

269. ГЕПАТИТ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Таланова О.С., Кузьмина О.А., Холева А.О.,
Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л.

Ульяновский государственный университет,
Ульяновск, Россия,

Во всем мире прогрессивно увеличивается число больных с патологией органов пищеварения и, в первую очередь с хроническим гепатитом. Заболеваемость внелегочным туберкулезом, в том числе абдоминальным также возрастает. В 2/3 случаев абдоминальный туберкулез, при котором в трети случаев в специфический процесс вовлекается печень, диагностируется в ЛПУ общего профиля. В ходе диагностического поиска возникает необходимость проводить дифференциальную диагностику с патологией печени специфического и неспецифического генеза, в связи с необходимостью оказания адекватной помощи больным. Изучение проблемы полиморбидности чрезвычайно актуально и требует пристального внимания клиницистов в связи повсеместно регистрируемым ухудшением эпидемиологических показателей при mnogой патологии.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты встречаемости и структуры неспецифических и специфических заболеваний печени и селезенки при туберкулезе.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретро- и проспективное, рандомизированное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 1990-2009 годы. Обследованы 187 больных абдоминальным туберкулезом в возрасте $40,7 \pm 1,56$ лет (95% ДИ 36,4-44,1) и 670 из 1229 больных туберкулезом легких (54,5%), выписанных из стационара за 2003-2004 гг. в возрасте $47,1 \pm 0,53$ лет (95% ДИ 46,1-48,2 лет). Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и их обсуждения. Абдоминальный туберкулез классифицировали как: туберкулез гастроинтестинального тракта, абдоминального лимфатического аппарата, паренхиматозных органов, серозных оболочек; моно- и полиорганный;

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, HBeAg, 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