

Осложнения после имплантации ЭКС в зависимости от возрастной группы проявляются: в 20–30 лет – 5,5 %, 31–40 лет – 2 %, 41–50 лет – 7 %, 51–60 лет – 11 %, 61–70 лет – 20 %, 71–80 лет – 22 %, 81 год и старше – 33 %, что отражает увеличение риска осложнений с увеличением возраста пациента.

Анализ взаимосвязи установки ЭКС в зависимости от заболевания, требующего его постановки показал, что на долю пациентов, которым был поставлен ЭКС, с диагнозом атриовентрикулярная блокада приходится 40 %, из которых в 48 % случаях атриовентрикулярная блокада II степени типа 1 и 2, синдром слабости синусового узла составляет 32 %, фибрилляция предсердий 26 %, синкопальные состояния неясного генеза 3 %. Согласно данным отмечено, что преобладает количество пациентов, которым был поставлен электрокардиостимулятор, с первоначальным диагнозом атриовентрикулярная блокада.

Далее были определены виды осложнений и их частота. Процентное содержание встречаемости пролежней составило 22 %, электродных свищей 16 %, кровотечений 6 %, пневмотороксов и гидротороксов 4 %, абсцессов 3 %, инородных тел 2 %.

Также, как причину дополнительного хирургического вмешательства можно считать разряд батареи искусственного водителя ритма, которые происходили у 29 % пациентов. Дополнительное хирургическое вмешательство – риск возникновения послеоперационных осложнений.

Важно отметить периоды возникновения осложнений, такие как ранние и поздние послеоперационные. Ранние осложнения – кровотечения, пневмотораксы и пневмогидротораксы, процентное содержание которых составило 34,5% – возникали у пациентов в первые 14 суток после оперативного вмешательства, а более поздние – пролежни, свищи, абсцессы процент которых равен 41,8 % – возникали в период от 2 недель до 20 лет после имплантации ЭКС.

Выводы

В результате исследования мы выяснили, что наиболее часто возникающими осложнениями ЭКС в ранний послеоперационный период являются кровотечения, а в поздний послеоперационный период чаще всего возникают пролежни ложа ЭКС. Осложнения после имплантации ЭКС могут возникнуть у пациентов вне зависимости от их пола. Возраст пациента, сопутствующие хронические заболевания влияют на риск появления осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основы электрокардиостимуляции : учебное пособие / Р. Е. Калинин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с.
2. Постперикардотомный синдром как редкое осложнение имплантации предсердного электрода / С. В. Немцов [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 1(109). – С. 92–95.
3. Новиков, А. В. Инфекционные осложнения и трикуспидальная недостаточность после имплантации устройств для постоянной кардиостимуляции / А. В. Новиков, С. Ю. Сергуладзе // Анналы аритмологии. – 2019. – Т. 16, № 4. – С. 226–234.

УДК 616.71:612.392.6]-092

С. В. Васюченко

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

Остеопороз (ОП) – метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением массы костной ткани, нарушением ее микроархитектоники, приводящее к уменьшению прочности кости и повышенному риску переломов [1]. Актуальность данного

заболевания довольно высока. По статистике риск любого нетравматического перелома составляет 47,3 % у женщин и 23,8 % мужчин старше 45 лет [2]. Гормональный статус, средовые факторы (особенности питания, образа жизни, физической активности, вредные привычки и др.) оказывают значительное влияние на достижение максимального уровня костной массы и дальнейшие темпы его снижения. Развитию ОП также способствуют различные хронические заболевания, в том числе эндокринные, прием некоторых лекарственных средств [3].

Цель

Изучить распространенность нарушений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациентов с эндокринной патологией.

Материал и методы исследования

В ходе работы было проведено ретроспективное исследование 111 историй болезни пациентов, из них 83 (74,8 %) женщин и 28 (25,2 %) мужчин, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины». Эндокринная патология была представлена сахарным диабетом 1 и 2 типов, хронической надпочечниковой недостаточностью, аденомой гипофиза, диффузным токсическим зобом, первичным гипотиреозом. Средний возраст пациентов $59,2 \pm 11,25$ год.

Согласно рекомендациям ВОЗ, диагностика ОП проводится на основании Т-критерия: в пределах нормы находятся значения, не превышающие $+2,5$ SD и не ниже -1 SD, значения ≤ -1 SD но $> -2,5$ SD - остеопенией, значения $< -2,5$ SD классифицируются как ОП.

Исходя из полученных данных были сформированы группы по критерию наличия у пациентов нарушения минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 12. 0 (разработчик – StatSoft/Inc). Различия показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 111 пациентов со снижением Т-критерия ≤ -1 SD были выделены 97 с диагнозами: сахарный диабет тип 1, сахарный диабет тип 2, хроническая надпочечниковая недостаточность, аденома гипофиза, диффузный токсический зоб, первичный гипотиреоз. Из них 72 (74,2 %) пациента – женщины, 25 (25,8 %) – мужчины. Средний возраст пациентов $61,00 \pm 10,48$ год.

Таблица 1 – Структура эндокринологической патологии у пациентов со сниженным Т-критерием (Т-критерий ≤ -1 SD)

Заболевание	Количество пациентов (чел.)	Процентное отношение (%)
Сахарный диабет тип 1	21	21,65
Сахарный диабет тип 2	50	51,55
Хроническая надпочечниковая недостаточность	4	4,12
Аденома гипофиза	2	2,06
Диффузный токсический зоб	12	12,37
Первичный гипотиреоз	8	8,25

Основываясь на данных таблицы 1 можно сделать вывод, что структура заболеваний со снижением МПКТ ≤ -1 SD по Т-критерию следующая: 52 % – СД 2, 22 % – СД 1, 12 % – диффузный токсический зоб, 8 % – первичный гипотиреоз, 4 % – хроническая надпочечниковая недостаточность, 2 % – аденома гипофиза.

Далее по результатам денситометрии мы проанализировали процентное соотношение пациентов с остеопенией и остеопорозом в зависимости от эндокринной нозологии.

Таблица 2 – Распространенность остеопении и остеопороза в зависимости от эндокринной нозологии

Заболевание	Количество пациентов с остеопенией, чел. (%)	Количество пациентов с остеопорозом, чел. (%)
Сахарный диабет тип 1	16 (76,2)	5 (23,8)
Сахарный диабет тип 2	35 (70)	15 (30)
Хроническая надпочечниковая недостаточность	3 (75)	1 (25)
Аденома гипофиза	2 (100)	0 (0)
Диффузный токсический зоб	4 (33,33)	8 (66,67)
Первичный гипотиреоз	3 (37,5)	5 (62,5)

Анализ таблицы 2 показал следующие результаты снижение МПК ≤ -2.5 SD по Т-критерию в поясничном отделе позвоночника имеет следующую структуру: 30 % – СД 2, 24 % – СД 1, 67 % – диффузный токсический зоб, 63 % первичный гипотиреоз, 25 % – хроническая надпочечниковая недостаточность, 0 % – аденома гипофиза.

Средний возраст пациентов с остеопорозом при СД 1 – $73,6 \pm 2,3$ год, СД 2 – $65,5 \pm 9,9$ год, диффузный токсическом зобе – $54,00 \pm 10$ год, первичном гипотиреозе – $51,60 \pm 13,6$ год, хронической надпочечниковой недостаточности – $59,5 \pm 2,1$ год.

Корреляционный анализ не выявил связь снижения минеральной плотности костной ткани с возрастом пациентов ($r = 0,41$ при достоверном значении $p < 0,05$).

Выводы

По результатам исследований был выявлен более высокий уровень снижения минеральной плотности костной ткани в группе пациентов с заболеваниями щитовидной железы и сахарным диабетом.

Кроме того, огромное влияние оказывают многочисленные биохимические, метаболические и гормональные нарушения, связанные с возрастом. Поэтому пациенты с заболеваниями эндокринной системы представляют группу риска развития вторичного остеопороза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранова, И. А. Новые аспекты в диагностике и лечении глюкокортикостероидного остеопороза / И. А. Баранова, Н. В. Торопцова // Остеопороз и остеопатии. – 2013. – № 3. – С. 36–40.
2. Канис, Дж. Долгосрочный риск остеопоротического перелома в Мальмё / Дж. Канис, О. Джонелл, А. Оден // Osteoporos. – 2000. – № 11. – С. 669–674.
3. Вёрткин, Л. В. Остеопороз : учебник / А. Л. Вёрткин, А.В. Наумов. – М. : Эксмо, 2015. – 127 с.

УДК 616.12-037

А. А. Волкович, Д. В. Михайлова

Научный руководитель: к.м.н, доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) – самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы (ССС) и ведущий фактор риска (ФР) развития ишемической болезни сердца