

Таблица 2 — Сравнение групп с окончательным диагнозом одноузлового зоба, развившегося из диффузного зоба, по средним значениям поглощенной дозы облучения ЩЖ и возрасту на момент аварии по возрастным группам

Показатели	0–3 лет (1)			4–10 лет (2)			> 11 лет (3)		
	кол-во	среднее	ДИ	кол-во	среднее	ДИ	кол-во	среднее	ДИ
Возраст на момент аварии		2,04	1,5÷2,6		7,08	6,3÷7,9		14,90	13,4÷15,5
Поглощенная доза, мГр	24	5675,8	2691,5÷ 6659,0	25	2439,3	1215,0÷ 3663,6	23	1190,8	624,3÷ 3887,7

Вывод

По результатам радиационно-эпидемиологического анализа, можно предположить, что развитие одноузлового зоба определяет радиационный фактор. Причем в большей степени в самом раннем возрасте. Однако, роль ионизирующего излучения в развитии различных патологических состояний щитовидной железы неоднозначна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кенигсберг, Я. Э. Облучение населения Беларуси в результате аварии на Чернобыльской АЭС / Я. Э. Кенигсберг, Ю. Е. Крюк // Чернобыль 20 лет спустя. Стратегия восстановления и устойчивого развития пострадавших регионов: сб. докл. Междунар. конф., 19–21 апр. 2006 г., — Минск, 2006. — Ч. 3. — С. 79–87.
2. Герасимов, Г. А. Йододефицитные заболевания (ЙДЗ) в Российской Федерации: политика в области профилактики и тенденция в эпидемиологической ситуации (1950–2002 гг.) / Г. А. Герасимов. — М., 2003. — 50 с.
3. Герасимов, Г. А. Эндемический зоб и йодная обеспеченность в Гомельской области / Г. А. Герасимов, Р. Гутекунст // Тез. докл. 3-й Респ. науч.-практ. конф. врачей. — Минск, 1992. — Ч. 2. — 137 с.

УДК 616.379-008.64:616.1-053.81

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гатальская А. И., Румянцева А. А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент И. В. Пальцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются важнейшей проблемой современной медицины, поскольку являются ведущей причиной смерти и инвалидности в большинстве стран. При этом вероятность развития прогрессирования данной патологии во многом определяется наличием сопутствующей патологии, в частности, инсулинорезистентности и сахарного диабета (СД) 2 типа. Поражение сердца при СД может быть обусловлено диабетической микроангиопатией, миокардиодистрофией и коронарным атеросклерозом. У пациентов с СД существенно ускоряется развитие атеросклероза коронарных, церебральных и периферических артерий. Тяжелый коронарный атеросклероз при СД нередко приводит к развитию инфаркта миокарда [1,2]. Особенно актуальна проблема поражения сердечно-сосудистой системы при наличии СД у пациентов пожилого и старческого возраста. С возрастом снижается интенсивность метаболических процессов в миокарде, ослабевает влияние катехоламинов на инотропную функцию сердца, повышается порог влияния симпатической нервной системы. Также возрастные морфологические изменения проявляются атрофией отдельных мышечных волокон, разрастанием соединительной ткани, прогрессирующим склерозом миокарда. У пожилых уменьшается сердечный выброс, снижается минутный объем кровообращения, снижается скорость кровотока. С возрастом изменяется структура сосудистой стенки: в крупных артериях развивается склеротическое уплотнение интимы, атрофия мышечного слоя, уменьшение количества эластических и увеличение коллагеновых волокон. Все эти изменения изначально создают условия для

возникновения ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (АГ), а наличие нарушений метаболизма углеводов и липидов усугубляет и ускоряет данную патологию [3, 4].

Цель

Провести оценку влияния сахарного диабета 2 типа на распространенность наиболее тяжелых форм хронических кардиоваскулярных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 693 эпикризов пациентов, находившихся на лечении в терапевтических отделениях Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ в 2015–2016 гг. Все пациенты были старше 60 лет, медиана возраста составила 84 года (95 % ДИ 84–85 лет).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного анализа было установлено, что с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» на стационарном лечении находилось 100 пациентов, что составило 14,4 % от общего количества больных. Далее все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — пациенты с нормальным метаболизмом углеводов, 2-я группа — пациенты с СД 2 типа.

Был проведен анализ распространенности стенокардии, а также сочетания стенокардии и постинфарктного кардиосклероза у пациентов обеих групп. Результаты обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Анализ распространенности некоторых форм ИБС у пациентов в зависимости от наличия СД

Диагноз	1-я группа	2-я группа	p
Стенокардия	283 (47,7 %)	51 (51 %)	0,54
Стенокардия + постинфарктный кардиосклероз	60 (10,1 %)	13 (13 %)	0,39
Всего пациентов со стенокардией	343 (57,8 %)	64 (64 %)	0,25

Анализируя данные представленные в таблице 1, можно сказать следующее. У пациентов с СД 2 типа отмечена несколько более высокая распространенность как стенокардии, так и сочетания стенокардии с постинфарктным кардиосклерозом, однако полученная разница не имела статистической значимости. Возможно, отсутствие достоверной разницы в распространенности стенокардии у пациентов обеих групп связано с тем, что пациентам старших возрастных категорий диагноз стенокардии зачастую выставляется на основании клинических данных (в основном, на основании расспроса), поскольку многие имеют противопоказания к проведению нагрузочных проб (велозргометрия, тредмил-тест и т. д.). Вследствие этого данные о наличии либо отсутствии стенокардии у пациентов пожилого и старческого возраста могут быть не точными.

Далее проведен анализ распространенности артериальной гипертензии у пациентов обеих групп (таблица 2).

Таблица 2 — Анализ распространенности АГ у пациентов обеих групп

Диагноз	1-я группа	2-я группа	p
АГ 1 ст.	16 (2,8 %)	3 (3 %)	0,86
АГ 2 ст.	287 (48,4 %)	39 (39 %)	0,08
АГ 3 ст.	195 (32,9 %)	50 (50 %)	0,0009
Всего	498 (84 %)	92 (92 %)	0,037

Как видно из данных, представленных в таблице 2, для пациентов с СД 2 типа характерна статистически значимо более высокая распространенность артериальной гипертензии. Кроме того, если для АГ 1 и 2 степеней не было выявлено достоверной разницы в частоте встречаемости, то АГ 3 степени значительно чаще выявлялась у пациентов с СД 2 типа.

Кроме того, анализируя возраст пациентов обеих групп, можно отметить следующее. Медиана возраста пациентов с СД 2 типа составила 83 года (95 % ДИ 80–84 года), пациентов без диабета — 85 лет (95 % ДИ 84–85 лет), различие в возрасте было статистически

значимым ($p = 0,034$). Таким образом, можно сделать вывод, что наличие сахарного диабета 2 типа потенцирует развитие тяжелых форм артериальной гипертензии в несколько более раннем возрасте.

Выводы

У пациентов пожилого и старческого возраста наличие сахарного диабета 2 типа является важным фактором, не только способствующим более частому формированию артериальной гипертензии, в том числе – развитию более тяжелых форм АГ, но и развитие АГ на несколько лет ранее, чем у пациентов с нормальным метаболизмом глюкозы. В целом это потенциально увеличивает риск развития тяжелых осложнений. Также отмечена несколько более высокая распространенность стенокардии напряжения у пациентов с СД 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драккина, О. М. Особенности артериальной гипертензии у пожилых пациентов / О. М. Драккина // Рус. мед. журнал. — 2010. — № 22. — С. 1384–1389.
2. Клиническая эндокринология: рук-во / под ред. Н. Т. Старковой. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2002. — 576 с.
3. Смирнов, В. В. Артериальная гипертензия у больных сахарным диабетом / В. В. Смирнов, И. С. Мавричева, А. Е. Гаврилова // Русский мед. журнал. — 2009. — № 11. — С. 340–344.
4. Пристром, М. С. Артериальная гипертензия у пожилых: особенности терапии и реабилитации / М. С. Пристром, С. Л. Пристром, В. Э. Сушинский. — Минск: Беларус. навука, 2012. — 267 с.

УДК 618.14-006.36-089.163

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЛУПРИД-ДЕПО» В ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

Гельдымамедов Ч. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Миома матки — это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки — миометрии. Предполагающими факторами являются: генетическая предрасположенность, повышенная концентрация эстрогена и прогестерона в крови [1]. Факторами риска являются: курение, алкоголь, ожирение, употребление красного мяса и генно-модифицированных продуктов.

Показанием к оперативному лечению являются большие размеры миомы, быстрый рост, а также наличие сопутствующей гинекологической патологии и бесплодия [2]. В случае необходимости выполнения операции у пациентки репродуктивного возраста необходимо максимально бережная и атравматичная техника, что может быть достигнуто при уменьшении объема миоматозных узлов накануне операции.

Цель

Оценить эффективность предоперационной подготовки при миоме матки.

Материал и методы исследования

Изучено 46 историй болезни пациентов Гомельской областной клинической больницы с диагнозами «миома матки» за 2014 и 2015 гг. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel» и программы «Statistica» 6.0. качественных признаков путем вычисления $Me (25; 75 \text{ процентилей})$, количественных признаков — $n, p \pm sp \%$.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследовано 18 пациентов, проанализировано 46 историй болезни пациенток поступившие в гинекологическое отделение с диагнозом миома матки, которые проходили курс терапии «Луприд-Депо», из них поступали трижды или четырежды. Мы учитывали возраст, анализы, размер и количество узлов, кратность приема и сопутствующие заболевания. Возраст пациентов $Me (25; 75 \%)$ — от 25 до 42 лет (35,3). Размеры узлов были от 0,5 см до 13,5 см, количество — от 1 до 5. Соматический анамнез был отягощен соматоформной ве-