

ческим изменениям распределение по стадиям производилось следующим образом: 1-я стадия – уплотнение стенок сосуда, обусловленное начинающейся инкрустацией солями кальция, линейные тени небольшой интенсивности; 2-я стадия – кольцевидная тень в 1-м межплюсневом промежутке (отображение на рентгенограмме стопы в прямой проекции поперечного сечения глубокой подошвенной артерии); 3-я стадия – частичное обызвествление стенок сосуда; 4-я стадия – обызвествление стенок сосуда в виде «струи дыма»; 5-я стадия – резко выраженное обызвествление стенок сосуда в виде «извитого шнура» с поражением и мелких его ветвей.

Результаты исследования. По нашим данным при рентгенологическом обследовании больных: у 38,36% больных артериосклероз Менкеберга не наблюдался, у 61,64% пациентов определялся артериосклероз Менкеберга с выраженными рентгенологическими изменениями в сосудистой стенке артерий стопы. У 11,32% человек наблюдался артериосклероз Менкеберга 5-й ст обеих магистральных артерий стопы с их ответвлениями.

В тоже время, остеопороз костей стопы наблюдался в 87% случаев. Таким образом, у больных СД при рентгенологическом обследовании, одновременно выявляется как кальциноз артерий, так и остеопороз костей стопы. Однако, сколь ярко бы не бросались в глаза эти изменения на рентгеновских снимках, столь же незамеченными и малоизученными они остаются на практике до настоящего времени.

Почему и как на столь близком анатомическом пространстве происходит такой «костно-сосудистый кальциевый дисбаланс»? Мы уже отметили, что диабетический анамнез у обследованных больных составил в среднем $10,6 \pm 0,5$ лет. В тоже время, средняя продолжительность СД у больных с артериосклерозом Менкеберга составила $12,8 \pm 0,6$ лет; у больных без артериосклероза Менкеберга – $7,2 \pm 0,8$ лет. Уровень гликемии при поступлении составил $10,03 \pm 0,29$ ммоль/л; 73,6% больных находились в состоянии декомпенсации СД на момент выявления у них признаков СДС. Эти факты показали, что частота кальцификации артерий стопы прямо коррелирует с продолжительностью диабетического анамнеза и состоянием компенсации СД. Такая же корреляция отмечалась и в отношении остеопороза.

Выводы. Мы предполагаем, что профилактика кальцификации артерий стопы у больных СД, должна включать строгий контроль гликемии и профилактику остеопороза костей стопы. В то время как, профилактика и лечение остеопороза у больных СД, должна быть больше направлена не на дополнительное поступление кальция извне, а на направление имеющегося в организме кальция в костную ткань и предотвращение обратных процессов.

В этом плане считаем приоритетным более углубленное изучение «костно-сосудистого кальциевого дисбаланса» на уровне биохимических, патофизиологических и гистологических изменений.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

О.О. Рыбалка, В.Ф. Ушаков

Сургутский ГУ, г. Сургут, Россия
Сургутский ГМИ, г. Сургут, Россия

E-mail авторов: Oksana-r-2011@mail.ru

Цель исследования: Оценить эффективность различных методов лечения (с высокими - более 1000 мкг. и низкими суточными дозами ингаляционных глюкокортикоидных препаратов) больных бронхиальной астмой (БА) с сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Материалы и методы: у пациентов основной группы с БА среднетяжелого и тяжелого течения с СД2 в возрасте 60-74 лет (n=35), получающей симбикорт 4,5/160 мкг (2-3 вдоха 2 раза в день), беродуал 2 вдоха 2 раза в день, метформин 850 мг 2 раза в день, инсулин хумалог в суточной дозе $24,54 \pm 2,42$ ед. и у пациентов контрольной группы (n=30) в возрасте 60-75 лет, получающих беклозон (250 мкг) 2 вдоха 2-3 раза в день или беклометазон (в суточной дозе более 1000 мкг), β -агонисты, а так же аналогичную первой группе противодиабетическую терапию, через 6 месяцев лечения исследовалась динамика клинического течения, биохимические и функциональные показатели. У всех больных для оценки углеводного обмена использовались показатели гликемии натощак и интегральный показатель компенсации углеводного обмена за три предыдущих месяца – гликозилированный гемоглобин (HbA1c).

Результаты: В процессе динамического наблюдения у больных основной группы показатели: ЖЕЛ, ОФВ₁, МОС₂₅, МОС₇₅, составили $83,5 \pm 3,4$; $64,1 \pm 2,8$; $31,2 \pm 2,8$; $58,0 \pm 3,8$ ($p < 0,05$). Показатели значительно превышали таковые у пациентов контрольной группы ($57,0 \pm 3,3$; $51,8 \pm 3,5$; $18,2 \pm 2,1$; $35,4 \pm 3,8$, $p < 0,05$). При этом показатели глюкозы натощак и HbA1c у пациентов контрольной группы (составили: $8,8 \pm 0,34$ и $8,7 \pm 0,56$) были значительно выше таковых у лиц основной группы (составили: $6,15 \pm 0,7$ и $7,2 \pm 0,43$). Если у лиц основной группы контроль над течением БА с СД2 отмечался у 85-92% больных, то у пациентов контрольной группы только у 54%.

Выводы: Таким образом, использование высокоэффективных противоастматических препаратов (симбикорт, беродуал) с меньшим содержанием ИГКС (720 мкг) в сочетании с метформином и инсулином хумалогом (для лечения СД) значительно повысило эффективность лечения у лиц основной группы по сравнению с контрольной группой.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ В ЛАЗЕРНОМ ЦЕНТРЕ КЛИНИКИ САММИ

Д.Б. Сабирова, Ф.У. Каландаров, Ф.Р. Ибадуллаев

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан