

Синусовый ритм был восстановлен у 42 (91,3%) пациентов, что говорит о высокой эффективности данного метода. Не был восстановлен или сорвался в первые 5 суток у 4 (8,7%) пациентов. По стадии ХСН: СН0 – 1 (25%), СН1 – 1 (25%), СН2А – 2 (50%). По степени артериальной гипертензии: без – 2 (50%), АГ2 – 2 (50%). При этом 2 (50%) пациента, которым не удалось восстановить синусовый ритм, относятся к группе 2 (от 10 суток с момента начала пароксизма до проведения ЭИТ). Также были выявлены 7 (15,2%) пациентов госпитализированных повторно с новым пароксизмом ФП за изученный период.

У 1 (2,17%) пациента был выявлен тромбофлебит вен правой голени, после проведения ЭИТ, на фоне проводимой антикоагулянтной терапии и у 1 (2,17%) пациента были выявлены признаки СССУ.

Выводы

1. Применение ЭИТ у пациентов с ФП привело к восстановлению синусового ритма в 91,3% случаев, что говорит о высокой эффективности данного метода.

2. Часто ФП ассоциирована с коморбидным состоянием, о чем говорят такие сопутствующие заболевания, как: артериальная гипертензия 91,3%, сахарный диабет второго типа 15,2%, ожирение 13,04%, гиперлипидемия 23,91%.

3. Степень артериальной гипертензии и стадия сердечной недостаточности не повлияли на эффективность ЭИТ для восстановления синусового ритма.

4. Влияние длительности периода от момента развития пароксизма ФП до проведения ЭИТ оказалось значимым. Так 12 (100%) пациентам за первые 48 часов был восстановлен синусовый ритм, в период от 2 до 10 суток ритм был восстановлен у 21 (91,3%), более 10 суток – 9 (81,8%).

5. Рецидив аритмии наблюдался в первые 5 суток у 8,7%, в последующие 6 месяцев у 15,2% пациентов, что говорит о необходимости исследования более новых и совершенных способов восстановления синусового ритма при ФП или о применении тактики контроля ЧСС для данных пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Значение вегетативной нервной системы в патогенезе фибрилляции предсердий / Е. П. Попова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 25(7).
2. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC/ Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC / G. Hindricks [et al.] // European heart journal. – 2021. – Vol. 42(5). – P. 373–498.
3. Проспективное рандомизированное исследование эффективности и безопасности электрической и медикаментозной кардиоверсии при персистирующей фибрилляции предсердий. Часть 1: методология исследования и оценка эффективности / Н. Ю. Миронов [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2018. – № 14(5). – С. 664–669.

УДК 616.61-07:616.379-008.64

Ю. А. Праведная, М. А. Антонова

Научный руководитель: старший преподаватель Т. А. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Введение

Диабетическая нефропатия – это специфическое поражение почек при сахарном диабете, сопровождающееся формированием узелкового и диффузного гломерулосклероза,

терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности [1].

В процессе прогрессирования ДН увеличивается количество белка, выделяемого с мочой, снижается скорость клубочковой фильтрации (СКФ), увеличивается содержание в крови продуктов распада белков (креатинина и мочевины). По увеличению количества белка в моче, уровня креатинина крови, по снижению СКФ и характеру морфологических изменений в почке выделяют 5 стадий развития ДН (Mogensen С. Е., 1983). Только первые 3 стадии ДН, когда значение белка в моче ещё не выходит за пределы номинального диапазона, могут быть обратимыми при тщательно и рано начатой коррекции гипергликемии. На стадии протеинурии даже самая тщательная терапия нарушений углеводного обмена уже не способна остановить или существенно затормозить быстрое прогрессирование ДН. Своевременная диагностика ДН на ранних стадиях представляет собой очень важную задачу. В связи с этим целесообразно определить предельно допустимые концентрации белка в моче в области нормального диапазона, при которых необходимо проводить исследование на микроальбуминурию (МАУ) [2, 4].

Опасность диабетической нефропатии состоит в том, что, развиваясь достаточно медленно и постепенно, диабетическое поражение почек долгое время остается незамеченным, поскольку клинически не вызывает у больного ощущения дискомфорта. Поэтому основная задача врача-терапевта, эндокринолога или нефролога заключается в своевременной диагностике диабетической нефропатии и проведении адекватной патогенетической терапии этого осложнения [3].

Цель

Провести анализ лабораторных и инструментальных показателей пациентов с диагнозом диабетическая нефропатия.

Материал и методы исследования

Был выполнен ретроспективный анализ 72 историй болезни стационарных пациентов с диабетической нефропатией, которые проходили лечение в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с января 2023 г. по декабрь 2023 г. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируемую группу составили 72 пациента. Из них 18 (25,0%) мужчин и 54 (75,0%) женщины. Распределение пациентов по возрастным группам было следующим: диабетическая нефропатия встречается у 7 (9,7%) пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, у 8 (11,1%) пациентов в возрасте от 41 до 60 лет, у 23 (31,9%) пациентов в возрасте от 61 до 70 лет, у 28 (38,9%) пациентов от 71 до 80 лет и у 6 (8,4%) пациентов в возрасте от 81 до 84 лет. Нефропатия сложного генеза наблюдается у 32 (44,4%) пациентов.

Стаж сахарного диабета в выборке показал, что 33 (45,8%) человека страдают данным заболеванием в течении от 1 до 10 лет, 32 (44,4%) пациента в течении от 11 до 20 лет, 4 (5,6%) человека в течении от 21 до 30 лет, 2 (2,8%) человека в течении от 31 до 40 лет и 1 (1,4%) человек в течении 59 лет. При этом сахарный диабет 1 типа выявлен у 12 (16,7%) человек, 2 типа – у 60 (83,3%) пациентов.

Анализируя лабораторные данные, мы обнаружили, что анемия, по результатам исследования общего анализа крови, встречается у 29 (40,3%) пациентов. Повышение СОЭ выявлено у 43 (59,7%) пациентов. Исходя из биохимического анализа, у 8 (11,1%) пациентов отмечается повышение общего белка в сыворотке крови, у 2 (2,8%) человек – его снижение. Креатинин превышает нормальные значения у 34 (47,2%) обследуемых. Проведя оценку электролитного состава крови, мы отметили следующие изменения: повы-

шение уровня хлора наблюдается у 25 (34,7%) пациентов, калия – у 18 (25%) человек, натрия – у 3 (4,2%) пациентов. Повышенный уровень мочевины выявлен у 9 (12,5%) человек. В липидном спектре наблюдались следующие изменения: увеличение уровня холестерина отмечено у 25 (34,7%) пациентов, триглицеридов – у 21 (29,2%) пациента. Некоторые изменения наблюдались и со стороны печеночных ферментов: у 14 (19,4%) обследуемых был повышен показатель АСТ, а у 7 (9,7%) пациентов – АЛТ.

Важным лабораторным анализом в диагностике диабетической нефропатии является общий анализ мочи. В нем мы обнаружили следующие отклонения: гематурия встречалась у 7 (9,7%) пациентов, протеинурия – у 18 (25%) человек, микроальбуминурия – у 8 (11,1%) пациентов, наличие сахара в моче – у 36 (50%) обследуемых, следы ацетона – у 7 (9,7%) пациентов.

По данным инструментальной диагностики у 15 (20,8%) человек наблюдаются кисты почек, 26 (36,1%) пациентов страдают хроническим пиелонефритом, мочекаменная болезнь отмечена у 2 (2,8%) пациентов, нефросклероз – у 7 (9,7%) пациентов, 1 (1,4%) пациент имеет в анамнезе пиелозктазию, удвоение почки встречается так же у 1 (1,4%) пациента. Данные отражены на рисунке 1.

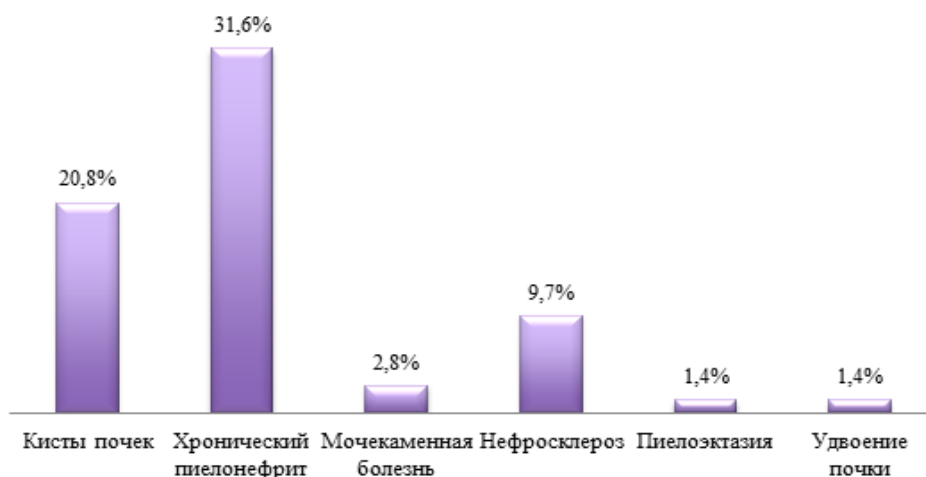


Рисунок 1 – Результаты инструментальной диагностики

У 62 (86,1%) пациентов развилась хроническая болезнь почек. С2 стадия (СКФ 60–89 мл/мин/1,73м²) наблюдается у 19 (30,6%) пациентов, С3а стадия (СКФ 45–59 мл/мин/1,73м²) – у 22 (35,6%) человек, С3б стадия (СКФ 30–44 мл/мин/1,73м²) – у 13 (20,9%) пациентов, С4 стадия (СКФ 15–29 мл/мин/1,73м²) – у 8 (12,9%) человек.

Выводы

1. Наиболее часто диабетическая нефропатия встречается у лиц женского пола (75,0%), преимущественно в возрасте от 61 до 80 лет.

Заболевание преобладает в группе пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа (83,3%).

2. Довольно часто у пациентов с диабетической нефропатией встречается анемия (40,3%), которую можно объяснить нехваткой выработки эритропоэтина поврежденными перитубулярными клетками нефрона почки.

3. У большинства пациентов наблюдается повышенный уровень креатинина (47,2%) в сыворотке крови и изменения со стороны электролитного баланса, что прямо отражает повреждение почечной ткани.

4. Гиперлипидемия и гипергликемия способствуют развитию подоцитопатии, которая выражается в нарушении нормального функционирования клубочкового аппарата почек при СД и способствует развитию ДН.

5. Наличие протеинурии (25%) и микроальбуминурии (11,1%) у обследуемых свидетельствует о воспалительных процессах в пределах канальцев и клубочков почек, что предрасполагает к прогрессированию заболевания.

6. Наиболее частыми патологиями со стороны почек, в комплексе с ДН, являются кисты органа (20,8%) и хронический пиелонефрит (36,1%).

7. Снижение уровня СКФ поспособствовало развитию гломерулосклероза почек, что в последующем отразилось в развитии хронической болезни почек у большинства пациентов (86,1%) с ДН.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ребров, Б. А. Поражение почек при сахарном диабете / Б. А. Ребров // МЭЖ. – 2011. – № 2(34). – С. 51–55.
2. Современные подходы к ранней лабораторной диагностике диабетической нефропатии / Е. Г. Степанова [и др.] // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2013. – № 1. – С. 28–33.
3. Жариков, А. Ю. Диабетическая нефропатия. Современный взгляд на проблему / А. Ю. Жариков, Р. О. Щечкина // Бюллетень медицинской науки. – 2018. – № 2 (10). – С. 24–31.
4. Нефропатия: учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов, врачей общей практики, терапевтов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». – 2017. – С. 76.

УДК 616.2-022-036.11-02:[378.6-057.875:316.774](476.2-25)

З. В. Раковская, А. В. Бенеш

Научный руководитель: ассистент кафедры А.В. Проневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ГГМУ ОБ ЭТИОТРОПНОМ ЛЕЧЕНИИ ОРИ

Актуальность проблемы возникновения острых респираторных заболеваний описывается двумя основными причинами: значительной распространенностью, а также активной ролью ОРИ в возникновении осложнений и трудностями их лечения [3].

ОРЗ вызываются огромным числом возбудителей. Наиболее часто острые респираторные инфекции имеют бактериальную или вирусную природу. Одним из самых частых возбудителей ОРЗ является риновирус. Также вместе с риновирусами возбудителями ОРВИ являются аденовирусы, вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус), вирусы гриппа, вирусы коронавируса. В этиологии развития бактериального инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях играют роль различные респираторные патогены: пневмококки, гемолитические стрептококки группы А (чаще *Str. pyogenis* и *viridans*), гемофильная палочка, микоплазма пневмонии, хламидофила пневмонии, моракселла катарралис. Поэтому в связи с наличием большого количества всевозможных возбудителей ОРИ, нужно как можно тщательнее определять этиологию ОРИ по клинической картине заболевания, так как это играет очень важную роль при подборе схемы лечения ОРИ [2].

Хоть симптоматическое лечение и значительно облегчает самочувствие пациента, однако наиболее важным методом лечения ОРИ, на наш взгляд, является этиотропная терапия. Этиотропная терапия – это лечение, которое направлено на устранение или ослабле-