

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

случаях усилия были направлены на устранения угрозы жизни и профилактику гнойных осложнений.

Частота послеоперационных осложнений (несостоятельность швов кишечного анастомоза, прогрессирующее перитонит, инфекция области хирургического вмешательства) составила 12,5 %. Летальных исходов не было. Средняя длительность лечения в стационаре до операции составила 3,6 койко-дня, после операции — 12 койко-дней.

Выводы

Адекватная оценка индивидуальных функциональных возможностей, предоперационная подготовка, дифференцированный выбор (по объему и характеру) хирургических вмешательств позволяют добиться у пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки хороших непосредственных результатов лечения.

Правильно выбранные сроки, показания и методы хирургического лечения позволяют уменьшить количество осложнений дивертикулярной болезни, длительность лечения и сроки временной нетрудоспособности.

В целях предупреждения осложнений считаем целесообразным расширение показаний к плановым операциям (резекция толстой кишки, колэктомия) с учетом достижений эндохирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, Г. И. Осложненный дивертикулез ободочной кишки / Г. И. Воробьев, К. Н. Саламов, В. Н. Мушникова. — М., 1996.
2. Воробьев, Г. И. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев. — Ростов н/Д.: Феникс, 2001.
3. Федоров, В. Д. Проктология / В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев. — М., 1984.
4. Тимербулатов, В. М. Дивертикулярная болезнь толстой кишки / В. М. Тимербулатов, В. Г. Сахаутдинов, Д. И. Мехдиев. — М., 2000.

УДК [616.72-002.76-002.78:616.379-008.64]-07-053.8

КОСТНАЯ ТКАНЬ КАК ОРГАН-МИШЕНЬ ДЛЯ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ И САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Андруша А. Б.

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

Введение

В Украине заболеваемость подагрой наблюдается у 0,5–2,8 % населения, а распространенность гиперурикемии — у 15–20 % населения [3, 4]. Вызывает беспокойство тот факт, что в последние годы распространенность этой патологии значительно увеличилась [2]. Начало заболевания у мужчин чаще приходится на возраст от 40 до 50 лет, у женщин — позже, но в последнее время все чаще наблюдают случаи развития подагрического артрита в молодом возрасте (в 20–30 лет). Неблагоприятным в плане прогноза считается развитие болезни именно в возрасте до 30 лет [1]. Сахарный диабет (СД) — одно из наиболее распространенных заболеваний человечества, занимающее третье место по уровню ранней инвалидизации и смертности населения во многих странах мира. Актуальность данной сочетанной патологии обусловлена и существующей тенденцией к «омоложению» как СД, так и подагры, большой частотой коморбидности в настоящее время, а также тем, что СД является базой для развития других сопутствующих заболеваний, патологических состояний и осложнений, в том числе и остеопороза. Учитывая нарушения метаболизма при подагре, вовлечение в патологический процесс опорно-двигательного аппарата, наличие других потенциальных факторов, ассоциированных с остеопорозом, костная ткань является органом мишенью для двух одновременно существующих патологий — подагры и СД I типа. Костное ремоделирование определяется двумя основными процессами — костным формированием и резорбцией, активность которых в норме одинаковая. Оценивая показатели костного ремоделирования, можно установить механизм развития остеопороза — имеет место недостаточное костное образо-

вание или чрезмерная костная резорбция. В молодом возрасте происходит физиологическое накопление костной массы с достижением максимального ее пика в 30–35 лет, которое остается на этом уровне в течение нескольких последующих лет. Возникновение определенных заболеваний в этот период может привести к негативным последствиям со стороны костной ткани.

Цель

Изучить структурно-функциональное состояние костной ткани и механизмы развития остеопороза при сочетанном течении подагры и СД I типа у пациентов молодого возраста.

Материал и методы исследования

Для диагностики подагры использовались критерии S. L. Wallace и соавторов (1997), рекомендованные ВОЗ в 2000 г. Состояние костного гомеостаза оценивали биохимическим методом, изучая показатели минерального обмена — уровень общего кальция и фосфора в сыворотке крови, костный метаболизм — по активности маркера костного формирования (костного изофермента щелочной фосфатазы — КИЩФ) и маркера костной резорбции (ТРКФ — тартратрезистентной кислой фосфатазы) биохимическим методом.

Исследование структурно-функционального состояния костной ткани производилось с помощью пяточного ультразвукового денситометра LUNAR Achilles express, США, 2008. Оценивались следующие параметры: скорость распространения ультразвука — т. е. скорость прохождения ультразвука через кость, выражается в м/с и зависит от эластичности и плотности кости; широкополосное ослабление ультразвука — показатель, характеризующий потерю интенсивности ультразвука в среде его распространения, выражается в дБ/МГц и отражает количество, размеры и пространственную ориентацию трабекулярной костной ткани, то есть архитектуру кости; индекс прочности костной ткани (%), который характеризует плотность кости; T-критерий (отклонение минеральной плотности кости данного пациента от среднего значения этого показателя у здоровых пожилых людей соответствующего пола, SD); Z-критерий (отклонения от показателей в группах людей, одинакового с пациентом возраста, пола, массы тела, SD). Согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии, 2007г., полученные денситометрические показатели, учитывая молодой возраст пациентов, оценивались по Z-критерию): Z-критерий равный или ниже -2 SD расценивается как низкая минеральная костная плотность, что соответствует остеопении.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведено комплексное обследование 39 пациентов 18–40 лет (17 мужчин и 22 женщины). Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа — 22 пациентов СД I типа в сочетании с подагрой, II группа — 17 пациентов с подагрой. Для получения нормативных показателей была обследована группа практически здоровых пациентов (20 человек) соответствующего возраста.

Исследуя состояние минерального обмена, мы обнаружили следующие изменения: в обеих группах пациентов отмечалась гиперфосфатемия и нормокальциемия. Причем уровень фосфора в сыворотке крови было существенно выше в первой группе пациентов ($1,84 \pm 0,06$ ммоль/л) в сравнении с аналогичным показателем у пациентов второй группы ($1,63 \pm 0,05$), значение данного показателя в группе практически здоровых лиц составило $1,44 \pm 0,07$ ммоль/л. Уровень общего кальция сыворотки крови соответствовал норме у всех пациентов, варьируя в пределах $2,57 \pm 0,02$ ммоль/л (в I группе), $2,6 \pm 0,03$ ммоль/л (во II группе) и $2,61 \pm 0,03$ (у здоровых пациентов). Изучение состояния костного ремоделирования выявило уменьшение активности показателя костного формирования на фоне нормальной активности костной резорбции. У всех обследованных пациентов мы обнаружили значительное снижение уровня костной фракции щелочной фосфатазы, которое было более существенным в первой группе пациентов ($58,92 \pm 3,82$ Ед/л) в сравнении с аналогичным показателем во второй группе пациентов ($71,32 \pm 4,15$ Ед/л) и в контрольной группе пациентов ($84,31 \pm 4,45$ Ед/л). Интенсивность костных резорбтивных процессов оказалась в пределах нормы у пациентов как I, так и II групп ($12,16 \pm 0,51$ и $12,98 \pm 0,46$ нмоль/(с×л) соответственно).

Изучение структурно-функционального состояния костной ткани пациентов с сочетанным течением подагры и СД I типа выявило снижение плотности кости и нарушение ее ар-

хитектоники. У всех обследованных пациентов имел место остеопороз (среднее значение Z показателя составило $-1,89 \pm 0,08$ SD, что соответствует остеопении II степени), степень выраженности которого была более существенной в I группе пациентов ($-1,85 \pm 0,09$ SD), нежели у пациентов II группы ($-1,93 \pm 0,08$). Показатель скорости распространения ультразвука, отражающий степень минерализации костной ткани, в I группе пациентов был меньше на 3,7 %, в то время как во II группе пациентов — на 2,2 % в сравнении с группой практически здоровых людей. Индекс плотности костной ткани был достоверно ниже у пациентов с сочетанной патологией ($82,6 \pm 2,8$ %), в сравнении с изолированным течением подагры ($85,9 \pm 3$ %), в группе контроля его значение соответствовало $96,2 \pm 4,2$ %.

Выводы

У пациентов с подагрой в сочетании с СД I типа в молодом возрасте происходит замедление костного метаболизма за счет уменьшения костного формирования на фоне сохраненной активности костной резорбции. Указанные изменения негативно влияют на достижение максимального пика костной массы, которое происходит в период до 30 лет, тем самым изменяют структурно-функциональные свойства костной ткани и ухудшают качество кости. У пациентов молодого возраста с подагрой на фоне СД I типа уменьшается пиковая костная масса, что в будущем приводит к развитию остеопороза и более быстрому достижению порогового уровня переломов. При сочетании СД первого типа и подагры имеет место дисбаланс костного ремоделирования за счет подавляющего влияния коморбидной патологии на процесс формирования новой костной ткани. Существенное негативное влияние на костное формирование оказывает именно сахарный диабет I типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арьев, А. Л.* Подагра / А. Л. Арьев. — СПб.: СПбМАПО, 2009. — 109 с.
2. *Коваленко, В. М.* Національний підручник з ревматології / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба. — Киев: Моріон, 2013. — С. 497–510.
3. *Мороз, Г. З.* Подагра: сучасні підходи до діагностики та лікування / Г. З. Мороз // *Терапія*. — 2010. — Т. 13, № 74. — С. 14–16.
4. *Поворознюк, В. В.* Гіперурикемія та подагра: сучасний погляд на проблему / В. В. Поворознюк, Г. С. Дубецька // *Пробл. остеол.* — 2012. — Т. 15, № 3. — С. 19–25.

УДК 616.98:578.8288НІV-053.2(476.2)

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В мире, согласно глобальной статистике Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), живет более 36 млн человек, инфицированных ВИЧ, в т. ч. 2,1 млн детей.

Беларусь достигла значительных результатов в области профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. В июне 2016 г. в Нью-Йорке (США) постоянному представителю Беларуси при ООН вручили свидетельство Всемирной организации здравоохранения, фиксирующее, что в Беларуси официально подтверждено предотвращение передачи от матери к ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса [1].

На территории Гомельской области проживает 7738 человек с ВИЧ-положительным статусом. На сегодняшний день 126 детей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состоят на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы и получают антиретровирусную терапию.

Цель

Анализ клинических и эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей.

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
Бартошь 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