

особенно ярко это проявляется у мальчиков, которые в меньшей степени склонны общаться в кругу сверстников, чем девочки, общение со сверстниками становится менее насыщенным, с возрастом эта тенденция усиливается, что может оказывать неблагоприятное влияние на их социальную адаптацию. Насыщенность общения является условием эмоционального благополучия подростков с СД, особенно у девочек, именно благодаря этому, возможно, девочки легче преодолевают ограничения и трудности, связанные с болезнью.

ОБОСНОВАНИЕ САНАЦИИ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА

Вырмаскин С.И., Кириллова В.П., Федорина Т.А., Трунин А.А., Слесарев О.В.

Самарский городской центр оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом; ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

e-mail: virmaskin_s@mail.ru

Цель исследования — обосновать применение эрбиевого лазера в алгоритме комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. Для оценки состояния пародонта при хронических воспалительных заболеваниях полости рта (хронический гингивит, хронический пародонтит, хронический периодонтит, кисты челюстей) у пациентов с СД при обработке операционного поля эрбиевым лазером проведено морфологическое исследование биоптатов десны, забранных при проведении и в различные сроки после лечения. Общее количество наблюдений с применением морфологического метода составило 34 пациента с СД1 и СД2 с сочетанными очагами хронической инфекции в полости рта. Материал был разделен на две группы: 1-я представляла собой ткани десны, взятые у пациентов, прошедших стандартный курс лечения с применением хирургических операций с помощью скальпеля, 2-я — ткани десны, полученные после обработки очагов воспаления эрбиевым лазером. В каждой группе материал исследовали сразу после обработки, через 7—10 дней и 1—3 мес после лечения. Материал исследовали в световом микроскопе, общий объем проведенного исследования составил 136 гистологических препаратов. Наряду с описательной микроскопией морфологических исследований использовали морфометрические методики.

Результаты исследования. На этапе начального лечения клиническая и морфологическая картина соответствовала выраженному хроническому воспалительному процессу с наличием нарушений пролиферативно-репаративных взаимоотношений, нередко с признаками обострения, появлением экссудативно-некротических реакций со специфическими поражениями микроциркуляторного русла. Хирургический юретаж или стандартные хирургические операции с применением скальпеля при лечении хронических заболеваний пародонта на фоне СД и наличия диабетической микроангиопатии не приводят к существенному стиханию хронического воспалитель-

ного процесса. Морфологическая картина тканей десны у пациентов с СД1 и СД2 через 3 мес после лечения, по разработанному алгоритму с применением лазерного воздействия, соответствовала обычному строению слизистой оболочки с восстановлением эпителиально-стромальных соотношений и нарастанием фиброза без отчетливых признаков воспаления.

Вывод. Морфологические исследования подтверждают клиническую эффективность применения эрбиевого стоматологического лазера в лечении заболеваний пародонта у больных СД. Использование лазерных технологий заложено в основу разработанного многоэтапного алгоритма лечения этой группы пациентов. Применение эрбиевого лазера в сочетании с традиционными методами санации очагов воспаления в полости рта приводит к стойкому положительному результату и улучшению качества жизни больных СД.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Герус А.Ю., Каширина Е.Ж., Маклакова Т.П., Брызгалова С.М., Бичан И.В.*, Гамидова И.И.*, Шепель Т.Т.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей»; Муниципальная городская клиническая больница №1, Новокузнецк

e-mail: nikolai@zaoproxy.ru, e-mail: yana.khudyakova@ru.netgrs.com

Цель исследования — изучить течение тяжелого тиреотоксикоза у молодых пациентов.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни больных диффузным токсическим зобом, тиреотоксикозом, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии №2, ГКБ №1 с 2010 г. и по настоящее время. Общая выборка больных составила 186 человек (76 мужчин и 110 женщин, средний возраст $6,55 \pm 25,5$ года). Всем проводилось антропометрическое исследование, УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, ЭхоКГ исследование, определение холестерина, глюкозы крови, при необходимости глюкозотолерантный тест, а так же определялись показатели ТТГ и св. Т₄. Тяжелый тиреотоксикоз устанавливался на основании наличия синдрома тиреотоксического сердца, снижение массы тела более чем на 15% от исходного, наличия тиреогенного диабета. За молодой возраст принят возраст от 18 до 44 лет.

Результаты исследования. По результатам исследования (59 человек (13 мужчин и 46 женщин; средний возраст $34,5 \pm 9,4$ года)) доля молодых пациентов составила в выборке 31,7%. Нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий тахисистолической формы выявлено у 29 человек с показателями ТТГ $0,004 \pm 0,01$ и св. Т₄ $59,4 \pm 14,3$. Стаж тиреотоксикоза у больных с аритмией от 3 мес до 14 лет. На фоне проводимой тиреостатической и метаболической терапии в стационаре восстановление синусового ритма наблюдалось у 5 человек.

Тиреогенный СД диагностирован у 10 человек, из них инсулин получали в качестве монотерапии 2 человека, в качестве дополнения к таблетированной — 3, остальные больные принимали таблетированные сахарснижающие препараты.

Значительного снижения массы тела у молодых пациентов не наблюдалось.

Вывод. Среди молодых пациентов, страдающих диффузным токсическим зобом, определяется большой процент больных тяжелой формой заболевания. Наиболее часто встречается тиреотоксическое сердце и нарушение углеводного обмена.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА

Гиниятуллина Е.Н., Есаян Р.М., Колегаева О.И.,
Торшхоева Х.М., Ткачева О.Н.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва

e-mail: torie17@yahoo.com, e-mail: katarina.fin@gmail.com

Известно о неблагоприятном влиянии гестационного сахарного диабета (ГСД) на организм матери и плода. Распространенность ГСД варьирует в разных странах от 1 до 14% в общей популяции в зависимости от численности населения и видов диагностики данного заболевания. Распространенность и заболеваемость ГСД в нашей стране неизвестна, так как эпидемиологические исследования в соответствии с международными стандартами изучения этой проблемы не проводились. В связи с этим на базе ФГУ Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова группой терапевтического отделения в период с декабря 2009 г. по апрель 2010 г. было проведено межцентровое эпидемиологическое исследование.

Цель исследования — выявление наиболее значимых для развития ГСД факторов риска и определение заболеваемости ГСД.

Материал и методы. За 3 мес были обследованы 153 беременные женщины. Число женщин с высоким риском развития ГСД составило 90 (59%) человек, со средним — 55 (36%) и с низким — 8 (5%). Всем женщинам с низким и средним риском развития ГСД был проведен в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999) оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с 75 г глюкозы (венозная плазма) на сроке 24–28 нед беременности. Беременным с высоким риском развития ГСД ОГТТ с 75 г глюкозы проводился в момент первого обращения в перинатальный центр. При отсутствии нарушения углеводного обмена при первом тестировании в группе высокого риска и всем остальным беременным, ОГТТ с 75 г глюкозы проводился так же на сроке 24–28 нед.

Результаты исследования. Диагноз ГСД был выявлен у 41 (26,7%) из 153 обследованных беременных женщин. Из них 28 (68%) женщин имели высокий риск развития ГСД, 12 (29%) — средний и 1 (2%) — низкий. У женщин с ГСД в группе низкого и среднего риска глюкоза венозной плазмы натощак составила $4,6 \pm 0,9$ ммоль/л по сравнению с $4,6 \pm 0,6$ ммоль/л у женщин без ГСД ($p=0,005$), 2-часовая глюкоза составила $8,9 \pm 0,9$ и $5,8 \pm 1,2$ ммоль/л соответственно ($p=0,001$). У женщин с ГСД в группе высокого риска 2-часовая глюкоза составила $8,3 \pm 1,4$ ммоль/л по сравнению с $5,5 \pm 1,2$ ммоль/л у женщин без ГСД ($p=0,001$). У 45,2% женщин с ГСД по сравнению с 26,3% без такового родственники имели СД ($p=0,024$). В осталь-

ном достоверных статистических различий в группах выявлено не было.

Вывод. Сама по себе беременность является фактором риска развития СД. Таким образом, ОГТТ с 75 г глюкозы необходимо проводить всем беременным женщинам независимо от факторов риска.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Гома Т.В., Хамнуева Л.Ю., Орлова Г.М.

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»

e-mail: tanyagoma@mail.ru

Цель исследования — изучить параметры эхокардиографии (ЭхоКГ) у больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ) с фибрилляцией предсердий (ФП) и их связь с показателями липидного спектра, характеристиками ДТЗ.

Материал и методы. ФП диагностирована у 13 больных ДТЗ (1-я группа): 5 (38,5%) мужчин и 8 (61,5%) женщин, медиана возраста — 47,0 лет (42,0; 53,0). Из них у 3 (23,1%) больных выявлена пароксизмальная, у 9 (69,2%) больных — постоянная тахисистолическая, у 1 (7,7%) — постоянная нормосистолическая форма. Группа сравнения (2-я группа) сформирована из 17 больных ДТЗ без клинически значимых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы: 16 (94,1%) женщин, 1 (5,9%) мужчина, медиана возраста — 37,0 лет (29,0; 50,0). Уровень свободного T_4 у больных с ФП был выше (39,6 (33,1; 61,0) и 13,2 (7,5; 15,3) пмоль/л; $p<0,001$), группы не отличались между собой по возрасту, уровню ТТГ, длительности течения ДТЗ (8,0 лет (2,0; 14,0) и 4,0 (1,5; 8,0) соответственно; $p>0,05$) и числу рецидивов тиреотоксикоза (3,0 (2,0; 10,0) и 3,0 (2,0; 5,0); $p>0,05$). Всем больным определены показатели липидограммы, проведена ЭхоКГ по стандартной методике. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 6.0 for Windows.

Результаты исследования. У больных ДТЗ 1-й группы размеры левого предсердия (ЛП — 4,9 см (3,9; 5,7) и 3,2 (2,8; 3,5) см; $p=0,001$), правого предсердия (ПП — 5,2 см (4,0; 5,8) и 3,0 см (2,8; 3,1; $p<0,001$), правого желудочка (ПЖ — 3,5 см (3,2; 3,9) и 2,6 см (2,4; 2,9), $p=0,001$), конечный систолический размер (КСР — 3,5 см (2,8; 3,8) и 2,8 см (2,7; 3,0), $p=0,02$), расчетное давление в правом желудочке (рПЖ — 40,0 мм рт.ст. (31,5; 47,5) и 21,0 мм рт.ст. (20,0; 35,0; $p=0,005$) были больше, чем во 2-й группе, а фракция выброса (ФВ, 60,5% (59,5; 66,0) и 69,0% (64,0; 72,0; $p=0,007$) ниже.

При сравнении показателей липидограммы у больных 1-й группы обнаружено снижение уровней общего холестерина (ОХС — 2,8 ммоль/л (2,4; 3,7) и 4,7 ммоль/л (3,4; 6,0) ммоль/л; $p=0,001$), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП — 0,8 ммоль/л (0,7; 1,0) и 1,3 ммоль/л (1,1; 1,9) ммоль/л; $p=0,003$) и низкой плотности (ХС ЛПНП, 1,3 ммоль/л (1,2; 2,0) и 2,2 (1,9; 3,3; $p=0,007$) по сравнению с аналогичными показателями во 2-й группе больных ДТЗ.