досуживающего фактора — ТХА2, что, вероятно, обеспечивает улучшение внутрипочечной гемодинамики и дает антипротеинурический эффект у больных с выраженной ДН.

3. Терапия глюренормом существенно не влияет на продукцию факторов, вырабатываемых эндотелием сосудов (ПГІ2 и ЭТ-1).

ЛИТЕРАТУРА

- *Лиммер Й., Кениг Э., Профозич В.* и др. // Диаб. кроат. -1992.- Т. 20, приложение 1.- С. 3-19.
- Anggard E. E. // J. Endocrinol. 1990. Vol. 127.- P. 371—
- Graven P. A., Melhem M. F., DeRubertis F. R. // Kidney int. 1992. Vol. 42. P. 937—946.

 Dahl-Jorgensen K., Brinchmann-Hansen O., Hanssen K. F. et al. // Brit. med. J. 1986. Vol. 293. P. 1195—1199.
- Hasslacher Ch., Ritz E., Wahl P., Michael C. // Nephrol. Dial. Transplant. 1989. Vol. 4. P. 859—863.
- Koss F. W., Kopitar Z., Hammer R. // Diab. Croat. 1976. Vol. 5. P. 355—371.
- Lecrubier C., Samama M. // Vascular Complications of Diabe-
- tes. 1994. P. 9—21.

 Takahashi K., Ghatei M., Lam H.-C. et al. // Diabetologia. 1990. Vol. 33. P. 306—310.

Viberti G. C. // Current Therapy in Nephrology and Hypertension / Ed. R. Glassock. — Toronto, 1987. — P. 109—113.

Поступила 12.09.95

M.V. Shestakova, M.Sh. Shamkhalova, T.Yu. Ukhanova, M.G. Ryndina, I.I. Dedov - GLURENORM IN DIABETIC NEPHROP-ATHY: EFFECTS ON RENAL FUNCTION AND VASCULAR **ENDOTHELIUM**

Summary. Study of the effects of glurenorm, an oral sugarreducing drug, on renal function and vascular endothelium in patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus at different stages of diabetic involvement of the kidneys, including those with chronic renal insufficiency, revealed that glurenorm in therapeutic doses had no nephrotoxic effect; moreover, it maintained the filtration function of the kidneys even in patients with the initial stage of chronic renal insufficiency (with blood serum creatinine of up to 200 mmol/liter. Therapy with glurenorm for 3 and 6 months caused a reliable reduction of the production of thromboxane A, a vasoconstrictor, this probably improving the intrarenal hemodynamics, and exerting an antiproteinuric effect in patients with manifest diabetic nephropathy. At the same time, glurenorm therapy did not appreciably influence the production of factors released by vascular endothelium (prostacyclin and endothelin-1). Hence, a detailed study of renal function and vascular endothelium in patients with type II diabetes demonstrated that administration of glurenorm to patients with manifest renal involvement was not only safe, but even favorably affected the intrarenal hemodynamics and had an antiproteinuric effect.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.379-008.64-082

Е. А. Жук, В. А. Галенок, Н. И. Селезнева, Т. А. Анисимова, Т. А. Мефодьева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБШЕЕВРОПЕЙСКОЙ ПРОГРАММЫ "ДИАБКЭА" ("DIABCARE") У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НОВОСИБИРСКЕ

Кафедра внутренних болезней с пропедевтикой внутренних болезней (зав. - проф. В. А. Галенок) педиатрического факультета Новосибирского медицинского института, муниципальная городская клиническая больница № 1 (главный врач В. Ф. Коваленко), муниципальная городская больница № 14 (главный врач Г. Ю. Лоскутников), Новосибирск

Сахарный диабет (СД) является одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины, что обусловлено его широким распространением, клиническим полиморфизмом, тяжестью осложнений. СД при отсутствии хорошо организованной медицинской и социальной помощи больным ведет к ранней инвалидизации, повышению летательности и сокращению ожидаемой продолжительности жизни. В промышленно-развитых странах частота выявления СД в популяции составляет 4-5%. Распространенность СД увеличивается во всех странах мира [1]. Пятая часть популяции больных страдает СД І типа (инсулинзависимым).

В 1989 г. ВОЗ и Международная диабетическая федерация на встрече в Сен-Винсенте при участии Европейской ассоциации по изучению СД приняли декларацию по оказанию помощи больным с этим заболеванием. На основе декларации была разработана программа "Диабкэа" ("Diabcare"). Для ориентировочной оценки проблемы в разных странах Европейским региональным бюро ВОЗ предложен макет информационного листа о больном СД.

Целью настоящего исследования было выявление особенностей клинической феноменологии СД І типа, состояния служб здравоохранения для выработки оптимально возможных решений, которые позволят в условиях нестабильной социально-экономической ситуации определить пути и средства решения задач, выдвинутых Сен-Винсентской декларацией и Федеральной программой по СД.

Для этого предложенный Европейским региональным бюро ВОЗ информационный лист был адаптирован к местным условиям жизни и особенностям клинического течения СД І типа. Проведен анализ течения диабета за последние 12 мес. Адаптированный информационный лист включал сведения о больном (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения), длительности заболевания и лечения (соблюдение диеты, прием таблетированных сахарпонижающих препаратов и инсулина, дозы короткодействующих и пролонгированных инсулинов, частота инъекций препарата в сутки, пользование шприц-ручкой). Отмечались причина настоящей госпитализации, антропометрические и биохимические показатели крови в динамике, наличие и выраженность изменений со стороны глазного дна, функции почек, стопы, сердечно-сосудистой, нервной и половой систем как наиболее частые проявления диабетических ангиопатий. Выявляли наличие за последние 12 мес у больного комы, частоту госпитализаций по поводу СД или других причин и их продолжительность. У женщин отмечали количество беременностей в анамнезе и их исходы. Оценивали факторы риска и их характер. Уточняли частоту проводимого самоконтроля за течением

Частота (в %) разных видов самоконтроля у больных СД I типа

Показатель	Самоконтроль			
	ежедневно	1—2 раза в неделю	1 раз в месяц	реже 1 раза в месяц
Гликемия		-	65,0	35,0
Глюкозурия	8,9	5,3	50,8	35,0
Ацетонурия	15,3	41,6	7,1	35,0

СД и степень знакомства больного с проблемами диабетологии.

Материалы и методы

Методом случайной выборки проанализировано течение и лечение болезни у 190 больных СД I типа, поступавших в эндокринологические отделения муниципальной городской клинической больницы № 1 и муниципальной городской больницы № 14 Новосибирска. 54,2% больных были мужского, 45,8% — женского пола. Возраст больных колебался от 2 до 62 лет (средний возраст $26,12\pm1,31$ года), продолжительность заболевания - от впервые выявленного до 42 лет (средняя длительность $7,51 \pm 0,62$ года).

Результаты и их обсуждение

Установлено, что лечение участвовавших в анкетировании больных включало диету с более или менее частыми ее нарушениями и инсулинотерапию. Сахарпонижающие таблетированные препараты из группы производных сульфонилмочевины в течение первых нескольких месяцев после манифестации диабета принимали 3,1% больных, в последующем все пациенты были переведены на инъекции инсулина.

Доза инсулина перед поступлением в стационар составляла в среднем 0.66 ± 0.02 ЕД на 1 кг массы тела. При этом не выявлено различий в величине дозы в зависимости от длительности болезни, особенностей течения СД за последний год, проведения или отсутствия самоконтроля. Следует, однако, отметить, что хорошего самоконтроля за течением диабета не выявлено ни в одном случае. Установлено, что у больных, получающих базис-болюсную инсулинотера- пию (23,2% случаев), суточная доза инсулина была выше $(0.76 \pm 0.04 \text{ EД})$ на 1 кг массы тела; p < 0.05), чем у больных (43,2% случаев), принимающих препарат по традиционной схеме (0.62 ± 0.02) ЕД на 1 кг массы тела). К данным результатам следует относиться критически, учитывая, что больные обеих групп поступали в стационар по поводу декомпенсации СД. 15,2% больных получали только 2 инъекции, а 5,8%-1 инъекцию инсулина в сутки. Только пролонгированный инсулин по 1 или 2 инъекции использовали 7,5% больных. Шприц-ручкой пользовались в течение последних лет 70,1% больных СД І типа.

В 13,1% случаев причиной настоящей госпитализации был впервые выявленный СД, в 86,9% - декомпенсация заболевания. У 9 (5,2%) больных госпитализации предшествовала кетоацидотическая кома, у 1 (1,6%) течение СД ухудшилось на фоне беременности, у 20 (12,1%) госпитализация была необходимой в связи с беспокоящими пациентов симптомами осложнений СД.

Распространенность диабетических микроангиопатий у проанкетированных больных была высокой. Установлено наличие изменений со стороны нервной (62,1% больных), сердечно-сосудистой системы (48,9%), глаз (45,8%), почек (31,1%), cton (1,1%). B 1/3 случаев у мужчин наблюдалась эректильная импотенция, резистентная к проводимой терапии.

Из 63 женщин в возрасте старше 18 лет не было беременностей у 74,3% больных, имели беременность на фоне СД 25,7% женщин. В 60% случаев беременность закончилась абортом по медицинским показаниям и лишь в 1/4 случаев — родами.

Давность последнего биохимического исследования у госпитализированных больных была от 3 мес до 3 лет. При этом во всех случаях биохимический анализ проводили во время последней госпитализации, но не амбулаторно.

Течение СД за последние 12 мес сопровождалось возникновением кетоацидотических или гипогликемических ком у 20,1% больных. Кроме того, у 34,2% больных отмечены неоднократные повторные госпитализации в эндокринологические или (реже) в другие специализированные отделения. Несмотря на это, настоящая госпитализация была обусловлена декомпенсацией СД.

44,1% больных имели группу инвалидности по СД, в том числе у 80 (42,1%) человек была II группа, у 3 (1,5%) — III группа и у 1 (0,5%) — I

группа инвалидности.

Факторы риска, усугубляющие течение заболевания, выявлены у 41,1% больных: у 56,4% — курение, у 10,3% злоупотребление алкоголем, у 17,9% хронический панкреатит, у 2,6% нарушения питания. Чаще факторы риска наблюдались еще до манифестации СД у больных. В 70,1% случаев факторы риска у больного наблюдались в сочетаниях друг с другом.

Самоконтроль за течением СД не проводили 35% больных. У остальных пациентов он был формален и неинформативен. Результаты самоконтроля больных СД представлены в таблице.

С вопросами валеологии и особенностями диеты при лечении СД I типа были ознакомлены 100% больных, знания по самостоятельному изменению дозы инсулина получали 87,9%, навыки по профилактике осложнений диабета — 46,3%, по уходу за стопами — 31,1% больных. Однако необходимо отметить, что поведение больных и характер течения СД свидетельствовали о полном отсутствии этих знаний у больных; только 14,7% пациентов являлись членами Общества больных СД.

Анализ диабетологической помощи в Новосибирске свидетельствует о необходимости иной системы работы с больными этого профиля. Обращает на себя внимание неумение больными использовать на практике получаемые сведения о своем заболевании, отсутствие внутренней мотивировки к здоровому образу жизни. СД является патологией, при которой необходимо участие самого больного в лечебном процессе. Поэтому велико значение создания школ с программами обучения больных этого профиля.

Больные СД нуждаются в средствах самоконтроля (тест-полоски для определения гликемии, глюкозурии, порошки или таблетки для выявления наличия ацетона в моче), иначе навыки по их применению, полученные при обучении больного, остаются невостребованными. Это в свою очередь способствует отказу больных от осуществления и других врачебных рекомендаций (диетических, профилактических, профессиональных и

др.).

Настоящий анализ выявил, что большинство больных СД I типа практически постоянно находятся в стадии декомпенсации заболевания. Об этом свидетельствуют частые повторные их госпитализации, высокая частота диабетических микроангиопатий, нарушения репродуктивной функции, повышенный уровень инвалидизации. Декомпенсация обусловлена в том числе и слабым поликлиническим контролем за больными, отсутствием средств самоконтроля, а также социально-экономическими факторами, способствующими постоянному стрессовому воздействию на больного, нарушению диеты, частой вынужденной смене типа инсулинов, иногда без должного подбора дозы препаратов.

Высокая распространенность диабетических осложнений требует объединения в лечебном процессе усилий диабетологов с окулистами, нефрологами, невропатологами, акушерами-гинекологами, урологами. При СД I типа наблюдаются личностные изменения, происходит формирование акцентуированной на своей болезни личности. Это определяет особенности лечения таких больных и делает необходимым участие в лечении психолога, а иногда психотерапевта.

Практически решить этот вопрос можно путем создания диабетического центра, где бы проводилась целенаправленная и разносторонняя работа с больными СД I типа, а именно скрининг населения, постановка больных на диспансерный учет, консультативная помощь, контроль за лечением, обучение больных, профилактика и ранняя диагностика заболевания.

Актуальным является также перевод больных на базис-болюсную инсулинотерапию, обладающую преимуществами перед традиционной схемой лечения инсулином.

Важен и вопрос повышения квалификации врачей, работающих с больными СД I типа. Специализация в ведущих диабетологических клиниках, участие в работе Городского общества врачей-эндокринологов, стажирование на рабочих

местах повышают качество оказываемой медицинской помощи.

Таким образом, для улучшения медико-социальной помощи больным СД I типа необходимы кардинальные изменения инфраструктуры медицинской помощи [2]. Основными направлениями в развитии системы здравоохранения должны стать приоритетность профилактических программ, ответственность больного за свое здоровье, а общественных и государственных структур — за охрану и укрепление здоровья населения [2]. Конечно, улучшение медико-социальной помощи, в том числе и для больных СД I типа, требует больших экономических затрат.

Выводы

- 1. Среди больных СД I типа преобладают пациенты в стадии декомпенсации.
- 2. Достичь эффективности лечения больных СД I типа возможно через привлечение пациентов к участию в лечебном процессе.
- 3. В связи с распространенностью диабетических осложнений больные СД I типа должны наблюдаться в диабетологических центрах, где возможно объединение усилий врачей-диабетологов с врачами других специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкии М. И. // Тер. арх. — 1993. — № 10. — С. 4—9.

2. Лисицып Ю. П. // Врач. — 1994. — № 5. — С. 2—4.

Поступила 30.05.95

Ye.A. Zhuk, V.A. Galenok, N.I. Selezneva, T.A. Anisimova, T.A. Mefodyeva - EXPERIENCE GAINED WITH APPLICATION OF THE ALL-EUROPEAN PROGRAM "DIABCARE": SUMMING UP THE STUDIES AND TREATMENT OF DIABETICS IN NOVOSIBIRSK

Summary. Analysis of clinical features of type I diabetes mellitus and of the status of health services using the chart of Diabeare, an All-European Program, demonstrated that the system of following up such patients is to be altered. The infrastructure of medicare is to be changed, schools are to be set up for training diabetics, diabetological centers organized, patients be provided for with means of automonitoring, and insulin supply be stable.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.379-008.64-06:616.12-008.331.1]-07:[616.152:541.135]+616. 632

Е. Н. Мельчинская, Н. И. Громнацкий, В. И. Вишневский

ВЛИЯНИЕ ФИНОПТИНА НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. — проф. Н. И. Громнацкий) Медицинского университета, Курск

Рациональную терапию сердечно-сосудистой патологии, часто сопутствующей сахарному диабету (СД), следует проводить с учетом характера влияния медикаментозных препаратов на состояние электролитного обмена.

В последние годы внимание исследователей все больше привлекает характер действия антагонистов кальция на метаболизм электролитов. В литературе имеются сообщения, посвященные этой проблеме, однако они немногочисленны и неоднозначны. Так, применение антагонистов

кальция сопровождалось снижением концентрации калия в плазме и повышением — в эритроцитах [4, 7]. В то же время содержание данного электролита не изменялось при назначении изоптина [3]. В экспериментальных условиях было выявлено повышение уровня внутриэритроцитарного натрия после однократного приема изоптина [4]. При применении верапамила не отмечалось сдвигов в содержании общего и ионизированного кальция в плазме [9]. Наряду с этим имеется сообщение [8] о повышении уровня ионизирован-