

182. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭНДОТОКСЕМИИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Микуров А.А., Гарбузенко Д.В.

Государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Эндотоксемия у больных циррозом печени лежит в основе большинства осложнений, свойственных данному заболеванию, и во многом определяет его прогноз.

Цель исследования. Провести корреляционный анализ уровня эндотоксемии у больных циррозом печени и выраженности гепатоцеллюлярной недостаточности, оцененной в соответствии с критериями Child-Pugh.

Материалы и методы. Уровень эндотоксемии был исследован у 53 больных циррозом печени, среди которых к категории Child A относились 12 пациентов, Child B – 27, Child C – 14.

Количество эндотоксина грамотрицательных бактерий в крови изучали при помощи кинетического хромогенного теста, являющегося вариантом лимулус амебоцитного лизатного теста (ЛАЛ-теста). Он заключается в способности лизата амебоцитов мечехвоста специфически реагировать с эндотоксинами (липополисахаридами) грамотрицательных бактерий. Принцип теста состоит в том, что эндотоксин, вызывая в клетках каскадную реакцию, активирует энзим, расщепляющий клеточный протеин на три полипептидные цепочки, две из которых отвечают за гелирование гемолимфы. Нами был применён специальный ЛАЛ-реактив с хромогенным субстратом, при этом измерялась интенсивность окрашивания реакционной смеси. Интерпретация результатов проводилась на микропланшетах с использованием спектрофотометра Bio-Tek ELx808. Проверка гипотезы о равенстве средних в исследуемых группах осуществлялась на основе критерия Манна-Уитни.

Результаты. Максимальное количество эндотоксина в крови было обнаружено у больных циррозом печени, относящихся к категории Child C ($23,71 \pm 5,64$ нг/мл), минимальное - в группе Child A ($0,91 \pm 0,32$ нг/мл). У пациентов Child B эти значения составили $6,29 \pm 0,97$ нг/мл. Различия показателей уровня эндотоксемии у больных категории Child B и C по сравнению с Child A, а так же Child C по сравнению с Child B оказались статистически значимыми ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали прямую корреляционную зависимость между уровнем эндотоксемии у больных циррозом печени и выраженностью гепатоцеллюлярной недостаточности.

183. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОГО ЭФФЕКТА АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Миронова В.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель работы: оценить частоту и выявить факторы риска возникновения недостаточного эффекта стандартных доз антисекреторной терапии (АТ) генериками омепразола у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы: обследовано 77 больных ЯБДК (60 мужчин и 17 женщин; средний возраст 32,8±2,6 года). Все пациенты получали лечение: омепразол 40 мг в сутки. Всем больным проводилось клиническое обследование, ЭГДС, суточная интрагастральная рН-метрия на 4-е сутки антисекреторной терапии. Терапия считалась достаточной, если время с рН >3,0 ед. было 75% суток и более. Все пациенты были разделены на 2 группы - с достаточным эффектом антисекреторной терапии (ДАТ; n=50) и недостаточным (НАТ; n=27).

Результаты: в группе НАТ преобладали мужчины моложе 30 лет (отношение шансов 1,28; ДИ =0,5-3,29). По наличию курящих и некурящих пациентов, а так же по частоте употребления алкоголя и массе тела различий в группах получено не было. Осложненное течение язвенной болезни достоверно чаще встречалось в группе НАТ (52%), при ДАТ осложнения встречались только в 3,8%. Изжога при НАТ была представлена чаще (53%), чем при ДАТ (48%), отношение шансов 1,35 (ДИ=0,53-3,47). В группе пациентов с НАТ чаще, чем у пациентов с ДАТ, встречались эрозивный эзофагит и гастродуоденит – 77% и 64% соответственно; отношение шансов 1,69 (ДИ=0,6-4,74).

Выводы: у трети больных ЯБДК назначение стандартных доз генериков омепразола не приводит к достаточному уровню кислотосупрессии. Наиболее значимыми факторами риска возникновения недостаточного эффекта антисекреторной терапии являются: молодой возраст для мужчин, осложненное течение ЯБДК в анамнезе, жалобы на изжогу и выявление при ЭГДС эрозивного эзофагита и /или гастродуоденита.

184. АКТИВНОСТЬ ДИГИДРООРОТАТ-ДЕГИДРОГЕНАЗЫ КРОВИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Мозговая Е.Э., Мартемьянов В.Ф., Зборовская И.А.

НИИ КиЭР РАМН, г. Волгоград

Актуальность. Остеоартроз (ОА) – самое частое заболевание суставов. Клинические симптомы заболевания наблюдаются более чем у 10 – 20% населения земного шара (Smith M.M., Ghosh P., 1998). Согласно предварительным результатам диагностического этапа межрегиональной программы «Социальные и экономические последствия

ревматических заболеваний» ОА является наиболее частой причиной суставных жалоб у взрослого населения России (49%), в то время как РА - в 3%, а другие ревматические заболевания в 20% случаев. Демографическая ситуация в стране позволяет предположить, что число больных с ОА в России будет только нарастать. Настораживает, что в рамках проведенного исследования врачи диагностировали ОА лишь в половине случаев (48,5%) и не назначали соответствующего лечения (Галушко Е.А. и др., 2009).

Цель. Повышение качества диагностики ОА, выявление участия дигидроорататдегидрогеназы (ДОДГ) в патогенезе данного заболевания.

Материал и методы. Наблюдали 32 больных ОА. Из них было 20 (62,5%) женщин и 12 (37,5%) мужчин. Средний возраст больных – 47,8±6,2 лет. Средняя продолжительность заболевания – 9,9±2,5 лет. При рентгенологическом исследовании I стадия поражения суставов была выявлена у 8 (24,9%), II – у 18 (56,3%), III – у 6 (18,8%) больных. У 19 (59,4%) пациентов были обнаружены признаки синовита. Моно-олигоартроз отмечали в 8 (25,0%), полиостеоартроз – в 24 (75,0%), узелковую форму ОА – в 6 (18,8%), безузелковую форму ОА – в 26 (81,2%) случаях. ФНС-0 установлена у 18 (56,3%), ФНС-1 – у 9 (28,1%), ФНС-2 – у 5 (15,6%) больных. Активность ДОДГ определяли в лизатах эритроцитов, лимфоцитов, плазме крови при госпитализации, через 10 дней и перед выпиской из стационара. Выделение лимфоцитов проводили по методу А. Вурум (1968). Активность ДОДГ определяли по методу Н.С. Friedmann (1960). Энзимные исследования осуществлялись на фоне стандартной общепринятой терапии. Контролем служили 30 практически здоровых лиц. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0. Уровень значимости принимался равным 0,05. При проверке гипотезы о равенстве средних 2-х независимых групп применяли U-критерий Манна-Уитни, при проверке гипотезы о равенстве средних 2-х зависимых групп – критерий Вилкоксона.

Результаты. Границы нормы показателей активности ДОДГ в лизатах эритроцитов, лимфоцитов и плазме крови (M-2s ÷ M+2s) составили: ДОДГэр - 0,0 – 2,82 нмоль/10⁸эр./мин; ДОДГл - 2,28 – 6,43 нмоль/10⁷л/мин; ДОДГпл - 1,12 – 6,09 нмоль/мл/мин. Не было выявлено зависимости энзимных показателей от пола и возраста испытуемых лиц.

При поступлении на лечение больных ОА (группа в целом) наблюдали повышение активности ДОДГ, по сравнению с группой здоровых лиц: ДОДГэр (p<0,001), ДОДГл (p=0,008), ДОДГпл (p<0,001).

При первичном обследовании больных ОА с синовитом, по сравнению с контролем, выявили более высокую активность ДОДГэр, ДОДГл, ДОДГпл (все p=0,001). Через 10 дней лечения у этих больных наблюдалось снижение активности энзима во всех биологических средах (p<0,001), а к моменту выписки из стационара активность ДОДГ еще более приблизилась к показателям группы здоровых лиц. По сравнению с поступлением на лечение нормализовалась активность ДОДГ в лимфоцитах и плазме крови, сохранялась повышенная активность ДОДГэр (p=0,015).