

Рисунок 2 — Уровень HbA1c в зависимости от наличия депрессии

Выводы

Наибольшая частота депрессии выявлена у пациентов с СД 2 типа (67,4 %), чем в контрольной группе ($\chi^2 = 5,64$; $p = 0,017$), при этом частота встречаемости достоверно возрас- тала при наличии ДПН. У пациентов основной группы часто встречалась депрессия среди лиц пожилого возраста (21,2 %). У основной группы пациентов наблюдается увеличение уровня депрессии при повышенном показателе гликированного гемоглобина ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Частота выявления диабетической полиневропатии нижних конечностей у больных сахарным диабетом в Санкт-Петербурге / О. Е. Хуторная [и др.] // Ученые записки СПбГМУ имени И. П. Павлова. — 2013. — № 20 (2). — С. 59–61.
2. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А. Я. Кравченко [и др.] // Клиническая медицина. — 2016. — № 94 (2). — С. 97–101.
3. Painful diabetic peripheral neuropathy: consensus recommendations on diagnosis, assessment and management / S. Tesfaye [et al.] // Diabetes Metab Res Rev. — 2011. — № 27. — P. 629–638.

УДК 616-379-008.64:316.34

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мосунова Э. А., Подрез Н. Д.

Научные руководители: к.м.н., доцент *О. Н. Василькова*;
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

Введение

В течение последних десятилетий сахарный диабет (СД) наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями становится все более распространенной патологией. Сахарный диабет сопровождается целым рядом серьезных осложнений, которые существенно ухудшают качество жизни больных и приводят к преждевременной смерти [1]. В связи с этим в последние десятилетия все шире применяется нетрадиционный подход к оценке эффективности медицинской помощи при различных заболеваниях, основанный на оценке качества жизни (КЖ), в том числе связанного со здоровьем. Так как любая хроническая патология оказывает непосредственное влияние на личность больного, скорее всего такое сложное соматическое заболевание, как сахарный диабет, также оказывает влияние на личностные особенности человека и что существенно отражается на качестве жизни пациента [2].

Цель

Оценить качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 77 пациентов, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». В основную группу включались пациенты с СД 2 типа (52 пациента), средний возраст от 40 до 70 лет. Контрольную группу составили 25 пациентов без СД той же возрастной категории.

Клиническое обследование пациентов осуществлялось с последовательностью, принятой в клинической эндокринологии и включало комплекс общеклинических исследований (лабораторных, инструментальных), консультации специалистов для верификации осложнений СД 2 типа и сопутствующей патологии на момент обследования. Качество жизни оценивали с применением опросника SF-36, состоящего из 11 разделов. Он позволяет выразить удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также самооценку выраженности болевого синдрома. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам (более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни) [2]. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета программы «Statistica» 6.1. Для сравнения переменных использовали непараметрический критерий U-теста Манна – Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Обе группы были сопоставимы по возрасту ($56,37 \pm 5,38$) лет в основной группе с СД 2 и $55,39 \pm 4,72$ лет — в контрольной. Анализ КЖ пациентов с СД 2 типа и контрольной группы представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Анализ средних значений по показателям качества жизни шкалы SF-36

Шкала SF-36	СД 2 типа, n = 52	Контроль, n = 25	p
Жизнеспособность (ЖА)	$54,74 \pm 19,86$	$81,16 \pm 10,17$	$< 0,001$
Общее восприятие здоровья (ОСЗ)	$51,33 \pm 12,86$	$65,80 \pm 19,75$	$< 0,001$
Физическая активность (ФФ)	$49,25 \pm 10,01$	$68,20 \pm 15,87$	$< 0,001$
Интенсивность боли (ИБ)	$52,13 \pm 11,98$	$60,66 \pm 8,34$	$< 0,001$
Социальная активность (СФ)	$60,09 \pm 26,02$	$93,00 \pm 8,04$	$< 0,001$
Психическое здоровье (ПЗ)	$57,70 \pm 15,28$	$79,70 \pm 20,39$	$< 0,001$
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РФЭ)	$66,94 \pm 11,68$	$83,00 \pm 16,09$	$< 0,001$
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФФ)	$55,16 \pm 10,59$	$66,88 \pm 20,08$	$< 0,001$

Качество жизни пациентов с СД 2 типа по сравнению с лицами без СД оказалось значительно сниженным по всем шкалам опросника. Показатель физической активности был в 2 раза ниже ($54,74 \pm 19,86$) по сравнению с группой контроля ($81,16 \pm 10,17$). Показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, были ниже по сравнению с группой контроля ($43,83 \pm 37,98$ и $83,00 \pm 26,73$ соответственно). Отмечалось выраженное снижение показателей общего восприятия здоровья ($52,13 \pm 11,98$ против $60,66 \pm 8,34$ группы контроля), энергичности, настроения и жизненной активности ($49,25 \pm 10,01$ против $68,20 \pm 15,87$), психического здоровья ($55,16 \pm 10,59$ против $66,88 \pm 20,08$). В ходе анализа данных опросника не было получено достоверных различий по шкале РФЭ (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности): $37,35 \pm 37,93$ против $49,33 \pm 46,27$ группы контроля, $p = 0,275$.

Отдельно был проанализирован профиль КЖ у пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия диабетической полинейропатии (ДП) ($33,7\%$ — с СД 2 типа и ДПН и $33,7\%$ — с СД 2 типа без ДПН) (рисунок 1).

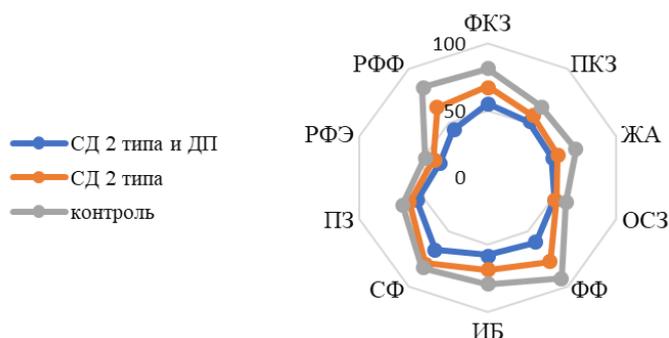


Рисунок 1 — Профиль качества жизни у пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия ДП

Как видно из данного рисунка 1, пациенты с СД 2 типа и ДП показывают еще более низкий профиль КЖ, чем пациенты с СД 2 типа без ДП (данные профиля КЖ у этой категории пациентов в данной статье не приводятся).

Выводы

Пациенты с СД 2 типа характеризуются более низким уровнем КЖ, чем пациенты без СД. Так, физический и психический компоненты здоровья были значительно снижены, составив, в среднем, $54,74 \pm 19,86$ и $51,33 \pm 12,86$ балла соответственно, в то время как в контрольной группе физический и психический компонент здоровья были в 1,5 раза выше, составив в среднем $81,16 \pm 10,17$ и $65,80 \pm 19,75$ балла соответственно ($p < 0,05$). При этом выраженное снижение КЖ у пациентов с СД 2 типа усугублялось наличием диабетической полинейропатии и приводило к снижению физического и психического компонентов, составляющих качество жизни, почти вдвое ($54,74 \pm 19,86$ и $51,33 \pm 12,86$ против $81,16 \pm 10,17$ и $65,80 \pm 19,75$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А. Я. Кравченко [и др.] // Клиническая медицина. — 2016. — № 94 (2). — С. 97–101.
2. SF-36 Health Survey / J. E. Ware [et al.] // Manual and Interpretation Guide, Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated. — 2000. — P. 150.

УДК 616.36-004.4

АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Неброва А. С., Савицкая К. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец;
ассистент Н. Н. Багинская

Учреждение образования

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

Введение

Алкогольный цирроз печени (АЦП) является распространенной формой хронического поражения печени, занимая второе место после неалкогольной жировой болезни печени, отличается высоким процентом летальных исходов и требует серьезных экономических вложений на реабилитацию пациентов. Медико-социальная актуальность данного заболевания обусловлена исторически сложившейся культурой потребления алкоголя населением Республики Беларусь и отсутствием действенных мер антиалкогольной политики. Течение АЦП характеризуется клинико-лабораторным разнообразием и различной тяжестью, которые определяют лечебную тактику и исход заболевания. Основопологающим в лечении является абсолютное воздержание от потребления алкоголя.