

Клиническая картина у абсолютно всех пациентов (100 %) характеризуется резкой болезненностью в области вовлеченного сустава, припухлостью, гиперемией, повышением температуры кожи на ощупь. Дебют подагры у 17 (56,7 %) пациентов начинался с поражения плюснефалангового сустава первого пальца стопы, у 7 (23,3 %) — с голеностопного сустава, у 4 (13,3 %) — с суставов пальцев рук, а у 2 (6,7 %) — с локтевого сустава. Также установлено, что чаще в патологический процесс вовлекаются плюснефаланговый сустав первого пальца стопы (76,7 %), голеностопный (53,3 %), коленный (50 %), локтевой (33,3 %) суставы, реже суставы пальцев рук (23,3 %), лучезапястный (10 %) и плечевой (6,7 %). Для обследованных пациентов характерен хронический подагрический полиартрит.

На момент обследования уровень мочевой кислоты у 23 (76,7 %) пациентов превышал допустимые нормы (> 360 мкмоль/л).

Выводы

1. Артериальная гипертензия, сахарный диабет и метаболический синдром являются сопутствующими заболеваниями у мужчин в возрасте до 60 лет, у пациентов старше 60 лет количество коморбидной патологии возрастало, среди них были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, ожирение 1-й и 2-й степени, метаболический синдром.

2. Из модифицируемых факторов риска более половины пациентов имеют избыточную массу тела и объем талии выше целевого уровня. Отягощенный наследственный анамнез по подагре у 26,7 % пациентов с дебютом заболевания в возрасте младше 50 лет. Употребляют алкоголь 43,3 % осмотренных пациентов. Соблюдают диету 70 % пациентов.

3. Дебют подагры у 17 (56,7 %) пациентов начинался с поражения плюснефалангового сустава первого пальца стопы. Чаще в патологический процесс вовлекаются плюснефаланговый сустав первого пальца стопы (76,7 %), голеностопный (53,3 %), коленный (50 %), локтевой (33,3 %) суставы, реже суставы пальцев рук (23,3 %), лучезапястный (10 %) и плечевой (6,7 %). Для обследованных пациентов характерен хронический подагрический полиартрит.

4. У 23 (76,7 %) пациентов уровень мочевой кислоты превышал допустимые нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnosis of Gout: A Systematic Review in Support of an American College of Physicians Clinical Practice Guideline / S. J. Newberry [et al.] // *Ann. Intern. Med.* — 2017. — Vol. 166, № 1. — P. 27–36.
2. Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — С. 76.
3. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни: учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.
4. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors / C. F. Kuo [et al.] // *Nat. Rev. Rheumatol.* — 2015. — Vol. 11, № 11. — P. 649–662.

УДК 616. 972

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Шкуратова Е. Ю.

Научный руководитель: ассистент И. В. Полын

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Возбудитель сифилиса — бледная трепонема (*Treponema pallidum*) — была открыта Schaudinn и Hoffman в 1905 г. Они обнаружили ее у больных сифилисом в морфологических элементах кожной сыпи и лимфатических узлах. В 1912 г. Noguchi и Moore выявили ее в коре головного мозга у больных с прогрессирующим параличом. *T. pallidum* относится к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaeaceae, так же как *Borrelia* и *Leptospira*, роду *Treponema*, виду *Treponema pallidum* [1].

О том, что сифилис существовал еще в древние времена, свидетельствуют высказывания Гиппократов, описавшего заболевания гортани и кондиломатозные высыпания на половых органах, которые могут соответствовать проявлениям сифилиса [2].

Сифилис в настоящее время представляет одну из наиболее актуальных проблем современной дерматовенерологии. В 2006 г. в Республике Беларусь было зарегистрировано 2635 новых случаев заражения сифилисом, то есть 27,1 сл./100 тыс. населения. Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению заболеваемости сифилисом, эпидемиологи прогнозируют ее дальнейший рост [3].

Цель

Изучить течение и выявляемость сифилитической инфекции в настоящее время, возраст пациентов. Оценить сложившуюся эпидемическую ситуацию по сифилису в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Работа была выполнена на базе Гомельского областного кожно-венерологического диспансера (ГОККВД). Диагноз сифилиса выставлялся на основании данных анамнеза, лабораторной диагностики (скрининговые нетрепонемные реакции на сифилис — МРП с кардиолипидным антигеном; подтверждающие диагноз трепонемные тесты, используемые в РБ — ИФА, РИФ-200, РИФ-абс, РПГА). Был проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации пациентов, находившихся на диспансерном учете в ГОККВД в 2012–2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2012–2017 гг. в Гомельской области было зарегистрировано 1234 пациента, страдающий сифилисом. Все пациенты были выявлены активно.

Таблица 1 — Пути активного выявления больных сифилисом

Путь выявления	Количество пациентов по годам, в %		
	2012 г.	2016 г.	2017 г.
Обратились сами	1	1,2	0,8
Выявлено активно	99	98,8	99,2
При обследовании половых контактов; амбулаторных и стационарных пациентов; декретированных контингентов	8,9	11,1	14
Врачами дерматовенерологами	47,5	45,2	45
Врачами акушерами-гинекологами	3,3	13,3	14,2
Врачами других специальностей (терапевтами, хирургами)	35	25,6	22
Доноры	3,3	3	2,4
Другим путем	1,0	0,6	1,6

Заболеваемость сифилитической инфекции имеет тенденцию к волнообразному течению. В период за 2012–2017 гг. заболеваемость сифилитической инфекцией имеет тенденцию к снижению (с 244 человек в 2012 г. до 127 в 2017 г.) (рисунок 1).

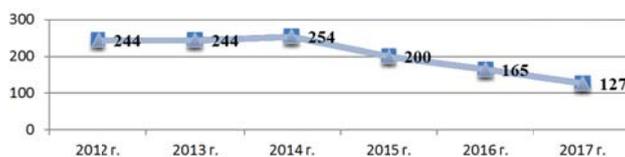


Рисунок 1 — Структура заболеваемости сифилисом в Гомельской области за 2012–2017 гг.

Таблица 2 — Распределение больных сифилисом по возрасту (в %).

Возраст, лет	Количество пациентов, в %			
	2017 г.	2016 г.	2015 г.	2014 г.
0–14	—	1,2	1,5	0,4
15–17	—	3,6	5,5	1,9
18–19	2,4	2,4	7,5	2,7
20–29	15,7	23,6	33,0	37,4
30–39	32,3	33,3	24,0	29,1
40 и старше	49,6	35,9	28,5	28,5

Анализ контингента больных сифилисом показал, что наиболее уязвимыми были возрастные группы 20–29 лет и 30–39 лет, а в последние два года повысилась выявляемость в возрастной группе 40 лет и старше.

Выводы

1. В период с 2012–2017 гг. в Гомельской области был зарегистрировано 1234 пациента, страдающих сифилисом. Все пациенты были выявлены активно. Дерматовенерологами было выявлено от 45 до 47,5 % пациентов.

2. Заболеваемость сифилитической инфекцией имеет тенденцию к снижению за последние 5 лет.

3. Наиболее уязвимыми были возрастные группы 20–29 лет и 30–39 лет, а в последние два года повысилась выявляемость в возрастной группе 40 лет и старше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Родионов, А. Н. Сифилис / А. Н. Родионов. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2007. — 315 с.
2. Козин, В. М. Сифилис: учеб.-метод. пособие / В. М. Козин, Ю. В. Козина, Н. Н. Янковская. — Витебск: ВГМУ, 2015. — С. 71.
3. Панкратов, В. Г. Лабораторная диагностика сифилиса: учеб.-метод. пособие / В. Г. Панкратов, О. В. Панкратов, И. А. Евсеенко. — Минск: БГМУ, 2007. — 27 с.

УДК 616.34-002.191

ПАТОМОФОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Шкуратова Е. Ю.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК) в мире составляет 50–230 случаев на 100 тыс. населения. Заболевание встречается во всех возрастных группах, мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой. Смертность в мире составляет 6 случаев на 1 млн населения.

В большинстве случаев диагноз неспецифический язвенный колит ставится через несколько лет от момента появления первых клинических симптомов заболевания. Ввиду этого, проблема диагностики и знания патоморфологии является очень актуальной [1].

Цель

Изучить морфологические особенности диагностики неспецифического язвенного колита.

Материал и методы исследования

Анализ отечественной и зарубежной литературы по данному вопросу.

Результаты исследования и их обсуждение

Морфологические изменения зависят от характера течения болезни — острого или хронического.

Острая форма соответствует острому прогрессирующему течению и обострению хронических форм. В этих случаях стенка толстой кишки отечна, гиперемирована, с множественными эрозиями и поверхностными язвами неправильной формы, которые сливаются и образуют обширные участки изъязвления. Сохранившиеся в этих участках островки слизистой оболочки напоминают полипы (бахромчатые псевдополипы). Нередко происходят перфорация стенки кишки в области язвы и кишечное кровотечение. Такие глубокие язвы образуют карманы с некротическими массами, которые отторгаются, стенка кишки истончается, а просвет становится очень широким (токсическая дилатация). Отдельные язвы