

тельности с помощью термического прибора Thip-term; порога вибрационной чувствительности градуированным камертоном Rydel-Syfel 128 Гц; ахиллова и коленного рефлексов неврологическим молоточком. Чувствительность определялась в зонах, согласно протоколу расчета шкалы невропатического дисфункционального счета NDS, с последующим вычислением индекса NDS и индекса нейропатической боли по шкале DN4. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2007 («Microsoft») и Statistica 8.0 («StatSoft, Inc.»), исследуемые показатели приведены в виде $M \pm m$, для сравнения использовали критерий Уилкоксона (W) и U-критерий Манна—Уитни (U), критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Выявлено, что у больных 1-й группы существенно уменьшались величины индексов нейропатического статуса NSS и DN4 на 10,5 и 16,8% соответственно (W, $p < 0,05$); у пациентов 2-й группы отмечалось достоверное изменение значений индексов нейропатического статуса: NSS — на 17%, TSS — на 13,1%, NDS — на 10,3%, DN4 — на 24,7% (W, $p < 0,05$). По сравнению с больными контрольной группы у пациентов основной группы наблюдалось достоверно значимое (U, $p < 0,05$) изменение параметров нейропатического статуса ДПН: в 1-й группе индекс NSS составил $8,2 \pm 0,13$, TSS — $9,5 \pm 0,25$, NDS — $17,1 \pm 0,44$, DN4 — $6,1 \pm 0,14$; во 2-й группе индекс NSS — $7,6 \pm 0,07$, TSS — $8,8 \pm 0,15$, NDS — $15,8 \pm 0,42$, DN4 — $5,6 \pm 0,15$ баллов соответственно.

Вывод. Достижение компенсации углеводного обмена в сочетании с комплексными антиоксидантами снижает вероятность прогрессирования ДПН. Комплексная терапия с включением в нее цитофлавина существенно уменьшает выраженность нейропатических проявлений ДПН, а также замедляет прогрессирование ДПН.

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕПРЕРЫВНОГО ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Григорян И.Г.

Нижегородская государственная медицинская академия

e-mail: inessa0099@yandex.ru

Цель исследования — оценить преимущества гликемического контроля с помощью непрерывной внутривенной инфузии инсулина у больных ОНМК и СД 2-го типа (СД2).

Материал и методы. В исследование были включены 73 пациента с ОНМК и СД2. Средний возраст пациентов основной группы составил 70 лет (49—88 лет), контрольной — 71 год (53—85 лет), $p = 0,33$. Длительность СД2 в группе интенсивного контроля составила: 6 лет (0—27 лет), в группе сравнения 7 лет (0—34 года), $p = 0,93$. По типу инсульта достоверных различий между группами выявлено не было. В основной группе ($n = 36$) проводилось непрерывное введение инсулина с помощью инфузомата, а пациенты в группе сравнения ($n = 37$) получали подкож-

ные инъекции инсулина. Целью лечения в обеих группах являлись достижение и поддержание целевых уровней гликемии в пределах от 7,8 до 10 ммоль/л.

Статистическая обработка выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 («StatSoft Inc.», США).

Результаты исследования. В основной группе целевые уровни гликемии были достигнуты через 2 ч (2—3 ч), в контрольной группе через 5 ч (3—6 ч), $p = 0,0019$. Средняя амплитуда колебаний гликемии в течение суток составила 0,95 ммоль/л в основной и 5,3 ммоль/л в контрольной группе ($p < 0,01$). В обеих группах произошло статистически значимое улучшение по шкале NIHSS ко дню выписки из стационара: в основной группе с 24 (5—42) до 8 (2—16) баллов ($p < 0,01$), в контрольной группе — с 22 (9—42) до 13 (3—23) баллов ($p < 0,01$). Длительность стационарного лечения в основной группе достоверно ниже и составила 22 дня (14—32), в контрольной — 24 дня (14—38), $p = 0,018$. Летальность в основной группе составила 25%, в контрольной — 32,4% ($p = 0,32$).

Вывод. Непрерывное внутривенное введение инсулина позволяет быстрее достичь целевых уровней гликемии, избежать резких колебаний гликемии, ускорить положительную динамику по шкале NIHSS, уменьшить сроки стационарного лечения и снизить летальность у данной группы пациентов.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО САХАРСНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ГЛИМЕКОМБ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Давыдова А.В., Алексейчикова Н.В.,
Заславская А.В., Горяшина М.Е., Хисамова С.А.,
Казанцева С.Н., Волошин А.В.

ГОУ ВПО ИГМУ; МУЗ ГКБ №1; МУЗ ГКБ №8; МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск; ФГУЗ МСЧ ГУВД по Иркутской области; МУЗ ГБ №1, Братск, Россия; МУ ЦРБ, Шелехов, Россия

e-mail: liza2071@yandex.ru

Цель исследования — оценка эффективности и безопасности применения препарата глимекомб у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа (СД2).

Материал и методы. Обследованы 57 больных СД2 в стадии декомпенсации. Глимекомб назначался в необходимой дозировке на 3 мес. До начала исследования и каждые 30 дней оценивали объективный статус, соблюдение диеты, индекс массы тела, окружность талии, уровень артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровень гликемии натощак, нежелательные явления, выяснялось мнение пациента о препарате. Гликированный гемоглобин исследовался при первичном осмотре и после 3 мес лечения.

Результаты исследования. На фоне приема препарата отмечалось статистически значимое снижение уровня гликемии натощак уже после 1-го месяца терапии ($8,9 \pm 1,6$ ммоль/л против $7,2 \pm 1,4$ ммоль/л; $p < 0,05$). В дальнейшем эта тенденция сохранялась. Так, на втором визите (60 дней приема препарата) уровень гликемии натощак был статистически значимо ниже как исход-

ного уровня ($6,4 \pm 1,1$ ммоль/л против $8,9 \pm 1,6$ ммоль/л; $p < 0,05$), так и уровня первого визита ($6,4 \pm 1,1$ ммоль/л против $7,2 \pm 1,4$ ммоль/л; $p < 0,05$). На третьем визите (90 дней приема препарата) уровень гликемии натощак был ниже исходного уровня ($6,0 \pm 0,7$ ммоль/л против $8,9 \pm 1,6$ ммоль/л; $p < 0,0001$), а также уровней первого ($6,0 \pm 0,7$ ммоль/л против $7,2 \pm 1,4$ ммоль/л; $p < 0,05$) и второго визитов ($6,0 \pm 0,7$ ммоль/л против $6,4 \pm 1,1$ ммоль/л; $p < 0,05$). Уровень HbA_{1c} на фоне терапии также снизился: до начала терапии он составлял $8,9 \pm 1,6\%$, через 3 мес терапии — $7,4 \pm 1,1\%$ ($p < 0,0001$). Если до лечения доля больных с уровнем гликированного гемоглобина 7% и менее составляла всего 5,3% (3 пациента из 57), то после 3 мес терапии гликекомбом их количество возросло в 10 раз (31 пациент, или 54,4%; $\chi^2 = 32,86$; $p < 0,0001$). Отдельному анализу были подвергнуты больные, принимавшие до начала терапии гликекомбом раздельно гликлазид и метформин. На фоне приема гликекомба у этих больных также снизился уровень гликированного гемоглобина ($8,9 \pm 1,2\%$ против $7,8 \pm 1,0\%$; $p = 0,046$) и показатель гликемии натощак ($8,6 \pm 1,5$ ммоль/л против $6,3 \pm 0,4$ ммоль/л; $p = 0,012$). Наращения массы тела на фоне приема гликекомба не отмечалось. Переносимость гликекомба оценивалась врачами и пациентами как хорошая. Нежелательных явлений при приеме препарата не зафиксировано, отмены препарата ни у одного больного не потребовалось. Кратность приема гликекомба у большинства (87,7%) пациентов — 1—2 раза в сутки была расценена пациентами как удобная, стоимость — как приемлемая.

Вывод. Препарат гликекомб имеет хороший гипогликемический эффект у больных СД2. Получены данные о большей эффективности гликекомба в сравнении с раздельным применением гликлазида и метформина. Применение гликекомба безопасно даже в высоких дозах и нейтрально в отношении массы тела. Препарат удобен в применении для врача и пациента, а также доступен по цене, что повышает комплаентность пациентов с СД2.

АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА—БАЗЕДОВА И АУТОИММУННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

Данилова Л.И., Мельник И.Р.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

e-mail: irinashpak@rambler.ru

Цель исследования — изучить состояние агрегационной способности тромбоцитов у больных с болезнью Грейвса—Базедова (БГБ) и ее изменение на фоне терапии тиростатиками и глюкокортикоидами (ГК), корректирующие возможности пентоксифиллина.

Материал и методы. Агрегация тромбоцитов исследована у 57 пациентов с БГБ и 28 практически здоровых лиц контрольной группы. В зависимости от проводимого лечения больных разделили на три подгруппы: 1-я — 24 пациента, находившиеся только на тиростатической терапии метимазолом, 2-я — 16 больных, принимавших тиростатики и ГК (метилпреднизолон) в дозе 1 мг/кг в сутки по альтернирующей схеме, 3-я — 17 пациентов, которым

дополнительно к тиростатикам и ГК назначался пентоксифиллин 600 мг/сут. Основной причиной назначения ГК являлось сочетание БГБ с аутоиммунной офтальмопатией (АИО). Адгезивно-агрегационная активность тромбоцитов определялась количественным методом с использованием агрегометра SOLAR AP 2110, в качестве активатора агрегации применяли АДФ ренам в концентрации 2,0 ммоль/л. Данные представлены в виде среднего арифметического и 95% доверительного интервала.

Результаты исследования. У больных с БГБ в сравнении со здоровыми лицами выявлено статистически значимое повышение степени агрегации тромбоцитов — 65,23% (61,14—69,33) против 53,3% (49,03—57,57) ($p < 0,001$) и скорости агрегации — 61,99%/мин (58,22—65,76) против 51,81%/мин (47,04—56,57) ($p = 0,002$). При достижении компенсации тиротоксикоза в 1-й подгруппе степень агрегации статистически значимо снизилась с 68,5 (61,12—80,1) до 58,97% (53,67—64,27) ($p = 0,007$), при этом отличий от контрольной группы не было. Скорость агрегации также снизилась с 64,5 (57,66—171,34) до 57,35%/мин (51,5—63,21) ($p = 0,032$) и не отличалась от данных группы контроля. Во 2-й подгруппе на фоне приема ГК агрегационная способность тромбоцитов, несмотря на проводимую тиростатическую терапию, не только не снизилась, но, напротив, возросла — степень агрегации с 61,03 (54,71—67,36) до 73,82% (64,92—82,71) ($p = 0,001$) и скорость агрегации с 59,68 (53,44—65,93) до 68,29%/мин (59,99—76,58) ($p = 0,013$). В 3-й подгруппе, где дополнительно к лечению тиростатиками и ГК пациентам с сочетанием БГБ и АИО назначали пентоксифиллин, значимо снизились и степень агрегации с 64,56 (56,81—72,32) до 60,22% (53,56—66,89) ($p = 0,049$) и скорость агрегации с 60,62 (58,22—65,76) до 55,15%/мин (48,68—61,62) ($p = 0,011$), при этом показатели не отличались от контрольных значений.

Вывод. БГБ в состоянии тиротоксикоза характеризуется гиперкоагуляционными нарушениями, подтверждающимися повышением степени и скорости агрегации тромбоцитов. Компенсация тиротоксикоза приводит к статистически значимому снижению степени и скорости агрегации. При назначении ГК в дополнение к тиростатикам пациентам с сочетанием БГБ и АИО наблюдается возрастание агрегационной способности тромбоцитов. Применение пентоксифиллина у больных с БГБ и АИО, находящихся на ГК терапии, эффективно предупреждает повышение агрегации тромбоцитов.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)

Донченко Е.С., Гаспарян Э.Г.¹, Осташко Г.О.

¹Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова; больница №46 Святой Евгении, Санкт-Петербург

e-mail: professor2001@bk.ru

Цель исследования — изучение особенностей клинического течения и лечения сахарного диабета (СД) у лиц пожилого и старческого возраста в клинической практике.

Материал и методы. Обследован 261 больной (50 мужчин и 211 женщин в возрасте 60—90 лет) СД, поступив-