

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.