

4,4 % имеют заболевания сердечнососудистой системы, что остался на прежнем уровне. 4 % имеют заболевания дыхательной системы — не отмечались у опрошенных в прошлом периоде; 4 % имеют заболевания эндокринной системы, произошло увеличение на 2 %; 1 % имеют заболевания опорно-двигательной системы, но не отмечалось два года назад; 5,8 % имеют аллергические заболевания, что уменьшилось на 2,5 %; 13,3 % опрошенных отмечают наличие 2 и более хронических заболеваний, что остался на прежнем уровне по сравнению с предыдущим опросом.

Нарушения в режиме и рационе питания могут стать причиной заболеваний пищеварительной, сердечно-сосудистой систем; курение и употребление алкоголя приводят в будущем к заболеваниям сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и эндокринной системы; нарушение ритма сна и бодрствования способствует возникновению заболеваний нервной системы и возникновению тревожных расстройств и депрессивных состояний, а также эндокринных нарушений. Период обучения в медицинском вузе должен быть направлен не только на подготовку к будущей профессиональной деятельности, но и на формирование ответственного, сохраняющего здоровья поведения для успешной дальнейшей жизни. Только в этом случае у медицинского работника врача появится желание активно трудиться, оказывать помощь, пропагандировать здоровый образ жизни.

Выводы

1. У опрошенных студентов было установлена большая распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и отрицательная динамика заболеваемости органов пищеварения и эндокринной системы. Среди студентов медицинского университета необходимо активизировать работу по пропаганде здорового образа жизни с целью профилактики неинфекционных заболеваний у будущих врачей.

2. Студенты медицинского университета, независимо от курса обучения, должны владеть знаниями о факторах риска неинфекционных заболеваний и проводить обучение населения РБ принципам предотвращения развития неинфекционных заболеваний, которые являются основной причиной смерти в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник [Электронный ресурс] / под ред. Г. Н. Царик. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.html>.
2. Юшук, Н. Д. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / Н. Д. Юшук, И. В. Моев, К. Г. Гуриевич. — М., 2016. — С. 7–15.
3. Давиденко, Д. Н. Здоровье и образ жизни студентов / Д. Н. Давиденко, Ю. Н. Щедрин, В. А. Щеголев. — М., 2015. — С. 18–30.
4. Яшин, В. Н. ОБЖ. Здоровый образ жизни / В. Н. Яшин. — М., 2017. — С. 19–35.

УДК 617.7:616.379-008.64

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Удодова В. Г., Калайда Р. И.

**Научные руководители: ассистент А. Ю. Прислопская,
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Сахарный диабет (diabetes mellitus) (СД) — это хроническое, гетерогенное, прогрессирующее эндокринное заболевание, характеризующееся абсолютным (тип 1) или относительным

сительным (тип 2) дефицитом инсулина, микрососудистыми или макрососудистыми осложнениями и нарушением всех видов обмена веществ [1]. Более 60 % пациентов СД — инвалиды I и II группы. Диабетическая ретинопатия (ДР) — сосудистое осложнение СД, угрожающее потерей зрения. ДР занимает одно из первых мест как причина слепоты и слабовидения в возрастной группе 20–70 лет [2]. Риск развития слепоты у пациентов СД в 25 раз выше, чем у людей без СД. Особенно это актуально для пациентов, страдающих сочетанным течением СД 2-го типа и артериальной гипертензии (АГ), которые в силу своей эпидемической распространенности относятся к числу социально значимых заболеваний. Основными факторами развития ДР являются: длительное течение СД, декомпенсация диабета, диабетическое поражение нервной системы, частое стойкое повышение содержания липидов в крови, наличие других осложнений — диабетической нефропатии и повышенного артериального давления [3–4].

Цель

Оценить частоту и факторы риска развития диабетической ретинопатии у пациентов с СД 2 типа.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 300 историй болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» г. Гомеля и терапевтическом отделении ЦРБ г. Чечерска. Из них 100 человек имели диабетическую ретинопатию.

При исследовании изучались такие вопросы, как длительность заболевания сахарным диабетом и наличие сопутствующей артериальной гипертензии.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от продолжительности СД 2 типа все пациенты с ДР были разделены на 3 группы (таблица 1). В первую группу вошли пациенты, стаж СД 2 типа которых составил менее 5 лет. Во вторую группу были включены пациенты с длительностью заболевания от 5 до 15 лет. В третьей группе были пациенты со стажем более 15 лет. Пациенты также были разделены по гендерному признаку на мужчин и женщин. Возраст исследуемых пациентов колеблется от 35 до 80 лет.

Таблица 1 — Распространенность ДР у пациентов СД 2 типа в зависимости от продолжительности сахарного диабета

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	5 (27,7 %)	13 (72,3 %)	18
От 5 до 15 лет	20 (45,4 %)	24 (54,6 %)	44
Более 15 лет	13 (34,2 %)	25 (65,8 %)	38
Всего	38	62	100

ДР диагностирована преимущественно у пациентов с СД со стажем заболевания более 5 лет, как у мужчин, так и у женщин. Средний возраст возникновения СД 2 типа у мужчин составил от 35 до 38 лет, у женщин — 38–40 лет.

В зависимости от продолжительности заболевания стадии ДР распределились следующим образом (таблица 2).

Таблица 2 — Распространенность стадий ДР у пациентов СД 2 типа в зависимости от продолжительности сахарного диабета

Степень ретинопатии	Стаж СД		
	до 5 лет	5–15 лет	более 15 лет
Фоновая ангиопатия (ФА)	11 (61,1 %)	10 (22,7 %)	10 (26,3 %)
ДР 1	7 (38,9 %)	29 (65,9 %)	8 (21 %)
ДР 2	—	5 (11,4 %)	20 (52,6 %)

Распространенность ФА при СД 2 типа с сопутствующей АГ составила 60 %, без АГ — 40 %. Из этого следует, что сочетание СД 2 типа с АГ увеличивает риск возникновения ФА в 1,5 раза.

У пациентов со стажем СД 2 типа более 5 лет частым сопутствующим заболеванием является АГ (таблица 3).

Таблица 3 — Распространенность АГ у пациентов СД 2 типа в зависимости от продолжительности сахарного диабета

Стаж СД	До 5 лет	5–15 лет	Более 15 лет
Количество пациентов с АГ	13 (72,2 %)	30 (68,1 %)	25 (65,8 %)

Средний возраст пациентов с СД на момент диагностики АГ составил 40 лет. У большинства пациентов с СД диагностирована АГ.

Выводы

1. Частота ДР у пациентов с СД 2 типа составила 33,3 %.
2. Установлено, что значимым фактором риска развития и степени тяжести ДР явился стаж СД: у пациентов со стажем СД менее 5 лет ДР встречается в 18 % случаях, от 5 до 15 лет — в 44 % случаях, более 15 лет — в 38 % случаях. При прогрессировании СД 2 типа имеет место прогрессирование ретинопатии.
3. Распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с СД является АГ (68 %), которая способствует прогрессированию ДР.
4. Дебют СД 2 типа у мужчин отмечался в возрасте от 35 до 38 лет, у женщин — 38–40 лет, что увеличивает риск развития ретинопатии в молодом возрасте. Это представляет серьезную проблему для общества и имеет не только медико-социальное, но и экономическое значение, так как ДР характеризуется высокой степенью инвалидизации людей трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов, А. С. Эффективное и безопасное управление сахарным диабетом 2 типа на современном уровне / А. С. Аметов, Е. В. Карпова, Е. В. Иванова // Доказательная диabetология. — 2009. — № 2. — С. 18–24.
2. Факторы, влияющие на прогрессирование диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом типа 2 после перевода на инсулинотерапию / Ю. С. Астахов [и др.] // Клини. офтальмол. — 2005. — № 3. — С. 110–115.
3. Либман, Е. С. Состояние и динамика инвалидности вследствие нарушения зрения в России. В кн.: Материалы IX съезда офтальмологов / Е. С. Либман. — М., 2010.
4. Дедов, И. И. Сахарный диабет и артериальная гипертензия / И. И. Дедов, М. В. Шестакова. — М.: МИА, 2006.

УДК 616.72-002.77-009.7:159.9-056.48

ВЗАИМОСВЯЗЬ КРИТЕРИЯ ЭКСТРАВЕРТНОСТИ-ИНТРОВЕРТНОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Филанович А. В., Купрейчик В. В.

**Научные руководители: д.м.н., доцент А. Л. Калинин,
к.м.н., доцент Т. С. Угольник**

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

Введение

Системное заболевание соединительной ткани, которое вызывает сильный болевой синдром, приводящий к снижению качества жизни и наиболее часто поражающие