доля которых не превышала 12,5%. Во второй группе, напротив, исходный функциональный статус пациентов был значительно ниже: преобладающее большинство (42,8%) находилось в ФК III, что свидетельствует о более тяжелом состоянии на старте терапии. Доля пациентов с ФК II во второй группе составила 28,5%, а с ФК I – лишь 14,3%.

Оценка эффективности реабилитационного воздействия. Повторное тестирование, проведенное после завершения полного курса реабилитации, позволило зафиксировать выраженную положительную динамику в обеих клинических группах. Анализ индивидуальных результатов показал, что у 62,5% пациентов 1 группы произошло достоверное снижение функционального класса, что расценивалось как улучшение состояния. Во 2 группе, несмотря на исходно более тяжелый контингент больных, доля респондеров (пациентов, ответивших на терапию снижением ФК) оказалась еще выше, достигнув 71,4%. Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности реабилитационной программы в обеих группах, при этом во второй группе отмечалась более выраженная частота положительных сдвигов.

Выводы

Выявлены существенные межгрупповые различия: у пациентов младше 60 лет достоверно чаще встречались перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, нарушения ритма сердца и клапанная патология (недостаточность митрального и трикуспидального клапанов), что коррелировало с их исходно более тяжелым функциональным статусом (преобладание III функционального класса).

Ключевым результатом работы является доказанная высокая эффективность реализуемой программы медицинской реабилитации. Несмотря на исходно более тяжелое состояние пациентов младше 60 лет, зафиксирована наибольшая доля положительных сдвигов – у 71,4% больных удалось добиться снижения функционального класса, что превышает аналогичный показатель в группе пациентов старше 60 лет (62,5%). Это свидетельствует о высоком восстановительном потенциале пациентов трудоспособного возраста и подчеркивает важность своевременного начала реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тлеуберлин, Т. Реабилитация пациентов после аортокоронарного шунтирования / Т. Тлеуберлин // Medicine, science and education. – 2023. – № 3. – С. 20–29.

2. Мухарлямов, Ф. Ю. Программы медицинской реабилитации больных после аортокоронарного шунтирования / Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычёва, М. А. Рассулова // Доктор. Ру. – 2016. – № 12. – С. 7–10.

УДК 616.379-008.64:616.89

М. Г. Кононов, Е. Р. Шандрак

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

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

КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение

Психические расстройства (ПР) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) характеризуются широкой распространенностью и значительным влиянием на течение основного заболевания. Согласно современным данным, более половины пациентов с СД2 страдают коморбидными ПР, которые зачастую носят рецидивирующий или затяжной характер [1].

В частности, распространённость генерализованного тревожного расстройства при СД2 почти в три раза превышает показатели общей популяции [2]. Риск развития депрессии у данной категории больных также выше на 50–100% [3].

Одной из причин возникновения ПР является «диабетический дистресс» – состояние хронического эмоционального напряжения, обусловленное необходимостью постоянного контроля заболевания и изменения образа жизни. Хронический стресс провоцирует гиперсекрецию кортизола, который, в свою очередь, способствует повышению уровня гликемии, снижая эффективность проводимой сахароснижающей терапии [4]. Наличие коморбидных ПР значительно затрудняет соблюдение режима лечения, что приводит к ухудшению показателей компенсации углеводного обмена в сравнении с пациентами, не имеющими психических нарушений [1].

Учитывая высокую медико-социальную значимость данной проблемы, изучение структуры и влияния коморбидных ПР на состояние пациентов с СД2 представляется крайне актуальным для современной клинической эндокринологии и психиатрии.

Цель

Оценить распространенность и выраженность коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с СД2, а также изучить взаимосвязь этих состояний с клиническими характеристиками заболевания.

Материал и методы исследования

В исследование включены 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) с СД2 в возрасте от 48 до 79 лет, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ».

Для оценки степени тяжести тревожных расстройств использовалась шкала Гамильтона для оценки тревоги (Ham-A). Опросник состоит из 14 пунктов, которые по шкале от 0 (отсутствует) до 4 (присутствует в очень тяжелой степени) оценивают степень выраженности симптомов тревоги. После заполнения шкалы подсчитывается суммарный балл и делается заключение о степени выраженности тревожного расстройства: 0–7 баллов – отсутствие тревоги, 8–17 – легкая степень тревоги, 18–24 баллов – средняя степень тревоги, 25–56 баллов – тяжелая степень тревоги.

Наличие и интенсивность депрессии оценивались по шкале депрессии Бека (BDI). Пациентам было предложено ответить на 21 вопрос, каждый из которых имеет 4 варианта ответа. При этом каждому ответу присвоен балл (от 0 до 3) в зависимости от степени выраженности депрессивного расстройства (соответственно, 0 – отсутствие депрессии, 3 – наивысший уровень признака). При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем ответам: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30–63 – тяжелая депрессия.

Исследование также включало определение антропометрического показателя ИМТ, которое производилось по формуле Кетле: ИМТ=M/L2 (кг/м^2), где M – масса тела в килограммах и L – рост в метрах. Определение компенсации СД 2 проводилось на основании уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Уровень HbA1c определен в соответствии со стандартом NGSP методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Для статистической обработки данных использовали программное обеспечение Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам опросника Ham-A пациенты были разделены на 4 группы, так 1-я группа – 7 (17,5%) пациентов с отсутствием тревоги, 2-я группа – 16 (40%) пациентов с легкой степенью тревоги, 3-я группа – 8 (20%) пациентов со средней степенью тревоги и 4-я

группа – 9 (22,5%) пациентов с тяжелой степенью тревоги. По гендерному составу отмечено следующее распределение: в 1-й группе – 20% мужчин и 15% женщин соответственно, во 2-й группе – 45% мужчин и 35% женщин соответственно, в 3-й группе 25% – мужчин и 15% – женщин соответственно, в 4-й группе 10% – мужчин и 35% – женщин соответственно. С учетом компенсации СД 2 типа независимо от степени тревоги, согласно опроснику Ham-A, отмечалась декомпенсация СД 2 типа. Так, в 1-й группе у 7 (100%) пациентов, во 2-й группе у 12 (75%) пациентов, в 3-й группе у 7 (87,5%) пациентов, в 4-й группе у 8 (88,8%) пациентов HbA1c превышал целевые показатели. Проводя анализ ИМТ, отмечено, что независимо от степени тревоги ИМТ соответствовал избыточному весу, так среднее значение ИМТ по группам составило: 1-я группа – 34,4±4,6 кг/м^2, 2-я группа – 32,3±4,2 кг/м^2 3-я группа – 31,8±4,8 кг/м^2, 4-я группа – 38,7±5,7 кг/м^2. Оценивая средний возраст пациентов с СД 2 с учетом групп исследования отмечено, что в 1-й группе средний возраст пациентов составил 65,8±9,7 лет, во 2-й группе – 64,5±8,9 лет, в 3-й группе – 68,25±10,2 лет, в 4-й группе – 62,6±10,4 лет. Проводя оценку стажа СД 2 в группах, исследования отмечено, что в 1-й группе – средний стаж СД 2 составит 18,7±8,2 лет, во 2-й группе – 17,5±10,1 лет, в 3-й группе – 17,8±5,9 лет, 4 группа – 12,9±7,7 лет. По наличию осложнений СД 2 (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия, диабетическая ангиопатия ног) отмечено, что в 1-й группе у 85,7% пациентов, во 2-й группе – 93,7% пациентов, в 3-й группе – 87,5% пациентов, в 4-й группе – 88,8% отмечались различной степени выраженности осложнения СД 2.

При проведении анализа результатов данных, согласно опросника BDI, пациенты были разделены на 4 группы: 1-я группа 22 (55%) пациента с отсутствием депрессии, 2-я группа 11 (27,5%) пациентов с легкой депрессией, 3-я группа 5 (12,5) пациентов с умеренной депрессией, 4-я группа 2 (5%) пациента с депрессией средней тяжести. Пациентов с СД2, соответствующих критериям тяжелой депрессии, выявлено не было. По гендерному составу отмечено следующее распределение: в 1-й группе 60% мужчин и 50% женщин соответственно, во 2-й группе 20% мужчин и 35% женщин соответственно, в 3-й группе 15% мужчин и 10% – женщин соответственно, в 4-й группе 5% мужчины и 5% женщин соответственно. С учетом компенсации СД 2 отмечено, что независимо от степени выраженности депрессии, отмечена декомпенсация СД 2. Так, в 1-й группе у 81,82% (18) пациентов, во 2-й группе у 81,82% (9) пациентов, в 3-й группе у 100% (5) пациентов, в 4-й группе – 100% (2) пациентов HbA1c превышал целевые показатели. Проводя анализ ИМТ, отмечено, что независимо от степени депрессии ИМТ соответствовал избыточному весу, так среднее значение ИМТ по группам составило: 1-я группа – 32,6±5,5 кг/м^2, 2-я группа – 35,4±5,6 кг/м^2, 3-я группа – 33,7±2,9 кг/м^2, 4-я группа – 40,28±1,8 кг/м^2.Оценивая средний возраст пациентов с СД 2 с учетом групп исследования отмечено, что средний возраст пациентов в 1-й группе составил 63,7±10 лет, во 2-й группе – 68,55±8,3 лет, в 3-й группе – 64,8±11 лет, в 4-й группе – 60,5±3,5 года. Проводя оценку стажа СД 2 в группах, исследования отмечено, что в 1-й группе средний стаж СД 2 – 16,8±9,5 лет, во 2-й группе – 17,2±6,7 лет, в 3-й группе – 18,6±9 лет, в 4-й группе – 8,5±2,1 года. По наличию осложнений СД 2 (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия, диабетическая ангиопатия ног) отмечено, что в 1-й группе у 90,9% пациентов, во 2-й группе – 90,9% пациентов, в 3-й группе у 80% пациентов, в 4-й группе у 100% имеют различной степени выраженности осложнения СД 2.

Выводы

Для пациентов с СД 2 характерна высокая коморбидность с тревожно-депрессивными расстройствами. Пациенты с более тяжелой степенью тревоги и депрессии имеют меньший средний стаж заболевания и более молодой возраст (по сравнению с пациентами без психических расстройств), что указывает на трудности психологической адаптации у данной группы пациентов. Отмечена взаимосвязь между тяжёлыми формами тревожных и депрессивных расстройств, согласно опросникам Ham-A и BDI, и избыточной массой тела, что

может выступать отягощающим фактором эмоционального состояния. Депрессивные состояния негативно влияют на компенсацию СД 2 (доля декомпенсированных пациентов в группах с умеренной и средней тяжестью депрессии достигает 100%), что свидетельствует о снижении приверженности лечению. Женщины более склонны к развитию тяжёлых тревожных расстройств, в то время как распределение по тяжести депрессии между полами является равномерным. Полученные данные подтверждают необходимость регулярного скрининга психоэмоционального статуса пациентов с СД 2, что является необходимым условием для повышения эффективности проводимой терапии и улучшения качества жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психические расстройства при сахарном диабете 2-го типа / А. Е. Бобров [и др.]. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – С. 22 –30.

2. Schizophrenia and Diabetes 2003 : Expert Consensus Meeting, Dublin, 3–4 October, 2003 : consensus summary // Br J Psychiatry. – 2004. – Vol. 47. – P. 112 – 114.

3. Mental disorders among persons with diabetes : results from the World Mental Health Surveys / E. H. Lin, M. Von Korff, J. Alonso [et al.]. // J Psychosom Res. – 2008. – Vol. 65. – P. 571–580.

4. Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus / J. J. Joseph [et al.]. // Ann NY Acad Sci. – 2017. – Vol. 1391. – P. 20–34.

УДК 616.127-005.8-037-057.875

Д. Е. Костюченко, А. С. Попова

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Н. А. Никулина

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

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смертности в мире. Также тревогу вызывает «омоложение» инфаркта миокарда, который все чаще встречается у людей более раннего возраста [1, 2, 3].

Цель

Провести анализ факторов риска развития инфаркта миокарда у студентов.

Материал и методы исследования

Выполнено анкетирование 54 студентов в возрасте от 19 до 41 года, средний возраст составил 21 год, из них 14% мужчин (8 человек) и 86% женщин (46 человек). Анкета включала вопросы, касающиеся антропометрии (рост и вес), вредных привычек (курение и алкоголь), наследственной отягощенности по ССЗ, наличию физической активности, а также наличию таких факторов риска как артериальная гипертензия, сахарный диабет, повышенный холестерин. Результаты представлены в процентном соотношении.

Результаты исследования и их обсуждение

По антропометрическим данным было выявлено, что 36 человек имели ИМТ, соответствующий норме, 9 человек имели дефицит массы тела, 6 человек имели избыток массы тела (таблица 1).

Касаемо наличию вредных привычек получились следующие значения: 36 человек употребляют алкоголь, 18 человек воздерживаются от употребления. При анкетировании насчет курения было выявлено 14 человек увлекающимся курением. Среди них 1 человека предпочитает курить классические сигареты, остальные 12 человек предпочитают использовать электронные сигареты. При этом 1 человек совмещает оба вида курения.