

Показатели	По Wagner			
	W-II	W-III	W-IV	W-V
Ps	80 (73;88)	94 (86;100)	91 (82;100)	91 (88;100)
САД, mmHg	150 (140;160)	140 (130;170)	140 (130;155)	130 (120;140)
ДАД, mmHg	90 (80;90)	90 (80;100)	85 (80;90)	80 (78;90)

Статистически достоверные отличия в этом случае были получены по следующим показателям: пульс: W-II и W-III ( $p = 0,002$ ), W-II и W-V ( $p = 0,015$ ), W-II и W-V ( $p = 0,008$ ); САД: W-II и W-V ( $p = 0,027$ ), W-III и W-V ( $p = 0,0329$ ); ДАД: W-I и W-V ( $p = 0,027$ ), W-III и W-V ( $p = 0,0329$ ).

#### **Выводы**

Исходя из полученных результатов, коррекция АД у пациентов с сахарным диабетом, болеющих более 1 года, и наличием синдрома диабетической стопы, является одной из первостепенных задач в практике терапевта с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений.

Также выявлена обратная тенденция изменения АД в зависимости от степени гнойно-некротического поражения при синдроме диабетической стопы, что необходимо учитывать при назначении гипотензивной терапии этим пациентам.

***А. П. СКОРОПАДСКИЙ, Д. М. АДАМОВИЧ, Л. В. СУХАРЕВА,  
О.А. ПАВЛЮЩЕНКО, В.В. ЗЕЗЮЛЯ, О.Е. ЦИТРИНОВА***

### **ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»  
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Распространенность диабетической нефропатии достигает 75 % лиц с сахарным диабетом [Игнатова М. С., 1989]. Патогенез диабетической нефропатии сложен, связан с нарушением метаболизма и гемодинамики, обусловленной гипергликемией на фоне генетической предрасположенности [Ефимов А. С., 2007]. Бессимптомное течение заболевания на ранних стадиях приводит к запоздалой диагностике диабетической нефропатии на поздних стадиях с последующим развитием ХПН.

**Цель:** изучить проявления диабетической нефропатии у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни находившихся на стационарном лечении пациентов в УГОКБ с синдромом диабетической стопы за период 2009–2014 гг.

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

**Результаты и обсуждение.** За период 2009–2014 гг. на стационарном лечении в УГОКБ находилось 136 пациентов с диабетической стопой II–V степенью по Wagner. При госпитализации в первые сутки пациентам выполняли лабораторное исследование: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови. Длительность заболевания устанавливали по сопровождающим документам, или анамнестически.

Мужчин было — 66 (48,5 %), женщин — 70 (51,5 %). Средний возраст пациентов составил 66 (58;73) лет. Сахарный диабет (СД) I типа был у 4 пациентов, у остальных пациентов — СД II типа. По длительности заболевания СД пациенты были разделены на 6 групп: 1 группа: пациенты с впервые выявленным СД и до года (23 пациента, или 19,3 %), 2 группа: 1–5 лет (25 пациентов, или 21,0%), 3 группа: 6–10 лет (23 пациента, или

19,3 %), 4 группа: 11–15 лет (20 пациентов, или 16,8 %), 5 группа: 16–20 лет (14 пациентов, или 11,8 %), 6 группа: длительность СД более 21 года (14 пациентов, или 11,8 %). Не установлена длительность заболевания у 17 пациентов.

Плотность мочи в среднем составила 1017 (1012;1022), статистически значимые отличия по плотности мочи отмечены у пациентов 1 и 6 группы ( $p = 0,049$ ), 3 и 5 группы ( $p = 0,040$ ). Содержание белка в анализе мочи 0,06 (0,25;0,72) г/л, выявлены отличия у пациентов 1 и 6 группы ( $p = 0,045$ ), 1 и 2 ( $p = 0,036$ ), 1 и 4 ( $p = 0,030$ ). В среднем в 50 % случаях отмечено наличие сахара в крови. Наличие эритроцитов в поле зрения равнялось 7 (3;17), а также лейкоцитов 2 (0;5) в поле зрения — без статистически значимых отличий этих показателей в группах. В биохимическом анализе крови количество общего белка равнялось 69,4 (65,3;74,0) г/л, имелись статистические отличия у пациентов 1 и 2 группы ( $p = 0,005$ ), 2 и 3 группы ( $p = 0,028$ ), 2 и 6 группы ( $p = 0,013$ ). Уровень мочевины составил 7,9 (6,3;10,0) ммоль/л, статистические различия выявлены у пациентов 2 и 4 групп ( $p = 0,022$ ), 1 и 5 групп ( $p = 0,044$ ), 1 и 6 групп ( $p = 0,005$ ) пациентов. Уровень креатинина 94,0 (83,5;117,0) мкмоль/л и статистически значимых различий в указанных группах выявлено не было.

При изучении вышеперечисленных показателей в зависимости от степени тяжести гнойно-некротического процесса при синдроме диабетической стопы были получены результаты, отраженные в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты обследования функции почек у пациентов с разной степенью гнойно-некротического поражения диабетической стопы

Степени поражения при СДС Показатели	Общие	W-II	W-III	W-IV	W-V
	n = 136	n = 17	n = 57	n = 41	n = 21
Плотность мочи	1017 (1012;1022)	1015 (1012;1017)	1019 (1012;1023)	1017 (1010;1021)	1020 (1015;1026)
Белок мочи, г/л	0,06 (0,25;0,72)	0,00 (0,00;0,095)	0,086 (0,00;0,29)	0,038 (0,00;0,184)	0,219 (0,025;0,374)
Сахар в моче, % пациентов	50,0%	52,9%	54,4%	48,8%	33,3%
Эритроц., в моче, в п/зр.	7,0 (3,0;17,0)	1 (0;2)	2 (0;5)	2 (0;5)	3 (0;20)
Лейк., в моче, в п/зр.	2 (0;5)	3 (2;3)	6 (3;11)	8 (4;23)	15 (8;29)
Общий белок крови, г/л	69,4 (65,3;74,0)	70,7 (68,8;74,0)	70,8 (66,3;75,5)	68,3 (64,1;74,3)	65,8 (61,6;68,1)
Мочевина, моль/л	7,9 (6,3;10,0)	8,2 (6,8;10,0)	7,1 (5,9;9,6)	7,5 (5,9;8,9)	10,8 (7,5;16,6)
Креатинин, мкмоль/л	94,0 (83,5;117,0)	91,4 (85,6;97,7)	91,9 (81,5;119,0)	94,0 (81,0;104,0)	116,7 (97,1;182,7)

При оценке полученных данных статистически значимые значения выявлены по следующим показателям: плотность мочи W-II и W-III ( $p = 0,039$ ), W-II и W-V ( $p = 0,016$ ); количество белка в моче: W-II и W-V ( $p = 0,019$ ); количество лейкоцитов в моче (в п/зр): W-II и W-III ( $p = 0,00008$ ), W-II и W-V ( $p = 0,0003$ ), W-II и W-V ( $p = 0,00007$ ), W-III и W-V ( $p = 0,016$ ); эритроцитов в поле зрения: W-II и W-III ( $p = 0,033$ ), W-II и 4 ( $p = 0,033$ ), 2 и 5 ( $p = 0,033$ ); количество общего белка в анализе крови: W-II и W-V ( $p = 0,002$ ), W-III и W-V ( $p = 0,005$ ); уровень мочевины в крови: W-II и W-V ( $p = 0,049$ ), W-II и W-V ( $p = 0,001$ ), W-IV и W-V ( $p = 0,002$ ); уровень креатинина: W-I и W-V ( $p = 0,002$ ), W-III и W-V ( $p = 0,003$ ), W-IV и W-V ( $p = 0,003$ ). При анализе результатов, выявлено несколько тенденций: с увеличением степени по Wagner, отмечается увеличение содержания количества белка в моче, эритроцитов и лейкоцитов в моче. Вместе с тем, количество пациентов, у которых при поступлении имелся сахар в моче — уменьшается. В биохимиче-

ском анализе крови количество белка наоборот уменьшается с увеличением степени гнойно-некротического процесса, а уровень креатинина имеет тенденцию к увеличению.

#### **Выводы**

При синдроме диабетической стопы у пациентов наблюдается поражение почек в виде диабетической нефропатии.

При анализе полученных результатов наиболее явно проявления отмечаются при рассмотрении ее в зависимости от степени выраженности синдрома диабетической стопы по Wagner, когда, соответственно, с увеличением степени гнойно-некротического поражения увеличивается и степень нарушения функции почек.

Это требует комплексного и преемственного лечения пациентов специалистами хирургического и терапевтического профиля.

**О. А. ТЕСЛОВА<sup>1,2</sup>, И. А. КОРБУТ<sup>2,3</sup>, И. Н. СТРУПОВЕЦ<sup>1</sup>,  
С. Е. МАЛЬЦЕВА<sup>2</sup>, Е. Н. ПАШКЕВИЧ<sup>2</sup>, Г. В. ВОРОНОВИЧ<sup>2</sup>**

### **ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*УЗО Гомельского областного исполнительного комитета*

*<sup>2</sup>Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

*<sup>3</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Врожденная пневмония является тяжелым осложнением неонатального периода: по результатам исследований E.D. Barnet и J.O. Klein частота этой патологии при младенческой смертности составляет 20–63 %, при мертворождениях — 10–38 %. Ежегодный глобальный вклад врожденных пневмоний в фето-инфантильные потери составляет, по мнению T. Duke, от 750 тыс. до 1,2 млн. случаев. Ранее прогнозирование развития пневмоний по нашему мнению позволит более эффективно планировать диагностические и лечебные мероприятия и улучшить перинатальные исходы.

**Цель:** выявить клинически значимые антенатальные предикторы развития врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных.

**Материалы и методы.** Сплошным методом сформирована выборка из 50 пар матерей при преждевременных родах гестационным сроком от 191 до 252 дней, произошедших в родовом и обсервационном отделениях роддома УГОКБ за период 2013 года.

Превалентность пневмоний у новорожденных составила 40%, из этих 20 случаев сформирована основная группа. Группу сравнения составили 30 пар, в которых диагноз врожденной пневмонии у новорожденного был исключен. Полученные количественные и качественные признаки сравнены с использованием точного критерия Фишера, критерия Крускала-Уоллиса, проведены логистический регрессионный и ROC-анализ.

**Результаты и обсуждение.** На основании первичного анализа данных установлено, что наиболее значимыми факторами, определяющими прогноз развития пневмонии недоношенного, являются: гестационный срок, наличие вагинита и лейкоцитоз крови матери перед родами (таблица 1).

Таблица 1 — Клинико-лабораторная характеристика групп.

<b>Признаки</b>	<b>Основная группа (n = 20)</b>	<b>Группа сравнения (n = 30)</b>	<b>Значимость различий</b>
<b>I. Клинически установленные</b>			
1. Гестационный срок, дн., Ме [25-75%]	219,5 [222,5–245,8]	235,5 [222,5–245,8]	Z <sub>T</sub> =5,94, p=0,015
2. Преждевременное излитие околоплодных вод, n (%)	11 (55,0%)	19 (63,3%)	P=0,571
3. Антенатальное применение дексаметазона, n (%)	11 (55,0%)	14 (46,7%)	P=0,773