

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

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

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, доцент Э.А. Аскерко, 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 В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

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», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

следование сосудов.

Контрольную группу составили 26 детей (16 мальчиков и 10 девочек), поступивших для планового оперативного лечения. В анамнезе у них не было случаев тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний. Пациентам этой группы проведены те же обследования, как и основной, но перед операцией. Забор крови для биохимического анализа осуществлялся на операционном столе до введения в наркоз.

Для изучения состояния артериальных сосудов ультразвуковым методом использованы следующие современные и информативные критерии:

измерение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общих сонных артерий;

измерение эндотелийзависимого расслабления (ЭЗР) плечевой артерии манжеточным способом.

Результаты. Выявлено, что на фоне значительного повышения уровня СРБ и СОЭ, происходит увеличение толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии в среднем на 0,19 мм. ($p < 0,05$) и уменьшение эндотелийзависимого расслабления плечевой артерии в среднем на 5,86 %. ($p < 0,05$). Показатели липидного обмена основной группы в сравнении с данными, приведенными в литературе, указывают на формирование проатерогенных изменений жирового обмена.

Полученные результаты совпадают с литературными у взрослых и свидетельствуют о влиянии дисметаболических нарушений на артериальную

сосудистую стенку у детей при аппендикулярном перитоните, что может являться новым звеном гемодинамических расстройств.

Выводы:

Измерение ТИМ сонных артерий и определение ЭЗР плечевой артерии методом УЗИ являются современными, доступными, информативными и неинвазивными методами диагностики васкулопатий.

При аппендикулярном перитоните у детей регистрируются изменения структуры (утолщение интимы) и функции (уменьшение эндотелийзависимого расслабления) стенки артерий.

Полученные данные представляются новым звеном гемодинамических нарушений при перитоните, по-видимому зависимые и обуславливающие метаболические расстройства.

Литература:

1. Хирургические болезни у детей / Ю.Ф. Исаков [и др.]. – 2-е издание, перераб и доп. – М.: Медицина, 1988. – С. 384-386.

2. Дисфункция эндотелия при липидном дистресс – синдроме и десметаболических последствиях перитонита. Русский Медицинский Журнал №14 от 26 июня 2009 г. / В.С. Савельев [и др.]. – М., 2009. – С. 5-10.

3. Endothelial Dysfunction in Childhood Infection / M. Charakida [et al.] // Circulation. – 2005. - Vol. 111. – P.1660-1665.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

ЛЫСЕНКО О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В структуре гинекологических заболеваний значительное место занимают различные формы гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) [0]. Вопросы терапии гиперпластических процессов эндометрия продолжают оставаться в центре внимания врачей акушеров-гинекологов. Лечение гиперпластических процессов эндометрия предусматривает соблюдение трех основных принципов: остановка кровотечения; восстановление правильного менструального цик-

ла в репродуктивном периоде или стойкого прекращения менструальной функции в более старшем возрасте; профилактика рецидивов заболевания. Ведущее место в лечении гиперпластических процессов эндометрия принадлежит гормональной терапии [0]. В настоящее время для гормонального воздействия на гиперплазированный эндометрий применяются, главным образом, прогестагены, антиэстрогены, комбинированные эстроген-гестагенные препараты, антигонадотропины и агонисты гонадолиберина [0]. Гормональная тера-

пия в лечении данной патологии оказывает местное воздействие на эндометрий (подавляет пролиферацию клеток слизистой оболочки матки) и центральное действие (ингибирует секрецию гонадотропинов в гипофизе, тормозит стероидогенез в яичниках). Гормональная терапия в репродуктивном возрасте направлена на устранение ановуляции, установление циклической секреторной трансформации эндометрия, восстановление репродуктивной функции. Существуют разнообразные схемы и способы введения гормональных препаратов. Но следует учитывать, что гормональная терапия не предотвращает повторных рецидивов заболевания [0, 0].

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 150 историй болезни пациенток с гистологически подтвержденной простой гиперплазией эндометрия без цитологической атипии. Из них – 80 женщин репродуктивного возраста, 70 – перименопаузального.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением прикладного программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Ink. 1994-2001), адаптированного для медико-биологических исследований. Производилось вычисление относительных частот признака (%) в группах.

Результаты и обсуждение. После отдельного диагностического выскабливания под контролем гистероскопии в репродуктивном возрасте в анализируемых нами случаях назначались следующие препараты: норэтистерон (35 женщин), комбинированные оральные контрацептивы (КОК) (21 женщина), дидрогестерон (24 женщины). Гормональная терапия была назначена во всех случаях сроком на 6 месяцев. Терапия расценивалась нами как эффективная при отсутствии рецидива заболевания в течение последующего года. Из 35 женщин, получавших в качестве гормональной терапии норэтистерон, рецидив ГПЭ в течение первого года составил в общем 8,57% (3 женщины). Среди пациенток, которым были назначены КОК, в течение первого года после отдельного диагностического выскабливания рецидив гиперпластического процесса диагностирован у 3-х женщин (13,29%). Причем все пациентки, у которых произошел рецидив ГПЭ получали микродозированные КОК, в

то время как пациентки у которых не произошло рецидива заболевания – низкодозированные КОК. Среди женщин репродуктивного возраста, получавших дидрогестерон, рецидив ГПЭ в течение первого года после отдельного диагностического выскабливания был отмечен у 5-ти человек (20,83%). Необходимо отметить, что все пациентки, у которых произошел рецидив гиперпластического процесса эндометрия при приеме дидрогестерона, получали препарат в дозировке 20 мг в сутки с 14 по 25 день цикла, тогда как женщинам, у которых не произошло рецидива заболевания, препарат был назначен в более высокой дозировке (30-40 мг в сутки).

Анализируя данные, приведенные выше, необходимо отметить, что недопустимо использование микродозированных КОК и дидрогестерона в низких дозах, так как во всех случаях при назначении таких схем лечения происходило рецидивирование гиперпластического процесса эндометрия. Дидрогестерон должен назначаться в дозе не менее 30-40 мг в сутки.

В перименопаузальном возрасте после отдельного диагностического выскабливания чаще всего назначались: норэтистерон (43 женщины) и медроксипрогестерона ацетат (22 пациентки). В 5-ти случаях среди женщин этой группы был назначен дидрогестерон. Гормональная терапия была назначена во всех случаях сроком на 6 месяцев. Среди женщин, получавших норэтистерон, рецидив ГПЭ в течение первого года был отмечен в 2 случаях (4, 65%). При лечении медроксипрогестерона ацетатом, рецидив ГПЭ отмечен нами в течение первого года у 1-ой пациентки (4,54%). При назначении дидрогестерона в этой возрастной группе (5 человек), рецидив ГПЭ наступил в 4-х случаях, причем дозировка препарата во всех случаях составила 20 мг в сутки.

Как видно из приведенных нами данных, при назначении дидрогестерона в перименопаузальном возрасте рецидив ГПЭ произошел в 4-х из 5-ти случаев, что говорит о том, что данный препарат не должен назначаться женщинам этой возрастной группы.

Заключение. Оценивая результаты гормонального лечения больных с гиперпластическими процессами в эндометрии, следует отметить, что подбор гормонального препарата должен производиться с учетом возраста пациентки. С целью

профилактики рецидива заболевания должна подбираться адекватная дозировка выбранного препарата.

Литература.

1. Дедов, И.И. Гиперплазия эндометрия: патогенез, диагностика, клиника, лечение: методическое пособие для врачей / И.И. Дедов, Е.Н. Андреева. – М., 2001. – С. 3-28.

2. Пашков, В.М. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия / В.М. Пашков, В.А. Лебедев // Вопросы гинекологии,

акушерства и перинатологии. – 2006. – Т.5, №4. – 20–26.

3. Пашков, В.М. Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия / В.М. Пашков, В.А. Лебедев, М.В. Коваленко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т.5, №3. – 51–59.

4. Подлозкова, Н.М. Гиперпластические процессы эндометрия / Н.М. Подлозкова, И.В. Кузнецова. – Москва, 2007. – 31 с.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ЛЫСЕНКО И.М., БАРКУН Г.Н., ЖУРАВЛЕВА Л.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Основным условием своевременной диагностики туберкулеза является комплексное обследование пациента, которое осуществляет фтизиатр. Выявление детей, нуждающихся в консультации фтизиатра, осуществляется. Педиатру необходимо знать группы риска по заболеванию туберкулезом среди детского и подросткового населения, приходится решать вопросы дифференциальной диагностики туберкулеза. Диагностика туберкулезного поражения у детей затруднена. Клинические проявления его разнообразны, но при этом не имеют строго специфических черт. Туберкулез у детей часто протекает под масками различных заболеваний – ОРВИ, бронхита и др.

Для диагностики туберкулеза фтизиатр использует комплекс обязательных методов обследования – Обязательный диагностический минимум (ОДМ), который включает:

1. Сбор анамнеза. 2. Выявление жалоб. 3. Осмотр и физикальные методы обследования: Рентгенологическое исследование; клинический анализ крови, общий анализ мочи; исследование мокроты, мазка с задней стенки; индивидуальная туберкулинодиагностика.

Существует два патогномоничных критерия туберкулезного процесса:

Возбудитель туберкулеза – микобактерия туберкулеза (МБТ). Применяют следующие методы микробиологического исследования:

1) Бактериоскопический метод:

Бактериоскопический метод позволяет обнаружить микобактерии при содержании не менее 5000-10000 в 1 мл исследуемого материала. Микроскопическое обнаружение кислотоустойчивых микобактерий не позволяет дифференцировать возбудителя туберкулеза от атипичных и сапрофитных микобактерий.

2) **Культуральный метод** (посев на питательные среды) позволяет обнаружить МБТ при наличии нескольких десятков микробных клеток в 1 мл исследуемого материала. Рост культуры МБТ на твердой питательной среде происходит в течение длительного времени – 2-3 месяца. В настоящее время получены жидкие питательные среды, на которых МБТ растут в течение 10-14 дней.

3) **Биологический метод** - заражение лабораторных животных (. Метод является высокочувствительным, т.к. позволяет получить положительный результат, если в исследуемом материале содержатся даже единичные (1-5) микобактерии. Продолжительность исследования 1,5-2 месяца.

Дополнительными диагностическими и дифференциально-диагностическими тестами при туберкулезе являются иммунологические исследования и молекулярно-биологические методы. Эти методы позволяют выявлять возбудителя туберкулеза при снижении его жизнеспособности. Иммунологические методы позволяют оценить реактивность организма больного, выявлять активность туберкулезного процесса, осуществлять кон-