

Выводы

1. Дискогенная поясничная радикулопатия, наиболее часто сочеталась с такими дистрофическими патологиями как спондилоартроз (78,2 %), спондилез (73,6 %) и грыжа Шморля (31,0 %).

2. Существенное гендерное превалирование установлено при сопутствующем артрозе крестцово-подвздошного сочленения (диагностирован только у мужчин).

ЛИТЕРАТУРА

1. Рачин, А. П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача / А. П. Рачин, С. Ю. Анисимова // Рус. мед. журн. — 2012. — № 19. — С. 964–967.

2. Садоха, К. А. Дорсалгии: факторы риска / К. А. Садоха // ARS medica. Искусство медицины. — 2011. — № 14. — С. 366–367.

УДК 616.12-009.7-079.4

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ НЕВРОГЕННЫХ И КАРДИОГЕННЫХ БОЛЕЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Бельская М. С., Шукалович А. Н.

Научный руководитель: ассистент Т. А. Степанова

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

Введение

В своей практической работе врачи нередко сталкиваются с симптомами кардиалгии, которые не связаны с органическим поражением миокарда, что подтверждается соответствующими лабораторными и инструментальными исследованиями [3]. Такие жалобы часто вызываются органическими заболеваниями сердца, расстройствами автономной регуляции сердечно-сосудистой системы, а также различными формами экстракардиальной патологии. Большой интерес и в то же время диагностические трудности вызывают неврологические расстройства, клинические проявления которых сходны с симптомами сердечно-сосудистых заболеваний. В общесоматической практике у этих пациентов нередко диагностируется синдром вегетативно-сосудистой дистонии, они не получают адекватной терапии.

В ходе специальных исследований, проводимых у больных с жалобами на боль в области сердца с нормальными коронарными артериями, у 37–43 % выявлены признаки панических расстройств [1]. При обследовании 7 тыс. пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи с болями в области сердца, по данным первичного осмотра и электрокардиографии, только в 4 % случаев был установлен диагноз «инфаркт миокарда», в 51 % — были на него подозрения, у 41 % лиц этот диагноз был снят. Среди последних доминировали пациенты с мышечными и психогенными болями [4]. Также показано, что у 80 % пациентов амбулаторного приема кардиалгии носят психоневрогенный характер [2].

Цель

Обобщение данных литературы и наблюдений о природе неврогенных кардиалгии, особенностях их клинического течения и диагностической тактики.

В работе использовались данные, полученные в ходе исследования, проведенного сотрудниками НИИ психиатрии МЗ РФ и кафедры внутренних болезней N1 ММСУ им. Н. А. Семашко [6]. Было обследовано 179 пациентов с кардиалгией: 85 — со стенокардией напряжения, 94 — с вегето-сосудистой дистонией. В группу исследования вошли только женщины.

Выбор группы обусловлен актуальностью для современной кардиологии изучения особенностей сердечного болевого синдрома у женщин.

Результаты исследования

Среди обследованных пациентов преобладали лица трудоспособного возраста (средний возраст: стенокардия — 50,1 лет; ВСД — 38,3 лет). Выявлена более ранняя манифестация вегето-сосудистой дистонии (24,8 лет) по сравнению со стенокардией напряжения (40,5 лет).

Доминировало среднетяжелое течение (уровень физической работоспособности сохранен; наличие вегетативных кризов; изменения эмоционального состояния), I ФК — 21,4 %, II ФК — 78,6 %, отсутствовали признаки сердечной недостаточности, выраженной гипертрофии левого желудочка, «фатальные» аритмии. При этом 136 (77,7 %) обследованных пациентов отмечают тенденцию к снижению работоспособности за последние 5 лет (быстрая утомляемость, учащение приступов, отсутствие тяги к работе, эмоциональная усталость).

Выводы

1. Неврогенные кардиалгии (ВСД) манифестируют в более раннем возрасте — 24,8 лет, чем кардиогенные (стенокардия) — 40,5 лет.
2. Отмечена тенденция к снижению работоспособности у 77,7 % пациентов.
3. Отсутствие каких-либо лабораторно-инструментальных подтверждений наличия органической патологии при неврогенных кардиалгиях.
4. Эффект от приема нитроглицерина кардинально различается: при кардиогенных кардиалгиях положительный, при неврогенных — отрицательный.
5. При отсутствии должного лечения течение болезней с обоими типами кардиалгии перестает быть доброкачественным и ведет к более тяжелым формам поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн, А. М. Кардиалгии и абдоминалгии / А. М. Вейн, А. Б. Данилова // Рус. мед. журн. — М., 1999. — № 7 (9).
2. Данилов, А. Б. Кардиалгии и абдоминалгии. Болевые синдромы в неврологической практике / А. Б. Данилов; под ред. А. М. Вейна. — М.: Медпресс-информ, 2001. — С. 284–292.
3. Кузнецов, В. Ф. Вертебрология. Клиника, диагностика, лечение заболеваний позвоночника / В. Ф. Кузнецов. — 2004. — 340 с.
4. Павленко, С. С. Организация медицинской помощи больным с хроническим болевым синдромом / С. С. Павленко, В. Н. Денисов, Г. И. Фомин. — Новосибирск, 2002. — 196 с.

УДК 616.379-00864-052:616.153.915

ЛИПИДНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Беляева М. М., Орешкова Ю. В., Литвинчук Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. П. Каплиева

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

Введение

Нарушения липидного спектра сыворотки крови усугубляют атерогенез и развитие макроангиопатии у больных СД. Поражение сосудов крупного и среднего калибра при СД патогенетически связано с атеросклерозом, что имеет место и у больных без диабета, за исключением того, что указанное поражение сосудов у больных СД, наступает намного раньше, чем у лиц, не страдающих этим заболеванием.

Наиболее оправданной стратегией ведения пациентов с СД 2 типа является стратегия, предложенная Межнациональной образовательной программой по диабету: диабетологи и пациенты с СД должны уделять внимание не только контролю гликемии и АД,