

## ДИАБЕТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА

Матвеева Н.Н., Ткаченко И.С.

Научный руководитель: к. м. н. доцент Шаповалова А.Б., ассистент Зайцев Н.А.  
Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии, кафедра офтальмологии  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** К диабетическим офтальмологическим осложнениям (ДОО) относят диабетическую ретинопатию (ДР), диабетическую папиллопатию (ДП), глаукому (ДГ) и катаракту (ДК). При адекватном лечении сахарного диабета (СД) возможно замедлить их прогрессирование [1].

**Цели исследования:** Изучить взаимосвязь между метаболическими показателями и развитием ДОО при СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Обследовано 16 пациентов с СД 2 типа. Проводилось комплексное обследование, в т. ч. расчет СКФ (СКД-ЕРІ), оценка остроты зрения (ОЗ) (таблица Сивцева-Головина), прямая офтальмоскопия при расширенном зрачке и щелевой лампе. Результаты обработаны с помощью Microsoft OfficeExcel 2010.

**Результаты:** Ср. возраст — 66,56±10,56 лет. По стажу СД: до 1 года (6,25%), 1–4 года (25%), 5–10 лет (37,5%), 11–15 лет (18,75%), более 26 лет (6,25%) и 1 случай впервые выявленного СД 2 типа (6,25%). Лечение: диета (Д) и инсулинотерапия (И) по схеме «базис-болус» (43,75%), пероральные сахароснижающие препараты (ПОСП) (18,75%), Д (18,75%) и комбинированная терапия (Д+И+ПОСП) (6,25%). 56,25% больных осмотрены офтальмологом впервые. Жалоба-бы: снижение ОЗ (43,75%), снижение ОЗ и нечеткость изображения (18,75%), мелькание «мушек» (ММ) и резкие приступы затуманивания зрения (18,75%), ММ (6,25%), ММ и диплопия (6,25%). Чаще: сочетанное поражение глаз и вторичное поражение (68,75%), ДОО — в 56,25% случаев (1 гр.): 25% случаев при стаже СД 5–10 лет. У 43,75% не выявлено ДОО (2 гр.). Макс. и средняя гликемия натощак в 1 гр. были выше (16,19±8,14 и 13,9±6,92 ммоль/л при  $p>0,05$ ; 9,44±2,45 и 7,75±1,44 ммоль/л,  $p>0,05$ ); через 2 часа после еды — не различались ( $p>0,05$ ). В обеих группах снижена СКФ ( $p>0,05$ ).

**Выводы:** ДОО достоверно чаще выявлялись при длительном течении СД 2 типа и отсутствии адекватного контроля заболевания, что и явилось причиной госпитализации в стационар.

### Литература

1. Боданова А.А., Мкртумян А.М., Давыдов А.Л., Морозова Т.П., Годулян А.В., Чачиашвили М.В., Карпова Л.Ю. Структура поздних сосудистых осложнений при впервые выявленном сахарном диабете 2 типа // Сахарный диабет. 2006. № 4. С. 35–37.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МЕЖДОЛЬКОВЫХ АРТЕРИЙ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Минакова А.А., Белозёрова М.А.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Левицкая Е.С.  
Кафедра внутренних болезней № 2  
Ростовский Государственный Медицинский Университет

**Актуальность исследования:** хронический гломерулонефрит (ХГН) приводит к развитию терминальной почечной недостаточности, характеризуется ремоделированием сосудистого русла почек.

Особенно важным является изучение перестройки артерий почек малого диаметра, принимающих участие в обеспечении нормального функционирования почек [1].

**Цель исследования:** определение значимости клинико-лабораторных и морфометрических показателей структурной перестройки ткани почек в прогнозе ремоделирования артерий почек малого диаметра у пациентов с первичными ХГН.

**Материалы и методы:** в исследование включено 97 пациентов с первичным ХГН. Всем выявляли артериальную гипертензию (АГ), концентрацию креатинина в плазме крови, величину скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и суточной протеинурии. Проведена пункционная нефробиопсия. Нулевую статистическую гипотезу отвергали при  $p > 0,05$ .

**Результаты:** пациенты были разделены в 2 группы: имеющие толщину сосудистой стенки МА меньше значения медианы – 47 больных, больше либо равно – 50 пациентов. В первой группе АГ 3 стадии зарегистрирована у 5 пациентов (5,15%), во второй — у 15 (15,46%). У пациентов второй группы стадия АГ больше (у пациентов первой группы стадия АГ соответствует  $1,47 \pm 0,15$ , второй –  $1,9 \pm 0,15$ ), а СКФ меньше (у пациентов первой группы СКФ =  $94,81 \pm 5,57$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, второй –  $77,05 \pm 4,71$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). При АГ I стадии риск увеличения толщины стенки составляет 44,4%, АГ II стадии — 54,7%, АГ III стадии — 64,6% ( $\chi^2$ -критерий = 4,24,  $p = 0,03$ ). Прогнозирование риска ремоделирования стенки МА в зависимости от величины СКФ ( $\chi^2$ -критерий = 5,92,  $p = 0,015$ ). Выявлена прямая корреляционная зависимость слабой силы между величиной стадий АГ и толщиной стенки МА ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,038$ ), а также обратная корреляционная зависимость слабой силы между величиной СКФ и толщиной стенки МА ( $r = -0,21$ ,  $p = 0,038$ ).

**Выводы:** в проведенной работе показана значимость АГ, сопровождающаяся поражением органов-мишеней, как маркера ремоделирования сосудистой стенки МА.

#### Литература

1. Chade AR. Renal Vascular Structure and Rarefaction // Compr Physiol 2013; 3(2): 817–831.

## ВАРИАНТЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ГИПЕРМОБИЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ НДСТ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

*Найданова Л.В., Брославский П.В.*

Научный руководитель: д. м. н., профессор Котовщикова Е.Ф.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней имени З.С. Баркагана

Алтайский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) — нарушение тканевых структур со снижением содержания коллагена, что приводит к изменению структуры тканей и функций, к снижению прочности СТ. Наибольшее проявление НДСТ наблюдается в опорно-двигательном аппарате.

**Цель исследования:** определить встречаемость НДСТ и гипермобильного синдрома (ГС) в зависимости от возраста, определить влияние НДСТ на опорно-двигательный аппарат.

**Материалы и методы:** в ходе исследования было опрошено по 130 человек в V возрастных группах с интервалом 10 лет. Обследование включало анализ анамнестических сведений и жалоб, осмотр. При исследовании признаков на ГС были рассмотрены суставные признаки по критериям Бейтона и внесуставные признаки по критериям Брайтона.

**Результаты:** Исходя из результатов обследования ГС стоит обратить внимание на увеличение частоты встречаемости боли в суставах, количество их локализаций и продолжительности болей с увеличением возраста. ГС встречается у 219 человек из 650 опрошенных (33,6% в выборке). В ходе обследования была выявлена четкая зависимость между выраженностью проб на растяжимость с возрастом, на вопрос «Могли ли Вы выполнять данные пробы в возрасте до 20 лет?» ответы обследуемых в группах II–V мало отличались от опрошенных в группе I. При оценке ортопедических осложнений (рассматривались у 219, имеющих НДСТ), к которым может приводить ГС, также выявлено стойкое увеличение с возрастом. По результатам плоскостопие встречается у 52,0% обследуемых в выборке, вальгусная деформация у 26,4%, молоткообразная деформация стопы у 2,2%, патологии позвоночника у 36,9%. Чаще данные деформации встречаются у людей старше 40 лет.