

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ



**Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
(Гомель, 29–30 ноября 2018 года)**

**Гомель
2018**

Периферическая хориоретинальная дистрофия на эметропических глазах была зарегистрирована в 6,5 % случаев, на миопических — в 22,5; 23,1 и 25,5 % случаев соответственно при слабой, средней и высокой степенях близорукости. То есть наибольший процент выявления хориоретинальной дистрофии пришелся на глаза с миопией высокой степени.

ПВХРД (в том числе с разрывами) была зарегистрирована на эметропических глазах в 74,2 % случаев, на миопических — в 59,6; 69,2 и 61,7 % (соответственно при слабой, средней и высокой степенях) случаев.

Изолированные разрывы были зарегистрированы в 19,3 % эметропических глазах, и 17,7; 7,7 и 12,8 % соответственно при слабой, средней и высокой степенях близорукости.

Таким образом, на глазах с эметропической рефракцией чаще встречались витреоретинальные изменения (в том числе с разрывами), в сравнении с группами миопов различной степени. Полученные нами данные не совпадают с литературными о том, что максимальные изменения периферических отделов сетчатки происходят у пациентов с миопической рефракцией.

Вывод

У всех пациентов, независимо от имеющейся у них рефракции, глазное дно должно быть осмотрено при полном миопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов, Э. С. Близорукость / Э. С. Аветисов. — М.: Медицина, 1999. — 285 с.
2. Астахов, Ю. С. Толщина хориоидеи при миопии различной степени / Ю. С. Астахов, С. Г. Белехова // Офтальмологические ведомости. — 2013. — Т. 6, № 4. — С. 34–38.
3. Бездетко, П. А. Периферические дистрофии сетчатки / П. А. Бездетко // Офтальмология. Восточная Европа. — 2016. — Т. 6, № 4. — С. 506–519.
4. Исследование частоты и структуры дегенеративной миопии среди пациентов с миопической рефракцией / Е. Л. Соколин [и др.] // Офтальмология. — 2013. — Т. 10, № 1. — С. 14–17.

УДК 616.71-001-5: 616.43: 616-08-06

ДИАГНОСТИКА РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бобро Л. Н.

**«Харьковский национальный медицинский университет»
г. Харьков, Украина**

Введение

Современной стратегией предупреждения переломов у взрослых является стратификация пациентов на группы риска по показателю минеральной плотности костной ткани (МПКТ). К группе высокого риска, требующей медикаментозного лечения, относят пациентов с показателями Т-критерия — 2,5 и ниже [1, 4]. Однако низкая МПКТ не определяет всего спектра проблем, связанных со склонностью к переломам, пороговое значение Т критерия было выбрано экспертами ВОЗ произвольно и имело эпидемиологические цели. При этом не предполагалось, что это значение будет решающим для назначения терапии. Другими словами, МПКТ не всегда является достаточно чувствительным предиктором риска перелома. Точность прогноза может быть повышена за счет интеграции клинических факторов риска и МПКТ. В связи с этим разработаны алгоритмизированные модели для оценки риска перелома на основе специальных опросников, позволяющие прогнозировать вероятность переломов у мужчин и женщин с учетом имеющейся патологии у пациента, наследственности, особенностей образа жизни, медикаментозного лечения и др. факторов. При этом диагностика риска возможна и без учета МПК. Используя компьютерную программу Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), можно рассчитать 10-летнюю вероятность перелома шейки бедра и других типичных переломов, связанных с остеопорозом [1, 4]. Дополнительно для определения абсолютного риска переломов был разработан алгоритм QFracture, который отличается от FRAX возможностью рассчитать риск перелома от 1 года до 10 лет. Он включает более расширен-

ный, чем FRAX, спектр вопросов, касающихся наличия у пациента склонности к падениям, соматической патологии, в частности, сахарного диабета [5].

Доказано, что сахарный диабет (СД) приводит к снижению МПКТ. Известно, что риск перелома проксимального отдела бедренной кости у пациентов с СД 2 типа выше в 1,7 раза по сравнению с контрольной популяцией, и зафиксировано, что переломы могут возникать даже при нормальных показателях МПКТ. Точность прогноза риска перелома у пациентов с СД может быть повышена за счет интеграции клинических факторов риска и МПКТ [2, 4]. Как один из факторов остеодеструкции, в настоящее время изучается побочный эффект длительного применения ингибиторов протонной помпы (ИПП). Значительная часть пациентов, нуждающихся в постоянном приеме ИПП, страдает гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). В августе 2011 г. потребительская адвокатская группа Public Citizen предъявила американскому агентству FDA гражданскую петицию с требованием специально маркировать все упаковки ИПП предостережением о том, что их прием ассоциируется с повышением риска остеопоротических переломов и других побочных эффектов. Опубликованные к настоящему времени данные по этой проблеме противоречивы [3].

Цель

Оценить риск переломов и показания для медикаментозной терапии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сахарного диабета.

Материал и методы исследования

Подвергнуты анализу результаты обследования 65 женщин в постменопаузе с ГЭРБ и СД 2 типа. Длительность непрерывного применения ИПП (эзомепразола) составила до $3 \pm 1,8$ лет. Средний возраст женщин — $60,4 \pm 1,9$ года. Анамнез СД — $13 \pm 2,5$ лет, индекс массы тела — $32,4 \pm 0,51$ кг/м².

Структурно-функциональное состояние костной ткани определяли методом двойной рентгеноабсорбциометрии (DXA). Кроме исследования МПКТ, применялось анкетирование пациентов с помощью минутного теста оценки риска остеопороза. Для определения вероятности переломов у пациентов в ближайшие 10 лет использовался алгоритм FRAX® (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Дополнительно для определения абсолютного риска переломов был использован алгоритм QFracture. Обработка результатов исследования осуществлялась методами вариационной статистики, реализованными стандартным пакетом прикладных программ «SPSS 17.0 for Windows». Зависимость между переменными изучали с помощью построения таблиц сопряженности. Для этого при анализе таблиц определяли абсолютные числа и процентное соотношение наблюдений в столбцах и строках; критерий χ^2 -квадрат (χ²) Пирсона. Диагностическая ценность моделей FRAX и QFracture Scores рассчитаны с использованием ROC-анализа. Указанные выше параметры оценивались с принятым уровнем статистической значимости не ниже, чем 95 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

По данным результатов минутного теста и антропометрического обследования установлено, что высокий риск остеопороза имел место у 35 (53,8 %) обследованных. По данным DXA, у 30 (46,1 %, $p < 0,05$) пациенток из группы высокого риска выявлено наличие остеопении различной степени, при этом остеопороз у 12 (18,4 %) пациентов ($\chi^2 = 5,5$, $p < 0,05$), что являлось основанием для назначения антиостеопоротической терапии. В группу риска при оценке 10-летней вероятности остеопоротических переломов по методике FRAX отнесены 44 (67,6 %) обследованных, что достоверно больше, чем при использовании DXA ($p < 0,05$). По данным исследований, проведенных В. В. Поворознюком и Н. В. Григорьевой в 2014 г., при использовании австрийской модели FRAX для украинских женщин в постменопаузальном периоде критерием для начала терапии остеопороза являются показатели FRAX-total и FRAX-hip соответственно 11,5 и 2,5 %, а показатели 7,0 и 1,5 баллов являются критерием для дополнительного обследования и определения МПКТ. Согласно методике FRAX, граничные показатели для начала антиостеопоротического лечения отмечены у 20 (30,7 %) обследованных, при этом они были ниже по сравнению с общей популяцией (граничные показатели для начала антиостеопоротического лечения FRAX_total составили 10,5 %, FRAX-hip — 2,1 %).

Граничные показатели для начала антиостеопоротического лечения QFracture total составляли 9,1 %, QFracture Hip — 4,3 %. В дополнительном обследовании с определением МПКТ нужно было, по данным алгоритма FRAX, 24 (36,9 %) обследованных. По данным ROC анализа, диагностическая ценность обеих моделей в нашем исследовании была средней, достоверных отличий между используемыми моделями не отмечено (AUC ROC FRAX 0,72 при CI 0,49–0,96; AUC ROC QFracture 0,70 при CI 0,48–0,99, $p > 0,5$). Однако QFracture, в отличие от FRAX, дает возможность оценить риск перелома от 1 года до 10 лет, что позволило выявить возрастание риска перелома QFracture-total через 5 лет в 2,8 раза и QFracture-hip в 3 раза.

Выводы

При клинико-инструментальном обследовании наличие остеопении установлено у каждого второго пациента с непрерывным приемом ИПП на фоне сахарного диабета. Высокий риск остеопороза не всегда связан с низкой МПКТ, при нормальных или пороговых значениях Т-критерия у пациента может быть достаточно высокий десятилетний риск остеопоротических переломов. Принимая решение о необходимости антиостеопоротической терапии у пациентов с ГЭРБ на фоне сахарного диабета, длительно принимающих ИПП, мы должны опираться не только на проведенное денситометрическое исследование, но и на оценку риска остеопоротических переломов по методике FRAX и (или) QFracture. Граничные показатели для начала антиостеопоротического лечения у пациентов исследуемой группы ниже общепопуляционных и нуждаются в ежегодном уточнении с помощью алгоритма QFracture.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поворознюк, В. В. Оценка возможностей использования австрийской модели FRAX в прогнозировании риска остеопоротических переломов у украинских женщин / В. В. Поворознюк, Н. В. Григорьева // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2013. — № 2. — С. 19–28.
2. Руюткина, Л. А. Состояние костной ткани при сахарном диабете 2 типа / Л. А. Руюткина, А. В. Ломова, Д. С. Руюткин // Фарматека. — 2013. — № 5. — С. 25–31.
3. Ткач, С. М. Безопасность и потенциальные риски длительного применения ингибиторов протонной помпы / С. М. Ткач // Гастроэнтерология. — 2014. — № 1(51). — С. 102–109.
4. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis // National Osteoporosis Foundation. — 2013. — 54 p.
5. QFracture®-2013 risk calculator [web source]. — Access mode: www.qfracture.org. released.

УДК 616.314-003.2-003.84

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОВ Г. ГОМЕЛЯ СТАРШЕ 55 ЛЕТ

Бондаренко Н. Ю.

Учреждение образования

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

Введение

Изучение анатомо-физиологических особенностей строения зубов у лиц различных возрастных групп является одной из актуальных задач современной терапевтической стоматологии [1]. Возрастные изменения сопряжены с увеличением количества зубных патологий в зрелом возрасте. Они могут быть связаны как с изменениями в морфологии зубов, так и в структурах твердых тканей [2].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала и апробировала во многих странах мира универсальные измеримые критерии стоматологического здоровья, которые были предложены в качестве долгосрочных целей в рамках программы ВОЗ «Здоровье всем к 2000 году» [3]. В 1993 году эти цели были сформулированы и на последующие годы. Для пожилых людей в возрасте 65–75 лет предложены следующие критерии стоматологического здоровья [4]: среди пожилых лиц беззубых должно быть не более 10 %; 75 % пожилых людей должно иметь 20 или более функционирующих зубов.

СОДЕРЖАНИЕ

Абраменко М. Е. Здравоохранение Беларуси: начало пути.....	3
Абросимова Н. Н., Жук А. А., Чичко А. М. Использование тредмил-теста для оценки функциональной реакции сердечно-сосудистой системы у детей.....	5
Азимок О. П., Минковская З. Г., Ломако С. А. Определение физической работоспособности у девушек, занимающихся игровыми видами спорта.....	7
Алейникова Т. В. Метод выделения группы пациентов с артериальной гипертензией II степени, имеющих высокий риск развития инфарктов миокарда и мозговых инсультов.....	9
Алексеев С. А., Попков О. В., Гинюк В. А., Бовтюк Н. Я., Алексеев Д. С. Анализ осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки	13
Андруша А. Б. Костная ткань как орган-мишень для сочетанного течения подагры и сахарного диабета I типа у пациентов молодого возраста	14
Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л. ВИЧ-инфекция у детей в Гомельской области	16
Бакалец Н. Ф. Коморбидная патология у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	18
Бакалец Н. Ф., Багинская Н. Н., Моисеенко О. И., Тимошенко О. Е., Проневич А. В. Амбулаторное ведение пациентов с хронической сердечной недостаточностью: рекомендации и реальная клиническая практика.....	21
Балабанович Т. И., Шишко В. И., Шулика В. Р. Применение биологических маркеров в диагностике умеренных и тяжелых форм синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий на фоне ишемической болезни сердца и (или) артериальной гипертензии	23
Банькова Е. М., Петров С. А., Зайцев В. Ф., Волынец И. Н., Однобочко О. В., Мороз Г. П. Лейомиоматоз легких (случай из практики)	27
Барбарович А. А., Козлов А. Е., Стародубцева М. Н., Галиновская Н. В. Острые нарушения мозгового кровообращения как вторичные осложнения у пациентов со злокачественным новообразованием молочной железы после лучевого и (или) медикаментозного лечения	30
Бароўская І. А. Вобразна-мастацкія сродкі выразнасці песень перыяду Вялікай Айчыннай вайны	32
Бартось В. Н. Патология, усугубляющая ограничение жизнедеятельности у детей с гемолитическими и апластическими анемиями	35
Барышев А. Н., Егоров К. Н. Оценка депрессии у пациентов амбулаторно-поликлинической сети при помощи компьютерной программы «профилактика»	36
Батюк В. И., Дундаров З. А., Анджум В. З. Современные принципы лечения пациентов с холедохолитиазом.....	39

Белогорцева О. И., Доценко Я. И., Панасюкова О. Р., Сиваченко О. Е., Садловская М. А.	
Особенности выявления и клинического течения туберкулеза у детей.....	40
Берещенко В. В., Ворущенко А. В., Лызигов А. Н.	
Хирургическое лечение паховых грыж у пациентов с перитонеальным диализом.....	43
Берещенко В. В., Майоров В. М., Желюк А. В., Перлов Е. Г., Крот С. Я.	
Клинический опыт эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода.....	45
Бетанов И. О.	
Международный терроризм: причины его возникновения и меры противодействия.....	46
Бик-Мухаметова Я. И., Захаренкова Т. Н.	
Патоморфологические изменения в плаценте у женщин с внутripеченочным холе- стазом беременных.....	49
Бобр Т. В., Предко О. М., Сердюкова О. Д.	
Рефракция глаза и периферические дистрофии сетчатки.....	52
Бобро Л. Н.	
Диагностика риска переломов у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сахарного диабета.....	54
Бондаренко Н. Ю.	
Возрастные особенности состояния зубов пациентов г. Гомеля старше 55 лет.....	56
Бондаренко К. К., Бондаренко А. Е., Залесская Г. Г.	
Использование методики дыхательной гимнастики на занятиях в специальном учебном отделении.....	59
Бондаренко В. Н., Буйневич И. В., Левченко К. В., Золотухина Л. В.	
Генетические особенности лекарственной устойчивости <i>M. Tuberculosis</i> в Гомель- ской области.....	62
Бордак С. Н.	
Значение диалектики в медицинской практике.....	65
Бортновский В. Н., Чайковская М. А.	
Роль гигиенической донозологической диагностики в проблеме профилактики.....	68
Бредихина Е. В., Борсук А. Д.	
Эндоультрасонография в дифференциальной диагностике механических желтух.....	70
Бритикова Е. А., Липатова Е. С.	
Педиатрические проблемы у детей раннего возраста с детским церебральным параличом.....	71
Бубневич Т. Е.	
Медицинская реабилитация детей с ювенильным ревматоидным артритом в учреждении здравоохранения «Гомельская областная детская клиническая больница медицинской реабилитации».....	74
Буйневич И. В., Бондаренко В. Н., Майсеенко В. И., Шебушева Т. Т.	
Внебольничные пневмонии у пациентов, живущих с ВИЧ.....	76
Василевич Н. В., Махлина Е. С.	
Оценка состояния насосной функции миокарда у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа по данным ультрозвукового исследования сердца.....	78