

В итоге лечебно-диагностических мероприятий восстановление регулярного менструального цикла в течение от 2 до 6 месяцев наблюдалось у 110 (84,6 %) пациенток. Из пациенток прооперированных в 2016 г. (68 женщин) в течение первых 6 месяцев после хирургического лечения забеременело 25 (36,7 %) женщин, в том числе 1 пациентка в результате ЭКО. В том числе 1 неразвивающаяся беременность, 1 самопроизвольное прерывание беременности в сроке 10–11 недель и 1 нарушенная трубная беременность.

Анализ выполненных исследований показал, что после операции диатермокаутеризации выполненной в 2016 г. забеременело 7 (38,8 %) женщин, после декорткации — 5 (27,7 %), девисцеризации — 5 (50 %), резекции — 8 (53,3 %). Данные за 2017 г. являются не объективными, так как с момента проведения операции прошло недостаточно времени для выполнения репродуктивной функции.

При анализе беременностей закончившихся родами (22 женщины) — 13 (59 %) кесарево, 9 (41 %) роды через естественные родовые пути в сроке 38–40 недель, 1 случай — в 33 недели. В 6 (27,7 %) протекала с осложнениями (гестационная АГ, токсикоз первой половины беременности, плацентарные нарушения, угроза прерывания беременности (7–8 и 15–16 недель), угрожающие преждевременные роды в 34 недели).

При анализе массы рожденных детей, оценки состояния по шкале Апгар, статистически значимых различий по сравнению с детьми, рожденными женщинами контрольной группы, выявлено не было.

Вывод

Таким образом, лечебно-диагностическая лапароскопия позволяет выявить сопутствующие СПКЯ причины бесплодия, помогает в постановке окончательного диагноза, а выполняемые при этом операции эффективны в восстановлении репродуктивной функции женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: учебник / под ред. С. Н. Занько. — Минск: Выш. шк., 2010. — 640 с.
2. Дуда, В. И. Гинекология / В. И. Дуда, В. И. Дуда, И. В. Дуда. — Минск: Харвест, 2004. — 560 с.
3. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 432 с.
4. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология: рук-во для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. — 2-е изд., перераб. — СПб.: СОТИС, 1995. — Кн. 1. — 224 с.
5. Кириллова, Е. Н. Нейроэндокринные синдромы в гинекологической практике: учеб.-метод. пособие / Е. Н. Кириллова, Р. Л. Коршикова, Ю. В. Савочкина. — Минск: БГМУ, 2013. — 43 с.
6. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. — М.: Медицинское информативное агенство, 2005. — 520 с.

УДК 616.12:616.891.6

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И УРОВНЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Барсукова Т. А.

Научные руководители: ассистент З. В. Грекова; к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Когнитивные нарушения (КН) являются неотъемлемым спутником наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): таких как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и значительно влияют на уровень социальной адаптации, качество жизни, снижают приверженность пациентов к терапии и затрудняют проведение реабилитационных мероприятий.

Цель

Определить степень выраженности когнитивных нарушений и тревоги у пациентов с ССЗ.

Материал и методы исследования

Обследовано 30 пациентов с ССЗ: АГ и ИБС, страдающих сердечной недостаточностью не выше 2ФК по NYHA, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 3. Среди обследованных количество мужчин — 14, женщин — 16. Для оценки когнитивных функций применялась шкала краткого исследования психического статуса (Mini-Mental State Examination) в баллах: 30–28 баллов — нарушения когнитивных функций отсутствует, 27–24 балла — когнитивные нарушения, 23 балла и ниже — деменция. Уровень реактивной и личностной тревоги определяли с помощью опросника Спилбергера, который является информативным способом самооценки как уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), так и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) в баллах. До 30 баллов — низкая тревожность, 31–44 балла — умеренная, 45 и более — высокая тревожность. Методика «Таблицы Шульце» использовалась для определения концентрации и устойчивости внимания. Испытуемому предъявляли поочередно 5 таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Предлагалось назвать все числа по порядку от 1 до 25 в порядке их возрастания как можно быстрее и без ошибок. В норме выполнение задания занимает не более 45 с. При увеличении времени выполнения задания более 90 с нарушение внимания считают значительным, при выполнении задания за 67–90 с — умеренным, за 46–66 секунд — не резко выраженным.

Результаты исследования и их обсуждение

Количество женщин составило 16 (53,33 %). Средний возраст $65,94 \pm 12,5$ лет. По шкале MMSE выявлено незначительное снижение ориентации в пространстве, времени и окружающей обстановке ($9,8 \pm 0,2$ балла из 10 баллов). Мужчины составили 14 (46,67 %). Средний возраст $58,69 \pm 12,68$ лет. Ориентация в пространстве, времени и окружающей обстановке $9,77 \pm 0,33$ балла ($p < 0,05$) (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели по шкале MMSE у мужчин и женщин

	Восприятие	Внимание и счет	Память, $P < 0,05$	Речь	Выполнение операции из трех действий	Чтение, письмо, копирование	Сумма
Женщины	$2,94 \pm 0,1$	$3,75 \pm 1,56$	$1,56 \pm 0,7$	$2,25 \pm 0,5$	$2,81 \pm 0,33$	$2,69 \pm 0,55$	$25,8 \pm 3,1$
Мужчины	$2,92 \pm 0,13$	$4,15 \pm 0,98$	$2,0 \pm 0,99$	$2,46 \pm 0,5$	3 ± 0	$2,92 \pm 0,13$	$27,38 \pm 1,7$

Показатели устойчивости внимания и работоспособности у женщин: эффективность работы (ЭР) $60,95 \pm 17,34$ с; у мужчин (ЭР) — $48,55 \pm 9,35$ с.

Реактивная тревожность (РТ) у женщин: умеренная — 6 (37,5 %), высокая — 10 (62,5 %); у мужчин: низкая — 1 (7,16 %), умеренная — 10 (71,44 %), высокая — 3 (21,4 %). Личностная тревожность (ЛТ) у женщин: умеренная — 5 (31,25 %), высокая — 11 (68,75 %); у мужчин: умеренная — 10 (71,4 %), высокая — 4 (28,6 %).

Распределение результатов по продолжительности ССЗ.

У пациентов до 5 лет значительных нарушений в ориентации не выявлено ($9,88 \pm 0,35$ баллов), от 5 до 10 лет ориентация в пространстве, времени и окружающей обстановке $9,78 \pm 0,44$ балла, у пациентов с продолжительностью заболевания более 10 лет — $9,76 \pm 0,44$.

Таблица 2 — Распределение результатов по продолжительности ССЗ по шкале MMSE

Продолжительность	Восприятие	Внимание и счет	Память	Речь	Выполнение операции из трех действий	Чтение, письмо, копирование	Сумма
До 5	3 ± 0	$4,3 \pm 0,9$	$2,3 \pm 0,56$	$2,5 \pm 0,5$	3	3	28 ± 1
5–10	3 ± 0	$4,0 \pm 0,66$	$1,78 \pm 0,7$	$2,33 \pm 0,4$	$2,89 \pm 0,2$	$2,89 \pm 0,2$	$27 \pm 1,33$
> 10	$2,84 \pm 0,26$	$3,54 \pm 1,64$	$1,77 \pm 0,9$	$2,3 \pm 0,53$	$2,84 \pm 0,28$	$2,62 \pm 0,65$	$25,7 \pm 3,6$

Показатели устойчивости внимания и работоспособности у пациентов с продолжительностью заболевания до 5 лет: ЭР — $51,35 \pm 18,35$ с; от 5 до 10 лет ЭР — $53,33 \pm 18,2$;

свыше 10 лет ЭР — $58,32 \pm 20,55$ с. Уровень РТ у пациентов до 5 лет: низкий — 1 (12,5 %), умеренный — 3 (37,5 %), высокий — 4 (50 %); от 5 до 10 лет: умеренный — 5 (62,5 %), высокий — 4 (37,5 %); более 10 лет: умеренный — 8 (61,5 %), высокий — 5 (38,5 %). Уровень ЛТ у пациентов: до 5 лет: умеренный — 3 (37,5 %), высокий — 5 (62,5 %); от 5 до 10 лет: умеренный — 5 (62,5 %), высокий — 4 (37,5 %); более 10 лет: умеренный — 7 (53,8 %), высокий — 6 (46,2 %).

Выводы

1. В исследуемой группе у 60 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлены нарушения когнитивных функций.

2. Когнитивные нарушения по шкале MMSE более выражены среди женщин, в основном обусловленные снижением памяти и внимания по сравнению с мужчинами.

3. У женщин в отличие от мужчин выявлены более высокие уровни реактивной и личностной тревожности.

4. Наблюдается тенденция увеличения когнитивного дефицита с ростом продолжительности заболевания. Однако, такой тенденции в изменении уровня личностной тревожности не выявлено. Личностная тревожность более выражена у пациентов с продолжительностью ССЗ от 5 до 10 лет.

5. С целью раннего выявления и коррекции когнитивных нарушений у пациентов с ССЗ, учитывая их высокую распространенность, целесообразно применять шкалу краткого исследования психического статуса в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подрезова, Л. А. Особенности психических нарушений и психосоматические взаимоотношения при сердечно-сосудистых заболеваниях / Л. А. Подрезова, А. Н. Богдан, Ю. В. Сейку // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. — 2016. — № 5. — С. 48–51.

2. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012 г.) // Российский кардиологический журнал. — 2012. — № 4 (96). — С. 26–32.

3. Хроническая сердечная недостаточность: учеб.-метод. пособие / А. Н. Цырульникова [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 39 с.

4. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни (Internal diseases): учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

УДК 617.73:615.216.84

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИ-VEGF ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Барсукова Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Поражение сетчатки глаз — одно из специфических осложнений сахарного диабета, которые являются основной причиной слепоты у данной категории больных. Сахарным диабетом страдает до 5 % населения мира и затрагивает людей всех национальностей и возрастов. Проллиферативная диабетическая ретинопатия характеризуется двумя основными компонентами — сосудистой (неоваскуляризация) и соединительнотканной пролиферацией (фиброз). Офтальмоскопически выявляются новообразованные сосуды, растущие по задней поверхности стекловидного тела. Несостоятельность стенки новообразованных сосудов ведет к частым кровоизлияниям как к преретинальным, так и к витреальным. Рецидивирующие кровоизлияния и обусловленное ими рубцевание задних отделов стекловидного тела ведут к образованию патологических витреоретинальных сращений, которые могут вызвать тракционную отслойку сетчатки [4]. Образование новых кровеносных сосудов