

2. Низкий порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (концентрация хлорида натрия 0,25 % и более), можно рассматривать как корригируемый фактор риска развития АГ.

3. Определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли может служить простым методом для контроля количества потребляемой поваренной соли с целью первичной и вторичной профилактики АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамович, С. Г.* Вкусовая чувствительность к поваренной соли у здоровых людей и больных гипертонической болезнью / С. Г. Абрамович, А. В. Щербакова, Е. В. Бархатова // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2007. — № 1. — С. 12–15.
2. Национальные рекомендации по артериальной гипертензии. — Минск, 2010.
3. *Оганов, Р. Г.* Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова // Кардиология. — 2009. — № 12. — С. 4–9.

УДК 616.24-006.6:616.24-002.5]-07

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Будков М. С., Шатонская М. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Бондаренко*

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

Введение

По данным литературы, плевральный выпот встречается у 10–15 % пациентов фтизиопульмонологического профиля [1]. Дифференциальная диагностика туберкулезного и парапневмонического экссудативных плевритов в учреждениях общей лечебной сети представляет значительные трудности, что приводит к диагностическим ошибкам, чаще всего, к гипердиагностике пневмонии. До настоящего времени при экссудативном плеврите в большинстве стационаров чаще всего выполняют плевральную пункцию с эвакуацией жидкости, проводят пробу Ривальта, биохимическое и цитологическое исследование экссудата [1, 2]. В ряде случаев эти методы диагностики не позволяют установить основное заболевание, и для верификации диагноза необходим комплексный подход с оценкой клинической картины заболевания, использованием биохимического, цитологического, бактериологического, гистологического и иммунологического методов исследования [2, 3].

Цель

Изучение диагностической информативности различных методов исследования в дифференциальной диагностике парапневмонического и туберкулезного экссудативных плевритов.

Материал и методы исследования

ретроспективно были изучены истории болезни 46 человек с плевритами различного генеза, госпитализированных в пульмонологические отделения У «Гомельская областная клиническая туберкулезная больница» в 2015 г. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало: клинико-лабораторные исследования, рентгенографию и компьютерную томографию (КТ) легких, бактериологическое исследование мокроты на *M.tuberculosis* (МБТ), плевральные пункции. Полученный плевральный выпот отправляли на цитологическое исследование, выполняли посев на МБТ, определяли атипичные клетки, общий белок и пробу Ривальта.

Статистическая обработка материала проведена с использованием программы «Statistica» 6.0. Значимость различий относительных долей признаков рассчитан с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате обследования 46 пациентов с экссудативным плевритом у 23 верифицирован неспецифический парапневмонический плеврит (ППП), они составили группу 1, а

у остальных 23 пациентов установлена туберкулезная этиология плеврита (ТБП) — группа 2. Средний возраст пациентов группы 1 составил $54,1 \pm 9,1$ года (от 22 до 90 лет), из них большая часть приходилась на мужчин — 65,2 %, женщины составили 34,8 %. Средний возраст пациентов в группе 2 составил $50,4 \pm 8,8$ года (от 26 до 94 лет), из них удельный вес мужчин — 91,3 %, женщин — 8,7 %. Детальное поло-возрастное распределение пациентов представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с экссудативным плевритом по полу и возрасту

Этиология плеврита	Число пациентов (n)	До 40 лет		Старше 40 лет		М		Ж	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Туберкулезный	23	7	30,4	16	69,6	21	91,3	2	8,7
Неспецифический	23	6	26,1	17	73,9	15	65,2	8	34,8

Из таблицы 1 видно, что пациенты с ТБП и ППП преимущественно были старше 40 лет (69,6 и 73,9 % соответственно, $\chi^2 = 6,9$ и $7,2$, $p < 0,01$). При распределении пациентов по полу было отмечено, что в обеих группах наибольший удельный вес приходится на мужчин. У пациентов с ТБП процент мужчин составил — 91,3 %, а с ППП — 65,2 %. Однако, в группе 1 удельный вес женщин составил 34,8 %, что достоверно выше, чем в группе 2 ($\chi^2 = 4,8$, $p < 0,05$).

При изучении клинических симптомов нами также были отмечены различия в исследуемых группах. Клинико-лабораторная картина у пациентов с экссудативным плевритом представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Клинико-лабораторные показатели у пациентов с экссудативным плевритом

Показатели	Этиопатогенез плеврита			
	туберкулезный		парапневмонический	
	абс.	%	абс.	%
Кашель	9	39,0	17	73,9
Симптомы интоксикации	9	39,0	10	43,5
Лихорадка	6	26,1	17	73,9
Боль в грудной клетке	9	39,0	18	78,3
Одышка при физической нагрузке	7	30,4	7	30,4
Лейкоцитоз $> 9 \times 10^9/\text{л}$	5	21,7	15	65,2
СОЭ > 15 мм/ч	20	87,0	22	95,7

Из таблицы 2 видно, что у пациентов с ППП клинические симптомы плеврита (кашель, лихорадка и боли в грудной клетке) проявляются достоверно чаще, чем у пациентов с ТБП. Так, в группе 1 пациенты предъявляли жалобы на кашель в 73,9 % против 39 % ($\chi^2 = 5,8$, $p < 0,05$), боли в грудной клетке отмечали 78,3 % человек против 39 % ($\chi^2 = 7,5$, $p < 0,01$), повышение температуры более 39°C отмечено у 73,9 % пациентов группы 1 против 26,1 % пациентов группы 2 ($\chi^2 = 11,0$, $p < 0,01$), в общем анализе крови у пациентов с ППП лейкоцитоз более $9 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался в 65,2 % против 21,7 % у пациентов с ТБП ($\chi^2 = 9,2$, $p < 0,01$).

Рентгенологическое исследование проводили пациентам после аспирации экссудата, некоторым пациентам при необходимости проводили КТ. В результате исследования очагово-инфильтративные изменения в легких при ТБП были выявлены в 82,6 % случаев, а при ППП — в 87 %. При ТБП двусторонняя локализация очагово-инфильтративных изменений отмечалась у 56,5% пациентов и значительно реже у пациентов с ППП — 17,4 % ($\chi^2 = 7,9$, $p < 0,01$). Изменения в верхних долях (82,6 %) и деструкция легочной ткани (21,7 %) чаще наблюдались при ТБП, чем при ППП — 13 и 8,7 % соответственно ($\chi^2 = 28,1$ и $36,6$, $p < 0,01$). При бактериологическом исследовании МБТ была обнаружена в 56,5 % случаев ТБП.

Анализ цитогаммы экссудата показал, что в группе с ТБП у 20 (87 %) пациентов экссудат имел лимфоцитарный характер, в группе ППП лимфоциты в плевральном выпоте преобладали лишь у 2 (8,7 %) человек ($\chi^2 = 36,6$, $p < 0,01$).

82,6 % пациентов с ТБП и 91,3 % пациентов с ППП получали антибактериальную терапию до поступления в стационар. Средняя продолжительность пребывания пациентов с ТБП в стационаре составила $60,6 \pm 11,3$ дней, а пациентов с ППП — $18,2 \pm 3,4$ дней.

Выводы

1. Плевриты туберкулезной и неспецифической этиологии чаще встречаются у мужчин старше 40 лет.

2. Клинико-лабораторные проявления наиболее выражены у пациентов с неспецифическим парапневмоническим плевритом. Кашель, лихорадка, симптомы интоксикации, боль в грудной клетке, а так же лейкоцитоз более 9×10^9 /л достоверно чаще встречаются при ППП, чем при ТБП. Важное значение имеет оценка рентгенологической картины. Двусторонняя локализация очагово-инфильтративных изменений, локализация в верхних долях и деструкция легочной ткани наиболее характерно для туберкулезного поражения легких. Для туберкулезной этиологии характерен лимфоцитарный характер экссудата.

3. Дифференциальная диагностика экссудативных плевритов требует комплексного подхода к изучению этиопатогенеза заболевания. Диагностика должна включать физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стогова, Н. А. Общие принципы выявления больных и верификации диагноза при туберкулезном плеврите / Н. А. Стогова, Н. С. Тюхтин // Пробл. туб. и бол. легких. — 2007. — № 2. — С. 14–17.
2. Диагностика плевритов туберкулезной этиологии / В. А. Соколов [и др.] // Пробл. туб. — 1991. — № 7. — С. 24–27.
3. Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита / А. О. Аветисян [и др.] // Туб. и бол. легких. — 2010. — Т. 87, № 5. — С. 37–41.

УДК 618.14-007.61

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Будков М. С., Шатонская М. С., Касьянов Э. И.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент М. С. Недосейкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

При гиперплазии эндометрия (ГЭ) в матке наблюдаются изменения в виде избыточного разрастания и утолщения внутреннего слоя за счет чрезмерного размножения клеток стромального и железистого компонентов. У женщин с гинекологической патологией ГЭ встречается в 5 % случаев, вероятность возникновения выше у женщин в перименопаузе и составляет 2–10 % [1, 2]. Несмотря на доброкачественность процесса ГЭ является предраковым заболеванием. Развитию гиперпластических процессов эндометрия способствует множество факторов: дисгормональные и метаболические нарушения, экстрагенитальные заболевания, особенности течения и исходы предыдущих беременностей, а так же наличие другой эстрогензависимой патологии, как миома матки и эндометриоз [3, 4].

Цель

Изучить факторы риска развития гиперплазии эндометрия.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 94 историй болезни женщин в возрасте от 25 до 77 лет, средний возраст которых составил $46,9 \pm 10,2$ лет, госпитализированных в гинекологическое отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период с 2008 по 2015 гг. Пациенткам проводили гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки. Полученный материал отправляли на гистологическое и цитологическое исследование.