

Выводы

1. Аутоимунный тиреоидит выявляется у 56 % пациентов с СД 45,6% из них составляют женщины. Частота выявления АИТ выше у женщин в возрасте 46–60 лет.

2. АИТ был диагностирован при углубленном эндокринологическом обследовании у пациентов без явной клинической симптоматики.

3. Пациентам с СД следует рассматривать целесообразность диагностики аутоимунной патологии ЩЖ вне зависимости от наличия клинических проявлений

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Воробьев, С. Л.* Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы / С. Л. Воробьев. – СПб.: «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2014. – 104 с.
2. *Данилова, Л. И.* Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания / Л. И. Данилова. – Минск – Нагасаки, 2005. – 470 с.
3. *Дедов, И. И.* Эндокринология: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 432 с.

УДК 616.379-008.64-052:616.89-008.44:577.171.55

А. А. Струк

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Введение

Исходя из рекомендаций Американской диабетологической ассоциации у пациентов с сахарным диабетом (СД) состояние метаболического контроля можно расцениваться как удовлетворительное, в случае выполнения следующих условий: уровень HbA1C находится в пределах от 6,5 до 8%, уровень артериального давления менее 130/80 мм рт. ст. и уровень ХС ЛПНП менее 2,6 ммоль/л (для лиц с сердечно-сосудистой патологией менее 1,8 ммоль/л). Неоспоримым фактом считается, что стойкая декомпенсация СД способствует развитию и прогрессированию сосудистых осложнений, что может приводить к прогрессии смертности у пациентов с СД.

Отсутствие стойкой компенсации СД у многих пациентов объясняется множеством факторов, в частности: не соблюдение диеты, не выполнение рекомендаций по показанной физической активности, не выполнение рекомендаций по медикаментозной терапии. Доказано, что низкая приверженность к лечению может приводить к 50% случаев отрицательного эффекта при лечении хронических заболеваний, приводящее к декомпенсации заболевания, увеличению числа госпитализаций и увеличению смертности. Среди факторов, приводящих к недостаточному метаболическому контролю, важную роль играет состояние психики пациента, так как ряд психических расстройств может приводить к несоблюдению режима введения инсулина, неадекватности самоконтроля гликемии. Тревожное расстройство (ТР), одно из наиболее часто встречающихся состояний, которое может приводить к снижению приверженности к лечению.

Цель

Оценить показатели углеводного и липидного обмена у пациентов с сахарным диабетом в зависимости от наличия тревожного расстройства.

Материал и методы исследования

Обследованы 163 пациента с СД 1 и 2 типа в возрасте 18–65 лет. Для выявления ТР проводилась оценка уровня тревоги по результатам данных госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки состояния углеводного обмена проводилась определение уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c},%). Для оценки состояния липидного обмена определялся уровень общего холестерина (ОХ), показателей липидного спектра холестерина липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности (ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП). Кроме того, проводилось определение уровня артериального давления. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 23.0 методами непараметрической статистики, так как распределение внутри групп не являлось нормальным. Данные представлены в формате Me (q1; q3). Значимость различий оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни. Данные считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки состояния углеводного и липидного обмена исследования были разделены на 2 подгруппы в зависимости от наличия ТР (согласно уровню тревоги по HADS). В первую подгруппу были включены пациенты без ТР (n=47), а во вторую – с Т (n=116).

Результаты оценки состояния метаболического контроля у пациентов с СД в зависимости от наличия ТР предоставлены в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка состояния метаболического контроля у пациентов с СД в зависимости от наличия ТР, абс. (%)

Показатель метаболического контроля	Подгруппа пациентов		χ	p
	с СД и ТР (n=47)	с СД без ТР (n=116)		
HbA _{1c} : 6,5–8%	13 (27,7%)	32 (27,6%)	0,00	0,99
С АД <130/80 мм рт. ст.	11 (23,4%)	43 (37%)	1,48	0,22
Уровень ХС ЛПНП менее 2,6 ммоль/л	15 (31,9%)	52 (44,8%)	1,00	0,31
Компенсация по 3 критериям	3 (6,4%)	11 (9,5%)	0,35	0,55

Результаты оценки состояния метаболического контроля у пациентов с СД свидетельствуют о том, что метаболический контроль можно считать удовлетворительным только в 3% случаев при ТР и в 9,5% у пациентов без ТР. При сравнении частоты показателей, определяющих удовлетворительное состояние метаболического контроля, в зависимости от наличия ТР различий выявлено не было.

Биохимические показатели, характеризующие состояние углеводного и липидного обмена в группах сравнения предоставлены в таблице 2.

Таблица 2 – Оценка показателей контроля углеводного и липидного обмена при СД в зависимости от наличия ТР, Me [25; 75]

Показатель	Подгруппа пациентов		U	p
	с СД и ТР (n=47)	с СД без ТР (n=116)		
HbA _{1c} , %	9,70 [8,20; 10,70]	8,40 [7,60; 9,60]	1807,50	<0,001
ОХ, ммоль/л	5,10 [4,50; 5,90]	4,80 [4,10; 5,60]	2103,50	0,04
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,60 [1,30; 2,00]	1,60 [1,37; 2,00]	2163,50	0,54
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,10 [2,05; 3,67]	2,65 [1,84; 3,21]	1840,00	0,05

Окончание таблицы 2

Показатель	Подгруппа пациентов		U	p
	с СД и ТР (n=47)	с СД без ТР (n=116)		
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,44 [0,36; 0,65]	0,49 [0,35; 0,72]	2182,50	0,59
АД систолическое, мм рт. ст.	160 [150; 160]	150 [130; 160]	1989,00	<0,01
АД диастолическое мм рт. ст.	90 [80; 95]	82 [75,00; 92,50]	1941,00	<0,01

Сравнение вышеописанных подгрупп, с использованием теста Манна – Уитни выявил, что при наличии ТР выше уровень HbA1C, чем без ТР (9,70% против 8,40%, $p<0,001$).

Проведенный анализ состояния контроля липидного обмена определил, что уровень ОХ у пациентов с ТР был выше, чем у пациентов без ТР (5,10 ммоль/л против 4,80 ммоль/л; $p=0,04$). Также установлено, что уровень ХС ЛПНП составил 3,10 ммоль/л у пациентов с ТР против 2,65 ммоль/л у пациентов без ТР и на 14,5% превышал значения группы сравнения ($p=0,05$). Кроме того, при ТР выше уровни систолического АД (160 мм рт. ст. против 150 мм рт. ст. соответственно, $p<0,01$) и диастолического АД (90 мм рт. ст. против 82 мм рт. ст. соответственно, $p<0,01$).

Для выявления взаимосвязи между уровнем тревоги и биохимическими показателями, характеризующими состояние углеводного и липидного обмена, был применен линейный регрессионный анализ. В результате была выявлена положительная корреляционная связь между наличием ТР, характеризующимся уровнем тревоги по HADS и показателями HbA1C ($r=0,20$; $p<0,05$). Также была установлена положительная корреляционная связь между уровнем тревоги по HADS и уровнем среднесуточной глюкозы в крови ($r=0,22$; $p<0,05$).

Выводы

Результаты оценки метаболического контроля в зависимости от наличия тревожного расстройства свидетельствуют о негативном влиянии тревоги на состояние метаболического контроля у пациентов с сахарным диабетом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Standards of medical care in diabetes-2011 / American Diabetes Association // *Diabetes Care*. – 2011. – Vol. 34, suppl. 1. – P. S11–S61.
2. *Краснов, В. М.* Психиатрические расстройства в общемедицинской практике / В. М. Краснов // *Рус. мед. журн.* – 2002. – № 25. – С. 1187–1191.
3. *Елфимова, Е. В.* Сахарный диабет и психика: этиопатогенетические взаимосвязи / Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов // *Зам. глав. врача*. – 2008. – № 3. – С. 31–47.