

зарегистрирована побочная реакция в виде однократной рвоты. Все эти пациентки были в первом триместре беременности. Других побочных явлений и осложнений выявлено не было.

Выводы.

- Раннее выявление ГСД значительно улучшает исходы беременности.
- Отсутствие критериев риска не исключает возможность наличия ГСД, поэтому необходим сплошной скрининг всех беременных.
- ПГТТ при соблюдении правил его проведения не имеет осложнений и выраженных побочных реакций и по показаниям может проводиться беременным в I триместре.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕЗИДЕНТСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»

А.Н. Дмитриев¹, М.Ю. Якушева², Н.Ю. Трельская³

*¹ ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, ² ИИиФ УРО РАН, ³ МАУ ГКБ № 40
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Сахарный диабет (СД), в структуре которого 85-90% приходится на СД 2 типа, представляет собой серьезную медико-социальную проблему в связи с широкой его распространенностью и системными осложнениями, приводящими к ранней инвалидизации и высокой смертности пациентов [1]. В частности, сердечно-сосудистые заболевания, распространенность которых среди больных СД 2 типа в 4 раза превышает популяционную [2], являются причиной смерти 70-80% больных [3]. По мнению F.S.Facchini, N.Hua, P.Abbasi, G.M.Reaven [4] в развитии СД наследственности принадлежит ведущая роль. В этой связи представляется важным поиск маркеров предрасположенности к СД 2 типа, что позволит повысить эффективность существующих методов медицинской профилактики СД путем формирования группы «повышенного риска», что требует разработки критериев для такого отбора, которые отвечали бы следующим условиям: а) методика обследования должна быть достаточно проста, экономична и не требовать дорогостоящего оборудования, реактивов и высококвалифицированного персонала; б) диагностическая процедура должна быть, по возможности, неинвазивной и необременительной для пациента.

Среди известных в медицинской генетике маркеров, в наибольшей степени отвечающим вышеназванным условиям, является характер дерматоглифов (папиллярных узоров на пальцах и ладонных линий), присутщих

конкретному индивидууму и позволяющих элиминировать влияние негенетических факторов риска. Последнее, по нашему мнению, можно решить, используя направленный подбор пациентов по таким признакам, как возраст, пол, национальность, наличие в анамнезе гипертонической болезни, а также формируя в соответствии с этими критериями группу контроля по принципу «копия-пара».

Цель исследования: выявить характерные особенности дерматоглифической картины, свойственные больным СД 2 типа.

Материал и методы. Обследована группа из 63 больных сахарным диабетом 2 типа, лечившихся в эндокринологическом отделении МАУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Контрольную группу, сформированную на основе принципа «копия – пара», составили 63 практически здоровых человека.

У каждого из 126 лиц, включенных в исследование, были получены дерматоглифические отпечатки по методу Т.Д. Гладковой [5]. Оценка 61 параметра, отражающего пальцевые (гребневой счет и тип узора на каждом пальце) и ладонные узоры (ладонный гребневой счет, наличие и расположение ладонных и осевых трирадиусов, направление главных ладонных линий А, В, С и D, величина угла atd, характер рисунков на тенаре и гипотенаре и в межпальцевых полях) осуществлялась согласно Международной классификации [6].

Для многофакторного анализа полученного материала были использованы математические методы распознавания образов. Суть их состоит в следующем: из всего множества включенных в исследование наблюдений было выделено 20% для процедуры «экзамена». На основе остальных 80% наблюдений проводилось «обучение», в ходе которого вырабатывались соответствующие решающие правила. Критерием их качества служил процент правильного распознавания наблюдений «экзаменующей» выборки. Обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ КВАЗАР.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе математической обработки полученных данных решался главный вопрос – является ли комплексная информация о 61 дерматоглифическом признаке достаточной для описания различий между группами больных СД 2 типа и здоровых. Наиболее надежные решающие правила, обеспечивающие на процедуре «экзамена» высокие результаты распознавания – 87,5% правильных ответов по группе «здоровые» и 100% по группе «больные СД 2 типа», были получены при учете 12 наиболее информативных признаков с помощью алгоритма, основанного на принципах потенциальных функций. Тот факт, что для надежного распознавания потребовалась относительно небольшая их часть (12 из 61 исходного), указывает на существование значительных отличий в характере папиллярных узоров у лиц с СД 2 типа и у здоровых (недиабетиков).

На втором этапе математической обработки проводилась оценка информативности каждого признака и исследован характер связи каждого дерматоглифического признака с СД 2 типа. При оценке направленности действия признаков выявлено увеличение общего гребневого счета (отдельно для пальцев правой и левой руки) более 95, и суммарного гребневого счета (обеих рук), что согласуется с данными других исследователей.

Анализ влияния особенностей каждого признака на вероятность развития СД 2 типа показал, что она возрастает при количестве ладонных линий ≥ 6 , окончании главной ладонной линии В в 5-м ладонном поле, ладонном гребневом счете ab более 32 и ладонном гребневом счете cd более 38, при отсутствии рисунка и наличии петли с дополнительным трирадиусом (D) в зоне между 3 и 4 пальцами, при наличии ульнарной петли на 1 пальце, при наличии завитка и арки на 4 пальце (при любых рисунках на гипотенаре), при окончании главной ладонной линии А в 5 поле, линии С в поле 5 и 7 на правой руке и в поле 5 – на левой, а также при ширине ладонных линий более 1 мм, положении осевого трирадиуса в промежуточном t^1 и боковом t^b положении осевого трирадиуса, при редукции ладонного трирадиуса С, наличии петли в ладонной зоне между 1 и 2 пальцами и петли с дополнительным трирадиусом в зоне между 4 и 5 пальцами, окончании главной ладонной линии D в 7 поле, при наличии завитка на 3 пальце, при II и III типе расположения ладонных линий на правой руке и I типе расположения – на левой.

Выводы:

1. Полученные результаты свидетельствуют о наличии дерматоглифов, характерных для больных СД 2 типа, которые указывают на наличие наследственной предрасположенности к СД 2 типа.
2. Доступный практическому здравоохранению метод дерматоглифического анализа и выработанные решающие правила исследования могут быть использованы для выявления лиц с повышенным риском развития СД 2 типа и своевременного планирования профилактических мероприятий, отвечающим основным положениям Президентской программы (2003 г.) «Здоровье нации».

Список литературы

1. Дедов И. И. Эпидемиология сахарного диабета. Сахарный диабет. Руководство для врачей / И. И. Дедов, М.В. Шестакова / – М.: Универсум Пабблишинг. – 2003. – С. 75-93.
2. Мычка В.Б., Горностаев В.В., Чазова И.Е. Сердечно-сосудистые осложнения сахарного диабета 2 типа. // Кардиология. – 2002; 42: 73-77.
3. Глинкина И.В. Лечение нарушений липидного обмена при сахарном диабете 2 типа. // Лечащий врач. – 2006; 2: 28-32.

4. Facchini F.S., Hua N., Abbasi P., Reaven G.M. Insulin resistance as a predictor of age diseases. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2001; 86: 3574-3578.
5. Боднар П.Н., Бортничук С.И. Дерматоглифика при сахарном диабете. // Врач. дело. – 1977; 12: 78-79.
6. Penrose L.S. Memorandum on dermatoglyphic nomenclature //Birth defects : Orig. Article Series. – 1968; 4(3): 1-13.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КАК ПЕРМАНЕНТНЫЙ (СТАДИЙНЫЙ) ПРОЦЕСС

А.Н.Дмитриев¹, Н.Ю.Трельская², П.Е.Трельский², Е.М.Футерман¹,
Л.Р.Перминова²

^{*}1 ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ,

² МАУ «Городская клиническая больница № 40 г. Екатеринбурга», Россия

Метаболический синдром (МС), имеющий место у 14-30% взрослого населения экономически развитых стран [1,2] представляет собой комплекс наследуемых регуляторно-метаболических нарушений, приводящих под влиянием ряда средовых и биологических факторов к трудно обратимым расстройствам обмена веществ и соматических заболеваний, характеризующихся неблагоприятностью их течения и прогноза.

Актуальность проблемы МС определяется как высоким уровнем смертности от ассоциированных с ним сердечно-сосудистых заболеваний [3], так и немногочисленностью исследований, посвященных выявлению особенностей патологических изменений сердца у пациентов с МС [4], особенно в динамике его формирования. Последнее обстоятельство, а также выявленные на популяционном уровне особенности МС, влияющие на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы (различия в ассоциации его компонентов) [5] послужили поводом к проведению настоящего исследования.

Цель исследования: оценить особенности структурно-функциональных изменений сердца на различных стадиях развития метаболического синдрома.

Материалы и методы.

В условиях эндокринологического центра обследовано 52 пациента в возрасте $45,15 \pm 1,52$ лет с клиническими и лабораторными проявлениями МС.

Обследование включало определение:

а) ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$),

б) систолического ($\text{АД}_{\text{сисст}}$), диастолического ($\text{АД}_{\text{диаст}}$) и среднего артериального давления ($\text{АД}_{\text{сред}}$) по формуле $\text{АД}_{\text{сред}} = 0,42 \times (\text{АД}_{\text{сисст}} - \text{АД}_{\text{диаст}}) + \text{АД}_{\text{диаст}}$;