

пома, кисты) были выявлены у 54 (30 %) из 180 пациентов, а злокачественные новообразования у 78 (43,3 %) пациентов, еще у одного пациента (0,6 %) было сочетание ПКР и АМЛ; сомнительный диагноз был выставлен 7 (3,9 %) пациентам — им было рекомендовано контрольное комплексное лучевое исследование через 3 и 6 месяцев. Гистологическая верификация — подтверждение лучевого диагноза злокачественной опухоли почки — выполнена в 20 случаях.

Выводы

Наши данные показывают, что при УЗИ псевдоопухолевые структуры паренхимы ошибочно были приняты за ПКР в 9,4 % случаев, а также отмечалась гипердиагностика АМЛ в 11,7 % случаев. Сложность диагностики псевдоопухолевых структур паренхимы почки при УЗИ заключалась в визуализации изо-, и гипоехогенных «образований», расположенных в среднем сегменте паренхимы, как однородной так и неоднородной структуры, с нечеткими контурами и перинодулярным кровотоком, что и явилось, по нашему мнению, причиной гипердиагностики ПКР. Чувствительность УЗИ при диагностике очаговых изменений паренхимы почек составила 90,7 %, а специфичность — 95,5 %. Учитывая сложность дифференциальной диагностики новообразований и псевдоопухолевых структур паренхимы почки, и исходя из выше изложенного, мы считаем, что при подозрении на злокачественное новообразование почки необходимо проведение только комплексного лучевого исследования (УЗИ + МРТ + МСКТ) с контрастированием сосудистого русла почек. Формирование лечебной тактики должно основываться на результатах этого комплексного лучевого исследования.

УДК 616.133.33 - 02 - 03.86: 616.379 - 00864

МИКРОАНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Ганцалева А. В.

**Научный руководитель: ассистент А. Ю. Прислопская
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Сахарный диабет (СД) 2 типа является глобальной медико-социальной проблемой современности в силу катастрофического роста численности пациентов во всем мире и тяжелых последствий данного заболевания. При недостаточно эффективном лечении СД может значительно ограничивать жизнь пациентов, приводить к ранней инвалидизации и преждевременной смерти из-за развития сосудистых осложнений [1].

Хронические (сосудистые) осложнения СД разделяют на микроангиопатии и макроангиопатии. К первым относятся диабетическая нефропатия (специфическое поражение сосудов почек) и диабетическая ретинопатия (поражение сосудов глаз) [2].

Цель

Оценить частоту и структуру микроангиопатии у пациентов с СД 2 типа.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с СД 2 типа за период январь – март 2019 г., находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Из них микроангиопатию (ретинопатию, нефропатию) имели 65 пациентов: ретинопатия —

у 41 (63 %) пациента, нефропатия — у 27 (42 %) пациентов. Для анализа использовались данные биохимического анализа крови (уровень креатинина, мочевины) суточная протеинурия. Значение СКФ высчитывалось по формуле: $MDRD\text{ СКФ} = 11,33 \times Crk - 1,154 \times \text{возраст} - 0,203 k$. Crk — креатинин плазмы крови (ммоль/л), k — половой коэффициент (для мужчин 1,212, для женщин 0,742).

При исследовании также изучались такие вопросы, как стаж заболевания СД 2 типа и наличие сопутствующей артериальной гипертензии.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех обследуемых пациентов с микроангиопатией диагностировалась коморбидная патология: СД 2 типа и АГ, в связи с чем не представлялось возможным указать точный генез нефропатии и ретинопатии.

Таблица 1 — Распространенность АГ у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа с микроангиопатией

Продолжительность СД 2 типа	До 5 лет	От 5 до 15 лет	Свыше 15 лет
Количество пациентов с АГ	16 (24,6 %)	30 (46,2 %)	19 (29,2 %)

У большинства пациентов с СД 2 типа диагностирована АГ 3 степени (38 пациентов). Средний возраст пациентов с СД 2 типа на момент диагностики АГ составил 45 лет.

В зависимости от продолжительности СД 2 типа все пациенты с ретинопатией и нефропатией были разделены на 3 группы (таблицы 2, 3). В первую группу вошли пациенты, стаж СД 2 типа которых составил менее 5 лет. Во вторую группу были включены пациенты с длительностью заболевания от 5 до 15 лет. В третью группу включены пациенты со стажем заболевания более 15 лет.

Также пациенты были разделены по гендерному признаку на мужчин и женщин. Возраст исследуемых пациентов колеблется от 37 до 86 лет.

Таблица 2 — Распространенность ретинопатии у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	3 (7,3 %)	2 (4,9 %)	5
От 5 до 15 лет	14 (34,1 %)	11 (26,8 %)	25
Свыше 15 лет	7 (17,1 %)	4 (9,8 %)	11
Всего	24	17	41

Исходя из данных таблицы 2 можно сделать вывод, что ретинопатия чаще встречается у пациентов с СД 2 типа со стажем заболевания от 5 до 15 лет, преимущественно у мужчин — 14 (34,1 %).

Таблица 3 — Распространенность нефропатии у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	1 (3,7 %)	2 (8,3 %)	4
От 5 до 15 лет	4 (14,9 %)	5 (20,8 %)	15
Свыше 15 лет	3 (11,1 %)	9 (33,3 %)	15
Всего	8	16	24

Наибольшая распространенность нефропатии наблюдается при стаже СД 2 типа свыше 15 лет, преимущественно у женщин — 9 (33,3 %).

Также была проанализирована распространенность стадий ХБП у пациентов с нефропатией.

Таблица 4 — Распространенность стадий ХБП при СД 2 типа

Степень ХБП	СД 2 типа
C1 (СКФ > 90)	1 (4,2 %)
C2 (СКФ 89–60)	11 (45,8 %)
C3 А (СКФ 59–45)	5 (20,8 %)
C3 Б (СКФ 44–30)	6 (25 %)
C4 (СКФ 29–15)	1 (4,2 %)
C5	—

Анализ данных показал: При СД 2 типа чаще встречается ХБП степени С2 (СКФ 89–60) — 45,8 %, реже С3 Б — 25 %, С3 А — 20,8 %, С4 — 4,2 %.

Выводы

1. Частота микроангиопатии у пациентов с СД 2 типа составила 43,3 %, из которых на ретинопатии приходится — 63 %, на нефропатии — 37 %.

2. У всех пациентов с СД 2 типа и микроангиопатией выявлена АГ, что способствовало прогрессированию сосудистых осложнений.

3. Ретинопатия чаще встречается у лиц мужского пола, нефропатия — у лиц женского пола.

4. Наибольшая распространенность нефропатии наблюдается у пациентов при стаже СД 2 типа свыше 15 лет (62,5 %), ретинопатии — при стаже СД 2 типа от 5 до 15 лет (60 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов, А. С. Эффективное и безопасное управление сахарным диабетом 2 типа на современном уровне / А. С. Аметов, Е. В. Карпова, Е. В. Иванова // Доказательная диabetология. — 2009. — № 2. — С. 18–24.

2. Факторы, влияющие на прогрессирование диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом типа 2 после перевода на инсулинотерапию / Ю. С. Астахов [и др.] // Клиническая офтальмология. — 2005. — № 3. — С. 110–115.

УДК 616.12-073.7-053.9

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Гнедько К. А., Змушко В. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Т. В. Алейникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы, сами по себе не являясь первичным механизмом старения, во многом определяют интенсивность его развития. Они значительно ограничивают адаптационные возможности стареющего организма и создают предпосылки для развития патологии, являющейся основной причиной смерти человека — атеросклероза, артериальной гипертензии, инфарктов миокарда, мозговых инсультов, хронической сердечной недостаточности [1, 2].

Холтеровское мониторирование (ХМ) позволяет выявить и провести анализ всех видов аритмий, диагностировать ишемию путем анализа изменений сегмента ST, оценить циркадный профиль сердечного ритма на основании расчета циркадного индекса (ЦИ), проанализировать показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) и турбулентности сердечного ритма (ТСР) [3, 4].

Цель

Проанализировать результаты холтеровского мониторирования у пациентов пожилого и старческого возраста.