

015. ВЫЯВЛЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ГИПОТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Поздеева Э.Д., Ишмухаметова А.Н., Хусаинова Л.Н., Хабибуллина А.Р.

Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г.Уфа, Россия

Клиники Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа, Россия

Заболевания щитовидной железы одна из ведущих проблем в здравоохранении в связи с широкой распространенностью, влиянием на соматический статус, репродуктивное здоровье и интеллект населения. Республика Башкортостан является эндемичным регионом по гипотиреозу в связи с йодной недостаточностью. Распространенность манифестного первичного гипотиреоза в популяции составляет 0,2-1%, латентного первичного гипотиреоза 7-10% среди женщин и 2-3% среди мужчин (Фадеев В.В., 2004). Установлено, что в течение 1 года до 5% случаев латентного гипотиреоза переходит в манифестный (Фадеев В.В., 2004).

Целью нашего исследования являлось изучение частоты встречаемости субклинических форм гипотиреоза среди пациентов общетерапевтического стационара.

Материалы и методы: Из 1498 госпитализированных в 2009 г в терапевтическое

отделение I КБГМУ нами были обследованы 87 пациентов терапевтического отделения (58 женщин и 29 мужчин) в возрасте от 28 до 65 лет (в т.ч. 2 пациента после тотальной струмэктомии, находящихся на заместительной гормональной терапии). Средний возраст мужчин 38,2, а женщин - 53,1 год. Все пациенты имели неспецифические жалобы (сухость кожных покровов, сонливость, апатию, выпадение волос, медлительность, необъяснимую прибавку массы тела), имели указание на заболевание щитовидной железы в анамнезе, прием препаратов йода, левотироксина в прошлом, при отсутствии тяжелой соматической патологии. Всем пациентам с подозрением на гипотиреоз были проведены исследования объективного статуса с целью выявления характерных симптомов, обследование щитовидной железы (пальпаторное и УЗИ), исследование липидного профиля и гормонального фона (ТТГ, Т4св., АТ к пероксидазе (ТПО)).

Результаты: Обследование соматического статуса 87 пациентов позволило выделить основные гипотиреоидные синдромы, встречающиеся среди мужчин и женщин: синдром гипотериодной дерматии и эктодермальных нарушений (38,5%), гипотермически-обменный (26,3%), синдром поражения нервной системы (15,8%), синдром поражения пищеварительной системы (7,1%), анемический (5,7%) и синдром нарушений органов чувств (4,2%). При объективном исследовании у 73,7% пациентов изменений щитовидной железы не были выявлены по данным пальпаторного и УЗИ-исследования. У 26,3% щитовидная железа была увеличена. Визуально увеличенная щитовидная железа (II ст.) определялась у 2 пациентов, у 6 чел. - щитовидная железа определялась пальпаторно, в виде неоднородной уплотненной железы с хорошо определяемым перешейком (I ст.). У 7 пациентов при пальпаторном исследовании были выявлены узловатые образования, подтвержденные УЗИ исследованием (размерами 0,4- 6 см).

При клинико-лабораторном исследовании липидного спектра у 21% пациентов выявлено повышение холестерина до $5,7 \pm 0,3$ ммоль/л, 3,4% - повышены триглицериды ($1,9 \pm 0,23$ ммоль/л) и у 1,7% - повышены ЛПНП и ЛПОНП.

Исследование тиреоидного профиля позволили выявить признаки гипотиреоза у 1,5% пациентов (ТТГ от 5 до 15 мМЕ/мл, Т4 св.от 3 до 8 нмоль/л), субклинический гипотиреоз выявлен у 4,6 %, все пациенты с субклиническим гипотиреозом имели жалобы на сонливость, сухость кожных покровов. Повышение уровня АТ к ТПО выявлено 6% больных, причем у 6 пациентов выявлено узлообразование.

Обсуждение: Проведенный нами анализ выявления частоты гипотиреоза у 87 пациентов с общесоматической патологией показал, что среди пациентов, имеющих неспецифические жалобы гипотиреоза и пальпаторные, УЗ- признаки увеличения щитовидной железы частота

манифестного гипотиреоза составляет 1,5%, что сопоставимо с общереспубликанскими данными (1%), а величина субклинического гипотиреоза составляет 4,6%, что чуть меньше данных по Республике Башкортостан (7-10%). Все выявленные формы гипотиреоза встречались у женщин, что подтверждает статистические данные о редком поражении данной патологией лиц мужского пола. Проведенное исследование свидетельствует о частоте встречаемости пациентов с субклиническим и манифестным гипотиреозом в общетерапевтическом стационаре.

Выводы: Ведение пациента терапевтического профиля в эндемичном регионе требует внимательного отношения врача к сбору жалоб, анамнеза с целью своевременного выявления синдромов-масок гипотиреоза с обязательной пальпацией щитовидной железы и скрининга тиреоидного профиля для более раннего начала коррекции его у женщин в постменопаузальном период.

016. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ И ПРОГНОЗА САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ.

Попова Е.Н.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: определить клинические, функциональные и цитоморфологические особенности саркоидоза легких хронического течения, включая внелегочные его проявления, для улучшения диагностики обострений и оценки прогноза заболевания.

Материал и методы: проводилось помимо общепринятого обследования - компьютерная томография легких, гистологическое исследование ткани легких и других органов, перфузионная томосцинтиграфия сердца.

Результаты: У больных в стадии активности (обострения) саркоидоза значительно чаще, чем вне обострения, отмечаются внелегочные симптомы: поражение печени (68% против 6,5%), проявляющееся преимущественно гепатомегалией и холестазом; кожи (40% против 5%) в виде узловой эритемы и/или специфических саркоидных образований; почек (25% против 10%) – тубулоинтерстициальный нефрит (включая гранулематозный), IgA-гломерулонефрит, AA-амилоидоз; сердца (21% против 0%) – некоронарогенные изменения миокарда, выявляемые при перфузионной томосцинтиграфии с Tc и характеризующиеся нарушениями ритма и проводимости. Риск развития почечных и кардиальных проявлений выше у больных с морфологической картиной васкулита, бронхиолита ($\chi^2 = 4,49$) и выраженность признаков фиброза в легких ($\chi^2 = 5,41$), а также внелегочные поражения ($\chi^2 = 8,34$), в первую очередь вовлечение почек и сердца ($p < 0,05$ для всех показателей).

Заключение: Таким образом, саркоидоз легких хронического течения, традиционно считающийся относительно доброкачественным заболеванием, на самом деле характеризуется клинико-морфологической гетерогенностью, с возможностью ускоренного прогрессирования легочного фиброза, развитием дыхательной недостаточности и высоким риском внелегочных поражений.

017. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Сигитова О.Н., Архипов Е.В.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Пилонефрит (ПН) – одно из распространенных заболеваний инфекционного генеза среди амбулаторных и госпитализированных больных. Известно, что микрофлора мочи изменяется в зависимости от формы ПН, активности и давности заболевания, наличия или отсутствия обструкции мочевых путей и др. В последние годы наметилась тенденция к увеличению удельного веса кокковой флоры в общей структуре уропатогенов.

Цель исследования: изучить спектр уропатогенов внебольничного неосложненного ПН у пациентов, направленных на стационарное лечение в нефрологическое отделение РКБ в связи с неэффективностью антибактериальной терапии на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Микробиологическое исследование проведено у 193 больного с обострением хронического ПН, неосложненного (134 женщины и 59 мужчин; средний возраст – $38,9 \pm 1,01$ лет; соотношение женщин/мужчин=2,3/1). Забор мочи для исследования проводился в день поступления больного в стационар до начала антибактериальной терапии.

Результаты. Среди уропатогенов у больных хроническим ПН в активную фазу преобладали представители семейства Enterobacteriaceae (58,6%). Доля грамположительных кокков составила 33,7%; в 6,5% случаев высевались грамотрицательные неферментирующие палочки и 1,2% – прочие. В структуре возбудителей ПН преобладала *E. coli* – 44,4%, что согласуется с данными многоцентровых исследований. Реже выделялись представители родов *Enterococcus* (*Enterococcus faecalis* – 13,5%), *Klebsiella* (*Klebsiella pneumoniae* – 4,5%) и *Proteus* (*Proteus vulgaris* – 3,7%); в 12% случаев отмечено высеивание эпидермального стрептококка (микробный титр 10^3 - 10^4 КОЕ/мл). Единичными изолятами чаще были представлены *Pseudomonas aeruginosa* (3,8%), *Staphylococcus aureus* (2,3%), *Streptococcus viridans* (1,5%) и *haemolyticus* (1,5%). Более низкая