8. Васильев, А. П. Стрельцова Формирование антиангинальной фармакотерапии в историческом аспекте. От теоретических предпосылок к практическому эффекту / А. П. Васильев, Н. Н. Стрельцова // Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – С. 27–33.

УДК 616.28-008.14-07-02:616.379-008.64

К. П. Яковенко

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

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Введение

Сахарный диабет (СД) на сегодняшний день является наиболее распространенным эндокринным заболеванием. Он приводит к стойкой инвалидизации, высокому уровню смертности среди данных пациентов, а также к высоким экономическим затратам на диагностику и лечение для этих больных [2]. Заболевание с течением времени влечет за собой такие тяжелые осложнения, как ретинопатия, нефропатия, синдром диабетической стопы и другие, а также поражаются сосуды и нервы всех органов и систем, в том числе и слухового анализатора [1, 2]. В структуре этиологии стойкой тугоухости определяются комплекс факторов: изменения магистральных артерий вертебробазилярного бассейна, состояния общей гемодинамики, реологическими свойствами крови и системы гемостаза, а также нарушения белкового, углеводного и жирового обменов [3]. Поэтому актуальным вопросом является определение факторов риска данной патологии, влияния экзогенных факторов, а также, определение показаний для аудиологического скрининга пациентов с СД, особенно при наличии сосудистых осложнений [1, 2].

Цель

Изучить частоту и структуру субъективных нарушений слуха у пациентов с СД и оценить значимость сосудистых осложнений и экзогенных факторов в их развитии для обоснования тактики аудиологического скрининга.

Материал и методы исследования

В исследование включены 51 пациент с СД (женщин – 40 (78,4%), мужчин – 11 (21,6%), находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Критерии включения: подтвержденный диагноз СД 1 или 2 типа, возраст старше 18 лет. Были изучены следующие показатели: наличие жалоб на нарушение слуха, демографические данные (возраст, пол), анамнестические данные, результаты лабораторного обследования (гликированный гемоглобин (HbA1c)), структура осложнений СД и структура коморбидной патологии. Статистическая обработка включала расчет средних величин (M±SD), относительных показателей (%), сравнение групп с помощью критерия χ^2. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерной программы Microsoft Excel 2016 и Statistica.

Результаты исследования и их обсуждения

Средний возраст пациентов с СД составил 58,4±12,9 лет (от 20 до 80 лет), стаж СД – 16,4±9,8 лет (от 1 года до 47 лет), у 16 пациентов (31,4%) – СД 1 типа, а у 35 пациентов

(68,6%) – СД2 типа. Среди коморбидной патологии отмечены: артериальная гипертензия (АГ) у 35 (68,6%) пациентов, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 22 (43,1%) пациентов. Курит 4 пациента (7,8%). У 18 пациентов (35,3%) имелись профессиональные вредности в течение их жизни. Контроль гликемии осуществляли большинство пациентов (около 60%) несколько раз в день. У 70% пациентов HbA1c превышает 7,5%, что свидетельствует о недостаточном контроле СД. В структуре осложнения СД отмечено: диабетическая нейропатия 80,9% случаев, диабетическая ретинопатия – 40,4% случаев, диабетическая нефропатия – 40,4% случаев, диабетическая ангиопатия ног – 40,4% случаев.

Жалобы на нарушение слуха и симптомов, сопутствующих нарушению слуха отмечены у 38 (74,5%) пациентов. Из них, наиболее частые жалобы на: снижение слуха (трудно разбирать речь в шумной обстановке, часто переспрашивают, увеличивают громкость телевизора) – 22 (57,9%) пациента; шум в ушах (звон, гул или шипение) – 25 (65,8%) пациентов; головокружение – 34 (89,5%) пациента; боль в ухе – 8(21,1%) пациентов; ощущение заложенности – 1 (2,6%) пациент. Локализация симптомов: двустороннее поражение – 25 (65,7%) пациентов; левостороннее – 10(26,3%) пациентов; правостороннее – 2 (5,26%) пациента. Давность жалоб варьирует от 2 месяцев до 43 лет, в среднем около 5–7 лет. Динамика симптоматики варьируется в следующих пределах: постепенное ухудшение – 10 (26,3%) пациентов; носит волнообразный характер – 9 (23,7%) пациентов; остаются стабильными – 12 (31,6%) пациентов; появились внезапно – 4 (10,5%) пациента. Связь между выраженностью симптомов по снижению слуха и уровнем гликемии выявлена следующая: усиление симптомов при гипогликемии – 5 (13,2%) пациентов; усиление симптомов при гипергликемии – 4 (10,5%) пациента; нет заметной связи – 14 (36,8%) пациентов; не следили за этим – 15 (39,5%) пациентов. Анамнестические данные, включающие наличие производственного шума, травмы головы иотиты отмечены у 57,9% пациентов с СД. Так, производственный шум – 18 (47,3%) пациентов, черепно-мозговая травма – 2 (5,2%) пациентов, отиты – 3 (7,8%) пациента, травмы уха – 1 (2,6%) пациент. Наследственный анамнез по потере слуха отмечен у 5 (13,2%) пациентов с жалобами на нарушение слуха.

Далее для сравнительной оценкипациентов с СД с учетом наличие жалоб на нарушение слуха пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа пациенты с жалобами на нарушение слуха (n=38) и 2-я группа пациенты без жалоб на нарушение слуха (n=13) (таблица 1).

Таблица 1 – Сравнительная оценкапациентов с СД с учетом наличие жалоб на нарушение слуха

Показатель	1-я группа (n=38)	2-я группа (n=13)	χ^2; p
Возраст, лет	59,9±13,1	52,3±16,7	χ^2=3,98; p>0,05
М /Ж, %	18,4/81,5	30,7/69,2	χ^2=0,87; p>0,05
Стаж СД, лет	17,39±9,2	13,53±7,3	χ^2=2,43; p>0,05
СД 1 типа/СД 2 типа, %	26,3/73,7	46,2/53,8	χ^2=1,76; p>0,05
HbA1c, %	8,32±1,5	8,76±1,7	χ^2=0,63; p>0,05
АГ, %	68,4	69,2	χ^2 =0,003; p>0,05.
ИБС, %	42,1	46,1	χ^2=0,06; p>0,05.
Курение, %	10,5	0	χ^2=1,48; p>0,05.
Осложнения СД, %	84,2	69,2	χ^2=5,22; p>0,05

Проводя сравнительный анализ данных у пациентов СД с учетом нарушения слуха отмечено, что наличие осложнений СД (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая нейропатия, диабетическая ангиопатия ног) имеет достоверную связь с жалобами на нарушение слуха (χ^2=5,22; p<0,05).Таким образом, у пациентов с СД нали-

чие микро- и макрососудистых осложнений является важным предиктором развития слуховых нарушений, что обосновывает необходимость регулярного аудиологического скрининга в этой группе.

Выводы

Слуховые нарушения субъективно отмечают 74,5% пациентов с СД и доминирующими симптомами являются головокружение (89,5%), шум в ушах (65,8%) и снижение слуха (57,9%). Установлена достоверная связь (χ^2=5,22; p<0,05) между развитием слуховых расстройств и наличием микро- и макрососудистых осложнений СД, что позволяет рассматривать их как важный предиктор поражения слухового анализатора. Статистически значимой связи между жалобами на слух и такими показателями, как стаж заболевания, тип СД, уровень HbA1c, АГ или ИБС, в ходе исследования не выявлено. У 57,9% пациентов с жалобами на слух выявлено влияние экзогенных факторов (профессиональный шум, черепно-мозговые травмы, отиты), что требует учета данных факторов при сборе анамнеза. Полученные данные обосновывают необходимость регулярного аудиологического обследования пациентов с СД, особенно при наличии сосудистых осложнений, для раннего выявления и коррекции слуховых нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов, И. И. Осложнения сахарного диабета (клиника, диагностика, лечение, профилактика) / И. И. Дедов. – М., 1995. – 46 с.

2. Жукова, Л. А. Количественная оценка выраженности нейропатии у больных сахарным диабетом, ее профилактика и лечение / Л. А. Жукова, Т. Ю. Лебедев, А. А. Гуламов. – М., 2003. – 26 с.

3. Программа профилактики тугоухости и глухоты // Всемирная организация здравоохранения. – URL: https://www.who.int/deafness/world-hearing-day/2019/en/ (дата обращения: 13.08.2024).

4. Показатели сосудистой жесткости как ранние маркеры сердечно-сосудистого риска у пациентов молодого возраста с избыточной массой тела : обзор литературы / Ю. Х. Х. Хуссейн [и др.]. // Кардиология в Беларуси. – 2025. – Т. 17, № 3. – С. 410–420.

УДК 616.12-005.4-052

R. M. H. A. Abdullah, C. Okwaraji

Scientific supervisor: PhD, Associate Professor E. G. Malaeva

Educational Establishment
"Gomel State Medical University"
Gomel, Republic of Belarus

CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL EVALUATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Introduction

*Ischemic Heart Disease (*IHD) is the leading cause of mortality and morbidity worldwide, resulting from an imbalance between myocardial oxygen supply and demand [1]. While often driven by obstructive atherosclerosis – a process accelerated by modifiable risk factors such as hypertension, diabetes mellitus, and obesity – the clinical presentation of IHD is highly heterogeneous. It is influenced by a complex interplay of metabolic risk factors, lifestyle behaviors, and cultural perceptions [2, 3].

Many patients globally face "systemic diagnostic delays" because their symptoms do not align with classic "crushing" chest pain instead, they present with vague discomfort that leads to late-stage complications and a poorer quality of life [1, 5]. This diagnostic challenge is compounded by the fact that standard risk assessment tools may not adequately capture the variable impact of