

Заключение. С клинической точки зрения важно дифференцировать штаммы с классической ("месА» - обусловленной) резистентностью, от штаммов с гиперпродукцией бета-лактамаз.

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (ХБХ) И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ): ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩАЯ КОМБИНАЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пасеншвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Предпосылками данного исследования были ряд факторов: развитие ХБХ приводит к нарушению выработки желчных кислот, и как следствие – нарушению всасывания микро-, макроэлементов и желчерастворимых витаминов, в частности, витамина D₃; формированию вторичного гиперпаратиреоза как одного из основных причин развития остеопенических состояний. В тоже время показано, что АГ является кальцийзависимым заболеванием, а минеральная плотность костной ткани (МПКТ) обратно пропорциональна кальцификации коронарных артерий и/или аорты и прямо пропорциональна уровню холестерина липопротеидов высокой плотности. Таким образом, коморбидность ХБХ и АГ может провоцировать развитие остеопенических состояний, что будет способствовать развитию осложнений.

Цель работы: установление частоты и выраженности остеопенического дефицита у больных с сочетанным течением ХБХ и АГ.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов с сочетанным течением ХБХ и АГ (основная группа). Средний возраст составил 43,7±5,4 года, преобладали женщины – 28 (75,7%). 15 пациентов с изолированным ХБХ вошло в группу сравнения и 20 – в контрольную. Все обследованные были репрезентативны по возрасту и полу.

Структурно-функциональное состояние костной ткани исследовали с помощью ультразвуковой денситометрии - аппарат Achilles Express (USA), 2007. Оценивали: скорость распространения ультразвука (СРУ, м/с), широкополосное ослабление ультразвука (ШОУ, дБ/МГц), индекс плотности костной ткани (ИП, %), Z-критерий (отклонение МПКТ от среднего значения у больных контрольной группы соответственно возраста, SD), T-критерий (отклонение от референтного значения пиковой костной массы у здоровых пациентов молодого возраста, SD). Полученные результаты оценивали с учетом рекомендаций ВОЗ, выработанных для критериев диагностики остеопороза. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ "Microsoft Excel", "Stadia.6.1 prof", "Statistica").

Результаты и их обсуждение. При проведении денситометрии было установлено, что в обеих группах больных наблюдалось снижение МПКТ, причем более выраженное при сочетании нозологий. Так, в основной группе лиц изменения регистрировались в 18 случаях (48,6%), при этом у 5 пациентов (13,5%) – остеопения и у 13 (35,1%) – остеопороз. В группе сравнения изменение МПКТ отмечено в 33,3% случаев, из них у 2-х больных – ОП (13,3%). При этом детальный анализ основных показателей дал основание утверждать, что оба заболевания отрицательно влияют на состояние костной ткани, а их сочетание является основанием к дальнейшему прогрессированию ОП. Так, T-критерий в основной группе лиц составил (-1,7±0,11), в группе сравнения – (-1,32±0,14) при контроле 0,65±0,07. Z-критерий соответствовал (-0,97±0,05) и (-0,65±0,07), при контроле 0,34±0,08. Величина СРУ соответствовала 1544±8,1

м/с и $1564 \pm 6,2$ м/с (норма $1588 \pm 10,4$); ШОУ - $100,7 \pm 2,2$ и $106,8 \pm 1,6$ дБ/МГц (норма $107,9 \pm 2,6$) и ИП - $80,3 \pm 2,7\%$ и $88,5 \pm 2,4\%$ при контроле – $96,1 \pm 4,3\%$ ($P < 0,05$ при сопоставлении с группой сравнения). Можно говорить, что системный остеопороз при ХБХ является результатом воспалительного процесса в желчном пузыре (ЖП), сопровождающимся образованием провоспалительных цитокинов, которые рассматривают как остеокластопосредованные факторы в резорбции кости. То есть, воспаление в ЖП приводит к нарушению образования желчных кислот и, таким образом, всасывания кальция в кишечнике. Развитие гипокальциемии провоцирует повышение секреции паратормона и вторичный гиперпаратиреоз с компенсацией недостатка данного макроэлемента путем выхода его из депо - костной ткани.

Выводы. Течение ХБХ и АГ характеризуется развитием остеопороза, выраженность которого значительно усиливается при сочетании данных заболеваний. Указанные изменения являются основанием к проведению профилактических и лечебных мероприятий, направленных на контроль кальциевого гомеостаза.

МАРКЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СУСТАВНОГО ХРЯЩА (СОМР) У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Пасишвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Рост и развитие хрящевой ткани в значительной мере зависит от гормонального влияния: хондроциты имеют рецепторы к тиреоидным гормонам, внутриклеточное действие которых становится важным компонентом метаболизма хряща в норме и при патологии. Изменения хрящевой ткани при остеоартрите (ОА) сопровождаются клеточными нарушениями и дисбалансом компонентов внеклеточного матрикса (коллагена, протеогликанов, неколлагеновых протеинов), что опосредовано их усиленным разрушением при участии тканевых металлопротеиназ. Таким образом, уровень олигомерного матриксного протеина (СОМР), одного из неколлагеновых белков хрящевого матрикса, рассматривают как наиболее перспективный маркер деструкции хряща.

Частота встречаемости аутоиммунного тиреоидита составляет от 8 до 11%, а ОА - от 4,2 до 22,6% в популяции; при этом артропатии регистрируются у 20-25% лиц с АИТ.

Исходя из изложенного, **целью** работы было, изучение содержания и роли СОМР в течении ОА у больных аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных с ОА и АИТ в возрасте от 27 до 48 лет (средний возраст $34,5 \pm 4,3$ года). Среди пациентов преобладали женщины (90,6%) с длительностью анамнеза по АИТ от 2 до 17 лет. У 7 пациентов АИТ протекал на фоне эутиреоидного состояния, а у 25 была установлена гипофункция железы легкой (11) или средней (14) степени тяжести. Длительность анамнеза по ОА находилась в диапазоне 2-14 лет. Выраженность болевого синдрома и утренней скованности оценивали по визуальной аналоговой шкале Хаскисона и бальной шкале оценки боли Ликерта. Уровень СОМР определяли с использованием набора ELISA методом ИФА.

Контрольная группа была представлена 20 практически здоровыми лицами аналогичного возраста и пола.

Статистическая обработка материалов исследования проведена методами вариационной статистики с использованием пакетов программ Statsoft Statistica 8.0. и программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. При обследовании установлено, что во всех случаях имел место полиартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей: коленных (28,1%), тазобедренных – у 5 (15,6%), коленных и тазобедренных (18,8%), коленных и голеностопных (21,9%), суставов нижних конечностей и кистей рук (15,6%). Интенсивность болевого синдрома по шкале Хаскисона находилась в следующих пределах: от 5 до 7 см (87,5%); в 4 случаях (12,5%) – от 8 до 9 см. С учетом показателей шкалы Ликерта сильная боль