

но объяснить повышенной потребностью организма в витаминах в результате нарушения липидного обмена при ГБ в тологией щитовидной железы. Для поддержания эффекта рекомендуются повторные курсы комбинированной гипотензивной терапии с добавлением в индивидуальную схему лечения препаратов-антиоксидантов. Эти курсы целесообразно проводить 2-3 раза в год, особенно в зимне-весеннее время, когда в организме истощаются запасы антиоксидантов, а также в периоды усиления свободно-радикальных процессов (при стрессе, гиподинамии, в пожилом и старческом возрасте).

Выводы

1. Функциональное состояние САС у больных ГБ при гиперфункции щитовидной желе- N? 2, 2005_зы

Литература

1. Кобалава Ж.Д. Международные стандарты по артериальной гипертензии: согласованные и несогласованные позиции. Кардиология. 1999; 39 (И): 7-91. 2. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь. СПб: Сотис. 1995. 3. Хужамбердиев М.А., Исамитдинова Н.З., Аскарлов Б. Нарушения метаболизма катехоламинов при гипертонической болезни в сочетании с тиреотоксикозом. Мед журн Узбекистана. 2001; 5-6: 56-58.

Д.К.Нажмутдинова, Д.М.Артыкова, Н.Р.Янгиева

ПРИМЕНЕНИЕ КВАДРОПИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С

СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Первый ташкентский государственный медицинский институт

D.K.Najmutdinova, D.M.Artikova, N.R.Yangieva. Use of quadropiril in complex treatment of patients with vascular complications of diabetes mellitus.

Efficiency of quadropiril preparation was tested in 47 patients with types I and II diabetes mellitus with vascular complications. Functional condition of the kidneys, hemodynamic indices and eye bulbar conjunctiva microcirculation were assessed. The preparation had marked hypotensive effect, improved glomerular nitration, influencing insulin resistance, contributed to considerable decreasing glycemia in type II diabetes mellitus, improved eye microcirculation and lacked side-effects.

Сахарный диабет (СД) остается одной из ведущих медико-социальных проблем здраво-, охранения многих стран мира [2,3,6]. Наиболее важной проблемой диабетологии считается профилактика и лечение поздних осложнений, СД, таких, как диабетическая нефропатия (ДН) и диабетическая ретинопатия (ДР). ■Они. имеют,общие факторы патогенеза и встречаются одновременно у 50-70% больных, что послужило введению понятия «почечно-ретиальный синдром» [5]. Его прогрессированию способствуют декомпенсация СД, артериальная гипертензия, в значительной мере беременность, а также гипогликемия.

ДР является одной из главных причин ухудшения зрения и слепоты у больных. Среди больных СД типа 1 с длительностью заболевания более Д5 -лет это осложнение наблюдается у 6365 %, При СД типа 2 её признаки развиваются при -меньшей длительности заболевания [4].

характеризуется высокой гормональной активностью, о чем свидетельствует повышенная экскреция катехоламинов.

2. При тиреотоксикозе у больных ГБ отмечается активизация процессов свободно-радикального окисления, которая проявляется повышением уровня МДА в сыворотке крови.

3. Включение в комплексное общепринятое лечение антиоксидантов способствует снижению экскреции с мочой адреналина, норадреналина, дофамина и ДОФА.

4. Наиболее выраженное уменьшение МДА в сыворотке крови больных ГБ при гиперфункции щитовидной железы, которым на фоне базисного лечения назначали антиоксиданты, можно объяснить прямым ингибирующим влиянием этих препаратов на ПОЛ.

ДН является ведущей причиной инвалидизации и смертности больных СД. Частота развития ДН колеблется от 40 до 50% при СД типа 1 и от 15 до 30% при СД типа 2 [1,2]. ДН обусловлена развитием гипергликемии, гиперлипидемии, нарушением внутриклубочковой гемодинамики [1,3,7].

Самая эффективная профилактика осложнений СД - это идеальная компенсация углеводного обмена. Патогенетическая терапия ДН заключается в назначении ингибиторов ангио- тензинпревращающего фермента (АПФ). Одним из таких препаратов является («AWD.Pharma», Германия).

Цель работы - изучить влияние комплексного лечения, включающего квадроприл, на функциональное состояние почек, гемодинамику и микроциркуляцию бульбарной конъюнктивы глаза. - '

• ■

Материалы и методы

Обследованы 47 больных (20 мужчин и 27 женщин) 22-69 лет, из них 18 с СД тип 1, 29 с СД тип 2. Длительность СД - от 4 до 35 лет. Согласно классификации ВОЗ [1-3], ДН I стадии установлена в 3 случаях, П-в 12, Ш- в 25, IV - в 7. 3

Оценивали общее состояние, измеряли артериальное давление. Функциональное состояние почек определяли до данным пробы Ре- берга, углеводный обмен - по концентрации глюкозы в крови глюкозооксидазным методом и по содержанию гликированного гемоглобина (HbA1C) (Fluckiger R., 1976). Биомикроскопию бульбарной конъюнктивы

Состояние гемодинамики, углеводного обмена и азотовыделительной функции почек у больных СД до (числитель) и на фоне лечения (знаменатель) -

Показатель	СД тип 1	СД тип 2
Гликемия, Ммоль/л	11.1 ± 0.18	10.7 ± 0.7
HbA1C, %	$8.4 \pm 0.05^*$	$7.9 \pm 0.7^*$
Артериальное давление, мм рт. ст.	$143.1/91 \pm 1.2/0.7$	$155.8/97.5 \pm 1.5/1.7$
Креатинин, мкмоль/л	$122/78^* \pm 0/1,1$	$133/83,7^* \pm 1,2/1,5$
Мочевина, ммоль/л	24 ± 1.2	$82,9 \pm 0.3$
Клубочковая фильтрация, мл/мин	68 ± 0.7	$77.1 \pm 0.1^*$
Протеинурия, %	8.1 ± 0.1	2.1 ± 0.1
	$7.4 \pm 0.02^*$	6.8 ± 0.1
	13.6 ± 1.0	
	$118.9 \pm 0.02^*$	$123.1 \pm 0.1^*$
	0.7 ± 0.1	0.3 ± 0.1
	$0.04 \pm 0.002^*$	$0.08 \pm 0.1^*$

Примечание.* - наличие достоверности (p<0,05) по сравнению с показателями до лечения.

Содержание креатинина и мочевины при СД типа 1 уменьшилось соответственно на 9% и 16%, при СД типа 2 - на 7% и 9,4%, клубочковой фильтрации - на 11% и 14,6%; протеинурии - на 42% и 38%. Артериальное давление достоверно снизилось при обоих типах СД на 15%.

При изучении микроциркуляции бульбарной конъюнктивы до лечения отмечались значительное расширение и извитость сосудов, неравномерность их калибра, снижение кровотока, склеивание эритроцитов. Имелись зоны ишемии различной степени тяжести и зоны запусков. После лечения значительное улучшение микроциркуляции наблюдалось у 62% больных. У них улучшились кровоток и показатели склеивания эритроцитов, уменьшился объём ишемических зон.

Обсуждение

Комплексное лечение, включающее квадропринил, дает выраженный гипотензивный эффект, улучшает азотовыделительную функцию почек, улучшает состояние микроциркуляции бульбарной конъюнктивы. Несмотря на небольшую длительность лечения отмечается улучшение углеводного обмена, которое выражается в снижении показателей гликемии и HbA1C. Вероятно, это связано с уменьшением инсулинорезистентности, которая является одним из основных звеньев гипертонии при СД типа 2 [6]. Наиболее значительное улучшение углеводного обмена, функциональной способности почек и микроциркуляции бульбарной конъюнктивы отмечено у больных СД типа 2.

проводили на

щелевой лампе XCEL-300 и оценивали по методу А.Я.Бунина (1984). Обследования проводили до начала приема квадропринила и на 28-е сутки лечения.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента.

Результаты

Как видно из таблицы, уровень гликемии и HbA1C при СД типа 1 уменьшился соответственно на 23,4% и 17%, при СД типа 2 - на 34,5% и 19,4%. Более выраженное снижение этих показателей при СД типа 2 было статистически достоверным.

Таким образом, включение квадропринила в комплексное лечение больных с сосудистыми осложнениями СД даёт выраженный гипотензивный эффект, способствует улучшению почечного фильтра, оказывает положительное влияние на микроциркуляцию сосудов глаз и углеводный обмен, снижая проявления инсулинорезистентности при СД типа 2. На протяжении лечения большинство больных отмечали хорошую переносимость препарата (отсутствие аллергических реакций и кашля, резкого снижения артериального давления в начале лечения).

Выводы

1. Комплексное лечение, включающее квадропринил, способствует уменьшению клубочковой фильтрации в доклинической и начальной

клинической стадии нефропатии, улучшает азотовыделительную функцию почек и в малых дозах улучшает микроциркуляцию органа зрения у больных СД на фоне комплексного лечения, ...>ывает нефропротекторное действие у больных СД с включающего квадропринл, позволяет судить и об исходно низкими показателями артериального давления. улучшении микроциркуляции в почечных сосудах.

Литература

3. Акбаров З.С. и др. Диабетическая нефропатия. Ташкент, 2002: 3-15. 2. Балаболкин М.И. Диабетология. М.: Медицина, 2000: 155-156. 3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. М.: Медицина, 2000: 490-494. 4. Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология. СПб, 2002. 5. Хайдарова Ф.А. и др. Клиникоэпидемиологические аспекты почечно-ретиального синдрома у больных СД, проживающих в Ташкенте. Научный вестник. 1999; 1: 115-117. 6. Шестакова М.В. Артериальная гипертензия при СД: эпидемиология, патогенез и стандарты лечения. Consilium medicum. 2001; 3 (2): 22-32. 7. Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Диабетическая нефропатия: состояние проблемы в мире и в России. Сахарный диабет. 2000; 1: 11-17.

З.С.Ислам в

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Республиканский онкологический научный центр

Z.S.Islamov. Development of retinoblastoma diagnosis.

Results of complex diagnosis of 117 patients with retinoblastoma using dermatoglyphic, ultrasound and biochemical examinations were discussed in the article. Stages I-II of retinoblastoma were established in 49, stages II-III in 48 and stages III-IV in 20 patients. The growth rate of the tumor depended on its stage. Use of dermatoglyphic investigation will allow selection of risk group for retinoblastoma. A high rate of a number of dermatoglyphic parameters such as radial loops, straight pattern, and low rate of arc-like and wave-like patterns were of great diagnostic significance and correlated with the growth rate of the tumor. Probably, the parameters were indicative of predisposition of children to retinoblastoma oncogen expression. Contributing factor of oncogen expression was imbalance between free radical oxidation and condition of antioxidant system enzymes.

Методы диагностики ретинобластомы в основном заключаются в клиническом наблюдении и выявлении общеизвестных признаков: свечение зрачка, резкое снижение зрительных функций, приводящее к косоглазию, быстро растущее желтовато-розовое образование на глазном дне, вследствие чего возникает вторичная глаукома и увеличивается глазное яблоко. Поскольку от раннего выявления и лечения ретинобластомы во многом зависит возможность сохранения не только жизни пациента, но и глаза, а иногда и зрения, совершенствование ранней диагностики представляет весьма актуальную проблему.

В этом отношении перспективны генетические, биохимические и ультразвуковые методы исследования. В ряде работ подтверждена возможность передачи генетической информации о возникновении ретинобластомы [3,4]. Генетическими исследованиями установлена роль мутации отдельной гаметы при делеции полосы q14 13-й хромосомы в развитии двусторонней ретинобластомы [3].

Изучение кинетических параметров развития опухолевой ткани позволяет выявить особенности её роста [4], факторы, влияющие на интенсивность

клеточной пролиферации и экспрессию онкогенов [1]. К объективным показателям скорости опухолевого роста относятся время удвоения объема опухоли (ВУО), определяемое при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Цель работы - проанализировать информативность способов диагностики ретинобластомы.

Материалы и методы

В офтальмологическом отделении РОНЦ в 1999-2001 гг. лечились 117 (62 мальчика и 55 девочек) детей с ретинобластомой в возрасте до 7 лет. Причем 84 (72%) были в возрасте до 3 лет. По данным анамнеза, у 47 (40%) детей в роду у одного из родителей отмечалась патология глаза, в том числе у 22 (18%) врожденная ретинобластома.

При поступлении у 49 (41,9%) больных наблюдались характерные симптомы - белое свечение зрачка (лейкокория) и косоглазие. В 48 (41,0%) случаях определялись признаки выраженного увеита и вторичной глаукомы. Кроме того, у 20 (17,1%) детей был выражен болевой синдром с признаками внутричерепного давления и раковой интоксикацией.

Стадия Т-1 обнаружена в 18,9% случаях,

59Т-2 - в 37,8%, Т-3 - в 32,3%, Т-4 - в 11%.