

ным и асцитическим синдромами. Доминирующими лабораторными паттернами выступали синдром анемии, тромбоцитопении (у 100 % пациентов), холестаза и ПЖН (у 90 % пациентов КТ «С»), синдром холестаза у 80 % пациентов КТ «В»). У 10 % пациентов ввиду наличия напряженного асцита (КТ «С») выполнялся лечебный лапароцентез, в 90 % случаях (КТ «С») проводилась заместительная гемотрансфузия. Все пациенты имели анамнестические указания на употребление алкоголя, что диктует необходимость раннего амбулаторного скрининга расстройств употребления алкоголя (опросники CAGE, AUDIT) с последующим проведением превентивных терапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения (утвержден постановлением Министерства Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 54.) — С. 62–67.

УДК 616.611-052-053:547.495.9

ДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С УСЛОВНО НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА

Нечаева Е. С.

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Щербахин

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

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения каждый год от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает 17,5 млн человек, в Республике Беларусь (РБ) в 2018 году значение составило 718 человек на каждые 100 тыс. населения. Одной из основных причин развития этих заболеваний является дисфункция почек. Согласно международной классификации болезней (МКБ-10) почечная дисфункция представлена термином «хроническая болезнь почек» (ХБП). В РБ ХБП регистрируется у 16 % лиц старше 60 лет. Старческий возраст является одной из основных причин развития как сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и ХБП. По данным многочисленных исследований даже незначительное снижение функции почек приводит к развитию болезни органов кровообращения, а затем и к смерти [1].

Цель

Анализ уровня креатинина плазмы крови у пациентов разных возрастных групп с целью определения критериев снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы исследования

Для проведения исследования набран группа пациентов из 100 человек разных возрастных групп, с наличием сопутствующих заболеваний с целью определением среднего значения СКФ (СКФ_{ср}), таблица 1.

В ходе анализа результатов выявлено преобладание пациентов мужского пола в исследовании.

В качестве методов исследования были использованы — определение индекса массы тела (ИМТ) по методу бельгийского социолога и статиста А. Кетле (1869), для расчета СКФ использовался калькулятор СКД EPI [3]. Обработка полученных данных производилась в программе «Microsoft Excel 2011». Для оценки силы связи между СКФ и возрастом пациентов проведен корреляционный анализ с расчетом парных коэффи-

циентов корреляции, которые позволяют установить тесноту связей между факторами. При его значениях в диапазоне от 0,2 до 0,4 корреляции считались слабыми, в диапазоне от 0,4 до 0,6 — средними, более 0,6 — сильными.

Таблица 1 — Исходные данные для анализа

№ п/п	Общее количество пациентов	Возрастная группа, лет	Пол		СКФ _{ср} , мл/мин/1,73 м ²	Сопутствующие заболевания
			муж.	жен.		
1.	5	20–29	5	—	117,6	Артериальная гипертензия (АГ), гломерулонефрит
2.	2	30–39	2	—	107,5	АГ
3.	10	40–49	6	4	84,5	АГ, пиелонефрит
4.	21	50–59	10	11	74,5	АГ, ИБС, сахарный диабет (СД), пиелонефрит
5.	21	60–69	14	7	73,5	АГ, ИБС, СД, пиелонефрит
6.	27	70–79	15	12	66,2	АГ, ИБС, СД, пиелонефрит
7.	14	80 лет и старше	9	5	59	АГ, ИБС, СД, пиелонефрит

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были проанализированы по значимости во взаимосвязи показатели: СКФ, возраст пациентов, ИМТ и уровень креатинина сыворотки крови. По результатам проведенной работы было выявлено следующее:

1. Для диагностики критериев ХБП у пациентов старшей возрастной группы с ССЗ необходимо рассчитать и сравнить СКФ с уровнем креатинина сыворотки крови. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Анализ зависимости между СКФ и уровнем креатинина

Средний диапазон СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л)			
	80–85	85,1–90	90,1–95	95,1–100
45–60	0	0	0	3
60–85	2	2	16	16
85–90	1	1	3	2
Свыше 90	5	1	7	0

2. Снижение СКФ чаще наблюдается у пациентов с более низким значением ИМТ, чем у пациентов с высоким значением, которое говорит об избыточной массе тела или об ожирении.

3. В ходе анализа возрастных групп пациентов было выявлено, что снижение СКФ (ниже 60 мл/мин/1,73 м²) отмечается у более молодой возрастной группы (50–60 лет), чем в ранее проведенных исследованиях (таблица 3).

Таблица 3 — Анализ зависимости между СКФ и возрастом пациентов

Средний диапазон СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Возраст пациентов						
	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 лет и старше
15–30	0	0	0	1	0	0	0
30–45	0	0	0	0	0	2	2
45–60	0	0	0	3	3	9	4
60–85	0	0	6	12	14	13	8
85–90	0	0	2	1	3	3	0
Свыше 90	5	2	2	4	1	0	0

4. Корреляционный анализ не выявил статистически значимые корреляционные связи влияния возраста пациентов на СКФ. Парный коэффициент корреляции составил –0,659.

Выводы

1. Сравнение СКФ у пациентов с сопутствующими заболеваниями и условно нормальным уровнем креатинина сыворотки позволило выявить признаки ХБП.
2. При анализе показателей было достоверно определено значительное снижение СКФ у пациентов с ИМТ 25 и менее.
3. Определены критерии снижения СКФ у 21 % пациентов в возрастном диапазоне 50–59 лет, что говорит о вероятности более раннего развития ХБП у пациентов данной возрастной группы.
4. Преобладание лиц мужского пола в ходе исследования с диагнозом АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А. В. Смирнов [и др.]. — 2012. — Т. 16. — С. 89–115.
2. Антощенко, П. А. Особенности изменения скорости клубочковой фильтрации у лиц старшего возраста с физиологическим и патологическим типом старения [Электронный ресурс] / П. А. Антощенко. — Режим доступа: <https://eduherald.ru/article/view?id=16662>. — Дата доступа: 30.03.2020.
3. Калькулятор СКФ онлайн: расчет по формуле СКД-ЕПІ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://gormonoff.com/tools/raschet-skorosti-klubochkovoj-filtracii>. — Дата доступа: 20.03.2020.

УДК 615.214:616.839

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Новиков А. А., Романюк К. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. Н. Смагина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС) (F45.3, МКБ-10) — хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием неспецифических жалоб и синдромов вегетативного характера при отсутствии органических изменений со стороны различных систем организма.

Важное практическое значение составляет тот факт, что невротические расстройства, на фоне которых развивается это заболевание, в большинстве случаев не осознаются самим пациентом. Также в связи с многообразием симптомов этого заболевания для исключения органической патологии необходимы консультации специалистов различных профилей.

Клинически заболевание проявляется нарушением сна, повышением АД в пределах нормального (до 140/90), нарушением мочеиспускания, частыми головными болями, приступами кардиалгии.

Препаратами выбора являются средства влияющие на невротические расстройства, способствующие нормализации указанных симптомов. Чаще других применяются анксиолитические препараты из бензодиазепинового ряда, в виде короткого курса, и так называемые «дневные» транквилизаторы. Также есть возможность сочетать анксиолитические средства из группы бензодиазепинов с антидепрессантами. В качестве средств резерва, когда у пациента наблюдается выраженная тревога и ее не купируется бензодиазепинами, назначают антипсихотики с седативным эффектом. Сюда можно отнести сульпирид, флупентиксол, хлорпротиксен.