

не было. Никаких признаков реакции не было выявлено спустя 1, 4 и 24 часа после ее постановки.

Заключение: учитывая отсутствие показателей реакции в опыте и контроле на всех сроках наблюдения, можно сделать вывод, что при в/ж введении МТБЭ не обладает аллергенными свойствами, выявляемыми в реакции иммунных комплексов.

277. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Трусов В.В., Данилова М.Л.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава», г. Ижевск

В настоящее время исследуют состояние различных органов и систем при сахарном диабете (СД), т.к. патологические проявления в них во многом определяют тяжесть течения заболевания и продолжительность жизни больного. Тесная анатомическая и функциональная связь гепатобилиарной системы с поджелудочной железой делают проблему изучения клинических проявлений билиарной патологии при СД весьма актуальной.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении клинико-функциональных особенностей течения хронического бескаменного холецистита у больных СД 2 типа.

Объект и методы исследования. В соответствии с поставленной целью было проведено целенаправленное обследование 127 пациентов с верифицированным диагнозом ХБХ и СД 2 типа в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст - $51 \pm 1,5$ лет), в том числе 78 женщин и 49 мужчин. Продолжительность заболевания СД 2 типа в среднем составила $7,8 \pm 1,6$ лет, ХБХ - $6,2 \pm 1,3$ лет. Группу сравнения составили 85 пациентов с ХБХ без сопутствующего диабета (55 женщин и 30 мужчин), с длительностью данного заболевания желчного пузыря - $6,8 \pm 1,7$ лет.

Оценка функционального состояния гепатобилиарной системы у больных ХБХ и СД 2 типа проводилась с помощью многофракционного дуоденального зондирования (МФДЗ). Моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря у больных СД 2 типа исследовали методом динамической эхохолецистографии. Для изучения поглотительно-эскреторной функции печени и желчного пузыря использовалась динамическая гепатобилисцинтиграфия с применением радиофармацевтического препарата Бромезида Тс 99. Статистическую обработку данных производили с помощью пакетов программ "Statistica 5.0" и "MS Excel 2000".

Результаты и обсуждение. В результате сбора анамнеза и физикального обследования установлено, что в клинической картине больных ХБХ с сочетанным СД 2 типа достоверно чаще, чем в группе сравнения встречалась слабоинтенсивная боль в области правого подреберья (85,8% и 16,5% соответственно, $p < 0,001$). У пациентов с ХБХ без сопутствующего диабета наблюдались более выраженные и продолжительные боли с элементами колющих. Из диспепсических жалоб у пациентов с данной сочетанной патологией

доминирующее место занимала почти постоянная горечь во рту (84,3%, $p < 0,01$). При объективном исследовании следует заметить менее выраженную болезненность в области правого подреберья, а также слабые положительные пузырьные симптомы, которые были более интенсивными в группе сравнения (56% и 90,6% соответственно, $p < 0,001$).

По данным, полученным при проведении МФДЗ, у больных ХБХ и СД 2 типа имеются значительные нарушения моторики билиарного тракта преимущественно в виде гипокинетического типа дискинезии (65,4%). В 77,1% случаев гипокинез желчного пузыря сочетался с гипертонусом сфинктера Одди и в 7,1% - с диссинергизмом сфинктерного аппарата билиарного тракта.

Проведенные исследования качественного состава желчи выявили достоверное снижение суммарного дебита холевой кислоты до $0,47$ ммоль/л ($p < 0,01$), что в совокупности с выше указанными данными и определенными жалобами больных ХБХ и СД 2 типа свидетельствует о средней степени тяжести билиарной недостаточности. В группе сравнения суммарный дебит холевой кислоты составил $0,89$ ммоль/л, что соответствовало легкой степени билиарной недостаточности.

По данным динамической эхохолецистографии у больных СД 2 типа при наличии ХБХ моторика желчного пузыря закономерно снижена по сравнению с больными группы сравнения. В большинстве случаев выявлен гипокинетический тип желчевыделения, характеризующийся достоверным, по сравнению с больными ХБХ без сопутствующего диабета увеличением исходного объема желчного пузыря ($V_0 = 34,04 \pm 0,13$ см³ и $V_0 = 32,24 \pm 0,15$ см³ соответственно, $p < 0,001$). При вычислении коэффициента эффективности эвакуаторной функции желчного пузыря получены данные, которые свидетельствуют о выраженном снижении данного показателя у больных ХБХ, ассоциированным с СД 2 типа и умеренном - в группе сравнения ($K_{эф.} = 42,42 \pm 0,31\%$ и $K_{эф.} = 46,41 \pm 0,54\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Проведенная динамическая гепатобилисцинтиграфия показала, что после желчегонной стимуляции статистически достоверное снижение показателей эвакуаторной функции желчного пузыря по сравнению с контролем было выявлено во всех случаях гипотонии желчного пузыря. Для больных с данной сочетанной патологией, в отличие от группы сравнения было характерно замедление накопления РФП в желчном пузыре ($T_{max} = 62,17 \pm 0,30$ и $53,71 \pm 0,35$ мин. соответственно, $p < 0,001$), а также его последующего выведения ($T_{1/2} = 91,41 \pm 0,21$ и $82,43 \pm 0,42$ мин., $p < 0,001$). У больных ХБХ, ассоциированным с СД 2 типа выявлено значительно чаще и более выраженное снижение эвакуаторной функции желчного пузыря, вплоть до его атонии.

Заключение. Таким образом, несмотря на то, что клинические проявления патологии билиарного тракта у больных диабетом могут отсутствовать, часто определяются нарушенная сократительная способность желчного пузыря преимущественно по гипокинетическому типу. Гипокинез желчного пузыря у больных СД 2 типа свидетельствует о нарушении

вегетативной иннервации гепатобилиарной системы. Проведение выше описанных методов исследования может выявить это осложнение, которое, вероятно всего, является маркером гастроинтестинальной формы автономной нейропатии. В свою очередь, это может быть сигналом к началу патогенетической терапии.

278. АССОЦИАЦИЯ ГУМОРАЛЬНЫХ И ФЛОГОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ИММУННОГО ГЕНЕЗА С АНТИГЕНАМИ НЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Трухан Д.И.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», г. Омск, Российская Федерация.

Цель исследования. Выявить возможные связи между количественными изменениями гуморальных и флогогенных факторов иммунного генеза и антигенами НЛА в фенотипе больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. У 140 больных ХП была проведена идентификация антигенов НЛА I класса (A, B, C) и определены показатели гуморального иммунитета и флогогенных систем: количество В-лимфоцитов, сывороточных иммуноглобулинов А, G, М, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фактора некроза опухолей альфа человека (ФНО α); активность комплемента и компонентов системы комплемента (C1-C5); наличие специфических антител к эндогенным (из тканей поджелудочной железы (ПЖ), трипсину, инсулину; односпиральной, нативной и денатурированной ДНК) и экзогенным (двуспиральной РНК, группоспецифическому антигену вируса Коксаки В) антигенам.

Результаты. Изучение нами распределения антигенов НЛА-I класса при ХП показало, что по сравнению со здоровыми лицами у них достоверно повышена частота антигенов НЛА : A1 (P < 0,001), B8 (P < 0,001), B27 (P < 0,01), Cw1 (P < 0,001), Cw2 (P < 0,001), при достоверном снижении частоты определения антигенов НЛА : A2 (P < 0,001) и Cw4 (P < 0,001). Для антигенов, частота обнаружения которых достоверно повышена при ХП, величина относительного риска составила : A1 - 2,24, B8 - 2,76, B27 - 3,48, Cw1 - 14,77, Cw2 - 5,75. В целом, в популяции больных ХП с наибольшей частотой нами определялись гаплотипы НЛА : A1-B7, A1-B8, A1-B27, A3-B27, A10-B7, A1-Cw2, A1-Cw3, A10-Cw2, B5-Cw2, B7-Cw1, B7-Cw2, B27-Cw1, B27-Cw3.

При анализе исследованных показателей гуморального иммунитета и флогогенных систем у больных ХП с антигенами НЛА I класса был установлен ряд закономерностей. Достоверные различия по количественному уровню гуморальных и флогогенных факторов выявлены у больных ХП в зависимости от наличия или отсутствия в фенотипе антигенов системы НЛА: A1, A10, B5, B7, B8, B13, B27, Cw1, Cw2.

При НЛА-позитивных фенотипах были отмечены следующие изменения: при наличии антигена A1 (были повышены уровни IgM и ФНО α , снижено число эффективных молекул C4), A10 (повышена частота обнаружения антител к двуспиральной РНК), B5 (повышена частота обнаружения антител к антигену из

тканей ПЖ и к двуспиральной РНК), B7 (повышено число эффективных молекул C1, C3-C5), B8 (повышены уровень ФНО α и относительное число В- лимфоцитов, снижено число эффективных молекул C4), B13 (снижена частота обнаружения антител к антигену из тканей ПЖ и к трипсину), B27 (снижены уровень IgA число эффективных молекул C1), Cw1 (повышен уровень IgA), Cw2 (повышены титры антител к вирусу Коксаки В и число эффективных молекул C4, C5). Следовательно, антигены A1, A10, B5, B8, B27 при ХП рассматривать как ассоциированные с развитием более выраженных иммунных нарушений. Иммунные нарушения развивались реже при наличии в фенотипе антигенов B7 и B13.

Кроме этого, примечательным для больных ХП является высокая частота выявления гаплотипа A1-B8 (H=5,28x10²), поскольку присутствие каждого из этих антигенов в НЛА фенотипе было ассоциировано с высоким количеством ФНО α .

Обращает внимание и высокая частота гаплотипов A1-B27 (H=6,72x10²), A1-Cw2 (H=21,18x10²), A10-Cw2 (H=10,23 x10²), B5-Cw2 (H=7,79x10²), B27-Cw1 (H=8,22x10²), так как каждый в отдельности из антигенов НЛА, входящий в эти гаплотипы, был ассоциирован с достоверно более высоким уровнем различных факторов иммунного генеза.

Заключение. Различный уровень количественных показателей гуморального иммунитета и флогогенных компонентов у больных ХП, ассоциированных с разными антигенами НЛА, позволяет предполагать генетическую детерминированность ответа исследованных иммунных факторов в условиях воспаления.

279. ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УПРАВЛЕНИЕ АВТОТРАНСПОРТОМ

Трухан Д.И., Трухан Л.Ю.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», город Омск, Российская Федерация.

Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в настоящее время является одним из основных направлений национального проекта «Здоровье».

Цель исследования. Выделить потенциально опасные для лиц, управляющих автотранспортом, лекарственные препараты, используемые для лечения гастроэнтерологических заболеваний.

Материалы и методы. Собственные наблюдения за пациентами гастроэнтерологического профиля и анализ инструкций по медицинскому применению наиболее распространенных лекарственных препаратов, используемых в практике врача гастроэнтеролога.

Результаты и их обсуждение. Из спазмолитиков наибольшую потенциальную опасность для автолюбителей представляют препараты на основе экстракта красавки (бекарбон, беллалгин и др.), которые с одной стороны, нередко вызывают головокружение, а с другой – обладают широким диапазоном негативных влияний на органы зрения (парез accommodation, мидриаз и др.). Из-за риска головокружения лицам занятым