ребной формы СД типа 2 - 34,9% (30). Вместе с тем, у больных СД типа 2 наиболее часто диагностируются сопутствующие заболевания почек и мочевыводящих путей (97 больных, что составило 66,9%), также чаще у пациентов инсулинопотребной формой. Нами также констатирована, что ДН развивается на сроке от 5 до 9 лет от начала заболевания у пациентов СД типа 1, а лиц СД типа 2 – на сроке от 1 года до 10 лет течения заболевания.

При лечении наших больных учитывали тип СД и стадии ДН. При СД типа 1 на стадии микроальбуминурии с целью компенсации СД ($HBA1_c$ < 7,0%) назначали препарата инсулина короткого действия (актрапид) НМ, использовали препараты из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ): энаприлил, рамиприл в суточной дозе 25-50мг или 2,5-5,0мг. Большим СД типа 2 назначали новонорм по 4-6мг в сутки или глюренорм 60-120мг в сутки и ингибиторы АПФ.

На стадии протеинурии ДН больным СД типа 1 и типа 2 предусматривали ограничение белков животного происхождение. Пациентам СД типа 1 назначали антрапид НМ в режиме интенсивной инсулинотерапии ($HBA1_c$ < 7,0%), больным СД типа 2 глюренорм 120-150мг в сутки, диабетон МВ 30мг в сутки или новонорм по 4-6мг в сутки. Всем больным СД с ДН продолжали постоянную терапию ингибиторами АПФ, обладающими максимальным нефропротективным эффектом, с целью поддержания АД на уровне ниже 130/80мм рт.ст. подключали диротон. К лечению подключали препарат из группы гликозаминогликанов - сулодексид.

Пациентов СД типа 2 на этой стадии иногда переводили на инсулинотерапию (микстардо, монотард, антрапид НВ «Ново Нордиск»).

Лечение 13 пациентов ДН на стадии хронической почечной недостаточности. 9 больным (при СКФ 30-60мл/мин) проводилось консервативное лечение, диетотерапия с ограничением белков животного происхождения до 0,6г/кг массы тела, поваренной соли до 3г в сутки. Медикаментозная терапия проводилась препаратами инсулина (антрапид НМ), гипотензивными препаратами: ингибиторами АПФ (рамиприл, диротон), кардиоселективные бета-блокаторы (атенолол, метопролол), антагонисты кальция недигидропиридинового ряда (верапамил, изоптин), диуретики (фуросемид, индапамид). С целью коррекции дислипидемии (уремической гипертриглицеридемии) и гиперхолеринемии назначали симвастатин.

4 пациентам, у которых диагностирована терминальная стадия ХПН (при СКФ менее 15 мл/мин) лечение проводилось в отделении хронического гемодиализа Национального центра медицины. Им применялись экстракорпоральные методы очищения крови от азотистых шлаков (гемодиализ или перитониальный диализ).

Всем больным (86 человек) через 3 и 6 месяцев после курса лечения исследовали функциональное состояние почек с целью анализа эффективности проведенного лечения. Среди 56 больных СД типа 1 достигнута субкомпенсация диабета ($HBA1_c$ < 8,0%) только у 47 пациентов (83,9%). У 9 (16,1%) человек стабилизация ДН была достигнута лишь после подключения гемодиализа. В группе 30 пациентов СД типа 2, которые принимали препараты инсулина или глюренорм, ингибиторы АПФ и др., компенсация СД ($HBA1_c$ < 7,0%), и стабилизация ДН была достигнута у 16,6% (5ч) больных, у 70,0% (21) субкомпенсация ($HBA1_c$ < 8,0%) и у 13,3% (4) пациентов для достижения субкомпенсации заболевания использовался гемодиализ.

Таким образом, в условиях Крайнего Севера (на регионе Якутии) ДН является одним из наиболее тяжелым поздним осложнением СД. Профилактика развития ДН возможна только при идеальной компенсации заболевания, начиная с дебюта диабета.

Наиболее перспективным и экономичным при лечении СД в Республике Саха (Якутия) является профилактика сосудистых осложнений СД, в первую очередь ДН, которая достигается качественным метаболическим контролем СД ($HBA1_c$ ≤ 6,0%), своевременной диагностикой ДН (на стадии микроальбуминурии) и ранним назначением патогенетической терапии ДН, основанной на применении ингибиторов АПФ.

Заключение

Таким образом, на большом фактическом материале (386 человек) получены и впервые представлены в обобщенном виде данные о распространенности и клиническом течении одного из осложнений СД - ДН среди населения Республики Саха (Якутия) в условиях Крайнего Севера.

Можно констатировать следующие выводы:

1. Заболеваемость сахарным диабетом имеет тенденцию к дальнейшему росту (распространенность СД в 1984г составляла 3,1‰, а в 2002г - 11,4‰).

2. В условиях Крайнего Севера (на примере Республики Саха) ДН развивается в более молодом возрасте, спустя 3-15 лет в среднем через 9±6 лет от начала заболевания и является основной причиной инвалидизации и смертности больных СД.

РОНКОЛЕЙКИН И МАГНИТНО-ИНФРАКРАСНО-ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ХЛАМИДИОЗОМ

Гертнер Л.В., Гаврилюк В.П.,
Быстрова Н.А., Шабалин А.Р.
Курский государственный медицинский университет, Курск

В литературе отсутствует достаточная информация о схеме лечения пациентов с урогенитальной герпесвирусной инфекцией (УГВИ) в сочетании с хламидиозом (ХЛ), совместном использовании фармакологических и нефармакологических способов терапии данной патологии, хотя и существует значительное количество методов иммунокоррекции для этих форм патологии урогенитального тракта в отдельности.

Исходя из этого, целью исследования явилось изучение нарушений иммунного и цитокинового статусов на системном и местном уровнях у больных УГВИ в сочетании с ХЛ и их коррекция ронколейки-

ном и магнитно-инфракрасно-лазерной терапией (МИЛ-терапия).

Исследование проводилось на 30 пациентах областного Белгородского кожно-венерологического диспансера, в возрасте от 22 до 39 лет. Все больные по проводимому лечению были разделены на 2 группы: 1 группа получала традиционное лечение (ферментотерапия, антибиотикотерапия, гепатопротекторы, витаминотерапия, эубиотики, антимикитоки и местное лечение), во 2 группе традиционная терапия дополнялась ронколейкином (250000 ЕД подкожно в область плеча по схеме 1, 3, 5, 7, 9 день, курс – 5 инъекций) и МИЛ-терапией, проводимой аппаратом «МИЛТА-Ф-8-01» (длина волны 0,85-0,95 мкм, частота следования импульсов 50 Гц, мощность излучения светодиодов 50 мВт, магнитная индукция – 20-80 мТл, доза энергетического воздействия – 0,8-1,07 Дж/см^2, суммарное время процедуры – 10 мин, курс – 10 процедур).

У пациентов с УГВИ в сочетании с ХЛ по отношению к здоровым донорам в крови установлено снижение содержания CD3, CD4-лимфоцитов, увеличение CD8, CD22, CD95-лимфоцитов и NK-клеток, и клеток, экспрессирующих поздние маркеры активации (HLA-DR). Выявлено также увеличение в сыворотке крови концентрации IgG, M и A, резкое снижение содержания ФНОα, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-4 и интерферон-α, а в вагинально-цервикальном секрете женщин и смывах из уретры мужчин снижение ФНОα, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-4, интерферона-α по сравнению со здоровыми донорами.

Традиционное лечение больных УГВИ в сочетании с ХЛ нормализовало лишь малое число нарушенных показателей иммунного и цитокинового статусов: CD95, CD22-лимфоциты, и ИЛ-4 и ИЛ-1β на местном уровнях. При этом качество жизни улучшилось в 2 раза, индекс симптоматики (ИС) и клинический индекс (КИ) снизились соответственно в 1,8 и 1,9 раз.

Применение ронколейкина и МИЛ-терапии кроме этого нормализовало содержание CD16-лимфоцитов, IgM, содержание ИЛ-4 и повышало концентрацию в крови ФНОα, ИЛ-1β (но не до уровня здоровых доноров). На местном уровне данная схема лечения нормализует концентрацию ФНОα и ИЛ-6. Кроме этого качество жизни улучшилось в 3,1 раз, а ИС и КИ снизились в 3,5 и 2,8 раз, соответственно.

Таким образом, включение в комплексное лечение больных с сочетанной урогенитальной герпесвирусной и хламидийной инфекциями ронколейкина и магнито-инфракрасно-лазерного воздействия нормализует большее количество показателей иммунного и цитокинового статусов и улучшает качество жизни пациентов, эффективно снижая клинические проявления, по сравнению с традиционным лечением.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТРАНСФОРМАЦИЯ ЛОКАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ НЕЙРОДЕРМИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Глазунова И.Б., Силина Л.В., Завьялов А.В.
Государственный медицинский университет, Курск

Исследование качества жизни больных хроническими папулезными и зудящими дерматозами обнаружили серьезные патологические изменения, включающие нарушенную эмоциональную реактивность, нарушения сна, аппетита, вялость, проблемы на работе и в семье, социальную изоляцию. Причем эти нарушения связаны как непосредственно с самой болезнью, так и с проводимым лечением и его эффективностью.

Нами было исследовано качество жизни и изменение состояния дермы у больных диффузным нейродермитом (18 человек в возрасте от 22 до 55 лет) с частыми обострениями заболевания (3-4 в год). Больные получали общепринятое лечение (антигистаминные и десенсибилизирующие средства, детоксиканты, витамины) с сеансами транскраниальной электростимуляции (ТКЭС) и эндоназальным введением даларгина.

Клиническая оценка эффективности проводимой терапии, влияние ее на качество жизни проводилось нами при помощи различных методик (ДИШС – дерматологический индекс шкалы симптомов; ДИКЖ – дерматологический индекс качества жизни; TCS – индекс общей эффективности/степень выраженности кожного процесса).

Нами обнаружено, что у больных диффузным нейродермитом, получавших комплексное лечение, происходил интенсивный регресс эритемы, инволюция папулезных высыпаний (на 6-8 сутки терапии). Величина цифрового индекса ДИКЖ, отражающая степень влияния симптомов болезни на качество жизни больных нейродермитом весьма высока у всех больных в начале курса лечения – 26-28 (максимальный индекс равен 30 баллам). Далее, по мере проведения терапии, величина ДИКЖ снизилась до 11 баллов на 10-й день и 9 баллов на 20-е сутки лечения. Аналогичным образом снижались высокие изначально показатели индексов ДИШС и TCS.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об положительном влиянии проводимой терапии как на локальный статус дермы больных, так и на их общее состояние.