

изолированный и сочетанный. Клиника туберкулеза определяется туберкулезной интоксикацией, бронхолегочными симптомами и признаками пораженных органов. В 6 из 187 (3,21%) случаев туберкулеза паренхиматозных органов специфические изменения выявлены случайно при проведении гистологических исследований по поводу другой патологии.

Туберкулез паренхиматозных органов - печени (n=43, 23,0%) и селезенки (n=37, 19,8%) диагностирован в 26,2% случаев абдоминального туберкулеза – у 49 из 187 больных. Туберкулез легких представлен преимущественно инфильтративной, диссеминированной и милиарной формами.

И абдоминальному туберкулезу (АТ) и туберкулезу легких (ТЛ), протекающему с соматической полиморбидностью сопутствовали хронический гепатит (11,1% и 38,9%; $\chi^2=11,3$, $p<0,001$) и цирроз печени (2,8% и 0,9%). Важнейшие этиологические факторы гепатита – гепатотропные вирусы и алкоголь. Алкоголем злоупотребляли 33,8% больных АТ, однако алкогольная болезнь II-III стадий, установленная наркологами у 39% больных ТЛ. Алкогольные поражения печени (100%) представлены стеатогепатитом (87%) и циррозом (13%). HBV- и HCV-инфекция (HBsAg-емия, HbcorAb, HBeAb, HCVAb summ) верифицирована у 7,5% больных АТ и у 9,4% больных ТЛ. При хроническом вирусном гепатите у больных АТ и ТЛ выявлены умеренная гепатомегалия, преимущественно минимальный цитолиз с повышением АЛТ и АСТ до 1,5-1,87 норм.

В рамках АТ диагностированы милиарная форма туберкулеза печени (82,9%), селезенки (100%) и туберкулема печени (17,1%). При туберкулезном гепатите на фоне гепатомегалии диагностируется преимущественно минимальный, реже – умеренный цитолиз, печеночно-клеточная недостаточность, паренхиматозная желтуха и 2-3-х кратное повышение активности ГГТП. В 14,6% случаев отмечена геморрагическая сыпь, свидетельствующая о выраженности печеночно-клеточной недостаточности. При милиарной форме туберкулезного гепатита в связи с обширностью поражений регистрировалась более высокая его лабораторная активность по сравнению с туберкулезом печени. По УЗИ определялись гепато- и спленомегалия, а в паренхиме печени и селезенки визуализировались лишь крупные очаги и кальцинаты, в 2/3 случаев в сочетании с кальцинатами в мезентериальных лимфатических узлах. Гистологически определялись эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием клеток Пирогова-Лангханса, лимфоидных элементов и казеозного некроза в центре.

Заключение. Представлены различия специфического и неспецифического гепатита при туберкулезе различных локализаций, протекающем в полиморбидности.

270. АУТОИММУННЫЕ МАРКЁРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Тарасов А.А., Бабаева А.Р.
Кафедра факультетской терапии ВолГМУ, Волгоград

Актуальность. В последние годы все более пристальное внимание уделяется аутоиммунным воспалительным механизмам, лежащим в основе прогрессирования атеросклероза.

Цель работы. Нами предпринята попытка сравнительного изучения показателей, характеризующие аутоиммунный компонент воспаления, у больных с клинически выраженный коронарным атеросклерозом (верифицированной ИБС) и у больных без клинических признаков ИБС, соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления (СХСВ, Fabbri, Rabe, 2007), а также в контрольной группе больных без ИБС и без критериев СХСВ.

Материалы и методы. В исследование включено 98 человек (32 больных хроническими формами ИБС, 36 лиц без ИБС, соответствующих критериям СХСВ и 30 человек – контрольная группа). По гендерному составу группы достоверно не различались, средний возраст больных ИБС составил 63,7±2,1 лет, больных с СХСВ 59,6±1,5 лет, лиц из контрольной группы 60,1±1,6 лет.

Выполнялась диагностика основных клинических форм ИБС с целью подтверждения диагноза заболевания, проводились дополнительные инструментальные и лабораторные исследования с целью стратификации сердечно-сосудистого риска (антропометрические данные, наличие АГ, нарушений углеводного и липидного обмена, стаж курения) и для диагностики синдрома хронического системного воспаления (С-реактивный протеин количественным методом, ОФВ₁, ЭхоКГ для оценки систолической и диастолической функции левого желудочка). Диагностика СХСВ проводилась в соответствии с критериями Fabbri L. и Rabe K. (2007). Сывороточный уровень антител к коллагену и гликозаминогликанам (ГАГ) как аутоиммунным маркёрам системного воспаления определяли с помощью иммуноферментного метода по оригинальной методике, результаты выражали в единицах оптической плотности. Полученные данные подвергали в дальнейшем статистической обработке с использованием пакета SPSS 10.0.

Результаты. Нами установлено, что СХСВ встречался среди 71,8% больных клинически выраженными формами ИБС, при этом почти четверть из них соответствовала 5-6 диагностическим критериям. Отмечено также, что в этой группе клинически значимое курение ассоциировалось с наличием СХСВ в 80% случаев, а повышение уровня С-реактивного белка в 100% случаев. Уровни антител к коллагену и ГАГ в основных группах больных достоверно между собой не отличались, хотя несколько выше уровни аутоантител были всё же в группе больных ИБС. При этом в обеих группах как уровни антител к ГАГ, так и к коллагену, достоверно превышали таковые в контрольной группе.

При сравнении содержания антител к коллагену и ГАГ в зависимости от анамнеза по курению, наличия метаболического синдрома (МС) и от уровня С-реактивного белка обнаружено, что наиболее высокие показатели уровня антител отмечены при клинически значимом курении и у лиц с повышенным уровнем С-реактивного белка в сыворотке крови. Хотя в большинстве случаев показатели, характеризующие аутоиммунный компонент воспаления, были выше в группах больных с наличием независимых факторов

сердечно-сосудистого риска, достоверной эта разница была лишь в группе больных с повышенным уровнем С-реактивного белка. При проведении корреляционного анализа между уровнем антител и выраженностью факторов риска в основных группах больных оказалось, что между уровнем аутоантител к компонентам соединительной ткани и уровнем С-реактивного белка имеется достоверная прямая положительная корреляционная связь ($r=0,705$ для антител к коллагену и $0,349$ для антител к ГАГ, $p<0,05$). Таким образом, как при клинически выраженных формах ИБС, так и у больных без клинических признаков ИБС, но при наличии критериев синдрома хронического системного воспаления, отмечается повышение уровня антител к основным структурным компонентам соединительной ткани в сыворотке крови. При этом значимых различий между этими показателями в группах нами не отмечено, хотя в большинстве случаев уровень антител при наличии у больных ИБС был несколько выше. Уровень антител к коллагену и ГАГ прямо коррелирует с уровнем С-реактивного белка в крови и связь носит достоверный характер.

Выводы. Полученные нами данные позволяют сделать заключение о том, что аутоиммунные механизмы, участвующие в развитии коронарного атеросклероза, запускаются на ранних этапах его развития, когда клинических проявлений заболевания еще нет. Маркёры аутоиммунного воспаления могут быть обнаружены уже у больных с факторами риска, соответствующими синдрому хронического системного воспаления. Исследование маркёров аутоиммунного воспаления может быть полезным в плане ранней диагностики коронарного атеросклероза. Кроме того, уровень антител к компонентам соединительной ткани в крови может быть использован для стратификации сердечно-сосудистого риска не только у больных, страдающих ИБС, но также и у больных с признаками СХСВ, у которых клинически выраженная ИБС еще не развилась.

271. ОРГАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОНЦЕНТРАЦИЯ СЕЛЕНА ЦИНКА И МАРГАНЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тарасова Л.В., Хохлова Е.А., Степашина Т.Е., Аверина Н.Н.

Республиканский гастроэнтерологический центр Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики ГУЗ «РКБ», Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике,

Кафедра внутренних болезней Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова г. Чебоксары, Россия

Общеизвестно, что имеются территории, в почвах, воде и горных породах которых содержатся избыточные или недостаточные количества химических элементов. Такие территории получили название естественных биогеохимических провинций, то есть регионов имеющих соответствующие особенности минерального состава воды и продуктов, выращенных в данной местности. При длительном проживании в таком регионе недостаточное или избыточное алиментарное поступление

микроэлементов в организм вызывает дисмикроелементоз, одним из проявлений которого являются эндемические заболевания. Анализ данных литературы показал имеющуюся взаимосвязь эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки с природным йоддефицитом и содержанием в сыворотке крови таких микроэлементов, как селен (Se), цинк (Zn) и марганец (Mn).

Цель исследования. Изучение особенностей тиреоидного статуса и концентрации селена (Se), цинка (Zn), марганца (Mn) у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы. Функция щитовидной железы (ЩЖ) была исследована у 265 человек из числа которых 60 – пациенты гастроэнтерологического отделения ГУЗ «Республиканская клиническая больница» с верифицированным диагнозом ЯБДК, 205 – практически здоровые лица, проживающие в Марпосадском и Канашском районах Чувашии.

Концентрация Se, Zn, Mn в сыворотки крови определялась у 90- пациентов с ЯБДК и 150 практически здоровых жителей республики.

Результаты. Территория Чувашской Республики признана как эндемичный по йоду регион после чего появился исследовательский интерес к оценке влияния дефицита I на здоровье человека. В ходе исследования у 53,4% больных с ЯБДК были обнаружены органические поражения ЩЖ. Достоверно чаще у больных с ЯБДК, чем в популяции, диагностировался узловый эутиреоидный зоб и хронический аутоиммунный тиреоидит. Результаты гормонального анализа продемонстрировали, что у больных ЯБДК имеется достоверное по сравнению с контрольной группой снижение уровня тироксина в сыворотке крови ($60,2\pm 2,9$ против $69,2\pm 2,5$ нмоль/л). Достоверного изменения уровней тиреотропного гормона и трийодтиронина у лиц с ЯБДК по сравнению с общепопуляционным не наблюдалось.

Уровень Se в сыворотке крови у пациентов с ЯБДК в активной фазе на 27% превысил популяционный уровень ($0,15\pm 0,009$ против $0,11\pm 0,003$, $p<0,05$). Концентрации Zn и Mn в острую фазу ЯБДК оказались также выше, чем в сравниваемой контрольной группе (на 12,4% и 29% соответственно).

Выводы. В Чувашии у пациентов с ЯБДК в активной фазе были зафиксированы нарушения тиреоидного статуса и увеличение концентрации Se, Zn и Mn в сыворотке крови.

272. ОЦЕНКА СБАЛАНСИРОВАННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тарасова Л.В., Хохлова Е.А.

Республиканский гастроэнтерологический центр Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики ГУЗ «РКБ», Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике

За последние 10 лет в Чувашской Республике произошёл ряд изменений в структуре питания [Хохлова Е.А., 2009], социальных групп населения и их потребительского спроса, увеличилось количество