

В группе пациентов старческого возраста у 9 пациентов (69%) отмечен недостаток магния, у 4 пациентов (31%) – ДМ. Из жалоб отмечены: ночные судороги в мышцах ног у 85% пациентов (n=11), частые перебои в работе сердца у 77% пациентов (n=10), раздражительность и плаксивость у 69% (n=9).

Выводы

По результатам ТОДМ группой риска по ДМ различной степени выраженности являются пациенты пожилого и старческого возраста. Независимо от возраста пациентов жалоба на судороги в мышцах ног была преобладающей.

Проблема ДМ остается актуальной, что связано с высокой распространенностью данного состояния, особенно в женской популяции, а также со значительным ее влиянием на здоровье и качество жизни населения. Необходимо своевременно выявлять и проводить коррекцию ДМ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Трисветова, Е. Л.* Магний в клинической практике [Электронный ресурс] / Е. Л. Трисветова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – С. 545–553. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/magniy-v-klinicheskoy-praktike/viewer>. – Дата доступа: 10.02.2024.
2. *Шилов, А. М.* Дефицит магния и сердечно-сосудистые заболевания: патофизиология и лечение в условиях первичного звена здравоохранения [Электронный ресурс] / А. М. Шилов, А. О. Асия // Русский медицинский журнал – 2014. – С. 156. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Deficit_magniya_i_serdechno-sosudistye_zabolevaniya_patofiziologiya_i_lechenie_v_usloviyah_pervichnogo_zvena_zdravoohraneniya/. – Дата доступа: 10.02.2024.
3. *Громова, О. А.* Физиологическая роль магния и значение магния в терапии: обзор [Электронный ресурс] / О. А. Громова // Терапевтический архив. – 2004. – № 14. – С. 58–62.

УДК 616.61-037:616.379-008.64

М. А. Антонова, Ю. А. Праведная

Научный руководитель: старший преподаватель Т. А. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Введение

Сахарный диабет (СД) является широко распространенным заболеванием. Прошрое столетие вошло в историю диабетологии как период интенсивного развития представлений о патогенезе и этиологии, а также модернизации методов лечения СД. Но, несмотря на это, в настоящее время, СД и его макро- и микрососудистые осложнения, в частности, диабетическая нефропатия (ДН), считаются хроническими неинфекционными заболеваниями, которые по скорости роста распространенности приобрели характер неинфекционной эпидемии. Гломерулосклероз, развивающийся при диабетической нефропатии (ДН), вызывает нарушение фильтрационной функции почек, терминальной стадией развития которой является хроническая почечная недостаточность. В связи с этим ранняя диагностика ДН на доклинической стадии представляет собой задачу, важность которой обусловлена определяющей ролью для профилактики, эффективности лечения и прогноза течения СД [1].

ДН развивается вследствие совокупного воздействия целого ряда взаимосвязанных пусковых причин. Двумя основными факторами риска ДН являются гипергликемия и артериальная гипертензия. Глюкоза в высоких концентрациях оказывает патологическое воздействие на внутриклеточную среду органов-мишеней, нарушая их нормальное функци-

онирование Роль системной АГ является одной из лидирующей в развитии нефропатии. Исследованиями продемонстрировано, что повышение уровня АД более 130/85 мм рт. ст. уже сопровождается увеличением относительного риска развития патологии почек в 2–3 раза. Неконтролируемая АГ (>180/100 мм рт. ст.) повышает риск развития почечной недостаточности в 10–20 раз. При сочетании АГ и СД этот риск увеличивается в 30 раз даже при умеренном повышении АД до 160/100 мм рт. ст. [2, 4].

Нарушение липидного обмена встречается у 30–40% больных сахарным диабетом. При этом характерно повышение в крови липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП), триглицеридов (ТГ) и снижение липопротеидов высокой плотности ЛПВП. Несмотря на то, что дислипидемия при СД, как правило, носит первичный характер и отражает метаболические нарушения при СД, присоединение патологии почек усугубляет дислипидемию у этих больных [2].

Раннее выявление факторов риска, приводящих к ДН, а также своевременная диагностика и лечение таких пациентов является первостепенной задачей врачей общей практики и эндокринологов [3].

Цель

Изучить влияние факторов риска на развитие диабетической нефропатии у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

Был проведен 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

Группу исследования составили 72 пациента, из которых 18 (25,0%) мужчин и 54 (75,0%) женщины (рисунок 1).

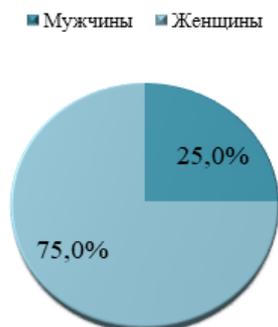


Рисунок 1 – Гендерное различие пациентов с сахарным диабетом

Опираясь на полученные результаты было установлено, что 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. При этом нефропатия сложного генеза описана у 32 (44,4%) пациентов.

Хроническая болезнь почек была диагностирована у 62 (86,1%) пациентов. С2 стадия (СКФ 60–89 мл/мин/1,73м²) отмечается 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.

Проводя оценку длительности течения сахарного диабета у исследуемых пациентов было выявлено, что 33 (45,8%) человека страдают данным заболеванием в течении от 1 до 10 лет, 32 (44,4%) человека 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.

Сахарный диабет 1 типа встречается у 12 (16,7%) пациентов, 2 типа – у 60 (83,3%) человек.

Повышенная масса тела наблюдается у 31 (43,0%) пациента. Из них у 22 (70,9%) человек ожирение первой степени, у 4 (12,9%) – второй степени, у 5 (16,2%) – третьей степени.

Отягощенная наследственность по сахарному диабету встречается у 12 (16,7%) обследуемых.

Анализируя данные сопутствующих патологий, было установлено, что у 51 (70,8%) пациента встречается диабетическая полинейропатия, у 15 (20,8%) пациентов – диабетическая ретинопатия, у 26 (36,1%) человек – диабетическая ангиопатия (рисунок 2).

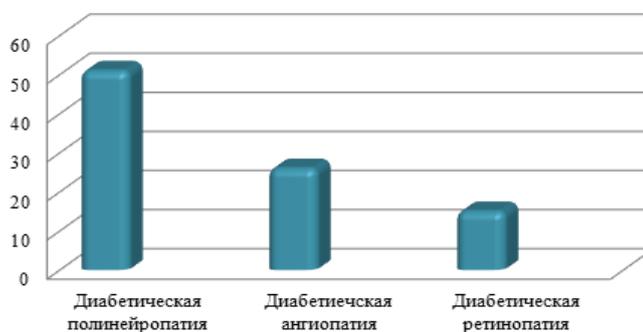


Рисунок 2 – Сопутствующая патология

Коморбидные патологии получили следующее распределение: ИБС наблюдается у 57 (79,2%) человек, артериальная гипертензия у 61 (84,7%) человека, при этом АГ 1 степени у 5 (8,2%) пациентов, АГ 2 степени у 39 (63,9%) пациентов и АГ 3 степени у 17 (27,9%) человек, дислипидемия встречается у 25 (34,7%) пациентов.

Выводы

1. Чаще всего диабетическая нефропатия встречается у женщин (75,0%) пожилого возраста (от 61 до 80 лет).

2. Стаж сахарного диабета прямо коррелирует со степенью тяжести диабетической нефропатии и в исследуемой выборке наиболее часто составляет от 1 до 20 лет.

3. Диабетическая нефропатия в большинстве случаев развивается у людей, страдающих сахарным диабетом 2 типа (83,3%).

4. Почти половина пациентов (43,0%) имеет в своем анамнезе ожирение разной степени выраженности, что предрасполагает к смещению липидного спектра сыворотки крови в сторону дислипидемии и способствует нарушению толерантности к глюкозе.

5. Отягощенный наследственный анамнез по сахарному диабету имели 16,7% обследуемых.

6. Наиболее частой сопутствующей патологией данного заболевания является диабетическая полинейропатия (70,8%). Проведя анализ коморбидных патологий на первое место можно выделить АГ 2 степени (63,9%) и ИБС (79,2%).

7. При совокупности воздействия исследуемых факторов риска и последующего развития гломерулосклероза, можно наблюдать, что хроническая болезнь почек развилась

у большинства (86,1%) пациентов, при этом больший процент (35,6%) приходится на С3а (СКФ 30–44 мл/мин/1,73м²) стадию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диабетическая нефропатия – возможности ранней лабораторной диагностики и прогнозирование течения (обзор литературы) / Э. Б. Попыхова [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2021. – № 10. – С. 593–602.
2. Сигитова, О. Н. Диагностика и лечение диабетической нефропатии / О. Н. Сигитова, Р. А. Надеева // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 1 (121). – С. 19–26.
3. Диабетическая нефропатия: анализ факторов риска, влияющих на развитие хронической болезни почек при сахарном диабете / В. М. Селиханова [и др.] // Медицина и экология. – 2021. – № 2(99). – С. 81–85.
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 616.24-008.444-07

Е. А. Астапенко, А. П. Леончик

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. С. Махлина, к.м.н., доцент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Введение

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это повторяющиеся эпизоды обструкции верхних дыхательных путей во сне, во время которых происходит прекращение и/или уменьшение воздушного потока дыхания.

Во многих исследованиях показано, что СОАС затрагивает 2–7% взрослого населения в общей популяции и может быть независимым фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), хронической сердечной недостаточности, острого коронарного синдрома, инсульта, сердечно-сосудистой смертности и смертности от всех причин [1].

Наиболее типичными клиническими признаками для СОАС являются дневная сонливость в покое и при активной деятельности, наличие храпа и расстройство сна, чувство удушья во сне, головные боли, подавленное настроение, наличие артериальной гипертензии.

В настоящее время наиболее значимым эпидемиологическим исследованием считается Висконсинское Когортное исследование Сна (Wisconsin Sleep Cohort Study, 2003), в котором приняли участие более 12 000 пациентов. Исследование продемонстрировало, что распространенность СОАС в популяции составляет 10–12%, что означает: фактически каждый седьмой житель Европы имеет хронические расстройства дыхания во сне, которые нарушают уровень дневного функционирования и качество жизни пациентов [2].

Цель

Провести оценку СОАС с использованием шкалы NoSAS и индекса тяжести инсомнии.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 60 пациентов, находящихся на лечении в учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», в возрасте от 58 до 83 лет (средний возраст 68,5±9,0 лет).

В качестве метода, позволяющего заподозрить риск наличия синдрома обструктивного апноэ сна, использовалась шкала NoSAS (таблица 1). Сумма баллов 8 и выше свидетельствует о высоком риске СОАС [3].