

**ВЛИЯНИЕ
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ
НА ДИФФУЗИОННУЮ
СПОСОБНОСТЬ ЛЕГКИХ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ
ПОЧЕК**

**Баздырев Е.Д., Павлова В.Ю.,
Барбараш О.Л.**

*Учреждение Российской академии
медицинских наук научно-исследовательский
институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской
академии медицинских наук,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия», Кемерово
[e-mail: edb624@mail.ru](mailto:edb624@mail.ru)*

Цель работы: определение степени влияния различных клинико-лабораторных показателей на диффузионную способность легких у пациентов с хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материалы и методы

В ходе работы обследовано 64 пациента с ХГН из которых 34 (53,1 %) мужчины и 30 (46,9 %) женщины, средний возраст $35,6 \pm 7,0$ лет. Диагноз ХГН был подтвержден морфологически путем проведения пункционной биопсии почки с последующей световой микроскопией. При оценке биопсийного материала, выявлены следующие морфологические формы ХГН: у 30 пациентов (46,9 %) регистрировался мезангиопролиферативный, у 20 (31,3 %) – мезангио-капиллярный, у 13 (20,3 %) пациентов – мембранозный и у одного пациента (1,5 %) наблюдался фокально-сегментарный вариант ХГН. Пациентам были проведены рутинные лабораторные исследования, кроме этого определяли: ангиотензин-превращающий фермент (АПФ), содержание стабильных метаболитов оксида азота (NO) в различных биологических средах (плазма, конденсат выдыхаемого воздуха, моча), цитокины: интерлейкины (IL) 1 β , 2, 6, 8 и фактор некроза опухоли альфа (TFN- α). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась с использованием формулы Cockcroft – Gault. Из инструментальных диагностических методов диагностики выполнены: ЭХО-КГ на аппарате «Aloka SSD-2000» в M-режиме импульсным датчиком 3,5 МГц (Япония) по стандартной методике, суточное мониторирование артериального давле-

ния проводилось автоматической амбулаторной системой мониторинга МнСДП-1 (Россия), осуществляющей в фазу декомпрессии манжеты регистрацию артериального давления (АД) путем осциллометрического метода, с последующей оценкой среднесуточных показателей систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). Исследование диффузионной способности легких (Dlco) для монооксида углерода оценивалась методом однократной задержки дыхания на компьютеризированном диагностическом комплексе Vitalograph 6800 (Medical Graphics Corporation, США) с последующей коррекцией на уровень гемоглобина (Dlco cor). В связи с предполагаемым большим количеством факторов, способных оказывать влияние на Dlco у пациентов с ХГН в работе был проведен множественный регрессионный анализ с пошаговым отбросом переменных. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Полученные результаты

Среди обследованных пациентов у 46,9 % (30 человек), был верифицирован мезангиопролиферативный вариант ХГН. Согласно данным литературы, наиболее часто встречаемой морфологической формой ХГН является мезангиопролиферативная, поэтому проведен регрессионный анализ как у пациентов с ХГН, так и пациентов с мезангиопролиферативным вариантом. При многофакторном анализе в модель были включены все показатели, анализируемые в рамках данной работы, в результате чего были получены следующие ориентировочные уравнения:

Ориентировочное уравнение линейной регрессии зависимости Dlco cor от лабораторно-инструментальных параметров для всех пациентов с ХГН: $= -0,98 \text{ ДАД суточное} + 0,86 \text{ фракция выброса} + 0,58 \text{ СКФ} - 0,52 \text{ САД суточное} - 0,43 \text{ С-рективный протеид} - 0,611 \text{ NO плазмы} - 0,42 \text{ креатинин}$. $R^2 = 0,64$; $p < 0,000$.

Ориентировочное уравнение линейной регрессии зависимости Dlco cor от лабораторно-инструментальных параметров для пациентов с мезангиопролиферативным вариантом ХГН: $= +0,871 \text{ конечный диастолический объем} - 0,812 \text{ креатинин} + 0,688 \text{ СКФ} - 0,687 \text{ САД суточное} + 0,637 \text{ фракция выброса} + 0,587 \text{ TFN-}\alpha + 0,564 \text{ гемоглобин} - 0,529 \text{ суточная протеинурия} - 0,503 \text{ С-рективный протеид} + 0,42 \text{ циркулирующие иммунные комплексы} + 0,328 \text{ IL-1}\beta + 0,305 \text{ АПФ}$. $R^2 = 0,64$; $p < 0,000$.

Закключение: таким образом, в ходе работы было показано, что наибольшее количество факторов, оказывающих влияние на диффузионную

способность легких, выявлено в группе пациентов с мезангиопролиферативным вариантом ХГН. По результатам данного анализа можно предполагать, что среди первостепенных компонентов, оказывающих влияние на снижение диффузионной способности легких, у данной категории пациентов являются нарушение азотовыделительной функции почек, состояние сердечно-сосудистой системы, а так же факторы воспаления.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Бачева И.В.

*Карагандинский государственный
медицинский университет*

Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин, воспроизводства населения, снижения перинатальной и детской заболеваемости, смертности, рождения полноценного потомства имеет важное медицинское и социальное значение. Так, ежегодно около 536 тыс. женщин во всем мире умирают от осложнений во время беременности или родов. Глобальный коэффициент материнской смертности, составивший 400 материнских смертей на 100 тыс. живорождений в 2005 году, остался почти неизменным с 1990 года [4]. Прогресс в снижении материнской заболеваемости и смертности зависит от доступности квалифицированной медицинской помощи и внедрения ранних и эффективных методов диагностики и лечения.

Занимая одно из ведущих мест в структуре экстрагенитальных заболеваний беременных – гестационный пиелонефрит увеличивает риск преждевременных родов, плацентарной недостаточности, преждевременного излития околоплодных вод и хориоамнионита [1, 2, 3, 5]. Что приводит к рождению недоношенных или функционально незрелых детей, а также новорожденных с задержкой внутриутробного развития и признаками внутриутробной инфекции [1, 3, 6]. Обсуждается роль ГП как одной из причин рождения детей с врожденными пороками развития, задержкой умственного развития и детским церебральным параличом [6].

Частота гестационного пиелонефрита колеблется в довольно широких пределах и по данным различных авторов составляет от 2 до 20 % [5]. Для верификации диагноза «пиелонефрит»

требуется комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований. С одной стороны, вышеперечисленный набор методов не вызывает трудностей, в связи с своей доступностью. С другой стороны, отмечается увеличение латентных форм пиелонефрита у беременных, которые протекают без ярких клинических признаков и диагностируется уже при манифестации осложнений. В 18 % случаев ГП протекает стерто, когда только лабораторные методы исследований могут указать на наличие воспалительной реакции, а клинические признаки отсутствуют [1, 2, 5]. При этом риск развития неблагоприятных исходов беременности в сочетании с ГП не зависит от выраженности клинических признаков [5].

Целью нашей работы явилось определение микробного пейзажа мочи беременных женщин с гестационным пиелонефритом. Биоматериалы высевали на селективные среды: на среду Эндо и Плоскирева для выделения энтеробактерий, на желточно-солевой агар для выделения стафилококков, на глюкозо-щелочной агар с добавлением 2, 3, 5 трифенилтетразолия хлорида и сульфат полимиксина для выделения энтерококков, на среду Сабуро для выделения грибов. Посевы инкубировали при температуре 37 °С в микроаэрофильных условиях 24-48 часов в зависимости от вида микроорганизма. Количество бактерий на 1 мл исследуемого материала подсчитывали по таблице Гольда. Идентификацию выделенных чистых культур проводили по морфологическим, культуральным и биохимическим признакам.

Положительные результаты бактериологических посевов мочи у беременных с гестационным пиелонефритом были выявлены в 80 % случаев (82 из 103) случаев. В 15 случаях обнаружена смешанная флора. Видовой состав мочи был представлен следующим образом: *Staphylococcus spp.* 34,2 %, *Streptococcus spp.* 5,1 %, *Enterococcus spp.* 17,5 %, *E.coli* 18,5 %, *Candida albicans* 13,4 %, *Klebsiella* 4,1 %, прочие 7,2 %. У 21 из 103 беременных женщин с гестационным пиелонефритом микробная флора в моче не обнаружена.

Проведенные микробиологические анализы показали, что наиболее частыми возбудителями гестационного пиелонефрита явились: стафилококки, энтерококки и кишечная палочка высевались одинаково часто, несколько реже встречалась *Candida albicans*.

Степень бактериальной обсемененности носила следующий характер: низкая (ме-