

ские и непараметрические методы статистики. Сравнение частоты встречаемости признака проведено с использованием критерия χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Особенности течения родов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Особенности течения родов у пациенток основной и контрольной группы, за период 01.01.2014 г. – 30.06.2014 г (n; P %)

Параметры оценки	Родоподготовка местными формами простагландина E ₂	
	проводилась	не проводилась
Общее количество	382	163
Закончились самостоятельно	340 (89,0%)	133 (81,6%)
Закончились кесаревым сечением	31 (8,1%)	23 (14,1%)
Возникла родовая слабость	11 (2,8%)	10 (6,1%)
ХВУГП, декомпенсация	12 (3,1%)	7 (4,3%)
Клинически узкий таз	8 (2,2%)	6 (3,7%)
Вакуум-экстракция	11 (2,9%)	7 (4,3%)
Отмечена слабость потуг	7 (1,8%)	4 (2,5%)
Острая гипоксия плода	4 (1,1%)	3 (1,8%)

При анализе результатов исследования статистически значимых особенностей течения родов при предварительной родоподготовке местными формами простагландина E₂ выявлено не было. Однако наблюдается уменьшение в 2,2 раза количества операций кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности в основной группе по сравнению с контрольной (2,8 % и 6,1 % соответственно). Это продемонстрировано на рисунке 1.



Рисунок 1 — Частота встречаемости слабости родовой деятельности в основной и контрольной группах.

Выводы.

1. В результате проведенного исследования статистически значимых особенностей течения самих родов при проведении предварительной родоподготовки местными формами простагландина E₂ не было выявлено.

2. Наблюдалось уменьшение в 2,2 раза случаев развития слабости родовой деятельности в основной группе, потребовавшей выполнения операции кесарева сечения.

3. Проведение родоподготовки путем интрацервикального и интравагинального введения препаратов простагландина E₂ достоверно позволяет снизить процент родоразрешения оперативным путем.

4. Несколько реже отмечалось развитие острой гипоксии плода при проведении предварительной родоподготовки местными формами простагландина E₂.

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

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

При сахарном диабете (СД) риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 2–3 раза. Если к СД присоединяется артериальная гипертензия (АГ), риск этих осложнений возрастает еще в 2–3 раза даже при удовлетворительном контроле метаболических нарушений. [А. С. Аметов, 2005]. При СД 1-го типа развитие АГ на 90 % связано с прогрессированием патологии почек — диабетической нефропатии (ДН), повышение АД отмечается, как правило, спустя 10–15 лет от дебюта СД. При СД 2-го типа развитие АГ в 50–70 % случаев предшествует нарушению углеводного обмена.

Цель: изучить изменения артериального давления у пациентов синдромом диабетической стопы в зависимости от сроков заболевания и степени гнойно-некротического поражения стоп.

Материалы и методы. Изучены истории 136 пациентов с клиникой диабетической стопы (СДС) с Wagner II–Wagner V, находившихся на лечении в УГОКБ за период 2009–2013 гг. При госпитализации пациенты были осмотрены дежурным хирургом, терапевтом, в последующем консультированы эндокринологом. Длительность заболевания устанавливали анамнестически, или по сопровождающим документам. Всем поступившим в приемном отделении измеряли артериальное давление, выполняли подсчет пульса, выполняли ЭКГ.

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

Результаты и обсуждение. Из госпитализированных пациентов мужчин было — 66 (48,5 %), женщин — 70 (51,5 %). Средний возраст составил 66 (58;73) лет. СД I типа был у 4 пациентов, у остальных — II типа. По длительности заболевания диабетом пациенты были разделены на 6 групп: 1 группа — пациенты с впервые выявленным СД и до года (19,3 %), 2 группа — 1–5 лет (21,0 %), 3 группа — 6–10 лет (19,3 %), 4 группа — 11–15 лет (16,8 %), 5 группа — 16–20 лет (11,8 %), 6 группа — длительность СД более 21 года (11,8 %). Полученные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Гемодинамические показатели (пульс, АД) у пациентов с синдромом диабетической стопы в зависимости от срока заболевания СД

Показатель	По срокам заболевания СД					
	1 группа n = 23	2 группа n = 25	3 группа n = 23	4 группа n = 20	5 группа n = 14	6 группа n = 14
Ps	91(85;100)	92 (85;102)	94 (78;100)	88 (82;100)	96 (92;100)	84 (75;96)
САД, mmHg	130 (120;150)	145 (130;170)	140 (130;160)	150 (135;165)	145 (130;160)	155 (145;160)
ДАД, mmHg	80 (70;80)	90 (80;90)	85 (80;90)	90 (80;95)	95 (80;100)	90 (90;90)

При анализе результатов выявлены статистически достоверные отличия по следующим показателям: пульс: между 1 и 5 группами ($p = 0,041$), и 4 и 5 группами ($p = 0,036$); САД: 1 и 2 ($p = 0,018$), 1 и 4 ($p = 0,015$), 1 и 6 ($p = 0,004$); ДАД: 1 и 6 ($p = 0,004$), 1 и 2 ($p = 0,018$), 1 и 4 ($p = 0,015$).

Также были изучены вышеуказанные показатели в зависимости от степени гнойно-некротического поражения при синдроме диабетической стопы. Полученные результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2 — Гемодинамические показатели (пульс, АД) у пациентов с синдромом диабетической стопы по степени поражения (Wagner).

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 $M (25;75)$ %.

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