

Пучок Т. С., Ненша Л. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Е. Г. Мохорт*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы сахарного диабета 1 типа определена распространенностью заболевания, а также тем, что он является основой для развития осложнений и тяжелых сопутствующих заболеваний и, поэтому, приводит к ранней инвалидизации и повышению смертности. Ранняя диагностика и своевременное начало инсулинотерапии позволяет улучшить прогноз у больных и отсрочить развитие сосудистых осложнений. Правильная тактика лечения больных является основой профилактики как поздних осложнений, так и развития острых коматозных состояний.

Цель

Оценить критерии компенсации у пациентов с сахарным диабетом 1 типа г. Минска.

Материал и методы исследования

Были изучены 214 амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом 1 типа, наблюдающихся в УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска. Оценивался средний возраст пациентов, стаж сахарного диабета (СД), индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), лабораторные показатели: уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), общего холестерина, триглицеридов (ТГ).

Результаты исследования

Средний возраст пациентов составил 36 ± 12 лет. Средний стаж заболевания — 16 ± 10 лет. Индекс массы тела ниже 25 кг/м^2 — у 58,4 % пациентов. Анализ уровня HbA_{1c} показал, что 21 чел., что составило 11 %, были компенсированы (уровень HbA_{1c} < 6,5); 35 чел. (18,3 %) — субкомпенсированы, 135 чел. (70,7 %) находились в состоянии декомпенсации (HbA_{1c} > 7,5). Уровень ТГ в пределах нормы (до 1,7 ммоль/л) у 83 % пациентов. Общий холестерин в пределах нормы (до 5,2 ммоль/л) был определен у 130 пациентов, что составило 61,6 %. Диагноз артериальная гипертензия I ст. имеют 4,21 %, II ст. — 11,68 %, III ст. — 1,87 % пациентов.

Выводы

Анализ полученных результатов показывает, что большинство пациентов (70,62%), включенных в исследование, находятся в состоянии декомпенсации. Данные пациенты требуют более тщательного наблюдения и коррекции проводимого лечения.

Пациентам, имеющим артериальную гипертензию, нарушение липидного спектра, необходимо назначение соответствующей диеты, гипотензивной и гиполипидемической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Новые возможности компенсации сахарного диабета типа 1 и профилактики его сосудистых осложнений / И. И. Дедов, М. И. Балаболкин. — М.: ИМА-пресс, 2003.
2. Забаровская, З. В. Критерии диагностики сахарного диабета: учебно-методическое пособие / З. В. Забаровская. — Минск, 1999.

УДК 616.24-008.4-053.81

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Радченко А. В., Титович Р. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проведение легочных тестов (спирометрия) является одним из методов диагностики респираторных заболеваний, так как позволяет получить объективную информацию о состоянии дыхательной системы человека. Клиническая оценка вентиляционной функции легких основывается на сопоставлении результатов правильно выполненного пациентом дыхательного маневра с должными величинами. Должные величины характеризуют нормальные для данной популяции параметры вентиляции легких. Нормативные значения зависят от пола, возраста, роста пациента. На основе популяционных исследований разработаны несколько десятков систем должных величин. Наиболее известными и применяемыми в нашей стране являются системы нормативов Р. Ф. Клемента (1985 г.) и Европейского общества угля и стали (ECCS, 1991 г.). Спирометрия проводится не только для определения тяжести обструкции дыхательных путей, но и для оценки функциональной деградации легочной системы. В последние десятилетия быстрый экономический рост и развитие во всем мире привели к улучшению состояния питания населения. В то же время увеличился уровень загрязнения воздуха, снижается физическая активность людей. Таким образом, необходимо пересмотреть нормативные значения функции легких с учетом социально-экономического развития, экологических факторов, изменяющегося образа жизни.

Цель

Изучение функционального состояния респираторной системы в популяции молодых людей Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования стали 47 пациентов с клиническими проявлениями бронхообструктивного синдрома (1-я группа). Во 2-ю группу включены 60 здоровых людей без респираторной патологии. Пациенты 1-й группы были направлены на консультацию к пульмонологу с жалобами на чувство стеснения в груди (32 %), приступообразный кашель (36 %), одышку при физической нагрузке (32 %), приступы удушья (18 %), свистящее дыхание (14 %), пробуждение из-за кашля (27 %) или чувства нехватки воздуха (23 %).

Возрастной состав групп одинаковый (средний возраст пациентов 1-й группы — $17,5 \pm 1,85$ лет, 2-й группы — $18,8 \pm 1,0$ лет). Определение ФВД проводили с помощью спирометра «МАС-1». Исследовали следующие показатели: ФЖЕЛ, ОФВ₁, ПСВ, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅. Анализ показателей проводился путем расчета фактических величин и сравнения их с расчетными должными величинами в зависимости от роста, веса, пола, возраста.

Результаты исследования

Для оценки проходимости дыхательных путей большое значение имеет маневр форсированного выдоха с измерением ФЖЕЛ. Среднее значение ФЖЕЛ у пациентов 1-й группы составило $4,3 \pm 0,88$ л, во 2-й группе — $4,4 \pm 1,06$ л ($t = -0,09$, $p = 0,9$), при должных показателях $4,3 \pm 0,9$ и $4,5 \pm 0,9$ соответственно.

Из всех показателей наиболее важным является максимальный объем воздуха, который человек может выдохнуть за первую секунду маневра ФЖЕЛ – ОФВ₁. Он почти независим от усилия, приложенного во время маневра выдоха, и отражает свойства легких и дыхательных путей. По нашим данным в группе пациентов с респираторными жалобами среднее значение составило $3,6 \pm 0,84$ л, у здоровых людей — $4,1 \pm 0,7$ л ($t = 0,05$; $p = 0,9$), что практически не отличалось от должных величин ($3,7 \pm 1,6$ и $3,9 \pm 0,6$ л).

Пиковая скорость выдоха измеряется в течение короткого отрезка времени, сразу после начала выдоха. ПСВ в большей степени, чем другие показатели зависит от усилия пациента: для получения воспроизводимых данных пациент должен в начале выдоха при-

ложить максимум усилия. Должные показатели в обеих группах оказались выше ($8,1 \pm 1,5$ и $8,3 \pm 1,3$ л/с), чем смогли продемонстрировать обследуемые ($7,3 \pm 1,7$ и $7,7 \pm 1,6$ л/с).

Оценка результатов теста ФЖЕЛ, особенно при диагностике начальных, пограничных с нормой нарушений должна проводиться по комплексу с одновременной оценкой ОФВ₁, ПСВ, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅. Ранними признаками обструктивных нарушений вентиляции у пациентов без клинических проявлений могут служить изменение формы экспираторной кривой «поток-объем» и снижение скоростных показателей, измеренных при низких легочных объемах во время теста ФЖЕЛ (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅). Эти показатели в обеих группах были почти равнозначными: в 1-й группе — $6,5 \pm 1,6$ л, $4,7 \pm 1,4$ л, $2,5 \pm 1,0$ л; во 2-й группе — $6,6 \pm 1,8$ л, $4,7 \pm 1,2$ л и $2,6 \pm 0,7$ л ($t = 0,05$, $p = 0,9$).

Выводы

1. Достоверных различий между средними показателями ФВД у лиц обеих групп выявлено не было ($p > 0,05$), хотя многие показатели у пациентов с респираторными жалобами в анамнезе несколько ниже, чем у здоровых людей.

2. Признаков бронхиальной обструкции не было обнаружено. Отсутствие различий между группами пациентов может быть обусловлено обратимой бронхообструкцией у лиц с респираторными жалобами, это требует проведения дополнительных бронхомоторных тестов.

3. Спирометрия проводится не только для определения тяжести обструкции дыхательных путей, но и для оценки функциональной деградации легочной системы. Возникла необходимость пересмотреть нормативные значения функции легких с учетом изменяющегося образа жизни. Последние нормативы были предложены более 20 лет назад.

УДК 616.717/.718-001.5-073.75

АЛГОРИТМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Разуванов А. И., Шнигир А. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Б. Смычек

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»**

пос. Городище, Минская область, Республика Беларусь

Введение

В структуре причин первичной инвалидности последствия травм опорно-двигательной системы, такие как ложные суставы и замедленно срастающиеся переломы костей занимают третье место, и поэтому вопросу лучевой диагностики, результаты которой определяют последующую тактику лечебно-реабилитационных мероприятий при переломах, отводится основная роль в клинико-диагностическом обследовании.

Цель

Повышение качества выявления нарушений процесса консолидации (НПК) путем разработки алгоритма последовательных взаимодополняющих методов лучевой диагностики.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования являлись пациенты трудоспособного возраста с НПК длинных трубчатых костей конечностей (ДТК). Особенности патологического течения процесса консолидации оценивали по данным рентгенографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, функциональные нарушения периферической сосудистой системы — по данным доплерографии и реовазографии, системы гомеостаза — по данным общего и биохимического анализов крови, коагулограммы.

Результаты исследования

За период 2009–2012 гг. обследовано 194 пациентов с НПК ДТК. Средний возраст пациентов составил $48 \pm 3,8$ года. По виду НПК наиболее часто отмечалась замедленная консолидация — в 91 (46,9 %) случаях, ложный сустав — в 70 (36,1 %) случаях, не-