

*«Инновационные медицинские технологии»,
Россия (Москва), 16–18 ноября 2015 г.*

Медицинские науки

**ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА
ЛАТЕНТНО ПРОТЕКАЮЩЕГО
ИНСУЛИНЕЗАВИСИМОГО
САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Ачкасов В.В., Пономарёва Л.Н.

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж»,
Томск, e-mail: medsportmaster@mail.ru

Инсулинезависимый сахарный диабет (ИНСД) в начальной стадии своего развития формирует ряд патофизиологических особенностей, до сих пор недостаточно изученные, которые способны оказывать существенное влияние на здоровье человека [1].

Во-первых, ИНСД в начальной стадии своего развития всегда имеет латентное (скрытое) течение. Отсутствуют характерные клинико-лабораторные признаки: нет специфических жалоб (жажда, полиурия и т.п.); не фиксируется повышенный уровень глюкозы в крови как натощак, так и после приёма пищи; тест на толерантность к глюкозе отрицателен; отсутствует стойкая глюкозурия. Единственным проявлением, благодаря которому можно, случайно, распознать этот тип диабета в этот период является эпизодически появляющаяся в утренней порции мочи глюкоза [2].

Во-вторых, несмотря на своё латентное течение, ИНСД уже начинает активно формировать патофизиологические сдвиги, приводящие к дисбалансу гомеостаз организма. Эти патофизиологические сдвиги ещё недостаточно «сильны», чтобы проявиться характерными для этого типа диабета клинико-лабораторными проявлениями, но их потенциала достаточно, чтобы активизировать хронические, «фоновые» заболевания (гипертония, стенокардия, артрозы и т.п.). Причём, со временем, хронические, «фоновые» заболевания благодаря ИНСД становятся более «злокачественными», что выражается в нарастании толерантности к лечебным мероприятиям и укорочению длительности ремиссий [3].

По данным специальной литературы ИНСД в начальной фазе своего развития наиболее активное, патофизиологическое, влияние оказывает на заболевания опорно-двигательного аппарата, на втором месте идут сердечно-сосудистые болезни [2].

Исходя из выше сказанного можно сделать заключение, что ещё одной группой «риска» для ИНСД являются люди с «нестабильными», хроническими «фоновыми» заболеваниями. Но, к сожалению, пациенты этой группы «ри-

ска» в настоящее время могут уповать только на чудо (если у них случайно будет выявлена глюкоза в моче) или ждать, пока не начнут проявляться характерные для этого типа диабета клинико-лабораторные проявления. Это связано с экономической невозможностью проведения ежедневного (или хотя бы три раза в неделю) анализа мочи с целью выявления эпизодически появляющейся глюкозы, в существующих в настоящее время лечебных учреждениях.

Поэтому целью нашей научно исследовательской работы стал поиск возможностей решения указанной проблемы.

В процессе научного поиска, наше внимание привлекли появившиеся не так давно в свободной продаже диагностические полоски для экспресс анализа мочи «PHAN». С их помощью можно определять различные показатели в моче: белок, pH, удельный вес и др., в том числе и глюкозу. Определение глюкозы основано на ферментативной (глюкозооксидаза/пероксидаза) реакции, тест специфичен для глюкозы, другие сахара не взаимодействуют. Тест реагирует на присутствие глюкозы появлением от светло до темно зеленого цвета. Реакция не зависит от pH мочи и наличия кетоновых тел. Присутствие в исследуемой моче аскорбиновой кислоты и других метаболитических продуктов, имеющих редуцирующую активность, не приводят к ложноположительным результатам [4].

В ходе научно исследовательской работы нами был разработан диагностический алгоритм для пациентов группы «риска» с хроническими, «нестабильными» заболеваниями с использованием диагностических полосок «PHAN».

Исследование мочи с помощью диагностических полосок «PHAN» проводят следующим образом. Утреннюю порцию мочи собирают в чистый контейнер без следов моющих и дезинфицирующих средств, хорошо перемешивают. Анализ мочи следует проводить не позднее 4 часов после сбора материала. Не касаясь руками зон с индикаторами полосок, опускают последние на 1–2 секунды в исследуемую мочу так, чтобы все зоны были смочены. Капли мочи с полоски удаляют проведя полоской по краю сосуда с мочой. Полоску оставляют в горизонтальном положении. Приблизительно через 60 секунд сопоставляют окраску зон индикации с соответствующей цветной шкалой [4].

Подобный анализ пациент из группы «риска» может проводить самостоятельно и с любой периодичностью. В случае выявления

глюкозы в моче, собранная порция мочи, в которой была обнаружена глюкоза с помощью диагностических полосок «PHAN», относится в лабораторию лечебного учреждения. После подтверждения наличия глюкозы в моче, пациент направляется на консультацию к врачу эндокринологу.

Для экспериментальной проверки разработанного алгоритма нами была отобрана группа «риска» из 29 больных с артрозом в возрасте от 47 до 63 лет, продолжительность болезни от 5 до 9 лет, два раза в год проходящих лечение в ортопедическом отделении ОГАУЗ МСЧ «Строитель» города Томска. Отличительная особенность этих пациентов – нестабильный результат лечения и короткий интервал ремиссии (от нескольких недель до 2–3 месяцев). Все указанные пациенты перед каждой госпитализацией проходят клинико-лабораторное обследование, включающее определение глюкозы в крови и моче, а также исследование толерантности к глюкозе. Ни у одного из них не выявлен ИНСД.

Пациентам было предложено приобрести диагностические полоски «PHAN» и в течение 3 месяцев, 3 раза в неделю проводить анализ утренней порции мочи на глюкозу. В результате у 60% пациентов был выявлен латентно протекающий ИНСД и назначено соответствующее лечение врачом эндокринологом. Это положительно сказалось на течении артроза у этих пациентов в виде улучшения самочувствия и уменьшения выраженности клинических проявлений артроза.

Таким образом, можно сделать вывод, что одним из возможных способов для диагностики латентно протекающего ИНСД могут стать диагностические полоски «PHAN». С помощью которых пациенты из группы «риска» с хроническими «фоновыми» заболеваниями, по разработанному нами диагностическому алгоритму, могут самостоятельно проводить анализ мочи на выявление глюкозы на протяжении неограниченного времени, что невозможно по экономическим соображениям в современных лечебных учреждениях. При обнаружении глюкозы в моче и подтверждение этого факта лабораторией лечебного учреждения, такой пациент должен быть направлен на консультацию к врачу эндокринологу.

Список литературы

1. Ахманов М. Диабет в пожилом возрасте. – СПб.: Изд-во «Невский Проспект», 2012. – С. 111–112.
2. Бриско Пола Диабет. Вопросы и ответы: пер. с англ. – М.: Изд-во «Крон-Пресс», 2013. – 201 с.
3. Демидова Т.Ю. Патогенез инсулиннезависимого сахарного диабета [электронный ресурс] / Т.Ю. Демидова, А.С. Аметов. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_2191.htm.
4. Диагностические тест-полоски для полуколичественного анализа мочи «NemoPhan» [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.krimtex.ru/produkcija/node-diagnosticheskie-test-poloski-dlya-polukolichestvennogo-analiza-mochi-hemophan>.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

¹Довлатов З.А., ^{1,2}Серегин А.В.,
^{1,2}Лоран О.Б.

¹Городская клиническая больница
им. С.П. Боткина, Москва,
e-mail: dovlatov.zyaka@mail.ru;
²Российская медицинская академия
последипломного образования, Москва

У 376 женщин в возрасте 43–76 лет (медиана – 64 года) по поводу пролапса тазовых органов (ПТО) II–IV стадий использованы сетчатые имплантаты Prolift и Prolift+M. При этом полная реконструкция тазового дна выполнена у 220 (58,5%) пациенток, переднего отдела тазового дна – у 69 (18,4%), заднего отдела – у 87 (23,1%). В связи с сопутствующими заболеваниями были выполнены следующие сочетанные операции: влагалищная гистерэктомия – в 64 (17,0%) случаях, абдоминальная гистерэктомия – в 4 (1,1%), ампутация шейки матки – в 24 (6,4%), кольпоперинеолеваторопластика – в 32 (8,5%), передняя кольпорафия – в 2 (0,5%), установка свободной субуретральной синтетической петли по поводу инконтиненции – в 149 (39,6%). Сроки послеоперационного наблюдения составили от 6 до 110 месяцев (медиана – 52 месяца). За этот период отмечены следующие осложнения: эрозия слизистой влагалища – 9 (2,4%) случаях, смещение протеза – 4 (1,1%), рецидив стрессового недержания мочи – 1 (0,3%), стрессовое недержание мочи de novo – 2 (0,5%), urgentное недержание мочи de novo – 3 (0,8%), гиперактивный мочевой пузырь de novo – 5 (1,3%), диспареуния – 8 (2,1%), рецидив ПТО – 14 (3,7%). При смещении протеза и стрессовом недержании мочи произведены соответствующие операции по их коррекции. В 12 из 14 случаев рецидива ПТО повторно выполнена установка сетчатого имплантата с положительным исходом, а в двух случаях рецидива (ПТО II стадии) из-за отсутствия значимого дискомфорта пациентки от его коррекции воздержались. Таким образом, получены достаточно низкие показатели поздних осложнений и высокие показатели эффективности проведенного лечения. На наш взгляд, хирургический опыт клиники и уровень квалификации специалистов являются основными составляющими успеха оперативного лечения с помощью современных сетчатых имплантатов ПТО у женщин.