

генотипе женщин. Чаще всего встречались полиморфизм в генах ингибитора активатора плазминогена PAI-1, метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (C677T), F13 фибриназа (G103T) и F5 Лейден (G1691A). Также нужно отметить, что сочетание более редко встречающихся генов таких, как ITGA₂ (C807T), MTHFR (A1298C), MTRR (A66G) и F1 фибриноген (G455A) в совокупности могут привести к развитию невынашивания беременности либо другой акушерской патологии. Однако исследование показало, что у женщин из группы наблюдения были повышены показатели коагулограммы (фибриноген, D-димеры), что также указывает на важность и необходимость проведения данных исследований при ведении пациенток с акушерской патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова, В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. — М.: Триада-Х, 2005. — 304 с.
2. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложненной беременности / В. О. Бицадзе [и др.] // Практическая медицина. — 2012. — № 9 (65). — С. 276–322 с.
3. Сидельникова, В. М. Применение омега-3 ПНЖК для профилактики и комплексного лечения тромбофилических нарушений при беременности / В. М. Сидельникова // Русский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16, № 6. — С. 417–422.
4. Аржанова, О. Н. Этиопатогенез невынашивания беременности / О. Н. Аржанова // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Т. 53, № 1. — 45 с.

УДК 617.7:616.379-008.64

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Удодова В. Г., Калайда Р. И.

Научные руководители: ассистент *А. Ю. Прислопская*,
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

Введение

Сахарный диабет (diabetes mellitus) (СД) — это хроническое, гетерогенное, прогрессирующее эндокринное заболевание, характеризующееся абсолютным (тип 1) или относительным (тип 2) дефицитом инсулина, микрососудистыми или макрососудистыми осложнениями и нарушением всех видов обмена веществ [1]. Более 60 % пациентов СД — инвалиды I и II группы. Диабетическая ретинопатия (ДР) — сосудистое осложнение СД, угрожающее потерей зрения. ДР занимает одно из первых мест как причина слепоты и слабовидения в возрастной группе 20–70 лет [2]. Риск развития слепоты у пациентов СД в 25 раз выше, чем у людей без СД. Особенно это актуально для пациентов, страдающих сочетанным течением СД 2-го типа и артериальной гипертензии (АГ), которые в силу своей эпидемической распространенности относятся к числу социально значимых заболеваний. Основными факторами развития ДР являются: длительное течение СД, декомпенсация диабета, диабетическое поражение нервной системы, частое стойкое повышение содержания липидов в крови, наличие других осложнений — диабетической нефропатии и повышенного артериального давления [3–4].

Цель

Оценить частоту и факторы риска развития ДР у пациентов с СД 2 типа.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 300 историй болезни пациентов с СД 2 типа, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Го-

мельская городская клиническая больница № 3» г. Гомеля и терапевтическом отделении ЦРБ г. Чечерска. Из них 100 человек имели ДР.

При исследовании изучались такие вопросы, как длительность заболевания СД и наличие сопутствующей артериальной гипертензии.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от продолжительности СД 2 типа все пациенты с ДР были разделены на 3 группы (таб. 1). В первую группу вошли пациенты, стаж СД 2 типа которых составил менее 5 лет. Во вторую группу были включены пациенты с длительностью заболевания от 5 до 15 лет. В третьей группе были пациенты со стажем более 15 лет. Пациенты также были разделены по гендерному признаку на мужчин и женщин. Возраст исследуемых пациентов колеблется от 35 до 80 лет.

Таблица 1 — Распространенность ДР у пациентов СД 2 типа в зависимости от продолжительности сахарного диабета

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	5 (27,7 %)	13 (72,3 %)	18
От 5 до 15 лет	20 (45,4 %)	24 (54,6 %)	44
Более 15 лет	13 (34,2 %)	25 (65,8 %)	38
Всего	38	62	100

ДР диагностирована преимущественно у пациентов с СД со стажем заболевания более 5 лет, как у мужчин, так и у женщин. Средний возраст возникновения СД 2 типа у мужчин составил от 35 до 38 лет, у женщин — 38–40 лет.

В зависимости от продолжительности заболевания стадии ДР распределились следующим образом (таблица 2).

Таблица 2 — Распространенность стадий ДР у пациентов СД 2 типа в зависимости от продолжительности сахарного диабета

Степень ретинопатии	Стаж СД		
	до 5 лет	5–15 лет	более 15 лет
Фоновая ангиопатия (ФА)	11 (61,1 %)	10 (22,7 %)	10 (26,3 %)
ДР 1	7 (38,9 %)	29 (65,9 %)	8 (21 %)
ДР 2	—	5 (11,4 %)	20 (52,6 %)

Распространенность ФА при СД 2 типа с сопутствующей АГ составила 60 %, без АГ — 40 %. Из этого следует, что сочетание СД 2 типа с АГ увеличивает риск возникновения ФА в 1,5 раза.

У пациентов со стажем СД 2 типа более 5 лет частым сопутствующим заболеванием является АГ (таблица 3).

Таблица 3 — Распространенность АГ у пациентов СД 2 типа в зависимости от продолжительности сахарного диабета

Стаж СД	До 5 лет	5–15 лет	Более 15 лет
Количество пациентов с АГ	13 (72,2 %)	30 (68,1 %)	25 (65,8 %)

Средний возраст пациентов с СД на момент диагностики АГ составил 40 лет. У большинства пациентов с СД диагностирована АГ.

Выводы

Частота ДР у пациентов с СД 2 типа составила 33,3 %.

Установлено, что значимым фактором риска развития и степени тяжести ДР явился стаж СД: у пациентов со стажем СД менее 5 лет ДР встречается в 18 % случаях, от 5 до

15 лет — в 44 % случаях, более 15 лет — в 38 % случаях. При прогрессировании СД 2 типа имеет место прогрессирование ретинопатии.

Распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с СД является АГ (68 %), которая способствует прогрессированию ДР.

Дебют СД 2 типа у мужчин отмечался в возрасте от 35 до 38 лет, у женщин — 38–40 лет, что увеличивает риск развития ретинопатии в молодом возрасте. Это представляет серьезную проблему для общества и имеет не только медико-социальное, но и экономическое значение, так как ДР характеризуется высокой степенью инвалидизации людей трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аметов, А. С.* Эффективное и безопасное управление сахарным диабетом 2 типа на современном уровне / А. С. Аметов, Е. В. Карпова, Е. В. Иванова // Доказательная диабетология. — 2009. — № 2. — С. 18–24.

2. Факторы, влияющие на прогрессирование диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом типа 2 после перевода на инсулинотерапию / Ю. С. Астахов [и др.] // Клин. офтальмол. — 2005. — № 3. — С. 110–115.

3. *Либман, Е. С.* Состояние и динамика инвалидности вследствие нарушения зрения в России. В кн.: Материалы IX Съезда офтальмологов. — М., 2010.

4. *Дедов, И. И.* Сахарный диабет и артериальная гипертензия / И. И. Дедов, М. В. Шестакова. — М.: МИА, 2006. — С. 8–22.

УДК 616.12-005.4-053.9:[615.835.3:546.214]

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВКЛЮЧЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ

Шахлан Л. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. С. Ковальчук*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пожилые люди составляют большинство пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), и более чем в 50 % случаев смерть лиц старше 65 лет наступает от осложнений ИБС. В последние годы в связи с осознанием определенной ограниченности возможностей медикаментозной терапии ИБС у пациентов пожилого возраста из-за побочных эффектов, в нашей республике и за рубежом возрос интерес к немедикаментозным методам лечения, в том числе и к методам физиотерапии, одним из которых является озонотерапия (ОЗТ) [1, 2, 3]. Озон способствует стимуляции метаболизма, оказывает антигипоксическое действие, улучшает реологические свойства крови, снижает общее периферическое сопротивление сосудов, нормализует липидный обмен, повышает неспецифическую резистентность организма [2, 4, 5].

Цель

Оценка влияния курсового применения ОЗТ на клинические проявления заболевания, функциональные методы исследования и биохимические показатели крови (липидный спектр).

Материалы и методы исследования

Медицинский озон — это озono-кислородная смесь, получаемая из медицинского кислорода. В качестве озонатора использовалась автоматическая установка УОТА-60-01 «Медозон». Исследование проводилось в санатории Гомельского отделения Белорус-