

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ

Акад. АМН СССР В. Г. Баранов, А. М. Ситникова, Л. И. Конради

Государственный институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова, лаборатория физиологии и патологии эндокринной системы человека (зав. — доктор мед. наук В. Г. Шалыпина) Института физиологии им. акад. И. П. Павлова АН СССР, отдел эндокринологии (научн. руководитель — акад. АМН СССР проф. В. Г. Баранов) Института акушерства и гинекологии АМН СССР

Реферат. Проведен ретроспективный анализ многолетнего наблюдения за динамикой нормальной толерантности к глюкозе у 564 женщин. При повторном обследовании в 33,8% выявлены нарушения толерантности (в 25,7% — сомнительного типа и в 8,1% — диабетического типа). Установлено неблагоприятное прогностическое значение содержания глюкозы в крови после нагрузки глюкозой через 1 ч — от 7,8 ммоль/л и выше и через 2 ч — от 6,1 ммоль/л и более. Предложено считать эти уровни пределом нормогликемии в указанные интервалы времени при проведении пробы на толерантность к глюкозе. Гликемию от 7,8 до 9,9 ммоль/л через 1 ч после нагрузки глюкозой и от 6,1 до 7,2 ммоль/л через 2 ч авторы расценивают как зоны риска в отношении сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, толерантность к глюкозе, гликемия.
1 таблица. Библиография: 7 названий.

Нарастание частоты сахарного диабета делает необходимым поиск путей его профилактики. В связи с этим определенный практический интерес представляет уточнение диагностического значения пробы на толерантность к глюкозе (ПТГ).

По мнению некоторых авторов [4, 5], динамика ПТГ у больных трудно предсказуема. Даже ПТГ диабетического типа может нормализоваться без лечения. По данным других авторов [3а, 6, 7], у лиц с исходной нормальной толерантностью к глюкозе при повторных обследованиях в 15—25% выявляются нарушения пограничного («сомнительного») типа и в 3—5% — диабетического. Работ, посвященных анализу таких особенностей нормальной толерантности, которые указывали бы на возможность дальнейшей неблагоприятной ее динамики, мы в литературе не нашли.

Цель наших исследований заключалась в выявлении особенностей нормальной ПТГ, наиболее информативных в отношении ее дальнейшей динамики. Для решения этой задачи были проведены повторно ПТГ у 564 практически здоровых женщин с нормальным исходным типом толерантности к глюкозе, находившихся на свободной диете и свободном режиме. Методика обследования и классификация типов ПТГ опубликованы в предыдущих работах [2, 3а, б]. Повторность обследований одного и того же лица колебалась от 2 до 10 раз, интервалы между ними — от 2 мес до 16 лет; общее количество сопоставлений типов толерантности к глюкозе — 786.

Возраст женщин при первом обследовании составлял от 13 до 56 лет; масса тела была нормальной у 204, у остальных констатирован ее избыток. Повышение АД установлено у 105 женщин, отягощенная в отношении сахарного диабета наследственность — у 109, климактерический невроз — у 127.

В результате сопоставления типов толерантности к глюкозе при первом и повторных ее определениях выявлено, что в 520 сопоставлениях (66,2%) при всех обследованиях была нормальная толерантность (1-я группа). В 266 сопоставлениях (33,8%) при повторном исследовании толерантность оказалась нарушенной, в том числе в 202 (25,7%) — сомнительного типа (2-я группа) и в 64 (8,1%) — диабетического (3-я группа).

Во всех 3 группах средние уровни гликемии натощак при первом обследовании были идентичными. Несмотря на то, что при первом проведении пробы толерантность у всех обследованных была нормальной, среднее содержание глюкозы в динамике ПТГ уже в то время достоверно различалось в указанных группах.

В 1-й группе среднее содержание глюкозы в крови при первом обследовании через 1 ч равнялось $6,59 \pm 0,10$ ммоль/л, во 2-й — $6,90 \pm 0,09$ ммоль/л, а в 3-й — $7,52 \pm 0,21$ ммоль/л ($P < 0,01$); средний уровень гликемии через 2 ч после нагрузки составлял соответственно $5,14 \pm 0,04$; $5,38 \pm 0,06$ и $5,53 \pm 0,12$ ммоль/л.

Зависимость последующей динамики ПТГ от уровня гликемии через 1 ч после нагрузки представлена в таблице.

Аналогично было установлено, что в группе лиц, у которых при первом исследовании содержание глюкозы в крови через 2 ч после нагрузки составляло 6,1 ммоль/л

**Зависимость характера ПТГ при 2-м обследовании
от уровня гликемии через 1 ч после нагрузки глюкозой
при 1-м обследовании**

Содержание глюкозы в крови через 1 ч при 1-м обследовании	Количество сопоставлений	Распределение по типам ПТГ при 2-м обследовании, %		
		нормальный	сомнительный	диабетиче- ский
Менее 7,8 ммоль/л . . .	594	70,2 ± 1,9	24,1 ± 1,8	5,7 ± 1,0
7,8 ммоль/л и выше . . .	192	53,6 ± 3,7	30,7 ± 3,3	15,6 ± 2,6
<i>P</i>		< 0,01	< 0,05	< 0,01

и выше, при втором обследовании нормальная толерантность выявлялась в 53,3%, а при уровне менее 6,1 ммоль/л — в 70,2%. Частота нарушений ПТГ диабетического типа составляла соответственно 13,6% и 6,5%.

Таким образом, превышение найденных нами значений гликемии (через 1 ч после нагрузки глюкозой — 7,8 ммоль/л и через 2 ч — 6,1 ммоль/л) следует рассматривать как прогностически неблагоприятный признак. Превышение одного (любого) из этих уровней достоверно повышает вероятность выявления в будущем нарушения ПТГ как сомнительного, так и диабетического типов. Одновременно с этим снижается вероятность сохранения нормальной ПТГ. Сочетание же уровней гликемии, превышающих найденные границы и через 1, и через 2 ч, снижает вероятность повторения нормальной ПТГ до 50% и повышает вероятность появления нарушений ПТГ диабетического типа до 17—20%.

Найденная нами граница нормогликемии согласуется с установленным В. Г. Барановым (1938) пределом нормального содержания глюкозы в крови в течение суток у здорового человека.

В связи с достоверностью прогностического значения указанных уровней целесообразно обозначить их как критические уровни, отделяющие группу лиц с низким риском возникновения нарушений ПТГ в будущем от группы повышенного риска. Гликемию же через 1 ч после нагрузки глюкозой от 7,8 до 9,9 ммоль/л и через 2 ч от 6,1 до 7,2 ммоль/л следует, вероятно, отнести к зонам риска в отношении сахарного диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Клин. мед., 1938, 12.—2. Конради Л. И., Матвеева О. Ф. Пробл. эндокринолог., 1977, 2.—3. Ситникова А. М. а) Сов. мед., 1969, 1; б) Пробл. эндокринолог., 1976, 6.—4. Fajans S., Floyd J., Conn J., Sumer P. In: Early diabetes of adolescents and young adults. Ed. Camerini-Davalos a. Cole. 1970, New-York, London.—5. O' Sullivan J. Ibid.—6. O' Sullivan J., Mahan C. Diabetes, 1971, 20, 12.—7. Sasaki A., Horindi N. J. Chron. Dis., 1976, 29, 2.

Поступила 6 января 1981 г.

УДК 616.819.6—08:615.03

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

И. Е. Зимакова, А. М. Карнов, С. В. Киришин

Кафедра фармакологии (зав. — проф. И. В. Заиконникова), кафедра психиатрии (зав. — доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

От 6 до 12% населения экономически развитых стран страдает различными психическими расстройствами, более 80% из которых являют собой пограничные формы нервно-психической патологии [2]. К ним относятся те психопатологические состояния, которые проявляются симптомами тревоги и страха, повышенной утомляемости и истощаемости, повышенной раздражительности, тревожной мнительности, пониженного настроения, навязчивостями, сенестопатиями, ипохондрией, бессонницей, вегетативными расстройствами. Эти психические нарушения наблюдаются как при психи-