

вичного обращения составил 29,9 лет. Половина опрошенных пациентов отметили негативное отношение окружающих и необходимость смены места работы. 26 % трансгендерных лиц воспитывались в неполных семьях. Выявлена высокая частота самостоятельного (без назначения врача) приема гормональных лекарственных средств. У трети трансгендерных лиц проведена хирургическая коррекция пола.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <https://www.wpath.org/publications/soc>. — Дата доступа: 1 марта 2019.
2. Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: <http://www.pravo.by>. — Дата доступа: 24 февраля 2019.
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version [Электронный ресурс]. — 2016. — Режим доступа: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>. — Дата доступа: 1 марта 2019.
4. International Classification of Diseases 11th Revision [Электронный ресурс]. — 2018 — Режим доступа: <http://www.icd.who.int>. — Дата доступа: 1 марта 2019.
5. Endocrine Society. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline / W. C. Hembree [et al.] // J Clin Endocrinol Metab. — 2009. — Vol. 94(9). — P. 3132–3154.
6. American Association of Clinical Endocrinologists. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline / W. C. Hembree [et al.] // J Clin Endocrinol Metab. — 2017. — Vol. 102(11). — P. 3869–3903.

УДК 616.441-002-097

### **ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ В ПРОЦЕССЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА**

*Мироненко Е. С.*

**Научные руководители: д.м.н., доцент А. Л. Калинин,  
врач-эндокринолог И. А. Васюхина**

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

#### ***Введение***

Аутоиммунный тиреоидит — аутоагрессивное заболевание, морфологическим проявлением которого является лимфоидная и плазмоцитарная инфильтрация ткани щитовидной железы с последующим ее разрушением и замещением соединительной тканью, обусловленное аутоиммунизацией организма тиреоидными антигенами [1].

Аутоиммунный тиреоидит встречается повсеместно. Женщины заболевают в 17 раз чаще мужчин, что связывают с нарушением X-хромосомы и вероятным влиянием эстрогенов на лимфоидную систему. Заболевание развивается у женщин. Частота аутоиммунного тиреоидита составляет примерно 5 % от всех заболеваний щитовидной железы [2].

Одной из фаз в течение развития АИТ является гипотиреоидная. Продолжается она около года, после чего обычно происходит восстановление функции щитовидной железы. Иногда гипотиреоз остается стойким [1].

Гипотиреоз относится к одним из самых распространенных заболеваний щитовидной железы. Дефицит тиреоидных гормонов приводит к угнетению метаболизма с вовлечением в патологический процесс всех органов и систем, в том числе нервной системы с развитием неврологических и когнитивных нарушений [3].

### Цель

Изучение эффективности консервативного лечения пациентов с гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита.

### Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов ГУЗ «Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека». В исследование методом случайной выборки было включено 22 пациента, проживающих на Гомельской области, в анамнезе которых был поставлен диагноз аутоиммунного тиреоидита с гипотиреозом. По итогу исследования была произведена статистическая обработка и сравнительный анализ данных.

### Результаты исследования и их обсуждение

В результате интерпретации полученных данных было выявлено, что вся выборка, состоящая из 22 человек, представлена женским полом на 100 %, они представляют группа «молодых». Дебют заболевания наблюдается у лиц «молодого» возраста по критериям возрастной периодизации всемирной организации здравоохранения (18–44 лет).

У всей выборки пациентов при первичном обращении к врачу-эндокринологу было выявлено значительное отклонение в содержании тиреотропного гормона (ТТГ) от нормы в сторону повышения. Нормальное значение содержания ТТГ в крови для данной лаборатории составляет 0,35–4,94 мЕд/л. В среднем значения ТТГ были равны 14,28 мЕд/л. Подробные данные представлены на рисунке 1.

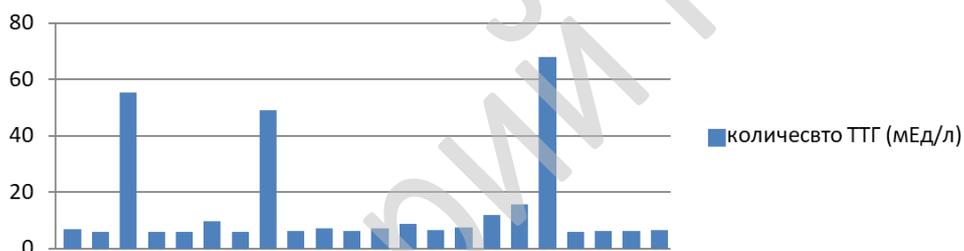


Рисунок 1 — Содержание ТТГ в крови обследуемых пациентов.

Всем пациенткам была назначена заместительная терапия в виде лекарственного препарата: «эутирокс». В среднем, по прошествии 6 месяцев показатели содержания ТТГ в крови уменьшились и стабилизировались в пределах нормального диапазона, что представлено на рисунке 2.

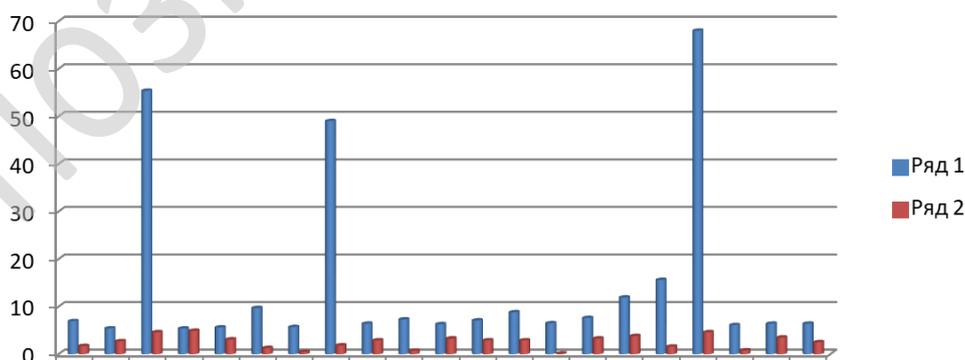


Рисунок 2 — Результат заместительной терапии «левотироксином натрия»

Также был произведен анализ УЗИ щитовидной железы данных пациентов за период с 2014 по 2019 гг. По результатам данного исследования выявлено, что у выборки в 100 % случаев наблюдается постепенная атрофия щитовидной железы.

### **Выводы**

1. Пациенты с аутоиммунным тиреоидитом в процессе длительного консервативного лечения тенденции к снижению АТ к ТПО не имеют, а в некоторых случаях даже наоборот имеется увеличение.

2. У всей выборки (100 %) наблюдается снижение ТТГ в результате получения заместительной терапии в виде левотироксина натрия (эутирокс). Гормональный фон приходит в баланс в среднем за полгода.

3. Щитовидная железа на ультразвуковом исследовании у всех пациентов (100 %) из данной выборки атрофически уменьшена в своих объемах и с каждым годом имеет тенденцию все к большему снижению.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дедов, И. И. Клиническая эндокринология / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. Ф. Фадеев. — М.: Медицина, 2007. — С. 53–68.
2. Холодова, Е. А. Клиническая эндокринология / Е. А. Холодова. — М.: Медицина, 2011. — С. 123–133.
3. Потемкин, В. В. Эндокринология / В. В. Потемкин. — М.: Медицина, 1999. — С. 160.

**УДК 616.127-005.8+616.12-008.331.1]:616.379-008.64**

## **ИНФАРКТ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Нейметджанов О. Н.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Пальцев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В современном мире нарушения обмена углеводов у населения приобретают характер пандемии. Повышение уровня жизни населения, доступ к высококалорийной пище и гиподинамия приводят нередко к формированию нездорового образа жизни и избытку массы тела. В дальнейшем это вызывает развитие инсулинорезистентности и возникновение сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа). Данное заболевание является значимым риском возникновения и прогрессирования тяжелой патологии сердечно-сосудистой системы. Для пациентов с хронической гипергликемией характерно более раннее формирование и прогрессирование атеросклероза, мультисегментарность и симметричность поражения периферических артерий. Также поражение сердца при СД может быть обусловлено миокардиодистрофией и диабетической микроангиопатией. Также нужно отметить существенный рост заболеваемости СД 2 типа с возрастом. Физиологически с возрастом снижается интенсивность метаболических процессов в миокарде, уменьшается влияние катехоламинов на сократительную функцию сердца, повышается порог влияния симпатической нервной системы. Все эти изменения изначально создают условия для возникновения ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе инфаркта миокарда (ИМ), а также артериальной гипертензии (АГ). Все вышеизложенное указывает на необходимость тщательного контроля гликемии, а также подбора и контроля терапии пациентов с СД [1–5].

### **Цель**

Оценить распространенность ИМ и АГ 3 степени у пациентов в зависимости от компенсации СД 2 типа.