

Наиболее эффективным лечением моноклональными антителами наблюдалось у пациента Б – женщина, возраст 42 года, без осложнений.

3. Наиболее часто применяемым препаратом был Инфлимаб (Инфликсимаб) его назначили шести пациентам, у двух из них наблюдалось снижение индекса активности, но с разной интенсивностью, в остальных случаях препарат был малоэффективным (для точных выводов по данному средству нужно провести более точное исследование).

4. Двоим пациентам однократно производилась инъекция Энтивио, следовательно, динамику проследить не удалось.

5. У 37,5 % пациентов с назначением биологической терапией наблюдается улучшение динамики, следовательно, можно говорить о целесообразности данного метода лечения при неэффективности базисной терапии болезни Крона.

В будущем планируется увеличить базу данных и более широко проследить динамику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Разнак, Й. Воспалительные заболевания кишечника: практическое руководство : учеб.-метод. пособие / Й. Разнак, С. И. Ситкин. – М.: Форте принт, 2014. – 108 с.
2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» [Электронный ресурс] : постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 01 июня 2017 г., № 54 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/KP%20Диагностика%20и%20лечение%20пациентов%20с%20заболеваниями%20органов%20пищеварения%2001.06.2017%20№%2054.pdf>. – Дата доступа: 27.03.2023.

УДК 616.379-008.64-052:616.89-008.46/.47

А. В. Глебо

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Тяжесть когнитивных расстройств и их негативное влияние на состояние и качество жизни пациентов с сахарным диабетом (СД) несомненна [1]. Когнитивные нарушения (КН) при СД могут быть обусловлены гипергликемией, которая запускает каскад реакций, приводящих к образованию свободных радикалов – активных форм кислорода, нарушающих структуру ферментных белков клеточных мембран, в то же время она вызывает гликозилирование и инактивацию антиоксидантов, защищающих клетки от действия свободных радикалов, что приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, которая в свою очередь к микро- и макроангиопатиям [2]. Кроме того, в основе КН при СД доказана роль нарушения инсулинового сигналинга, а рецепторы к инсулину обнаружены в нейронах гиппокампа и лимбической системы. Рецепторы к инсулину обнаружены в нейронах гиппокампа и лимбической системы. Обсуждается непосредственное участие инсулина в процессе консолидации информации в памяти. Ряд исследований показывает, что гиперинсулинемия приводит к увеличению уровня бета-амилоида и провоспалительных цитокинов, способствует образованию сенильных бляшек – маркеров дегенеративного процесса в мозге [3].

Цель

Оценить степень КН с использованием скрининговой психометрической шкалы (СПЩ) MMSE, а также оценить структуру осложнений СД с учетом наличия КН.

Материал и методы исследования

Группу исследования составили 50 пациентов (мужчин – 14 %, женщин – 86 %) с СД в возрасте от 18 до 76 лет, проходивших лечение в эндокринологическом отделении Республиканского научно-практического центра медицины и экологии человека г. Гомеля. Методы исследования включают в себя анализ амбулаторных карт, биохимический анализ крови (креатинин, холестерин, липопротеины низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), гликированный гемоглобин (HbA1c), Наличие КН оценивалось по СПШ MMSE. Данный тест включал в себя 22 вопроса по темам: «Ориентация», «Запоминание», «Внимание и счет», «Воспроизведение слов», «Речь». Так, например, в тему «Ориентация» входили вопросы: «Какой сейчас год?», «На каком этаже вы находитесь?».

По результатам ответов на вопросы СПШ MMSE по бальной системе оценивалась степень когнитивных нарушений, так 29–30 баллов – нет нарушений, 28 баллов – легкие КН, 25–27 баллов – умеренные КН, 20–24 баллов – легкая деменция, 10–19 баллов – умеренная деменция, менее 10 баллов – тяжелая деменция. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0. Результаты представлены в виде медианы (Me, межквартильный размах (Q25, Q75).

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-лабораторная характеристика обследованных пациентов представлена следующими показателями: средний возраст пациентов составил 58,00 [47,00; 65,00] лет, стаж СД 10,00 [7,00; 20,00] лет, средний уровень HbA1c 8,90 [8,00; 10,20] %, среднее значение ОХ 4,90 [4,30; 6,00] ммоль/л, среднее значение ЛПНП 1,26 [1,08; 1,44] ммоль/л., среднее значение ТГ 1,69 [1,19; 2,72] ммоль/л.

Согласно СПШ MMSE умеренные КН выявлены у 7 пациентов (14 %), легкие КН у 10 пациентов (20 %), отсутствие КН у 33 пациентов (66 %). Тяжелой, умеренной или легкой деменции по результатам СПШ MMSE выявлено не было. Средняя продолжительность заболевания у пациентов с умеренными КН – 19,86 лет, с легкими КН – 16,1 лет.

Недостижение целевых значения по уровню ОХ отмечено у 86 % пациентов с умеренными КН и у 30 % пациентов с легкими КН. Отсутствуют целевые значения по уровню ЛПНП у 57 % пациентов с умеренными КН и у 30 % пациентов с легкими КН. Отсутствуют целевые значения по уровню ТГ с умеренными КН у 86 % пациентов, с легкими КН у 20 % пациентов.

В группе с умеренными КН диабетическая ретинопатия выявлена у 71 % пациентов, диабетическая нефропатия у 57 % пациентов, диабетическая ангиопатия ног у 86 % пациентов и диабетическая нейропатия у 86 % пациентов. В группе с лёгкими КН диабетическая ретинопатия выявлена у 80 % пациентов, диабетическая нефропатия у 70 % пациентов, диабетическая ангиопатия ног у 100 % пациентов и диабетическая нейропатия у 90 % пациентов.

Выводы

Таким образом, среди обследованных пациентов с СД у 66 % пациентов отсутствовали КН, и у 34 % пациентов отмечались умеренные и легкие КН согласно СПШ MMSE. Основной процент пациентов с умеренными КН не достигли целевых значений липидного профиля по уровню ОХ (86 % пациентов), ЛПНП (57 % пациентов) и ТГ (86 % пациентов). В структуре осложнений СД независимо от выраженности КН преобладали пациенты с диабетической ангиопатией ног и диабетической нейропатией. Подытожив, КН являются социально значимым осложнением СД, поэтому их раннее выявление и своевременное лечение позволят существенно улучшить прогноз и качество жизни больных СД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов, И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, А. Ю. Майоров // Сахарный диабет. – 2017. – Т. 20, № 1. – С. 115–121.

2. Аметов, А. С. Окислительный стресс при сахарном диабете 2-го типа и пути его коррекции / А. С. Аметов, О. Л. Соловьева // Проблемы эндокринологии. – 2011. – № 6. – С. 52–60.

3. Sima, A. A. The Effect of C-Peptide on Cognitive Dysfunction and Hippocampal Apoptosis in Type 1 Diabetic Rats / A. A. Sima // Diabetes. – 2005. – № 5. – С. 1497–1505.

УДК: 616.12-008.331-073:616.12-008.331.1-052

Ю. С. Гонгарева, А. А. Федорчук

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СМАД У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

Артериальная гипертензия – синдром повышения систолического артериального давления от 140 мм рт. ст. и выше, и одновременно или самостоятельно – диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. [2].

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одной из самых важных и актуальных проблем современной медицины во всем мире ввиду ее широкой распространенности, высокой летальности и мощного риска развития сердечно-сосудистых осложнений [1].

Оценка суточного (циркадного) ритма колебаний АД является важной составляющей СМАД – единственного не инвазивного метода, позволяющего оценить различие АД во время работы и сна. Динамика АД в течение суток, как у здоровых людей, так и у пациентов с АГ, имеет некоторые закономерности. Самый высокий уровень отмечается в утренние часы (между 6-ю и 12-ю часами), второй, менее выраженный, вечерний подъем АД наблюдается около 19 часов. Минимальные цифры АД регистрируются в интервале от 0 до 4 часов, после чего наблюдается постепенное его повышение с резким увеличением примерно за 1 час до пробуждения [3, 4].

Цель

Изучить суточный профиль артериального давления (АД) и взаимосвязь поражений клапанов сердца у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования

Работа была проведена на базе учреждения здравоохранения «Гомельский областной клинический кардиологический центр». На основании ретроспективного анализа медицинской документации 112 пациентов с диагнозом АГ в возрасте от 40 до 60 за 2021 год: женщины – 72 пациента (64,3 %), мужчины – 40 пациентов (35,7 %).

Всем пациентам было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), не ранее, чем через сутки после отмены назначенного лечения, и продолжалось не менее 24 часов. Интервал между измерениями – 20 минут в дневное и 30 минут в ночное время суток. По данным результатов СМАД был рассчитан средний уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). В зависимости от поставленного диагноза пациенты были разделены на две группы: в первую группу (группа 1) включены пациенты с артериальной гипертензией без поражения клапанов сердца (38 пациентов – 33,9 %). Во вторую группу (группа 2) – пациенты с артериальной гипертензией с поражением клапанов сердца (74 пациента – 66,1 %), данная группа была разделена