

Анализ данных ЭКГ покоя показал, что у больных основной группы чаще регистрировались нарушения сердечного ритма по типу ПБПНПГ 7,84 против 0 % у пациентов без СД 2 типа, фибрилляции предсердий — 5,88 против 2 %, АВ-блокады — 1,96 против 0 %, желудочковой экстрасистолии — 1,96 против 0 %.

В опытной группе чаще наблюдались такие осложнения ИМ как: ДЛП — 60 против 48 %, синдром Дресслера — 11,76 против 4 %, аневризма верхушки левого желудочка — 11,76 против 0 %, клиническая смерть — 1,96 против 0 %, повторный ИМ — 3,92 против 0 %, ДПП — 5,88 против 2 %. 36 % пациентов без СД 2 типа не имеют осложнений ИМ против 1,96 % пациентов с СД 2 типа.

Выводы

В результате проведенного исследования установлено:

1. В группе с СД 2 типа преобладали женщины. Артериальная гипертензия встречалась в 1,21 раза чаще, а атеросклероз в 1,41 раз чаще в группе с СД 2 типа.

2. Наличие сопутствующего СД 2 типа оказывает негативное влияние на характер течения инфаркта миокарда: в 2,33 раза чаще регистрировался крупноочаговый ИМ.

3. В группе больных с сахарным диабетом 2 типа течение постинфарктного периода в 9 раз чаще осложнялось нарушениями сердечного ритма, в 1,59 раз другими осложнениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Моисеева, В. С. Внутренние болезни / В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Т. 2. 869 с.

2. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (6-й выпуск) / И. И. Дедов [и др.] ; под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой (7-й выпуск) // Сахарный диабет. 2015. № 1S. С. 1-112.

3. Дедов, И. И. Проблемы острого инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом : эхо Мюнхена / И. И. Дедов, А. А. Александров // Сахарный диабет. 2008. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-ostrogo-infarkta-miokarda-u-bolnyh-saharnym-diabetom-eho-myunhena>.

УДК 616.428:616-006.446.2

ЛИМФАДЕНОПАТИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Левада А. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Д. В. Кравченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) представляет собой опухолевое заболевание крови, возникающий в результате клональной пролиферации зрелых В-лимфоцитов [1].

ХЛЛ является наиболее распространенной формой хронических лейкозов в странах Европы и Северной Америки, где на его долю приходится 30 % среди всех онкогематологических заболеваний и до 40 % среди лиц старше 65 лет. В Республике Беларусь заболеваемость составляет 4,8 на 100 тыс. населения.

Для клинической картины ХЛЛ характерны: гиперпластический синдром, симптомы опухолевой пролиферации, синдром вторичного иммунодефицита и аутоиммунные осложнения.

В подавляющем большинстве случаев, первые симптомы заболевания неспецифичны, в связи с этим ХЛЛ может оставаться незамеченным в течение нескольких лет и зачастую диагностируется случайно при проведении профилактических осмотров либо при обращении к врачу по иному поводу. Одним из

характерных клинических симптомов прогрессирования заболевания является лимфаденопатия, что наиболее важно для ранней диагностики ХЛЛ [2].

Цель

Выполнить анализ результатов лимфаденопатии у пациентов при хроническом лимфоцитарном лейкозе.

Материал и методы исследования

Проанализирована медицинская документация 112 пациентов, находившихся на лечении в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМиЭЧ») с 2016 по 2021 гг.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ «Statistica 10.0» и «Excel». Для статистической характеристики группы исследования и обработки результатов определялись средние значения со стандартным отклонением ($M \pm \sigma$), медиана (Me) и межквартильный интервал. Относительные величины представлены в виде отношений абсолютных значений и долей с 95 % доверительным интервалом, определенным по методу Клоппера-Пирсона (% 95 % ДИ min-max). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов незначительно преобладали мужчины. Половозрастная характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Половозрастная структура пациентов

Показатель	Всего	Мужчины, n = 60	Женщины, n = 52
Распределение по полу, % (95 % ДИ min-max)		53,57 % (43,9–63,1)	46,43 % (36,9–56,1)
Средний возраст, лет	60,78 ± 10,72	59 ± 10,75	62,83 ± 10,41
Минимальный возраст, лет	28	28	39
Максимальный возраст, лет	85	95	84
Медиана возраста	61	61	62,5

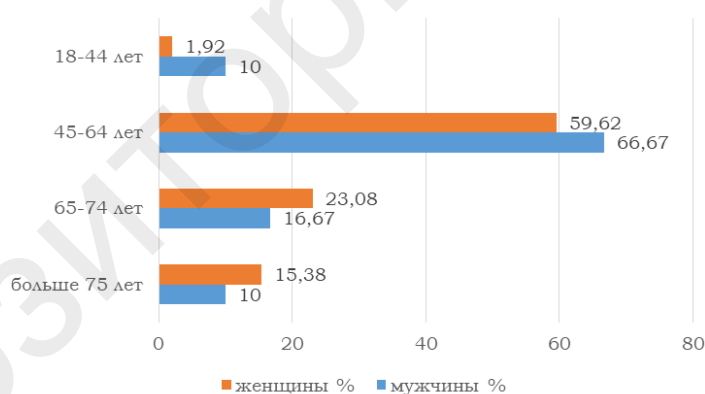


Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Среди исследуемой группы пациентов женщин было: от 18 до 44 лет — 1,9 % (0,1–10,3), от 45 до 59 лет — 59,6 % (45,1–72,9), от 60 до 74 лет — 23,1 % (12,5–36,8), от 75 до 90 лет — 15,4 % (6,9–28,1).

Среди исследуемой группы пациентов мужчин было: от 18 до 44 лет — 10 % (3,8–20,5), от 45 до 59 лет — 66,7 % (5,3–78,3), от 60 до 74 лет — 16,7 % (8,3–28,5), от 75 до 90 лет — 6,7 % (1,9–16,2).

По данным статистического анализа выявлено, что подавляющее большинство пациентов мужского и женского пола было в возрастной группе от 45 до 64 лет. Средний возраст 60,78 ± 10,72 лет (рисунок 1).

Оценка размеров лимфатических узлов в зависимости от стадии заболевания ХЛЛ у пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение размеров лимфатических узлов (см)

Показатели	Лимфатические узлы в см	
	А	В
Стадии ХЛЛ		
В пределах нормальных значений	46 (92 %)	31 (50 %)
Значения выше нормы	4 (8 %)	31 (50 %)
Медиана размеров, Ме (Q25–Q75)	0 (0–0,6)	1,55 (1,1–2,5)
Медиана размеров при значениях выше нормы, Ме (Q25–Q75)	3,75 (2,5–4,6)	2,5 (2–4,5)
Среднее значение	0,53 ± 1,05	2,09 ± 1,52

Лимфатические узлы (л/у) при ХЛЛ в «А» стадии были увеличены у 8 % пациентов, в то время как при «В» стадии — у 31 % пациентов. Учитывая, что основным из характерных клинических признаков ХЛЛ является лимфаденопатия, то для клиницистов особенно важны значения, превышающие норму. Медиана уровня л/у при ХЛЛ «А» стадии при значениях выше нормы составила 3,75 (2,5–4,6) см. Медиана размеров л/у при ХЛЛ «В» стадии при значениях выше нормы — 2,5 (2–4,5) см. Однако у пациентов в стадии «А» превышение нормы размеров л/у было только у четырех человек, а в стадии «В» — у 31 пациента. Таким образом, увеличение лимфатических узлов находится в прямой зависимости от стадии ХЛЛ.

Выводы

Согласно данного исследования чаще болеют ХЛЛ лица мужского пола (53,6 % случаев). Заболевание регистрируется в основном у людей средней возрастной группы от 45–64 лет. У исследуемых пациентов выраженность лимфаденопатии напрямую зависела от стадии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, А. И. Руководство по гематологии: в 2 т. / А. И. Воробьев. М. : Ньюдиамед, 2005. Т. 2.
2. Кравченко, Д. В. Хронический лимфоцитарный лейкоз: клиника, диагностика, лечение / Д. В. Кравченко, А. И. Свирновский. Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2017. 117 с.

УДК 616.131-005.755-07-036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА НА АМБУЛАТОРНОМ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Левада А. В., Рахимова С. С.

Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина

Учреждение образования

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

Введение

ТЭЛА — является одной из частых причин болезни системы кровообращения (БСК), которая приводит к смерти пациентов. Частота возникновения по г. Гомелю составляет от 0,8 до 2,1 на каждую 1000 человек в год. Однако из-за отсутствия доступных методов диагностики в большинстве медицинских учреждений возникают трудности в постановке правильного диагноза. По этой причине около 90 % смертельных исходов наблюдаются у пациентов, не получивших необходимого лечения.

Тромбоэмболия легочной артерии — это острая окклюзия основного ствола или ветвей легочной артерии эмболом, приводящее к резкому снижению кровотока в легких [1]. По данным статистики Республики Беларусь 71,15 % случаев ТЭЛА приходится на тромбоз глубоких вен нижних конечностей, 11,7 % на тромбоз глубоких вен верхних конечностей, нередко в 17,15 % случаев установить источник заболевания не удается.