

МНО (международное нормализованное отношение) составило 1,02 у основной группы и 1,04 у группы сравнения, показатели в пределах нормы.

Средний показатель тромбинового времени у пациентов с НАЖБП на 2,48 % ниже, чем у контрольной группы. Понижение тромбинового времени можно связать с увеличением уровня фибриногена у пациентов с НАЖБП в сравнении с контрольной группой.

Средний показатель протромбина (по Квику) у пациентов с НАЖБП на 7,84 % ниже, чем у группы сравнения. Понижение его уровня у пациентов основной группы в сравнении с контрольной группой может указывать на развитие воспалительных процессов в печени (стеатогепатита).

Средний уровень фибриногена у пациентов с НАЖБП составил 4,04 г/л, что на 10,4 % больше среднего показателя фибриногена у контрольной группы. По мнению большинства исследователей, фибриноген является одновременно маркером сосудистого воспаления и прокоагулянтного состояния, что является маркером тромбофилии и тромбозов [4]. Увеличение его содержания может указывать на активацию процесса тромбообразования у обследуемых пациентов.

Выводы

Хроническое низкоинтенсивное воспаление служит пусковым механизмом нарушений системы гемостаза на всех ее стадиях при НАЖБП.

У пациентов с НАЖБП наблюдается достоверное снижение показателей тромбинового времени и протромбина (по Квику), а также увеличение уровня фибриногена. Выявленные в ходе данного исследования протромбогенные изменения у пациентов с НАЖБП могут говорить о наличии высокого риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бортницкая, В. И. Особенности системы гемостаза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в Республике Хакасия / В. И. Бортницкая, Е. С. Агеева, О. В. Штыгашева // Вестник Хакасского государственного университета им. Н. Ф. Катанова. – 2016. – № 18. – С. 93–95.
2. Ройтберг, Г. Е. Оценка факторов риска неалкогольной жировой болезни печени / Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун // Лечащий врач. – 2017. – № 1. – С. 58–62.
3. Бабак, О. Я. Причины и метаболические последствия неалкогольной жировой болезни печени / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – Т. 54, № 4. – С. 8–16.
4. Стаценко, М. Е. Неалкогольная жировая болезнь печени как парадигма коморбидности / М. Е. Стаценко, С. В. Туркина, М. А. Косивцова. – М.: Синапс, 2018. – 128 с.

УДК 617.586:616.379-008.64]-06-089

А. В. Лаврентьева, Д. С. Ильюшенко

*Научный руководитель: старший преподаватель Н. В. Буринский,
старший преподаватель Д. М. Адамович*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Введение

Наиболее серьезным и распространенным осложнением сахарного диабета (СД) является синдром «диабетической стопы» (СДС), который проявляется хроническими язвами и гнойно-некротическими поражениями кожи, мягких тканей, костно-суставного аппарата нижней конечности [1].

СДС, как правило, сочетается с расстройствами артериального и микроциркулярного русла внутренних органов, что в свою очередь влечет риск развития ишемического поражения сердца, органов дыхания, почек, печени, головного мозга, желудочно-кишечного тракта и характеризуется высокой инвалидизацией и летальностью, чем у пациентов с аналогичной патологией без СД [2].

Коморбидная патология у пациентов с СД имеет большое значение в разработке методов рационального лечения и профилактики осложнений, в частности синдрома диабетической стопы [3].

Цель

Изучить частоту и характер коморбидной патологии у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе отделения гнойной хирургии № 1 У «ГОКБ». Проведен ретроспективный анализ 57 стационарных карт пациентов с СДС за период 2019–2022 года. Верификация диагноза и определение этиологии заболевания проводилась в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом» [4].

Средний возраст пациентов с СД, которым была выполнена ампутация конечности или ее сегмента, составил $66 \pm 13,7$ лет, причем среди пациентов с язвенно-некротическими дефектами преобладали мужчины (62 %). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре 23 (10; 60) койко-дня. Показатель летальности для данной группы пациентов составил 14 %.

По типу сахарного диабета пациенты разделены на две группы. Из них 50 (87,7 %) пациентов с СД 2 типа, с длительностью заболевания 20 (1; 30) лет, 7 (12,3 %) пациентов с СД 1 типа, с длительностью заболевания 14 (1; 21) лет.

В соответствии с классификацией Вагнера пациенты разделены на 5 групп. По глубине и распространенности гнойно-некротического процесса у 4 (7 %) пациентов установлена I степень по Вагнеру, у 4 (7 %) пациентов установлена II степень, у 16 (28 %) пациентов – III степень, у 25 (44 %) – IV степень и у 8 (14 %) пациентов – V степень.

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере с помощью программного обеспечения Statistica 10.0. и MS Excel. Описательная статистика количественных показателей представлена в виде медианы и квартилей – Me (Q25 %; Q75 %).

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования была определена общая структура коморбидной патологии у пациентов с СДС. В общей структуре коморбидности было выявлено, что первое место по распространенности занимает патология сердечно-сосудистой системы – 78,8 %, второе – патология центральной и периферической нервной системы – 15 %, третье – патология почек – 7,3 %.

Среди патологий сердечно-сосудистой системы у исследуемых пациентов были выявлены следующие нозологические формы: ИБС – 87,6 %, которая в 14 % представлена постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), сроком давности 11 (1; 20) лет ($p = 0,0005$), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I степени – 19,3 % и 2а степени – 45,6 % ($p = 0,0001$), артериальная гипертензия (АГ) – 70,2 % ($p = 0,0003$).

Среди патологий центральной и периферической нервной системы встречаются: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 24,5 %, сроком давности 5 (1; 16) лет ($p = 0,0001$), энцефалопатия (ЭП) – 19,3 % ($p = 0,0001$).

Среди патологии мочеполовой системы выявлена хроническая болезнь почек (ХБП) – 23 % ($p = 0,0001$).

Частота встречаемости коморбидной патологии среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с I степенью гнойно-некротического поражения по Вагнеру представлена в виде ПИКС – 75 %, со II степенью в виде ХСН – 100 %, аритмии – 25 %, с III степенью ПИКС – 6,25 %, ХСН – 43,5 %, с IV в виде ПИКС – 25 %, ХСН – 50 %, аритмии – 50 %, с V степенью ПИКС – 4 %, ХСН – 60 %, аритмии – 32 %. Таким образом установлено, что степень гнойно-некротического поражения по Вагнеру коррелирует с патологией сердечно-сосудистой систем ($p = 0,0001$).

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) встречается в 25 % случаев при I степени, 75 % при II степени, 12,5 % при III степени, 20 % при V степени гнойно-некротического поражения по Вагнеру. Выявлено, что ОНМК сопровождается в 12 % случаев ЭП у пациентов с гнойно-некротическими поражениями V степени.

Заболевания мочевыделительной системы отмечались у пациентов с гнойно-некротическими поражениями III – 37,5 % и V – 23 % степени по Вагнеру.

Выводы

В результате проведенного исследования у пациентов с СДС среди коморбидной патологии отмечается существенное преобладание сердечно-сосудистых патологий.

Использованная классификация по F. W. Wagner, принимающая во внимание распространенность гнойно-деструктивного процесса в глубину и по конечности. Было определено подавляющее количество исследуемых с IV степенью тяжести, проявляющееся ограниченной гангреной. Однако это не говорит о прогнозах заболевания и не отличается практической направленностью, так как частично учитывает роль инфекции, нейропатии и ишемии.

Проблема коморбидной патологии на фоне СД, осложненным синдромом диабетической стопы не только затрудняет методику выбранной терапии, но и ухудшает реабилитационный прогноз для данной группы пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астахов, И. Н. Лечение больных сахарным диабетом с некротическими поражениями стопы: монография / И. Н. Астахов. – Витебск: Витеб. гос. ун-т, 2016. – 34-37с.
2. Ступин, В. А. Метаболическая терапия больных синдромом диабетической стопы: монография / В. А. Ступин. – Минск: Алмафя: Минсата, 2014. – 25-31с.
3. Дедков, И.И. Синдром диабетической стопы: рук-во для врачей / Дедков И. И., Анциферов М. Б., А. Ю. Томакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 623с.
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом: утв. пост. М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 21.06.2021.– г. Минск, 2021. – 167с.

УДК 616.36-008.64-07

М. А. Малашенко, А. Ю. Воробей

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Л. Калинин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИНДРОМ ГЕПАТОДЕПРЕССИИ И ЕГО РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Введение

В настоящее время все более актуальным является исследование функциональных систем в норме и при патологии с позиции теории информации, что позволяет провести анализ факторов, определяющих течение патологического процесса, и дает возможность достаточно точного прогнозирования развития заболеваний. Существуют определенные