

коррелирует с увеличением ЛП N2. ЛП пика N2, превышающий нормативный для среднего возраста с ДЭ на 10 мс, а у пожилых на 20 мс, можно считать патологическим.

Выводы. Таким образом, отмечена прямая пропорциональная зависимость степени увеличения латентного периода пика N2 АКВП от наличия и выраженности ДЭ. Это может свидетельствовать об ухудшении процесса распознавания и дифференцировки стимулов у больных с ДЭ. В то же время, изменение данного показателя, как показали результаты исследования, не зависит от возраста пациента.

Список использованной литературы:

1. Захаров В.В. Когнитивные нарушения при сосудистых поражениях головного мозга: клиника, диагностика. Лечение. Фарматека. 2010, [7, с. 32-37].
2. Захаров В. В., Савушкина И. Ю. Диагностика и лечение когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // РМЖ. — 2010. — Т., [2. С. 108—113].
3. Левин О.С. Диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии. Методическое пособие. М.: МАИ, 2010, [8 с].
4. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии. Руководство для врачей. М: 2011, [144 с].
5. Bennett D.A., Schneider J.A., Arvanitakis Z. et al. Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies // Neurology, 2011. [№ 66. - P. 1837-1844].
6. Bowler J.V., Hachinski V. The concept of vascular cognitive impairment. /In: Vascular Cognitive Impairment. Ed. by T. Erkinjuntti, S. Gauthier. London: Martin Dunitz, 2012. — [P. 9-25].
7. Erkinjuntti T., Gauthier S. Vascular cause of cognitive impairment the perspective. /In: Vascular Cognitive Impairment. Ed. by T. Erkinjuntti, S. Gauthier. — London: Martin Dunitz, 2010. - [P. 643-651].
8. Jefferson A., Benjamin E. Cardiovascular disease cognitive decline and dementia. Vascular cognitive impairment in clinical practice. Eds. I Wablung, T, Erkinjuntti, S. Gautbier. Cambridge 2011, [166-177].

© Ш.Ш. Салохиддинова, Н.Н. Юсупова, А.Т.Джурабекова 2015

УДК 616.43

А.М.Сижажева

к.б.н., преподаватель биохимии
медицинского колледжа КБГУ,

ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет

им. Х.М. Бербекова» Медицинский колледж

г. Нальчик, РФ, E-mail: amina_0109@bk.ru

А.М.Сижажева

Заведующая лабораторией КДЛ

ГБУЗ «Районная больница»

с.п. Заюково, Баксанского района КБР, РФ, E-mail: amina_0109@bk.ru

М.Б.Малаева

Заведующая лабораторией КДЛ

санатория «Синдика» в г. Нальчик КБР, РФ, E-mail: malaevamarianna@yandex.ru

ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Аннотация

Лабораторные исследования проводятся для установления факта наличия нарушения углеводного обмена, диагностики сахарного диабета и определения его типа, а также для контроля за состоянием пациента с сахарным диабетом 2 типа и ожирения.

Ключевые слова

диабет, углеводный обмен, липиды, ожирение, С-пептид.

Сахарный диабет называют чумой XXI века. Сахарный диабет — хроническое, широко распространенное заболевание, при котором организм не может либо вырабатывать инсулин (гормон, необходимый для перевода глюкозы в энергию) в достаточном количестве, либо использовать свой инсулин нужным образом [1, 2].

Актуальность темы. Несмотря на все достижения цивилизации, это заболевание остается очень серьезным и занимает восьмое место среди прочих причин смерти людей. И хотя современные методы лечения привели к увеличению продолжительности жизни страдающих им, количество больных из года в год неуклонно растет. Если учесть, что, заболевая, человек не излечивается до своего последнего дня, то сегодня актуальными становятся не столько медицинские, сколько социальные проблемы этого страдания, известного с древнейших времен [3, 4]. Причина диабета I типа до конца не выяснена, но существует строгая связь с нарушением функции иммунной системы, проявляющимся наличием в крови антител, разрушающих β -клетки поджелудочной железы. Общим фактором риска, особенно при наследовании сахарного диабета II типа, является генетический фактор. Если болен один из родителей, то вероятность унаследовать диабет первого типа равна 10 %, а диабет второго типа — 80 % [4].

Цель исследования: Исследование динамики показателей гормональной активности жировой ткани и лабораторная оценка состояния углеводного и липидного обменов у больных ожирением и сахарным диабетом 2 типа.

Задачи исследования:

1. Изучить показатели углеводного и липидного обменов у больных ожирением и сахарным диабетом 2 типа.
2. У больных ожирением и сахарным диабетом 2 типа оценить показатели креатинина, мочевины и общего белка.
3. Изучить показатель С-пептида (гормональный обмен) и гликозилированного гемоглобина у больных сахарным диабетом.

Лабораторные исследования проводятся для установления факта наличия нарушения углеводного обмена, диагностики сахарного диабета и определения его типа, а также для контроля за состоянием пациента с сахарным диабетом 2 типа и ожирения (степени компенсации заболевания, эффективности лечения, прогнозирования осложнений).

Результаты исследования: Полученные нами данные лабораторных исследований у больных сахарным диабетом 2 типа и ожирения представлены в таблицах 1-3. Среднее значение концентрации сахара крови у мужчин и женщин составляет от 6,3 до 19,7 ммоль/л. При этом отмечалась тенденция к более высоким значениям данного показателя у женщин по сравнению с таковыми у мужчин (таблица 1).

Таблица 1

Показатели углеводного и белкового обмена у больных сахарным диабетом

Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, ммоль/л	Общий белок, г/л	сахар крови, ммоль/л	Сахар мочи %
75-145,0	5,0- 11,4	63,5-76,4г	6,3 до 19,7	0,5- 2,5

Как видно с таблицы 2, содержание креатинина в сыворотке крови больных сахарным диабетом в среднем составило 75-145,0 мкмоль/л, мочевины составило 5,0- 11,4 ммоль/л, общего белка 63,5-76,4г/л.

При сахарном диабете нарушения углеводного обмена сочетаются с выраженными изменениями липидного обмена. Нарушение липидного обмена у больных сахарным диабетом повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений (таблица 2).

Таблица 2

Средние значения липидов сыворотки крови у обследованных больных в зависимости от пола

Группа	Показатели липидного обмена и единицы измерения			
	Холестерин ммоль/л	ТГ, ммоль/л	ЛПНП ммоль/л	ЛПВП ммоль/л
Мужчины	3,6-7,6	0,65-2,5	2,05-4,9	0,83-1,99
Женщины	4,9-7,1	0,65-2,3	2,2-4,82	1,02-1,99

Как следует из таблицы 3, содержание холестерина в сыворотке крови больных в среднем составило 3,6-7,6 ммоль/л; ТГ составило 0,65-2,5 ммоль/л; ЛПНП составило 2,05-4,9 ммоль/л; ЛПВП составило 0,83-1,99 ммоль/л.

C-пептид и гликозилированный гемоглобин. Содержание гликированного гемоглобина находится в прямой зависимости от уровня глюкозы в крови и является интегрированным показателем компенсации углеводного обмена на протяжении последних 60-90 дней.

Таблица 3

Средние показатели C-пептида и гликозилированного гемоглобина у обследованных больных

Группа	Значение C-пептида, нг/мл		Значение гликозилированного гемоглобина, %	
	C- пептид, нг/мл	норма, нг/мл	HbA1c %	Норма %
Больные СД 2 типа	2,37-6,1	0,5-3,2	6,9-12,7	до 7

В ходе проведённых исследований у обследованных больных показано, что концентрация гликозилированного гемоглобина (HbA1c) колеблется в пределах 6,9-12,7%, а C-пептида в пределах 2,37-6,1 нг/мл (таблица 3).

Гликозилированный гемоглобин (HbA1c) является важным маркером в длительном контроле над гликемией у пациентов с сахарным диабетом II типа. Измерение гликозилированного гемоглобина (HbA1c) позволяет использовать его как показатель возможного риска развития осложнений диабета.

Исследование концентрации C-пептида позволяет оценить секрецию инсулина в различных клинических ситуациях.

Выводы

1. C-пептид позволяет подсчитать секрецию инсулина. Это и есть смысл для определения C-пептида в сыворотке и моче.
2. Результаты лабораторных исследований обмена углеводов и липидов, гормонов могут быть использованы при мониторинге за лечением больных сахарным диабетом 2 типа и ожирением.
3. Гликозилированный гемоглобин (HbA1c) является важным маркером в длительном контроле над гликемией у пациентов с сахарным диабетом II типа. Измерение HbA1c позволяет использовать его как показатель возможного риска развития осложнений диабета.
4. Содержание холестерина в сыворотке крови больных в среднем составило 3,6-7,6 ммоль/л; ТГ составило 0,65-2,5 ммоль/л; ЛПНП составило 2,05-4,9 ммоль/л; ЛПВП составило 0,83-1,99 ммоль/л.
5. Содержание креатинина в сыворотке крови больных сахарным диабетом в среднем составило 75-145,0 мкмоль/л, мочевины составило 5,0- 11,4 ммоль/л, общего белка 63,5-76,4г/л.
6. Концентрация гликозилированного гемоглобина (HbA1c) колеблется в пределах 6,9-12,7%, а C-пептида в пределах 2,37-6,1 нг/мл.

Список использованной литературы:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. М.: Медицина, 2002. 752 с.
2. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // РЖЖ. 2001. Т. 9. № 2. С. 56—61.
3. Дедов И.И. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет: Методические рекомендации. М., 2000.
4. Мамедов М.Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома: Методические рекомендации. М., 2004.С. 72.

© А.М.Сижажева, Ас.М.Сижажева, М.Б.Малаева, 2015

Н. Бекназаров

Резидент магистратуры 1 года обучения кафедры «Неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии»

Самаркандский государственный медицинский институт

К.В. Шмырина

к.м.н., ассистент кафедры «Неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии»

Самаркандский государственный медицинский институт

А.Т. Джурабекова

д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии»

Самаркандский государственный медицинский институт

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПРИ ДИСКОГЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Аннотация

Исследовано качество жизни у 206 женщин, страдающих остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Выявлены структурные отличия у женщин с рефлекторными и корешковыми синдромами по различным сферам функционирования, что позволяет подбирать индивидуальные схемы лечения пациентам указанного контингента.

Ключевые слова

Остеохондроз, качество жизни, поясничный отдел позвоночника

Дегенеративные поражения позвоночного столба занимают первое место (41,1%) среди причин первичной инвалидности по заболеваниям опорно-двигательной системы [1, с 34-37]. Дорсопатия более чем в 30% случаев приводит к временной нетрудоспособности, а у 10% больных к инвалидизации, причем 75% пациентов находится в возрасте от 30 до 59 лет [2, с. 1797-1800], пик заболеваемости приходится на возраст 35-40 лет [3, с 1795-1798].

Показатели распространённости вертеброневрологической патологии имеют тенденцию к росту, в связи с этим в 2010 году после предварительных итогов Декады посвященной костно-суставным болезням (The Bone and Joint Decade, Geneva, 2000-2010) было принято решение о её продлении до 2020 года [4, 24с].

Несмотря на значительные достижения в разработке вопросов патогенеза, диагностики и лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза [5, с. 82-84] лечебные аспекты данной патологии остаются мало изученными. Так понятие «здоровье» в течение последних десятилетий претерпело существенную динамику от констатации «отсутствия болезней» до признания «полного благополучия» в различных сферах жизнедеятельности человека [6, 315 с.]. В связи с этим в современной медицине происходит смена приоритетов, когда целью врачей является не только борьба за продолжительность жизни, но и за её качество. В связи с этим исследование различных составляющих качества жизни (КЖ) самым больным с помощью опросников и контроль за их изменением в результате лечения при хроническом болевом синдроме является актуальным.

Цель исследования: изучить качество жизни женщин с корешковыми и рефлекторными синдромами при дискогенной болезни пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования: было обследовано 206 больных находившихся на стационарном лечении в Клинике СамМИ. Все пациенты были разделены на две группы: I группа – 124 женщины (60,2%), средний возраст 43,8±10,2 с корешковыми синдромами, II группа – 82 женщины (39,8%), средний возраст 39,6±9,8 с рефлекторными синдромами. В группу контроля вошло 30 здоровых женщин, средний возраст 41,6±10,1. Всем больным был проведен вертеброневрологический осмотр, сделаны общие анализы крови, мочи, исследована реакция Хедельсона, проведены ЭКГ, КТ, МРТ, УЗИ матки с придатками и почек, проведен осмотр гинеколога. Оценка КЖ проведена с использованием русскоязычной версии опросника «MOS SF-36 Health Status Survey», который относится к неспецифическим опросникам для оценки КЖ и