

ших в стационар в 2000—2010 гг. У 27 (10,1%) больных был установлен СД 1-го типа (СД1), у 234 (89,9%) больных — СД2. Из всех больных СД2 123 (53%) получали пероральные сахарпонижающие препараты (ПСП), 76 (2,5%) были на инсулинотерапии, 34 (14,5%) — находились только на диете. У всех больных определяли уровень глюкозы в течение суток, а при подозрении на передозировку пероральных противодиабетических препаратов — инсулин и С-пептид натощак и через 1 ч после приема пищи, проводили общеклинические, биохимические и инструментальные исследования, а также осмотр необходимыми специалистами для исключения диабетических осложнений.

Результаты исследования. Установлено, что у 32% больных в прошлом были инфаркт миокарда и/или нарушения мозгового кровообращения. У 29% больных на инсулинотерапии и ПСП были зарегистрированы гипогликемические состояния (без первых проявлений у 43%) в различное время суток (чаще в ночные часы), что указывало на наличие у них хронической передозировки препаратов, подтвержденной также определением инсулина и С-пептида. У 32,5% больных была необходимость в значительном снижении дозы инсулина (на 21%) и ПСП (на 44%). Терапия осталась без изменений у 47% больных. 8 (3,4%) больным сахарпонижающие препараты были отменены. 26 (11,1%) больным было необходимо повышение дозы сахарпонижающих препаратов. Основными причинами декомпенсации СД являлись нарушения диеты (68%) и обострения хронических инфекций (32%). Перед выпиской больных из стационара в результате адекватных лечебных мероприятий СД был компенсирован у 109 (42%) и субкомпенсирован у 52 (58%) больных.

Вывод. Результаты данной работы указывают:

- на отсутствие адекватной терапии СД у большинства больных пожилого и старческого возраста;
- на необходимость определения причины ухудшения течения заболевания в каждом случае, что дает возможность избежать ненужного повышения доз сахарпонижающих препаратов и гипогликемических состояний, острых макрососудистых осложнений и, следовательно, обеспечивает высокое качество жизни этих больных.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У ЖЕНЩИН ПРИ АКРОМЕГАЛИИ

Древал А.В., Зайдиева Я.З., Перфильев А.В., Иловайская И.А.

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского; ГУ Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

e-mail: dreval@diabet.ru

Цель исследования — определить встречаемость и структуру нарушений органов репродуктивной системы при акромегалии у женщин различных возрастных групп, включенных в регистр пациентов с акромегалией Московской области (МО).

Материал и методы. Проанализированы данные о состоянии репродуктивной системы у 111 пациенток с акро-

мегалией, включенных в регистр МО, в возрасте 25—80 лет (в среднем 58 лет), в активной фазе акромегалии находились 40,5% обследованных. Среди них выделена группа активного наблюдения 20 пациенток в возрасте от 45 до 73 лет (в среднем 57 лет), которым проводилось клиническое и гормональное обследование, осмотр гинеколога, трансвагинальное УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования. По данным регистра МО, у 29 (26,1%) пациенток имелись указания на гинекологические заболевания, у 11 (9,9%) — гинекологические заболевания не выявлены и у 71 (64%) данных о состоянии органов репродуктивной системы не было. В репродуктивном возрасте (от 25 до 45 лет) находились 14 (12,6%) пациенток (в среднем 32 года), в пери- и постменопаузальном возрасте (старше 45 лет) — 97 (87,4%) (в среднем 60 лет).

При активном обследовании 20 пациенток, случайно выбранных из группы старше 45 лет, было выявлено, что у 3 женщин сохранялся менструальный цикл (из них 2 находились в позднем репродуктивном периоде, 1 — в перименопаузе) и 17 женщин были в постменопаузе (11 — естественная, 6 — хирургическая). Различные гинекологические заболевания были выявлены у всех, из них у 7 женщин — впервые. У 13 (65%) имелись указания на миомы матки в анамнезе (из них 6 были прооперированы по этому поводу), у 3 (15%) женщин миомы матки выявлены впервые, 1 пациентке с подслизистой миомой матки рекомендовано оперативное лечение. У 3 пациенток выявлены тератомы яичника, что потребовало направление к онкологу. По 3 случая выявления пришлось на кистомы яичника, аденомиоз матки и полипы эндометрия. Урогенитальные нарушения, потребовавшие дальнейшего лечения, выявлены у 7 (35%) женщин.

Вывод. По данным регистра МО, среди женщин с акромегалией преобладают пациентки в пери- и постменопаузе. У всех активно обследованных пациенток диагностированы изменения органов репродуктивной системы (в том числе у 35% впервые), требующие дальнейшего лечения, в том числе специализированного или оперативного. Наиболее часто встречались миомы матки (80%). Алгоритм обследования пациенток с акромегалией любого возраста должен включать оценку состояния органов репродуктивной системы.

ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Дубинина И.И., Карапыш Т.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

e-mail: berst@mail.ru, e-mail: falla65@mail.ru, e-mail: berst.ru@mail.ru

Цель исследования — изучение влияния заместительной гормональной терапии на качество жизни больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа (СД2) в сочетании с первичным гипотиреозом.

Материал и методы. В эндокринологическом отделении ГУЗ РОКБ обследованы 62 больных. В основную группу (1-я группа) вошли 16 больных СД2 в сочетании с первичным гипотиреозом (ПГ). Во 2-ю группу (группа

сравнения) вошел 31 больной с СД2 без патологии щитовидной железы, в 3-ю группу — 15 — с ПГ. Больные были сопоставимы по возрасту, длительности СД, ПГ, ИМТ. В лечении больных СД2 использовалась комбинированная пероральная сахарснижающая терапия в сочетании с инсулином. Больным гипотиреозом проводилась заместительная терапия L-тироксином в дозе 50—150 мкг/сут. Качество жизни (КЖ) больных оценивалось с помощью русской версии «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36). Все исследования выполняли при поступлении, через 21 день и 12 нед. При нормальном распределении выборки для парных сравнений использовался *t*-критерий Стьюдента, для внутригруппового сравнения использовали критерий Вилкоксона (W). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Показатели ТТГ и fT_4 при поступлении составили: в 1-й группе — $7,1 \pm 1,8$ мкМЕ/л и $16,3 \pm 1,9$ пмоль/л; в 3-й группе — $11,6 \pm 3,6$ мкМЕ/л и $13,9 \pm 0,6$ пмоль/л. Через 12 нед заместительной гормональной терапии показатели ТТГ и fT_4 составили: в 1-й группе — $1,8 \pm 1,1$ мкМЕ/л ($p < 0,05$) и $14,8 \pm 0,8$ пмоль/л ($p > 0,05$); в 3-й группе — $3,5 \pm 2,0$ мкМЕ/л ($p < 0,05$) и $15,7 \pm 1,6$ пмоль/л ($p > 0,05$).

Через 21 день в 1-й группе наблюдалось достоверное повышение КЖ по шкалам: социальное функционирование — $36,6 \pm 2,1$ — $46,5 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$), интенсивность боли — $34,4 \pm 4,9$ — $49,9 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$), жизнеспособность — $26,9 \pm 2,5$ — $46,8 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$) и самооценка психического здоровья — $37,9 \pm 2,9$ — $53,6 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$). Во 2-й и 3-й группе через 21 день статистически значимое улучшение установлено по шкале общее состояние здоровья: во 2-й группе — $35,1 \pm 2,1$ — $42,3 \pm 2,9$ балла ($p < 0,05$), в 3-й группе — $44,5 \pm 3,8$ — $55,2 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$). Через 12 нед лечения в 1-й и 3-й группе отмечено улучшение по шкале самооценка психического здоровья: в 1-й группе — $37,9 \pm 2,9$ — $48,0 \pm 3,4$ балла ($p < 0,05$), в 3-й группе — $42,4 \pm 3,8$ — $53,5 \pm 5,2$ балла ($p < 0,05$). Во 2-й группе через 12 нед наблюдения достоверных изменений по шкалам КЖ не получено.

Вывод. Компенсация гипотиреоза под влиянием заместительной гормональной терапии способствует улучшению параметров качества жизни у больных сочетанной патологией и первичным гипотиреозом.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА И ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ ПРИ АКТИВНОЙ АКРОМЕГАЛИИ

Дудина М.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН; КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Эндокринологический центр, Красноярск

e-mail: dudina.margarita@mail.ru

Цель исследования — изучить особенности иммунного статуса и показателей хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов крови у больных с активной акромегалией.

Материал и методы. Обследованы 44 больных с активной акромегалией (11 мужчин и 33 женщины) в возрасте

от 27—70 лет (средний возраст $51,9 \pm 11,4$ года). Активная стадия заболевания диагностировалась, согласно критериям консенсуса по диагностике и лечению акромегалии (2009). Методом непрямой иммунофлюоресценции, используя FITC-меченые моноклональные антитела фирмы ТОО «Сорбент» (Москва) определяли $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$, $CD19^+$, $CD25^+$ и $CD95^+$ -клетки и соотношение $CD4^+/CD8^+$. Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (А, М, G) определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Исследование спонтанной и зимозан-индуцированной хемилюминесценции (ХЛ) гранулоцитов крови осуществляли по методу De Sole P. на 36-канальном хемилюминесцентном анализаторе CL3606M (СКТБ «Наука», Красноярск). Оценивали следующие параметры ХЛ: время выхода на максимум интенсивности ХЛ (T_{max}), максимальное значение интенсивности ХЛ (I_{max}) и площадь (S) под хемилюминесцентной кривой. Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 7.0 («StatSoft Inc.», США). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна—Уитни. Критический уровень достоверности нулевой гипотезы был принят равным 0,05.

Результаты исследования. У больных с активной акромегалией статистически достоверно увеличивается процентное содержание цитотоксических Т-лимфоцитов ($CD8^+$ -клетки), NK-клеток ($CD16^+$), В-лимфоцитов ($CD19^+$ -клеток), а также $CD25^+$ - и $CD95^+$ -клеток ($p < 0,001$). Установлено снижение абсолютного и относительного числа зрелых Т-лимфоцитов ($CD3^+$ -клеток) и величины соотношения $CD4^+/CD8^+$ ($p < 0,001$), при повышении сывороточной концентрации IgA ($p = 0,03$) и снижении уровня IgM ($p < 0,001$). Увеличение площади ХЛ наблюдалось как при спонтанной, так и зимозан-индуцированной ХЛ ($p < 0,001$), а повышение I_{max} отмечалось только при ХЛ, индуцированной зимозаном ($p < 0,05$).

Вывод. При акромегалии происходит нарушение в популяционном и субпопуляционном составе лимфоцитов с увеличением количества активированных лимфоцитов, повышением их функциональной активности и готовности к апоптозу. Пониженный синтез иммуноглобулина М свидетельствует о низкой активации системы комплемента и эффективности фагоцитарных реакций, обеспечивающих разрушение и элиминацию фагоцитирующих клеток.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С МЕЛАКСЕНОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ДИЕНОВЫХ КОНЬЮГАТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Душечкина О.Ю.¹, Попов С.С.¹, Шульгин К.К.², Купцова Г.Н.¹, Великий А.В.¹

¹Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко; ²Воронежский государственный университет

e-mail: ostapen2009@rambler.ru

Цель исследования — оценка содержания первичных продуктов перексидного окисления липидов (ПОЛ) —