причинными факторами развития обострения ХОБЛ были переохлаждение и ОРВИ. Диагностировали легкую, среднюю, тяжелую степени обострения. Крайне тяжелой и угрожающей степеней не регистрировали. Из мокроты выделяли в патогенном титре следующие возбудители: *S. Pneumonia*, *H. Influenza*, *M. Catarrhalis*.

Клинических проявлений декомпенсированного легочного сердца у больных ХОБЛ, ассоциированной с ИМФ, выявлено не было. В то же время у всех 11 пациентов, по данным ЭХО-КГ, была диагностирована легочная ги-

Таблица 2. Динамика основных клинических симптомов обострения ХОБЛ у больных ИМФ (M±m)

Симптом / признак	Длительность сохранения симптома (дни)		
	2-я контр. группа (n= 20)	Больные ХОБЛ, ассоциированной с ИМФ в клеточной фазе (n=6)	Больные ХОБЛ, ассоциированной с ИМФ в фазе миелофиброза (n=5)
Кашель	11,9±1,8	14,2±2,0, p>0,05	19,3±3,0, p<0,05
Одышка	2,7±0,5	5,1±0,9, p<0,05	14,5±2,0, p<0,001
Выделение мокроты	8,5±1,5	9,8±1,5, p>0,05	16,5±1,9, p<0,01
Хрипы	7,0±1,0	7,5±1,1, p>0,05	11,9±1,5, p<0,05
Слабость	6,2±0,9	12,3±1,5, p<0,01	17,6±2,5, p<0,001
Потливость	6,9±1,0	14,8±1,2, p<0,05	14,9±1,3, p<0,05
Повышение температуры	5,2±0,9	11,9±1,3, p<0,001	15,1±1,8, p<0,001
Повышение СОЭ	13,0±1,1	15,1±1,5, p>0,01	19,1±2,5, p<0,01
Бронхоскопическая динамика	14,0±1,2	18,1±1,4, p<0,05	18,8±1,2, p<0,05
Спирографическая динамика	15,5±1,3	16,1±1,2, p>0,05	21,5±1,5, p<0,01

пертензия (СрдЛА у 29,4±1,7). Толщина миокарда передней стенки правого желудочка в диастолу (ТМПСПЖд) достоверно увеличилась и не имела различий с контрольной группой. КДР, КДО, КСО правого желудочка также достоверно повышались и были такими же, как в группе пациентов с ХОБЛ без гемобластоза. Отмечено снижение фракции выброса ПЖ. Диагностировано снижение максимальной скорости кровотока в фазу раннего (быстрого) диастолического наполнения правого желудочка (ЕТК), значительное повышение максимальной скорости кровотока во время систолы предсердий в фазу позднего диастолического наполнения правого желудочка (АТК) и, соответственно, снижение отношения Е/А ТК (Р<0,001). Таким образом, у больных ИМФ, ассоциированной с ХОБЛ, имеют место легочная гипертензия и нарушение систолической и диастолической функций правого желудочка, что можно трактовать, как проявление компенсированного легочного сердца. Ведущая роль в развитии нарушений легочной гемодинамики при ассоциации этих заболеваний принадлежит ХОБЛ.

Шестеро пациентов со среднетяжелым течением ХОБЛ получали терапию бета2-агонистами короткого действия по потребности. Среди больных с тяжелой стадией ХОБЛ двое пациентов получали бета2-агонисты короткого действия и трое – длительно действующие антихолинергические препараты. При обострении ХОБЛ всем больным назначались антихолинергические препараты

продолженного действия (тиотропия бромид), бета2-агонисты через небулайзер (сальбутамол в суточной дозе 10 мг), ингаляционные глюкокортикоиды (будесонид в суточной дозе 0,75–1 мг), антибиотикотерапия, бронхоскопическая санация бронхиального дерева, муколитическая терапия и т.д. Динамика клинических проявлений обострения ХОБЛ у больных ИМФ сопоставлялась с динамикой этих показателей у больных ХОБЛ без ИМФ (контрольная группа) (табл. 2). Ввиду особенностей ИМФ, для которого характерны лейкоцитоз и нейтрофиллез в анализах крови, показатели количества лейкоцитов и нейтрофилов не учитывались при оценке степени тяжести и динамики клинических проявлений ХОБЛ в период обострения.

У пациентов с ХОБЛ, ассоциированной с ИМФ в клеточной фазе, по сравнению с больными ХОБЛ без гемобластоза, отмечается замедленная динамика следующих проявлений обострения бронхообструктивного процесса: одышка, слабость, потливость, повышение температуры тела (табл. 2). У больных ХОБЛ, ассоциированной с ИМФ в фазе миелофиброза, значительно дольше сохраняются все клинические и лабораторные проявления бронхообструктивного процесса (табл. 2). При этом учитывалось, что у этих больных одышка, слабость, потливость, повышение температуры тела и ускорение СОЭ могут быть как проявлениями ХОБЛ, так и ИМФ. Однако кашель, выделение мокроты и хрипы в бронхах являются

только проявлениями бронхообструктивного процесса. У больных ИМФ в обеих фазах была отмечена замедленная бронхоскопическая динамика. Затяжная спирографическая динамика обострения ХОБЛ диагностирована только в фазу миелофиброза.

По нашему мнению, тяжелому и затяжному течению основных проявлений ХОБЛ у больных ИМФ, помимо характерного для всех гемобластозов вторичного иммунодефицита, способствует специфическое лейкоэмическое поражение легких и бронхов при данном гемобластозе – расширение и полнокровие кровеносных сосудов, тромбоцитарные агрегаты в сосудах микроциркуляторного русла при наличии тромбоцитоза в периферической крови, у больных с бластным кризом и высоким лейкоцитозом в периферической крови – лейкостазы в мелких сосудах, лейкозная инфильтрация лёгких и бронхов, нарушение эндобронхиальной микрогемоциркуляции [8, 9]. Кроме того, ИМФ – это гемобластоз, при котором происходит наибольшее увеличение печени и селезенки, что способствует компрессии диафрагмы, нарушению ее экскурсии и соответственно снижению вентиляционной функции легких [7].

Таким образом, сочетание ХОБЛ и ИМФ взаимно отягощает течение обоих заболеваний. Патологией бронхолегочной системы и диафрагмы при данном гемобластозе в значительной степени обусловлено тяжелое и затяжное течение ХОБЛ. В свою очередь ХОБЛ утяжеляет течение лейкоза вследствие уже существующих структурных нарушений бронхолегочной системы и развития дыхательной и легочно-сердечной недостаточности. Замедленная динамика основных проявлений ХОБЛ свидетельствует о необходимости длительной и адекватной терапии бронхообструктивного процесса при ИМФ.

Выводы

1. У больных ИМФ в 31% случаев встречается сопутствующее заболевание – ХОБЛ. По частоте сопутствующих заболеваний при ИМФ ХОБЛ находится на третьем месте.

2. У пациентов с ИМФ в клеточной фазе заболевания значительно дольше сохраняются такие проявления обострения ХОБЛ, как одышка, слабость, потливость, повышение температуры тела, замедленная бронхоскопическая динамика. В фазе миелофиброза отмечается замедленная динамика всех клинических проявлений ХОБЛ.

3. Коморбидность ХОБЛ и ИМФ взаимно отягощает течение обоих заболеваний. Патологией бронхолегочной системы и диафрагмы при ИМФ в значительной степени обусловлено тяжелое и затяжное течение ХОБЛ. В то же время ХОБЛ утяжеляет те-

чение гематологических заболеваний вследствие уже существующих структурных нарушений бронхолегочной системы.

4. Затяжное течение ХОБЛ у больных гемобластозами диктует необходимость более длительной, адекватной противовоспалительной терапии.

Литература

1. Войцеховский В.В., Григоренко А.А., Ткачева С.И. и др. Нарушение эндобронхиальной микрогемоциркуляции у больных хроническим лимфолейкозом // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2012. № 46. С. 52–57.
2. Дворецкий Л.И. Анемия у больных хронической обструктивной болезнью легких: коморбидность или системное проявление? // Пульмонология. 2012. № 2. С. 5–11.
3. Демидова А. В. Хронический идиопатический миелофиброз // под ред. Волковой М. А. Клиническая онкогематология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2007. С. 606–616.
4. Колосов В.П., Павленко В.И. Прогнозирование частоты обострений хронической обструктивной болезни легких, сочетанной с ишемической болезнью сердца // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2012. Вып. 45. С. 35–37.
5. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Перельман Ю.М. Скрининговая оценка хронических респираторных заболеваний: итоги реализации I этапа проекта ВОЗ – GARD на территории Амурской области // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2012. Вып. 45. С. 8–18.
6. Привалова Е.В., Вавилова Т.А., Кузубова Н.А. Тромбоцитарная дисфункция у длительно курящих пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. 2010. №2. С. 40–45.
7. Ландышев Ю.С., Есенин В.В., Войцеховский В.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 1997. № 3. С. 31–35.
8. Ландышев Ю.С., Войцеховский В.В., Щербань Н.А. и др. Эндобронхиальная микрогемоциркуляция при заболеваниях внутренних органов // Дальневосточный медицинский журнал. Благовещенск, 2012. № 4. С.18–19.
9. Филатова Е.А., Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С. и др. Клиническое и функциональное состояние бронхолегочной системы у больных идиопатическим миелофиброзом // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2014. № 54. С. 48–54.
10. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.: ИД «Атмосфера», 2008. 567 с.
11. Global strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) 2011 www.goldcopd.org.
12. Vestbo J., Hurd SS, Agustí AG et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary// American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2013. 187(4). P. 347–365.

Статья поступила в редакцию 12.04.2017

Координаты для связи

Филатова Екатерина Александровна, к.м.н., врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: Ekaterina.gladun.86@mail.ru

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000 Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: agma@mn.ru