

У 17 пациентов (29,3%) отмечалась ремиссия, однако у 6 в последствии возник рецидив, 2 из которых закончились летальным исходом, еще 4 пациента умерли без диагностированного рецидива.

### **Выводы**

1. Всего за период с 2020 по 2023 год было выявлено 58 случаев заболеваний ОМЛ у пациентов в возрасте от 28 до 83 лет. Средний возраст пациентов составил 58 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,5 соответственно.

2. Чаще встречаются М1 вариант – 25,9%, М2 диагностировался в 31%, М3 в 12,1% и М4 в 29,3%, М5 в 1,7% случаев вариантов ОМЛ.

3. В клинической картине преобладают синдром опухолевой интоксикации (92,3%) и анемический синдром (75%).

4. Инициальный лейкоцитоз более  $10 \times 10^9$  /л наблюдался у 59,6% пациентов, лейкопения у 25% пациентов.

5. Анемия различной степени встречалась в 92,3% случаев, тромбоцитопения у 90,4%.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Волковой, М. А. Клиническая онкогематология : рук-во для врачей / М. А. Волковой. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 1120 с.
2. Клиническая и лабораторная гематология : учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Мн. : Выш. шк., 2023. – 400 с.
3. Клинико-лабораторная характеристика миелодиспластического синдрома / С. А. Ходулева [и др.] //Сборник тезисов XVI международной научно-практической конференции им. Б. А. Атчабарова, «Экология, радиация, здоровье», посвященной 70-летию на НАО «Медицинский университет семей» 28–29 августа 2023 г., г. Семей, Казахстан. – С. 223–225.
4. Ходулева, С. А. Оценка гепатотоксичности этапа индукционной терапии острого лимфобластного лейкоза у детей / С. А. Ходулева // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2019. – № 2 (22). – С. 112–117.

**УДК 616.12:[612.392.69:159.944.4]**

**И. А. Антипина, Я. В. Приходько**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Кононова, к.м.н., доцент Е. С. Махлина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ**

#### **Введение**

Естественный состав организма человека на 99% состоит из 12 основных химических элементов, среди которых магний занимает четвертое место после калия, кальция и натрия. Являясь необходимым макроэлементом для клеток и тканей, магний принимает участие во многих физиологических процессах, обеспечивая тем самым жизнедеятельность организма: в синтезе и прямой активации ферментов, регулировании функции клеточной мембраны, антагонизме с кальцием, в пластическом, энергетическом, электролитном и трансмембранном транспорте. Также процесс высвобождения энергии из АТФ протекает под контролем ионов магния  $Mg^{2+}$ . В связи с этим данный макроэлемент является регулирующим механизмом в формировании трансмембранного потенциала и выработке энергии в организме [1].

Магний играет важную роль в обеспечении нормальной структуры и функции нервных клеток. Он же является физиологическим регулятором нейронального возбуждения,

что отражает его нейропротективные свойства и позволяет контролировать деятельность периферической и центральной нервной системы, включая эмоциональную сферу [2].

Диагностировать дефицит магния (ДМ) можно благодаря обнаружению его содержания в крови, однако его уровень долго может оставаться в пределах нормы за счет его выхода из депо в костной ткани. Поэтому необходимо принимать во внимание клинические проявления ДМ. Для этого были разработаны специальные тесты для оценки ДМ [3]. Так, тест оценки дефицита магния (ТОДМ), разработанный коллективом авторов в ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», является простым и быстрым тестом для оценки возможного наличия ДМ [4].

### ***Цель***

Оценить степень ДМ с использованием ТОДМ с учетом возраста пациентов.

### ***Материал и методы исследования***

В исследование включено 40 пациентов (женщин – 43%, мужчин – 57%) в возрасте от 46 до 89 лет, проходивших лечение в терапевтическом отделении ГУ «Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека» г. Гомеля. С учетом возраста, согласно критериям ВОЗ, пациенты были разделены на 3 группы: пациенты среднего возраста от 45 до 59 лет (n=8), пациенты пожилого возраста от 60 до 74 лет (n=19) и пациенты старческого возраста от 75 до 90 лет (n=13).

Дефицит магния оценивался с помощью ТОДМ, включающий следующие вопросы: «У вас всегда сухие руки?», «Вы соблюдаете малокалорийную диету?», «Вы употребляете спиртное?», «Ночами у вас бывают судороги в мышцах ног?», «Вы едите зеленые овощи (шпинат, зеленая фасоль, листовая свекла) реже 3 раз в неделю даже летом?», «У вас бывают ощущения перебоя в работе сердца?», «Вы легко реагируете на любые стрессы?», «Вы едите бобовые и масличные продукты реже 1 раза в месяц?», «Вас мучают запоры или диарея (поносы)?», «Вы всегда едите все с белым хлебом?», «Бываете ли Вы раздражительным и плаксивым?», «Выбирая продукты, вы обращаете внимание на содержание в них минеральных веществ?». Каждому вопросу присваивалось от 0 до 2 баллов.

По результатам ответов на вопросы по балльной системе оценивалась степень ДМ, так от 0 до 10 баллов – ДМ нет, от 10 до 15 баллов – недостаток магния, от 15 до 24 – выраженный ДМ.

Статистический анализ проведен с использованием программы Microsoft Office Excel 2013.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

По результатам проведенного тестирования с использованием ТОДМ, у 10 пациентов (25%) – ДМ нет, у 24 пациентов (60%) отмечен недостаток магния и у 6 пациентов (15%) – ДМ.

Наиболее частыми жалобами, по результатам ТОДМ были: ночные судороги в мышцах ног – 82,5% (n=33), частые перебои в работе сердца – 90% (n=36), раздражительность и плаксивость 87,5% (n=35).

В группе пациентов среднего возраста у 2 пациентов (25%) ДМ не было, у 5 пациентов (63%) недостаток магния и у 1 пациента (13%) – ДМ. Из жалоб отмечены ночные судороги в мышцах ног у 75% пациентов (n=6), перебои в работе сердца – у 88% пациентов (n=7), раздражительность и плаксивость у 75% пациентов (n=6).

В группе пациентов пожилого возраста у 2 пациентов (11%) – ДМ нет, у 13 пациентов (68%) – недостаток магния и у 4 пациентов (21%) – ДМ. Отмечены следующие жалобы: ночные судороги в мышцах ног у 90% пациентов (n=17), частые перебои в работе сердца у 84% пациентов (n=16), раздражительность и плаксивость у 79% пациентов (n=15).

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/](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-