

УДК 612.111.13:[616.85:616.379-008.64]-074

Е. И. Дегтярёва, А. В. Иванова

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛАБИНА НА АМБУЛАТОРОНОМ ЭТАПЕ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Введение

По определению ВОЗ, сахарный диабет – это группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом дефекта секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Сахарный диабет является одной из ведущих и актуальных проблем медицины, он занимает третье место по смертности в мире после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

При сахарном диабете развиваются такие осложнения, как: нефропатия (сопровождающаяся развитием хронической почечной недостаточности), ретинопатия (поражение сосудов глаз, проводящее не только к снижению зрения, но и к слепоте), диабетическая стопа, стенокардия и инфаркт миокарда при поражении сосудов сердца, полинейропатия [1].

Диабетическая полинейропатия нижних конечностей (ДПН) является одним из самых распространенных осложнений сахарного диабета (СД). Распространенность ДПН колеблется в широких пределах (от 7–14% до 59,5%) [2]. Подобный разброс в эпидемиологических данных связан с различными критериями диагноза ДПН, а также с особенностями обследованных выборок. Так, в стационарах большая часть пациентов с ДПН, а также закономерно много больных с тяжелым сенсорным дефицитом. С другой стороны, среди амбулаторных пациентов частота тяжелого сенсорного дефицита и самой ДПН может сильно различаться. Это может быть обусловлено многими факторами, в частности, уровнем доступности и качеством оказания специализированной медицинской помощи больным СД, среднестатистическим уровнем HbA_{1c}, критериями постановки диагноза и т. д.

В настоящее время признано, что риск развития ДПН прямо коррелирует с длительностью СД, уровнем HbA_{1c} и значительными колебаниями гликемии, дислипидемией, высоким индексом массы тела, альбуминурией, гипертензией и курением.

У 10–20% пациентов при впервые выявленном СД 2 уже имеет место выраженная болевая симптоматика, резко снижающая качество их жизни и требующая немедленного лечения. Более того, именно ДПН в 50–75% случаев является причиной всех нетравматических ампутаций нижних конечностей [3]. Так как ДПН является одной из главных причин развития синдрома диабетической стопы (СДС), снижения качества жизни вследствие невропатических симптомов, а также увеличения риска внезапной смерти, оценка распространенности этого осложнения СД и его особенностей в различных популяциях имеет большое практическое значение [4].

Цель

Изучить распространенность диабетической полинейропатии нижних конечностей, а также динамику уровня гликированного гемоглобина в амбулаторной популяции больных сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе ГККП № 5 им. С. В. Голуховой г. Гомеля. Были изучены 424 больных имеющих сахарный диабет 2 типа, из них объектом исследования стали 100 (23,6%) пациентов с заболеванием дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей (ДДПНП), в возрасте от 43 до 86 лет (средний возраст составил 69 лет), из них мужчин – 23 (23%), женщин – 77 (77%). У всех пациентов оценивался уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Статистическую обработку данных проводили с помощью MS Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследованные пациенты болели СД длительно, только 7% менее 5 лет. Из 100 человек, страдающих ДДПНП, на инсулинотерапии находилось – 48%, а 5% имели синдром диабетической стопы (СДС), все из них являлись женщинами. По результатам статистического анализа чаще нейропатия встречалась у женщин (77%). Наибольший рост выявляемости пациентов с ДДПНП приходится на возраст старше 70 лет (таблица 1).

Таблица 1 – Градация пациентов по количеству ДДПНП и возрасту

Возраст пациента	41–45	46–50	51–55	56–60	61–65	66–70	71–75	76–80	81–85	86–90	Всего
Количество человек	1	9	3	9	7	13	32	17	8	1	100

При анализе уровня гликированного гемоглобина у исследуемых пациентов за норму принят уровень ниже 7,5. Уровень умеренной декомпенсации от 7,5 до 9,9. И уровень выраженной декомпенсации свыше 10 (таблица 2).

Таблица 2 – Уровень компенсированных и декомпенсированных пациентов

HbA1c	Процент больных с ДДПНП
Ниже 7,5	51%
от 7,5 до 9,9	39%
от 10 и выше	10%

При исследовании зависимости уровня гликированного гемоглобина от возраста пациентов с ДДПНП (рисунок 1), значимо важных изменений не выявлено. При этом, проанализировав результаты в зависимости от пола, также значимых изменений не выявлено (рисунок 2).

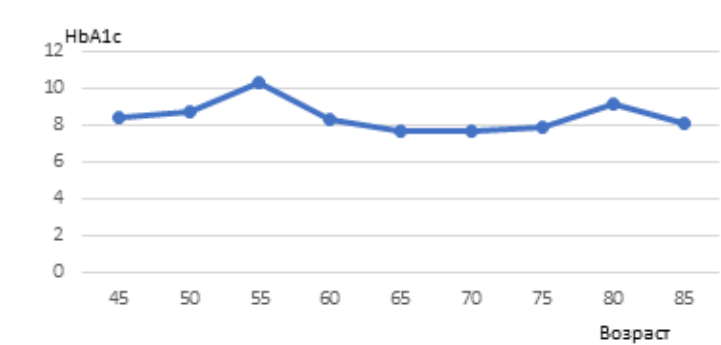


Рисунок 1 – График зависимости уровня гликированного гемоглобина от возраста пациентов с ДДПНП

Секция «Медико-биологические науки»

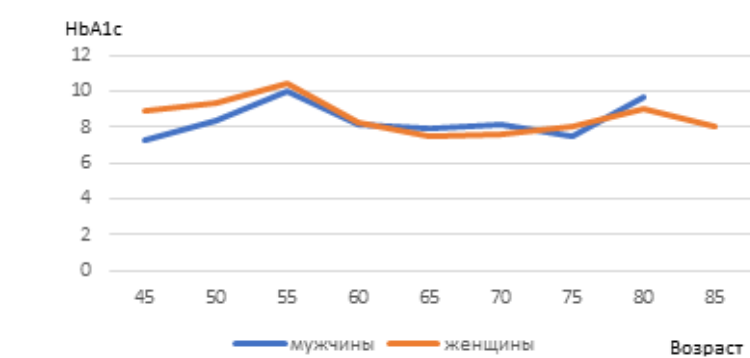


Рисунок 2 – График зависимости у мужчин и женщин уровня гликированного гемоглобина от возраста

При сравнении динамики уровня гликированного гемоглобина у пациентов на инсулинотерапии и без инсулинотерапии выявлено, что у пациентов на инсулинотерапии отмечается более высокий уровень гликированного гемоглобина, указывающий на более выраженную тяжесть процесса протекания СД и ДДПНП (рисунок 3).

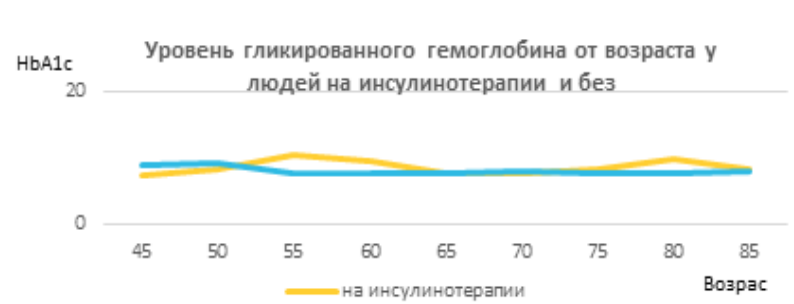


Рисунок 3 – График уровня гликированного гемоглобина у пациентов на инсулинотерапии и без инсулинотерапии от возраста

Уровень гликированного гемоглобина в норме не должен превышать 4,00–6,20%. У исследуемой группы пациентов эти значения колебались от 7,2 до 10,3. При сравнении динамики уровня гликированного гемоглобина у пациентов страдающих СД 2 типа, осложненного ДДПНП, и пациентов страдающих только СД выявлено, что у исследуемых с ДДПНП отмечается более высокий уровень HbA1c (8,5%) по сравнению с пациентами, страдающими только СД 2 типа (7,9%) (рисунок 4). Из этого можно сделать вывод, что на выраженность и скорость развития ДДПНП у пациентов с СД 2 типа напрямую зависит от значения гликированного гемоглобина (HbA1c).

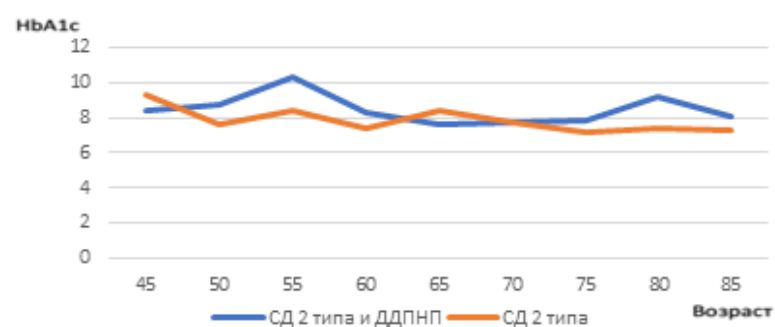


Рисунок 4 – График сравнения уровня гликированного гемоглобина у пациентов с СД, осложненного ДДПНП, и пациентов страдающих только СД 2 типа

Выводы

В результате исследования было установлено, что ДДПНП диагностируется в 23,6% у больных СД 2 типа. Наибольший пик больных, имеющих ДДПНП, приходится на 70–75 лет. Чаще ДДПНП встречалась у женщин (77%). У 5% исследуемых ДДПНП привела к СДС. Пациенты на инсулинотерапии имеют более высокий уровень гликированного гемоглобина в динамике. Пациенты с ДДПНП имеют более высокий уровень гликированного гемоглобина по сравнению с пациентами только с СД.

Таким образом, можно сказать, что на выраженность и скорость развития ДДПНП у пациентов с СД 2 типа напрямую зависит от значения гликированного гемоглобина (HbA1c).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зельцер, М. Е. Справочник врача эндокринолога / М. Е. Зельцер, Р. Б. Базарбекова. – 1-е издание, Алматы, 2014. – 368 с.
2. Сунцов, Ю. И. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным / Ю. И. Сунцов, И. И. Дедов, М. В. Шестакова // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 1 (56). – С. 3–8.
3. Распространенность диабетической полинейропатии и факторов риска развития синдрома диабетической стопы в амбулаторной популяции больных сахарным диабетом / О. Е. Хуторная [и др.] // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. – 2011. – № 4. – С. 61–66.
4. Диабетическая дистальная полинейропатия. Обзор современных рекомендаций / В. Б. Бреговский [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2015. – Т. 9, № 1. – С. 60–68.

УДК 616.742.7-009.24-08:616.314-74-089.22-036.8

В. И. Долин¹, Т. Ю. Мельникова¹, И. В. Кайдов², Е. И. Губский²

¹Институт повышения квалификации
и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования
«Белорусский государственный медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения
«12-я городская клиническая стоматологическая поликлиника»
г. Минск, Республика Беларусь

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН ПРИ БРУКСИЗМЕ

Введение

Одной из актуальных проблем в стоматологической практике является лечение пациентов с бруксизмом. В настоящее время распространенность данного феномена увеличивается, а данные об этиологии и эффективности применения терапевтических методов являются противоречивыми.

Согласно современным представлениям бруксизму даются следующие определения: бруксизм сна – активность жевательных мышц во время сна, которая характеризуется как ритмическая (фазная) или неритмическая (тоническая) и не является двигательным нарушением или нарушением сна у в остальном здоровых людей; бруксизм бодрствования – активность жевательных мышц во время бодрствования, которая характеризуется наличием повторяющегося или устойчивого контакта между зубами и/или скованностью или выдвиганием нижней челюсти и не является двигательным нарушением у в остальном здоровых людей [1].

При скрежетании и сжатии зубов прогрессирует развитие некариозных поражений твердых тканей зубов, болезней периодонта, височно-нижнечелюстного