

Все пациенты, принявшие участие в анкетировании и имевшие гиперурикемию в анамнезе имели несколько заболеваний, распределение было следующим: 10 пациентов (25%) имели сочетание ишемической болезни сердца (стабильная стенокардия напряжения ФК2-3) и артериальной гипертензии 2–3 ст очень высокого риска; 24 пациента (60%) страдали ИБС в сочетании с артериальной гипертензией очень высокого риска и сахарным диабетом 2 типа и 6 пациентов (15%) имели ИБС в форме атеросклеротического кардиосклероза с нарушением ритма в виде фибрилляции предсердий в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа; из всех респондентов лишь 4 человека имели установленный подагры.

Выводы

Подводя итоги проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) большинство пациентов 60% не знают, что такое бессимптомная гиперурикемия и не понимают важность отслеживания уровня мочевой кислоты в сыворотке;
- 2) 85% опрошенных не знают о повышении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при наличии гиперурикемии;
- 3) 87,5 % не принимают никаких препаратов для снижения уровня мочевой кислоты; 64% респондентов не знают о существовании низкопуриновой диеты при гиперурикемии;
- 4) высокий риск сердечно-сосудистых катастроф у пациентов с бессимптомной гиперурикемией по шкале SCORE присутствовал у 80% (32 человек);
- 5) все пациенты, принявшие участие в анкетировании и имевшие гиперурикемию были с коморбидной патологией;
- 6) у 72,5% респондентов повышен уровень мочевой кислоты;
- 7) после проведения беседы и разъяснения причин, рисков и методов профилактики гиперурикемии 65% опрошенных пациентов согласились следовать низкопуриновой диете, а также такой же процент пациентов будет бороться с бессимптомной гиперурикемией используя не только лекарственные препараты и низкопуриновую диету, но и выполнять физические нагрузки, отказаться от курения и алкоголя, женщины больше проявляли инициативы в поддержании своего здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Международные и российские рекомендации по уратснижающей терапии у коморбидных пациентов с гиперурикемией или подагрой / И. Б. Беляева [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2021. – № 7. – С. 32–38.
2. *Maiuolo, J.* Regulation of uric acid metabolism and excretion / J. Maiuolo, F. Oppedisano, S. Gratteri // Int J Cardiol. – 2016. – № 213. – P. 8–14.
3. *Ponticelli, C.* Hyperuricemia as triquer of immune response in hypertension and chronic kidney disease / C. Ponticelli // Kidney Int. – 2020. – № 98. – P. 34–38.

УДК 577.161.2:616.44-052

Е. В. Чушева, Ф. А. Рапинчук

Научный руководитель: ассистент кафедры М. А. Дука

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Введение

Витамин Д является одним из ключевых жирорастворимых витаминов, необходимых для здоровья человека. Он играет важную роль в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, а также в формировании и поддержании костного гомеостаза. Кроме того, вита-

мин Д оказывает регулирующее влияние на иммунную систему и может снижать риск развития социально-значимых заболеваний, таких как рак, сердечно-сосудистые и некоторые эндокринные патологии.

Активный витамин Д₃ – 1,25(ОН)₂D образуется в почках из эргокальциферола, который поступает с продуктами питания, такими как рыбий жир, молоко, яичный желток или в составе БАД. Также из предшественников, которые образуются в коже из холестерина под воздействием ультрафиолетовых лучей. В сыворотке крови витамин Д₃ (1,25(ОН)₂D) связан с белком – витамином Д связывающим протеином. Свободный биологически активный витамин Д₃ циркулирует в крови в очень малых количествах и составляет 0,03–0,4% от общего объема. Механизм действия витамина Д₃ подобен всем стероидным гормонам [1].

Сахарный диабет (СД) представляет собой нарушение обмена веществ, характеризующееся аномально высоким уровнем глюкозы в крови. Рецепторы витамина Д обнаружены в бета-клетках поджелудочной железы, а промотор гена человеческого инсулина содержит элемент ответа на витамин Д. Дефицит витамина Д вызывает воспаление и увеличивает маркеры воспаления, это связано с развитием метаболического синдрома. Кроме того, генетический полиморфизм витамина Д может приводить к нарушению гликемического контроля [2].

Существует значительное количество исследований, свидетельствующих о том, что у многих людей наблюдается дефицит витамина Д. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, около 1 миллиарда человек в мире страдают от недостаточности или дефицита витамина Д [6].

Цель

Изучение и анализ недостаточности и дефицита витамина Д у пациентов с эндокринными заболеваниями, определить связь с полом, возрастом, степенью ожирения и почечной патологией.

Материал и методы исследования

В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 52 пациентов, которые находились на лечении в учреждении «РНПЦ РМиЭЧ» в отделении эндокринологии. Были рассмотрены следующие параметры: пол, возраст, эндокринная патология, индекс массы тела (ИМТ), почечная патология и показатель витамина Д. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным историй болезни пациенты были разделены на две группы и получено, что пациентов с недостаточностью витамина Д 76,9%, а с дефицитом 23,1%. Из них 19,2% мужчин (средний возраст 50,3 года) и 80,8% женщин (средний возраст 55,5 лет).

Средний возраст по обеим группам составил 52,75 года. Вероятность развития дефицита витамина Д увеличивается с возрастом в связи со снижением выработки витамина Д в коже [3, 4].

Среди мужского пола (10 человек) недостаток наблюдается у 80%, дефицит у 20%. Среди женщин (42 человека) недостаток/дефицит 76,2 и 23,8% соответственно. Следовательно, отношение недостаточности и дефицита витамина Д у обоих полов примерно одинаковое.

Далее, пациенты были разделены на три группы относительно патологий: пациенты с СД 1 типа – 18 человек, СД 2 типа – 27 человек, и другие патологии – 7 человек. С целью отражения недостатка/дефицита витамина Д по эндокринологической патологии, была составлена диаграмма (рисунок 1).

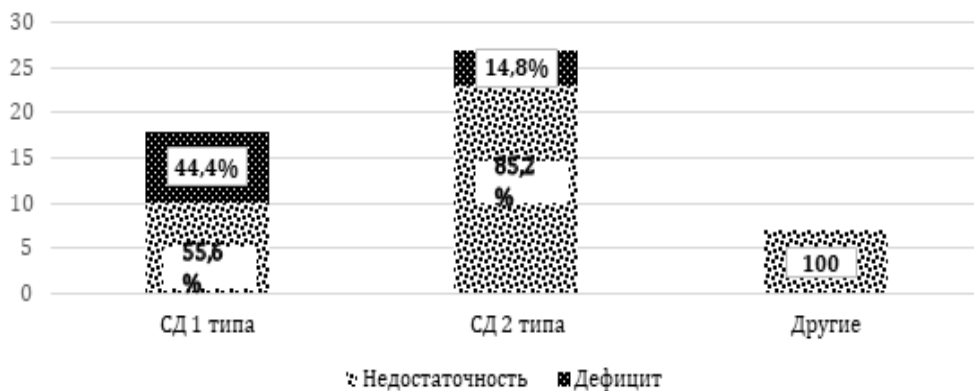


Рисунок 1 – Отношение недостаточности/дефицита витамина Д по патологии

Проанализировав данные диаграммы (рисунок 1), можно заметить, что: в первой группе пациентов, с СД 1 типа, отношение недостаточности/дефицита витамина Д почти равное 55,6% и 44,4% соответственно. Во второй группе пациентов, с СД 2 типа, самой многочисленной, 85,2% и 14,8%. В третьей группе пациентов, куда вошли разные патологии, все пациенты имеют недостаточность витамина Д (100%).

Из всех пациентов нормальная масса тела у 12 человек (23,07%) и избыточная масса тела у 15 (28,84%). Ожирение у 25 (48,07%) из которых 1 степени у 7 пациентов (13,45%), 2 степени у 8 (15,38%) и 3 степени у 10 (19,23%). На основе этих данных составлена диаграмма (рисунок 2).

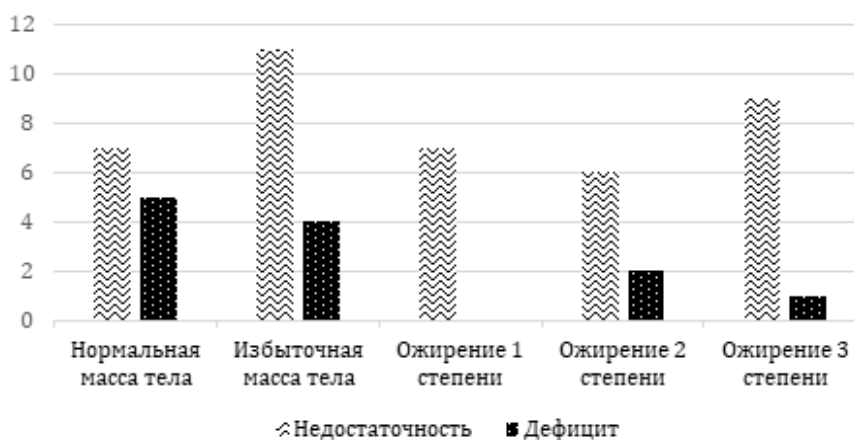


Рисунок 2 – Отношение недостаточности/дефицита витамина Д по массе тела

Существенных различий в группах по степеням ожирения не выявлено.

Но в связи с депонированием витамина Д в подкожных жировых депо, ожирение является доказанным фактором риска развития риска дефицита витамина Д [5]. Предположительно, связь не установлена, вследствие высокой доли лиц с ожирением в группе.

Для отражения недостаточности и дефицита витамина Д у пациентов относительно градаций скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (KDIGO 2013) была составлена таблица 1.

Проанализировав таблицу, можно сделать вывод о том, что самая большая группа пациентов имеют категорию С2, что соответствует незначительно сниженной функции почек. Здесь же, наибольшее количество пациентов имеют недостаточность витамина Д (92,30%).

Таблица 1 – Категории СКФ и недостаточность/дефицит витамина Д

Витамин Д	Категории СКФ				С5
	С1	С2	С3		
			С3а	С3б	
	17 человек (32,7%)	26 человек (50%)	5 человек (9,6%)	3 человека (5,8%)	1 человек (1,9%)
Недостаток, чел., %	10 (58,80%)	24 (92,30%)	3 (60%)	2 (66,70%)	1 (100%)
Дефицит, чел., %	7 (41,20%)	2 (7,70%)	2 (40)	1 (33,30%)	–

Но для более детального анализа было проведено сравнение недостаточности/дефицита витамина Д у пациентов без хронической болезни почек (ХБП) и с ХБП. Пациентов без ХБП 28 человек (53,8%) из них с недостаточность у 22 человек (78,6%) и дефицит у 6 (21,6%). Пациентов с ХБП 24 человека (46,2%) из них недостаточность у 18 (75%) и дефицит у 6 (25%). Исходя из полученных данных, отношения недостаточности/дефицита витамина Д к почечной патологии не выявлено.

Выводы

Исходя из данных диаграмм и общего анализа показателей пациентов, можно сделать вывод о том, что подавляющим большинством среди пациентов с эндокринной патологией, являются пациенты с недостаточностью витамина Д – 76,9%. Средний возраст в группе 52,75 года. Самая распространенная патология – СД 2 типа, сопровождающаяся повышением ИМТ. Различия уровня витамина Д в зависимости от пола, эндокринной патологии, ожирения и патологии почек не выявлены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Корягин, А. С.* Основы эндокринологии : учеб.-метод. пособие / А. С. Корягин, Е.А. Грачева. – Нижний Новгород, 2016. – 109 с.
2. Does Vitamin D Have a Role in Diabetes? [Electronic resource] // National Institutes of Health. National Library of Medicine. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9671203/>. – Date of access: 06.03.2024.
3. *Мохорт, Т. В.* Витамин Д в практике эндокринолога: факты и предположения / Т. В. Мохорт, Н. В. Карлович // Медицинские новости. – 2021. – № 4 (319). – С. 25–33.
4. Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline [Electronic resource] // National Institutes of Health. National Library of Medicine. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21646368/>. – Date of access: 06.03.2024.
5. *Салухов, В. В.* Костные и внекостные эффекты витамина D, а также возможности медикаментозной коррекции его дефицита / В. В. Салухов, Е. А. Ковалевская, В. В. Курбанова // Медицинский совет. – 2018. – № 4. – С. 90–99.
6. Vitamin D: The “sunshine” vitamin [Electronic resource] // National Institutes of Health. National Library of Medicine. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22629085/>. –Date of access: 06.03.2024.

УДК 616.127-005.8-037-053-055

Е. А. Шаграй, Д. А. Бобровник

Научный руководитель: ассистент кафедры С. П. Тишков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО И ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Введение

Инфаркт миокарда – это нозологическая единица, являющаяся одним из морфологических исходов острого коронарного синдрома (ОКС), протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недо-