

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.

У больных ДТЗ с ФП выявлены положительные корреляционные связи между количеством рецидивов тиреотоксикоза и размерами ПЖ ($r=0,59$; $p=0,03$), рПЖ ($r=0,68$; $p=0,02$), размерами ЛП и уровнем ХС ЛПНП ($r=0,71$; $p=0,04$), ФВ и уровнем ХС ЛПВП ($r=0,81$; $p=0,03$).

В общей группе больных выявлены корреляционные связи средней силы между ФВ и уровнями ХС ЛПВП ($r=0,65$; $p=0,001$) и ХС ЛПНП ($r=0,64$; $p=0,002$).

Вывод. У больных ДТЗ с ФП по сравнению с больными без клинически значимого поражения сердечно-сосудистой системы отмечается расширение полостей сердца, развитие легочной гипертензии, снижение фракции выброса. Эти изменения ассоциированы с изменением показателей липидного спектра, частотой рецидивов тиреотоксикоза.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АССОЦИАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ МИКОПЛАЗМОЙ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИММУННОГО ОТВЕТА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Гончарова О.А., Караченцев Ю.И.¹, Ильина И.М.¹

Харьковская медицинская академия последипломного образования; ¹ГУ Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМНУ Харьков, Украина

e-mail: oa_goncharova@mail.ru

Цель исследования — установить наличие и характер ассоциативных связей между микоплазмой (Мп) и компонентами клеточного и гуморального иммунитета у женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Материал и методы. У 55 женщин с АИТ (29 в возрасте 31,41±0,82 и 26 — 51,38±0,46 года), а также у 19 женщин без тиреопатологии (9 в возрасте 31,67±1,0 и 10 — 50,80±0,69 года) иммуноферментным методом исследовали уровни IgG к Мп (норма — до 0,288 г/л). У женщин с АИТ также исследован иммунофенотип лимфоцитов на основе кластерных антигенов к CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD21+, CD95+; определены уровни антител (АТ) к тиреоглобулину (ТГ) и тиреопероксидазе (ТПО). Рассчитан иммунорегуляторный индекс супрессии (ИРИ). Корреляционный анализ проведен по методу Пирсона.

Результаты исследования. Частота повышения IgG к Мп у женщин без АИТ составила 33,3% в репродуктивном и 30,0% в постменопаузальном периоде, а на фоне АИТ — 20,7 и 19,2% соответственно, т.е. возрастной фактор и наличие АИТ достоверно не влияли на этот показатель. Уровень IgG к Мп также достоверно не отличался в возрастном аспекте в группах с АИТ (0,26±0,09 г/л в репродукции против 0,23±0,11 г/л в постменопаузе) и без тиреопатологии (0,17±0,05 против 0,44±0,14), а также в каждом возрастном периоде в зависимости от наличия или отсутствия АИТ. У женщин с АИТ состояние клеточного звена иммунного ответа характеризовалось достоверно меньшим уровнем в постменопаузе CD3+ и CD4+ ($p<0,01$). При этом уровни CD3+ в обеих группах были в пределах нормы, а CD4+ в репродуктивном периоде превышали ее на 9,1%. Уровни CD8+ достоверно не различались между возрастными группами, но были ниже нормы на 15,5%, в репродуктивном на 6,7% — в постмено-

паузальном периоде. ИРИ супрессии превышали норму в обеих группах, что свидетельствовало о характерном для АИТ нарушении хелперно-супрессорного соотношения. Уровни CD95+ (маркер Fas-опосредованного апоптоза) в обеих возрастных группах превышали верхнюю границу нормы (18,06±1,83% в репродукции и 21,05±2,25% в постменопаузе при норме 0—15%). Состояние гуморального иммунитета характеризовалось повышением в обеих возрастных группах АТ к ТГ и более выраженного — АТ к ТПО. Достоверная корреляция между IgG к Мп и компонентами Т-клеточного иммунитета ни в одной возрастной группе не выявлена. В то же время только в репродуктивном периоде имела место достоверная прямая корреляция IgG к Мп с CD21+ ($r=0,456$; $p<0,05$) и CD95+ ($r=0,456$; $p<0,05$), а в постменопаузе — прямая достоверная корреляция с АТ к ТГ ($r=0,867$; $p<0,01$).

Вывод. У женщин с аутоиммунным тиреоидитом возрастной фактор играет существенную роль в характере ассоциативных связей между одноклеточным грамотрицательным микроорганизмом микоплазмой и отдельными показателями иммунного ответа, не включающими компоненты Т-клеточного ответа.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОФЛАВИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Горшков И.П., Волюнкина А.П., Золоедов В.И.

Кафедра эндокринологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

e-mail: ivan.gorshkov@mail.ru, e-mail: en-do@yandex.ru

Нарушение углеводного обмена, способствующего развитию оксидативного стресса, относят к наиболее частой причине дисметаболической нейропатии. В дебюте сахарного диабета (СД) 2-го типа (СД2) патологические изменения чувствительности выявляются более чем у 25—30% больных.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность применения цитофлавина, корригирующего оксидативный стресс, в лечении больных СД2, осложненным диабетической полинейропатией (ДПН).

Материал и методы. В исследование были включены 56 больных (30 (54%) женщины, 26 (46%) мужчин, средний возраст 53,5±1,0 года, средняя длительность заболевания СД — 5,7±0,3, ДПН — 4,8±0,3 года) СД2 средней степени тяжести с ДПН. Всем больным проводилась базисная пероральная комбинированная гипогликемизирующая терапия. В зависимости от вида дополнительной терапии больные были разделены на две группы: 1-я группа — 29 пациентов (контроль), 2-я группа — 27 получали дополнительно внутривенно 20 мл цитофлавина, растворенного в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия в течение 14 дней. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, стажу СД, ДПН. Для исследования ДПН применяли следующие методы: оценка неврологических симптомов по шкале NSS и интенсивности их выраженности по шкале TSS, тактильной чувствительности 10 г монофиламентом Semmes—Weinstein 5.07; порога болевой чувствительности при помощи ручки Neuropen; температурной чувстви-