

в течение 3-х месяцев лечения пациентов этой группы не удавалось поддерживать компенсацию углеводного обмена на должном уровне. Уровень С-пептида в плазме крови после лечения по сравнению с исходными показателями практически не изменился (табл).

Следовательно, адекватная реакция β-клеток при проведении пробы с репаглинидом может свидетельствовать о достаточных функциональных возможностях инсулинового аппарата поджелудочной железы и служить основанием для продолжения лечения ТСПП.

Полученные результаты позволили разработать уравнение множественной регрессии, использование которого позволяет на основании результатов пробы с репаглинидом осуществлять оценку функционального состояния β-клеток и прогнозировать эффективность ТСПП. Уравнение имеет вид:

$$HbA1c = x + 0,118 \cdot a + 0,116 \cdot b - 0,00014 \cdot c - 0,00083 \cdot d,$$

где $x = 5,27$; a – тощаковая глюкоза; b – дельта глюкозы в пробе с репаглинидом; c – С-пептид тощаковый; d – дельта С-пептида в пробе с репаглинидом.

Поскольку уровень HbA1c является достоверным признаком компенсации углеводного обмена при СД, прогнозирование его снижения на фоне ТСПП свидетельствует о сохранении функции β-клеток.

Таким образом, применение пробы с репаглинидом позволяет оценить способность β-клеток к активному функционированию под действием ТСПП, способствующему тем самым достижению компенсации углеводного обмена.

Выводы:

1. Проба с репаглинидом может быть рекомендована для оценки функционального состояния β-клеток поджелудочной железы у больных СД 2 типа.

2. Снижение концентрации глюкозы в крови более, чем на 3 ммоль/л через 2 часа после приема 1 мг репаглипида может свидетельствовать о достаточных функциональных возможностях β-клеток и о целесообразности продолжения лечения больных сахарным диабетом 2 типа ТСПП.

3. При длительности течения сахарного диабета 2 типа, превышающим 5 лет у большинства больных, имеет место неадекватная реакция β-клеток на стимуляцию репаглинидом, как признак значительного снижения функциональных возможностей β-клеток, что может служить одним из показаний для назначения инсулинотерапии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕТА-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ПРОБА С РЕПАГЛИНИДОМ

**В.Т. КОВАЛЕВСКАЯ, М.М. БАТЮШИН,
В.И. КУДИНОВ, Н.А. КОРСУН, Т.В. ПОПОВИЧЕНКО**

Представлены результаты пробы с репаглинидом у 85 больных сахарным диабетом 2 типа с длительностью диабета от 1 до 11 лет. Показано, что у 80% больных при длительности сахарного диабета более 5 лет имеет место неадекватная реакция β-клеток на стимуляцию репаглинидом, что свидетельствует о значительном снижении их функциональных способностей и является показанием для назначения инсулинотерапии. Проба может быть рекомендована для оценки функционального состояния β-клеток поджелудочной железы у больных сахарным диабетом 2 типа.

Ключевые слова: сахарный диабет, проба с репаглинидом.

УДК 616.379 – 008. 64. 004. 14 (045)

PROGNOSING OF PANCREATIC BETA-CELLS FUNCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: REPAGLINID TEST

**KOVALEVSKAYA V.T., BATUSHIN M.M., KUDINOV V.I.,
KORSUN N.A., POPOVICHENKO T.V.**

Results of the test with repaglinid in patients with diabetes mellitus type 2 are presented. Subjects were 85 patients: 48 women (56,55%) and 37 men (43,5%), average age 51,7±0,9, diabetes average duration 4,2±1,3 years. 80% patients with more than 5 years history of the disease showed inadequate reaction of β-cells after repaglinid stimulation testifying to important decrease of β-cells function and giving reason for insulin therapy. The above test can be recommended for assessment of pancreatic β-cells function in patients with type 2 diabetes mellitus.

Key words: diabetes mellitus, repaglinid test.

Список используемой литературы:

1. Аметов, А.С. β-клетка: секреция инсулина в норме и патологии / А.С. Аметов, О.М. Смирнова, М.В. Шестакова, А.Г. Залевская, А.М. Мкртумян, С.А. Догадин, И.А. Бондарь. – М., 2005. – 124 с.
2. Балаболкин, М.И. Диабетология. / М.И. Балаболкин. – М.: Медицина, 2000. – 672 с.
3. Дедов, И.И. Федеральная программа «Сахарный диабет». Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом (методические рекомендации) / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, М.А. Максимова. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 88 с.
4. Шестакова, М.В. Сахарный диабет / М.В. Шестакова, Ю.И. Сунцов, И.И. Дедов. – 2001. – № 3. – С. 2-4.
5. ADWANCE Management Committee. Diabetologia. – 2001. – V. 44. – P. 1118 – 1120.

ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Е.М. СПИЦЫНА, В.В. ТИТОРЕНКО, Т.В. ТОКАРЕВА

Ставропольская государственная медицинская академия
г. Ставрополь

В последнее время пристальное внимание клиницистов [2,3] привлекает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Комплекс морфологических и клинических признаков объединяется понятием синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ). Широкая распространенность ДСТ среди лиц призывного и трудоспособного возраста делает эту проблему социально значимой [1].

Целью нашего исследования было изучение клинических признаков СДСТ у лиц трудоспособного возраста.

Материалы и методы исследования: в данной работе исследовали 36 больных с СДСТ в возрасте от 16 до 30 лет. Контрольную группу составили 36 человек в возрасте от 16 до 30 лет без синдрома дисплазии соединительной ткани.

В рамках исследования проводилась оценка объективного статуса больного. Для выявления маркеров (симптомов) СДСТ проводили физикальное исследование: определение преобладания продольных размеров тела над поперечными, измерение эпигастрального угла. По сумме клинических данных делали заключение о конституциональном типе больного. О состоянии кожи судили по ее эластичности, повышенной растяжимости, выраженности сосудистого рисунка, наличию стрий. Гипермобильность суставов оценивали по критериям Бейтона (пассивное сгибание мизинца на 90 градусов в обе стороны, пассив-

ное сгибание 1-го пальца в сторону предплечья при сгибании в лучезапястном суставе, переразгибание обоих локтевых суставов, более чем на 10 градусов, переразгибание обоих коленных суставов, более чем на 10 градусов, при наклоне вперед и фиксированных коленных суставах плоскости ладоней пациентов полностью касаются пола). Состояние костно-мышечной системы оценивали по нарушению осанки, неправильной форме черепа, наличию сколиоза, деформации ребер и грудины, плоскостопия, со стороны полости рта "готического неба". Ультразвуковое исследование сердца с доплерографией на аппарате «SONOS 100» по общепринятой методике, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) синхронно в 12 стандартных отведениях. Данные о частоте выявленных симптомов представлены в **таблице №1**.

Для оценки значимости фактора наличия дисплазии соединительной ткани в опытной группе при сравнении с контрольной применялся критерий Фишера (результаты расчетов в электронных таблицах MS Excell представлены в **табл. 2**).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов позволил выделить симптомокомплекс связочно-суставных маркеров СДСТ, который был обнаружен у 58% больных. Наиболее частыми его проявлениями были гипермобильность суставов (55,6%), нарушение осанки (66%) и плоскостопие (69,2%).

Симптомокомплекс кожных проявлений СДСТ

Таблица №1. Кратность заболеваний (опытная группа)

Количество симптомов	До 4	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	Всего
Количество больных	2	1	12	7	11	3	36
Кратность заболеваний (контрольная группа)							
Количество симптомов	До 4	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	Всего
Количество больных	18	4	6	5	2	1	36

Таблица №2. Результаты расчетов двухвыборочного F-теста для дисперсии

	Переменная 1	Переменная 2
Среднее	6	6
Дисперсия	22,4	38
Наблюдения	6	6
df	5	5
F	0,589473684	
P(F<=f) одностороннее	0,288005204	
F критическое одностороннее	0,1980069	

был выявлен в 25% случаев. Довольно часто встречались изменения кожных покровов в виде тонкой, легко ранимой, сухой или гиперэластической кожи, келоидных рубцов, стрий. Так же были характерны пигментные пятна, веснушки, обилие родинок.

Симптомокомплекс косто-мышечных проявлений СДСТ был диагностирован в 35% случаев. Он включал в себя острый эпигастральный угол (73%), преобладание продольных размеров тела над поперечными (78%), деформацию грудной клетки (13%), позвоночника (56%), черепа (10%), «готическое небо» (76%). Вышеперечисленные признаки в целом составляли картину астенического типа конституции. Эти лица чаще имели нарушение осанки в виде сколиоза (73%), усиления грудного кифоза (13%), продольное плоскостопие (47%).

В нашем исследовании было обнаружено, что симптомокомплекс кардиальных проявлений встречается у 89% больных с СДСТ. Его основными признаками были жалобы на боли в области сердца различной интенсивности и продолжительности (78%), аритмии (59%), пролапс митрального клапана (ПМК) (63%), аномальное расположение хорд (45%).

Анализ эхокардиограммы показал, что чаще пролабирует передняя створка митрального клапана (88%). ПМК I степени выявлен у 57,6% больных, II степени у 36%, III степени у 6% больных. Наряду с пролапсом митрального клапана в 45% случаев встречались аномально расположенные хорды.

По данным ЭКГ-исследования были выявлены различные нарушения ритма сердца: синусовая тахикардия у 55,6% больных, синусовая брадикардия у 13,6%, миграция суправентрикулярного водителя ритма у 24,8%, суправентрикулярные экстрасистолы у 49,4%, желудочковые экстрасистолы у 38,3% больных.

Гемморрагический симптомокомплекс встречался значительно реже (15% случаев). Проявлялся он частыми носовыми кровотечениями (25%), петехи-

ально-пятнистой сыпью (7%), повышенной кровоточивостью десен (23%).

Среди исследуемых был выделен иммунодефицитный синдром (15%), проявляющийся хроническими и рецидивирующими воспалительными процессами верхних дыхательных путей (тонзиллиты, гаймориты) у 45% обследуемых, со стороны легких (частые пневмонии, бронхиты) у 13%, со стороны мочевыделительной системы (пиелонефриты, циститы) у 23%, гнойничковая инфекция кожи – фурункулез у 16% обследуемых.

Как показали результаты математического анализа (таблица № 2), при сравнении контрольной и опытной групп, наличие диспластикозависимых симптомов у больных опытной группы не случайно, и обусловлено дисплазией соединительной ткани.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности маркеров СДСТ у лиц трудоспособного возраста. Среди обследованных больных выделено несколько наиболее часто встречающихся симптомокомплексов СДСТ.

По наибольшей встречаемости они расположились в следующей последовательности: кардиальный (89%), связочно-суставной (58%), косто-мышечный (35%), кожный (25%), гемморрагический (15%), иммунодефицитный (15%). Преобладающими были кардиальный симптомокомплекс (89% обследуемых) и связочно-суставной симптомокомплекс (58% обследуемых). Указанные симптомокомплексы у различных лиц находились в различных сочетаниях между собой, что свидетельствовало о неполноценности развития у них соединительной ткани.

На основании полученных результатов можно заключить, что выявление у лиц трудоспособного возраста признаков СДСТ с дальнейшими рекомендациями по здоровому образу жизни, профессиональной и спортивной ориентации, предотвращает прогрессирование дисплазии и снижает риск возможных осложнений при врачебном вмешательстве.

Список используемой литературы:

1. Богослав, Т.В., Вариабельность ритма сердца у больных первичным пролапсом митрального клапана / Т.В. Богослав, В.Н. Медведева, В.В. Медведев // Весн. Аритмологии.– 2002.– № 26.– С 67-70.
2. Земцовский, Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э.В. Земцовский.– СПб., 1998.– С. 96.
3. Мартынов, А.И. Маркеры дисплазий соединительной ткани у больных с идиопатическим пролабированием атриовентрикулярных клапанов и с аномально расположенными хордами / А.И.Мартынов, О.Б. Степура, О.Д. Остроумова. // Терапевт. архив. – 1996. – №2.– С. 40-43.

**ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА.**

Е.М. СПИЦЫНА, В.В. ТИТОРЕНКО, Т.В. ТОКАРЕВА.

Изучены клинические признаки синдрома дисплазии соединительной ткани у лиц трудоспособного возраста.

Обследовали 36 больных с синдромом дисплазии соединительной ткани в возрасте от 16 до 30 лет.

Установили, что симптомокомплекс связочно-суставных маркеров дисплазии встречался у 58% больных, кожных проявлений у 25%, костно-мышечных проявлений дисплазии у 35%, кардиальный у 89%, геморрагический у 15%, иммунодефицитный у 15% больных.

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности маркеров синдрома дисплазии соединительной ткани у лиц трудоспособного возраста.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, синдром дисплазии соединительной ткани, пролапс митрального клапана.

УДК 616-007.17: 576.8.095.52

**CLINICAL POLYMORPHISM OF CONNECTIVE TISSUE
DYSPLASIA SYNDROME IN ABLE-BODIED SUBJECTS**

SPITSYNA Y.M., TITORENKO V.V., TOKAREVA T.V.

Aim: to study clinical signs of connective tissue dysplasia syndrome in subjects able to work.

Subjects were 36 patients with syndrome of connective tissue dysplasia aged from 16 till 30 years.

Results. Combination of joint dysplasia markers occurred in 58% patients, skin markers – in 25%, skeleton-muscle signs – in 35%, cardiac – in 89%, hemorrhagic – in 15%, immune deficiency – in 15% patients.

Conclusion. The data obtained demonstrated prevalence of connective tissue dysplasia markers in capable for work population.

Key words: connective tissue dysplasia, syndrome of connective tissue dysplasia, mitral valve prolapse.