

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билич, Г. Л. Анатомия человека: Медицинский атлас / Г. Л. Билич, В. А. Крыжановский. – М.: Эксмо, 2016. – 224 с.
2. Блют, Э. Ультразвуковая диагностика Практич. решение клинических проблем – Т. 2: УЗИ в урологии и гинекологии / Э. Блют. – М.: Медицинская литература, 2015. – 176 с.
3. Сапин, М. Р. Функциональная анатомия половых органов человека / М. Р. Сапин. – Элиста: Джангар, 2016. – 88 с.
4. Урология: учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко. – Гродно: УО «ГрГМУ», 2009.

УДК 617.723-036.2:616.379-008.64

В. А. Сапарова

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к. б. н. И. А. Никитина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Введение

Последнее время людей, болеющих сахарным диабетом, становится все больше. Сахарный диабет – группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие абсолютной или относительной (нарушение взаимодействия с клетками-мишенями) недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия – стойкое увеличение содержания глюкозы в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением, а также нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого [1].

Тяжелое осложнение сахарного диабета первого и второго типа –диабетическая ретинопатия (ДР) связано с поражением сосудов сетчатки глаза. Чаще всего оно приводит к снижению зрения и слепоте [2].

У диабетиков первого типа ретинопатия возникает в более раннем возрасте, у больных вторым типом диабета – на поздних сроках заболевания.

Несмотря на прогресс в области диагностики и лечения, ДР продолжает оставаться ведущей причиной нарушения зрения и слепоты среди людей трудоспособного возраста. Риск потери зрения у пациентов с СД в 25 раз выше, чем у лиц, не страдающих данным заболеванием [3].

Цель

Проанализировать показатели биохимического анализа крови у пациентов с ретинопатией, которая вызвана осложнением сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

Мы проанализировали показатели биохимического анализа крови 21 пациента проходивших лечение в стационаре (Республиканский научно-технический центр радиационной медицины и экологии человека).

В исследуемую группу были включены 11 женщин и 10 мужчин, которые страдают диабетической ретинопатией.

Возраст пациентов 35–78 лет (средний возраст составляет 60 лет).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ данных (таблица 1 и 2) показывает наличие изменений в биохимическом анализе крови. Так, у мужчин и женщин страдающих диабетической ретинопатией содержание мочевой кислоты ниже нормы. Содержание мочевины у мужчин и женщин от-

личаются, к примеру у мужчин содержание мочевины выше нормы, а у женщин – в норме. Что касается билирубина, то и у мужчин, и у женщин эти показатели находятся в норме.

Таблица 1 – Показатели биохимического анализа крови мужчин больных диабетической ретинопатией

	Мочевая к-та, ммоль/л	Мочевина, ммоль/л	Билирубин, мкмоль/л	ТТГ, мкМЕ/мл	АЛТ, Ед/л	АСТ, Ед/л
Норма	2,7–7,3	2,1–4,2	8–20,5	0,27–4,2	до 45	до 37
М	0,59 ± 0,11	8,19 ± 4,53	11,52 ± 9,24	2,13 ± 0,86	26,60 ± 20,96	19,80–15,77

Активность АЛТ у мужчин в норме, а у женщин выше нормы. Активность АСТ и концентрация ТТГ в норме и у женщин, и у мужчин.

Таблица 2 – Показатели биохимического анализа крови женщин больных диабетической ретинопатией

	Мочевая к-та, ммоль/л	Мочевина, ммоль/л	Билирубин, мкмоль/л	ТТГ, мкМЕ/мл	АЛТ, Ед/л	АСТ, Ед/л
Норма	2,7–7,3	2,1–4,2	8–20,5	0,27–4,2	До 30	До 30
Ж	0,43 ± 0,33	7,40 ± 5,97	10,35 ± 7,38	1,59 ± 1,07	33,18 ± 20,95	22,55 ± 17,14

Анализ данных (таблица 3 и 4) показывает, что уровень ЛПНП у мужчин и у женщин выше нормы. Следующими показателями являются триглицериды, они повышены как в случае с женщинами, так и в случаи с мужчинами. Уровень ЛПВП и ЛПОНП находятся в пределах нормы у мужчин и у женщин.

Таблица 3 – Показатели ЛП и триглицеридов у мужчин больных ретинопатией

	ЛПНП, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	ЛПОНП, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л
норма	2,6	0,7–1,73	0,26–1,04	0,41–1,8
М	3,13 ± 2,59	1,11 ± 0,96	0,75 ± 0,33	1,93 ± 1,08

Таблица 4 – Показатели ЛП и триглицеридов у женщин больных ретинопатией

	ЛПНП, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	ЛПОНП, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л
норма	2,6	0,86–2,28	0,26–1,04	0,41–1,8
Ж	2,84 ± 2,33	1,2 ± 1,05	0,84 ± 0,58	1,82 ± 1,26

Исходя из полученных данных мы видим, что ряд показателей биохимического анализа крови у пациентов с ретинопатией отличаются от нормы. Кроме этого, степень таких отклонений у мужчин и женщин различны. Например, у мужчин повышено содержание мочевины, ТТГ, ЛПНП и триглицеридов. Одновременно с этим содержание мочевой кислоты понижено. В то же время содержание ЛПНП, мочевины повышено у женщин, а также незначительно повышено содержание триглицеридов. Содержание мочевой кислоты, так же, как и у мужчин, понижено.

Выводы

Исследование показало, что в крови больных ретинопатией повышается содержание мочевины, ТТГ, ЛПНП и триглицеридов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мохорт, Т. В. Эндокринология: учебник / Т. В. Мохорт, З. В. Забаровская, А. П. Шепелькевич. – Минск: Вышэйшая школа, 2015. – 416 с.
2. Астахов, Ю. С. Диабетическая ретинопатия / Ю. С. Астахов, Ф. Е. Шадричев, А. Б. Лисочкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 139–163.
3. Дедов, И. И. Диабетическая ретинопатия: современные проблемы / И. И. Дедов, О. М. Смирнов // Сахарный диабет. – 2008. – № 3. – С. 4–8.

УДК 616.833-006.38-03-07-08

П. В. Сенько, Д. А. Гончарик

Научный руководитель: ассистент Е. В. Шуляк

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Введение

Нейрофиброматоз 1-го типа (НФ-I) – аутосомно-доминантный наследственный опухолевый синдром, встречающийся с частотой 1:3000 населения, пенетрантность заболевания к 5-ти летнему возрасту достигает 100 процентов. Характеризуется поражением производных эктодермы: кожи, нервной системы, сетчатки и других органов [3]. Болезнь возникает в результате гетерозиготной мутации гена NF1, локализованного на 17q11.2. Ген NF1 характеризуется большими размерами (280 т.п.о.). Нейрофибромин (Nf1) – продукт NF1 – повсеместно экспрессирующийся белок, состоящий из 2808 аминокислотных остатков. Скорость возникновения мутаций в этом гене на два порядка выше, чем в других локусах. Примерно 50 % случаев заболевания развиваются в результате мутаций *de novo*. Около половины мутаций в гене NF1 представляют мутации сайтов сплайсинга. Перечисленные выше особенности гена, а также чрезвычайно высокая многофункциональность его продукта могут быть одной из причин его высокой мутабельности [2].

Проявлениями нейрофиброматоза является развитие множества опухолей, имеющих доброкачественную природу (нейрофибром), гиперпигментированных пятен на коже (цвета «кофе с молоком») и радужке (узелки Лиша) [1]. Плексиформные нейрофибромы могут достигать гигантских размеров и, тем самым, изменять внешность пациентов [8], а также имеет место озлокачествление этих образований [4].

При постановке диагноза НФ-I рекомендуется использовать диагностические критерии, рекомендованные Международным комитетом экспертов по нейрофиброматозу [7]: наличие шести или более пятен цвета кофе с молоком размером минимум 15 мм у взрослых и 5 мм у детей; две или более нейрофибромы любого типа или хотя бы одна плексиформная нейрофиброма; веснушки в подмышечной или паховой области; глиома зрительного нерва; два или более крошечных желто-коричневых узелков Лиша; различные костные поражения; родственник первой степени родства с НФ-I по вышеперечисленным критериям. При наличии у больного не менее 2 из нижеуказанных признаков, можно предположить заболевание.

Цель

Проанализировать этиопатогенетические особенности нейрофиброматоза у пациентов, а также проблемы диагностики и лечения на примере клинических случаев.