

Каждая стадия делится на подстадии А и В в зависимости от отсутствия (А) или наличия (В) общих симптомов интоксикации. [2]

Результаты исследования и их обсуждение

Верификация диагноза проводилась на основе клинической картины, общего анализа крови, биохимического анализа крови, патологогистологического исследования ЛУ с иммунофенотипированием, трепанобиопсии, УЗИ, КТ, МРТ (девочкам дополнительно проводилось МРТ органов малого таза).

У 2 (33,3 %) детей была установлена II В стадия с поражением шейных, надключичных ЛУ, паратрахеальных ЛУ, ЛУ средостения.

У 3 (50 %) детей была установлена III В стадия с поражением шейных, над- и подключичных ЛУ, ЛУ средостения, паратрахеальных, парааортальных, забрюшинных ЛУ, с очаговым поражением селезенки.

У 1 (16,7 %) ребенка была установлена IV В стадия с поражением шейных, надключичных ЛУ, ЛУ средостения, ЛУ корней легких, ЛУ брюшной полости, с множественным очаговым поражением легких, очаговым поражением селезенки.

После постановки диагноза все дети были направлены на ПЭТ/КТ с целью подтверждения стадии заболевания для назначения рациональной терапии.

У 3 (50 %) пациентов благодаря ПЭТ/КТ диагноз был подтвержден.

У 2 (33,3 %) пациентов на основании ПЭТ/КТ были обнаружены очаги метаболической активности в тех группах лимфоузлов, в которых патологический процесс не обнаруживался в результате других методов исследования, однако стадия заболевания осталась прежней.

У 1 (16,7 %) пациента в результате ПЭТ/КТ были выявлены очаги метаболической активности в обоих легких, не выявляемые прежде, что послужило причиной изменения стадии заболевания с III В на IV В.

Выводы

В ходе исследования было подтверждено, что ПЭТ/КТ является неотъемлемой составляющей в процессе диагностики лимфомы Ходжкина. Помимо подтверждения диагноза, который устанавливается в ходе других методов обследования, ПЭТ/КТ позволяет с большей точностью определить количество пораженных групп лимфоузлов и вовлечение в процесс экстралимфатических органов, что в ряде случаев влияет на стадию заболевания. Только после установления правильной стадии ЛХ возможно назначение эффективной и рациональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сантьяго, Д. Ф. И. Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) / Д. Ф. И. Сантьяго. — М.: Изд-во Панфилова, 2017. — 144 с.
2. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. — Минск: Выш. шк., 2013. — С. 368–380.

УДК 616.12-007.2-008.3-053.81-055.2

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Ранчинская В. В., Тульженкова А. М.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева,
старший преподаватель А. Н. Цырульникова**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы все большая роль отводится изучению малых аномалий развития сердца (МАРС), так как данные состояния являются предрасполагающими факторами

развития патологий, приводящих к нарушениям деятельности сердечно-сосудистой системы и выраженным гемодинамическим расстройствам [1]. По данным литературы последних лет отмечено, что наиболее распространенными вариантами деформации структуры сердца у молодых мужчин являются аномально расположенные хорды, которые чаще локализуются в левом желудочке, а также пролапс митрального клапана. В процентном соотношении это составляет 17 и 8 % соответственно [2]. Рядом авторов отмечено наличие высокой распространенности нарушений сердечного ритма и проводимости у пациентов с малыми аномалиями развития сердца. Чаще всего встречаются такие нарушения как синусовая тахикардия (СТ), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия (ЭС), пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (ПНТ), синоаурикулярная (СаБ) и атриовентрикулярная (АвБ) блокады различной степени, блокады правой и левой ножек пучка Гиса (БПНПГ, БЛНПГ), синдром Вольфа — Паркинсона — Уайта (WPW) и Клерка — Леви — Кристеско (CLC) [2]. Учитывая вышесказанное имеется достаточно оснований предполагать, что сочетание нарушений сердечного ритма и проводимости с малыми аномалиями развития сердца не является случайным совпадением, а должно рассматриваться как взаимосвязанное явление [3].

Цель

Изучить структуру МАРС, частоту и виды нарушения ритма сердца у мужчин призывного возраста.

Материал и методы исследования

Проводился ретроспективный анализ историй болезни мужчин призывного возраста с МАРС, которые проходили обследование по линии военкомата в кардиологическом отделении УЗ «Гомельской городской клинической больницы № 3» за период с января по ноябрь 2018 г. За этот период МАРС диагностированы у 50 мужчин в возрасте от 18 до 27 лет. По данным историй болезни были проанализированы результаты следующих исследований: антропометрического, стандартного электрокардиографического, эхокардиографического, велоэргометрического, холтеровского мониторирования. Статистическую обработку данных производили с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включено 50 пациентов с МАРС, средний возраст которых составил $22 \pm 1,5$ лет. Все исследуемые были разделены на 3 группы. Из МАРС изолированно пролапс митрального клапана (ПМК) выявлен у 23 (46 %) (первая группа), ложные хорды левого желудочка (ЛХЛЖ) — у 11 (22 %) (вторая группа), сочетанные пролапс митрального клапана и ложные хорды левого желудочка (ПМК + ЛХЛЖ) — у 16 (32 %) (третья группа).

Распределение нарушений ритма и проводимости среди респондентов изображено на рисунке 1а, б, в.

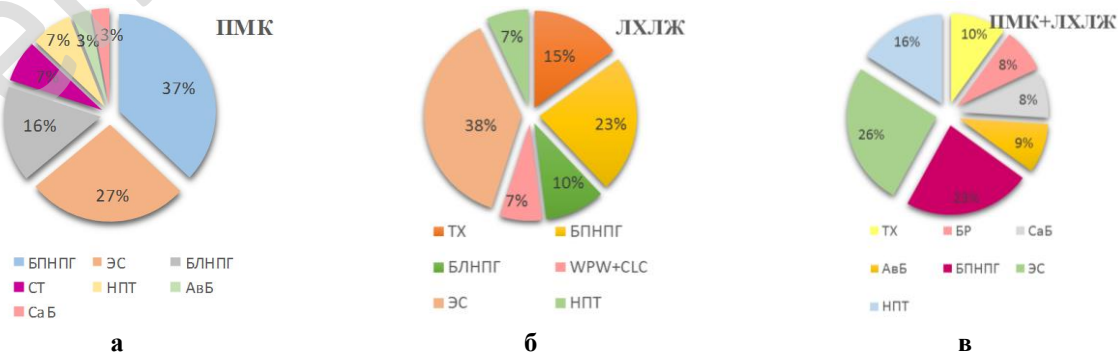


Рисунок 1 — Нарушения ритма: а — при ПМК; б — при ЛХЛЖ; в — при ПМК + ЛХЛЖ

Выводы

Наиболее распространенной формой МАРС у лиц призывного возраста является ПМК (46 %). На первом месте по частоте встречаемости нарушений ритма у всех групп диагностировано БПНПГ. У пациентов с изолированным ПМК выявлены: из нарушений проводимости — блокада ножек пучка Гиса — у 53 % респондентов, из нарушений ритма — экстрасистолия — у 27 % и синусовая тахикардия — у 22 %. У пациентов с ЛХЛЖ — в 33 % случаев была выявлена блокада ножек пучка Гиса, экстрасистолия — в 38 %, синусовая тахикардия — в 22 % случаев. У пациентов с сочетанным ПМК и ЛХЛЖ наиболее часто встречающимися нарушениями ритма и проводимости являются экстрасистолия и синусовая тахикардия — по 26 %, брадиаритмия — 25 %, блокада правой ножки пучка Гиса — 23 %.

Таким образом, при малых аномалиях развития сердца наиболее частым нарушением проводимости является блокада ножек пучка Гиса, а частыми нарушениями ритма — экстрасистолия и синусовая тахикардия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Масловская, М. В.* Малые аномалии сердца как предикторы нарушения сердечного ритма со стабильным течением ишемической болезни сердца / М. В. Масловская // Журнал ГрГМУ. — 2014. — № 4. — С. 49–52.
2. *Кузнецов, В. А.* Взаимосвязь малых аномалий развития соединительной ткани сердца с риском внезапной сердечной смерти / В. А. Кузнецов, А. М. Солдатова, А. В. Фанаков // Патология кровообращения и кардиохирургия. — 2018. — № 22 (1). — С. 16–21.
3. *Жерко, Л. В.* Структурные аномалии сердца с позицией анатомо-морфологического и ультразвукового исследования / Л. В. Жерко, Л. А. Давыдова // Молодой ученый. — 2018. — № 35 (221). — С. 22–26.

УДК 616.13/16-06:616.379-008.64:616.891.6-008.64

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Романюк Т. И., Бронова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По прогнозу экспертов Всемирной Диабетической Федерации количество пациентов с сахарным диабетом (СД) к 2030 г. достигнет 552 млн человек [1]. У пациентов с СД 2 типа развитие диабетической ретинопатии (ДР) нередко становится причиной стойкого безвозвратного снижения зрения. Среди пациентов с СД 2 широко распространены тревожно-депрессивные расстройства, частота их встречаемости составляет в среднем 14,4–32,5 %, что значительно выше популяционных показателей (5–10 %) [2–4]. Коморбидные соматические заболевания могут усугублять проявление тревоги и депрессии у пациентов с СД [5].

Цель

Определить частоту тревожно-депрессивных состояний у пациентов с микрососудистыми осложнениями (ДР).

Материал и методы исследования

Проведено проспективное обследование 45 пациентов в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и