

Общий анализ мочи (14.01.10): цвет соломенно-желтая, прозрачная, относительная плотность - 1014, реакция кислая, следы белка, сахар - отрицательно, лейкоциты 0-1-1 в п/зр, эритроциты един., слизь ++.

В биохимическом анализе отмечалось повышение АЛТ (от 157 до 287 U/l), АСТ (от 165 до 265 U/l), ЩФ (от 335 до 462 U/l), ГГТ (от 259 до 377 U/l).

Протеинограмма (10 день болезни): Alb = 52,9 % (56 - 66%),  $\alpha_{1,2}$  = 11,9 % (10,4 - 17%),  $\beta$  = 12,0 % (7,3 - 12,5%),  $\gamma$  = 23,2 % (12,8 - 19%), СРБ (колич) = 50 мг/л (N до 10 мг/л).

LE клетки не обнаружены (от 14/01), АСЛО <200 нг/л (N = 50 - 250 нг/л), РФ отрицательный, посев на ВК отрицательный, антитела на HBsAg отриц, анти-ВГС отриц.

Антядерные АТ скрининг- АТ не обн.; 0.3 ; Антинейтрофильные цитоплазматические АТ- АТ не обн.; 0.; результат иммуноферментного анализа на наличие АТ в сыворотке крови к ДНК нативной 31.7 МЕмл ( норма до 25.0) ; Ig A 1.0 мгмл, IgM 1.12 мгмл, IgG 11.0 мгмл ; ЦИК 0.025 Е.О.П. уровень комплемента 55.5 ЕД СН.

Рентгенограмма ОГК (10 день болезни) Отмечалась инфильтрация легочной ткани в передне- и заднебазальных отделах правого легкого с реакцией прилегающей плевры в переднем ребернодиафрагмальном синусе справа – правосторонняя нижнедолевая пневмония. Легочный рисунок усилен средним и нижним легочным полям. Корни легких несколько расширены, структурны. Сердечно-сосудистая тень расширена. Расширение, краевой кальциноз дуги аорты. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Больной также проводилась компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки и брюшной полости (12 день болезни). На КТ ОГК очаговых, инфильтративных и полостных изменений в легких не выявлено. Уплотнение сосудистого рисунка в прикорневых отделах с обеих сторон. В правой плевральной полости отмечено небольшое количество жидкости с реакцией по междолевым бороздам. Трахея и главные бронхи прослеживаются до сегментарного уровня, проходимы. Визуализируется увеличенный до 1,25 см бифуркационный лимфоузел. Заключение: данных за опухоль легкого не выявлено.

На КТ ОБП печень расположена обычно. Размеры печени: левая доля – 6,56×12,48 см, правая – 12,17×17,54 см. Очаговых изменений не выявлено, средняя плотность снижена до 33,4 ед.Н. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа расположена обычно, размеры: хвост – 1,37 см, тело – 1,48 см, головка – 2,69 см. Очаговых изменений не выявлено, парапанкреатическая клетчатка дифференцируется на всем протяжении. Холедох на уровне головки 0,91 см. Почки обычной формы и положения, в паренхиме с/3 левой почки по наружному контуру кистозное образование диаметром 0,69 см. Функция почек не нарушена, выявлены множественные прелоханочные кисты в обеих почках диаметром до 1,63 см. Рентгенконтрастных конкрементов по ходу мочевыводящих путей не выявлено. Надпочечники без изменений. Данных за увеличение забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Заключение: Данных за С-г органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено.

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ): Ритм синусовый с ЧСС = 85 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение внутрисердечной проводимости. Нарушение внутрижелудочковой проводимости в системе правой ножки пучка Гиса.

Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) Заключение: Дилатация полости ЛП. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ. Митральная и трикуспидальная регургитация 1-2 ст. Уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана.

Чреспищеводное эхокардиографическое исследование. Заключение: На момент осмотра наложений на створках аортального, митрального и трикуспидального клапанов не выявляется. Аортальный клапан трехстворчатый, все створки уплотнены.

Таким образом, учитывая анамнез пациентки, данные лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН I. Токсический (лекарственный) гепатит на фоне приема парацетамола.

### 067. ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Галимова Е.С., Нуртдинова Г.М. Кучер О.И., Бойкова И.С.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии Башгосмедуниверситета, г.Уфа

Целью исследования явилось изучение распространенности патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы исследования. Нами обследованы 90 больных БА в стадии обострения. Возраст пациентов составил от 15 до 60 лет, в среднем 48±3,5 года. Преобладали женщины -56(62,2%), мужчин было 34(37,8%). При диагностике бронхиальной астмы мы пользовались международной классификацией GINA 2006 года. Диагностированы следующие формы БА: аллергическая – 20 больных (22,2 %), неаллергическая - 33 (36,7 %), смешанная – 37 (41,1%). Диагностика БА осуществлялась на основании стандартных критериев. Для оценки состояния слизистой оболочки ЖКТ проводилась рентгеноскопия, эндоскопия аппаратом фирмы «Olympus»(Gif-q30), УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови, исследование кала на дисбиоз.

Результаты и их обсуждение. Анамнестически, указания на перенесенные ранее или имеющиеся хронический гастрит, дуоденит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит и панкреатит отметили 55 пациентов БА(61,1%). При рентгенэндоскопическом обследовании больных БА: поверхностный гастрит, гастродуоденит выявлен у 19 человек (21,1%), эрозии двенадцатиперстной кишки – у 4 (4,5%), дуодено - гастральный рефлюкс – у 20(22,2%), атрофический гастрит – у 8(8,9%), и дискинезия желчевыводящих путей у 10 (11,1%) пациентов с БА. По данным УЗИ органов брюшной полости 68 (75.6%) пациентов БА

имели патологию желудочно-кишечного тракта в виде диффузных изменений в печени - 42 (61,8%) и в поджелудочной железе - 32(47%) пациентов соответственно. Желчнокаменная болезнь диагностирована у 3 больных БА(4,4%). Нами проведено сравнительное исследование некоторых иммунологических показателей у пациентов с сочетанием БА и патологии ЖКТ и 25 больных у которых БА протекала без признаков поражения ЖКТ. Анализ клеточного звена иммунной системы выявил снижение содержания Т-лимфоцитов (CD3) в основной группе на 15,0 % ( $p < 0,01$ ) по сравнению с показателями в контрольной группе, Т-хелперов (CD4) - на 27,5% ( $p < 0,001$ ), цитотоксических Т-клеток (CD8) - на 20,5 % ( $p < 0,05$ ), В-лимфоцитов (CD22) - на 51,0 % ( $p < 0,01$ ). Состояние гуморального иммунитета у больных БА ,сочетанной с поражением ЖКТ характеризуется снижением содержания IgG - на 17,5 % по сравнению с показателями контрольной группы ( $p < 0,05$ ), IgA - на 26 % ( $p < 0,01$ ), тенденцией к уменьшению содержания IgM и увеличению уровня ЦИК ( $p > 0,05$ ). За счет низкого содержания IgG и IgM уменьшаются антитоксическое, опсонизирующее действие антител и эффективность фагоцитоза.

Обследование на дисбиоз проводилось перед выпиской из стационара, т.е. в начале периода ремиссии. У большинства пациентов БА, имеющих сочетанное поражение органов ЖКТ - 52 (57,8%) обнаружены дисбиотические сдвиги различной выраженности: дисбиоз I-II степени - у 36 (69,2%), дисбиоз III степени - у 16 больных (30,8%). При этом клинические проявления дисбиоза обнаружены у 26 больных. Следует отметить, что большинство больных БА до обследования не обращало внимания на состояние функции кишечника. Однако, при проведении целенаправленного опроса выявлены характерные клинические проявления: метеоризм, дискомфорт или незначительные боли в животе, умеренные нарушения стула, преимущественно - с послаблением. Угнетение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех больных с выявленным дисбиозом (52): бифидобактерии обнаруживались в 6-7 разведениях (т.е. в количестве  $10^6$ - $10^7$  КОЕ/г), а лактобактерии - в 6 разведении ( $10^6$ КОЕ/г). У некоторых пациентов количественные нарушения отмечены лишь в одном из названных звеньев. Общее количество кишечной палочки соответствовало норме у 15 больных, было умеренно повышенным (до  $6,2 \cdot 10^8$  КОЕ/г) у 12, сниженным - у остальных больных (25). Снижение уровня нормальной кишечной палочки, как правило, было умеренным - до  $1,3 - 2,8 \cdot 10^8$  КОЕ/г, в отдельных случаях - до  $10^7$  КОЕ/г (6 больных). При дисбиозе III степени наряду с количественными и качественными изменениями нормофлоры отмечался чрезмерный рост условно-патогенных микроорганизмов: чаще - гемолитических кишечных палочек (у 11 пациентов), реже - грибов кандиды, энтеробактера, клебсиел, золотистых стафилококков.

**Выводы.** У обследованных нами больных с БА в 67,8 % случаев диагностирована патология верхних отделов пищеварительного тракта. У больных БА сочетанной с патологией ЖКТ, имеет место снижение функции Т- и В-звеньев иммунитета (уменьшение числа CD3+, CD4+, CD8+, CD22+, функциональной активности

Т-лимфоцитов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, G и M), что свидетельствует о нарушении индуктивной и эффекторной фаз иммунного ответа. В 57, 8 % наблюдений у больных БА, имеющих сочетанное поражение органов ЖКТ обнаружены дисбиотические сдвиги различной степени выраженности, при этом дисбиоз I-II степени наблюдался - у 69,2%, дисбиоз III степени - у 30,8% пациентов.

#### 068. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ХРОМОСКОПИИ ЖЕЛУДКА С КОНГО КРАСНЫМ И ФРАКЦИОННОГО ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Гильманов Альберт Альфредович.

1-ая детская больница, г.Казань, Россия

**Цель исследования.** Сравнение данных фракционного желудочного зондирования и хромоскопии слизистой желудка (во время проведения фиброгастроскопии) с применением красителя конго красного.

**Материалы и методы.** Хромоскопия желудка, проводимая во время гастроскопии, основана на свойстве индикатора конго красного изменять цвет от красного до темно-синего в зависимости от pH среды (pH до 3,6 - красный, pH ниже 3,6 - темно-синий цвет ). Участки слизистой оболочки, продуцирующие соляную кислоту, окрашиваются в темно-синий цвет (условно-положительная реакция на конго красный). Там, где секреция соляной кислоты отсутствовала, цвет индикатора остается красным (отрицательная реакция на конго красный) (Долецкий С.Я., Климанская Е.В., 1984).

Было обследовано всего 230 детей. В первую группу вошло 100 детей имеющих жалобы на боли в животе на голодный желудок, во вторую группу - 100 пациентов с болями в животе независимо от приема пищи и 30 условно-здоровых детей составили третью контрольную группу.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов фракционного желудочного зондирования показал, что кислотообразующая функция в фазу базальной и стимулированной секреции была:

- повышенной в первой группе у 54 (54%) обследуемых, во второй - 43(43%), в третьей у 6 (20%) детей;
- не страдала в первой группе у 46 (46%), во второй - у 52 (52%), в третьей у 24 (80%) детей;
- была пониженной только во второй группе у 5 (5%) пациентов.

Данные хромоскопии желудка распределились следующим образом:

- нарушение кислотонейтрализующей функции антрального отдела желудка (гиперацидное состояние) отмечалось в первой группе у 88 (88%) пациентов, во второй - у 16 (16%) и в третьей группе у 2 (6,7%) детей;
- нормальное распределение кислотпродуцирующей и кислотонейтрализующей зон слизистой желудка отмечалось в первой группе у 12 (12%) больных, во второй группе у 75 (75%), в третьей группе у 28 (93,3%);
- гипоацидное состояние желудка отмечалось только во второй группе у 9 (9%) обследуемых детей.

**Выводы:**