

29 лет — 2,96 % (8 человек), 30–39 лет — 2,59 % (7 человек), 40–49 лет — 3,7 % (10 человек), 50–59 лет — 2,59 % (7 человек), 70–79 лет — 0,37 % (1 человек).

На рисунке 4, представлен средний уровень гликированного гемоглобина в различных возрастных группах у пациентов с сенсорной формой ДДП.

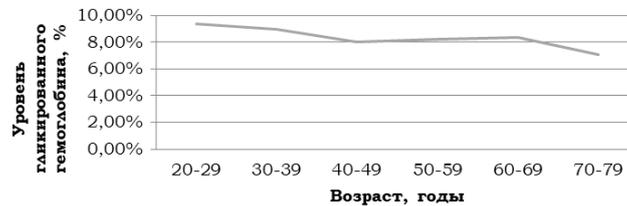


Рисунок 4 — Уровень гликированного гемоглобина в различных возрастных группах у пациентов с сенсорной формой ДДП

Высокий уровень гликированного гемоглобина приходится на возраст 20–29 лет, что составляет 9,41 %. Далее можно заметить постепенное снижение уровня гликированного гемоглобина в следующих возрастных группах: 30–39 лет — 8,97 %, 40–49 лет — 8,01 %, затем незначительное повышение 50–59 лет — 8,21 %, 60–69 лет — 8,35 %, 70–79 лет — 7,1 %.

Длительность СД при сенсорной форме ДДП составила $8,71 \pm 4,65$ лет (от 0,5 до 23 лет).

Выводы

Частота встречаемости сенсорно-моторной формы ДДП выше, чем сенсорной.

Сенсорно-моторная форма ДДП встречается чаще у пациентов с СД 2 типа (СД 1 типа: СД 2 типа = 1:2,14).

Частота встречаемости ДДП увеличивается с возрастом, достигая максимума в возрастной группе от 60 до 69 лет как при сенсорной, так и сенсорно-моторной форме.

Наибольший уровень гликированного гемоглобина наблюдается в возрасте 20–29 лет, что вероятно является отправной точкой развития ДДП.

Длительность СД при сенсорно-моторной форме ДДП составляет $16,04 \pm 8,91$ лет; при сенсорной форме ДДП — $8,71 \pm 4,65$ лет, что свидетельствует о прогрессирующем характере течения диабетической полинейропатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. IDF [Электронный ресурс] / IDFДиабет атлас. 10-е изд. Режим доступа : <http://www.diabetesatlas.org/>. Дата доступа : 22.02.2020.
2. Персонализированная терапия сахарного диабета: путь от болезни к больному/ И.И. Дедов [и др.] // Терапевтический архив. 2014. № 86(10). С.4–9.
3. Диабетическая полинейропатия: чего мы достигли в понимании проблемы / Е. В. Бирюкова [и др.] // РМЖ. 2020. № 1. С. 14–19.

УДК 616.8-009.7:616.379-008.64-06

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА И ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Беляева Т. В.

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

Учреждение образования

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

Введение

Сахарный диабет (СД) — хроническое заболевание, одно из 4 неинфекционных заболеваний, на долю которых, по данным Всемирной организации здравоохране-

ния (ВОЗ), приходится 71 % смертей во всем мире. Согласно данным 2019 г., СД страдают 436 млн человек, что определяет его высокую медико-социальную значимость. У половины пациентов с установленным диагнозом «сахарный диабет» среди осложнений наблюдается диабетическая полинейропатия [1].

Группы риска составляют пациенты с 1 типом СД с недостижением целевых уровней гликемического контроля спустя 5 лет от дебюта заболевания, так и пациенты со 2 типа СД с момента диагностики заболевания [2].

Характерными считают жалобы на боли в стопах различной интенсивности в покое, чаще в ночные и вечерние часы, онемение, парестезии, зябкость стоп, судороги в мышцах голени и стоп [2].

Цель

Провести сравнительный анализ неврологических жалоб на момент госпитализации у пациентов с СД 1 и 2 типа, имеющих диабетическую дистальную полинейропатию (ДДП).

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки было исследовано 266 выписных эпикризов пациентов с СД, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека, в период с 2017 по 2019 гг. Из них 153 (57,52 %) человека составили женщины, 113 (42,48 %) человек — мужчины. Средний возраст пациентов — $56 \pm 14,65$ лет, минимальный возраст — 20 лет, максимальный возраст — 81 год. Среди всех пациентов на СД 1 типа приходилось 34,59 % (92 человека: 51 человек — женщины, 41 человек — мужчины), на СД 2 типа — 65,41 % (174 человека: 102 человек — женщины, 72 человека — мужчины).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2013».

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты были распределены на группы по полу и типу СД для сравнения неврологических жалоб при ДДП. Первая группа: 19,17 % (51 человек) — женщины с СД 1 типа, 38,35 % (102 человека) — женщины с СД 2 типа. Вторая группа: 15,41 % (41 человек) — мужчины с СД 1 типа, 27,07 % (72 человека) — мужчины с СД 2 типа.

Сравнительная характеристика часто встречаемых жалоб пациентов 1-й и 2-й группы представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика жалоб у женщин и мужчин с СД 1 и 2 типа

Жалобы	1-я группа		Женщины СД 1: СД 2 (1:2)	2-я группа		Мужчины СД 1: СД 2 (1:1,76)
	женщины, СД 1 тип 19,17 % (51 человек)	женщины, СД 2 тип 38,35 % (102 человека)		мужчины, СД 1 тип 15,41 % (41 человек)	мужчины, СД 2 тип 27,07 % (72 человека)	
Онемение ног	7,89 % (21 человек)	17,29 % (46 человек)	1:2,2	9,4 % (25 человек)	16,17 % (43 человека)	1:1,72
Онемение голени	0,75 % (2 человека)	1,5 % (4 человека)	1:2	0,75 % (2 человека)	0 % (0 человек)	—
Онемение стоп	1,13 % (3 человека)	2,26 % (6 человек)	1:2	1,13 % (3 человека)	0,75 % (2 человека)	1,5:1
Онемение пальцев стоп	1,13 % (3 человека)	3,38 % (9 человек)	1:3	1,5 % (4 человека)	2,63 % (7 человек)	1:1,75
Онемение рук	2,26 % (6 человек)	2,26 % (6 человек)	1:1	1,13 % (3 человека)	1,88 % (5 человек)	1:1,7
Боль ног	10,52 % (28 человек)	27,45 % (73 человека)	1:2,6	8,64 % (23 человека)	18,05 % (48 человек)	1:2,1
Боль рук	0,38 % (1 человек)	2,26 % (6 человек)	1:6	0 % (0 человек)	1,5 % (4 человека)	—
Судороги ног	1,13 % (3 человека)	3,01 % (8 человек)	1:2,7	1,5 % (4 человека)	2,63 % (7 человек)	1:1,75
Судороги икроножных мышц	0,75 % (2 человека)	0,75 % (2 человека)	1:1	1,5 % (4 человека)	2,26 % (6 человек)	1:1,5
Отечность ног	0,38 % (1 человек)	4,14 % (11 человек)	1:11	0,38 % (1 человек)	0,38 % (1 человек)	1:1

Проанализировав данные первой группы, можно увидеть, что с одинаковой частотой, как среди женщин с СД 1 типа, так и с СД 2 типа, являются жалобы на онемение голени и стоп. Наиболее частыми, среди женщин с СД 2 типа, являются жалобы на онемение ног, пальцев стоп; боль ног и рук; судороги и отечность ног. Реже встречаются жалобы на онемение рук и судороги икроножных мышц по сравнению с женщинами с СД 1 типа.

Что касается второй группы, то здесь с практически одинаковой частотой встречались жалобы на онемение ног, пальцев стоп, рук, отмечались судороги ног. При СД 2 типа, чаще наблюдались жалобы на боль в ногах, реже — онемение стоп, судороги икроножных мышц и отечность стоп, чем при СД 1 типа.

Так же в меньшем количестве во всех группах имелись жалобы на боль пальцев стоп, боль в ногах/икроножных мышцах при физической нагрузке, ощущение жжения ног/стоп, ощущение дрожи в теле, слабость/судороги/зябкость рук, зябкость стоп, снижение чувствительности ног/стоп.

Выводы

ДДП осложняет течение СД в более чем 50 % случаев и приводит к появлению различных жалоб. В обеих группах чаще были жалобы на онемение и боль ног.

ЛИТЕРАТУРА

1. IDF [Электронный ресурс] / IDFДиабет атлас. 10-е изд. Режим доступа: <http://www.diabetesatlas.org/>. Дата доступа : 22.02.2020.
2. Персонализированная терапия сахарного диабета : путь от болезни к больному / И. И. Дедов [и др.] // Терапевтический архив. 2014. № 86(10). С. 4–9.
3. Диабетическая полинейропатия : чего мы достигли в понимании проблемы / Е. В. Бирюкова [и др.] // РМЖ. 2020. № 1. С. 14–19.

УДК 616.126.52

ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРОКАМИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Береснева К. Г.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева;
ассистент Е. М. Жандарова**

Учреждение образования

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

Введение

Патология аортального клапана (АоК) встречается у 30–35 % больных с клапанными пороками сердца, а по частоте ревматического поражения АоК занимает второе место после митрального.

Стеноз аортального клапана (АоС) приводит к повышению систолического давления в левом желудочке, и компенсаторной гипертрофии левого желудочка, что временно обеспечивает адекватный сердечный выброс без дилатации полости желудочка. Гипертрофированный миокард обладает повышенной потребностью в кислороде и часто сопровождается явлениями стенокардии. При дилатации миокарда конечно-диастолическое давление в левом желудочке увеличивается, что приводит к появлению симптомов застоя в легких.

При недостаточности аортального клапана (АоН) наблюдается снижение диастолического давления в аорте в результате регургитации крови в левый желудочек и компенсаторного снижения сосудистого сопротивления. Высокое пульсовое давление при АоН связано с большим ударным объемом, вызывающим повышение систолического и снижение диастолического давления [1].