

А. С. Печень

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

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ОЦЕНКА РАСПОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Сахарный диабет (СД) занимает ведущее место в снижении качества жизни и формировании ранней инвалидизации среди населения [1]. Диабетическая нефропатия (ДН) – специфическое поражение сосудов почек при СД, сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием почечной недостаточности [2]. Актуальность проблемы диабетической нефропатии обусловлена тем, что заболеваемость ДН растет параллельно заболеваемости сахарным диабетом (СД). ДН осложняет течение СД, что приводит к ограничению трудоспособности и преждевременной смерти вследствие развития хронической болезни почек (ХБП). Нынешняя политика лечения больных СД ориентирована как на поддержание целевых значений гликемии, так и на улучшение показателей липидного профиля [3].

Цель

Провести оценку структуры ХБП у пациентов с СД и ДН и факторов определяющих тяжесть ХБП.

Материал и методы исследования

В исследование включены 45 пациентов с СД и ДН, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» г. Гомеля. Среди пациентов было 12 (26,67%) мужчин и 33 (73,33%) женщин, средний возраст пациентов составил 63 года. Были определены клинические данные, включая индекс массы тела (ИМТ), и лабораторные данные: общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), глюкоза. Для расчета рСКФ по формуле СКД-ЕРІ были использованы параметры: уровень креатинина, возраст, пол, раса. Биохимические исследования выполнялись на автоматизированной системе Cobas 6000. Для определения микроальбуминурии (МАУ) использован метод иммунотурбидиметрии. Референсные значения МАУ 0–20 мг/л. в разовой порции мочи. Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью статистической программы «Statistica 10.0» (StatSoft, GS35F-5899H). В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка клинико-лабораторных показателей, позволяющее дать общую характеристику обследуемых пациентов с СД и ДН представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Общая характеристика обследуемых пациентов с СД и ДН

Показатель	Ме	25-й перцентиль	75-й перцентиль
Возраст, лет	63,00	54,50	69,00
ИМТ, кг/м*2	31,23	27,18	33,65
ОХ, ммоль/л	4,50	3,85	5,50
ТГ, ммоль/л	1,30	0,97	1,74
ЛПВП, ммоль/л	1,42	1,10	1,82
ЛПНП, ммоль/л	2,30	1,93	3,26
рСКФ, мл/мин/1,73 м2	73,52	57,15	89,89
МАУ, мг/л	12,50	6,75	31,50

С учетом рСКФ пациенты были распределены по стадии ХБП. Так ХБП С1 у 11 (24,5%) пациентов, ХБП С2 у 20 (44,4%) пациентов, С3а у 9 (20%) пациентов, С3б у 3 (6,7%) пациентов, С4 у 1 (2,2%) пациента и С5 у 1 (2,2%) пациента.

Оценивая возрастной состав пациентов с учетом рСКФ согласно классификации ВОЗ пациенты были распределены следующим образом: до 44 лет – ХБП С1 у 9 (20%) пациентов, ХБП С2 у 1 (2,2%) пациента, С3а у 2 (4,4%) пациентов, С3б у 0 (0%) пациентов, С4 у 0 (0%) пациентов и С5 у 1 (2,2%) пациента. От 45 до 59 лет – ХБП С1 у 1 (2,2%) пациента, ХБП С2 у 6 (13,3%) пациентов, С3а у 1 (2,2%) пациента, С3б у 1 (2,2%) пациента, С4 у 0 (0%) пациентов и С5 у 0 (0%) пациентов. От 60 до 74 лет – ХБП С1 у 1 (2,2%) пациента, ХБП С2 у 13 (28,9%) пациентов, С3а у 5 (11,1%) пациента, С3б у 2 (4,4%) пациента, С4 у 1 (2,2%) пациента и С5 у 0 (0%) пациентов. Старше 75 лет – ХБП С1 у 0 (0%) пациентов, ХБП С2 у 0 (0%) пациентов, С3а у 1 (2,2%) пациента, С3б у 0 (0%) пациентов, С4 у 0 (0%) пациентов и С5 у 0 (0%) пациентов.

Медиана ИМТ составила 31 кг/м², что соответствует избыточной массе тела пациентов. Проводя оценку ИМТ с учетом рСКФ отмечено, что ИМТ превышающий целевые значения (более 30кг/м²) составило при ХБП С1 у 7 (15,6%) пациентов, ХБП С2 у 13 (28,9%) пациентов, С3а у 4 (8,9%) пациентов, С3б у 3 (6,7%) пациентов, С4 у 1 (2,2%) пациентов и С5 у 0 (0%) пациентов.

Медиана ЛПНП 4,50ммоль/л, медиана ЛПНП 2,30ммоль/л соответствует наличию дислипидемии. Медиана МАУ составила 12,50мг/л и соответствует незначительно повышенному уровню МАУ.

Оценивая уровень мочевой кислоты с учетом степени рСКФ целевые значения не были достигнуты у пациентов с ХБП С1 у 0 (0%) пациентов, ХБП С2 у 4 (8,9%) пациентов, С3а у 2 (2,2%) пациентов, С3б у 3 (6,66%) пациентов, С4 у 1 (2,2%) пациента и С5 у 1 (2,2%) пациента.

Оценивая липидный спектр с учетом рСКФ целевые значения не были достигнуты у пациентов с ХБП С1 у 7 (15,6%) пациентов, ХБП С2 у 16 (35,6%) пациентов, С3а у 7 (15,6%) пациент, С3б у 1 (2,2%) пациента, С4 у 0 (0%) пациентов и С5 у 0 (0%) пациентов.

Проводя оценку наличия артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с СД и ДН отмечено, что у 6 (13,3%) пациентов не отмечена АГ, у 7 (15,6%) пациентов АГ 1 ст, у 25 (55,5%) пациентов АГ 2 ст и у 7 (15,6%) пациентов АГ 3 ст.

Выводы

В структуре ХБП у пациентов с СД и ДН преобладали пациенты с ХБП С2 (44% случаев) в возрастной группе от 60 до 74 лет, имеющих избыток массы тела, проявления атерогенной дислипидемии и наличие бессимптомной гиперурикемии. У 86,7% пациентов с СД и ДН отмечена АГ, причем АГ 2 ст имела преобладающий характер.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Махлина, Е. С. Оценка целевого диапазона гликемии у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа по данным системы непрерывного мониторинга глюкозы / Е. С. Махлина, Я. Л. Навменова, О. Н. Кононова // Медицинские новости. – 2021. – № 8 (323). – С. 57–60.
2. Ребров, Б. А. Поражение почек при сахарном диабете / Б. А. Ребров // Междунар. эндокр. журнал. – 2011. – № 34. – С. 51–55.
3. Мохорт, Т. В. Клинические аспекты ведения диабетической нефропатии : метод. рук-во / Т. В. Мохорт, Н. В. Карлович. – Минск : Бел. гос. мед. ун-т, 2012. – 32 с.

УДК 616.12-008.46-052-06

Д. С. Плющай

Научный руководитель: 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 РИСКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

Сердечная недостаточность (СН) – это часто встречающиеся сопутствующие патология у пациентов с коморбидной патологией (КП), включающей сахарный диабет, ишемическую болезнь сердца и артериальную гипертензию. Она является одной из главных проблем здравоохранения на данный момент. По данным эпидемиологических исследований, распространенность хронической сердечной недостаточности в развитых странах составляет 1–2 %, а ежегодная заболеваемость – примерно 510 человек на 1000 населения [1]. С возрастом риск развития этой патологии постепенно увеличивается.

Наличие СН у пациентов с КП усугубляет течение заболеваний и ухудшает качество жизни пациентов. В настоящее время можно спрогнозировать риск развития СН различными методами, которые требуют наличия специального оборудования и достаточно затратные, в то время как использование шкалы H2FPEF не требует сложных методик и является более доступной методикой оценки СН в общеклинической практике [2].

Цель

Провести оценку риска сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) у пациентов с коморбидной патологией (КП) с использованием шкалы H2FPEF.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 30 госпитализированных пациентов с КП, включающей сахарный диабет 2 типа, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию. Возраст пациентов составил от 44 до 78 лет (10 мужчин – 33,3 % и 20 женщин – 66,7 %) находящихся на стационарном лечении в терапевтическом и эндокринологическом отделениях ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Для оценки риска СНсФВ использовалась шкала H2FPEF. В оценочной шкале H2FPEF учитывались следующие показатели: возраст пациента, ИМТ, отношение E/e', систолическое давление в легочной артерии (по результатам ЭХО-КГ сердца), наличие фибрилляции предсердий в анамнезе. Так от 0 до 1 балла – исключает СНсФВ, от 2 до 5 баллов – требуется дополнительное исследование, от 6 до 9 баллов – высокая степень достоверности СНсФВ. Пациентам были проведены антропометрические исследования: