

276. ВОЗМОЖНАЯ РЕАКЦИЯ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА МТБЭ, ИЗУЧЕННАЯ НА МОРСКИХ СВИНКАХ

Трифорова Э.В., Сайфутдинов Р.Г.

Кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

Актуальность проблемы. На метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) нет разрешения как на лекарственный препарат. Для внедрения этого вещества в практическое здравоохранение и для регистрации его как лекарственная форма нами на животных проводится изучение его токсичности.

Цель исследования: определить на морских свинках возможную реакцию иммунных комплексов на МТБЭ.

Материалы и методы. Для постановки реакции использовали морских свинок (из питомника РАМН «Рапполово», Ленинградская область). Сенсibilизацию морских свинок осуществляли путем внутрижелудочного (в/ж) введения МТБЭ в дозах 70 и 700 мг/кг в течение 5 дней. Через 10 суток после последнего введения МТБЭ осуществляли введение разрешающей дозы внутрикожно. Разрешающую дозу МТБЭ определяли на интактных животных. За разрешающую дозу принимали наибольшее разведение антигена, не вызывающее видимых изменений в коже через 1 час после введения. В наших экспериментах такой дозой являлась доза МТБЭ 700 мг/кг. В контрольных группах таким же способом вводили дистиллированную воду. Учет реакции проводили визуально (в баллах по С.В. Суворову). В положительном случае уже через 30 минут на месте инъекции может развиваться отек и гиперемия. Через 2–3 часа воспалительный очаг может уплотниться, и кожа становится буро-красной. При гистологическом исследовании в случае положительной реакции может быть обнаружено острое геморрагическое воспаление, в инфильтрированном участке могут быть видны полиморфно-ядерные лейкоциты. Исследование осуществляли совместно с ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА России (Санкт-Петербург).

Результаты: учет реакции проводили визуально начиная с 30 минуты после введения разрешающей дозы. На этом сроке никаких проявлений на коже обнаружено

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