

Выводы

1. Среди случаев инфаркта миокарда, рассматриваемых нами соотношение мужчин и женщин 2:1.
2. Результаты исследования показали, что инфаркт миокарда имеет особенности течения в зависимости от пола.
3. Инфаркт миокарда у женщин развивался в более позднем возрасте, чем у мужчин, что совпадает с общемировыми тенденциями.
4. Женщины имеют больше сопутствующих заболеваний, чем мужчины, в обеих группах наиболее распространенное сопутствующее заболевание гипертоническая болезнь.
5. Осложнения развиваются у мужчин и у женщин с практически одинаковой частотой, однако у женщин превалирует ре-инфаркт, а у мужчин аритмии.
6. В обеих группах наблюдается повышение маркеров повреждения миокарда. Однако статистически значимые различия выявлены в уровнях миоглобина и ЛДГ.
7. Статистически значимых различий в показателях липидного и минерального обмена не выявлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда: от патогенеза к молекулярным маркерам диагностики / В. А. Бунин [и др.] // Успехи физиологических наук. – 2020. – Т. 51. – № 1. – С. 33–45.
2. Гордиенко, А. В. Сезонные особенности инфаркта миокарда у мужчин молодого и среднего возраста / А. В. Гордиенко, А. В. Сотников, Д. В. Носович // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – № 10. – С. 65–70.
3. Вчера, сегодня, завтра в диагностике и лечении острого инфаркта миокарда / В. А. Марков [и др.] // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2011. – Т. 26. – № 2–1. – С. 8–13.
4. Рыжова, Т. А. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста / Т. А. Рыжова, Н. А. Бичан // Кардиология. – 2012. – Т. 52. – № 12. – С. 24–27.

УДК 616.379-008.64-06

Д. Д. Медведева, А. В. Шупранов

Научный руководитель: О. Л. Никифорова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АМБУЛАТОРНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Введение

Сахарный диабет (СД) – группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, возникающей в результате дефектов секреции инсулина, эффектов инсулина или одновременного воздействия этих факторов [1]. Согласно современным представлениям, СД 1-го типа – аутоиммунное заболевание, в котором изменение гуморального и клеточного иммунитета играют определяющую роль. В основе СД 2-го типа лежат резистентность к инсулину и его недостаточность, чаще относительная, чем абсолютная [1].

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, на 1 января 2022 года состояло под наблюдением 360 532 пациента с СД, из них 18 542 с СД 1 типа, 338 086 с СД 2 типа. За последние 20 лет количество пациентов с СД увеличилось в три раза [2].

Клинические проявления и особенности течения СД зависят от его типа. Для СД 1-го типа, как правило, характерны острое начало заболевания и быстрое развитие выраженных метаболических нарушений. СД 1-го типа нередко впервые проявляется тяжелым ацидо-

зом или диабетической комой. СД 2-го типа характеризуется длительной доклинической бессимптомной стадией, и к моменту установления диагноза более чем у половины пациентов присутствуют осложнения. У пациентов СД 2-го типа наряду с признаками нарушения углеводного обмена нередко отмечают ожирение или избыточную массу тела, АГ, ИБС. СД 2-го типа может быть впервые выявлен у больных с инфарктом миокарда или инсультом [1].

Клиническая классификация осложнений СД включает острые и хронические осложнения. Двумя наиболее важными острыми осложнениями являются гипогликемия и неотложные гипергликемические состояния. Основными хроническими осложнениями являются диабетическая нефропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая ангиопатия, синдром диабетической стопы, остеоартропатия [3]. Патогенез хронических осложнений носит многофакторный характер, а частота развития их достоверно связана с качеством компенсации СД [4].

Многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе убедительно доказывают зависимость между степенью контроля гликемии и риском развития микрососудистых осложнений. Единственным маркером степени компенсации углеводного обмена и, следовательно, качества лечения и диагностики дальнейших осложнений СД, является уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) [5].

Цель

Проанализировать частоту и структуру осложнений сахарного диабета в амбулаторной практике. Выявить частоту встречаемости декомпенсированных форм сахарного диабета согласно критериям Всемирной Организации Здравоохранения от 2021 года: HbA1c < 7,5 %. Определить взаимосвязь между уровнем компенсации и возникновением осложнений.

Материал и методы исследования

Материалом для данного исследования послужили данные 52 медицинских карт амбулаторных пациентов (форма 025/у), состоящих на диспансерном учете с сахарным диабетом ГУЗ «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал № 12. Дизайн исследования ретроспективное, закрытое. Особое внимание уделялось результатам биохимических исследований крови, анализов крови на гликированный гемоглобин (HbA1c), анализов крови на глюкозу, а также данным осмотра врача общей практики (ВОП), эндокринолога, офтальмолога, невролога, хирурга. Математико-статистическая обработка и анализ полученных данных производились с помощью программного обеспечение Microsoft Office – Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

В рамках исследования пациенты, согласно половой принадлежности, были разделены на две группы: мужчины – 17 чел. (33 %) и женщины – 35 чел. (67 %). Средний возраст мужчин составил 62 года (sd = 13,4), женщин – 63 года (sd = 11,1).

В исследуемой когорте пациентов осложнения сахарного диабета наблюдались у 55,8% пациентов (рисунок 1). У 52,9 % мужчин и 57,1 % женщин присутствовали осложнения различного характера (рисунок 2).

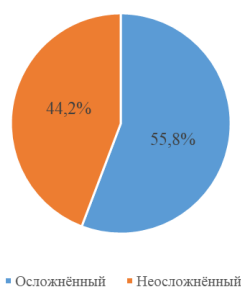


Рисунок 1 – Частота встречаемости осложнений сахарного диабета

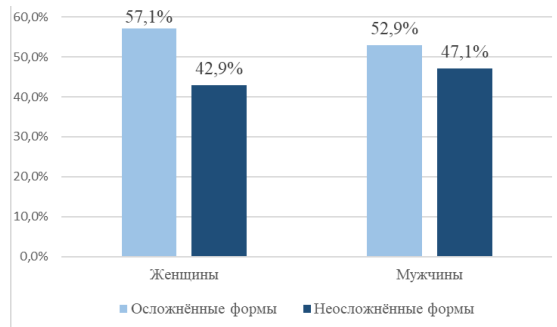


Рисунок 2 – Частота встречаемости осложнений СД среди женщин и мужчин

Анализ структуры осложнений СД показал, что наиболее частым осложнением явилась диабетическая нефропатия (26 % пациентов), равные доли в структуре осложнений приходятся на диабетическую ангиопатию и нейропатию (21 %). По данным осмотра офтальмолога, у 18,8 % пациентов выявлены различные стадии диабетической ретинопатии. 7,5 % пациентов с осложненной формой сахарного диабета страдают синдромом диабетической стопы, который в 75 % случаев сочетается с диабетической нейропатией и ангиопатией. Наименьшую долю в структуре осложнений СД, равную 5,7 %, составляет остеоартропатия. Графическое представление структуры осложнений представлено на рисунке 3.

В процессе исследования обращалось внимание на качество компенсации углеводного обмена, оценка которого проводилась по показателю HbA1c, среднее значение которого составило 8,33 % (sd = 1,9) при целевом значении 6,5 %. Среди пациентов исследуемой группы только 19 % достигли целевого значения, 21 % пациентов имели субкомпенсированную форму СД (HbA1c от 6,5 до 7,5%) и у 60 % пациентов СД был декомпенсирован. Среди мужчин 53 % имели декомпенсированную форму, среди женщин – 63 %.

Была выявлена связь между качеством компенсации СД и частотой развития осложнений. Так, только 33,3 % пациентов с компенсированным СД имели осложнения, среди пациентов с субкомпенсированной формой осложнения имелись у 54,3 %, пациенты с декомпенсированной формой страдали от осложнений СД в 64,3 % случаев.



Рисунок 3 – Структура осложнений сахарного диабета

Выводы

1. Частота встречаемости осложнений СД составила 55,8 %.
2. В структуре осложнений СД наиболее часто присутствовала нефропатия (26 %), ангиопатия (21 %) и полинейропатия (21 %).
3. 60 % пациентов не достигают уровня удовлетворительной компенсации по показателю HbA1c, что существенно повышает риск развития хронических осложнений. Данная группа пациентов нуждается в коррекции терапии, модификации образа жизни (нормализация питания, регулярная физическая активность, отказ от курения и алкоголя) с целью компенсации углеводного обмена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Моисеев, В. С. Внутренние болезни: учеб. пособие / В. С. Моисеев – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Т. 2 – 895 с.
2. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/>. – Дата доступа: 18.03.2023.
3. Резникова, Е. А. Анализ структуры поздних осложнений и степени компенсации сахарного диабета 2-го типа [Электронный ресурс] / Е. А. Резникова, И. В. Лекарева, А. Р. Бабаева // Волгоградский научный журнал. – 2009. – Т. 1, № 21 – С. 40–41.
4. Диагностика и ведение сахарного диабета 2 типа (HEARTS-D) [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – Режим доступа: <https://www.who.int/>. – Дата доступа: 18.03.2023.
5. Ильин, А. В. Гликированный гемоглобин как ключевой параметр при мониторинге больных сахарным диабетом. Оптимальная организация исследований [Электронный ресурс] / А. В. Ильин, М. И. Арбузова, А. П. Князева // Ежеквартальный научно-практический медицинский рецензируемый журнал «Сахарный диабет». – 2008. – Т. 11, № 2 – С. 60–61.

УДК 616.379-008.64-052:612.67

А. В. Межейникова, В. В. Межейников

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Климактерий – это физиологический период в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе, характеризующиеся прекращением генеративной и менструальной функций [1]. В 1980 году ВОЗ предложена классификация климактерического периода, в которой выделены 3 основные фазы: пременопауза, менопауза и постменопауза [2]. Несмотря на универсальность эндокринных сдвигов у разных женщин отдельные стадии этого процесса могут различаться по своей продолжительности и сопровождаться различными специфическими симптомами, такими как вазомоторные, психоэмоциональные, потерей костной массы и формированием неблагоприятного сердечно-сосудистого профиля [3]. Сочетание климактерического синдрома и сахарного диабета (СД) создает условия для взаимного отягощения [4].

Цель

Оценить особенности течения климактерического синдрома у пациентов с СД с использованием шкалы Грина, а также оценить структуру осложнений СД и наличие сопутствующей патологии с учетом тяжести климактерического синдрома.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека, в котором приняли участие 40 женщин от 44 до 76 лет с СД. Из них с СД 1 типа – 5 женщин и СД 2 типа – 35 женщин. Методы исследования включали анализ амбулаторных карт, биохимический анализ крови (креатинин, общий холестерин (ОХ), гликированный гемоглобин (HbA1c), расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при помощи онлайн-калькулятора по формуле СКД-ЕРІ. Тяжесть климактерического синдрома оценивали по шкале Грина. Шкала Грина содержит 21 вопрос для оценки следующих симптомов по