

УДК 618.36.618.33 (616.379+008.64)

А.Е.Щербинюв, М.Ю.Зильбер, Г.Г.Урванцева

ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ИНСУЛЯРНОГО АППАРАТА БЕРЕМЕННЫХ И ИХ ПОТОМСТВА ПРИ ИНСУЛИНЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Уральская государственная медицинская академия

Определенные успехи в лечении диабета не разрешили многих сложных аспектов этой болезни. Резкий рост заболеваемости, значительная распространенность (более 100 млн в мире), молодой возраст дебютирования привели к увеличению числа родов с этой патологией [1]. Специфика акушерской тактики при диабете зависит от учета мультифакторности заболевания. Однако генетический анализ, позволяя найти модель наследования, углубляет понимание патогенеза и прогнозирует болезнь. По данным ряда авторов [1,3,5] процесс формирования кожного рисунка плода находится под контролем генетического аппарата родителей.

Целью настоящей работы явился поиск патогномоничных критериев патологии инсулярного аппарата новорожденных, аналогичных материнской патологии при инсулинзависимом сахарном диабете (ИЗСД).

Комплексно обследовано 160 беременных, 74 ребенка, сформированных по типу патологии - норма. Каждая копия - пара беременных и детей охарактеризована 15 анамнестическими, 36 параметрами лабораторных и функциональных исследований, 9 показателями фетоплацентарного комплекса, 61 показателем дерматоглифики. Оценка перинатальной патологии проводилась по 10 признакам. Для групп женщин с ИЗСД учитывали 17 параметров степени компенсации сахарного диабета по данным гликемического и глюкозурического профилей, показателям липидного спектра, уровню ацетона крови.

По тяжести диабета рассматривались 4 группы:

I - ИЗСД средней тяжести без осложнений (17,6%)

II - ИЗСД средней тяжести с начальными явлениями микроангиопатии (ретинопатия I или нефропатия I (42,4%)

III - ИЗСД с ретинопатией или нефропатией II, полинейропатией, инсулинорезистентностью (36,5%)

IV - ИЗСД тяжелой степени с ретинопатией III, кровоизлиянием в стекловидное тело, нефропатией III, хронической почечной недостаточностью (3,5%). Исходы беременности распределились следующим образом: в 13 случаях (86,6%) были получены живые дети, синдром дыхательных

расстройств (СДР) развился у 26,6%. Во II группе родилось 88,8% живых детей, у 16% - развился СДР разных степеней тяжести, в III -IV группах СДР наблюдался у 9 детей.

Дети, отобранные по принципу отягощенной наследственности по сахарному диабету по срокам дебютирования заболевания распределены в 5 подгрупп: 1 - (1,1-3 года) - 7,1%; 2 - (3,1-7 лет) - 20,8%; 3 - (7,1 - 12 лет) - 33%; 4 - (12,1 - 15 лет); 5 - (15,1 - 18 лет) - 14%. Группа контроля представлена 30 детьми без эндокринной патологии. Исследования проводились на базе эндокринологических отделений, клиники патологии беременности, амбулаторно-консультативного центра ГКБ № 40 и эндокринологического отделения областной детской больницы.

В качестве генетического маркера использован метод дерматоглифики, простота, безопасность для обследуемого и достаточная информативность которого общепризнаны [1,3]. Используя 61 дерматоглифический признак, полученный с отпечатков пальцев и ладоней обследуемых по методу Гладковой Т.Д., и данные анамнеза, мы определили специфичность дерматоглифических признаков при ИЗСД. В ходе математического анализа отобраны 15 самых информативных признаков и оценена встречаемость этих значений в группах больных и контроля у беременных и детей.

На основе реализованных в пакете КВАЗАР алгоритмов обучения получены следующие результаты: классификационная принадлежность беременных с ИЗСД определяется при наличии патологии почек, сердца, радиальной петли на гипотеноре и теноре, ширины ладонных линий <1 мм, асимметричном положении осевого триадиуса (боковое смещение к гипотенору), особенностями рисунка и гребневым счетом первого и второго пальцев правой руки.

При анализе результатов дерматоглифического обследования детей было установлено с высокой степенью достоверности наличие у 38,6% детей I группы на гипотеноре рисунка типа радиальной петли против 13,3% в группе контроля ($p < 0,05$), причем у 18,1% обследованных I группы регистрировалась радиальная петля на одной руке. Смещение осевого триадиуса наблюдалось у 56,7% детей, что встречалось в 2,5 раза чаще по сравнению с группой контроля (23%). Дополнительный осевой триадиус преобладал в I группе (соответственно в 47,4 и 16,7%).

Выводы

1. Данные дерматоглифического анализа позволяют четко классифицировать группу беременных и детей с ИЗСД.

2. Общность изменений у беременных с ИЗСД и рожденных ими детей доказывает значение генетического фактора в патогенезе заболева-

ния и может в совокупности с данными анамнеза выступать маркером патологии инсулярного аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. М.: Медицина. 1994. 384 с.
2. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарные диабет: беременные и новорожденные. Спб: Специальная литература. 1996. 321 с.

3. Материалы П Всероссийского съезда эндокринологов. М., 1996.
4. Зильбер М.Ю. Прогнозирование перинатального состояния потомства у беременных с ИЗСД: Автореф. дис. канд.мед.наук. Волгоград. 1994. 17с.
5. Roll U., Christie M.R., Fuchtenbush M. et.al// Diabets.1996., Vol.45. N7. P.873.

ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ

УДК 552.5

А.Н.Андреев, Л.П.Ходькина, И.С.Петров

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ПО СИСТЕМЕ "ПАЛАТНЫХ КОМАНД" НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

Уральская государственная медицинская академия

Благодаря знакомству с работой медицинских школ других стран и обмену опытом педагогической деятельности, в порядке эксперимента на кафедре в 1998 г. было решено провести обучение студентов VI курса лечебного факультета по системе "палатных команд". Прообразом явился большой опыт преподавания клинических дисциплин в Медицинской школе Рочестерского университета. Следует подчеркнуть, что о полном его копировании в наших условиях не могло быть и речи. Дело не только в том, что в США говорят на другом языке и имеют иные общую систему ценностей, образ мыслей, привычки, стиль жизни, но и располагают другой технической оснащённостью [1,2].

I. Обоснование необходимости нового подхода в подготовке врача-клинициста

В работе любой клинической кафедры (тем более выпускающей) главным является решение проблемы подготовки врача-клинициста на трех уровнях: студента, интерна, клинического ординатора.

При разобщенной работе с каждой из этих категорий обучающихся требуются большие затраты сил и времени, снижается качество контроля, увеличивается нагрузка на больных. Палатная же команда, представляя собой своеобразный конгломерат, в котором сфокусированы в единое целое студент, интерн, клинический ординатор под эгидой преподавателя, делает учебный про-

цесс более мобильным, живым, увлекательным, позволяющим решить сразу же все перечисленные задачи. Все чаще появляется возможность показа редкой, трудно диагностируемой патологии у больного сразу всем категориям обучающихся, не утомляя при этом пациента, порой находящегося в тяжелом состоянии. Положительным является и тот факт, что подобная демонстрация (клинический разбор) может проводиться не только как гранд-раунд (1 раз в неделю), но и как аттендинг-раунд, т.е. ежедневно.

II. Методика работы «палатной команды» (ПК)

Система ПК подразумевает работу в одной (3-6-местной) палате триады кураторов: Таким образом, создается трехступенчатая система субординации кураторов: каждый студент ведет трех больных. Другими словами, под контролем интерна в его палате (6 местной) с больными работают два студента.



Рис. 1. Схема работы палатной команды

В течение рабочего дня студенты самостоятельно проводят первичный осмотр больного, заполняют историю болезни (учебную) в аналоговом варианте, формулируют и обосновывают диагноз и показывают результаты работы своему первому наставнику - интерну. Вместе с ним проводится дифференциальный диагноз, составляется