

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

2. Относительно высокая (более 20%) бета-лактазная активность мокроты достоверно увеличивает вероятность неудачи стартовой эмпирической антибиотикотерапии бактериальных поражений бронхов и легких в 2,0-3,1 раза;

3. Тест-система «БиоЛактам» позволяет оценивать наличие и уровень бета-лактамазной активности мокроты без обязательного этапа выделения из нее чистой культуры возбудителя заболевания.

Литература.

1. Семенов, В.М. Микробиологические и биологические аспекты резистентности к антимикробным препаратам / В.М.Семенов, Т.И.Дмитраченко, И.В.

Жильцов // Медицинские новости – 2004. – №2 – С. 7-12.

2. Pérez-Llarena, F.J. Beta-lactamase inhibitors: the story so far / F.J. Pérez-Llarena, G. Bou // Curr. Med. Chem. – 2009. – Vol. 16, №28. – P. 3740-3765.

3. Abeylath, S.C. Drug delivery approaches to overcome bacterial resistance to beta-lactam antibiotics / S.C. Abeylath, E. Turos // Expert. Opin. Drug. Deliv. – 2008. – Vol. 5, №9. – P. 931-949.

4. Решедько, Г.К. Особенности определения чувствительности микроорганизмов диско-диффузионным методом / Г.К. Решедько, О.У. Стецюк // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. – 2001. – Том 3, №4. – С. 348-354.

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Катина М.А.

УО «Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Метаболический синдром представляет собой симптомокомплекс, который включает в себя резистентность к инсулину со сниженной толерантностью к углеводам и гиперинсулинемией или СД2 типа; дислиппротеидемию с гипертриглицеридемией, повышением уровня холестерина, снижением уровня холестерина липопротеинов высокой плотности; склонность к тромбообразованию и повышение в плазме крови уровня ингибитора активатора плазминогена; артериальную гипертензию (АГ); генерализованное ожирение (индекс массы тела выше 25 кг/м²) [1]. Актуальным является выявление компонентов метаболического синдрома и у дерматологических больных, и в частности, ранняя диагностика и своевременная коррекция нарушений углеводного обмена: нарушенная гликемия натощак и нарушение толерантности к глюкозе как преддиабетических состояний.

Последние исследования указывают на то, что гипергликемические состояния способствуют развитию аутоиммунной патологии [2]. Имеются зарубежные данные о частоте выявления нарушений углеводного обмена у больных с красным плоским лишаем. По литературным данным у 47% больных КПЛ регистрировались нарушение толерантности к глюкозе и у 26% - диабет 2-го типа [4,5]. Имеются сообщения о нарушениях углеводного обмена у больных со склеродермией и склероатрофическим лишаем [3].

Цель исследования: выявить частоту встречаемости нарушений углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе и нарушение гликемии натощак) у больных с аутоиммунными заболеваниями кожи и у больных с кожными заболеваниями с явлениями метаболического синдрома.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с воспалительными заболеваниями кожи в возрасте от 5 лет до 69 лет. Из них с псориазом – 25 человек (вульгарный псориаз – у 12 человек; экссудативный – у 12, эритродермический – у 1; в том числе, с непрерывно-рецидивирующим течением – 10 пациентов, с псориатической артропатией – 9 пациентов); с гнездовой алопецией – 5 пациентов (универсальная форма – 1 пациент, субтотальная – 2, тотальная – 1, очаговая – 2); с кольцевидной гранулемой – 2 человека, с красным плоским лишаем – 9 пациентов, бляшечной склеродермией – 11, склеро-атрофическим лихеном – 3, ладонно-подошвенным пустулезом – 2, кератодермией ладоней и подошв – 2 пациента, люповидным некробиозом – 1 пациент. Обследование проводили с применением глюкозотолерантного теста: определение уровня глюкозы в капиллярной крови натощак и через 2 часа после еды. Для интерпретации полученных результатов использовались критерии показателей углеводного обмена, рекомендованных ВОЗ (табл.1).

Таблица 1. Показатели углеводного обмена: (Критерии, рекомендованные ВОЗ 1999г.)

Концентрация глюкозы в капиллярной крови	Нарушенная гликемия натощак	Нарушение толерантности к глюкозе	СД 2 типа
Базальная	≥5,6 ммоль/л, но < 6,1 ммоль/л	≥ 6,1 ммоль/л	≥6,1 ммоль/л
через 2 часа после приема per os 75 г глюкозы	< 7,8 ммоль/л	≥ 7,8 ммоль/л, но < 11,1 ммоль/л	≥11,1 ммоль/л

Таблица 2. Частота выявления метаболического синдрома и его компонентов у обследованных больных

Компоненты метаболического синдрома	Группа пациентов с нарушением углеводного обмена (n=30)	Группа пациентов без нарушений углеводного обмена (n=30)
Индекс массы тела (> 25 (кг)/ (м ²))	100% (32±1)*	56% (26±3)
Артериальная гипертензия	21 (70%)	7 (23%)
Гиперхолестеринемия	24 (80%)	20 (66%)
ИБС	1 (3%)	2 (6%)
Атеросклероз	2 (6%)	1 (3%)
Сочетание компонентов метаболического синдрома (менее 3-х)	9 (30%)	16 (53%)
Сочетание минимум трех симптомов	21 (70%)	7 (23%)

p<0,01(различия достоверны)

Таблица 3. Частота выявления нарушений углеводного обмена у больных кожными заболеваниями

Нозология	С нарушением углеводного обмена (abc)%	Нарушение толерантности к глюкозе (abs)	Нарушение гликемии натощак
Псориаз (n=25)	13 (52%)	6	7
Псориаз вульгарный (n= 12)	9 (75%)	5	4
Псориаз экссудативный (n=12)	4 (33%)	1	3
в том числе	6 (60%)	3	3
Непрерывно-рецидивирующее течение псориаза (n=10)			
Псориазический артрит (n=8)	3 (37%)	2	1
Ладонно-подошвенный пустулез (n=3)	2(67%)	0	2
Красный плоский лишай (n=9)	3 (33%)	2	10
Гнездная алопеция (n= 5)	2 (40%)	0	2
Универсальная (n=1)	0		0
Очаговая (n=2)	1		1
Тотальная (n=1)	1		1
Субтотальная (n=2)			
Кольцевидная гранулема (n=2)	2 (100%)	1	1
Склеродермия (n=11)	6 (55%)	3	3
Склероатрофический лишай (n=3)	0	0	0
Кератодермия ладоней и подошв (n=2)	1 (50%)	0	1
Люпоидный некробиоз (n=1)	1	1	

Расчет Индекса Массы Тела (ИМТ) проводился по формуле: масса тела (кг)/ рост² (м²).

Результаты и обсуждение. Нарушение углеводного обмена выявлено – у 30 (50%) пациентов: из них нарушение гликемии натощак – у 17 (28%) человек и нарушение толерантности к глюкозе – у 9 (22%) пациентов. Полученные результаты представлены в табл. 2 и табл.3.

Выводы:

1. У 50% обследованных пациентов выявлены нарушения углеводного обмена в виде нарушения гликемии натощак (28%) и нарушения толерантности к глюкозе (22%).

2. У всех пациентов выявленные нарушения в обмене глюкозы сочетались как минимум с еще двумя компонентами метаболического синдрома. Многокомпонентный метаболический синдром (ожирение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия) выявлялся чаще у пациентов в группе больных с нарушениями углеводного обмена - в 70% случаев, по сравнению с пациентами без выявленных нарушений – в 23 %.

3. Во всех обследованных нозологических группах, кроме склеро-атрофического лишая выявлены пациенты с нарушениями углеводного обмена, при этом необходимы дальнейшие исследования с большим количеством наблюдений для получения более достоверных данных по оценке частоты встречаемости нарушений углеводного обмена.

4. При обследовании пациентов с хроническими, и в том числе аутоиммунными заболеваниями кожи необходимо обращать внимание на наличие компонентов метаболического синдрома и проводить скрининг нарушений углеводного обмена дерматологами с последующим дообследованием пациентов у эндокринолога.

Литература:

1. Метаболический синдром: этиология, патогенез, диагностика, лечение / В. М. Подобед // Здоровоохранение: научно-практический ежемесячный журнал / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. - 2005. - № 4. - С. 42-47.

2. Anti-apoptotic effect of hyoerglycemia can allow survival of potentially autoreactive T cells/ P.Ramakrishnan, DA Kahn, B Baltimore// Cell Death and Differentiation. – 2011. – Vol.18: p.690-699.

3. Garcia-Bravo B, Sanchez-Pedreno P, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Lichen sclerosus et atrophicus. A study of 76 cases and their relation to diabetes. J Am

Acad Dermatol. - 1988. – Vol. 3. – p.482-487.

4. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus / Seyhan M, et al // Diabetes Research and Clinical Practice. - 2007. - p.198 - 202.

5. Glucose tolerance in lichen planus / Sheila M. Powell, Julia P. Ellis, T.J. Ryan, H.R. Vickers // British Journal of Dermatology. – 1997. – p. 73–75.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОБАЛЬНЕОТЕРАПИИ С ИЗДЕЛИЯМИ ИЗ БУРЫХ МОРСКИХ ВОДОРОСЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОБЫКНОВЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

Козина Ю.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. У многих пациентов псориаз удается контролировать с помощью наружного лечения и методов бальнеотерапии [1,3,5]. Антипсориазные средства для наружной терапии (дитранол, кальципатриол, тазаротен) требуют длительного применения, обладают высокой кумулятивной стоимостью, при этом за пациентами требуется регулярный врачебный контроль [3].

В последние годы установлена высокая биологическая активность бурых морских водорослей, которые являются источником сульфатированных полисахаридов, обладающих гепариноподобным действием, незаменимых аминокислот, натуральных витаминов, биодоступных макро- и микроэлементов [2,4]. На наш взгляд, фитопродукты, полученные из бурых морских водорослей в виде экстрактов для бальнеотерапии и аппликаций в форме геля на очаги поражения при псориазе, насыщая и гидратируя кожу, способны уменьшить процессы гипердифференцировки кератиноцитов, улучшить периферическую микроциркуляцию, оказать противовоспалительное и фибринолитическое действие, стимулировать фагоцитоз, нормализовать обменные процессы в коже, положительно влиять на нейровисцерокутаные взаимодействия, постепенно воздействуя на симптомы псориаза: шелушение, эритему, инфильтрацию, зуд в очагах поражения.

Целью исследования явилось определение терапевтической эффективности стационарной фитобальнеотерапии с изделиями из бурых морских водорослей у пациентов с распространенным торпидным бляшечным обыкновенным псориазом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 42 пациента (группа I) с распространенным обыкновенным торпидным псориазом в активной стадии (24 мужчины, 18 женщин), имевших «стаж» заболевания: до 5 лет – 7 (16,6%) чел., 5-10 лет – 23 (54,7%), свыше 10 лет – 12 (28,7%) пациентов. Традиционное лечение (группа II) получали 16 пациентов (9 мужчин и 7 женщин), страдавшие распространенным

псориазом 5-10 и более лет. Средний возраст пациентов группы I и группы II составил $38,2 \pm 7,4$ лет.

Тяжесть псориазных поражений до лечения оценивали в баллах PASI (Psoriasis Area and Severity Index), а эффективность терапевтических мероприятий по процентному уменьшению баллов: PASI >50 <75 – клиническое улучшение, PASI >75 <90 – значительное улучшение, PASI >90, практически полный регресс высыпаний.

При обработке полученных результатов использовали непараметрические методы – критерий Уилкоксона для проверки достоверности различий изучаемых признаков в парных выборках (исследуемая группа до и после лечения); U-тест Манна-Уитни для проверки достоверности различий средних величин изучаемых признаков в независимых выборках.

Все пациенты получали внутривенно капельно 0,9% раствор натрия хлорида по 200-400 мл с добавлением 2 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида через день №5, per os аевит 2 капсулы в сутки, лоратадин по 10 мг/сут.

Пациентам группы I проводили через день бальнеолечение с добавлением на 100 л теплой воды ($37-38^{\circ}\text{C}$) 100 мл экстракта бурых морских водорослей. Экспозиция процедуры составляла 15-25 мин, на курс выполняли до 10 процедур, проводимых через день. На основные очаги поражения ежедневно 2 раза в день наносили гель, содержащий аналогичный экстракт водорослей. Гель достаточно быстро абсорбируется поверхностью кожи (обычно в течение 10-15 мин), не изменяет её цвет, не образует жировой слой, загрязняющий бельё.

Длительность пребывания пациентов I и II группы в стационаре составило $19,5 \pm 0,2$ дней.

Результаты и обсуждение. У пациентов, получавших фитобальнеотерапию, средний PASI до лечения составлял $17,09 \pm 0,9$ балла, что обозначается как среднетяжелое течение. После лечения PASI снизился до $5,8 \pm 0,3$ балла, что свидетельствует о переходе заболевания в стадию регрессирования клинических