

пациентов, ожирение 2 ст. у 44% пациентов и ожирение 3 ст. у 6% пациентов. Характеризуя ОТ у женщин, только 12 % пациентов, достигли целевых значений и у 88% пациентов ОТ превышал 80 см. У пациентов мужского пола в 75% случаев ОТ превышал целевые значения (более 94 см). Уровень мочевой кислоты превышал целевые значения у 36% пациентов с КП и соответствовал бессимптомной гиперурикемии и у 64% пациентов целевые значения были достигнуты.

По возрастному составу пациенты с высокой достоверностью СНсФВ по результатам шкалы H2FPEF были распределены следующим образом: от 45 до 59 лет – 1 пациент (25%), от 60 до 74 лет – 3 пациента (75%). Оценивая ИМТ у данной категории пациентов, отмечено, что у 75 % пациентов наблюдается избыточный вес. Так, среди пациентов с избытком веса ожирение 2 ст. у 33% пациентов и ожирение 3 ст. у 67% пациентов. Характеризуя ОТ у женщин и мужчин в 100% случаев ОТ, превышало целевые значения. Уровень мочевой кислоты в 100% случаев превышает целевые значения.

Выводы

1. Высокая степень достоверности СНсФВ, по результатам шкалы H2FPEF, определена у 13% пациентов с КП в возрастной группе от 45 до 74 лет, не достигших целевых показателей метаболического контроля (ИМТ, ОТ, липидный профиль, мочевая кислота).

2. По результатам шкалы H2FPEF 84% пациентов с КП в возрастной группе от 64 до 74 лет с избыточной массой тела и атерогенной дислипидемией требуется дальнейшее дообследование, включающее специальные лабораторные методы исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Braunwald, E. The Management of Heart Failure / E. Braunwald // Circulation: Heart Failure. – 2008. – № 1. – P. 58–62.
2. Medsoftpro : [сайт]. – Москва, 2011. – URL: <https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/h2fpfef-score.html?ysclid=m84te1bh5p540590874> (дата обращения: 11.03.2025).
3. Management of cardiovascular diseases in patients with obesity / C. J. Lavie, R. Arena, M. A. Alpert [et al.] // Nat Rev Cardiol. – 2018. – № 15. – P. 45–56.
4. Новые алгоритмы диагностики сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением / Ю. А. Васюк, Е. Ю. Шупенина, Г. А. Намазова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – С. 65–69.

УДК 618.173:616.153.915

Т. А. Приходько, В. Р. Скоблик

Научный руководитель: доцент кафедры Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

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. Женщина в этот период проходит 3 этапа: ранний климактерий – 35–45 лет, перименопаузальный климактерический период [1] – 46–55 лет, поздний климактерий – 56–65 лет, в течение которых происходят гормональные нарушения и на их фоне развиваются различные соматические патологии [2]. К па-

тологическим процессам, возникающим на фоне гипоестрогении, относятся дислипидемия, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. Сердечно-сосудистые заболевания и болезни периферических сосудов являются причиной значительно более высокой заболеваемости и смертности у пациентов с СД типа 2, чем классическая триада: нефропатия, нейропатия и ретинопатия [3], а высокие темпы роста и распространенность ожирения позволили назвать его новой «неинфекционной эпидемией» [4].

Цель

Оценить тяжесть течения климактерического синдрома (КС) у женщин с сахарным диабетом (СД) по результатам шкалы Грина, а также оценить влияние осложнений СД и сопутствующей патологии на данный синдром.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе эндокринологического и гинекологического отделений Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека, в котором приняли участие 39 женщин от 44 до 76 лет с диагнозом сахарный диабет (СД), 31 из них в стадии климактерия (79,49%). Из них с СД 1 типа – 5 женщин и СД 2 типа – 41 женщина. У пациентов были отмечены следующие осложнения: диабетическая ретинопатия (ДР), диабетическая полинейропатия (ДПНП), диабетическая ангиопатия ног (ДАН). Сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ). Методы исследования включали анализ амбулаторных карт, биохимический анализ крови (креатинин, общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицериды (ТГ), гликированный гемоглобин (HbA1c)), расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при помощи онлайн-калькулятора по формуле СКД-EPI. Определение тиреоидных гормонов (ТТГ, FT4) иммуноферментным методом. Тяжесть КС оценивали по шкале Грина [5]. Шкала Грина содержит 21 вопрос для оценки следующих симптомов по степени выраженности: вопрос 1 (В1) – учащенное и сильное сердцебиение, В2 – чувство напряженности или нервозность, В3 – нарушение сна, В4 – возбудимость, В5 – приступы паники, В6 – нарушение концентрации, В7 – чувство усталости или потери энергии, В8 – потеря интереса ко многим вещам, В9 – чувство грусти или депрессия, В10 – плаксивость, В11 – раздражительность, В12 – головокружение, обмороки, В13 – ощущение давления или стеснения в голове или теле, В14 – онемение или покалывание в частях тела, В15 – головные боли, В16 – мышечные и суставные боли, В17 – потеря чувствительности в руках и стопах, В18 – затрудненное дыхание, В19 – приливы жара, В20 – ночная потливость, В21 – потеря интереса к сексу. Течение климактерического синдрома оценивалось как «легкое», если имеется от 1 до 11 баллов, «среднее» от 12 до 19 баллов и «тяжелое» ≥ 20 баллов. Статистический анализ проведен с использованием программы «Microsoft Office Excel 2013», «Statistica 10.0» для Windows XP. Результаты оценивались путем регрессионного анализа с учетом R-квадрата для определения точности модели. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Проводя оценку КС по результатам шкалы Грина отмечено, что 1 женщина (2,56%) имеет слабые симптомы (КС), 12 – средние (30,77%) и 26 – тяжелые проявления КС (66,67%).

Для оценки влияния клинико-лабораторных показателей на тяжесть КС у женщин с СД, по результатам шкалы Грина, применен регрессионный анализ (таблица 1).

Таблица 1 – Регрессионная модель взаимосвязи клинико-лабораторных показателей женщин с СД на степень тяжести КС

Показатели	Коэффициенты	Стандартная ошибка	t-статистика	p
У-пересечение	-2,90	3,39	-0,85	0,401
Стаж СД, лет	-0,00	0,00	-1,21	0,234
НbA1c, %	0,01	0,01	0,90	0,372
Возраст, лет	0,06	0,01	3,39	0,002**
Креатинин, мкмоль/л	0,00	0,01	0,07	0,940
рСКФ, мл/мин/1,73м2	0,00	0,01	0,37	0,711
ОХ, ммоль/л	-0,08	0,04	-0,82	0,417
ТГ, ммоль/л	0,06	0,03	1,64	0,112
ЛПВП, ммоль/л	0,10	0,12	0,86	0,393
ЛПНП, ммоль/л	-0,05	0,02	-1,90	0,061
ЛПОНП, ммоль/л	-0,18	0,09	-1,98	0,058
ТТГ, мкМЕ/мл	-0,10	0,05	-2,16	0,040*
FT4, пмоль/л	0,00	0,02	0,00	0,995
Значимость модели	R ² = 0,789; F = 0,00004 (< 0,05)			

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

По результатам полученной регрессионной анализа отмечено, что тяжесть КС связана с возрастом женщин с СД, и уровнем ТТГ ($p < 0,05$). Так же имеются тенденции влияния уровня ЛПНП и ЛПОНП. Тяжесть КС не зависит от стажа СД, уровня НbA1c, рСКФ, уровня FT4 ($p > 0,05$).

При оценке влияния осложнений СД и сопутствующей патологии на тяжесть КС применяя корреляционный анализ, отмечена статистически значимая зависимость между наличием ДР и тяжестью КС ($p = 0,001$). Сопутствующая патология и наличие ДПНП, ДАН не оказало влияние на тяжесть КС ($p > 0,05$).

Выводы

У 67 % женщин с СД, по результатам шкалы Грина, отмечены тяжелые проявления КС и только у 3% женщин легкое течение КС. Тяжесть КС зависит от возраста женщин с СД, уровня ТТГ и наличия ДР.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ожирение и гестационный сахарный диабет / Т. П. Бардымова, М. В. Березина, О. Г. Михалева [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – Т. 135, № 4. – С. 9–15.
2. Григорян, О. Р. Заместительная гормональная терапия у женщин с сахарным диабетом в период перименопаузы: новые данные старых исследований / О. Р. Григорян, И. И. Макарова, Е. Н. Андреева // Вестник репродуктивного здоровья. – 2009. – № 1. – С. 15–19.
3. Джеллингер, П. Постприанальная гипергликемия и сердечно-сосудистый риск / П. Джеллингер // Сахарный диабет. – 2004. – № 2. – С. 2–4.
4. Григорян, О. Р. Менопаузальный синдром у женщин с сахарным диабетом / О. Р. Григорян // Сахарный диабет. – 2013. – № 3. – С. 60.
5. Green, J. G. Constructing a standard climacteric scale / J. G. Green // Maturitas. – 1998. – Vol. 29. – P. 25–31.