

резистентностью, при поздних формах сифилиса, висцеральном сифилисе и нейросифилисе.

Прокаин-пенициллин – препарат выбора при амбулаторном лечении больных ранними формами сифилиса, в том числе беременных.

Новокаиновая соль бензилпенициллина используется при стационарном лечении больных (более высокая комплаентность в сравнении с бензилпенициллином) первичным и вторичным свежим сифилисом (в отсутствии осложнений твёрдого шанкра, алопеции, лейкодермы). Лечение беременных возможно в первой половине беременности при тех же условиях, что и не беременных.

Бензатин-бензилпенициллин применяется для лечения больных первичным периодом сифилиса в амбулаторных условиях.

На основании наших клинико-серологических исследований разработаны рекомендации диспансерного наблюдения за больными после окончания специфической терапии. У больных первичным периодом сифилиса – через 6 месяцев после стойкой негативации серологических реакций, со вторичным свежим – через 1 год, и со вторичным рецидивным и скрытым ранним сифилисом – через 2 года.

Серорезистентность следует устанавливать и соответственно назначать дополнительное лечение в случае сохранения положительных КСР к 1,5 годам у больных первичным сифилисом и к 2-м годам – остальным лицам с ранними формами инфекции.

Нуждается в дальнейшем изучении анализ замедленной негативации серологических реакций при лечении препаратами средней дурантности. Создаётся впечатление, что это связано с сокращением сроков лечения больных сифилисом с 14 и 28 дней (в зависимости от его формы) до 10 и 20 дней.

Таким образом, с появлением эпидемии сифилиса, её угасанием, переходом на амбулаторное лечение больных в сифилидологии появились новые проблемы, требующие незамедлительного решения.

Список использованной литературы:

- Бензатин-бензилпенициллин (экстенциллин) в лечении больных сифилисом: опыт пятилетних наблюдений / В.А. Аковбян [и др.] // Вестн. дерматол. – 1998. – № 4. – С. 61-64.
- Баткаев, Э.А. Результаты комплексной терапии серорезистентного сифилиса с использованием иммуномодулятора полиоксидония / Э.А. Баткаев, М.А. Щербаков, М.В. Шапоренко // Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога – С. 9.
- Бициллин в терапии больных сифилисом / М.П. Батунин [и др.] // Тр. V Всесоюз. съезда дерматовенеролог. – Л. – 1961. – С. 376-378.
- Зенин, Б.А. Теоретическое обоснование лечения больных ранним сифилисом водорастворимыми солями пенициллина в течение 16 дней / Б.А. Зенин // Сб. науч. тр. / Клиника, патогенез, лечение и профилактика сифилиса. – Горький. – 1983. – С. 71-80.
- Иванов, В.М. Динамика клинико-серологических показателей у больных ранними формами сифилиса при лечении различными антибиотиками / В.М. Иванов // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1988. – 20 с.
- Иванова, М.А. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путём, в Российской Федерации: 2002 – 2004 годы / М.А. Иванова // Клинич. дерматол. и венерол. – 2005. – № 4. – С. 9-12.
- Инструкция по лечению и профилактике сифилиса. М. – 1988. – 82 с.
- Каплун, М.С. Роль лимфатических узлов в патогенезе сифилиса / М.С. Каплун // Иркутск. – 1948. – 108 с.
- Конюхова, К.А. Ранний нейросифилис / К.А. Конюхова, Г.Н. Григорьева, А.О. Кудрявцев // ЗППП. – 1996. – №5. – С. 78-79.
- Кубанова, А.А. Опыт применения препарата прокаин-пенициллин G 3 мега / А.А. Кубанова, О.К. Лосева // Прокаин-пенициллин G 3 МЕГА в лечении и профилактике сифилиса. – М. – 2000. – С. 6-8.
- Анализ методов диагностики и лечения нейросифилиса в Москве 1995-1996 гг. / О.К. Лосева [и др.] // Вестн. дерматол. – 1997. – №3. – С. 42-45.
- Рахманов, В.А. Отдалённые результаты лечения свежего сифилиса бициллином –1 / В.А. Рахманов, А.М. Левин, Г.Ф. Романенко // Вестн. дерматол. – 1965. – №12. – С. 54 – 56.
- Рахманова, И.В. Бициллин –1 в терапии больных ранними формами сифилиса / И.В. Рахманова // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1962. – 19 с.
- Розентул, М.А. Некоторые вопросы лечения сифилиса пенициллином / М.А. Розентул, Р.Л. Зеликова // Сифилис. – 1946. – С. 77-85.
- Сурганова, В.И. Многоцентровое исследование эффективности лечения больных ранними формами сифилиса препаратом «Прокаин-пенициллин G 3 МЕГА» в Уральском регионе / В.И. Сурганова [и др.] // Росс. журнал кожных и венерич. болезней. – 2002. – №6. – С. 55-58.
- Фурнье, А. Руководство к патологии и терапии сифилиса. Перевод с фр. С.Б. Оричкина / А. Фурнье // Санкт-Петербург. – 1899. – 1336 с.
- Чеботарёв, В.В. Современные методы лечения больных сифилисом – избежать эйфории/ В.В. Чеботарёв, М.А. Земцов, В.Г. Семёнова // Тез. докл. Всерос. научно-практич. конф. – М. – 1997. – С. 210-211.
- Чеботарёв, В.В. К вопросу о клинических, серологических рецидивах и серорезистентности у больных сифилисом / В.В. Чеботарёв [и др.] // Дерматовенерол. косметол. сексопатол. Научно-практич. журнал. – Днепропетровск. – 2003. – 1-4 (6). – С. 50-56.
- Lukehart, S. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment / S. Lukehart [и др.] // Ann Intern Med. – 1988. – 409-855. – С.862.
- Wolters, E. Central nervous system involvement in early, and late syphilis the problem of asymptomatic neurosyphilis / E. Wolters [и др.] // J Neur Sci. – 1988. – С. 229-239.

ЭПИДЕМИЯ СИФИЛИСА И ЕЁ УГАСАНИЕ: СТАРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Н.В. ЧЕБОТАРЁВА

Представлены данные по заболеваемости сифилисом в РФ и Ставропольском крае, течении инфекции, современным принципам лечения, их недостаткам. Представлен разработанный автором алгоритм лечения больных ранними формами сифилиса, сроки дополнительного лечения и диспансеризации.

Ключевые слова: сифилис, заболеваемость, клиника, алгоритм лечения.

SYPHILIS EPIDEMIC DYING AN OLD DISEASE – NEW PROBLEMS

TCHEBOTARYOVA N.V.

Data on syphilis morbidity in RF and Stavropol Territory, course of the above disease, modern treatment approach and its' defects are presented. The author performed treatment model for early forms of syphilis, additional treatment and dispensary system terms.

Key words: syphilis, morbidity, clinical course, treatment approach.

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

Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону

Эпидемия сахарного диабета (СД) последних десятилетий ставит проблему ранней диагностики, эффективного прогнозирования и качественно-го лечения этого заболевания в число наиболее актуальных вопросов современного здравоохранения. По данным экспертов ВОЗ, в мире насчитывается более 190 млн. больных СД, и, по мнению ряда авторитетных экспертов, их число достигнет к 2025 году 300 млн., из них около 90% составят пациенты с СД 2 типа [1,2]. Кроме того, СД является фактором риска развития микро- и макроангиопатий, полинейропатии, сердечно-сосудистых осложнений, которые являются причиной высокой инвалидизации и летальности [4,5].

Проблема сосудистых осложнений заключается в недостаточной компенсации углеводного и других видов обмена у большей части больных СД. Несмотря на появление современных таблетированных сахаропонижающих препаратов (ТСПП), у большинства пациентов с СД 2 типа уровень гликемии остается повышенным. В то же время существуют объективные причины, затрудняющие действия врача при определении тактики лечения СД 2 типа, направленной на достижение компенсации углеводного обмена. Таким объективным фактором является отсутствие доступных критериев оценки функционального состояния β -клеток поджелудочной железы. Назначение того или иного препарата в различных клинических ситуациях часто проводится эмпирически, без полной уверенности в его перспективности для достижения компенсации сахарного диабета.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности оценки функционального состояния β -клеток поджелудочной железы и прогнозирования

адекватного стимулирующего влияния на их функцию ТСПП у больных СД-2 типа на основании проведения пробы с репаглинидом, который является современным ТСПП короткого действия.

Материал и методы. Обследовано 85 пациентов, страдающих СД 2 типа, из них 48 женщин (56,5%) и 37 мужчин (43,5%) в возрасте от 35 до 68 лет (средний возраст $51,7 \pm 0,9$ лет). Все пациенты страдали СД 2 типа длительностью от 1 до 11 лет (в среднем $4,2 \pm 1,3$ лет). В течение 1 года и более все больные получали различные ТСПП, при этом уровень гликемии натощак был выше 7 ммоль/л и более 9 ммоль/л через 2 часа после приема пищи. В исследование не включались пациенты, характер клинического течения СД 2 типа у которых явно требовал назначения инсулина (выраженные сухость во рту и жажда, прогрессирующая потеря массы тела, наличие тяжелых проявлений поздних осложнений сахарного диабета), а также больные, которые к моменту исследования получали метформин.

Всем больным была проведена проба с репаглинидом: определялись С-пептид в венозной плазме и глюкоза в капиллярной крови натощак. Пациент принимал 1 мг репаглинида. Через 2 часа (без приема пищи) повторно исследовались С-пептид и концентрация глюкозы в крови. Выбор 2-х часового теста связан с тем, что время максимального стимулирующего влияния репаглинида на β -клетку может продолжаться до 2-3-х часов. Кроме того, одним из критериев оценки компенсации сахарного диабета является концентрация глюкозы в крови именно через 2 часа после приема пищи [3].

На основании оценки результатов пробы с репаглинидом, с помощью полученной медианы все исследуемые больные были разделены на 2 группы: группа

А (43 больных, 25 женщин и 18 мужчин) с адекватным ответом β -клеток на прием 1 мг репаглинида и группа Б (42 больных, 23 женщины и 19 мужчин) с неадекватной реакцией. Согласно результатам нашего исследования, ответ β -клеток на стимуляцию репаглинидом считался адекватным, если концентрация глюкозы в крови через 2 часа после приема препарата снижалась на 3,0 и более ммоль/л. При изменении концентрации глюкозы в крови менее 3,0 ммоль/л ответ считался неадекватным.

Уровень глюкозы в капиллярной крови определялся энзиматическим колориметрическим методом с депротеинизацией с использованием тест-системы ООО «Ольвекс Диагностикум» (Санкт-Петербург) по методике Р. Trinder (1969). С-пептид определялся иммунорадиометрическим методом в сыворотке крови с помощью набора «Immunotech» (Czech Republic, Prague). Уровень гликозилированного гемоглобина определяли спектрофотометрическим методом, с использованием стандартного набора гликозилированного гемоглобина (GHB100) фирмы «Lahema Diagnostica» (Чехия). За нормальный уровень принимались значения 4,5-6,2%.

Результаты и обсуждение. Как показано на таблице, возраст пациентов в группах А и Б существенно не различался ($p > 0,1$). Индекс массы тела (ИМТ) в обеих группах больных оказался примерно одинаковым. Исходные показатели концентрации глюкозы в крови натощак и через 2 часа после еды, уровень HbA1c также достоверно не отличались в сравниваемых группах больных. Уровень С-пептида натощак в группе А оказался выше по сравнению с группой Б. Это может косвенно указывать на более сохранную секреторную способность β -клеток в группе А.

Характер ответа β -клеток на стимуляцию репаглинидом, по данным нашего исследования, зависел от длительности СД. В группе А оказалось 86% больных с длительностью заболевания до 5 лет и только в 6 случаях продолжительность СД 2 типа оказалась выше. В группе Б,

напротив, абсолютное большинство пациентов (78%) имели продолжительность болезни более 5 лет и лишь в 9-ти случаях длительность заболевания составляла 3-4 года.

На характер ответа β -клеток влиял также уровень С-пептида. Если в группе А в ответ на стимуляцию репаглинидом отмечалось существенное увеличение концентрации С-пептида, то в группе Б до и после приема препарата разница показателей оказалась несущественной ($p > 0,1$).

В дальнейшем на протяжении 3-х месяцев больные обеих групп продолжали прием ТСПП, доза которых корректировалась на основании изучения показателей гликемии натощак и через 2 часа после приема пищи. Для чистоты проводимого исследования на протяжении 3-х месяцев наблюдения за больными после проведения пробы с репаглинидом метформин не назначался. Со всеми пациентами проводилась беседа по принципам диетического питания, контроля массы тела.

Результаты контрольного исследования, проведенного через 3 месяца, показали, что в группе А концентрация глюкозы в крови натощак и через 2 часа после еды снизилась по сравнению с исходным уровнем. Подтверждением того, что достигнутые показатели компенсации поддерживались на протяжении всего периода исследования, служили нормальные значения HbA1c и тенденция к снижению массы тела. Уровень С-пептида после лечения ТСПП существенно не изменился.

В группе Б результаты 3-х месячного лечения оказались менее обнадеживающими. Только в 7 случаях из 42 концентрация глюкозы в крови натощак и через 2 часа после еды соответствовала приемлемому результату. У остальных пациентов средний показатель гликемии натощак оказался в пределах исходных значений и при этом он был достоверно выше соответствующего показателя группы А ($p < 0,05$). Подобная картина наблюдалась и в отношении гликемии через 2 часа после еды, а также показателя HbA1c. Это указывало на тот факт, что

Таблица

Показатели функционального состояния β -клеток

Изучаемый показатель	Группа А n = 43	Группа Б
Возраст	50,3 $\pm$ 1,4	52,9 $\pm$ 1,6
Длительность заболевания менее 5 лет	86%	22%
До лечения:		
Гликемия натощак (ммоль/л)	9,6 $\pm$ 1,3	9,4 $\pm$ 1,8
Через 2 часа после еды (ммоль/л)	12,5 $\pm$ 1,5	12,2 $\pm$ 2,7
После приема Репаглинида (ммоль/л)	6,4 $\pm$ 0,4*	9,0 $\pm$ 0,6
HbA1c (%)	7,6 $\pm$ 0,8	7,9 $\pm$ 0,9
ИМТ	34,3 $\pm$ 1,3	34,9 $\pm$ 0,9
Уровень С-пептида натощак (ммоль/л)	1324,8 $\pm$ 84,04	1069,6 $\pm$ 66,7**
После приема репаглинида (ммоль/л)	1810,3 $\pm$ 126,8*	1207,3 $\pm$ 82,9
Через 3 месяца лечения:		
Гликемия натощак (ммоль/л)	5,8 $\pm$ 0,2*	8,7 $\pm$ 0,8
Через 2 часа после еды (ммоль/л)	8,6 $\pm$ 0,8*	13,0 $\pm$ 0,6**
HbA1c (%)	5,5 $\pm$ 0,2*	6,5 $\pm$ 0,2**
ИМТ	32,1 $\pm$ 0,6	34,2 $\pm$ 0,8
Уровень С-пептида натощак (ммоль/л)	1359,4 $\pm$ 82,7	1050,4 $\pm$ 64,6

Примечание: * – достоверное различие с исходным уровнем;

** – достоверное различие с соответствующим показателем в группе А.