

шиеся только на инсулинотерапии, были приблизительно одинаковые (30,8, 31,8 и 29,1% соответственно).

Вывод. Хорошая и удовлетворительная степень компенсации углеводного обмена по данным исследования отмечена у 46,3% пациентов, проходивших обследование в эндокринологическом центре Краснодара. Хорошие и удовлетворительные показатели углеводного обмена были преимущественно у пациентов молодого и среднего возраста, мотивированных и имевших длительность заболевания менее 10 лет.

ТЯЖЕСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА

Зеленина Т.А., Ворохобина Н.В., Чебыкина О.Е., Земляной А.Б.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург; ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, Москва

e-mail: tzelenina@mail.ru

Цель исследования — определить тяжесть сахарного диабета (СД) и его поздних осложнений у мужчин с синдромом диабетической стопы после оперативного лечения в зависимости от уровня тестостерона.

Материал и методы. Обследованы 57 мужчин с синдромом диабетической стопы, перенесших оперативное лечение. Определены метаболические параметры компенсации диабета (гликированный гемоглобин, липидный спектр, коагулограмма), тяжесть осложнений сахарного диабета (диабетическая нефропатия, сенсомоторная и автономная нейропатия), уровни общего и свободного тестостерона в сыворотке крови. Проведено сравнение полученных данных в зависимости от уровня тестостерона.

Результаты исследования. В обследованной группе больных уровень общего тестостерона <10 нмоль/л выявлен у 33 (57,9%) мужчин, среднее значение $8,5 \pm 0,44$ нмоль/л. Больные с нормальным уровнем тестостерона и его дефицитом не отличались возрастом ($58,7 \pm 1,67$ и $54,7 \pm 1,49$ года соответственно), длительностью диабета ($11,1 \pm 2,08$ и $7,0 \pm 1,24$ года), антропометрическими параметрами (ИМТ $30,6 \pm 0,86$ и $29,3 \pm 0,93$ кг/м²). Значимых отличий в показателях компенсации диабета также не выявлено (HbA_{1c} $8,1 \pm 0,23$ и $7,6 \pm 0,24\%$ соответственно). Выраженность диабетической сенсомоторной нейропатии была одинакова в обеих группах пациентов ($10,3 \pm 0,73$ и $11,9 \pm 1,11$ балла соответственно по шкале нейропатического дисфункционального счета). Установлено значительное снижение артериального барорефлекса у всех больных ($3,6 \pm 0,62$ и $4,3 \pm 0,52$ мс/мм). При проведении функциональных проб показатели пробы Вальсальвы и холодной пробы были незначимо лучше у больных с нормальным уровнем тестостерона, однако во время пробы с ортостазом в этой группе больных снижение артериального давления на 10 мм рт.ст. и более встречалось существенно чаще ($\chi^2=11,5$; $p=0,007$).

Вывод. Среди мужчин с синдромом диабетической стопы снижение уровня тестостерона встречается более

чем в 50%. Больные с дефицитом тестостерона не имеют значимых отличий по антропометрическим показателям, длительности диабета и его компенсации, тяжести поздних осложнений. Однако выраженная автономная нейропатия с поражением сосудистой регуляции и падением артериального давления в ортостазе чаще встречалась у мужчин с нормальными значениями тестостерона, что требует уточнения в дальнейших научных исследованиях.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ β -КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ В ДИНАМИКЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Зенкова Е.В., Бондарь И.А., Поспелова Т.И.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

e-mail: elenazenkova@mail.ru

Цель исследования — изучить состояние β -клеток поджелудочной железы у больных неходжкинской злокачественной лимфомой (НХЛ) и лимфогранулематозом (ЛГМ) в динамике противоопухолевой терапии.

Материал и методы. Обследованы 143 больных, из них 65% — ЛГМ и 35% — НХЛ (средний возраст обследуемых $36,1 \pm 2,34$ года). Больные обследованы на различных этапах: до начала лечения, во время проведения полихимио- и лучевой терапии, в стадии клинико-гематологической ремиссии. В период индукции ремиссии все пациенты получали полихимиотерапию (4–8 курсов) в сочетании с облучением пораженных лимфоузлов в средней очаговой дозе $25,75 \pm 5,4$ Гр; в группе ремиссии проводилось не менее 4–8 курсов химиотерапии (у 65 — в сочетании с телегамма-терапией). Пациентам было выполнено УЗИ брюшной полости, исследование уровня ИРИ, С-пептида, глюкозы в капиллярной крови натощак.

Результаты исследования. До развития лимфомы ни у кого из обследованных в анамнезе не было нарушений углеводного обмена. У больных до лечения не было выявлено изменений уровня гликемии, ИРИ, С-пептида. Во время противоопухолевой терапии обнаружено достоверное различие в уровне ИРИ с контрольной группой ($p < 0,02$). У 7,1% больных отмечены низкие значения ИРИ, у 39,3% — изменения уровня С-пептида. У всех больных, имеющих снижение С-пептида (21,4%), были диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Повышение С-пептида (17,9%) было характерно для больных, получающих схемы химиотерапии с большим содержанием стероидов (60–80 мг/сут). У 3,5% пациентов этой группы зарегистрировано повышение уровня гликемии, чего не отмечалось до начала лечения. У больных, находящихся в ремиссии, сохранялись изменения уровня ИРИ, количество больных с высоким (11,8%) и низким уровнем С-пептида (14,5%) по сравнению с группой на лечении несколько уменьшилось до 26,3%. Программы химиотерапии с локальным облучением забрюшинных лимфоузлов и лимфоузлов средостения оказались более токсичными, чаще приводили к повреждению β -клеток и нарушению их функции. В отдаленный период клинико-гематологической ремиссии функция β -клеток не восстанавливалась, а снижалась. Увеличилось число пациентов