

Материалы и методы. Обследованы 45 пациентов $49,5 \pm 4,5$ лет (17 мужчин и 28 женщин) с НАЖБП и МС (артериальная гипертензия (АГ), абдоминальное ожирение(АО)): проводилась оценка антропометрических показателей, функционального состояния печени, липидного спектра, углеводного обмена, индекса НОМА-IR, уровня фактора некроза опухолей-альфа (ФНО- α), С-реактивного белка (СРБ), а также концентрации в сыворотке крови адипонектина (АН) и лептина (ЛН) иммуноферментным методом.

Результаты. Уровень АН был снижен в сравнении с контролем ($p < 0,001$) и коррелировал со степенью ожирения ($p < 0,05$). Выявлены отрицательные связи между уровнем АН и ИМТ ($r = -0,36$; $p < 0,01$), объемом талии (ОТ) ($r = -0,34$; $p < 0,01$), уровнем триглицеридов (ТГ) ($r = -0,44$; $p < 0,001$) и СРБ ($r = -0,38$; $p < 0,001$), а также положительные связи между уровнем АН и ХСЛПВП ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Установлена обратная связь между уровнем АН и инсулина ($r = -0,34$; $p < 0,05$), глюкозы ($r = -0,36$; $p < 0,05$), индексом НОМА- IR ($r = -0,46$; $p < 0,001$), АЛТ ($r = -0,44$; $p < 0,05$). При проведении комплексного многофакторного анализа установлена ассоциация сниженного уровня адипонектина с ИМТ ($p < 0,01$), ОТ ($p < 0,05$), уровнем ТГ ($p < 0,05$) ($R = 0,525$; $p < 0,001$). Уровень ЛН коррелировал с ИМТ ($r = 0,42$; $p < 0,001$), ОТ ($r = 0,41$; $p < 0,05$), индексом НОМА-IR ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Статистически значимыми факторами, влияющими на уровень ЛН сыворотки крови были ИМТ и ОТ, ($R = 0,525$; $p < 0,001$). Уровень ФНО- α был в 4,5 раза выше в сравнении с контролем ($p < 0,05$), отрицательно коррелировал с уровнем ХСЛПВП ($r = -0,36$; $p < 0,05$), положительно – с ОТ ($r = 0,38$; $p < 0,05$), индексом НОМА-IR ($r = 0,38$; $p < 0,05$). Уровень СРБ в сыворотке крови в 1,5 раза превышал контрольные значения ($p < 0,001$) и коррелировал с ИМТ ($r = 0,47$; $p < 0,001$), ОТ ($r = 0,54$; $p < 0,001$), уровнем глюкозы ($r = 0,44$; $p < 0,001$), уровнем ТГ ($r = 0,34$; $p < 0,04$), инсулина ($r = 0,36$; $p < 0,001$), индексом НОМА- IR ($r = 0,48$; $p < 0,001$).

Выводы. Формирование МС у пациентов с НАЖБП сопровождается прогрессированием метаболических нарушений в печени, обусловленных инсулинорезистентностью, ожирением, нарушениями липидного и углеводного обменов, развитием системного воспаления, которые находятся во взаимосвязи с дисбалансом адипоцитокинов.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Бочарова К.А.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Первичные иммунодефицитные состояния (ПИДС) относятся к группе генетически детерминированных заболеваний. Большинство дебютируют в раннем детском возрасте повышенной склонностью к инфекциям. В настоящее время описано более 300 форм ПИДС, частота их встречаемости от 1:10000 человек (ESID). По данным зарубежных коллег, в среднем в США от

момента появления первых клинических симптомов ПИДС до постановки диагноза проходит около 14,5 лет. И к моменту уточнения диагноза пациенты имеют тяжелые необратимые поражения жизненно-важных органов или погибают от инфекционных осложнений.

На территории Белгородской области предприняты меры, направленные на повышение выявляемости и составление регистра больных ПИДС. Были проанализированы сведения более чем о 10000 детей, обратившихся за медпомощью по поводу частых заболеваний и с подозрением на ПИДС, и результаты их обследования на базе МБУЗ Детская поликлиника №4.

Синдромы значимой недостаточности антител характеризовались множественными повторными или хроническими гнойными инфекциями слизистых оболочек дыхательных путей, ЛОР-органов, глаз, пиодермией, гнойными инфекциями мягких тканей (абсцесс, флегмона, лимфадениты) и костей. Частота банальных ОРИ оставалась нормальной. Напротив, у детей с дефектами антителопродукции (селективный дефицит IgA, транзиторная младенческая гипогаммаглобулинемия) серьезные гнойные инфекции наблюдались редко, "частые ОРИ" в 61% случаев, у части детей (до 50%) отмечались повторные не гнойные инфекции ЛОР-органов, и поверхностная рецидивирующая пиодермия (до 10% случаев). При хронической гранулематозной болезни у детей отмечались гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки (80%), БЦЖ-иты (80%), абсцессы печени (80%), гнойные лимфадениты (100%), легочные инфекции (100%).

Таким образом, "частые ОРИ" у детей с ПИДС отмечались не более чем у 3% исключительно с легкими селективными (селективный дефицит IgA) или транзиторными (транзиторная младенческая гипогаммаглобулинемия) формами иммунной недостаточности. Если сопоставить эту цифру с количеством детей (10000), обратившихся к иммунологу в связи с частой заболеваемостью, но не имевших признаков ПИДС, то станет ясным, что обследование часто болеющих детей приводит к выявлению диагноза ПИДС крайне редко (менее 0,1%).

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА ИММУНОГЛОБУЛИНА А В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Бочарова К.А.¹, Щербина А.Ю.²

¹ НИУ «БелГУ», г. Белгород,

² **Федеральный научно-клинический центр детской онкологии,
гематологии, иммунопатологии, г. Москва, Россия**

Первичные иммунодефициты (ПИДС) – группа генетически детерминированных заболеваний, одним из самых распространенных среди которых является селективный дефицит иммуноглобулина А (селIgA). Его распространенность по данным различных зарубежных авторов – от 1:163 до 1:875. В общероссийском регистре ПИДС к настоящему времени доступны сведения менее чем о 1000 пациентов с селIgA, что, скорее всего, связано с