

результатам исследования (МСКТ) не выявлено патологии печени и поджелудочной железы.

Отклонения в биохимических показателях, в том числе и уровня ферритина, трактовали как цитолитический синдром, вызванный приемом внутрь препарата чистотела. Клиника соответствовала формирующейся билиарной дисфункции преимущественно по панкреатическому типу, закрепляющейся под мощным ятрогенным воздействием. Субъективные проявления гепатита в целом были типичными: астенический, болевой и диспептический синдромы (снижение аппетита, тошнота, непереносимость жирной пищи).

Данное наблюдение показывает, что фитогепатопатии могут протекать без симптомов холестаза и встречаются они, по-видимому, чаще, чем ранее предполагалось.

Интерпретация умеренного (до трехкратного) повышения активности аминотрансфераз и гамма-глутамилтранспептидазы сыворотки крови иногда вызывает затруднения. Практически, в отсутствие признаков хронических диффузных заболеваний печени, обычно ответственны за подобные лабораторные отклонения, следующие факторы или их сочетание: этанол, лекарства и БАДы, непривычная пища, наличие неалкогольного стеатогепатоза, причем чаще это отмечают у женщин. Целесообразной в подобных случаях представляется тактика выжидательная: клиническое наблюдение и повторение минимума печеночных лабораторных тестов не ранее чем через три месяца; при развитии лекарственного гепатита с аутоиммунным компонентом нормализация показателей может произойти гораздо позже.

Чистотел большой, *Chelidonium majus* L., — растение, относящееся к монотипическому роду чистотел, семейства маковых. В Российской Федерации зарегистрировано растительное сырье Чистотела трава (*Chelidonii herba*). Фармакологическая активность чистотела к настоящему времени изучена довольно полно. Она обусловлена преимущественно алкалоидами хелидонии (основной), гомохелидоном, протопином, сангвиритрином (сумма алкалоидов сангвинарина и хелеретрина). Масштабные исследования лечебных свойств чистотела сейчас осуществляют в Украине. Проводятся клинические испытания препарата *Ukrain* (NSC-631570) для приема внутрь с целью лечения злокачественных новообразований разной локализации.

Свежий документ Всемирной организации здравоохранения рекомендует на упаковках медикаментов на основе ЧБ для приема внутрь писать предупреждение о том, что лекарство может применяться только по назначению врача. Европейская организация, занимающаяся безопасностью косметических средств также предупреждает о рисках приема препаратов ЧБ внутрь. Токсичность ЧБ подчеркивается и в современных руководстве по опасным растениям и руководстве по гепатологии.

#### 049. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Васильева Н.В., Варганова Д.Л., Климова Н.Н., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Трифонова М.С., Арямкина О.Л., Рузов В.И.

Ульяновский государственный университет  
Ульяновск, Россия

Артериальная гипертензия и хронический вирусный гепатит относятся к медико-социальным проблемам современной России (Федеральная Целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»). Известно, что артериальная гипертензия встречается у трети-четверти больных хроническим вирусным гепатитом, особенно гепатитом С. Хронический вирусный гепатит и артериальная гипертензия характеризуются сложностью дифференциальной диагностики, при их сочетании - ухудшением прогноза течения заболеваний. Полиморбидность требует изучения определения патогенеза, коррекции лечебно-диагностической тактики данной коморбидности, а также оценки краткосрочного, долгосрочного прогнозирования их течения и исходов.

Цель исследования - изучить клинико-патогенетические аспекты полиморбидности хронического вирусного гепатита (ХВГ) и артериальной гипертензии (АГ). Для реализации цели поставлены задачи: выявить частоту встречаемости АГ при ХВГ с учетом стадии заболевания – гепатит, цирроз, его этиологии; изучить возможные патогенетические механизмы формирования АГ у больных хроническим вирусным гепатитом.

Материалы и методы. Дизайн исследования – проспективное, рандомизированное, проведенное методом случай-контроль сплошной выборкой за период 01.2008-03.2010 годы. Обследованы 102 больных - хроническим гепатитом (51) и циррозом печени (51) В, С и В+С гастроэнтерологического отделения ГУЗ ОКБ г. Ульяновска. Получено добровольное информированное согласие пациентов на исследование. Хронический гепатит (ХГ), цирроз печени (ЦП), их внепеченочные заболевания и артериальную гипертензию (АГ) диагностировали по стандартным критериям. Спектры маркеров HBV- и HCV-инфекции верифицировали методом ИФА, проводили ПЦР (качественно, количественно). Микроальбуминурию, СРБ, ЦИК относили к маркерам эндотелиальной дисфункции. Использовали программные пакеты STATISTICA 6.0, SPSS 13.0. Рассчитывали величину отношения шансов (OR - odds ratio).

Результаты и обсуждения. Средний возраст больных составил 46,8±1,43 лет (95% ДИ 44-49,7) с равным соотношением мужчин/женщин 1:1 и при ХГ и при ЦП. Маркеры моно- и микстинфекции В и С верифицированы в 35 (34,3%), 63 (61,8%) и 4-х (3,9%) случаях соответственно. Возраст больных ХГ варьировал от 17 до 74 лет, составив 43,7±2,3 года (95% ДИ 39,1-48,3), ЦП – от 26 до 76 лет, составив 49,9±1,63 лет (95% ДИ 46,7-53,2) (p<0,01). В половине случаев - у 56 (54,9%) диагностирована АГ, у 25 больных ХГ и у 31 больного ЦП (p>0,05). Различий в частоте встречаемости АГ ни при ХГ ни при ЦП различной этиологии - В, С и В+С не выявлено ( $\chi^2$ =н/д). В 2/3 случаев ХГ и ЦП АГ диагностирована впервые при обследовании больных и частота ее встречаемости увеличивалась с возрастом пациентов (p>0,05).

Согласно номенклатуре ВОЗ/МОГ 1999-2001 и ВНОК 2008 гг. при ХГ В и ЦП В АГ соответствовала

преимущественно I-II степени, а при ХГС и ЦП С - III степени. Установлено, что АГ прогностически неблагоприятный признак ХГ В и С (OR 1,96, RR 2,55) и ЦП В и С (OR 1,14, RR 1,27). Хронический гломерулонефрит диагностирован у 29,6% больных, в единичных случаях на начальной стадии ХПН с повышением мочевины и креатинина до 14,8 ммоль/л и 124,3 ммоль/л соответственно. Хроническая болезнь почек с иммунокомплексным и иммуноклоточным механизмом развития является внепеченочным проявлением HBV-/HCV-инфекции.

При ХГ/ЦП В и С, протекающих в полиморбидности с АГ но без критериев гломерулонефрита, в 26,1% случаев выявлена микроальбуминурия до 0,014±0,001 (0,011-0,12), в 87,1% случаев - повышение СРБ до 7,0±0,45 (6,08-7,92) ед. У данной категории больных до 1,2-1,7 норм повышаются уровни ЦИК и IgG. Микроальбуминурия и иные маркеры эндотелиальной дисфункции могут выступать ранними диагностическими признаками поражения почек и развития в дальнейшем нефрологических внепеченочных системных проявлений хронической HBV- и HCV-инфекции. Либо свидетельствуют о поражении сосудов артериального русла различными механизмами (вирусы? ЦИК?).

**Заключение.** Синдром АГ диагностируется у 54,9% больных ХГ/ЦП В и С, наиболее тяжелый при хроническом HCV-инфицировании и на стадии цирроза печени. У 1/3 больных ХГ/ЦП АГ имеет нефрогенный генез. Предположительно, что в генезе развития АГ при хронической HBV- и HCV-инфекции задействованы механизмы не только поражений почек, но и сосудов собственно HBV/HCV и иммунными комплексами.

#### 050. ВКЛАД РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У СОТРУДНИКОВ МВД И МЧС

Визель А.А., Амиров Н.Б., Потапова М.В.  
КГМУ, МСЧ МВД по РТ (Казань)

**Цель:** Изучить распространенность и особенности формирования бронхообструктивного синдрома (БОС) среди сотрудников ГАИ ГИБДД и пожарников. Определить ФР, их влияние на развитие ХОБЛ. Намечить пути профилактики ХОБЛ в этих группах больных.

**Материалы и методы:** Обследовано 783 чел. в возраст 20 до 59 лет: 431 (55,04%) сотр. ГАИ (413 м и 18 ж, ср. возраст 31,8±0,31 года), а 352 (44,96%) пож. (350 м и 2 ж, ср. возраст 33,9±0,39 г).

**Результаты:** 50,6% сотр. ГАИ были курильщиками, 19,5% – курильщиками в прошлом, 29,9% не курили. 76,1% обследованных работали в условиях дорог и трасс, у 10% отмечен проф. фактор стресса. Все сотр. ГАИ имели данные флюорографии (97% в течение года и 3% – в течение 2-х лет). Опрос по жалобам выявил кашель у 17,4% обсл., одышку при нагрузке – у 30,2%. Аллерг. анамнез отягощен у 8,4%. У 3,9% аллергия имела кожные проявления, у 1,6% – в виде аллерг. ринита, у 1,9% – в виде конъюнктивита. 1,2% отметили одышку во время аллерг. реакции, у 1 обсл. в анамнезе аллерг. шок. Установленные ранее заболевания ОД имели место у 2,1% сотрудников (у 7 – ХБ и по 1 пациенту пришлось на ХОБЛ, БА и ОБ). Заболевания ОД в

анамнезе встретились у 13,7% сотр. 10,0% сотр. ГАИ перенесли ранее пневмонию. Ср. знач., характеризующие ФВД, были в пределах N, ФЖЕЛ = 106,9±0,7% от должной, ОФВ<sub>1</sub> = 102,8±% от должной, а ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ = 80,6±0,30%. При анализе отмечено, что у 3,9% обсл. ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было <70%, ФЖЕЛ была <80% от долж. у 1,4%, ОФВ<sub>1</sub> – у 2,8%. Среди всех сотр., работавших на улицах и дорогах, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже 70% у 4,3% (ср. зн. 80,4±0,3%). Среди продолжавших курить инд. Тиффно был <70% у 5% сотрудников, среди куривших ранее и бросивших – 3,6%, а среди никогда не куривших – 2,3% (ср. зн. инд. Тиффно 81,3±0,5%). У сотр. ГАИ, работавших на трассе и продолжавших курить этот признак обструкции встретился в 5,6% сл. Среди 150 сотр. с непрерывным стажем курения 10 пачко-лет и менее частота признака ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ <70% составила 3,3%, а среди 32 обсл. куривших 20 пачко/лет и более – 15,6%. Среди куривших и бросивших курить со стажем курения более 20 лет этот ключевой признак обструкции встретился в 26,1% случаев (ср. зн. инд. Тиффно 74,7±1,7%). Среди сотр. ДПС, несущих службу на трассах более 10 лет и имевших стаж курения более 20 пачко/лет частота снижения инд. Тиффно достигла 44,4%. У 75 обсл., которые отметили наличие кашля, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже нормы в 6,7% случаев (среднее 81,3±0,5%), а среди кашлявших, куривших и работавших на трассе – 8,9% (77,9±0,9%). Если к последним трем признакам добавить стаж курения более 20 пачко/лет, то значение инд. Тиффно достигало 71,4±2,5%, а частота его снижения ниже 70% – 42,9%. Нарастание стажа курения приводило к учащению обструктивного синдрома как у работавших на дорогах, так и не имевших этого проф. фактора. Среди куривших нарастание стажа работы на дорогах сопровождалось учащением снижения ИТ, среди не куривших этого не было. Среди 36 сотр. с отягощенным аллерг. анамнезом частота снижения инд. Тиффно ниже нормы составила 5,6% (среднее 79,9±1,1%). Среди не работавших на трассах и не куривших аллерг. фенотип имел место у 16,4% сотр, среди куривших до 10 лет – у 7,9%, среди куривших 10-20 лет – у 14,3%, а у куривших >20 лет аллергии не было отмечено. Анализ показал, что ведущим фактором развития БОС у сотр. ГАИ явл. курение, тогда как работа на трассе (фактор загазованности) и отягощенный аллерг. анамнез (предрасположенность к БА) имеют меньшее значение. Ведущим оздоровительным мероприятием среди аттестованных сотрудников ГАИ должно быть прекращение табакокурения.

61,9% пож. были курильщиками, 19,9% – курильщиками в прошлом, 21,2% – не курили. 91,8% обследованных работали в условиях тушения пожаров, 6% отметили проф. фактор стресса. Все обсл. пож. имели данные флюорографии (89,5% в течение года и 10,5% – в течение 2-х лет). Опрос по жалобам выявил кашель у 16,8% обсл., одышку при нагрузке – у 25,9%. Аллерг. анамнез был отягощен у 5,1%. У 3,1% аллергия имела кожные проявления, у 0,9% – в виде аллерг. ринита, у 0,9% – в виде конъюнктивита. 0,3% отметили одышку во время аллерг. реакции. На момент обсл. у 3 больных был ОБ, у 1 – ХБ и у 1 ХОБЛ (всего 1,4%). Заболевания ОД в анамнезе встретились у 8,5% сотр. Установлено, что