

Самый высокий риск развития колоректального рака имели 3 пациента. Первый пациент в возрасте 72 лет имеет следующие заболевания: ГЭРБ, полипы толстого кишечника, хроническая язва желудка и В₁₂ дефицитная анемия. Вторым пациентом в возрасте 81 года имеют полипы толстого кишечника. Третьим анкетированным в возрасте 70 лет имеет хронический атрофический гастрит, аденоматозные полипы желудка, полипы толстого кишечника, анемию неясного генеза.

Самый высокий риск развития рака желудка (26 баллов) имел пациент в возрасте 74 лет. Он имеет такие заболевания, как холецистит, хроническая язва желудка, атрофически-гиперспастический гастрит и В₁₂ дефицитная анемия.

В анкетировании принимали участие две возрастные группы людей: пожилого (55/60 — 74 года) и старческого (75/90 лет) возраста. При сравнении результатов в двух группах было установлено следующее. Средний балл в группе вопросов по колоректальному раку составил 4,97 балла в группе пожилого возраста и 6,85 балла — старческого возраста. Средний балл в группе вопросов по раку желудка составил 7,63 балла в группе пожилого возраста и 1,05 баллов в группе старческого возраста.

Таблица 1 — Средний балл двух возрастных групп по риску развития колоректального рака и рака желудка по двум группам вопросов

Показатели	57–74 (пожилой возраст)	75–82 (старческий возраст)
Колоректальный рак	4,97	6,85
Рак желудка	7,63	11,05

Выводы

1. Риск развития онкопатологии желудка и кишечника увеличивается пропорционально возрасту.

2. У всех пациентов с высоким риском развития колоректального рака в анкете указывались полипы толстого кишечника, что требует предельно внимательного обследования и диспансерного наблюдения пациентов с данной патологией.

3. У большинства пациентов с высоким риском развития рака желудка среди заболеваний отмечается хроническая язва желудка. Выполнение скрининговых биопсий желудка поможет вовремя диагностировать ранние стадии онкозаболевания.

4. У всех пациентов с высоким риском развития колоректального рака был как минимум умеренный риск развития рака желудка, так как в группе вопросов по раку желудка также начисляются баллы за наличие онкопатологии желудочно-кишечного тракта у кровных родственников и положительную реакцию на скрытую кровь в кале, как и при оценке риска развития колоректального рака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутренние болезни: учебник в 2 т./ под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — Т. 2. — 896 с.
2. О58 Онкология: модульный практикум: учеб. пособие / М. И. Давыдов [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 320 с.
3. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. Т. Б. Ипатий. — М.: ГУ «Национальная библиотека Беларуси», 2019. — 420 с.

УДК 616.379-008.64:617.735-002-02

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА

Моисеенко В. В., Демьяненко В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Василькова

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

Введение

Диабетическая ретинопатия (ДР) — специфическая ангиопатия, развивающаяся на фоне длительного течения сахарного диабета (СД), при которой наблю-

дается поражение сосудов сетчатой оболочки глазного яблока с последующим изменением глазного дна и формированием кровоизлияний, микроаневризм и экссудативных очагов. ДР является самой частой причиной слепоты в возрасте от 20 до 65 лет у пациентов с СД. Показано, что дополнительными факторами, приводящими к прогрессированию ДР являются артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, дислипидемия, метаболический синдром, ожирение.

Цель

Изучить распространённость диабетической ретинопатии в зависимости от типа СД, стажа заболевания и уровня гликированного гемоглобина (HbA1c).

Материал и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы 366 выписных эпикризов из медицинских карт стационарных пациентов эндокринологического отделения ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» в период с 2017 по 2020 гг. Выделялись 3 стадии ДР: непролиферативная (ДР I), препролиферативная (ДР II) и пролиферативная (ДР III).

Обработка данных производилась с помощью программы «Microsoft® Office Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждения

Нами проанализировано 366 выписных эпикризов из эндокринологического отделения ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» в период с 2017 по 2020 гг. В результате анализа было выделено 175 пациентов, имеющих ДР, что составило 48 % от общего числа пациентов с СД. Из них СД 1 типа встречался в 31 % случаев (55 пациентов), а СД 2 типа — в 69 % случаев (106 пациентов). Таким образом, частота встречаемости ДР III при СД 1 типа была выше и составила 25 %, а при СД 2 типа обнаруживалась в 8 % случаев. В то же время начальные изменения глазного дна при СД чаще встречались при СД 2 типа (ДР I была диагностирована у 60 % пациентов, а ДР II у 32 %), при этом при СД 1 типа ДР I наблюдалась у 44 % пациентов, а ДР II у 31 % пациентов (рисунок 1).

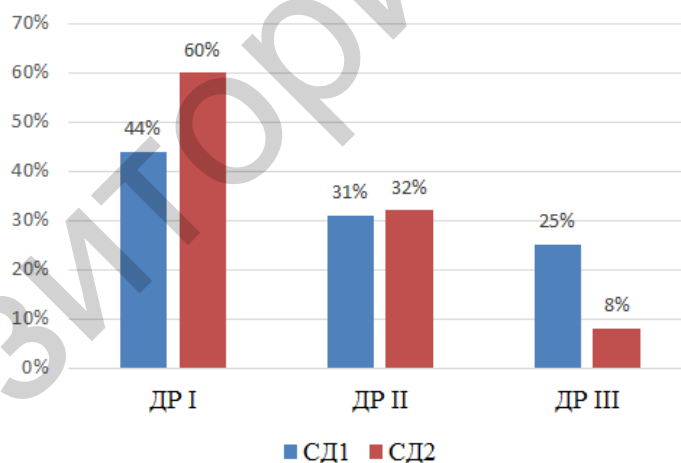


Рисунок 1 — Частота встречаемости стадий ДР в зависимости от типа СД

Далее мы оценили распространенность ДР в зависимости от длительности СД. Частота встречаемости ДР при длительности СД от 1 года до 20 лет преобладала в большей степени при СД 2 типа. Это можно объяснить тем, что СД 2 типа встречается чаще всего в пожилом возрасте, и развитию ДР способствует не только наличие гипергликемии, но и сниженная регенерационная способность сосудов, что приводит к более быстрому повреждению. Так же раннему повреждению стенки сосудов оказывает содействие наличие других сопутствующих патологий.

При стаже СД свыше 20 лет ДР, наоборот, встречалась чаще при СД 1 типа (56 против 30 % при СД 2 типа).

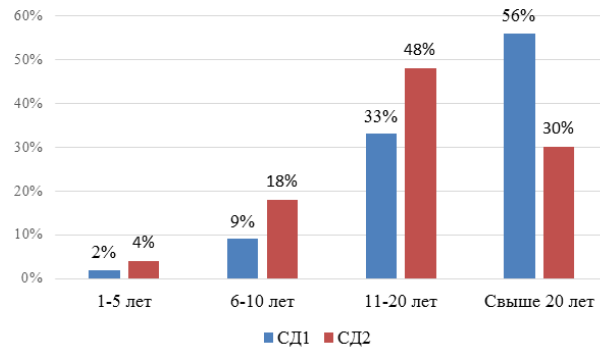


Рисунок 2 — Частота встречаемости ДР в зависимости от стажа СД 1 и СД2 типов

По полученным в ходе исследования данным так же можно оценить распространенность ДР в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbA1c).

Как при СД 1 типа, так и при СД 2 типа наблюдалась тенденция к увеличению частоты встречаемости ДР при возрастании уровня гликированного гемоглобина, т. е. при декомпенсации сахарного диабета, что отражено на рисунке 3.

При уровне HbA1c ≤ 8 % частота встречаемости ДР при СД 1 типа составляла 38 %, а при СД 2 типа — 43 %. При значениях HbA1c > 8 % частота встречаемости ДР составляла 62 % при СД 1 и 57 % при СД 2 типа.

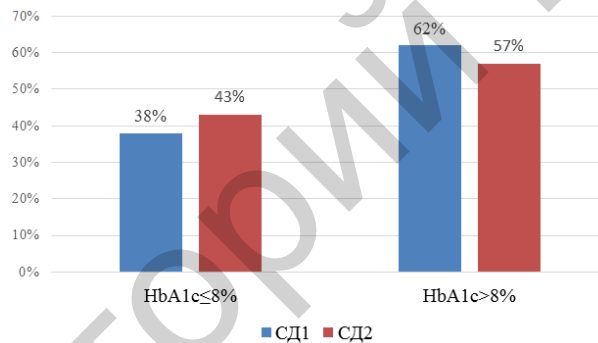


Рисунок 3 — Частота встречаемости ДР в зависимости от уровня HbA1c при СД 1 и СД 2

Выводы

1. Частота встречаемости пролиферативной ретинопатии (ДР III) при СД 1 типа составляла 25 %, что значительно превышало частоту встречаемости ДР III при СД 2 типа (8 %).

2. Непролиферативная (ДР I) и препролиферативная (ДР II) ретинопатии чаще встречались при СД 2 типа (ДР I — 60 %, ДР II — 32 %), против 44 и 31 % при СД 1 типа, соответственно.

3. Частота встречаемости ДР при длительности СД до 20 лет преобладала большей степени при СД 2 типа, а при длительности заболевания свыше 20 лет частота встречаемости была выше при СД 1 типа.

4. С увеличением уровня гликированного гемоглобина наблюдается тенденция к увеличению частоты встречаемости ДР как при СД 1, так и СД 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

- Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. — М.: МИА, 2011. — 480 с.
- Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ. — 2015. — С. 76.
- Дедов, И. И. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия / И. И. Дедов, М. В. Шестаков, Т. М. Миленькая. — М., 2011. — С. 48–49.