

УДК 616.379-008.64:616.61]-052

**ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ  
С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ**

*Кравченко А. Д.*

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

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

***Введение***

Сахарный диабет (СД) — группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина. При длительном течении данного заболевания у пациентов могут возникать различные осложнения в следствии поражения крупных и мелких кровеносных сосудов. К поздним осложнениям относится диабетическая нефропатия.

Диабетическая нефропатия — специфические патологические изменения почечных сосудов, возникающие при сахарном диабете обоих типов и приводящие к гломерулосклерозу, снижению фильтрационной функции почек и развитию хронической почечной недостаточности (ХБП). Важнейшей задачей стоит ранняя диагностика нефропатии. Это позволит своевременно приступить к лечению, предупредить и максимально отсрочить дальнейшее прогрессирование заболевания до ХПН, снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ИБС, инфаркта миокарда и инсульта).

***Цель***

Анализ течения сахарного диабета у амбулаторных пациентов с диабетической нефропатией.

***Материал и методы исследования***

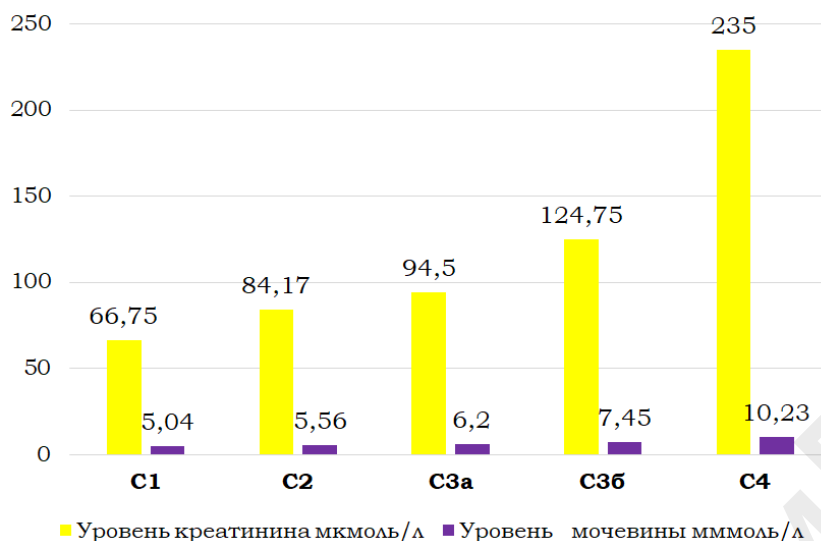
Нами был проведен ретроспективный анализ 51 медицинской карты амбулаторных пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении с 2020 по 2022 гг. с сахарным диабетом. Исследования проводились на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника» филиал № 8. Диабетическая нефропатия была обнаружена у 46 (90,20 %) пациентов.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения «Microsoft Office 2019».

***Результаты исследования и их обсуждение***

Среди всех исследуемых на долю пациентов с сахарным диабетом 2 типа приходилось 60,87 % (28/46), с СД 1 типа — 18/46 (39,13 %). Женщины преобладали над мужчинами 32/46 (70 %), мужчин — 14/46 (30 %). Средний возраст пациентов составил  $58,35 \pm 2,1$  лет. Для определения функционального класса (ФК) ХБП у всех пациентов оценивалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ (мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). Пациенты были разделены на С1, С2, С3а, С3б и С4 ФК, согласно классификации ХБП.

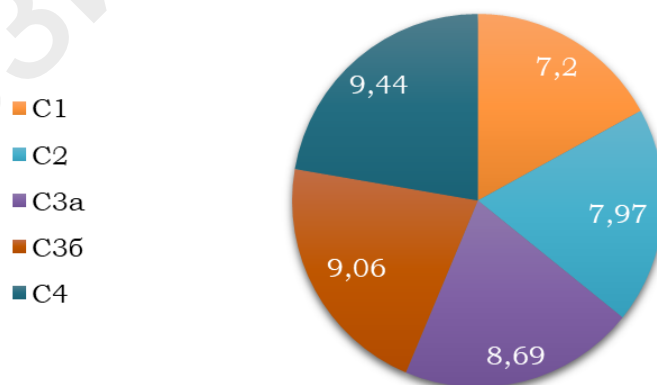
По результатам исследования выявлено 7 (15,22 %) пациентов, относящихся к С1 ФК ХБП, средний показатель СКФ составил  $103,43 \pm 3,70$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. 24 (52,17 %) пациента — к С2 ФК, средний показатель СКФ составил  $72,72 \pm 1,38$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. 5 (10,87 %) пациентов — к С3а ФК, средний показатель СКФ составили  $54 \pm 2$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. 5 (10,87 %) пациентов — к С3б ФК, средний показатель СКФ составили  $41,40 \pm 1,47$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. 5 (10,87 %) пациентов — к С4 ФК ХБП, средний показатель СКФ составил  $20 \pm 2,41$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Уровни сывороточного креатинина и мочевины по стадиям ХБП представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Уровни сывороточного креатинина и мочевины по стадиям ХБП**

По клинической картине пациенты предъявляли жалобы на отеки и онемение ног, жжение стоп, головную боль, общую слабость, сухость во рту, жажду, боль в ногах и пояснице. Из жалоб чаще встречались: у пациентов с C1 ФК — жажда (выявлена у 80 % пациентов), сухость во рту (у 80 %), головная боль (у 60 %), боль в ногах (у 60 %), у пациентов с C2 ФК — головная боль (у 60 %), боль в ногах (у 48 %), общая слабость (у 48 %), у пациентов с C3a ФК — общая слабость (у 100 %), рези при мочеиспускании (у 80 %), боль в пояснице (у 60 %), у пациентов с C3б ФК — отеки ног (у 60 %), онемение ног (у 60 %), у пациентов с C4 ФК — боль в ногах (у 100 %), онемение ног (у 80 %). Из сопутствующей патологии встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (у 67,39 % пациентов): артериальная гипертензия (АГ), которая выявлена у 25 (54,35 %) человек и ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 19 (41,3 %) человек. Также был подсчитан индекс массы тела (ИМТ), средний показатель составил  $30,33 \pm 0,91$ , что свидетельствует о преобладании пациентов с ожирением.

Для анализа компенсации сахарного диабета у пациентов были подсчитаны средние показатели гликированного гемоглобина. Средние показатели гликированного гемоглобина по стадиям ХБП представлены на рисунке 2.



**Рисунок 2 — Средние показатели гликированного гемоглобина по стадиям ХБП**

Средний показатель гликированного гемоглобина при C1 стадии составил  $7,2 \pm 0,62$  %, при C2 —  $7,97 \pm 0,46$  %, при C3a —  $8,69 \pm 0,87$  %, при C3б —  $9,06 \pm 0,23$  %, при C4 —  $9,44 \pm 0,88$  %.

### **Выводы**

1. Из жалоб чаще встречались: у пациентов с С1 ФК — жажда (выявлена у 80 % пациентов), сухость во рту (у 80 %), головная боль (у 60 %), боль в ногах (у 60 %), у пациентов с С2 ФК — головная боль (у 60 %), боль в ногах (у 48 %), общая слабость (у 48 %), у пациентов с С3а ФК — общая слабость (у 100 %), рези при мочеиспускании (у 80 %), боль в пояснице (у 60 %), у пациентов с С3б ФК — отеки ног (у 60 %), онемение ног (у 60 %), у пациентов с С4 ФК — боль в ногах (у 100 %), онемение ног (у 80 %).

2. У 67,39 % пациентов с СД и диабетической нефропатией преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, тем самым подтверждая наличие нефрокардиальных взаимоотношений.

3. Уровень гликированного гемоглобина увеличивался по мере снижения функции почек. Так, средний показатель гликированного гемоглобина у пациентов при С1 составил  $7,2 \pm 0,62$  %, при С2 —  $7,97 \pm 0,46$  %, при С3а —  $8,69 \pm 0,87$  %, при С3б —  $9,06 \pm 0,23$  %, при С4 —  $9,44 \pm 0,88$  %. Данная динамика подтверждает вклад гипергликемии в развитие диабетической нефропатии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Взаимосвязь цистатина С и структурно-геометрических параметров сердца у пациентов с сахарным диабетом и хронической болезнью почек [Электронный ресурс] / О. Н. Василькова [и др.] // Кардиология в Беларуси. 2021. Т. 13, № 5. С. 734–745. Режим доступа : <https://elib.gsmu.by/xmlui/handle/GomSMU/9552>. Дата обращения : 15.02.2022.

2. Значимость цистатина С в ранней диагностике диабетической нефропатии [Электронный ресурс] / О. Н. Василькова [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2021. № 18(2). С. 79–85. Режим доступа : <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/9150>. Дата обращения: 15.02.2022.

3. Почечные механизмы сахарного диабета [Электронный ресурс] / Д. Б. Большириков [и др.] // Acta Biomedica Scientifica. 2011. № 1–2. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/pochechnye-mehanizmy-saharnogo-diabeta>. Дата обращения : 15.02.2022.

4. Ермакова, Е. А. Сахарный диабет и артериальная гипертензия [Электронный ресурс] / Е. А. Ермакова, А. С. Аметов, Н. А. Черникова // МС. 2015. № 12. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-i-arterialnaya-gipertenziya>. Дата обращения: 15.02.2022.

5. Величко, П. Б. Влияние продолжительности сахарного диабета на распространенность диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 2 типа [Электронный ресурс] / П. Б. Величко, Э. М. Османов // Вестник российских университетов. Математика. 2015. № 3. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-prodolzhitelnosti-saharnogo-diabeta-na-rasprostranennost-diabeticheskoy-retinopatii-u-bolnyh-saharnym-diabetom-2-tipa>. Дата обращения : 15.02.2022.

**УДК 616-12.008.1**

## **ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

**Крилович В. В., Шавловская И. В., Шепелевич А. Н.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться актуальной проблемой в клинической медицине, по-прежнему лидируя среди причин смертности, несмотря на большой прогресс в диагностике и лечении кардиоваскулярной патологии. Среди сердечно-сосудистых заболеваний особое место занимает фибрилляция предсердий (ФП) как наиболее частая форма нарушений ритма и значимый фактор риска экстракардиальных (метаболических, вегетативных, электролитных и эндокринных) нарушений. Фибрилляция предсердий по распространенности занимает второе место после желудочковой экстрасистолии и