

выживаемости ( $p>0,05$ ). Аналогичные результаты получены при сравнении опухолей, сгруппированных по толщине по Бреслоу (в первую группу отнесены меланомы стадий pT1 и pT2, а во вторую – pT3 и pT4), а также между группами узловых меланом и меланом поверхностно распространяющегося и лентигинозного типа (также  $p>0,05$ ). Зато имелось статистически значимое различие межъядерного расстояния между группами меланом со слабовыраженной лимфогистиоцитарной инфильтрацией и группой с умеренно/резко выраженной инфильтрацией ( $p=0,03$ ): в первой группе межъядерное расстояние оказалось выше.

**Вывод.** Нами не обнаружено взаимосвязей между толщиной опухоли по Breslow, уровнем инвазии по Кларку и гистологическим типом меланом. Однако имеются статистически значимые связи между межъядерным расстоянием и лимфогистиоцитарной инфильтрацией: увеличение расстояния между ядрами ассоциировано со снижением выраженности перитуморозной инфильтрации. Взаимосвязь межъядерного расстояния с выживаемостью пациентов в послеоперационном периоде отсутствует.

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Ничипорук Т.В., Трибуховская О.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра внутренних болезней

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Снитко В.Н.

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из самых актуальных проблем кардиологии. В становлении АГ важное значение имеют пол и возраст больных, в частности периоды гормональной перестройки организма. [1,2]. В климактерическом периоде в результате дефицита половых гормонов часто развивается АГ, общесоматические и кардиогемодинамические проявления которой снижают качество жизни женщин и уменьшают ее продолжительность. [3].

**Целью работы** явилось определение зависимости степени АГ и нарушений ритма сердца от тяжести климактерического синдрома (КС) у женщин постменопаузального периода.

**Материал и методы.** По специально составленной анкете опрошены 50 женщин, имеющих артериальную гипертензию и нарушения ритма, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении ГОКБ №2 г. Гродно в 2013-2014 гг. Возраст опрошенных женщин колебался от 55 до 75 лет. Средний возраст наступления менопаузы – 50,8 лет. Все опрошенные женщины не принимали заместительную гормональную терапию.

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования выявлена АГ I степени у 32%, II - у 38% и III степени у 30% женщин с КС. В зависимости от уровня повышения АД пациентки были разделены на три группы. Более чем у половины опрошенных женщин отмечена избыточная масса тела, 56,25%, 80% и 66,7% в каждой группе соответственно. Сопутствующая патология почек выявлена у 38%, патология эндокринной системы - у 57% всех респондентов. У пациенток с I степенью АГ климактерический синдром протекал в основном легко (50%), умеренная степень тяжести наблюдалась у 37,5% и тяжёлая - у 12,5%. У большей части пациенток со II степенью АГ выявлено умеренное течение КС (52,6%), лёгкое течение - у 26,3% и тяжёлое - у 21,1%. У 46,7% пациенток с III степенью АГ тяжёлое, у 40% - умеренное и у 13,3- лёгкое течение КС. У каждой третьей женщины отмечалось повышение АД выше 140/90 мм рт.ст. и нарушения ритма сердца по типу экстрасистолии у каждой четвёртой во время беременности.

Впервые повышение АД более 140/90 мм рт.ст. после менопаузы отмечено у 42% женщин (46% женщин с тяжёлым, 31% с умеренным и 46% с лёгким течением). Особый интерес представляет увеличение частоты возникновения инфаркта миокарда, причём, частота встречаемости данного заболевания выше у женщин с тяжёлым течением КС (53,8% к 44% умеренно и 31% легко протекающего КС). Аналогичная зависимость выявлена в отношении ишемического инсульта (15%:12,5%:7,7%). У всех опрошенных женщин после менопаузы отмечено увеличение частоты срывов ритма сердца по типу пароксизмов фибрилляции предсердий у каждой второй женщины при тяжёлом и у каждой третьей при умеренном и лёгком течении КС.

**Результаты.** Полученные результаты свидетельствуют, что степень АГ, частота нарушений сердечного ритма, инфаркта миокарда и ишемического инсульта находится в прямой зависимости от степени тяжести КС. Возможно, назначение препаратов заместительной гормональной терапии в сочетании с рациональной гипотензивной терапией у этой категории пациентов позволит снизить частоту развития серьёзной сердечно-сосудистой патологии в постменопаузальном периоде.

*Литература:*

1. Боровков, Н.Н. Артериальная гипертония у женщин. Современные проблемы / Н.Н. Боровков и др.- М., 2002.- с.67-68.
2. Сидоренко, Б.А. Артериальная гипертония у женщин в постменопаузе / Кардиология.- 2003.-№4.- с. 72-80.
3. Лихачев, В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей / В.К. Лихачев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – с.213-216.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАЩИТНЫХ СИСТЕМ**

**Ничипорук Т.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Василевский В.П.

Стентирование сонных артерий применяется для устранения ишемической болезни головного мозга. Осложнением может быть микроэмболия сосудов головного мозга во время операции (интраоперационная дистальная эмболия). Во избежание этого осложнения во время рентгенэндоваскулярных хирургических вмешательств используются различные защитные системы [1].

**Целью работы** явилось определение эффективности применения эндоваскулярных вмешательств с использованием защитных систем при стенотических поражениях каротидных артерий атеросклеротического генеза.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты 22 рентгенэндоваскулярных вмешательств на сонных артериях, выполненных за три года. Среди пациентов было 19 мужчин и 3 женщины. Средний возраст мужчин составил  $62 \pm 0,5$  лет, у женщин -  $68 \pm 1,5$  года. В результате предоперационного ангиографического исследования были выявлены у 14 пациентов критический стеноз внутренней сонной артерии справа, у 6 пациентов – критический стеноз и у 3 пациентов - субокклюзия внутренней сонной артерии слева. Необходимо отметить, что у всех пациентов эндоваскулярное вмешательство носило первичный характер.

**Результаты и обсуждение.** Всем пациентам выполнялось рентгенэндоваскулярное вмешательство - установка внутрисосудистого импланта, ангиопластика со стентированием сонных артерий. Во избежание интраоперационной дистальной эмболии, использовались следующие принципы защиты головного мозга