

и др.), астеновегетативные нарушения (утомляемость, длительный субфебрилитет). В результате заболевание приобретает затяжное, рецидивирующее течение, а больной человек продолжительное время служит источником инвазии для окружающих.

Цели исследования: Выявить клинико – эпидемиологические особенности лямблиоза у взрослых пациентов. Оценить эффективность проводимой им терапии.

Материалы и методы: Проведён анализ наблюдения 30 больных лямблиозом, находившихся на амбулаторном лечении у инфекциониста поликлиники. Среди них преобладали женщины - 24 человека (80%), в возрасте от 19 до 45 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинико-лабораторного обследования, подтвержден обнаружением в испражнениях больных и дуоденальном содержимом цист лямблий, а также серологически выявлением специфических иммуноглобулинов в сыворотке.

Результаты и обсуждения. Проведенный нами анализ показал следующее. В эпидемиологическом анамнезе установлено, что 26,6% больных имели контакт с больным лямблиозом в семье; 40% - находились в контакте с детьми в связи с характером профессии (медработники, педагоги детских интернатов и дошкольных учреждений), 16,6% - проживали в общежитиях, 13,3% - регулярно посещали бассейн, у 10% - употребление в пищу невымытых бананов и цитрусовых.

Сроки появления симптомов отмечали в течение 2 - 10 месяцев. В кишечной форме заболевание протекало наиболее часто в 46,7% случаев и характеризовалось неустойчивым стулом, болевым абдоминальным синдромом; в билиарно - панкреатической – 26,7% человек: наблюдали тошноту, отрыжку, боли в правом подреберье, точке желчного пузыря; с внекишечными проявлениями у 16,6%: кожные аллергические проявления, астеноневротический синдром, субфебрилитет на фоне нейрциркуляторной дисфункции. У 23 (76,7%) больных диагноз был установлен впервые, 7 (23,3%) - неоднократно лечились ранее, причем 5 из них работники образования, что позволяет предположить их реинфицирование. В гемограмме выявляли эозинофилию до $(7,5 \pm 1,5)\%$ у всех больных; у 12 человек лимфопения $(16,0 \pm 2,0)\%$, у 3 - снижение уровня гемоглобина до $(112,5 \pm 1,5)$ г/л. В биохимическом анализе крови у 20,0% больных выявлена гипербилирубинемия $(52,2 \pm 15,6)$ мкмоль/л за счет непрямой фракции. При УЗИ у всех пациентов отмечались протоковые изменения печени, у 20% - перегиб и деформация желчного пузыря, у 26,7% - эхо взвесь в просвете желчного пузыря, у 10,0% - эхопризнаки гемангиомы печени. Диагноз подтвержден у всех пациентов: в 60,0% случаях выявлены цисты лямблий в кале, в 30% случаях в дуоденальном содержимом и у 10,0% выявлены иммуноглобулины класса G в титре 1:200, причем анализы кала 3кратно с интервалом 7-10 дней и желчи у данных пациентов были отрицательными, но имелись характерные для лямблиоза клинико - лабораторные признаки.

Лечение осуществлялось в три этапа. На первом – проводили лечение макмирором по стандартной схеме (400мг×3 раза в день в течение 7 дней), в сочетании со

спазмолитиками, ферментами ЖКТ, сорбентами и тюбажами. На втором этапе (10 – 14 дней) назначали желчегонные препараты, пробиотики, при необходимости другие симптоматические средства. Третий этап включал гепатопротекторы до 2-3 месяцев, тюбажи. Эффективность терапии оценивали копроовоскопически по окончании лечения (3-х кратное исследование кала) и анализом желчи. 76,7% больных санировались (все контрольные исследования были отрицательными). В лечении остальных больных были отмечены погрешности приема препаратов и им проводили повторные курсы.

Выводы. Наибольшая возможность заражения отмечалась среди сотрудников детских учреждений (40% случаев), внутрисемейные контакты, а также при несоблюдении санитарно-гигиенических норм приема пищи (немытые фрукты).

Отсутствие типичной клиники и схожесть симптомов с другой патологией ЖКТ затрудняло своевременную диагностику лямблиоза, однако, следует обращать внимание на наличие эозинофилии - как маркера паразитарной инвазии.

Эффективность трехэтапной терапии заключалась в последовательном назначении противопаразитарного препарата в сочетании с симптоматическими и патогенетическими средствами, что позволяло санировать до 76,6% больных.

151. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Куницына М.А., Кашкина Е.И.

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава» им. В.И.Разумовского, Саратов.

Актуальность. К основным задачам лечения сахарного диабета, независимо от его типа, относятся: устранение субъективных и объективных симптомов заболевания, предупреждение диабетических ком, профилактика и замедление прогрессирования поздних осложнений (диабетическая нефропатия и ретинопатия и т.д.).

В настоящее время лечение панкреатогенного сахарного диабета не унифицировано, в отличие от стандартизированных подходов к тактике ведения больных с сахарным диабетом 2 типа. В значительной мере это обусловлено недостаточной информированностью об эффективности различных методов лечения сахарного диабета при его панкреатогенном варианте. В частности, имеются данные, что изменение образа жизни больных сахарным диабетом 2 типа, включающее мероприятия, направленные на снижение массы тела, соблюдение диеты и т.д., позволяет снизить уровень HbA1c на 1-2%. Однако, относительно панкреатогенного сахарного диабета подобные исследования не проводились.

Цель работы. Сравнительная оценка влияния изменения образа жизни на результаты лечения сахарного диабета 2 типа и панкреатогенного его варианта.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 больных с впервые выявленным панкреатогенным сахарным диабетом и 52 пациента с сахарным диабетом 2 типа. Среди обследованных больных уровень HbA1c перед началом наблюдения находился в пределах 8-9%, концентрация глюкозы натощак <7,5 ммоль/л, после еды <90 ммоль/л. Всем больным, согласно консенсусу ADA/EASD, 2006, были даны рекомендации по изменению образа жизни и в течение последующих шести недель они находились под наблюдением врача.

Результаты. Проведенные исследования показали, если через шесть недель на фоне изменения образа жизни при панкреатогенном сахарном диабете компенсация углеводного обмена была достигнута в 14,3% случаев, то при сахарном диабете второго типа – у 25,2% больных.

Более низкую значимость изменения образа жизни в лечении сахарного диабета у больных хроническим панкреатитом можно объяснить тем, что данный контингент больных уже частично выполняет рекомендации, входящие в программу лечения сахарного диабета. В частности, больным хроническим панкреатитом, как и сахарным диабетом, рекомендуется многократный прием пищи маленькими порциями, ограничение жиров, прием витаминов, отказ от алкоголя и курения и т.д. Общее число совпадений в рекомендациях при лечении хронического панкреатита и сахарного диабета составляет 66,2%.

Таким образом, поскольку больные хроническим панкреатитом уже выполняют большинство рекомендаций, характерных для лечения сахарного диабета, эффект от изменения образа жизни при панкреатогенном сахарном диабете оказывается более низким, чем при 2 типе сахарного диабета.

Выводы. На фоне изменения образа жизни вероятность достижения компенсации углеводного обмена у больных панкреатогенным сахарным диабетом в два раза ниже, чем при 2 типе сахарного диабета, это обусловлено тем, что больные хроническим панкреатитом уже в 66,2% случаев выполняют рекомендации, входящие в программу лечения сахарного диабета.

152. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ИЛИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Куница М.А., Кашкина Е.И., Шемятенков В.Н.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Саратов, Россия.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Поволжская академия государственной службы им. П.А. Столыпина», г. Саратов, Россия

Цель исследования. Оценка риска развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета у больных хроническим панкреатитом в период очередного обострения.

Материалы и методы. Обследовано 94 больных хроническим панкреатитом в период обострения. С помощью непрямой иммунофлюоресценции определяли показатели клеточного звена иммунной системы (СДЗ, СД4, СД8, СД16, СД19). В ходе исследования системы гемостаза оценивали время свертывания, протромбиновое время, уровень фибриногена, степень агрегации, суммарную фибринолитическую способность крови, плазминовую активность крови, активность активаторов плазминогена, активность антиплазминов.

Результаты и их обсуждение. Признаки сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе после обострения хронического панкреатита зарегистрированы у 24 из 94 пациентов, находившихся под наблюдением. Установлено, что развитие нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета у больных хроническим панкреатитом после очередного рецидива заболевания в значительной мере ассоциировано с уменьшением времени свертывания крови ниже нормальных значений на 40%, уровня фибриногена на 30%, АТ III – на 25%, ААП – на 50% и повышением СФА на 35,0% в период обострения. Повышение содержания СД16, СД19 и IgM в период очередного обострения хронического панкреатита на 40% и более, чем в норме также является прогностически неблагоприятным фактором в плане развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета после окончания рецидива. С помощью многомерного пошагового регрессионного анализа было получено аналитическое выражение, позволяющее прогнозировать риск развития сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе.

$$R = 8,1 + 0,18 x_1 + 0,21 x_2 - 0,31 x_3 + 0,12 x_4 + 5,1 x_5$$

где R – вероятность развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета после очередного обострения хронического панкреатита в процентах; x_1 - снижение уровня фибриногена (%); x_2 - снижение уровня АТ III (%); x_3 – повышение СД16 (%); x_4 - повышение IgM (%); x_5 – количество симптомов, способствующих развитию нарушений углеводного обмена.

Заключение. Предложенная система прогнозирования развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета после очередного обострения заболевания у больных хроническим панкреатитом, базирующаяся на комплексной оценке иммунологических, гемостазиологических показателей, клинической картине заболевания, обладает 74,2% чувствительностью при 72,7% специфичности, что позволяет рекомендовать ее для практического применения в гастроэнтерологии.

153. ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ НА РЕГЕНЕРАТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС С КАРЦИНОСАРКОМОЙ WALKER-256

Кунц Т. А., Мичурина С. В., Овсянко Е. В.

ГОУ ВПО Новосибирский Государственный Медицинский Университет Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучение морфологических преобразований в печени в условиях онкопатологии на фоне цитостатической терапии.