

Полученные результаты обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики: расчет средних значений (М), ошибки средних значений (m), t-критерий Стьюдента. Достоверным считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты иммуногистохимического исследования внутриклеточных Г, СР, МТ и СТ представлены в таблице 1.

При иммуногистохимическом исследовании у больных СД 2 типа по содержанию в G-клетках Г и ЕС-клетках СР и МТ СОЖ определена тенденция к уменьшению и достоверному ($p \leq 0,05$) снижению внутриклеточного Г, СР и МТ по сравнению с показателями контрольной группы. Повышенное содержание СТ приводит к ингибированию продукции ГИГ и моторики кишечника.

Таблица 1 – Содержание ГИГ в эндокринных клетках антрального отдела желудка у больных СД 2 типа в сравнении с контрольной группой

Гастроинтест. гормоны	Группа № 1 СД 2 типа (n = 30)	Группа № 2 Контроль (n=31)
	IOD (усл. ед.)	IOD (усл. ед.)

Г	105,23±7,92*	757,78±112,332
СР	196,35±25,41*	257,91±16,79
МТ	115,22±15,22*	179,19±11,75
СТ	366,94±23,89*	275,5±22,54
Г/СТ	0,29	2,8
СР/СТ	0,54	0,9
МТ/СТ	0,31	0,7

Примечание. В сравнении с контролем: * - $p \leq 0,01$.

Для оценки баланса факторов агрессии и защиты СОЖ на уровне гормонального звена нами введены соотношения ГИГ Г/СТ, СР/СТ, МТ/СТ.

Полученный результат свидетельствует о резком увеличении факторов агрессии и ослабления факторов защиты СОЖ на уровне гормонального звена. К факторам агрессии отнесено повышенное содержание СТ стимулированного гипергликемическими состояниями.

Заключение. Таким образом, по данным иммуногистохимического исследования установлен дисбаланс в СОЖ между ГИГ с отчётливым преобладанием факторов агрессии у больных СД 2 типа, по сравнению с контролем.

Роль мелатонина в балансе факторов агрессии и защиты слизистой оболочки желудка на уровне гормонального звена у больных сахарным диабетом 2 типа

Идрисов А.С.

НИИ кардиологии и внутренних болезней

Цель оценить эффективность применения мелатонина (МТ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в составе комплексной терапии с сахароснижающими препаратами на уровне гастроинтестинальных гормонов (ГИГ) участвующих в местных регуляторных факторах агрессии и защиты слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с СД 2 типа: из них пациенты с диагнозом СД 2 типа средний возраст, которых составил 52,6±1,0 года, длительность заболевания диабетом 10,1±0,8 лет (по полу мужчин 46,1 % и женщин 61,5 %). Пациенты разделены на 3 группы: в 1-й 22 больных СД 2 типа получавших сахароснижающую терапию; в 2-й 26 больных СД 2 типа на комбинированной терапии сахароснижающими препаратами и мелатонином («мелаксен» фирмы «Юнифарм», США) в суточной дозе 0,75 мг вечером перед сном; в 3-ой группе 31 пациент без эндокринной патологии (13 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 21 до 53 лет. Всем пациентам при поступлении в клинику проводили общеклиническое обследование, согласно стандартам диагностики высокоспециализированной медицинской помощи. Пациенты, участвовавшие в исследовании предварительно подписывали, информированное согласие на проведение исследования. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией из слизистой оболочки антрального отдела желудка, осуществлялась эндоскопом фирмы Pentax (Япония, 2005) по стандартной методике. Иммуногистохимическое исследование на содержание ГИГ гастрина (Г), соматостатина (СТ), серотонина (СР) и мелатонина (МТ). Морфометрические исследования проводили на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф-Cito», определялась в условных единицах (усл. ед.) интегральная оптическая плотность гранул (IOD). Полученные результаты обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики: расчет средних значений (М), ошибки средних значений (m), t-критерий Стьюдента. Достоверным считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты использования

МТ в комплексной терапии при СД 2 типа и влияние на ГИГ представлены в таблице 1.

Полученные результаты свидетельствуют о сохраняющихся достаточно выраженных морфологических изменениях в антральном отделе желудка при адекватной сахароснижающей терапии. После подбора адекватной сахароснижающей терапии с компенсацией метаболических обменных процессов определялась тенденция к повышению Г, СР и МТ во 2-й группе, но по сравнению с данными контрольной группы эти показатели оставались достоверно ($p \leq 0,05$) более низкими для Г, СР, МТ и более высоким для СТ.

Таблица 1 – Содержание ГИГ в эндокринных клетках антрального отдела желудка у больных СД 2 типа на фоне сахароснижающей терапии и после комплексной терапии сахароснижающими препаратами с мелатонином и в контрольной группе.

Гастроинтестин. гормоны	Группа № 1 СД 2 типа (n = 22)	Группа № 2 СД 2 типа (n = 26)	Группа № 3 Контроль (n=31)
	IOD (усл. ед.)	IOD (усл. ед.)	IOD (усл. ед.)
Г	127,2±18,73*	320,04±12,46*	757,78±112,332
СР	229,62±3,57**	246,31±9,7**	257,91±16,79
МТ	174,27±13,09**	181,3±0,07**	179,19±11,75
СТ	389,16±31,06**	319,62±19,89**	275,5±22,54
Г/СТ	0,32	1	2,8
СР/СТ	0,59	0,77	0,9
МТ/СТ	0,45	0,57	0,7

Примечание. В сравнении с контролем: * - $p \leq 0,01$. ** - $p \leq 0,05$.

Наблюдалось повышенное содержание внутриклеточного СТ (389,16±31,06 усл. ед. и 319,62±19,89 усл. ед. по сравнению с контролем 275,5±22,54 усл. ед. После комплексной терапии МТ достоверное ($p \leq 0,05$) повышение содержание Г, СР и даже превалирование МТ (174,27±13,09 усл. ед. и 181,3±0,07 усл. ед.) таковых в сравнении с контрольной группой (179,19±11,75 усл. ед.).

Для оценки баланса факторов агрессии и защиты СОЖ на уровне гормонального звена нами введены соотношения ГИГ/СТ, СР/СТ, МТ/СТ.

После терапии МТ наблюдается увеличение соотношения количества Г/СТ (0,32 и 1), СР/СТ (0,59 и 0,77) и МТ/СТ (0,45 и 0,57) в сравнении с группой № 1. Изменение баланса факторов агрессии и защиты СОЖ в группе № 2 приближалось к параметрам контрольной группы Г/СТ (1 и 2,8), СР/СТ (0,77 и 0,9) и МТ/СТ (0,57 и 0,7). Наблюдается превалирование гормонально опосредованных факторов защиты над факторами агрессии СО у больных СД 2 типа

после терапии МТ.

Таким образом, использование в терапии МТ способствует положительному балансу в сторону факторов защиты СОЖ над факторами агрессии за счёт повышения внутриклеточное содержание ГИГ Г, СР и МТ.

Вывод. Использование МТ в комплексной терапии (сахароснижающие препараты и МТ) по сравнению с сахароснижающей терапией способствует положительному балансу соотношения Г/СТ, СР/СТ и МТ/СТ как факторов защиты слизистой оболочки желудка на уровне гормонального звена у больных сахарным диабетом 2 типа.

Заболеваемость вирусными гепатитами в Павлодарской области

Имангазинов С.Б., Байгалиев А.А.

Актуальность проблемы обусловлена высокой инфицированностью населения в мире, длительностью течения развитием фиброза и высокой стоимостью лечения.

Цель работы:

Оценить динамику заболеваемости острыми и хроническими вирусными гепатитами в Павлодарской области в первое десятилетие XXI века.

Материалы и методы.

Материалы о заболеваемости вирусными гепатитами в 2000-2008 годах, предоставленные органами госсанэпиднадзора, были обработаны с использованием программы VS Excel. Для оценки прогноза заболеваемости использовался регрессионный анализ.

В таблице 1 приведены данные о количестве больных вирусными гепатитами.

Таблица 1. Количество больных вирусными гепатитами в Павлодарской области (2000-2008 годы)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Остр. вир. гепатиты	543	321	185	110	94	78	83	53	19
Хрон. вир. гепатиты	3	1	1	41	117	110	137	200	254

Результаты и обсуждения:

За прошедшее десятилетие в структуре заболеваемости вирусными гепатитами произошли существенные изменения.

Если в ситуации с острыми формами заболеваниями

можно утверждать о положительной динамике, то динамика заболеваемости хроническими гепатитами носит явно отрицательный характер. Показатель заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в 2003-5,4 на 100 тыс. населения, в 2004-15,6; 2005-18,6; 2006-24,3; 2007-27,2; 2008-34,4

В последние 2 года значительно выросли показатели заболеваемости хроническим гепатитом С -18,9 и 21,6 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2004 годом эти показатели выросли почти в 3 раза: 6 на 100 тыс. населения в 2004 году и 21,6 – в 2008 году. Такой рост во многом может быть связан с улучшением диагностики HCV инфекции, однако многие исследователи считают, что до 80% случаев острого гепатита С протекают без желтухи, с минимальной клинической симптоматикой и, как правило, не попадают в поле зрения врачей. Аналогичная ситуация и с хроническим гепатитом В – если заболеваемость в 2003 году 4,8 на 100 тыс. населения, то в 2008 году она выросла до 12,9 на 100 тыс. населения.

Выводы:

За прошедшее десятилетие существенно изменилась структура заболеваемости вирусными гепатитами в Павлодарской области. Преобладание острых форм уступило место хроническим вирусным гепатитам. Значительно изменилась заболеваемость хроническим гепатитом С. При сохранении существующих подходов к вопросам профилактики будет сохраняться тенденция к росту хронических заболеваний печени.

Роль *Helicobacter Pylori* и алкоголя в развитии гастродуоденальной патологии

Искаков Б.С., Жанкалова З.М.

РГП «Научный центр противомикробных препаратов», г.Алматы

КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

Цель исследования - изучение влияния инфекции *Helicobacter pylori* и систематического употребления алкоголя в развитии гастродуоденальной патологии у больных алкогольной болезнью печени (АБП).

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование 278 пациентов алкогольной болезнью печени (АБП) - мужчин – 236 и женщин 42 (15,1%). Средний возраст пациентов составил 45,7±3,4 лет.

«Алкогольный анамнез» устанавливался на основании анализа данных, проведенных по опроснику GAGE; детализации жалоб и анамнеза, наличия «алкогольных стигм» и биологических маркеров (увеличение среднего объема эритроцитов и коэффициента де Ритиса (АСТ/АЛТ), высокой активности γ-ГТГ).

У всех обследованных, наряду с клиническим обследованием, проведен анализ данных печеночных тестов, УЗИ

органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС). Определение НР проводилось с помощью уреазного теста в гастробиоптатах.

Результаты исследования. Среди Нр-положительных (29,5%) больных алкогольным стеатозом печени (АСП) наиболее часто встречался эрозивный гастрит (25,0±1,6%) и острые язвы желудка (17,9±1,2%), по сравнению с Нр-негативными пациентами (p<0,05 и p<0,001).

В группе Нр-положительных (80,2%) пациентов алкогольным стеатогепатитом (АСГ), чаще встречался эрозивный гастрит (37,0±3,1%) и острые язвы желудка (26,0±1,8%). В группе Нр-негативных больных АСГ частой формой гастродуоденальной патологии (ГДП) оказался хронический поверхностный (33,3±1,4) и эрозивный (27,8±1,7) формы гастрита. Нр-положительная и Нр-негативная форма хронического атрофического гастрита встречались у них с одинаковой частотой.