

органов малого таза гиперплазии эндометрия выявлена у 2 пациенток (6,3 %), киста яичника — 6 (18,8 %) девушек. У 4 (12,5 %) пациенток диагностирована гиперплазия щитовидной железы, у 1 (3,1 %) пациентки выявлена киста надпочечника. При МРТ у 1 (3,1 %) пациентки образование в области мостомозжечкового угла слева.

Среди причин возникновения ЮМК отдельно выделена отмена гормональных препаратов у 1 (3,1 %) пациентки в возрасте 17 лет.

Вывод

ЮМК проявляется через $2,2 \pm 0,2$ лет от начала менархе. Длительность кровотечения составила $18,7 \pm 1,3$ дней и в 21,9 % случаев приводит к анемизации.

Наиболее часто фоном для развития ЮМК являются: синдром дисфункции вегетативной нервной системы (15 (46,9 %) пациенток), киста яичника (6 (18,8 %) девушек) и гиперплазия щитовидной железы (4 (12,5 %) пациентки).

Девушки, страдающие ЮМК, составляют в зрелом возрасте группу риска как по нарушению репродуктивной функции, так и по патологии эндометрия. Следовательно, данная группа риска подлежит диспансерному наблюдению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, Г. М. Гинекология / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 432 с.

УДК 616.34-022-053.9

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Леончик А. С.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой серьезную медицинскую проблему общемирового значения ввиду их высокой распространенности. По данным всемирной организации здравоохранения ежегодно на планете заболевают более 500 млн человек [2].

В многолетней динамике заболеваемости в Республике Беларусь за 2013–2014 гг. отмечается стабильная тенденция к снижению, ежегодный темп снижения составил — 0,19 %. Показатель заболеваемости по сумме ОКИ составил 125,02 на 100 тыс. населения [1].

С учетом возрастной структуры населения страны значительный интерес представляют особенности клинического течения ОКИ у лиц пожилого (60–75 лет) и старческого (75–90 лет) возраста. Патология в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности, так как «старость — это не столько пережитое, сколько нажитое в процессе взаимодействия с внешней средой» [3].

Для лиц пожилого и старческого возраста характерны значительные изменения в желудочно-кишечном тракте, где вследствие атрофических процессов происходят уменьшение активности секреторного аппарата, ослабление моторики различных его отделов. С увеличением возраста становится больше пациентов пожилого и старческого возраста с лейкоцитозом, нормоцитозом, лимфопенией, повышенной СОЭ в периферической крови. У пациентов с кишечными инфекциями продолжительность реконвалесцентного бактериовыделения возрастает по мере увеличения возраста пациентов [3].

Цель

Проанализировать клинико-лабораторную характеристику течения ОКИ у людей пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования

В ходе проведения исследования был произведен ретроспективный анализ 65 медицинских карт пациентов с диагнозами: острый энтероколит неуточненной этиологии (54 пациент), острый гастроэнтерит неуточненной этиологии (5 пациентов), острый энтероколит вызванный *Citrobacter freundii* 10^8 КОЕ/мл (4 пациента), острый энтероколит обусловленный *Proteus vulgaris* 10^8 КОЕ/мл (1 пациент). Женщин регистрировалось 44 (67,7 %) и мужчин — 21 (32,3 %); возраст находился в пределах от 60 до 89 лет (средний — $72,31 \pm 1,06$ лет). По возрасту, пациенты разделены на 2 группы следующим образом: 1 группа пациенты в возрасте 60–74 лет — 40 (61,5 %) человек, 2 группа — в возрасте от 75 до 90 лет — 25 (38,5 %) человек.

Сравнивались следующие клинические проявления: частота абдоминальной боли, высота и длительность лихорадки, частота рвоты, жидкого стула и его длительность, наличие патологических примесей в стуле; и лабораторные показатели: данные общего анализа крови до начала стационарного лечения

Использовались методы параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической статистики (таблица 2×2 , критерий χ^2).

Результаты исследования и их обсуждение

Длительность пребывания в стационаре в обеих группах составила от 1 до 30 койко-дней. В 1 группе среднее число дней госпитализации — $9,14 \pm 0,57$ койко-дней, а во 2 группе — $8,57 \pm 0,98$ койко-дней. Городских жителей в первой группе было 37 (92,5 %) человек, а во второй группе — 24 (96 %) пациентов.

В 1 группе этиологическим фактором ОКИ явились *Citrobacter freundii* — 1 (2,5 %) пациент, *Proteus vulgaris* — 1 (2,5 %) пациент, в остальных случаях (95 %) этиологический фактор не выявлен. Во 2 группе в этиологии 3 (12 %) случаев ОКИ выявлен *Citrobacter freundii*, в остальных 22 (88 %) случаев этиологический фактор ОКИ не выявлен.

Сопутствующая желудочно-кишечная патология в 1 группе выявлялась у 9 (22,5 %) пациентов, во 2 группе — у 6 (24 %) пациентов. Наиболее часто встречались язвенная болезнь желудка — 5 (33,33 %) пациентов, хронический панкреатит — 4 (26,66 %) пациента и хронический гастрит — 4 (33,33 %) пациента.

В клинической картине жалобы на абдоминальную боль регистрировались в обеих возрастных группах, в 1-й она была выявлена у 9 (22,5 %), а во 2-й у 10 (40 %) пациентов ($p > 0,05$).

Лихорадка в 1 группе присутствовала у 5 (12,5 %) пациентов, во 2 группе — у 7 (28 %) пациентов ($p > 0,05$). Длительность лихорадочного периода составляла от 1 до 4 дней, в 1 группе лихорадка в среднем длилась $1,54 \pm 0,14$ дней, а во 2 группе — $1,14 \pm 0,11$ дней ($p > 0,05$).

Рвота являлась менее редким симптомом, в 1 группе встречалась в 5 (12,5 %) случаях, а во 2 у 4 (16 %) пациентов ($p < 0,05$).

Жидкий стул в обеих группах был выявлен в 65 (100 %) случаях. Для удобства оценки частоты стула в день было выделено 2 группы: частота стула до 5 раз в сутки и более 5 раз. В 1 группе частота стула до 5 раз в сутки присутствовала у 34 (85 %) пациентов, а частота стула более 5 раз у 6 (15 %) пациентов. Во 2 группе частота стула до 5 раз в сутки присутствовала у 24 (96 %) пациентов, а частота стула более 5 раз у 1 (4 %) пациента. Длительность диарейного синдрома находилась в пределах от 4 до 30 дней. В 1 группе длительность данного синдрома составляла $9,46 \pm 0,82$ дней, а во 2 группе — $13,77 \pm 1,42$ дней ($p < 0,05$).

Патологические примеси в стуле в 1 группе обнаружены у 15 (37,5 %) пациентов, а во 2 группе они были обнаружены у 5 (20 %) человек ($p > 0,05$).

При сравнении результатов общего анализа крови (ОАК), полученных в начале стационарного лечения, в 1 возрастной группе (от 60 до 74 лет) наблюдалось повышение количества лейкоцитов выше нормы у 19 (47,5 %) пациентов (8 мужчин и 11 женщин), Средний показатель лейкоцитоза в этой группе составил $9,14 \pm 0,57 \times 10^9$ /л. Во 2 группе (пациенты от 75 до 90 лет) повышение лейкоцитов выше нормы наблюдалось у 15 (60 %), 6 мужчин и 9 женщин, пациентов (средний показатель $8,57 \pm 0,98 \times 10^9$ /л, $\chi^2 = 0,66$, $p > 0,05$).

В 1 возрастной группе СОЭ повышено у 26 (65 %) пациентов (9 мужчин и 17 женщин), средний показатель СОЭ составил $20,25 \pm 1,51$ мм/ч. Во 2 возрастной группе повы-

шение СОЭ наблюдается у 19 (76 %) (6 мужчин и 12 женщин) пациентов, средний показатель СОЭ составил $17,08 \pm 1,09$ мм/ч ($\chi^2 = 0,66$, $p > 0,05$).

В обеих исследуемых группах среднее значение остальных показателей общего анализа крови находилось в допустимых границах физиологической нормы и не имело отличий.

Выводы

В большинстве случаев в обеих группах этиология заболевания не была установлена (95 и 88 %). Однако сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта в 1 группе выявлялась у 9 (22,5 %) пациентов, во 2 группе — у 6 (24 %) пациентов, что требует более внимательного отношения к проведению дифференциальной диагностики с острыми кишечными инфекциями и дополнительного обследования. С увеличением возраста отмечается тенденция к более тяжелому течению заболевания: чаще отмечаются боли в животе, рвота, повышение температуры, длительнее регистрировалась дисфункция кишечника, и чаще отмечался лейкоцитоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемической обстановке в Республике Беларусь в 2014 г.».
2. Красавцев, Е. Л. Острые кишечные инфекции: учеб. пособие / Е. Л. Красавцев, И. В. Борискин. — Гомель: ГомГМУ, 2004. — 36 с.
3. Постовит, В. А. Инфекционные болезни: руководство для врачей / В. А. Постовит. — СПб.: Сотис, 1997. — 504 с.

УДК 614.876.06: 621.039.58

ДИНАМИКА ДОЗ ВНУТРЕННЕГО ОБЛУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Лешкевич А. А.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Ю. В. Висенберг

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

Введение

31 января 2008 г Президентом Республики Беларусь Александром Лукашенко подписано постановление Совета Безопасности № 1 «О развитии атомной энергетики в Республике Беларусь». В документе содержится решение о строительстве атомной электростанции мощностью 2000 МВт с вводом в эксплуатацию первого блока в 2016 г., второго — в 2018 г.

Сегодня на территории нашей республики ведется строительство атомной электростанции, в связи с чем возрастает актуальность любой информации о возможном облучении населения и доступность результатов исследований должна повышать доверие к грамотному использованию атомной энергии во всех сферах деятельности человека. Республика Беларусь имеет бесценный опыт преодоления последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции, который будет использоваться в дальнейшем не только на ее территории, но и другими государствами.

Законом Республики Беларусь установлены допустимые пределы доз облучения на территории Республики Беларусь в результате воздействия источников ионизирующего излучения: 1 мЗв/год — для населения и 20 мЗв/год — для профессионалов [1].

Цель

Провести в динамике сравнение средних годовых доз внутреннего облучения студентов Гомельского государственного медицинского университета, формирующихся в зависимости от рациона питания.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явилась выборка студентов 2–5-го курсов Гомельского государственного медицинского университета, проживающих в городах и сельских населенных пунктах, однотипных по социально-демографическим и радиационно-экологическим условиям, расположенных в лесной зоне, за периоды 2007–2008 гг. и 2015–2016 гг. Всего за первый период было обследовано 258 [2], за второй — 110 студентов.