

УДК 616.379—008.64

Р. С. МАМИКОНЯН, Г. Ж. ДАРБИНЯН

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С АНГИОНЕФРОПАТИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Эпидемиологический анализ некоторых анамнестических данных у больных сахарным диабетом с сочетанным поражением почек (нефроангиопатия и хронический пиелонефрит) выявил определенную значимость предшествующих урологических заболеваний, а также гипер- и гипогликемических состояний в развитии этой патологии, что позволяет считать их «факторами риска».

Современная клиника сахарного диабета (СД) характеризуется значительным повышением удельного веса сосудистых осложнений. Присоединение бактериальной инфекции—хронического пиелонефрита—к специфическому сосудистому поражению почек еще более ухудшает прогноз заболевания.

Мы поставили перед собой задачу проанализировать некоторые данные анамнеза больных СД с ангионепропатией и хроническим пиелонефритом и попытаться определить их значимость в качестве возможных «факторов риска». Рассматривались: наследственная отягощенность по СД; степень компенсации СД по наличию в анамнезе длительных периодов гипергликемии, состояний кетоацидоза и гипергликемических ком, а также гипогликемических состояний у больных, леченных инсулином; вид проведенного антидиабетического лечения; количество доношенных беременностей; гинекологический, урологический и нефрологический анамнез; операции; наличие ожирения и группа крови по АВО системе. Наследственность изучалась у родителей и сибсов пробандов. Урологический анамнез уточнял наличие цистита, аденомы, простаты и эпизодов камневыделения, нефрологический—нефриты и нефропатии беременности. В группе «прочие болезни» объединялись перенесенные воспалительные заболевания носоглотки, бронхо-легочной и желудочно-кишечной систем, ревматизм, эпидемический гепатит и пр. Данные анамнеза уточнялись по картам диспансерного наблюдения больных СД и, при возможности, у родственников больных.

Обследовано 30 больных СД с ангионепропатией и хроническим пиелонефритом. Каждому больному СД с поражением почек подбирались пара из группы больных СД без поражения почек, одинаковая по

полу, возрасту (± 5 лет), тяжести СД и его давности (± 3 года). В результате составлено 30 пар «больной—контроль» согласно методу сравниваемых пар [10].

Статистическая обработка проведена с помощью критерия «t» и «хи-квадрат» (χ^2) [8].

Средний возраст всех 60 больных СД с сочетанной почечной патологией и без нее—62,7 лет, средняя давность СД—11,2 года. Мужчин—6 пар (20%), женщин—24 (80%).

Таблица 1

Данные анамнеза больных СД с сочетанной почечной патологией
(II гр.) и без нее (I гр.)

Исследуемый фактор анамнеза	I группа (%)	II группа (%)	Статистический критерий	
			t	P
Наследственность по СД	23,3 \pm 7,70	43,3 \pm 9,00	1,69	
Степень компенсации СД				
а) гипергликемические состояния	6,7 \pm 4,56	36,7 \pm 8,80	3,03	<0,01
б) гипогликемические состояния	3,3 \pm 3,26	26,7 \pm 8,08	2,69	<0,02
Вид основного гипогликемизирующего лечения				
а) инсулин	30,0 \pm 8,37	16,7 \pm 6,81	1,23	
б) инсулин+таблетизированные препараты	23,3 \pm 7,72	30,0 \pm 8,37	0,59	
в) таблетизированные препараты	46,7 \pm 9,11	53,3 \pm 9,11	0,51	
Беременность (24 женщины)	38,1 \pm 4,47	61,9 \pm 4,47	3,77	<0,001
Гинекологические заболевания (24 женщины)	4,17 \pm 4,08	16,7 \pm 7,61	1,45	
Оперативные вмешательства	36,6 \pm 8,79	23,3 \pm 7,72	1,14	
Урологические заболевания	10,5 \pm 7,03	89,5 \pm 7,03	7,98	<0,001
Нефрологические заболевания	0	10,0 \pm 5,47		
Прочие заболевания	37,8 \pm 5,11	62,2 \pm 5,11	3,10	<0,01
Ожирение	43,3 \pm 9,05	66,7 \pm 8,60	1,87	
Принадлежность к АВО системе				
O(I)	16,7 \pm 6,8	6,7 \pm 4,6	1,22	
A(II)	26,7 \pm 8,1	73,3 \pm 8,1	4,07	<0,001
B(III)	16,7 \pm 6,8	3,3 \pm 3,3	1,77	
AB(IV)	40,0 \pm 8,9	16,7 \pm 6,8	2,08	

Данные по всем изучаемым параметрам в обеих сравниваемых группах представлены в табл. 1, из которой следует, что лишь пять признаков статистически достоверны: беременность, гипер-и гипогликемические состояния, урологические заболевания, принадлежность ко второй группе крови по АВО системе. Фактор «прочие болезни» мы не можем считать существенно значимым как по причине неоднородности этой группы заболеваний, так и из-за недостоверности данных (больной СД, хорошо помня каждую кому в анамнезе, не фиксирует внимания на гриппах и ангинах). Все пять потенциально возможных «факторов риска» подверглись дальнейшей статистической обработке методом χ^2 (табл. 2).

Полученная статистическая достоверность позволяет отбросить нулевую гипотезу и перейти к рассмотрению этих факторов в пределах отдельных пар (табл. 3).

Из табл. 3 следует, что среднее количество обнаруженных нами признаков для одной пары составляет $0,57 \pm 0,28$ при $0,02 < P < 0,05$, т. е. каждый больной СД с ангионефропатией и хроническим пиелонефритом имеет на 0,57 «факторов риска» больше, чем его контроль. Однако при данном анализе учитывалась вся совокупность «факторов риска» без учета каждого из них в отдельности. Поэтому в табл. 4 приведен анализ соотношения каждого из этих факторов в анамнезе отдельных пар. Оказалось, что фактор «беременность» статистически недостоверен.

Таблица 2

Степень соответствия фактических данных ожидаемым

Исследуемый признак	I группа		II группа	
	Ф (N)	T (N)	Ф (N)	T (N)
Беременность	45	36,2	73	81,8
Урологические заболевания	2	5,8	17	13,2
Гипергликемические состояния	2	4,0	11	9,0
Гипогликемические состояния	1	2,8	8	6,2
Группа крови A (II)	8	9,2	22	20,8
В с е г о	58	58,0	131	131,0

Примечание. $\chi^2=10,13$ при $df=4$; $0,025 < p < 0,05$; Ф—фактические данные; T—теоретически ожидаемые данные.

Рассматривая вопрос о преобладании носительства антигена А по АВО системе в группе больных СД с ангионефропатией и пиелонефритом по сравнению с группой больных СД без почечной патологии, мы считали необходимым соотнести наши данные с таковыми в популяции. По данным В. Н. Нерсесян с соавт. [5], в армянской популяции содержание антигена А равно 53,6%. Несмотря на столь высокую концентрацию, тем не менее превышение этого антигена у больных СД с исследуемой патологией статистически достоверно (табл. 5).

Таким образом, лишь часть исследованных нами факторов анамнеза имела определенную значимость для развития «диабетической почки»: гипер- и гипогликемические состояния; урологические заболевания и принадлежность к АВО системе крови. Хотя в результате статистического анализа выявлена высокая степень достоверности для изоантигена А, тем не менее, мы к этим данным относимся с большой осторожностью, учитывая, что выявление ге-

Таблица 3

Разница	Колич. пар
+5	0
+4	1
+3	3
+2	4
+1	7
+0	8
-1	4
-2	2
-3	1
-4	0
-5	0
В с е г о	30

Примечание. Среднее количество факторов для одной пары $0,57 \pm 0,28$ ($t=2,23$; $0,02 < P < 0,05$).

нетического маркера следует производить только в большом массиве наблюдений.

Наследственная отягощенность по СД, по данным некоторых авторов [2, 9], играющая определенную роль в развитии диабетической нефропатии у пробанда, по нашим данным, малозначима. По всей вероятности, не имеет существенного значения для развития изучаемой нами патологии и предшествующее СД нарушение жирового обмена—ожирение. При углубленном статистическом изучении фактор влияния

Таблица 4

Разница в числе отдельных факторов между членами сравниваемых пар

Разница	Беременности	Урологические заболевания	Гипогликемические состояния	Гипергликемические состояния
+3	2	2	0	0
+2	2	5	0	1
+1	6	12	8	10
+0	12	6	21	17
-1	5	4	1	2
-2	2	1	0	0
-3	1	0	0	0
Всего пар	24	30	30	30
P	>0,05	<0,001	<0,02	<0,01

Таблица 5

Сравнительные данные по АВО системе

Группа крови	Популяция (N)	СД без почечной патологии	СД с нефроангиопатией и пиелонефритом
I (O)	108	5	2
II (A)	198	8	22
III (B)	42	5	1
IV (AB)	21	12	5
Всего	369	30	30

Примечание. $P < 0,01$, $\chi^2 = 25,19$ при $df = 6$.

беременности на развитие пиелонефрита при СД [6] также признан нами несущественным (табл. 4). Оперативные вмешательства (аппендэктомия, тонзиллэктомия, холецистэктомия), влияющие на центральную нервную систему и выводящие из равновесия иммунные системы организма [10], по нашим данным, не могут оказать существенного влияния на развитие патологического процесса в почке. В диабетологии последних лет вопрос влияния инсулинотерапии на развитие микроангиопатии является дискуссионным. Некоторые авторы [1] считают, что непосредственной причиной поражения гломерулярной мембраны клубочка при нефропатии является комплекс инсулин-антиинсулиновое антитело. Наши исследования показали, что вид антидиабетического

лечения, в том числе и лечение инсулином, как фактор анамнеза не играет роли в развитии поражения почек.

Таким образом, по нашим данным, определенную роль в развитии сочетанного поражения почек хроническим пиелонефритом и ангионепропатией при СД играют урологический анамнез и степень компенсации СД, тестируемая по уровню гликемии. Цистит, аденома простаты и эпизоды камневыделения способствуют возникновению и персистированию инфекционно-воспалительного процесса в почке больных СД вследствие уриногенного заноса инфекционного агента в почечный интерстиций [7]. Наши данные о взаимосвязи степени диабетического контроля, «узости» его, характеризуемого пределами колебаний глюкозы крови, и развитием «диабетической» почки согласуются с мнением ряда авторов [4, 11, 13], считающих гипергликемию основным фактором развития диабетической ангиопатии.

Ереванский медицинский институт,
кафедра факультетской терапии

Поступила 10/II 1980 г.

Ռ. Ս. ՄԱՄԻԿՈՆԻԱՆ, Գ. Ժ. ԴԱՐԲԻՆԻԱՆ

ՈՐՈՇ ԱՆԱՄՆԵՍԻԿ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒՄԸ
ԱՆԳԻՆԵՆՅՐՈՊԱԹԻԱՅՈՎ ԵՎ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԻԵԼՈՆԵՖՐԻՏՈՎ
ԲԱՐԴԱՅԱԾ ՇԱՔԱՐԱԽՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Շաքարախտով տառապող 60 հիվանդների մոտ ուսումնասիրված է ռիսկի մի քանի գործոնների վիճակը ըստ անամնեստիկ տվյալների:

Հնդհանուր թվից 30 հիվանդի մոտ առկա են շաքարախտային երկամային բարդություններ, իսկ 30-ի մոտ այդ բարդությունները բացակայել են:

Ուսումնասիրվել են 11-գործոններ, որոնք կարող էին հանդիսանալ շաքարախտով տառապող հիվանդների մոտ շաքարախտային նեֆրոպատիայի և խրոնիկական պիելոնեֆրիտի առաջացման ռիսկի գործոններ: Կիրառվել է համեմատական զույգային մեթոդը: Կատարված հետազոտությունների խորացած ստատիստիկ վերլուծումը հայտնաբերել է, որ շաքարախտով տառապող հիվանդների մոտերիկամային բարդության առաջացման մեջ նշանակություն ունեն միայն ռիսկի 2 գործոններ, որոնցից առաջինը շաքարախտի կոմպենսացիայի աստիճանն է որոշված հիպեր- և հիպոգլիկեմիկ վիճակներով և երկրորդը—անամնեստիկ ուրոլոգիական հիվանդությունների առկայությունը:

R. S. MAMIKONIAN, G. ZH. DARBINIAN

ANALYSIS OF SOME FACTORS OF ANAMNESIS IN PATIENTS
WITH DIABETES MELLITUS WITH ANGIONEPHROPATHY AND
CHRONIC PYELONEPHRITIS

By epidemiologic analysis of anamnesis data of patients with diabetes mellitus with combined affection of kidneys (nephropathy with

chronic pyelonephritis) preceding urologic diseases have been found to be of definite significance in development of this pathology. These diseases as well as hyper—and hypoglycemia are counted as „risk factors“.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Васюкова Е. А., Марголис М. Г., Малькович В. К. Клин. мед., 1977, 9, стр. 23.
2. Коломайская М. Б., Бердиченко В. А., Мацкслишвили Т. Ш., Петросова Г. И. Врач. дело, 1978, 7, стр. 86.
3. Мазовицкий А. Г., Хачатуров В. Г., Ахметзянов А. М. Пробл. эндокр., 1976, 4, стр. 18.
4. Мазовицкий А. Г. Пробл. эндокр., 1978, 4, стр. 94.
5. Нерсеян В. М., Торгомян И. Л., Елиян Л. Н. и др. Пробл. гем. и перел. крови, 1972, 10, стр. 39.
6. Пытель Ю. А., Золотарев И. И. Сов. мед., 1974, 11, стр. 22.
7. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Пиелонефрит. М., 1977.
8. Ракитский П. Ф. Биологическая статистика. Киев, 1978.
9. Синицын П. Д., Холодова Е. А., Петрушова Н. А. Сов. мед., 1978, 6, стр. 37.
10. Currier R. D., Wartin E. A. Neurology (Minneapolis), 1974, 24, 8, 748.
11. Ichobroutsky G. Diabetologia, 1978, 15, 3, 143.
12. West K. M. Epidemiology of Diabetes and its vascular lesions. New York, 1978.
13. Marble A. Diabetologia, 1976, 12, 3, 193.