

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19 // Российский кардиологический журнал. 2020. № 25(3). Р. 3801. doi:10.1529/1560-4071-2020-3-3801.
2. Алейникова, Т. В. Возможности Холтеровского мониторирования в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) / Т. В. Алейникова, И. И. Мистюкевич // Проблемы здоровья и экологии. 2014. № 1 (39). С. 14–20.
3. Komolyatova, V. N. QT Interval in Patients With COVID-19 / V. N. Komolyatova, L. M. Makarov // Cardiology. 2020. № 60(7). Р. 11–14.
4. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы и суточное мониторирование артериального давления: возможности метода, показания к проведению, интерпретация показателей: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. Гомель : ГомГМУ. 2013. 35 с.

УДК 616.329-002-08-055-052(476.2)

**ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

Кулагина А. А.

**Научные руководители: ассистент И. Л. Мамченко;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит заброс содержимого желудка в пищевод в ретроградном направлении. Заброс содержимого является самопроизвольным, регулярно повторяющимся явлением. В результате повторяющихся забросов происходит изменение слизистой оболочки пищевода. ГЭРБ сопровождается различными локальными (пищеводными) и системными (внепищеводными) проявлениями. В дальнейшем могут появиться такие осложнения как кровотечения, язвы, стеноз, пищевод Баррета или аденокарцинома пищевода [1].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь давно считается актуальной проблемой среди заболеваний органов пищеварения. Еще в 1997 г. на 6-й объединенной Европейской неделе гастроэнтерологии XXI век был назван веком данной болезни [2].

Среди причин ГЭРБ выделяют дисфункцию кардиального сфинктера, снижение клиренса пищевода, неспособность слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию рефлюктанта. Нарушение функции кардиального сфинктера может наблюдаться при первичном дефекте гладкомышечных волокон сфинктера, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, во время беременности, в результате приема лекарственных средств, которые снижают тонус гладких мышц, при курении [3].

Цель

Выявить и проанализировать гендерные различия клинических проявлений ГЭРБ у пациентов гастроэнтерологического отделения учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» города Гомеля.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов, находившихся на обследовании в гастроэнтерологическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» в 2019 г. Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel 2010».

Для анализа использовались следующие данные: пол и возраст пациентов, форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, клинические проявления у данных пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Для исследования были отобраны 30 историй болезни: 18 (60 %) женщин и 12 (40 %) мужчин.

Возраст пациентов составлял от 19 до 75 лет. Средний возраст женщин составил 47 лет, мужчин — 43 года.

Диагноз «Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом» (K21.0) выставлен 13 (72,2 %) женщинам и 12 (100 %) мужчинам, а «Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита» (K21.9) — 5 (16,6 %) пациентам. Все случаи гастроэзофагеального рефлюкса без эзофагита выявлены у женщин.

Впервые выявленная ГЭРБ обнаружена у 1 (3,3%) пациента, оставшиеся 29 (96,6 %) пациентов оказались в стационаре с рецидивом болезни. Длительность заболевания составила: у 3 (10 %) пациентов около 3-х лет; у 4 (13,3 %) — полтора года; около полугода также у 4 (13,3 %) пациентов; у 2 (6,6 %) пациентов — 3–4 месяца. Впервые выявлено заболевание у 1 (3,3 %) пациента, 16 (53,3 %) пациентов болеют длительно.

В клинической картине пациентов обоих полов отмечались различные пищеводные и внепищеводные проявления. Пищеводные проявления представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 — Пищеводные проявления: а — женщины; б — мужчины

Среди пищеводных проявлений такие симптомы как боль в эпигастрии, изжога, горечь во рту, отрыжка встречались чаще у обоих полов. На боль в эпигастрии предъявляли жалобы 66,6 % мужчин и 61,1 % женщин. Изжога беспокоила 58,3 % мужчин и 55,5 % женщин. Такую жалобу как давящая боль за грудиной отмечали только мужчины — 8,3 %. Жалобы на затруднение глотания, сухость во рту и неприятный запах изо рта предъявляли только женщины.



Рисунок 2 — Внепищеводные проявления: а — женщины; б — мужчины

Среди внепищеводных проявлений чаще у мужчин и женщин отмечалось вздутие — 50 и 38,8 % соответственно и слабость у 33,3 % мужчин и 22,2 % женщин. На тошноту жаловались 38,8 % женщин и 16,6 % мужчин. Першение и осиплость голоса отмечали только женщины. 8,3 % мужчин предъявляли жалобы на одышку.

Осложнения ГЭРБ наблюдались у 4 (13,3 %) пациентов. Среди них у 2 (6,6 %) пациентов выявлен пищевод Баррета, у 1 (3,3 %) — язвы пищевода, стриктуры пищевода диагностированы у 1 (3,3 %) пациента.

Длительность пребывания в стационаре составляла от 1 до 22 койко-дней, среднее значение — 10,5 дней.

Выводы

1. Диагноз ГЭРБ встречался чаще у женщин старше 40 лет.
2. ГЭРБ с эзофагитом встречался как у женщин — 72,2 %, так и мужчин 100 %. ГЭРБ без эзофагита — только у женщин.
3. Среди обоих полов наблюдались такие симптомы как боль в эпигастрии, изжога, горечь во рту, отрыжка, вздутие живота и слабость.
4. На давящую боль за грудиной и одышку предъявляли жалобы только мужчины. Женщин беспокоило затруднение глотания, сухость во рту, неприятный запах изо рта, першение и осиплость голоса.
5. У 13,3 % пациентов наблюдались осложнения ГЭРБ в виде пищевода Барретта, язв и стриктур пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов, А. Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. Н. Михайлов, А. В. Лой, В. Б. Римашевский; под ред. А. Н. Михайлова. Минск : Выш. шк., 2010. 138 с.
2. Фадеенко, Г. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эволюция наших представлений / Г. Д. Фадеенко. 3-е изд. Киев : Здоровье Украины, 2001. 154 с.
3. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология : учеб. пособие / Е. Г. Малаева. Минск : Новое знание, 2016. 75 с.

УДК 616.379-008.64:617.735-002-02

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА

Кульэсенова Г. К., Ибрагимов А. Х.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Василькова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет (СД) — это одна из самых острых проблем мирового здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от него страдают около 500 млн человек во всем мире.

Одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных сосудистых осложнений СД является поражение сетчатки глаза — диабетическая ретинопатия (ДР).

Диабетическая ретинопатия — специфическая ангиопатия, поражающая сосуды сетчатой оболочки глаза и развивающаяся на фоне длительного течения сахарного диабета. Диабетическая ретинопатия имеет прогрессирующее течение: в начальных стадиях отмечается размытость зрения, пелена и плавающие пятна перед глазами; в поздних — резкое снижение или потеря зрения. Диагностика включает проведение консультаций офтальмолога и диабетолога, офтальмоскопии, биомикроскопии, визометрии и периметрии, ангиографии сосудов сетчатки, биохимического исследования крови. Лечение диабетической ретинопатии требует системного ведения диабета, коррекции метаболических