



Методы лечения больных до и после ПЛО.

Слева — исходные данные, справа — спустя год.
 I — стационарное обучение, II — амбулаторное обучение, III — контроль. *nd* — недостоверно.
 Светлый сектор — диета, заштрихованный линейками — пероральные сахаропонижающие препараты, заштрихованный точками — инсулин.

О других результатах ПЛО (влиянии ее на медико-социальные параметры, показатели поведения больных, связанного с диабетом) мы предполагаем сообщить в дальнейшем.

Высокая эффективность основанного на ПЛО терапевтического подхода к ИНЗСД заставляет искать пути более широкого ее внедрения в практику здравоохранения. Этому во многом способствует реализация Диабетологической образовательной программы для врачей-эндокринологов, проводимой с 1995 г. на базе ЭНЦ РАМН.

Выводы

1. Структурированная программа лечения и обучения является более эффективным терапевтическим подходом по сравнению с традиционным в лечении больных ИНЗСД. Применение структурированной программы позволи-

ло достоверно снизить массу тела и улучшить метаболические показатели у больных ИНЗСД, не получающих инсулина, а также поддержать достигнутый эффект в течение года наблюдения.

2. Программа, ориентированная преимущественно на немедикаментозные методы лечения, дала возможность отменить пероральные сахаропонижающие препараты примерно у 30% больных, снизить их дозу еще у 50% от числа первоначально получавших пероральную терапию, а также полностью избежать назначения инсулина в группах, прошедших обучение, что не было достигнуто при традиционном подходе.

3. Сравнение амбулаторного и стационарного вариантов обучения выявило, что первый по эффективности (степень компенсации углеводного и липидного обмена, снижение массы тела) не уступает стационарному, являясь в то же время более доступным организационно для больных и амбулаторного звена медицинской помощи, а также экономически более приемлемым для здравоохранения в целом.

4. Самоконтроль за показателями гликемии/глюкозурии, проводимый больными в соответствии с намеченной программой, способствует достижению и поддержанию у них стойкой компенсации углеводного обмена. Безопасно и обоснованно провести отмену пероральных сахаропонижающих препаратов и осуществить перевод больного на диетотерапию в амбулаторных условиях можно только при проведении больным самоконтроля углеводного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов М. Б., Суркова Е. В., Майоров А. Ю. // Пробл. эндокринологии. — 1991. — № 6. — С. 48—51.
2. *A Desktop Guide for the Management of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM): Screening, Diagnosis, Monitoring, Education, Treatment, Self-Monitoring* // European NIDDM Policy Group. — Mainz, 1993.
3. Davidson J., Van der Zwaard R., Cox C. et al. // Diabet. Care. — 1984. — Vol. 7. — P. 25.
4. Kronsbein P., Muhlhauser I., Venhaus A. et al. // Lancet. — 1988. — Vol. 17. — P. 1407—1411.
5. Scott R., Beaven D., Stafford J. et al. // Diabetes Educator. — 1984. — N 10. — P. 36—39.

Поступила 07.06.95

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1995

УДК 616.441-006.5-06:616.441-008.61]-07

А. П. Калинин, О. П. Сидорова, Т. С. Камынина

СЕГРЕГАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДИФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) — аутоиммунное заболевание, клинические проявления которого обусловлены биологическим эффектом тиреоидных гормонов и катехоламинов. Нередко он наблюдается в ряде поколений в одной

семье [2]. Учитывая наличие семейных случаев ДТЗ, нельзя исключить роль наследственных факторов в его развитии. Определение роли наследственности как одного из этих факторов включает установление модели наследования за-

Сегрегационные частоты и их оценка при гипотезе об аутосомно-доминантном и аутосомно-рецессивном наследовании ДТЗ

Тип брака родителей	Число семей	Тип наследования	Сегрегационный анализ						
			сегрегационные частоты			σ	2σ	t	p
			p	P	$p - P$				
Аа × аа	11	Аутосомно-доминантный	0,05	0,5	0,45	0,048	0,096	9,4	< 0,05
Аа × Аа	23	Аутосомно-рецессивный	0,07	0,25	0,18	0,03	0,14	6	< 0,05

Аа × Аа. Как видно, большую часть составляют семьи с 2 детьми, в пяти семьях — по 3 детей, в трех — по 4 ребенка и в трех — по 5 детей, в двух — по 7 детей и в одной 6 детей. По 1 sibсу было поражено в четырех семьях. В остальных семьях sibсы пробандов здоровы.

Наблюдаемая сегрегационная частота равна:

$$p = \frac{27 - 23}{80 - 23} = 0,07.$$

$$\sigma = 0,03.$$

$$t = \frac{0,25 - 0,07}{0,03} = 6.$$

Различие достоверно ($p < 0,05$). Таким образом, гипотеза об аутосомно-рецессивном типе наследования не подтверждается.

Следовательно, проведенный анализ семей пробандов, больных ДТЗ, не позволил выявить соответствия заболевания моногенной модели, несмотря на существование семейных случаев болезни. При этом выявлены семьи, в которых болен один из родителей и его ребенок, а также семьи с пораженными sibсами и здоровыми родителями. 32% (11 семей) составили семьи с возможным аутосомно-доминантным типом наследования. В 15% семей (4 из 34) родители здоровы, больны только sibсы. В этих семьях возможно предположить аутосомно-рецессивный тип наследования болезни. Другие исследуемые семьи представлены единичными случаями заболевания. Таким образом, семьи (11 семей из 15 семейных случаев ДТЗ), в которых вероятным является аутосомно-доминантный тип наследования, выявляются почти в 3 раза чаще.

Для сегрегационного анализа использован только метод единичной регистрации Вайнберга, так как обследованы семьи не всех пробандов, проживающих в Московской области. Хотя семьи с пораженными родителями значительно преобладают над семейными случаями заболева-

ния со здоровыми родителями пробандов, отмечаемая сегрегационная частота при типе брака родителей Аа × аа (0,05) ниже, чем при типе брака родителей Аа × Аа (0,07). Отличие от ожидаемой сегрегационной частоты также выше в семьях с предполагаемым аутосомно-доминантным типом наследования. В то же время различие между наблюдаемой и ожидаемой сегрегационной частотой статистически достоверно (табл. 3).

Выводы

1. Проведенное исследование статистически значимо подтвердило предположение о том, что ДТЗ не является моногенным заболеванием. Повидимому, он имеет мультифакториальную природу.

2. Учитывая значительное число семей с наличием заболевания у родителей и их детей, нельзя исключить роль главного гена в развитии ДТЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочков Н. П., Захаров А. Ф., Иванов В. И. Медицинская генетика. — М., 1984.
2. Потемкин В. В. Эндокринология. — М., 1986.
3. Эфроимсон В. Н. Введение в медицинскую генетику. — М., 1968.

Поступила 03.02.95

A. P. Kalinin, O. P. Sidorova, T. S. Kamynina - SEGREGATION ANALYSIS OF DIFFUSE TOXIC GOITER

Summary. The authors discuss segregation analysis of diffuse toxic goiter based on 34 histories selected for the proband. In 11 families one of the parents and the child were ill, in 23 the proband's parents were healthy. Weinberg's method of solitary registration was used. No correspondence of the monogenic model of disease inheritance was observed for families with the hypothesized autosomal dominant and autosomal recessive types of inheriting.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1995

УДК 615.31:546.15].03.07

Н. Ю. Свириденко, Н. М. Майорова, А. Н. Назаров, М. И. Арбузова, Б. П. Мищенко, Г. А. Герасимов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЙОДИРОВАННОГО МАСЛА (ЛИПИДОЛ) В РАЙОНАХ С УМЕРЕННОЙ ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

В настоящее время существует несколько альтернативных методов профилактики и лечения йоддефицитных заболеваний и эндемического зоба. С одной стороны, они предусматривают использование йодированных продуктов пита-

ния: йодированной соли, воды, хлебопекарных изделий, кормов для животных, с другой — прием лекарственных препаратов йода, таких, как антиструмин, липиодол. Последний представляет собой препарат медленно всасываемого