

герпетическими включениями в эпителиоцитах ( $r_s=0,464$ ;  $p<0,05$ ), герпетическими включениями в эндотелиоцитах и воспалительными изменениями ( $r_s=0,487$ ;  $p<0,05$ ), между некрозом стенок артериол и герпетическими включениями в эндотелиоцитах ( $r_s=0,468$ ;  $p<0,05$ ), между некрозом стенок венул и герпетическими включениями в эндотелиоцитах ( $r_s=0,453$ ;  $p<0,05$ ).

**Заключение:** Морфологическим маркером поражения сосудов стенки желудка при язвенной болезни вирусом простого герпеса является появление внутриядерных герпетических включений в эндотелиоцитах, также отмечается фибриноидный некроз стенок кровеносных сосудов, тромбоз микроциркуляторного русла, кровоизлияния. Повреждение сосудов сопровождается нарушениями реологических и коагуляционных свойств крови, развитием очаговых микротромбозов, изменениями микроциркуляции, снижением перфузии тканей, что усугубляет повреждение сосудистых стенок и утяжеляет течение болезни.

#### Литература

1. Крулевский, В.А. Хронический гастрит и герпетические инфекции у лиц разного возраста / В.А. Крулевский [и др.] // Архив патологии. – 2010. – № 1. – С. 33–35.
2. Кудин, А.П. Роль Herpes simplex в патологии человека. Часть 1. Этиология, патогенез, состояние иммунитета / А.П. Кудин, И.Г. Германенко, А.А. Астапов // Медицинские новости. – 2004. – № 5. – С. 11–14.
3. Нелюбин В.Н. Бактериально-вирусное коинфицирование слизистой оболочки при гастроудоденальной патологии / В.Н. Нелюбин, В.П. Мудров // Рос. Журн. иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2004. – С. 111–115.

### ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

*Карнацевич И.П., Кемежук Ю.В., Карпович Ю.И., Карпович Ю.Л.  
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

**Актуальность.** Диабетическая нефропатия (ДН) – прогрессирующее почечное заболевание, развивающееся на фоне сахарного диабета. Частота развития и прогрессирования ДН связана в первую очередь с типом сахарного диабета, длительностью его течения, возрастом манифестации. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа поражение почек развивается практически в половине случаев. Данное нарушение предполагает постепенное склерозирование ткани почек с последующей потерей своих функций – прежде всего, фильтрационной и функции выделения азота, а в последующем приводит к инвалидизации и смерти от терминальной почечной недостаточности.

**Цель:** оценить основные факторы риска кардиоренального повреждения у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, выявить распространенность хронической болезни почек (ХБП).

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 15 пациентов с диагнозом сахарного диабета 1 типа (6 мужчин и 9 женщин). Длительность сахарного диабета составила 9,8 лет. Контрольную группу составили 15 практически здоровых пациентов (7 мужчин и 8 женщин). Лабораторно производилась оценка биохимического анализа крови (мочевина, креатинин, общий белок, общий холестерин, триглицериды, калий), биохимического анализа мочи (микроальбуминурия), общего анализа мочи (протеинурия, СКФ, удельный вес), анализа мочи по Нечипоренко, общего анализа крови (гемоглобин). Данные обрабатывались с использованием методов непараметрической статистики, компьютерной программы Статистика 6.0.

**Результаты.** Все пациенты получали инсулинотерапию, из них стадия компенсации СД (согласно таким показателям как гликозилированный гемоглобин, фруктозамин) определялась у 67% пациентов (6 женщин и 4 мужчины). К ранним признакам нарушения функции почек при ДН относится микроальбуминурия (МАУ) более 20 мг/сут. МАУ выявлена у 100% обследованных с СД 1 типа. Гипергликемия вызывает нарушения внутрипочечной гемодинамики. Длительная гипергликемия сопровождается гиперfiltrацией и внутривенечковой гипертензией. Это и объясняет высокие цифры СКФ. При этом значения СКФ, характерные для ХБП 2 типа, были получены у 22% женщин. Статистически значимые различия получены между группой пациентов с СД 1 типа и контрольной группой по следующим показателям: креатинин (мкмоль/л)  $86 \pm 12$ , ( $p=0,03$ ), общий белок (г/л)  $69 \pm 3,7$  ( $p=0,043$ ), общий холестерин (ммоль/л)  $5,1 \pm 1,1$  ( $p=0,44$ ) гликозилированный гемоглобин (%)  $6,6 \pm 1,2$  ( $p=0,001$ ), фруктозамин (мкмоль/л)  $262 \pm 13$   $p=0,001$ . Гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия выявлены у 34% и 25%, только 67% (6 пациентов) получали гиполипидемическую терапию. У 53% диагностирована артериальная гипертензия. При этом артериальное давление контролировалось 1 препаратом у одного пациента (7%), комбинацией из 2 препаратов – у 3 пациентов (37,5%), из 4 препаратов – у 4 пациентов (50%).

**Выводы.** Прогрессирующая протеинурия, гипергликемия, гиперfiltrация, дислипидемия сопровождаются ренальной дисфункцией, что требует активной ренопротективной терапии независимо от наличия артериального давления у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

#### Литература

1. Medical Care in Diabetes – Clinical Practice Recommendations // Diabetes Care. – V. 36. – Suppl. 1. – 2013.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) /CKD Work Group // Kidney international. – 2013. – № 3. – P. 1–150.