

Рис.1 — Динамика численности группы «ЧДБ»

Выводы

Использование современных информационных технологий для формирования электронного документооборота позволяет достаточно быстро проводить анализ медицинской информации о различных категориях пациентов, в том числе ЧДБ.

Выявлены дефекты при формировании группы ЧДБ (автоматическое включение в группу пациентов с хронической патологией, беременностью при суммарной длительности ВН более 40 дней).

Наиболее распространенной причиной временной нетрудоспособности в группе ЧДБ являются рецидивирующие респираторные заболевания (80%) и этот показатель находится на том же уровне в группах «длительно болеющие» и «часто болеющие» (77 и 86 % соответственно).

Определено превалирование групп «длительно болеющие» и «часто болеющие» над группой «часто и длительно болеющие», что требует более детального анализа и возможной коррекции критериев включения в группу ЧДБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуляева, С. Ф. Диспансеризация часто и длительно болеющих эффективный путь снижения потерь по временной нетрудоспособности в рамках российского национального проекта «Здоровье»/ С. Ф. Гуляева, А. С. Ценеков, Е. В. Шихова // Вятский медицинский вестник. — 2011. — № 1. — С. 45–48.
2. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21631254>. — Дата доступа: 05.05.2018.

УДК 616.61.616.379-008.64

РИСК РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА

Алиева М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. Н. Василькова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет (СД) представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему для нашей страны. В связи с неуклонным ростом распространен-

ности СД наблюдается и прогрессирующее увеличение числа лиц с диабетической нефропатией (ДН) и, несмотря на современные лечебные подходы, у 25–30 % пациентов с СД 1 типа и у 40–45 % пациентов с СД 2 типа в среднем через 10–15 лет после дебюта заболевания развивается ДН [1]. Формирование поражения почек при СД и развитие ДН является непрерывно прогрессирующим многофакторным процессом. Данные эпидемиологических исследований доказывают, что риск развития ДН возрастает у лиц с плохим гликемическим контролем, и чем он хуже, тем выше риск появления первых микро- и макрососудистых катастроф [2]. В связи с этим представляет большой интерес изучение связи гликированного гемоглобина (HbA1c) и показателей почечной функции у пациентов с СД.

Цель

Оценить уровень гликированного гемоглобина у пациентов с диабетической нефропатией и определить его связь с основными показателями почечной функции у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено на базе отделения эндокринологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». В нем приняли участие 30 пациентов в возрасте от 49 до 79 лет (средний возраст $64,9 \pm 7,6$) с СД 1 и 2 типа. В ходе обследования у пациентов были определены уровни HbA1c и креатинина сыворотки крови, а также рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI с использованием креатинина. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью табличного редактора «Microsoft Excel 2017» и пакета статистических программ «Statistica» 10.0. Для изучения зависимости одного признака от другого использовали корреляционный коэффициент Пирсона. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$. Полученные данные интерпретированы и в статье представлены в виде таблиц и графиков.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний уровень HbA1c составил $8,2 \pm 1,3$ %, креатинина — $91,2 \pm 20,8$ мкмоль/л, альбумина мочи — $42,9 \pm 53,3$ мг/ммоль. Группы с СД 1 типа и СД 2 типа были сопоставимы по изучаемым показателям.

Проведенный корреляционный анализ выявил сильную отрицательную связь между уровнем HbA1c и СКФ ($r = -0,81$, $p < 0,0001$) (рисунок 1).

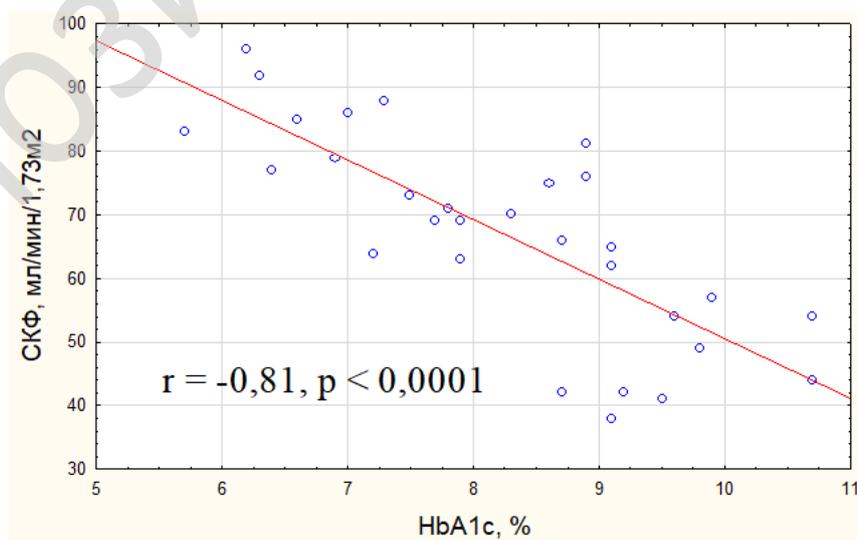


Рисунок 1 — Корреляция между HbA1c и СКФ

Учитывая рекомендации международных диабетологических ассоциаций, которые определяют целевой показатель $HbA1c < 7\%$, как показатель, ассоциированный с наименьшим риском развития сосудистых осложнений, мы разделили наших пациентов на 2 группы: 1-я группа ($n = 7$) с $HbA1c \leq 7\%$ и 2-я группа ($n = 23$) с $HbA1c > 7\%$.

Сравнительный анализ двух групп показал достоверные различия по уровню креатинина и СКФ (таблица 1, рисунок 2). Так, уровень креатинина в группе $HbA1c \leq 7\%$ составил $78 \pm 10,7$ мкмоль/л против $95,2 \pm 21,6$ мкмоль/л в группе $HbA1c > 7\%$. Уровень СКФ — $85,4 \pm 6,8$ мл/мин/1,73 м² против $61,4 \pm 13,9$ мл/мин/1,73 м², соответственно. Достоверных различий по возрасту и уровню альбуминурии получено не было.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика группы исследования в зависимости от уровня $HbA1c$

Параметры	$HbA1c \leq 7\%$	$HbA1c > 7\%$	p
Возраст, лет	$60,7 \pm 8,3$	$66,2 \pm 7,1$	0,14
СКФ, мл/мин/1,73 м ²	$85,4 \pm 6,8$	$61,4 \pm 13,9$	< 0,001
Креатинин, мкмоль/л	$78 \pm 10,7$	$95,2 \pm 21,6$	0,03
Альбумин мочи, мг/ммоль	$14,2 \pm 8$	$51,6 \pm 58,2$	0,20

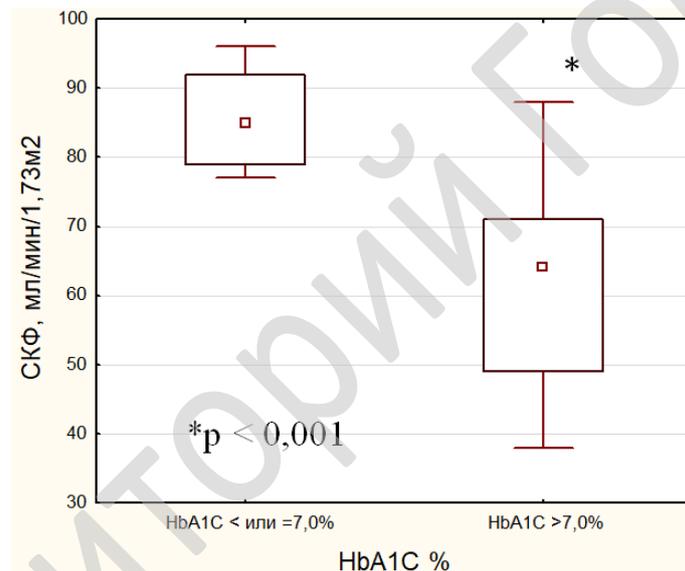


Рисунок 2 — Уровень СКФ в группах с $HbA1c \leq 7\%$ и $HbA1c > 7\%$

Выводы

1. В ходе исследования нами получена достоверная отрицательная ассоциация между уровнем $HbA1c$ и СКФ у пациентов с сахарным диабетом ($r = -0,81$, $p < 0,0001$).

2. СКФ у пациентов с уровнем $HbA1c \leq 7\%$ достоверно выше и составляет $85,4 \pm 6,6$ мл/мин/1,73 м² по сравнению с пациентами с $HbA1c > 7\%$.

3. Таким образом, важность и значимость гликемического контроля в эффективном лечении сахарного диабета и профилактике развития осложнений заболевания неопровержима. Определение $HbA1c$ служит не только важным диагностическим критерием сахарного диабета, но и является незаменимым в мониторинге углеводного обмена, в оценке эффективности сахароснижающей терапии и имеет доказанное влияние на прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция) / И. И. Дедов // Эндокринологический научный центр. — 2010. — № 3. — С. 6–13.
2. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова // Приложение к журналу Сахарный диабет. — 5-е изд. — 2017. — № 3. — 72 с.