

интенсификация режима инсулинотерапии. Потребность организма в инсулине может возрасти значительно из-за наличия инфекционно-воспалительного процесса и высокой температуры, следовательно, это требует соответствующего повышения дозы вводимого инсулина. Поэтому ориентиром оптимального количества препарата является не показатель соотношения дозы инсулина и массы тела пациента, а показатели гликемии. Очень часто синдром диабетической стопы развивается у больных СД 2 типа на фоне выраженной декомпенсации заболевания, не поддающейся коррекции, несмотря на диетотерапию и лечение пероральными сахароснижающими препаратами. Таких больных СД 2-го типа, при наличии незаживающих нейротрофических язв или выраженного болевого синдрома, рекомендуется переводить на инсулинотерапию. В таких случаях назначение инсулина позволяет нормализовать гликемию и поддерживать хороший метаболический контроль.

При изучении медицинской документации, обследовании пациентов было выявлено, что они не были своевременно переведены на инсулинотерапию. Так, 4 больных с высокой ампутацией обеих конечностей на уровне тазобедренных суставов были переведены на инсулин только в сосудистом отделении к моменту операции. После оперативного вмешательства инсулин был отменен, больные стали получать пероральные сахароснижающие препараты. При изучении этого контингента больных мы обнаружили, что более чем половина обследованных либо не получали инсулин, либо был запоздалый перевод на инсулинотерапию.

ВЫВОДЫ:

1. Необходим скрининг больных сахарным диабетом с проведением физических и инструментальных методов обследования с целью ранней диагностики синдрома диабетической стопы, своевременного выявления лиц, имеющих повышенный риск развития язвенных поражений нижних конечностей.

2. Необходимо своевременно переводить больных на инсулинотерапию. Потребность организма в инсулине возрастает значительно из-за наличия инфекционно-воспалительного процесса, и адекватно проводимая консервативная терапия нейротрофической инфицированной формы поражения стоп с компенсацией сахарного диабета позволяет избежать хирургического вмешательства в 95% случаев.

3. Необходимо регулярное медицинское наблюдение за состоянием больного и его нижних конечностей. Осмотр должен проводиться каждый раз во время визита больного диабетом к врачу, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ В КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Богтаева Я.О., Болатчиев Х.Л.

Одной из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения является йод-дефицит, который даже при легкой степени выраженности служит пусковым механизмом развития многих болезней щитовидной железы. По данным ВОЗ около 1,5 милли-

ардов жителей Земли (28,9%) проживают в эндемичных по зобу областях. У 200 миллионов человек имеется увеличенная щитовидная железа (эндемический зоб), а у 20 миллионов лиц – умственная отсталость в результате йодной недостаточности. Для России медико-социальное значение йод-дефицитных заболеваний обусловлено тем, что практически вся ее территория эндемична по зобу. В последние годы отмечается явная тенденция к утяжелению йодного дефицита и роста числа заболеваний щитовидной железы. Рост патологии щитовидной железы многие авторы связывают не только с йод-дефицитом, но и со сложившейся неблагоприятной обстановкой: накоплением в окружающей среде зобогенных факторов, дефицитом микро-, макроэлементов.

Методы обследования. Проведено обследование 100 стационарных больных и 350 студентов с эндемическим зобом за 2001-2004 гг.: из них 74% женщин, 26% мужчин. Медиана возраста составила 24,7 лет (от 15 до 66 лет). Обследование включало пальпацию щитовидной железы (ВОЗ, 1994 г.), общеклинические методы, ультразвуковое исследование, исследование уровней ТТГ, Т4, анти-ТПО, анти-ТГ. *Субклинический гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита* выставлялся на основании: ТТГ крови более 3,5 ммоль/л, Т4 – в пределах 10,-25,0, анти-ТПО, анти-ТГ – титр. *Субклинический тиреотоксикоз:* при ТТГ ниже 0,5 ммоль/л, Т4 – в пределах нормы (10,0-25,0), титр антител отрицательный. *Истинный йод-дефицитный зоб* при ТТГ крови более 3,5 ммоль/л, Т4 – в пределах 10,-25,0, титр анти-ТПО, анти-ТГ отрицательный.

Результаты обследования и их обсуждение.

Все больные были разделены на 4 группы: 1 гр - I st 50%, 2 гр. - II st – 31,25%, 3 гр - III st – 12,5%, 4 гр. - IV st – 6,25%.

При сравнительном анализе этих групп нарушение функции щитовидной железы выявлены у 37,5% больных: гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита (чаще субатрофического варианта), истинное зоб-дефицитное заболевание, субклинический тиреотоксикоз, а также узлообразование. Самым частым нарушением функции щитовидной железы оказался субклинический гипотиреоз (как осложнение дефицита йода) – 22,5%, причем отмечается повышение частоты встречаемости при увеличении объема щитовидной железы. Клинически он проявлялся прибавкой в весе, хронической усталостью, невозможностью концентрации внимания. Хронический аутоиммунный тиреоидит (и как следствие субклинический гипотиреоз) встречался в 12,8% случаев. Соотношение мужчин и женщин составило 1:8. Объем щитовидной железы по данным УЗИ был увеличен значительно чаще у женщин (82%), чем среди мужчин (18%). Распространенность субклинического тиреотоксикоза составила 6,8%. Узловые образования щитовидной железы в 1 группе не регистрировались, во 2-ой группе регистрировались узлы в среднем до 0,5 см, в 3-ей группе узлы до 1 см и в 4-ой группе регистрировались многоузловые зобы с диаметром узлов более 1 см, подлежащие хирургическому удалению.

Выводы. Зоб не является единственным проявлением йодной недостаточности. Компенсаторное, ино-

гда даже выраженное увеличение размеров щитовидной железы не в состоянии нормализовать ее функцию, что приводит к постепенному нарастанию сначала субклинического, а затем и клинического гипотиреоза. Обращает внимание недостаточность мер профилактики эндемического зоба в КБР. Следует проводить скрининг зоба всего населения, расширить сеть продаж йодированных продуктов населению. Требуется ужесточить меры контроля по хранению, сбыту йодированных продуктов. Также необходимо профилировать йод-дефицитные состояния у женщин в период беременности и лактации (Йодомарин-200).

МНОГООБРАЗИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ГОРТАНИ

Гюсан А.О.

*Ставропольская государственная
медицинская академия,
Ставрополь*

В последние годы по всей России отмечается рост заболеваемости туберкулезом и увеличение летальности среди этой категории больных. Одним из самых частых осложнений легочного поражения является туберкулез гортани.

Целью нашего исследования был анализ историй болезни, выявленных больных туберкулезом гортани за последние пять лет и рассмотрение разнообразия клинических форм заболевания у них.

За этот период времени мы наблюдали 11 больных (9 мужчин и 2 женщины) туберкулезом гортани в возрасте от 22 до 70 лет. У всех больных был выявлен туберкулез легких.

У 8 (72,7%) больных отмечалась диссеминированная и у 3 (27,8%) инфильтративная формы поражения. 9 больных были направлены на консультацию туберкулезным диспансером, 2 поступили с диагнозом рак гортани, стеноз гортани 2 ст. У них был обнаружен рак гортани и одновременно туберкулез. Общим пришлось делать трахеотомию по экстренным показаниям. У всех больных отмечалось нарушение голоса, трое – жаловались на боли в горле. Ларингоскопическая картина у больных туберкулезом гортани была самой разнообразной. 4 больных отмечали асимметричное утолщение межчерпаловидного пространства, отечность слизистой оболочки, преимущественно задней стенки гортани. У 3 больных поражение отмечалось в области свободного края надгортаника, причем у одного из них кроме инфильтрации и ограничения подвижности четко просматривались изъязвления, распространяющиеся на черпалонадгортанные складки. У остальных четверых – в процесс вовлекались голосовые складки. Двое из них, одновременно с туберкулезным поражением имели обширный по распространенности рак гортани.

Интересен тот факт, что у 4 больных результаты туберкулиновых проб были сомнительные, а гемограмма и СОЭ в пределах нормы. 2-е больных, обратились к ЛОР-врачу, не зная о том, что больны туберкулезом легких.

Таким образом, диагностика туберкулеза гортани в связи с многообразием патоморфологических изменений в ней не всегда проста и дифференциальный диагноз может представлять определенные трудности.

Оториноларинголог должен всегда проявлять определенную настороженность для своевременного выявления туберкулезного поражения гортани.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Золоедов В.И., Ходыкина Л.А.,

Чернышова Е.П., Наумова Н.В., Душкин А.В.

*МУЗ ГКБ №10 «Электроника»,
городской эндокринологический центр, Воронеж,
Воронежская Государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

В последние годы продолжается увеличение числа больных сахарным диабетом (СД), в том числе 2-го типа. Одним из поздних осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС). Выделяют следующие формы СДС: нейропатическую (НСДС), ишемическую (ИСДС) и нейроишемическую (НИСДС).

Цель исследования – изучить особенности течения и лечения СДС у больных СД 2-го типа при наличии сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС). В исследование было включено 38 больных, из них 22 женщины, 16 мужчин, наблюдавшихся в эндосцентре в период с 2002 по 2004 гг. включительно, страдающих СДС. Средний возраст пациентов составил 65 ± 5 лет.

Диагнозы ИБС, СД и СДС ставились по общепринятым критериям (Е. И. Чазов и соавт., 1992 г.; И.И. Дедов и соавт., 2000 г.). Все больные были разделены на две группы по 19 человек, рандомизированных по полу, возрасту и длительности заболевания. 1-я группа (основная) – 19 пациентов с СД 2-го типа, осложненного СДС, страдающих различными формами ИБС (стенокардия, аритмический вариант). 2-я группа (группа сравнения) – 19 больных СД 2-го типа без клинических и электрокардиографических признаков ИБС.

В результате было установлено, что большинство случаев СДС при СД 2-го типа приходится на возраст 60-70 лет и встречается у женщин примерно в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. В обеих группах преобладал НИСДС (73%). Сочетание ИБС и СД 2-го типа приводило к ухудшению клинического течения СДС. Так, при наличии ИБС количество оперативных вмешательств (ампутации пальцев стоп, вскрытие абсцессов и флегмон стопы, ампутация стопы) по сравнению с консервативными методами лечения возрастало, более чем в 2 раза. В группе сравнения соотношение оперативных и консервативных методов лечения СДС было практически одинаковым (53% и 47% соответственно). Повторные оперативные вмешательства проводились в 63% случаев у больных основной группы, против 50% в группе сравнения. У пациентов