

1-я — с нарушениями ритма (n = 462), 2-я — без нарушений ритма (n = 50). Затем проводился сравнительный анализ пациентов селективных групп. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнительный анализ пациентов селективных групп

Параметры	Пациенты с нарушениями ритма, n = 462		Пациенты без нарушений ритма, n = 50		U/ χ^2
	абс.	%	абс.	%	
Возраст, Ме	62,5		61,0		(0,269)
Пол:					
— мужчины	315	68	31	62	(0,503)
— женщины	147	32	19	38	
Инфаркт миокарда:					
— мелкоочаговый	130	28	29	58	(0,003)
— крупноочаговый	332	71	21	42	
Сопутствующие состояния:					
— артериальная гипертензия	340	75	28	56	(0,535)
— сахарный диабет	127	27	4	8	(0,024)

Пациенты селективных групп не имели статистически значимых различий по возрасту, полу. У пациентов с нарушениями ритма чаще регистрировался крупноочаговый ИМ. Из сопутствующих состояний у пациентов первой группы чаще встречался сахарный диабет 2 типа.

Выводы

1. Различные нарушения ритма выявлены в подостром периоде инфаркта миокарда обнаружены в 462 из 512 случаев.

2. В структуре преобладали нарушения ритма, основным механизмом которых является повторный вход волны возбуждения.

3. У пациентов с нарушениями ритма чаще регистрировался крупноочаговый ИМ, а из сопутствующих состояний чаще встречался сахарный диабет 2 типа.

4. Проведенный ретроспективный анализ показывает значительную частоту нарушений ритма у обследованных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вечерский, Г. А.* Справочник по клинической электрокардиографии / Г. А. Вечерский, Л. Г. Баранов, В. Г. Лисютин. — Минск.: Беларусь, 1985. — 79 с.
2. *Ройтберг, Г. Е.* Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М.: Бином, 1999. — 622 с.

УДК 616.611-072.85

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Козлов А. В.

Научный руководитель: ассистент Д. И. Гавриленко

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

Введение

Клиренс эндогенного креатинина — показатель эффективности работы почек по очищению крови от креатинина и выведению его с мочой. Фактически, данная проба показывает способность почек по очищению от вредных веществ. Клиренс креатинина — это объем плазмы крови, который очищается от креатинина за 1 минуту при прохождении через почки. Впервые определять скорость клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина предложил Реберг (Reberg) в 1926 г. Проба получила название пробы Реберга. Для анализа использовалась нагрузка экзогенным креатинином. Спустя 10 лет Е. М. Та-

реев и Н. А. Ратнер модифицировали пробу Реберга, предложив определять в крови и мочи концентрацию эндогенного креатинина, отменив нагрузку экзогенным креатинином. Согласно современным рекомендациям с целью диагностики и классификации хронической болезни почек (ХБП) необходимо рассчитывать скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам, в которых используются элементарные демографические показатели (пол, возраст, раса, креатинин сыворотки) [1].

Формула Кокрофта–Голта является удобной альтернативой проведению более трудоемкого исследования (проба Реберга). Особенно актуальным представляется использование данного расчета на амбулаторном этапе с целью первичного выявления ХБП, а также для коррекции дозы используемых лекарственных средств.

Цель

Оценить возможность использования способа расчета СКФ по формуле Кокрофта–Голта, позволяющего обходиться только измерениями сывороточных показателей без сбора суточной мочи. Популяризация современных сгрининговых методов диагностики ХБП.

Материалы и методы исследования

Наше исследование проводилось на основании ретроспективного анализа медицинских карт стационарных больных. При этом учитывались демографические данные. Проводился расчет СКФ по уровню сывороточного креатинина в день выполнения пробы Реберга–Тареева. Было проанализировано и статистически обработано 322 истории болезни пациентов. Результаты рассчитывались у Медиана возраста составила 62 (Min = 45, Max = 81). Разница значений считалась значимой при $p < 0,05$ (доверительная вероятность на уровне 95 %). Данные были обработаны с помощью программы «Statistica» 8.0. При подсчете результатов были учтены антропометрические показатели, возраст и пол. Для расчета результатов были соблюдены рекомендации по использованию формулы Кокрофта–Голта.

Результаты исследования

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели расчетной скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина по пробе Реберга–Тареева

Параметры	Проба Реберга	Формула Кокрофта–Голта	U (P)
	n = 322		
Средний показатель клубочковой фильтрации, мл/мин			
— мужчины	87,8	86,9	2470,0 (0,158)
— женщины	86,7	86,5	2850,0 (0,244)

При сравнении полученных данных не обнаружено статистически значимых различий по уровню СКФ. Следует отметить, что расчет СКФ по формуле не рекомендован в следующих клинических ситуациях: беременность, крайние значения возраста и размеров тела, вегетарианская диета, заболевания скелетных мышц, параплегия, тетраплегия, оценка функции почек перед назначением нефротоксичных препаратов. Кроме того, существует сведения, что расчет СКФ по формуле Кокрофта–Голта, модифицированной формуле MDRD занижает истинные значения СКФ, особенно при высоких значениях данного параметра. Это привело к поиску новых подходов к расчету СКФ. Одним из них стал метод СКD-EPI [2]. По имеющимся сведениям оценки СКФ, произведенные с помощью СКD-EPI лучше соотносятся с данными, полученными референтными способами [1].

Выводы

1. Полученные результаты свидетельствуют, что использование расчета СКФ по формуле Кокрофта–Голта вполне сопоставимы с результатами проведения пробы Реберга–Тареева.

2. Основной недостаток: формула была разработана для оценки клиренса креатинина, который сам по себе не является идеальным маркером для оценки СКФ; этот метод очень зависит от точности определения идеальной («худой») массы тела.

3. В настоящее время рекомендуется использование для расчета СКФ формулу СКД-ЕРІ, результаты при этом лучше соотносятся с данными, полученными референтными способами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению. Рабочая группа членов правления Научного Общества Нефрологов России. Руководитель группы: А. В. Смирнов. — М., 2013.

2. Руководство по нефрологии / под ред. Р. В. Шрайера, Н. А. Мухина; пер. с англ. — 6-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 560 с.

3. http://www.kidney.org/professional/kdoqi/gfr_calculator.cfm.

УДК 616.831 – 053 – 756.8

ЧАСТОТА ИНФАРКТОВ И КРОВОИЗЛИЯНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Козлова Е. А., Иванова М. Н., Демидюк Е. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Л. Кравцова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга из-за широкой распространенности и тяжелых последствий для здоровья представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. По данным Всемирной организации здравоохранения среди причин смертности инсульт занимает второе место. Причины нарушения мозгового кровообращения разнообразны. Каждый год сахарный диабет регистрируется более чем у 1,5 млн человек, каждый третий взрослый имеет артериальную гипертензию, атеросклерозом страдают практически 100 % населения. [1, 2]. Исследования с помощью компьютерной томографии помогают уточнить тип, характер, точную локализацию патологии головного мозга, позволяют проследить динамику повреждений мозга, определить тем самым показания к хирургическому вмешательству или интенсивной терапии [3].

Цель

Изучить частоту инфарктов и кровоизлияний головного мозга по данным компьютерной томографии в зависимости от пола, возраста и сезонной динамики.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, проходивших обследования головного мозга с помощью компьютерной томографии на базе Гомельской городской клинической больницы № 3 в 2011–2012 гг. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 7.0. Вероятность справедливости нулевой гипотезы признавалась при значениях $P > 0,05$.

Результаты и обсуждение

При анализе данных компьютерной томографии за 2012 г. выявлено 833 случая острого нарушения мозгового кровообращения. Из них 88 % инфарктов мозга, 12 % кровоизлияний.

Инфаркты и кровоизлияния обнаруживались в основном в левом полушарии (51 %). Были