

О МЕТОДИКЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ

М. Н. Солун, Н. Д. Устимова, А. И. Калашников, А. Н. Гоч

*Кафедра эндокринологии (зав.—проф. М. Н. Солун) Саратовского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института*

Необходимость активного выявления сахарного диабета определяется рядом соображений: возрастающей распространенностью данного заболевания, бессимптомностью течения его латентных и легких форм, нередким развитием генерализованной сосудистой патологии уже на самых начальных стадиях и вместе с тем обратимостью этих изменений под влиянием своевременной адекватной терапии, возможностью достижения ремиссии или регресса заболевания [2] и восстановления нормальной толерантности к углеводам.

Целью данной работы являлось активное выявление сахарного диабета среди рабочих и служащих крупного промышленного предприятия, изучение и оценка факторов риска, формирование групп риска с использованием стандартного теста толерантности к углеводам (ТТГ) для изучения состояния углеводного обмена, разработка форм и методов диспансерного наблюдения за лицами с нарушенным углеводным обменом с повторным исследованием ТТГ и оценкой полученных результатов.

Были использованы следующие методы: 1) анкетирование; 2) изучение углеводного обмена с помощью стандартного ТТГ; 3) проведение широкой санитарно-просветительной работы среди лиц, подлежащих обследованию.

Работа содержит результаты социологического и клиничко-биохимического обследования, выполненного в общей сложности у 3129 рабочих и служащих молодого, среднего и пожилого возраста (по классификации экспертов ВОЗ, 1972). При изучении анкетных данных установлено, что у 47,1% опрошенных имелось от 1 до 5 факторов риска. Наиболее распространенными из них оказались заболевания эндокринных желез (исключая поджелудочную) у обследованного или его родственников (54,6%), ожирение I—II степени (32,3%), заболевания печени, желчного пузыря и поджелудочной железы (30,2%), наследственная предрасположенность к сахарному диабету (22,8%), неблагоприятное течение беременности, роды крупным плодом (у 16,6% опрошенных женщин).

Стандартный ТТГ проведен у 2057 человек. Использована нагрузка глюкозой из расчета 50 г на 1 м² поверхности тела. Ни у одного из обследованных не выявлено клинических признаков сахарного диабета.

В зависимости от результатов ТТГ все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю вошли 1179 (57,3%) человек с нормальной толерантностью к глюкозе, во 2-ю—785 (38,2%) с сомнительным типом ТТГ, в 3-ю—52 (2,5%) с латентным диабетом, в 4-ю—41 (2%) с явным диабетом.

При изучении результатов исследования в возрастном аспекте отмечена отчетливая тенденция к нарастанию частоты более выраженных форм нарушения углеводного обмена в зависимости от возраста: явный сахарный диабет выявлен у 0,7% молодых обследованных, у 3,5% лиц среднего возраста и у 6,4% пожилых; латентный диабет — соответственно в 1,6%, 3,8%, 3,7% случаев.

Эти данные, совпадающие с результатами наблюдений других авторов [1, 3—6], следует принимать во внимание при проведении массовых эпидемиологических исследований, то есть формировать группы риска с учетом и возрастного фактора, обследовать в первую очередь людей среднего и пожилого возраста, имеющих к тому же и другие факторы риска.

Пациенты с явным сахарным диабетом были направлены к районным эндокринологам для дальнейшего наблюдения и лечения. Из числа обследованных с так называемым сомнительным типом ТТГ и лиц с латентным диабетом была создана группа из 140 человек, за которой установлено диспансерное наблюдение в производственных условиях. Проведен ряд бесед санитарно-гигиенического характера, целью которых было ознакомление пациентов с основами физиологической диеты, необходимостью снижения избыточной массы тела как путем соблюдения гипокало-

рийной диеты, так и за счет усиления физической активности, занятий физкультурой.

В диспансерную группу вошли 116 женщин и 24 мужчины. В возрасте от 20 до 44 лет было 68 (48,6%) человек, от 45 до 54—51 (36,4%) и старше 55 лет—21 (15%). Только у 17 (12%) лиц из 140 не имелось факторов риска, у остальных же был выявлен один, а чаще 2—3 фактора и более. Так, у 26 (18,5%) пациентов была наследственная предрасположенность, роль которой в развитии сахарного диабета в настоящее время является общепризнанной. 64 (45,7%) человека страдали ожирением, преимущественно экзогенно-конституциональным, различной выраженности. Почти у половины обследованных была выявлена артериальная гипертония. У 19% рожавших женщин масса тела плода при рождении превышала 4 кг. Другие факторы риска (атеросклероз с преимущественным поражением аорты и коронарных сосудов, хронические воспалительные заболевания гепатобилиарной системы и поджелудочной железы) у лиц данной группы отмечены значительно реже.

При первом обследовании явный сахарный диабет был обнаружен у 8 (5,7%) лиц, латентный—у 14 (10%). У 118 (84,3%) человек результаты ТТГ были расценены как сомнительные. Повторное исследование ТТГ у лиц диспансерной группы производилось с интервалами от 9 мес до 2 лет, причем 105 человек было обследовано 2 раза, 35—трижды.

Самый благоприятный результат повторного обследования—нормализация ТТГ—зарегистрирован у 68 (48%) из 140 человек, в основном у лиц с сомнительным типом ТТГ, в том числе у 2 пациентов с латентным сахарным диабетом. В большинстве случаев это явление можно объяснить изменением режима и характера питания, усилением физической активности в соответствии с данными врачебными рекомендациями. У части обследованных нормализация ТТГ произошла в результате уменьшения массы тела.

Результаты ТТГ были расценены при повторном исследовании как сомнительные у 50 человек, причем у 46 они совпали с результатами первого исследования; у 4 произошла трансформация латентного сахарного диабета.

Латентный сахарный диабет был обнаружен при повторном обследовании у 10 человек, у 5 из них аналогичные результаты были получены и при первом исследовании; у 4 пациентов сомнительный тип ТТГ перешел в латентный диабет и у одного произошло улучшение показателей углеводного обмена—явный сахарный диабет стал латентным.

Явный сахарный диабет был обнаружен при первом исследовании, как уже указывалось, у 8 человек, а при повторном—у 12. Таким образом, за время наблюдения существенное ухудшение показателей углеводного обмена (развитие латентного или явного сахарного диабета) было отмечено у 9 больных, которые заслуживают, по нашему мнению, особого внимания. В этой группе, как и в целом среди обследованных, преобладали женщины (7 из 9); 8 человек были старше 45 лет; 8 страдали ожирением; 5—артериальной гипертонией. Как правило, у каждого из 9 больных было по 2—3 фактора риска.

Уже первые итоги нашего исследования свидетельствуют о необходимости активного выявления и последующего диспансерного наблюдения за лицами с различными формами нарушений толерантности к глюкозе. По нашему мнению, эту работу, имеющую несомненную социальную и экономическую значимость, следует проводить поэтапно. Первым этапом скрининг-программы должно быть анкетирование, вторым—тщательное изучение анкетных данных и формирование на их основе групп риска, третьим—проведение стандартного ТТГ у лиц, вошедших в группы риска, и на четвертом этапе нужно установить диспансерное наблюдение за людьми с нарушенной толерантностью к глюкозе.

На всех этапах обследования и наблюдения следует выполнять санитарно-просветительную работу с использованием групповых и индивидуальных бесед, стенной печати, многотиражной газеты предприятия и других методов информации и воздействия.

В целях достижения нормализации углеводного обмена, то есть первичной профилактики сахарного диабета, необходимо обеспечить изменения режима и характера питания, усиление физической активности, устранение или смягчение влияния некоторых факторов риска (ожирение, артериальная гипертония, заболевания гепатобилиарной системы). Исходя из выявленного нами у небольшой группы лиц (9) прогрессирования расстройств углеводного обмена вплоть до развития сахарного диабета, мы полагаем, что в комплекс лечебных мероприятий у лиц, имеющих несколько факторов риска, следует включать и медикаментозные препараты (про-

изводные сульфонилмочевины или бигуаниды). Для проверки правильности этой концепции потребуются длительные наблюдения и повторные исследования ТТГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестиади З. Г. В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда эндокринологов. Л., 1980.—2. Баранов В. Г., Ситникова А. М., Конради Л. И. Пробл. эндокринол., 1979, 5.—3. Калитс И. А., Вескила А. Р., Келк Я. И. В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда эндокринологов. Л., 1980.—4. Ларичев Л. С., Литовченко Ю. С. и др. В кн.: Материалы III съезда эндокринологов УССР. Киев, 1982.—5. Мазовецкий А. Г., Завадский П. С. и др. В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда эндокринологов. Л., 1980.—6. Талантов В. В. В кн.: Сборник трудов «Сахарный диабет, вопросы профилактики и лечения». Казань, 1982.

Поступила 25 сентября 1984 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.379—008.64—005

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

В. В. Талантов

Кафедра эндокринологии (зав.—проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В СССР принята классификация сахарного диабета В. Г. Баранова, усовершенствованная им в 1980 г. [16] и несколько видоизмененная в 1984 г. [2], согласно которой выделяются: 1) спонтанный (эссенциальный) сахарный диабет, вызванный первичными заболеваниями, приводящими к распространенной деструкции β -клеток; 2) сахарный диабет, вызванный заболеваниями, протекающими с интенсивной секрецией гормонов—антагонистов инсулина.

В 1979 г. предложена для обсуждения классификация ВОЗ [6], в основу которой положена схема, разработанная группой по сбору и обработке данных по сахарному диабету Национальных институтов здравоохранения США. К сожалению, в советской печати появилось немало публикаций, безоговорочно одобрявших эту классификацию, которая, по нашему мнению, нуждается в значительной коррекции. В процессе обсуждения классификации предложены ее другие варианты [3].

Классификация сахарного диабета и других категорий нарушений толерантности к глюкозе [6]

А. Клинические классы

Сахарный диабет

Инсулинозависимый тип — Тип I

Инсулинонезависимый тип — Тип II

а) у лиц с нормальной массой тела, б) у лиц с ожирением.

Другие типы, включая сахарный диабет, сопутствующий определенным состояниям или синдромам, таким как: 1) заболевания поджелудочной железы, 2) болезни гормональной этиологии, 3) состояния, вызванные лекарственными средствами или химическими веществами, 4) изменения рецепторов инсулина, 5) определенные генетические синдромы, 6) смешанные состояния.

Нарушения толерантности к глюкозе

а) у лиц с нормальной массой тела, б) у лиц с ожирением, в) нарушенная толерантность к глюкозе, связанная с другими определенными состояниями и синдромами.

Диабет беременных

Б. Достоверные классы риска (лица с нормальной толерантностью к глюкозе, но со значительно увеличенным риском развития диабета). Предшествовавшие нарушения толерантности к глюкозе. Потенциальные нарушения толерантности к глюкозе.