

заболевания и взаимосвязана со степенью выраженности почечного синдрома и уровнем азотемии.

При микроскопическом исследовании отмечается очаговая или диффузная лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация межжелудочковой соединительной ткани и собственной пластинки различной степени выраженности. Характерны изменения сосудов микроциркуляторного русла, заключающиеся в резко выраженном полнокровии и утолщения стенок капилляров. На фоне полнокровных сосудов обнаруживались очаговые кровоизлияния, преимущественно в поверхностных отделах слизистой оболочки различной протяженности. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков отмечена существенная пролиферация клеток покровно-ямочного эпителия на фоне большого количества клеточных элементов воспаления, что является проявлением компенсаторно-приспособительных процессов в слизистой оболочке желудка.

В 36,7% эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта были ассоциированными с *Helicobacter pylori*. «Обсемененность» слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* была незначительной. На ряду со спиральными присутствовали и кокковые формы. В этих же случаях отмечены признаки атрофии покровно-ямочного эпителия с развитием склеротических процессов в строме.

**Заключение.** Таким образом, у больных лептоспирозом и ГЛПС, закономерно выявляются изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, от минимальных (поверхностный гастрит), до эрозивно-язвенных, соответствующие тяжести течения основного заболевания и выраженности почечного синдрома. Морфологические изменения слизистой желудка, при этих инфекционных заболеваниях были неспецифичными и характеризовались изменениями сосудов микроциркуляторного русла, увеличением количества внутриэпителиальных лимфоцитов и очаговыми кровоизлияниями, приводящими к острому эрозивным повреждениям эпителия. Указанные изменения имеют неспецифический характер, а в части случаев в механизмах поражения ЖКТ может иметь значение *Helicobacter pylori*.

### 133. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ (НЖБП) И КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ)

Кожин П.М., Антонов Д.А.

Клиника Научного Центра Клинической и Экспериментальной Медицины СО РАМН, г. Новосибирск, Российская Федерация.

Неалкогольная жировая болезнь печени является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, повышению риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от других предикторов и проявлений метаболического синдрома, инвалидизации и смерти.

**Целью исследования** являлось изучение особенности сочетания неалкогольной жировой болезни печени с гипертонической болезнью и ее взаимосвязь с компонентами метаболического синдрома.

**Материалы и методы.** Обследовано 64 пациента с гипертонической болезнью 2-3 стадии, 2й степени, средний возраст 53,85±1,29 года. Диагноз АГ ставился в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по изучению артериальной гипертонии (ВОЗ/МОАГ) 1999 года. Определялись следующие показатели: индекс массы тела (который определяли как отношение массы тела (кг) к росту в квадрате (м<sup>2</sup>)), объем талии, показатели липидного спектра (общий холестерин, триглицериды, а-хлестерин, липопротеины низкой плотности), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), мочевого кислоты, глюкоза в капиллярной крови, скорость клубочковой фильтрации, индекс массы миокарда по формуле PENN. Группу сравнения составил 31 пациент без жировой болезни печени, средний возраст 54,6±1,72 года и 33 пациента с жировой болезнью печени средний возраст 53,0±1,97 года.

**Результаты:** Различия между контрольной группой и пациентами с жировой болезнью печени были получены относительно индекса массы тела  $p < 0.01$  27,78±0,62 34,37±1,20 кг/м<sup>2</sup>, объема талии  $p < 0.01$  93,62±2,09 107,12±2,93 см, скорости клубочковой фильтрации  $p < 0.01$  74,48± 2,32 78,85±2,22 мл/мин, ГГТП  $p < 0.05$  67,34± 25,40 72,73±19,35 Ед/л. Анализ частоты сочетания жировой болезни печени от стадии гипертонической болезни установил отсутствие достоверных отличий, различия получены по уровню триглицеридов  $p < 0.01$  1,59±0,10 2,47±0,28 ммоль/л, а-холестерина  $p < 0.05$  1,45± 0,06 1,32±0,22 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности  $p < 0.05$  3,79±0,16 3,20±0,19 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации  $p < 0.05$  98,83±4,67 96,30± 10,14 мл/мин, соответственно для 2й и 3й стадии. Различия между пациентами без жировой болезни печени и при ее наличии при 2й стадии получены по индексу массы тела  $p < 0.01$  28,11±0,95 32,82±1,21 кг/м<sup>2</sup>, ГГТП  $p < 0.01$  39,52±12,38 81,89±30,07 Ед/л, а-холестерина  $p < 0.05$  1,57±0,08 1,35±0,09 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации  $p < 0.01$  86,18±4,63 109,58±6,93 мл/мин соответственно; при 3й стадии по индексу массы тела  $p < 0.01$  27,91± 1,98 38,96± 3,59 кг/м<sup>2</sup> и общему холестерину  $p < 0.05$  5,16± 0,40 6,16± 0,19 ммоль/л соответственно.

Таким образом, неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов с гипертонической болезнью характеризуется более выраженными метаболическими изменениями в липидном спектре, сопровождается повышенным уровнем независимых предикторов сердечно-сосудистого риска, таких как индекс массы тела, объем талии, ГГТП, по сравнению с пациентами, страдающими гипертонической болезнью без сочетания с неалкогольной жировой болезнью печени; что диктует необходимость разработки мероприятий и программ по дифференцированному подходу к первичной и вторичной профилактики данных синдрома.

### 134. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ