



Рисунок 2 — Типы ОНМК у пациентов с анатомическими (ультразвуковыми) особенностями ПЦА и контрольной группы

Выводы

Встречаемость среди молодых людей с анатомическими особенностями ПЦА извитости ВСА составила 68,33 %. В группе с сочетанием аномалий ПЦА и в группе с извитостью ПЦА по сравнению с группой контроля различались подтипы ОНМК ($\chi^2 = 5,309$, $p < 0,05$; $\chi^2 = 4,448$, $p < 0,05$) с преобладанием инфаркта мозга и кровоизлияния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургия патологической извитости брахиоцефальных артерий / Л. А. Бокерия [и др.]. — Пермь, 2006. — 141 с.
2. Клиническая ангиология / А. В. Покровский [и др.]. — М., 2004. — Т. 2. — С. 556–557.
3. *Weibel, J.* Tortuosity, coiling and kinking of the internal carotid artery. I. Etiology and radiographic anatomy / *J. Weibel, W. S. Fields* // *Neurology*. — 1965. — № 15. — P. 7–8.

УДК 616.61:616.379-008.64

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Дегтерёва А. Н., Лисица В. А.

Научные руководители: ассистент *А. Ю. Прислонская*,
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

Введение

Диабетическая нефропатия (ДН) — специфическое поражение почек при сахарном диабете (СД), сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза и приводящая к развитию хронической болезни почек (ХБП). Во всем мире ДН и развившаяся вследствие нее ХБП являются лидирующей причиной смертности больных с сахарным диабетом (СД) 1 типа. У пациентов СД 2 типа ДН стоит на 2-м месте среди причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Одновременная оценка двух основных показателей — скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурии/протеинурии занимает центральное место в первичной диагностике ДН [2].

Цель

Изучить частоту ДН у пациентов с декомпенсированным СД 1 и 2 типов, а также ее распространенность у пациентов различного пола, возраста и стажа заболевания.

Материал и методы исследования

На базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» проведен ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с декомпенсированным СД за период январь-июль 2018 г. Для анализа были использованы данные общего анализа мочи, суточная протеинурия, биохимического анализа крови (креатинин). Значение СКФ высчитывалось по формуле: $MDRD\ СКФ = 11,33 \times Crk - 1,154 \times \text{возраст} - 0,203 \times k$. Crk-креатинин плазмы крови (ммоль/л), k — половой коэффициент (для женщин 0,742; для мужчин 1,212).

Результаты исследований и их обсуждение

ДН у 32 (21 %) пациентов: с СД 1 типа 7, с СД 2 типа 25 случаев соответственно. ДН при СД 1 типа чаще развивается у мужчин 4 (57 %), при СД 2 типа — у женщин 14 (56 %).

В таблице 1 представлена зависимость развития ДН от типа СД и возраста пациента.

Таблица 1 — Частота ДН в зависимости от возраста и типа СД

СД	Возраст (лет)						
	до 30	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89
1 тип	1 (14 %)	1 (14 %)	1 (14 %)	2 (29 %)	—	2 (29 %)	—
2 тип	—	—	1 (4 %)	5 (20 %)	8 (32 %)	7 (28 %)	4 (16 %)

По данным исследования развитие ДН при СД 1 типа чаще встречается в возрастной группе 50–59 лет (29 %), у пациентов с СД 2 типа — в возрасте 60–69 лет (32 %).

В таблице 2 представлена частота развития ДН в зависимости от стажа СД.

Таблица 2 — Частота ДН в зависимости от стажа и типа СД

СД	Стаж СД (лет)					
	до 5	5–9	10–14	15–19	20–24	25 и более
1 тип	1 (14 %)	—	3 (44 %)	1 (14 %)	1 (14 %)	1 (14 %)
2 тип	3 (12 %)	2 (8 %)	11 (44 %)	4 (16 %)	5 (20 %)	—

Наибольшая распространенность ДН наблюдается у пациентов при стаже СД 1 и 2 типов от 10 до 14 лет (44 %).

В таблице 3 представлена распространенность стадий ХБП при СД 1 и 2 типов.

Таблица 3 — Распространенность стадий ХБП при СД 1 и 2 типа

Степень ХБП	1 тип СД	2 тип СД
С 1 (СКФ > 90)	1 (14 %)	2 (8 %)
С 2 (СКФ 60–89)	3 (42 %)	12 (48 %)
С 3 А (СКФ 45–59)	2 (28 %)	4 (16 %)
С 3 Б (СКФ 30–44)	—	6 (24 %)
С 4 (СКФ 15–29)	—	1 (4 %)
С 5	1 (14 %)	—

Анализ полученных данных показал: при СД 1 типа чаще развивается ДН с ХБП степени С 2 — у 42 % пациентов. При ДН ХБП степень С3А развивается в 28 %, С1 — в 14 %, С5 — 14 % случаев. При СД 2 типа чаще развивается ХБП степени С2 — у 48 %, реже — С3Б (24 %), С3А — 16 %, С1 — 8 %, С4 — 4 %.

Выводы

Частота развития диабетической нефропатии у пациентов с декомпенсированным СД составляет 21 %. ДН встречается чаще у пациентов с СД 2 типа (78 %).

ДН при СД 1 типа чаще развивается у мужчин (57 %), при СД 2 типа — у женщин (56 %).

Наибольшая распространенность ДН наблюдается у пациентов с декомпенсированным СД 1 и 2 типов и при стаже заболевания от 10 до 14 лет (44 %).

ХБП степени С 2 имеет наибольшую распространенность при СД 1 и 2 типов (42 и 48 % соответственно). Это может быть связано как с наличием декомпенсированного СД, так и с наличием других сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / ред. И. И. Дедов, М. В. Шестакова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 477 с.

2. Довлатян, А. А. Почечные осложнения сахарного диабета. Клиника, диагностика, тактика лечения: рук-во для врачей / А. А. Довлатян. — М.: БИНОМ, 2013. — 307 с.

УДК 616.12-008.331.1:613 .6.02-053.8

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Дей В. А., Гурко А. В.

Научный руководитель: ассистент *А. В. Проневич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время более 1 млрд людей в мире страдают артериальной гипертензией, что является для каждого шестого человека на планете фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания имеют огромное социально-экономическое значение, так по данным Всемирной организации здравоохранения они являются основной причиной смерти во всем мире [1].

Особое внимание в настоящей статье хотелось бы уделить артериальной гипертензии (АГ), распространенность которой высока, а эффективность контроля — недостаточна. Этим обусловлено возникновение таких осложнений данного заболевания, как инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть, сердечная недостаточность и заболевания периферических артерий, определяющих высокую смертность и инвалидизацию населения [2].

При выставлении диагноза и назначении терапии важно учитывать факторы риска, которые подразделяют на модифицируемые, которые могут быть скорректированы, и немодифицируемые, на которые в настоящее время влияние невозможно [3].

Цель

Провести анализ и выявить распространенность факторов риска у пациентов с АГ трудоспособного возраста.

Материал и методы исследования

На базе ГОКЦ и ГЦГП филиал № 2 произведен ретроспективный анализ 50 медицинских стационарных и амбулаторных карт пациентов с диагнозом АГ.

Результаты исследования их обсуждение

В исследовании было отобрано 50 пациентов, среди которых 28 (56 %) мужчины и 22 (44 %) женщины трудоспособного возраста с диагнозом АГ. Возраст пациентов колеблется от 21 до 61 года (средний возраст пациентов составил $49,7 \pm 8,3$ года, относительная погрешность 16,7 %).

Все пациенты по половому признаку были разделены на 2 группы: 1-я группа — мужчины, 2-я группа — женщины. Проанализирована частота встречаемости немоди-