



Рисунок 1 — Ответы анкетирующих на вопрос «С чем вы связываете повышение давления?»

Выводы

Таким образом выявлена высокая частота встречаемости артериальной гипертензии, связанной с повышенной раздражительностью, конфликтностью, эмоциональным дискомфортом, тревожными расстройствами, чувством незащищенности.

В заключении следует отметить, что хронический стресс является одним из ключевых факторов в формировании АГ. В исследовании также было выявлено, что несмотря на относительную эмоциональную устойчивость, многие люди так или иначе подвергаются стрессовым нападкам, часто связанным с окружающей социальной обстановкой. Проведенное исследование показывает значимость сохранения стабильного психоэмоционального состояния, что достигается оказанием психотерапевтической помощи на ранних этапах развития болезни.

В настоящее время особое внимание уделяется умению противостоять стрессовым ситуациям и снизить их вредное влияние на организм. Медицинское консультирование, направленное на стрессоустойчивость, пропаганду здорового образа жизни и поведения, может значительно снизить риски развития и устранить ведущие причины артериальной гипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздова, И. В. Психоэмоциональный стресс как фактор риска у больных артериальной гипертензией : науч. ст. / И. В. Дроздова, В. А. Дроздов // Международный медицинский журнал. 2008. № 3. С. 39.
2. Шабалин, А. В. Роль психологического стресса в развитии эссенциальной артериальной гипертензии : науч. ст. / А. В. Шабалин // Бюллетень СО РАМН. 2004. № 4(114). С. 7.

УДК 616.379-008.64-053-055.2

ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Гертман В. Д.

**Научные руководители: ассистент Д. С. Белогурова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) — нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсули-

новой недостаточностью, или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее [1]. По последним данным, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза, и к концу 2021 г. превысила 537 млн человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2030 г. СД будет страдать 643 млн человек, а к 2045 г. — 784 млн человек [2, 3].

Цель

Проанализировать течение СД 2 типа у женщин репродуктивного возраста и в период постменопаузы.

Материал и методы исследования

Материал исследования — 80 стационарных карт женщин в возрасте 27–84 лет с подтвержденным СД 2 типа. Первая группа (N = 40) включала женщин до 45 лет, вторая группа (N = 40) — старше 45 лет.

Методы исследования — статистическая обработка данных с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 13.5 и «Microsoft Excel 2016». Сравнение между группами качественных показателей проводилось с помощью критерия Фишера, χ^2 . Сравнение количественных признаков проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Различия между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении исследования было установлено: средний возраст женщин в первой группе составил $40,7 \pm 4,1$ года, во второй — $67,3 \pm 5,9$ года. Количество проведенных койко-дней составило $9,1 \pm 3,6$ в первой группе, во второй — $9,8 \pm 2,9$.

При проведении анализа биохимических (БХ) показателей гликозилированного гемоглобина (%) были получены следующие результаты: минимальное значение — 5,1 в первой группе и 5,5 — во второй группе, а максимальное — 13 в первой группе и 15,2 — во второй, среднее значение — 7,94 в первой группе и 9,32 во второй ($p = 0,005$; $t = -2,9$).

Результаты, полученные при оценке гликемического профиля в первой и второй группах, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты оценки ГП в первой и второй группах

Гликемический профиль	Первая группа			Вторая группа			Уровень значимости (p; t)
	среднее значение	минимум	максимум	среднее значение	минимум	максимум	
Ммоль/л							
При поступлении	—	5	24,6	14,4	6,1	26,8	$p = 0,03$; $t = -2,3$
При выписке	5,9	4,2	9,3	7,3	4,1	13,4	$p = 0,0007$; $t = -3,5$

Статистически значимые различия были выявлены по всем анализируемым параметрам ($p < 0,05$).

В результате проведенного исследования был произведен анализ клинико-лабораторных показателей среди исследуемых групп (таблица 2). В процессе анализа данных клинического анализа мочи было установлено: среднее значение альбумина (мг/л) в первой группе — 15,3, во второй — 33,2; минимальные значения составили: 2 — в первой группе и 2 — во второй, а максимальные: 53 — в первой группе и 254 — во второй ($p = 0,02$; $t = -2,4$).

Статистически значимые различия были выявлены по уровню креатинина и мочевины ($p < 0,05$).

Результаты анализа БХ показателей липидного спектра в первой и второй группах представлены в таблице 3.

Таблица 2 — Результаты исследования БХ показателей крови в первой и второй группах

БХ показатель	Первая группа			Вторая группа			Показатель значимости (p; t)
	среднее значение	минимум	максимум	среднее значение	минимум	максимум	
Креатинин, мкмоль/л	71,4	48	167	93,6	50	196	p = 0,0004; t = -3,73
Мочевина, ммоль/л	5,1	1,6	10,3	8,8	1,3	55,5	p = 0,0075; t = -2,75
Билирубин общий, мкмоль/л	12,22	5,4	33,7	14,8	5,1	39,6	p = 0,12; t = -1,6
АСАТ, ед/л	26,3	8	163	17,9	9	41	p = 0,09; t = 1,7
АЛАТ, ед/л	31,5	12	85	25,4	11	62	p = 0,09; t = 1,7

Таблица 3 — Результаты анализа липидного спектра в первой и второй группах

Липидный спектр	Первая группа			Вторая группа			Уровень значимости (p; t)
	среднее значение	минимум	максимум	среднее значение	минимум	максимум	
Ммоль/л							
Общий холестерин	4,98	1,9	8,1	4,7	2,8	10	p = 0,3; t = 1,04
ЛПВП	1,2	0,61	2,34	1,08	0,4	2	p = 0,11; t = 1,6
ЛПНП	2,7	0,51	5,2	2,7	0,92	6,4	p = 0,86; t = -0,2
ЛПОНП	0,9	0,4	1,9	0,99	0,2	2,7	p = 0,3; t = -1,12
Триглицериды	2,2	0,9	6,1	2,06	0,45	5,95	p = 0,7; t = 0,42

Статистически значимых различий не было выявлено ни у одного из анализируемых параметров (p > 0,05).

При проведении анализа осложнений СД 2 типа в обеих было установлено: у наибольшего количества обследованных женщин наблюдалась дистальная полинейропатия (ДПН) (57,5 и 100 % женщин — в первой и второй группах), поражения сосудов нижних конечностей (ангиопатия, микроангиопатия и диабетическая стопа) (50 и 87,5 % женщин — в первой и второй группах) и ретинопатия (60 % женщин — во второй группе). У женщин с СД 2 типа в период постменопаузы ДПН, поражения сосудов нижних конечностей, ретинопатия и нефропатия встречаются достоверно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста (p < 0,05).

Таблица 4 — Осложнения СД 2 типа в первой и второй группах

Осложнения	Первая группа	Вторая группа	Уровень значимости (p; χ^2)
ДПН	23 (57,5 ± 7,82 %)	40 (100 ± 0 %)	$\chi^2 = 21,59$; p < 0,001
Поражения сосудов нижних конечностей	20 (50 ± 7,9 %)	35 (87,5 ± 5,23 %)	$\chi^2 = 13,09$; p = 0,0003
Нефропатия	7 (17,5 ± 6 %)	16 (40 ± 7,7 %)	$\chi^2 = 4,94$; p = 0,02
Ретинопатия	5 (12,5 ± 5,2 %)	24 (60 ± 7,7 %)	$\chi^2 = 19,53$; p < 0,001
Макулопатия	2 (5 ± 3,4 %)	5 (12,5 ± 5,2 %)	p = 0,22

В результате проведенного исследования был произведен анализ основных жалоб пациентов: в первой группе преобладали жалобы на онемение конечностей (62,5 %), вариабельность показателя гликемии (55 %), а во второй — жалобы на онемение конечностей (95 %), вариабельность показателя гликемии (47,5 %), боли в нижних конечностях (50 %) и снижение остроты зрения (45 %). У женщин с СД 2 типа в период постменопаузы жалобы на онемение конечностей, боли в нижних конечностях, снижение остроты зрения и ощущение слабости встречаются достоверно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста (p < 0,05).

Таблица 5 — Основные жалобы пациентов в первой и второй группах

Основные жалобы	Первая группа	Вторая группа	Уровень значимости (p; χ^2)
Онемение конечностей	25 (62,5 ± 7,7 %)	38 (95 ± 3,4 %)	$\chi^2 = 12,62$; p = 0,0003
Вариабельность показателя гликемии	22 (55 ± 7,9 %)	19 (47,5 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 0,45$; p = 0,3
Ощущение сухости во рту и жажды	1 (2,5 ± 2,5 %)	4 (10 ± 4,7 %)	p = 0,2
Боли в нижних конечностях	10 (25 ± 6,8 %)	20 (50 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 5,33$; p = 0,02
Снижение остроты зрения	6 (15 ± 5,6 %)	18 (45 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 8,6$; p = 0,0033
Учащенное мочеиспускание	5 (12,5 ± 5,2 %)	9 (22,5 ± 6,6 %)	$\chi^2 = 0,74$; p = 0,3
Ощущение слабости	0	5 (12,5 ± 5,2 %)	p = 0,03
Судороги	0	1 (2,5 ± 2,5 %)	p = 0,5
Снижение веса	0	1 (2,5 ± 2,5 %)	p = 0,5

Выводы

1. Основные жалобы женщин с СД 2 типа — онемение конечностей, вариабельность показателя гликемии, боли в нижних конечностях и снижение остроты зрения.

2. У женщин с СД 2 типа в период постменопаузы жалобы на онемение конечностей, боли в нижних конечностях, снижение остроты зрения и ощущение слабости встречаются достоверно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста (p < 0,05).

3. Основные осложнения у женщин с СД 2 типа — ДПН, поражения сосудов нижних конечностей и ретинопатия.

4. У женщин с СД 2 типа в период постменопаузы ДПН, поражения сосудов нижних конечностей, ретинопатия и нефропатия встречаются достоверно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста (p < 0,05).

5. У женщин в период постменопаузы уровни гликемии, альбумина, креатинина и мочевины достоверно выше, чем у женщин репродуктивного возраста (p < 0,05).

ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков, А. Н. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний / А. Н. Окорочков // Диагностика болезней внутренних органов: в 10 т. М. : Мед. лит, 2021. Т. 2. С. 254–331.

2. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, А. Ю. Майорова. М. : ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии», 2021. 236 с.

3. Дедов, И. И. Эндокринология: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. М. : Литература, 2021. 416 с.

УДК 616.329-002-039.4-057.875:378.6

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИМПТОМОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА GERDQ

Гетикова В. А.

**Научные руководители: ассистент кафедры Д. С. Белогурова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное ретроградным током рефлюксного содер-