

которой используются для решения ряда проблем в организации и развитии диабетологической службы: достижения компенсации заболевания для обеспечения своевременного проведения комплекса лечебных мероприятий, определения наличия и степени выраженности макрососудистых осложнений.

Основные результаты исследований. По данным регистра в г. Тюмени в 2010 г. зарегистрировано 15 574 больных СД, что на 3 002 пациента (24%) выше в сравнении с 2008 г. (12 572 пациента). Высокий процент прироста количества пациентов СД в г. Тюмени за анализируемый период свидетельствует об эффективности проведения программы скрининга СД типа 2 у лиц с наличием факторов риска (ожирение, артериальная гипертензия, наследственность и т.д.), а также диспансеризации трудоспособного населения бюджетной сферы в рамках национального проекта «Здоровье».

В 2010 г. количество больных с СД типа 2 – 14 635 пациентов, на 3 268 больных (29%) выше данных 2008 г. (11 827 пациентов).

Результаты анализа уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) за период 2008 – 2010 гг. (HbA1c) свидетельствуют о преобладании количества больных СД типа 2 в стадии компенсации (в 2010 г. уровень HbA1c < 7% у 6 327 человек, что на 945 пациентов выше в сравнении с 2008 г. (5 382 человека).

Среди макроангиопатических осложнений за период 2008 – 2010 гг. на 1-ом месте – пациенты с диабетической макроангиопатией нижних конечностей (в 2010 г. – 1 579 пациентов (23,8%), что на 304 человека (4,6%) выше, чем в 2008 г. (1 275 пациентов). На 2-ом месте – больные с инфарктом миокарда (2010 г. – 763 пациента (28,2%), это на 268 человек (54%) больше в сравнении с 2008 г. (495 пациентов). Нарушение мозгового кровообращения – 593 пациента (22,2%), что на 226 человек (62%) увеличилось в сравнении с 2008 г. (367 пациентов). Синдром диабетической стопы зарегистрирован у 374 пациентов (8,5%), больше чем в 2008 г. на 89 человек (43%) (261 пациент).

Согласно алгоритмам оказания специализированной помощи больным СД рекомендуется своевременный перевод на инсулинотерапию пациентов СД типа 2. По данным Государственного регистра в 2010 г. по сравнению с 2008 г. отмечается рост количества больных с СД типа 2, переведенных на инсулинотерапию, на 1 978 больных (3%) (3 656 человек – 17% и 1 678 человек – 14%, соответственно). Приведенные показатели диктуют необходимость дальнейшей работы в этом направлении.

Выводы:

1. Автоматизированная система Государственного регистра СД в г. Тюмени доказала свою значимость в практическом здравоохранении, прежде всего в работе первичного звена (эндокринологов лечебно-профилактических учреждений) в эффективном мониторинге диабетологической помощи пациентам с СД.

ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ХАРАКТЕРА ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Хурс Е.М., Поддубная А.В., Евсина М.Г.

Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии,
ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, Екатеринбург

Вопрос о различиях в механизмах и характере изменений функционального состояния почек и гемодинамических нарушений у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом остается открытым. Цель исследования – выявить различия нарушений почечной гемодинамики и функционального состояния почек при диабетической и гипертонической нефропатии. Материалы и методы исследования. Проведено открытое одномоментное исследование 40 больных артериальной гипертензией (АГ). По признаку наличия у пациентов нарушений углеводного обмена (НУО) было выделено 2 группы: группа 1 (АГ): N=22, 12 мужчин и 10 женщин, больных АГ без НУО, ср.возраст $56,64 \pm 6,85$ лет, САДср $177,64 \pm 25,38$ мм.рт.ст, ДАДср $102,0 \pm 10,73$ мм.рт.ст, ЧССср $75,18 \pm 5,41$, индекс массы тела (ИМТ) $32,55 \pm 4,76$; группа 2 (АГ+СД) — N=18, а 6 мужчин и 12 женщин, больных АГ с СД 2 типа, ср.возраст $57,55 \pm 9,89$ лет, САДср $160,22 \pm 20,65$ мм.рт.ст, ДАДср $94,11 \pm 7,95$ мм.рт.ст, ЧССср $80,67 \pm 11,37$, индекс массы тела (ИМТ) $34,69 \pm 4,61$. Обследование больных включало измерение АД, ЧСС, ИМТ. Исследовался уровень креатинина (К), гликозилированного гемоглобина (HbA1C) и микроальбуминурия (МАУ). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле MDRD. Исследование почек и почечного кровотока проводилось при помощи цветного доплеровского картирования ультразвуковой диагностической системой Vivid e (GE Medical System, КНР). Проводилось измерение толщины паренхимы почек (ТПП), максимальной и минимальной линейной скорости кровотока (АСКмакс, АСКмин) в воротах почек, индексов резистивности (Ri, Pi). Результаты исследования и их обсуждение. Исследованные группы пациентов были сравнимы по возрасту, полу, уровню САДср, ДАДср, ЧССср и ИМТ ($p > 0,05$). В обеих группах не было выявлено значимых нарушений функции почек и уровня креатинина сыворотки крови. Пациенты группы 2 значимо отличались от группы 1 по значениям МАУ (13,1 (10,9;14,9) и 52,9 (34,7;68,4) для группы 1 и группы 2 соответственно, $p < 0,05$). В группе 2 было выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение среднего значения максимальной скорости почечного кровотока в воротах почки в сравнении с группой 1 (0,41(0,33;0,46) и 0,49 (0,39;0,56) соответственно для группы 1 и группы 2, $p < 0,05$). Данный факт согласуется с данными других исследователей о влиянии нарушений углеводного обмена на тонус стенки почечных артерий вследствие склеротических и инфильтративных процессов, повышение сопротивления в почечных артериях и компенсаторном повышении скорости почечного кровотока. При анализе взаимосвязей между параметрами УВ обмена, функции почек, гемодинамическими характеристиками почечной гемодинамикой выявлено, что в группе 2 имеется умеренная положительная корреляция между скоростью клубочковой фильтрации и средним значением толщины паренхимы почечной ткани ($r=0,64$, $p=0,04$). В группе 2 наблюдалась зависимость между HbA1C и средним значением Ri в воротах почек ($r=0,7$, $p=0,04$). Креатинин крови имел взаимосвязь с толщиной паренхимы в группе 1 ($r=0,74$, $p=0,001$), в то же время в группе 2 между этими показателями наблюдалась уже обратная корреляционная связь ($r=-0,57$, $p=0,03$). В группе 2 показатели СКФ и толщины паренхимы имели среднюю прямую корреляционную связь ($r=0,67$, $p=0,002$). Уровень глюкозы крови натощак и гликозилированный гемоглобин имеют отрицательные корреляции с толщиной почечной паренхимы у больных СД ($r=-0,72$, $p=0,01$, $r=-0,77$, $p=0,03$). Выводы: У пациентов с диабетической нефропатией в сравнении с гипертонической нефропатией параметры АСК в почечной артерии в воротах почек имеют более высокое значение, что отражает компенсаторное ускорение кровотока на фоне увеличенного сосудистого сопротивления. Предиктором нарушения функции почек у пациентов с гипертонической ангиопатией

является снижение толщины почечной паренхимы. У пациентов с диабетической нефропатией глюкоза крови натощак является основным предиктором дисфункции почек и изменения скоростных характеристик почечного кровотока, повышения резистивности почечных артерий. Степень компенсации СД влияет на темпы развития снижения скорости клубочковой фильтрации и толщины почечной паренхимы.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАРДИАЛЬНАЯ АВТОНОМНАЯ НЕЙРОПАТИЯ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ

Чернышова Т.Е., Стяжкина С.Н., Курникова И.А.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Автономная нервная система — одна из ведущих гомеостатических систем, обеспечивающих адаптацию организма к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Наиболее частым и неблагоприятным проявлением ее дисфункции у больных сахарным диабетом является кардиальная автономная нейропатия (КАН).

Цель: анализ прогностического значения КАН при СД типа 1 (СД 1) и перспективы комплексной терапии бенфотиамином и альфа-липоевой кислотой.

Материалы и методы исследования. В рамках реализации программы «Регуляция физиологических функций» проведен многолетний (1992-2010 гг.) мониторинг функционального состояния автономной нервной системы у 290 больных СД 1. В докладе представлены данные динамической оценки клинико-функциональных проявлений КАН, а также ее морфологических характеристик у 98 больных сахарным диабетом 1 типа, умерших за период 2000-2010 годы (1-я группа). Причины летальных исходов оценивались по заключительным диагнозам в историях болезни и результатам патологоанатомических исследований. Все больные умерли в стационарах республики, из них 13 человек (13,3%) в эндокринологических отделениях, 57 человек (58,2%) в отделениях реанимации городских и центральных районных больницах. Средний возраст умерших — 40,2±9,1 год, продолжительность заболевания — 8-23 года. Группу сравнения (2-я группа) составили 192 больных сахарным диабетом 1 типа в возрасте 28-40 лет с продолжительностью заболевания от 16 до 24 лет, имеющие сопоставимую с основной группой частоту поздних осложнений диабета.

Диагноз КАН ставился на основании данных комплексного клинического исследования, оценки показателей спектрального и автокорреляционного анализа сердечного ритма с оценкой индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС). Дополнительно анализировались наличие и характер нарушений возбудимости и проводимости сердца, депрессии и дисперсии интервала QT, показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ). Базовая составляющая реабилитационного прогноза (РП) оценивалась по морфофункциональному индексу (МФИ) по методу И.А.Курниковой. Психологическая составляющая анализировалась по психометрическим шкалам Спилберга и Бека; социальная составляющая — по тесту SF-36. Дополнительно анализировалась 10-летняя выживаемость в зависимости от индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и шкалы коморбидности CIRS.

Статистическая обработка данных проведена с помощью стандартных пакетов прикладных программ. Дополнительно проведен множественный пошаговый регрессионный анализ, математическое моделирование процессов.