

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Моисеев, В. С. Внутренние болезни: учеб. пособие / В. С. Моисеев – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Т. 2 – 895 с.
2. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/>. – Дата доступа: 18.03.2023.
3. Резникова, Е. А. Анализ структуры поздних осложнений и степени компенсации сахарного диабета 2-го типа [Электронный ресурс] / Е. А. Резникова, И. В. Лекарева, А. Р. Бабаева // Волгоградский научный журнал. – 2009. – Т. 1, № 21 – С. 40–41.
4. Диагностика и ведение сахарного диабета 2 типа (HEARTS-D) [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – Режим доступа: <https://www.who.int/>. – Дата доступа: 18.03.2023.
5. Ильин, А. В. Гликированный гемоглобин как ключевой параметр при мониторинге больных сахарным диабетом. Оптимальная организация исследований [Электронный ресурс] / А. В. Ильин, М. И. Арбузова, А. П. Князева // Ежеквартальный научно-практический медицинский рецензируемый журнал «Сахарный диабет». – 2008. – Т. 11, № 2 – С. 60–61.

УДК 616.379-008.64-052:612.67

А. В. Межейникова, В. В. Межейников

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Климактерий – это физиологический период в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе, характеризующиеся прекращением генеративной и менструальной функций [1]. В 1980 году ВОЗ предложена классификация климактерического периода, в которой выделены 3 основные фазы: пременопауза, менопауза и постменопауза [2]. Несмотря на универсальность эндокринных сдвигов у разных женщин отдельные стадии этого процесса могут различаться по своей продолжительности и сопровождаться различными специфическими симптомами, такими как вазомоторные, психоэмоциональные, потерей костной массы и формированием неблагоприятного сердечно-сосудистого профиля [3]. Сочетание климактерического синдрома и сахарного диабета (СД) создает условия для взаимного отягощения [4].

Цель

Оценить особенности течения климактерического синдрома у пациентов с СД с использованием шкалы Грина, а также оценить структуру осложнений СД и наличие сопутствующей патологии с учетом тяжести климактерического синдрома.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека, в котором приняли участие 40 женщин от 44 до 76 лет с СД. Из них с СД 1 типа – 5 женщин и СД 2 типа – 35 женщин. Методы исследования включали анализ амбулаторных карт, биохимический анализ крови (креатинин, общий холестерин (ОХ), гликированный гемоглобин (HbA1c), расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при помощи онлайн-калькулятора по формуле СКД-ЕРІ. Тяжесть климактерического синдрома оценивали по шкале Грина. Шкала Грина содержит 21 вопрос для оценки следующих симптомов по

степени выраженности: вопрос 1 (В1) – учащённое и сильное сердцебиение, В2 – чувство напряженности или нервозность, В3 – нарушение сна, В4 – возбудимость, В5 – приступы паники, В6 – нарушение концентрации, В7 – чувство усталости или потери энергии, В8 – потеря интереса ко многим вещам, В9 – чувство грусти или депрессия, В10 – плаксивость, В11 – раздражительность, В12 – головокружение, обмороки, В13 – ощущение давления или стеснения в голове или теле, В14 – онемение или покалывание в частях тела, В15 – головные боли, В16 – мышечные и суставные боли, В17 – потеря чувствительности в руках и стопах, В18 – затрудненное дыхание, В19 – приливы жара, В20 – ночная потливость, В21 – потеря интереса к сексу. Течение климактерического синдрома оценивалось как «легкое», если имеется от 1 до 11 баллов, «среднее» от 12 до 19 баллов и «тяжелое» ≥ 20 баллов. Статистический анализ проведен с использованием программы Microsoft Office Excel 2013, Statistica 10.0 для Windows XP. Результаты представлены в виде медианы (Ме; межквартильный размах Q25; Q75). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На 1-м этапе исследования нами была проведена оценка клинико-лабораторных показателей, позволяющее дать общую характеристику обследуемых пациентов с СД (таблица 1).

Таблица 1 – Общая характеристика обследуемых пациентов

Показатель	Ме	25-й перцентиль	75-й перцентиль
Возраст, лет	59,00	56,00	67,00
Стаж СД, лет	14,50	7,00	23,00
НbA1c, %	8,85	7,78	10,10
ОХ, ммоль/л	5,10	4,20	6,00
СКФ, мл/мин	76,50	58,00	87,00
Длительность менопаузы, лет	9,50	3,00	16,50
Шкала Грина, балл	23,00	18,50	27,00

Медиана НbA1c составила 8,85 %, т. е. большинство пациентов имели неудовлетворительную компенсацию СД на момент госпитализации, наличие дислипидемии (медиана холестерина 5,10 ммоль/л), сниженную СКФ по формуле СКД-ЕРІ (медиана СКФ 76,50 мл/мин.), длительность менопаузального периода 9,50 лет и средним балл по шкале Грина – 23.

С учетом степени тяжести климактерического синдрома по шкале Грина пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа пациенты со «средним» течением климактерического синдрома ($n = 13$, 32 %) и 2-я группа с «тяжелым» течением климактерического синдрома ($n = 27$, 68 %). Пациентов с «легким» течением климактерическими синдрома по шкале Грина отмечено не было.

Далее проведена оценка симптомов климактерического синдрома с учетом групп исследования применяя шкалу Грина. Так в 1-й группе были отмечены такие симптомы, как чувство усталости или потери энергии у 12 пациентов (92,3 %), нарушения сна у 11 пациентов (84,6 %), чувство напряженности и нервозности у 10 пациентов (76,9 %) и учащенное сердцебиение у 9 пациентов (69,2 %). Во 2-й группе у 27 пациентов (100 %) отмечалось ощущение давления или стеснения в голове или теле, онемение или покалывание в частях тела и боли в мышцах или в суставах, а у 26 пациентов (96,3 %) – учащенное сердцебиение, чувство напряженности или нервозности, чувство усталости или потери энергии, головные боли, боли в мышцах или в суставах и потеря интереса к сексу.

На 2-м этапе проведена оценка наличия осложнений СД (диабетическая ретинопатия (ДР), диабетическая полинейропатия (ДПП), диабетическая ангиопатия ног (ДАН))

и наличие сопутствующей патологии (артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС)) с учетом группы исследования (таблица 2).

Таблица 2 – Структура осложнений СД и сопутствующей патологии с учетом тяжести климактерического синдрома

	ДР	ДПН	ДАН	АГ	ИБС
1-я группа, (n = 13)	50 %	83 %	50 %	33 %	42 %
2-я группа, (n = 27)	48 %	89 %	82 %	52 %	82 %
χ^2 , p	0,01, p = 0,908	0,06, p = 0,907	4,41, p = 0,030	0,12, p = 0,854	7,40, p = 0,006

По данным структурного анализа осложнений СД и наличия сопутствующей патологии, независимо от степени выраженности климактерического синдрома по шкале Грина преобладали пациенты с ДПН (1-я группа – 83 %, 2-я группа – 89 %). Во 2-й группе достоверно преобладали пациенты с ДАН и ИБС в равнении с 1-й группой (p < 0,05).

Выводы

Среди обследованных пациентов с СД 68 % составили пациенты с тяжелым течением климактерического синдрома по шкале Грина.

Независимо от выраженности климактерического синдрома у пациентов с СД преобладали вазомоторными и психоэмоциональные симптомы.

По структуре осложнений СД преобладали пациенты с ДПН независимо от тяжести течения климактерического синдрома по шкале Грина. У пациентов с тяжелым течением климактерического синдрома достоверно преобладала ДАН и ИБС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Родионова, Т. А. Искусство здоровья. Анатомия и физиология менопаузы или «весна» второй половины жизни / Т. А. Родионова. – М.: «Издание книг ком», 2020. – 25–26 с.
2. Иксанова, Г. Р. Средства, используемые для профилактики и лечения климактерических нарушений: учеб. пособие для провизоров / сост. : Г. Р. Иксанова, Г. М. Латыпова, Г. В. Аюпова.– Уфа: Башкир. гос. мед. ун-т, 2008. – 4 с.
3. Юренева, С. В. Ведение женщин с менопаузальными расстройствами (обзор клинических рекомендаций) / С. В. Юренева, Е. И. Ермакова // Проблемы репродукции. – 2017. – № 23 (5). – 115с.
4. Сахарный диабет и климакс: современные возможности заместительной гормональной терапии / Л. В. Аккер [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – Т. 17, № 4 – 22 с.

УДК: 616.379-008.64-052:546.46

А. Г. Мизер

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА УРОВНЯ МАГНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

В последние годы внимание исследователей привлечено к проблеме дефицита магния и его роли при различных патологических состояниях. Магний относится к числу важнейших минеральных веществ, универсальных регуляторов биохимических и физиологических процессов. Магний активно регулирует кальций-связывающую способность большинства биологических мембран, участвуя в управлении трансмембранным движением кальция, защищая клетку от избыточного захвата его митохондриями. Все это позволяет рассматривать магний в качестве естественного физиологического природного антагониста кальция. Как результат кальций-блокирующего действия, проявляется дозозависимое