

больных с учетом их возраста. Оказалось, что все больные (т.е.100%) имели тот или иной инфекционный антиген в почечной ткани не зависимо от возраста. Чаще всего выявлялись Chlam.tr. (до 88%) и CMV (до 63%). Так же были выявлены сочетания различных антигенов: Chlam. tr.+ CMV (до 60%) ; Chlam. tr.+AdenoV+CMV (до 37%); Chlam. tr.+CMV+HCV (до 18%); Chlam. tr.+HBVs (до 7%).

Выводы. Наличие инфекционного антигена в почечной ткани у больных IgA-нефропатией является этиологическим фактором развития заболевания

Т.С. Рябова, И.А. Ракитянская

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С IgA-НЕФРОПАТИЕЙ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»

Введение. IgA-нефропатия на сегодняшний день является самой часто встречающейся в мире из всех форм хронического гломерулонефрита. 50% первичных гломерулонефритов и 40% из всех заболеваний приводящих к терминальной почечной недостаточности – это IgA-нефропатия. Поэтому по-прежнему является актуальным изучение морфологических особенностей данной формы гломерулонефрита.

Материал и методы. В исследование были включены 87 больных (53 мужчин и 34 женщин) IgA-нефропатией в возрасте от 19 до 65 лет. Диагноз был подтвержден путем прижизненной пункционной биопсии почек. В ходе исследования больные были разделены на три возрастные группы: 1 группа - 19 пациентов в возрасте от 19 до 30 лет ($22,61 \pm 2,87$ года); 2 группа - 44 пациента от 31 до 45 лет ($38,10 \pm 4,45$ лет); 3 группа – 24 пациента от 46 до 65 лет ($52,46 \pm 4,08$ года).

Результаты. Морфологические показатели в разных возрастных группах не имели достоверных различий. Методом корреляционного анализа выявлено: 1). обратная корреляционная зависимость между возрастом и размером клубочка в 1-ой группе ($\tau = -0,507$; $p = 0,029$), в то время как в 3-ей группе эта зависимость прямая ($\tau = 0,529$; $p = 0,011$). Т. е., чем младше пациент, тем размер клубочка больше, а чем старше – тем он меньше;

2). зависимость глобального склероза от возраста выявлена только во 2-ой группе ($\tau = 0,363$; $p = 0,024$); 3). Получена зависимость между возрастом больных и выраженностью гипертрофии мышечного слоя артерий и артериол в биопсийной ткани больного ($\tau = 0,205$; $p = 0,039$); 4). изменения мезангиального матрикса (расширение и клеточность) зависят от возраста больного во 2-ой и 3-ей группах ($\tau = 0,565$; $p = 0,007$ и $\tau = 0,566$; $p = 0,010$, соответственно); 5). гипертрофия мышечного слоя артерий и артериол почечной ткани и фиброз интерстиция зависят от возраста у более молодых пациентов ($\tau = 0,684$; $p = 0,003$ и $\tau = 0,634$; $p = 0,027$, соответственно); 6). выраженность глобального склероза и сегментарного склероза клубочков зависит от гипертрофии мышечного слоя артерий и

артериол почечной ткани ($\tau=0,257$, $p=0,009$; $\tau=0,269$, $p=0,007$) и от изменений в интерстиции - лимфогистиоцитарной инфильтрации ($\tau=0,480$; $p=0,007$; $\tau=0,471$, $p=0,010$) и фиброза ($\tau=0,235$, $p=0,040$; $\tau=0,240$; $p=0,038$).

Вывод. Таким образом, наиболее значимые изменения по данным световой микроскопии выявлены у пациентов IgA-нефропатией в возрасте от 31 до 45 лет (2-ая возрастная группа).

А.И. Сидоров, Я.Х. Джалашев, В.В. Ивлев

ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*Клинический госпиталь медико-санитарной части ГУВД
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области*

В последнее время всё чаще и чаще в хирургической практике приходится сталкиваться с хроническим панкреатитом. По некоторым оценкам до 67 % больных перенесших острый деструктивный панкреатит возвращаются в хирургический стационар в связи с развитием ряда поздних осложнений [1]. К таковым относятся сформировавшиеся истинные и ложные кисты, как самой железы, так и парапанкреатической клетчатки, стриктура Вирсунгова протока, стойкие панкреатические свищи, панкреатические конкременты, что служит причиной его рецидивирующего течения. Основой для этого служит некроз железы и окружающей её клетчатки, которые запускают механизм развития фиброза органа [2, 3].

Клинические проявления хронического панкреатита разнообразны и неспецифичны. Основным симптомом в 95 % случаев [4] является периодически возникающая или постоянная абдоминальная боль, которая может сопровождаться тошнотой, рвотой, расстройствами стула, метеоризмом, режущей желтухой. Установлено, что возникающие клинические проявления данного заболевания обусловлены панкреатической мальдигестией, которая лишь временно компенсируется секрецией ферментов слюнной железы и желудочной секрецией [5].

Терапевтическим аспектам данного заболевания посвящено много научных исследований и литературных обзоров. Количество же исследований хирургической коррекции и лечения форм хронического панкреатита остаётся немногочисленным. Случая аналогичного тому, которому посвящена статья, в изученных нами литературных источниках найдено не было.

Вашему вниманию предлагается случай из практики с нетипичным течением хронического панкреатита, который осложнился в позднем периоде длительно существующим, с бессимптомным течением, не диагностированным на дооперационном этапе хроническим абсцессом тела поджелудочной железы.

Больной М. 47 лет, дважды находился на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении. Впервые поступил в клинический госпиталь медико-санитарной части (КГ МСЧ) ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области 5 ноября 2007 года. Доставлен бригадой скорой помощи с жалобами на умеренную боль ноющего характера в эпигастрии и в левом подреберье, отрыжку воздухом и изжогу; физиологические отправления в норме. Данные жалобы появились 2 суток назад после погрешности в диете (злоупотребление алкоголем, приём острой и жирной пищи). Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 1991 года, по поводу чего неоднократно лечился амбулаторно; последнее обострение имело место в 2004 году. При поступлении состояние больного оценено как удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. Синусовая тахикардия 102 уд. в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Язык влажный, обложен серым налётом, живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и левом подреберье, перитонеальные сим-