

1. Уровень ICAM-1 в сыворотке крови увеличен у пациенток, страдающих РТМ.

2. Увеличение ICAM-1 сопряжено с прогрессированием РТМ, его уровень выше у пациенток с более поздними стадиями болезни и с низкодифференцированными опухолями.

3. Возрастание ICAM-1 в сыворотке крови по мере прогрессирования опухолевого процесса свидетельствует о том, что данный показатель является прогностически значимым в дооперационной диагностике РТМ в качестве маркера опухолевого роста.

4. sICAM-1 является диагностически значимым и обладает высокой диагностической специфичностью при выявлении пациенток, страдающих РТМ III-IV стадии. Диагностическая эффективность этих показателей составляет от 72,9 % до 83,2%. Установленные пороговые значения sICAM-1 могут использоваться при клинико-лабораторной оценке степени распространенности рака тела матки на дооперационном этапе.

Литература:

1. Океанов А. Е. Статистика онкологических заболеваний / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин // Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2013. – 373 с.

2. Nakata, B. Clinical significance of serum soluble intercellular adhesion molecule 1 in gastric cancer / B. Nakata // Int. J. Oncol. – 2006. – № 6. – P. 1175-1179.

3. Kinhult, J. Increased expression of surface activation markers on neutrophils following migration into the nasal lumen / J. Kinhult // Clin. Exp. Allergy. – 2003. – Vol. 33, № 8. – P. 1141-1146.

4. Janan, M. Serum adhesion molecule-1 (ICAM-1) as a potential prognostic marker for cholangiocarcinoma patients / M. Janan // Asian Pacific J. Cancer Prev. – 2012. – Vol.13. – P. 107-114.

5. Yoo, N. C. Synchronous elevation of soluble intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1) and vascular cell adhesion molecule-1 (VCAM-1) correlates with gastric cancer progression / N.C. Yoo // Yonsei Med. J. – 1998. – № 39. – P. 27-36.

УДК 619.9.036.022.36.002.6.4

Н.А. Ярмухамедова, К.С. Джураева, Н.Т. Раббимова
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СНА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии.
Самаркандский Медицинский Институт
Самарканд, Узбекистан

N.A. Yarmuxamedova, K.S. Djuraeva, N.T. Rabbimova
Clinical features chronic hepatitis C with diabetes mellitus type II
Department of infection disease, epidemiology and dermatovenerology
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

Контактный E-mail: nargiza_ya@inbox.ru

Аннотация. Больные сахарным диабетом относятся к группе высокого риска инфицирования возбудителями вирусных гепатитов - прежде всего гепатита С. Заболеваемость острыми вирусными гепатитами при сахарном диабете при инсулинозависимых формах болезни в 8-10 раз выше, чем среди здорового населения. РНК ВГС, анти-ВГС-IgM/G в крови этих больных встречается в 3 раза чаще, чем среди населения в целом, причем имеется прямая зависимость величины этих показателей от длительности заболевания. Обращает внимание, что во многих случаях серологические маркеры вирусного гепатита С выявляются у больных, в анамнезе которых отсутствует острое заболевание с желтухой, что может свидетельствовать о склонности вирусных гепатитов при сахарном диабете к субклиническим или безжелтушным вариантам течения.

Annotation. Patients with diabetes are at high risk of infection with pathogens of viral hepatitis - especially hepatitis C. Morbidity acute viral hepatitis in diabetes when insulin-dependent form of the disease is 8-10 times higher than among the healthy population. HCV RNA, anti-HCV-IgM / G in the blood of these patients occurs 3 times more often than in the general population, and there is a direct dependence of these parameters on the duration of the disease.

The features of the clinical course of HCV on the background of type 2 diabetes is a frequent occurrence in men, the predominant age is 49 years, mainly for severe disease, more frequent presence of complaints, reflecting intoxication and cholestatic syndromes. For patients with concomitant HCV over with type 2 diabetes is characterized by the presence of the most frequent complications such as pancreatitis, cholecystitis, microangiopathy, diabetic retinopathy, neuropathy, nephropathy, the transition to cirrhosis of the liver veins of the esophagus. With increasing duration of the course of the disease on the background of type 2 diabetes increases the risk of their development.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, сахарный диабет II типа, билирубинемия, гипераминотрансферия.

Keywords: chronic virus hepatitis C, diabetes mellitus type 2, bilirubinaemia, hyperaminotransferia.

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является актуальной проблемой последних 2-х десятилетий, по данным ВОЗ в мире к настоящему

моменту насчитывается около 500 миллионов инфицированных вирусом гепатита С (HCV). К клиническим особенностям течения гепатита С следует в первую очередь отнести высокую частоту хронизации гепатита (85%), риск развития цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы и при этом длительное клинически благоприятное течение заболевания на фоне прогрессирования патоморфологических изменений в ткани печени [1,2].

Не менее серьезной медико-социальной проблемой является и сахарный диабет (СД). Сахарный диабет в начале нового тысячелетия продолжает оставаться чрезвычайно важной социальной и медицинской проблемой. В настоящее время число больных диабетом в мире превысило 382 млн. человек. Число вновь заболевших сахарным диабетом, независимо от возраста ежегодно увеличивается на 5 – 7 % и каждые 15 лет удваивается. Драматизм и актуальность проблемы определяются широкой распространенностью сахарного диабета, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных. Весомое место среди висцеральных поражений при сахарном диабете занимают изменения органов пищеварения, встречающиеся с частотой от 30 до 83 %. Эндокринная и пищеварительная системы в организме тесно взаимосвязаны. Физиологическая роль печени, поджелудочной железы и кишечника в регуляции гликемии инсулинемии общеизвестна. Кроме того, печень является одним из ведущих органов в регуляции активности инсулина, что обуславливает ее роль в патогенезе сахарного диабета, а взаимосвязь тонкой кишки и инсулинопродуцирующего аппарата поджелудочной железы получила название «энтеро-инсулярной оси». Также хотелось бы отметить, что для лечения сахарного диабета 2 типа достаточен приём сахароснижающих препаратов, которые оказывают отрицательное воздействие на печень при длительном их применении, что также усугубляет течение хронического гепатита С [3,5].

Таким образом, изучение особенностей клинического течения ХВГС на фоне сахарного диабета является актуальной с точки зрения прогноза течения заболевания, а также оптимизации лечения.

Цель исследования – выявление особенностей клинического течения у больных ХВГС на фоне сахарного диабета II типа.

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 30 пациентов, *поступивших в Областную инфекционную больницу г. Самарканда*, которые были разделены на 2 клинические группы, сопоставимые по возрасту и полу. 1 группу больных составили 15 (50 %) пациентов хроническим вирусным гепатитом С в сочетании с сахарным диабетом II типа. Основную часть этой группы (66,6 %) составили мужчины, 5 (33,3%) были больные женского пола, средний возраст больных составлял $49,0 \pm 6,0$ лет. 2 группу составили 15 пациентов (50 %) хроническим вирусным гепатитом С. В этой группе количество мужчин и женщин составили 53,3 % и 46,6 % соответственно, средний возраст $47,0 \pm 5,0$ лет.

Всем больным в динамике проводилось комплексное, включающее ежедневное наблюдение и лабораторные методы исследования, на каждого больного была заведена индивидуальная регистрационная карта. Диагноз ХВГС основывался на данных клинического анализа, результатах лабораторных, серологических и инструментальных методов исследования. Диагноз ИНСД устанавливался в соответствии с клиническими и лабораторными критериями ВОЗ, 1999 г. С целью определения уровня сахара в крови всем больным проводилось определение уровня сахара в крови натощак и после еды.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническая симптоматика заболевания у всех обследованных больных характеризовалась наличием интоксикационного синдрома, проявляющегося в основном общей слабостью, недомоганием, потерей аппетита, болью в правом подреберье и эпигастрии, тошнотой, однократной или повторной рвотой.

При анализе клинической симптоматики, нами было уделено большое внимание на тот факт, когда был установлен диагноз больному. В этой связи нами была определена длительность течения заболевания по каждой нозологии в каждой группе.

Анализируя длительность течения СД II типа, у больных 1 группы впервые выявленный СД II типа регистрировался у 20% пациентов, 1 – 3 лет у 13,3% пациентов, 3 – 6 лет у 33,3% пациентов и 6-9 лет у 5 (33,3%) пациентов, с превалированием у лиц мужского пола. Длительность ХВГС у больных 1 группы составила 1 – 3 лет у 6,66% пациентов, 3-6 лет у 20% пациентов, 6 – 9 лет у 73,3% пациентов. Таким образом, из приведенной выше таблицы следует, что чем дольше страдает пациент ХВГС и СД II типа, тем чаще наблюдаются у него осложнения.

Таблица 1

Длительность течения заболевания у больных ХВГС

Длительность течения заболевания	Мужчины	Женщины
Впервые выявлено	-	-
1-3 лет	2 (13,3%)	2 (13,3%)
3-6 лет	4 (26,6%)	3 (20%)
6-9 лет	2 (13,3%)	2 (13,3%)
Всего	8 (53,3%)	7 (46,6%)

Проведенный анализ длительности течения ХВГС у больных второй группы показал, что продолжительность заболевания 1-3 года встречалась у 26,6% пациентов, 3-6 лет у 46,6% пациентов, 6-9 лет у 26,6% пациентов, впервые выявленного ХВГС среди больных этой группы зарегистрировано не было (таблица №1).

Проведенный сравнительный анализ частоты встречаемости клинических симптомов показал, что боль в правом подреберье и эпигастрии являлась наиболее частым симптомом и встречалась в обеих исследуемых группах. Боль появлялась независимо от приема пищи и физических нагрузок. Она выявлялась при ХВГС у 53,3% больных, что оказалось реже, чем при ХВГС на

*I Международная (71 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

фоне СД II типа – 73,3% (таблица №2).

Таблица 2

Частота встречаемости основных клинических симптомов в группе
больных ХВГС на фоне СД II типа в сравнении с группой больных ХВГС

Симптомы	ХВГС на фоне СД II типа		ХВГС	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Боль в правом подреберье и эпигастрии	11	73,3%	8	53,3%
Снижение аппетита	7	46,6%	12	80,0%
Общая слабость	15	100%	11	73,3%
Тошнота	11	73,3%	11	73,3%
Рвота	9	60,0%	3	20,0%
Гепатомегалия	11	73,3%	8	53,3%
Желтушность кожи и склер	8	53,3%	5	33,3%
Потемнение цвета мочи	8	53,3%	5	33,3%
Кожный зуд	7	46,6%	5	33,3%
Жажда и сухость во рту	3	20,0%	2	13,3%
Учащенное мочеиспускание	4	26,6%	1	6,66%
Ожирение	11	73,3%	3	20,0%
Кровоточивость десен	2	13,3%	2	13,3%
Боли и онемение в конечностях	11	73,3%	1	6,66%
Нарушение зрения	8	53,3%	3	20,0%
Осложнения:				
1.панкреатит	4	26,6%	6	40,0%
2.холецистит	6	40,0%	4	26,6%
3.микроангиопатия	5	33,3%	0	0%
4.диабетическая ретинопатия	9	60,0%	0	0%
5.нейропатия	11	73,3%	0	0%
6.нефропатия	5	33,3%	0	0%
7.переход в цирроз печени	6	40,0%	2	13,3%
8.расширение вен пищевода	4	26,6%	2	13,3%

Снижение аппетита также было характерно для обеих исследуемых групп. Снижение аппетита наблюдалось при ХВГС у 80,0% больных, что оказалось значительно чаще, чем при ХВГС на фоне СД II типа – 46,6% .

Слабость в группе больных с ХВГС регистрировалась в 73,3%, что достоверно отличалось от показателей группы больных ХВГС на фоне СД II типа 100%.

У всех больных исследуемых групп нами были отмечены изменения со стороны пищеварительной системы. Так, обложенность языка с одинаковой частотой выявлялась в обеих группах больных. Тошнота в группе больных с ХВГС и ХВГС на фоне СД II типа регистрировалась у 11 (73,3%) больных. Рвота наблюдалась у больных ХВГС на фоне СД II типа у 60%, что оказалось достоверно выше в сравнении с группой больных с ХВГС 20%. Гепатомегалия характеризовалась равномерным уплотнением и увеличением паренхимы печени. Нижний край печени при этом выступал из-под реберной дуги на 1 – 4 см. контуры были сглажены, без резкой деформации. Край ровный, гладкий, пальпация печени вызывала болезненные ощущения. У больных ХВГС этот симптом встречался реже 53,3%, чем при ХВГС на фоне СД II типа – 73,3%. Желтушный синдром, клинически проявлялся пожелтением кожных покровов и склер различной выраженности и интенсивности и регистрировался при ХВГС на фоне СД II типа в 53,3% случаях, а при ХВГС – лишь в 33,3%. Потемнение цвета мочи выявлялось при ХВГС на фоне СД II типа у 53,3% больных, что оказалось чаще, чем при ХВГС – 33,3%. Кожный зуд регистрировался при ХВГС на фоне СД II типа достоверно чаще (в 46,6% случаях), чем при ХВГС - в 33,3%. Жажда и сухость во рту у больных ХВГС на фоне СД II типа выявлялась в 20% случаев, а при ХВГС в 13,3% случаев.

Учащенное мочеиспускание значительно чаще регистрировалась среди больных ХВГС на фоне СД II типа – 26,6%, в сравнении с пациентами второй группы – 6,66%.

Ожирение характеризовалось отложением жира в различных частях тела. В нашем исследовании превалировало абдоминальное ожирение различной степени выраженности и наблюдалось в основном у больных ХВГС на фоне СД II типа – 73,3%, а в группе больных ХВГС лишь у 20% больных.

Кровоточивость десен выявлялась с одинаковой интенсивностью в обеих исследуемых группах больных – у больных ХВГС на фоне СД II типа и среди пациентов ХВГС по 13,3%.

Онемение в конечностях больных сопровождалось нарушением чувствительности и болями в конечностях различной интенсивности. Так, частота выявления данного симптома превалировала в группе больных ХВГС на фоне СД II типа – 73,3%, по отношению к больным с ХВГС – 6,66%.

Нарушение зрения проявлялось снижением остроты зрения и чаще регистрировалось среди больных 1 группы – 53,3%, и было достоверно выше в сравнении с пациентами 2 группы – 20%.

Панкреатит являлся частым осложнением вирусного гепатита С. Частой жалобой больных, являлись тупые боли опоясывающего характера, икота, тошнота, рвота и расстройства стула (диарея или запор). Выявлялся этот

симптом при ХВГС у 40% больных, что оказалось значительно чаще, чем у больных ХВГС на фоне СД II типа – 26,6%.

Холецистит как осложнение ХВГС проявлялся такими симптомами, как тяжесть и тупые боли в правой подреберной области, расстройство пищеварения, отрыжка, горечь во рту, тошнота. Данное осложнение чаще выявлялось при ХВГС, протекающего на фоне СД II типа – 40% больных, что оказалось значительно реже, чем у больных ХВГС - 40%.

Микроангиопатия проявлялась болями и чувством онемения в нижних и верхних конечностях различной интенсивности. При осмотре этих больных на нижних конечностях выявлялись варикозно расширенные вены. Так, данный симптом выявлялся у больных ХВГС на фоне СД II типа – 33,3% , в то время как данный симптом не выявлялся при ХВГС. При диабетической ретинопатии поражаются кровеносные сосуды, которые питают сетчатку глаза. Диабетическая ретинопатия проявляется снижением остроты зрения или полной его утратой и была она выявлена у 60% больных 1 группы и не выявлялась у больных 2 группы. Диабетическая нейропатия у части больных проявлялась онемением, жжением и пощипыванием в конечностях, а у некоторых больных к этим симптомам прибавлялись мышечная слабость, мышечные судороги, нарушенная речь и недержание мочи. Этот симптом наблюдался у больных ХВГС на фоне СД II типа у 73,3%, а у больных ХВГС не наблюдался.

Диабетическая нефропатия при сахарном диабете развивается вследствие повреждения почечных сосудов. Опасность этого осложнения состоит в том, что долгое время остается незамеченным, поскольку клинически не вызывает у больного ощущения дискомфорта. Это осложнение было выявлено у больных ХВГС на фоне СД II типа у 33,3% больных.

Переход хронического гепатита С в цирроз печени наблюдался чаще у больных ХВГС на фоне СД II типа 40%, чем у больных ХВГС 13,3%.

Расширение вен пищевода проявлялось ощущением тяжести в груди, асцитом и патологически измененными венами на передней части брюшной стенки. Расширение вен пищевода выявлялось при ХВГС на фоне СД II типа у 26,6% больных, что оказалось значительно чаще, чем при ХВГС – 13,3%.

Выводы:

1. Особенности клинического течения ХВГС на фоне СД II типа являются частая встречаемость у мужчин, преобладающим является возраст 49 лет, преимущественно тяжелое течение заболевания, более частое наличие жалоб, отражающих интоксикационный и холестатический синдромы. Для больных с сочетанным течением ХВГС с сахарным диабетом 2 типа характерно наиболее частое присутствие таких осложнений, как панкреатит, холецистит, микроангиопатия, диабетическая ретинопатия, нейропатия, нефропатия, переход в цирроз печени и расширение вен пищевода. С увеличением длительности течения заболевания на фоне СД II типа увеличивается риск их развития.

2. Больным с ХВГС, протекающим на фоне СД II типа необходимо проводить ранний мониторинг лабораторных и клинических показателей, характеризующих развитие диабетической нефропатии синдрома «диабетической стопы», обеспечивать назначение комплекса профилактических мероприятий, направленных на их предупреждение.

3. Больным, страдающим хроническим вирусным гепатитом в целях профилактики развития СД и ранней его диагностики необходимо осуществлять тщательное наблюдение за состоянием углеводного обмена. В плане диспансерного наблюдения рекомендуется консультативный осмотр эндокринолога, а при наличии клинико-лабораторных показаний проведение исследования уровня глюкозотолерантного теста.

Литература:

1. Абдурахманов Д.Т. Хроническая HCV-инфекция// Клин, медицина. – 2002. – № 4. – С. 20 – 26.
2. Апросина З.Г. Патогенез хронического гепатита С / З.Г. Апросина, В.В. Серов // Архив патологии. – 2001. – № 2. – С. 58 – 62.
3. Аметов А.С. Инсулиносекреция и инсулинорезистентность: две стороны одной медали//Пробл. эндокринолог. – 2002. – Т. 48, № 3. – С.31-37.
4. Ахметова М.Т. Клиника вирусного гепатита у больных сахарным диабетом // Казан, мед.журн. – 1976. – Т. 57, № 4. – С. 345 – 346.
5. Заматкина Л.Ф. Эпидемиологическая и клиническая характеристика внутрисемейных очагов хронических вирусных гепатитов В и С: Дис. канд. мед наук. – Иркутск, 2003. – 135 с.
6. Кинг Г. Диабет у взрослых как новая проблема в странах «третьего мира»./ Г. Кинг, М. Риверс.// Бюллетень ВОЗ. – 2000. – № 5. – С. 3 – 8.
7. Фазылов В.Х., Созинов А.С. Хронические вирусные гепатиты В и С / Д.Ш.Еналеева, В.Х.Фазылов, А.С. Созинов // М., 2003– С. 34 – 36.