

Таблица 2 – Частота встречаемости антигенов HLA, ассоциированных с ожирением (по данным литературы) в обследованной группе

HLA	HLA-A3		HLA-A11		HLA-A28		HLA-B5	
	Норма n = 26	Ожирение n = 12	Норма n = 26	Ожирение n = 12	Норма n = 26	Ожирение n = 12	Норма n = 26	Ожирение n = 12
n	5	4	1	1	3	1	1	1
%	19	33,3	3,8	8,3	11,5	8,3	3,8	8,3
p	0,34		0,56		0,76		0,56	

Антиген HLA-B15, описанный в литературе как протективный, в обследованной группе с нормальной массой тела встречался у 2 человек (7,7 %), в группе лиц с ожирением – у 3 человек (25 %). Различия в частоте встречаемости данного АГ не достоверны ($p = 0,14$).

Выводы

У людей, проживающих в Республике Беларусь, страдающих ожирением достоверно чаще выявлялось сочетание антигенов HLA-A3, B12. Достоверных различий частоты встречаемости HLA-антигенов, описанных в литературных источниках не получено ввиду небольшого количества участников исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новиков, Д. К. Медицинская иммунология: учебник / Д. К. Новиков. – «Минск ВШ», 2015. – 89 с.
2. Семин, Е. В. Система HLA: строение, функции, очевидная и возможная связь с аутоиммунными и атопическими заболеваниями / Е. В. Семин, Б. М. Блохин, К. Г. Каграманова, О. А. Майорова // Лечебное дело. – 2012. – С. 4–10.
3. Шут, С. А. Иммуногенетическая предрасположенность к дуоденальной язве, ассоциированной с геликобактерной инфекцией у жителей Гомельской области / С. А. Шут // Здоровоохранение. – 2004 – № 4. – С. 51–53.
4. Тыртова, Л. В. Генетические и эпигенетические аспекты ожирения и метаболического синдрома, возможности профилактики в детском возрасте / Л. В. Тыртова, Н. В. Паршина, К. В. Скобелева // Педиатр, 2013. – Т. 4, № 2. – С. 3–11.

УДК 629.47-051-057:616.28-008.14

В. А. Титенкова, А. А. Горшкова

Научные руководители: старший преподаватель О. Л. Никифорова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ДЕПО

Введение

Слуховой аппарат является одним из важнейших анализаторов человеческого организма, обеспечивающий комфортное сосуществование людей в социуме. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мировом масштабе потеря слуха – один из шести ведущих факторов, ухудшающих качество жизни [6]. Доля сенсоневральной тугоухости (СНТУ) среди данной патологии приближается к 70 % [1]. Заболевания слухового анализатора могут заключаться в нарушении звуковосприятия и/или звукопроводения. Нейросенсорная потеря слуха – это потеря слуха, вызванная поражением структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва или центральных отделов слухового анализатора (в стволе или слуховой коре головного мозга), т. е. является результатом поражения звуковоспринимающего аппарата [2].

Сенсоневральной тугоухость – полиэтиологическое заболевание. Выделяют наследственную, врожденную и приобретенную формы.

В развитии приобретенной сенсоневральной тугоухости доказана роль следующих факторов: инфекционный, сосудистый, токсический, травматический, шум и вибрация [3, 4, 5]. В нашей работе проводится анализ заболевших, имеющих в анамнезе приобретенную СНТУ, фактором развития которой являются профессиональные вредности в виде повышенного шума, вибрации (машинисты и помощники машинистов тепловозов).

Цель

Исследовать тактику ведения пациентов с приобретенной сенсоневральной тугоухостью, изучить жалобы пациентов в зависимости от степени заболевания, средний возраст заболевших и сопутствующую патологию

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе ГУЗ «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал 12. Ретроспективно был проведен анализ 70 медицинских карт пациентов (форма 025/у) за последние 2 года. Выборку составили работники железнодорожного депо – машинисты и помощники машинистов тепловозов.

В наблюдаемой когорте преобладали мужчины – 38 чел. (54 %), женщины – 32 чел. (46 %). Медиана возраста для женщин составила 54,2 года (sd 7,3), для мужчин – 54,3 года (sd 7,5).

Анализ и интерпретация данных медицинских карт амбулаторных пациентов проводился в приложении Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст манифестации СНТУ составил 54,3 года (sd 6,2). Самым ранним возрастом выявления СНТУ в данной выборке является 34 года, а самым поздним – 68 лет. Следует также отметить, что 80 % респондентов были старше 50 лет.

Было установлено, что первыми симптомами данного заболевания является не только снижение слуха, но и наличие шума. Также отслеживается развитие двусторонней сенсоневральной тугоухости (ДСНТУ) у обратившихся изначально с односторонней сенсоневральной тугоухости (ОСНТУ). Прогрессирование односторонней формы заболевания, в двустороннюю составило в среднем 18, 6 месяцев (sd 5,8).

В качестве стандартной медикаментозной терапии в условиях отделения дневного пребывания (ОДП) пациентам были назначены: кавинтон, милдронат, мильгамма. В качестве местного лечения пациентам проводилось продувание слуховых труб по Политцеру и пневмомассаж барабанной перепонки. После лечения в ОДП пациентам рекомендован прием кавинтона 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней и милдроната 250 мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней, а также дальнейшее диспансерное наблюдение у отоларинголога.

Артериальная гипертензия в различной степени выраженности в качестве сопутствующего заболевания наблюдалась у 38,5 % пациентов. Корреляция СНТУ с другими коморбидными заболеваниями в исследуемой когорте пациентов не выявлена.

Выводы

Приобретенная СНТУ развивается преимущественно у лиц старше 50 лет, средний возраст манифестации составил 54,3 года (sd 6,2) Фактором риска возникновения СНТУ у пациентов является работа в железнодорожном депо и связанные с выполнением профессиональных обязанностей повышенный шум и вибрация. Характерным сопутствующим заболеванием является артериальная гипертензия. Прогрессирование односторонней формы заболевания, в двустороннюю составило в среднем 18, 6 месяцев (sd 5,8).

Работникам железнодорожного депо среднего возраста с артериальной гипертензией рекомендовано ежегодное проведение аудиограммы с целью раннего выявления и своевременной терапии СНТУ и ее осложнений.

Список использованной литературы

1. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Отоларингология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 520 с.
2. Маркова, Т. Г. Значение медико-генетического консультирования в диагностике причин врожденных нарушений слуха / Т. Г. Маркова // Матер. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб, 2006. – С. 457–458.
3. Шидловская Т. А. и др. // Матер. XVII съезда оторинолар. России / О нарушениях в слуховом и зрительном анализаторах при сердечно–сосудистых заболеваниях – СПб, 2006. – С. 73–74.
4. Хандажапова, Ю. А. Диагностика и лечение нейросенсорной тугоухости на фоне нарушений кровотока в позвоночных артериях / Ю. А. Хандажапова, М. В. Солдатенко // Рос. оторинолар. – 2006. – № 1 (20). – С. 169–172.
5. Agrup, C. Immune-mediated inner – ear disorders in neurootology / C. Agrup, L. M. Luxon // Cur. opin. neurol. – 2006.
6. Zahnert, T. The differential diagnosis of hearing loss / T. Zahnert // Dtsch Arztebl Int. – 2011. – Vol. 108, № 25. – P. 433–444.

УДК 616.132.2-089:159.942

А. К. Федонова, Е. Д. Пыльская

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н. Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И АОРТО-МАММАРНОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности населения Европы. В первую очередь это касается ишемической болезни сердца (ИБС), которая ответственна за 20 % смертей в Европе [1]. Важная часть в лечении ИБС приходится не только на лечение, но и на реабилитацию таких пациентов.

Кардиореабилитация – скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже – обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность [2]. Из этого определения, составленное Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации (American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, AACVPR) в 2005 г., видно, что немаловажную роль в кардиореабилитации играет психологическое состояние пациента и его качества жизни.

Качество жизни (КЖ) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) – совокупная составляющая симптомов заболевания, физического состояния, эмоционального статуса и социально-трудового функционирования [1].

Цель

Определить эмоциональное состояние пациентов с ИБС, находящихся на реабилитации после чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и аорто-маммарнокоронарного шунтирования (АКШ, МКШ) в зависимости от пола.

Материал и методы исследования

Проведено проспективное исследование среди 37 пациентов с ИБС (инфаркт миокарда, стенокардия), проходивших лечение на этапе реабилитации на 14-16 сутки после проведения ЧКВ, АКШ, МКШ в учреждении «Гомельский клинический кардиологический центр» в 2023 году. На основе Нового европейского опросника HeartQoL [1] для оценки качества жизни больных был создан опросник, адаптированный для пациентов,