

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
ПАНКРЕАТОГЕННОГО САХАРНОГО
ДИАБЕТА С УЧЕТОМ ЭТИОЛОГИИ
И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Куницына М.А., Кашкина Е.И.

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный
медицинский университет имени В.И. Разумовского»,
Саратов, e-mail: kounitsyna@mail.ru*

Цель: Изучить эффективность различных методов лечения панкреатогенного СД с учетом этиологии и особенностей клинического течения ХП.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 86 больных ХП: 37 – с алкогольной и 49 – с билиарной формой заболевания. Критерием включения в определенную этиологическую форму ХП было обязательное наличие одного из двух факторов: злоупотребление алкоголем, заболевание желчевыводящей системы.

Пациенты проходили обследование на наличие сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе согласно рекомендациям ВОЗ (1999). Оценка степени компенсации углеводного обмена с определением гликемического и глюкозурического профилей, а также гликозилированного гемоглобина HbA1c осуществлялась на анализаторе IMX фирмы «Abbot» (США) стандартизированными наборами.

Всем больным с впервые выявленным СД на первом этапе лечения было рекомендовано изменение образа жизни согласно существующим стандартам, прием креона 30-60 тыс. ед. в сутки. Результаты лечения оценивались через 3 месяца по уровню HbA1c. Через 3 месяца на втором этапе терапии при необходимости к лечению добавлялся гликлазид.

Результаты. Установлено, что в целом изменение образа жизни в сочетании с приемом ферментов при лечении панкреатогенного СД оказывалось более эффективным у больных с билиарной формой ХП. При билиарной форме ХП через три месяца лечения целевые значения HbA1c достигнуты в среднем у 18,3% обследованных, при алкогольной – в 10,5% случаев. Длительность заболевания практически не отражалась на результатах лечения СД при алкогольной форме ХП и оказывала существенное влияние при билиарной. Добавление к проводимой терапии гликлазида увеличивало количество хороших результатов лечения СД как у больных с алкогольной, так и билиарной формами ХП. Важно отметить, что в этом случае эффект от лечения практически не зависел от длительности ХП. При алкогольной форме ХП длительностью 1-3 года целевые значения HbA1c были достигнуты у 27,4% больных, на фоне болезни > 9 лет – в 23,6% случаев. У больных с билиарной фор-

мой ХП аналогичные показатели составили 31,6 и 32,8% соответственно.

Количество обострений ХП оказывало влияние на результаты лечения СД как при билиарной, так и алкогольной формах заболевания независимо от вида проводимой терапии. Наиболее существенно при этом количество рецидивов влияло на результаты лечения СД при алкогольной форме ХП. При увеличении количества рецидивов ХП с одного до трех раз в год при алкогольной форме на фоне изменения образа жизни и приема ферментов вероятность достижения целевых значений HbA1c снижалась с 14,2 до 7,2%, т.е. практически в два раза. При билиарной форме ХП аналогичное снижение хороших результатов лечения СД составило 1,2.

Анализируя результаты влияния ожирения на результаты лечения СД у больных с различными его этиологическими формами ХП можно отметить, что в целом независимо от ИМТ изменение образа жизни в сочетании с приемом ферментов чаще давало хорошие результаты при билиарной форме ХП. Добавление к указанному виду терапии гликлазида существенно с 14,1 до 24,8% увеличивало число хороших результатов лечения СД у больных алкогольным ХП при ИМТ 25-30 кг/м². При билиарной форме хорошие результаты лечения чаще наблюдались на фоне ИМТ > 30 кг/м². Среди больных алкогольной формой ХП ИМТ > 30 кг/м² не встречался.

Выводы

1. Изменение образа жизни в сочетании в приемом ферментов при лечении панкреатогенного СД менее эффективно при алкогольной форме ХП, чем билиарной форме.

2. При трех и более рецидивах в год алкогольной формы ХП вероятность достижения целевых значений HbA1c на фоне изменения образа жизни и приема ферментов снижается в 2-3 раза, в связи с чем требуется назначение пероральных сахароснижающих препаратов.

3. Добавление к изменению образа жизни и приема ферментов гликлазида увеличивало число хороших результатов лечения СД у больных алкогольным ХП преимущественно при ИМТ 25-30 кг/м². При билиарной форме хорошие результаты лечения чаще наблюдались на фоне ИМТ > 30 кг/м². Среди больных алкогольной формой ХП ИМТ > 30 кг/м² не встречался.

ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ГАСТРОПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Матвеева Л.В., Мосина Л.М.

*Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва, Саранск,
e-mail: Solnischko1@yandex.ru*

В последние годы наблюдается рост заболеваемости населения Республики Мордовия, как и России в целом, хроническим гастритом,

язвенной болезнью желудка; смертность от рака желудка по-прежнему занимает 2-е место среди онкозаболеваний. Известно, что иммунные изменения могут, как приводить к развитию заболеваний, способствовать прогрессированию и хронизации патологического процесса, так и восстанавливать нарушенные функции организма, активировать его защитный потенциал.

Нами проведено комплексное обследование 150 пациентов, страдающих заболеваниями желудка и находящихся на стационарном обследовании и лечении в лечебных учреждениях г. Саранска. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых добровольцев – жителей г. Саранска, не имеющих на момент обследования клинических и анамнестических признаков гастро- и иммунопатологии. Больные с гастропатологией были разделены на группы: 1 группа – больные хроническим гастритом в стадии обострения ($n = 60$), 34 из них – больные атрофическим гастритом, 2 группа – больные язвенной болезнью желудка в стадии обострения ($n = 60$), 3 группа – больные раком желудка II–IV ст. ($n = 30$). Кровь на иммунологическое обследование забиралась после получения информированного согласия в утренние часы натощак из локтевой вены в объеме 5 мл.

Для оценки физиологических и патологических процессов, происходящих в организме при предракочных состояниях и раке желудка, нами проведен иммуноферментный анализ 180 образцов сыворотки крови с использованием диагностических тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск, Россия).

При оценке цитокинов отмечались выраженные изменения интерлейкинов (ИЛ) -2, -4, -8, -10, -17, γ -интерферона. Количество ИЛ-2 в сыворотке больных хроническим гастритом в среднем превышало контрольные значения ($5,6 \pm 1,2$ пг/мл) в 1,7 раза, при язвенной болезни – в 2,9 раза, при раке желудка – в 2 раза.

Сывороточные концентрации противовоспалительного ИЛ-4 были снижены у больных хроническим гастритом ($2,1 \pm 0,6$ пг/мл) и язвенной болезнью желудка ($2,3 \pm 0,7$ пг/мл) по сравнению с контрольной группой ($3,0 \pm 0,9$ пг/мл) и повышены при раке желудка.

Изменения уровня интерлейкина-8 в сыворотке крови определялись нозологической формой заболевания желудка и подтверждали наличие воспалительных процессов у больных, достоверно ($p < 0,001$) превышая контрольные значения ($6,1 \pm 1,3$ пг/мл) при хроническом гастрите – в 2,3 раза, при язвенной болезни – в 2,9 раза, при раке желудка – в 5 раз.

Сывороточные концентрации ИЛ-10 достоверно ($p < 0,001$) превышали контрольные значения ($11,5 \pm 0,9$ пг/мл) во всех группах обследованных больных: при хроническом гастрите – в 1,5 раза, при язвенной болезни – в 1,8 раза, при раке желудка – в 2,7 раза.

Количество интерлейкина-17 в сыворотке крови по сравнению с группой контроля ($1,8 \pm 0,4$ пг/мл) достоверно ($p < 0,001$) повышалось во всех группах больных, достигая максимума у больных язвенной болезнью ($11,5 \pm 1,7$ пг/мл) и хеликобактерным гастритом, что имело позитивное значение, так как активация данного цитокина способствует развитию адекватного противоинфекционного ответа. В то же время десятикратное увеличение уровня ИЛ-17 у онкобольных может активировать ангиогенез и тем самым способствовать метастазированию опухоли. Таким образом, нарастание сывороточной концентрации интерлейкина-17 у больных раком желудка является неблагоприятным прогностическим признаком.

Уровень сывороточного интерферона- γ (ИФН- γ) у больных хроническим гастритом в среднем составил $12,2 \pm 1,7$ пг/мл, у больных язвенной болезнью – $15,3 \pm 2,2$ пг/мл, при раке желудка в 4 раза превысил контрольные значения ($5,2 \pm 0,8$ пг/мл). Увеличение ИФН- γ может активировать противоинфекционный и противоопухолевой потенциал иммунной системы, что с одной стороны является положительным моментом, в то же время стимуляция фагоцитирующих клеток с высвобождением лизосомальных ферментов и свободных кислородных радикалов будет усугублять повреждение слизистой оболочки желудка.

Таким образом, изменения некоторых медиаторов иммунитета у обследованных больных определялись характером и степенью поражения желудка, выраженностью воспалительных процессов в слизистой оболочке. При хроническом гастрите и язвенной болезни желудка у больных четко прослеживается преобладание провоспалительных цитокинов над противовоспалительными. Данные изменения, по-видимому, способствуют непрекращающемуся процессу воспаления, влияют на нейрогуморальную регуляцию, приводят к формированию вторичной иммунной недостаточности, которая, в свою очередь, снижает толерантность к инфекционным агентам. У больных раком желудка выявлена дискоординация работы иммунной системы с одновременным накоплением в кровотоке цитокинов с разнонаправленными эффектами действия, что может способствовать неадекватному иммунному ответу, росту и метастазированию опухоли.