

фепана. «Локло» и полифепан обладают приблизительно равной способностью связывать и выводить из раствора тяжелые металлы, хотя адсорбционная активность биодобавки несколько превышает активность указанного энтеросорбента.

Адсорбционная емкость полифепана как по кальцию, так и по магнию значительно превышает адсорбционную емкость белого угля, причем максимальная адсорбция ионов магния на этом энтеросорбенте примерно в 6 раз превышает максимальную адсорбцию ионов кальция. О высоком сродстве полифепана к ионам магния (по сравнению с ионами кальция) свидетельствуют значения констант адсорбционного равновесия: $43,9 \times 10^{-3}$ — по магнию и только $9,45 \times 10^{-3}$ — по кальцию. Адсорбционная емкость белого угля по кальцию в 3–4 раза превышает его адсорбционную емкость по магнию. Соответственно, и сродство данного энтеросорбента к ионам Ca^{+2} больше его сродства к ионам Mg^{+2} (константы адсорбционного равновесия составляют соответственно $8,06 \times 10^{-3}$ и $3,21 \times 10^{-3}$). Таким образом, побочный эффект белого угля, связанный с адсорбцией и выведением из ЖКТ биометаллов, не представляет реальной опасности для пациентов, в то время как применение полифепана (особенно продолжительное время) может привести к дефициту в организме ионов кальция и особенно ионов магния.

Биодобавка «Локло» продемонстрировала как высокую адсорбционную емкость по отношению к биометаллам, так и большое сродство к ним. Адсорбционная емкость биодобавки по кальцию в 16 раз больше, чем у белого угля и в 12 раз больше, чем у полифепана. «Локло» значительно лучше адсорбирует катионы кальция, чем катионы магния; его адсорбционная емкость по кальцию в 24 раза превосходит его адсорбционную емкость по магнию. Вероятно, длительный прием данного продукта может создать серьезную угрозу возникновения дефицита кальция.

Выводы

Полученные данные убедительно доказывают, что наиболее эффективным сорбентом из рассмотренных является белый уголь. Этот энтеросорбент отличается высокой адсорбционной емкостью по отношению к ртути, кадмию и никелю, а также имеет высокое сродство к каждому из указанных токсичных металлов. Сорбционные процессы на его поверхности протекают с высокой скоростью, что приводит к быстрому достижению адсорбционного равновесия. С другой стороны, белый уголь имеет низкую адсорбционную емкость по отношению к кальцию и магнию, что позволяет сделать вывод о практическом отсутствии у данного энтеросорбента побочных эффектов, связанных с выведением биометаллов из организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина, Р. М. Сорбенты в практике аллерголога / Р. М. Алешина // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2006. — № 4 (05). — С. 12–16.
2. Бондарев, Е. В. Применение энтеросорбентов в медицинской практике / Е. В. Бондарев, С. Ю. Штрыголь, С. Б. Дырявый // Провизор. — 2008. — № 13. — С. 45–49.
3. Беляков, Н. А. Энтеросорбция — механизм лечебного действия / Н. А. Беляков, А. В. Соломенников // Эффективная терапия. — 1997. — Т. 3, № 2. — С. 35–42.
4. Горелов, А. В. Современный взгляд на проблему энтеросорбции. Оптимальный подход к выбору препарата / А. В. Горелов, Н. И. Урсова // РМЖ. — 2003. — № 25. — С. 18–24.

УДК 618.174-053.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Леончик А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одной из важнейших клинических проблем ювенильной гинекологии остаются аномальные маточные кровотечения, которые не только ухудшают соматическое здоровье девочек и существенно снижают качество их жизни, но и при отсутствии своевременной и

адекватной коррекции оказывают отрицательное воздействие на становление репродуктивной функции [1].

Под аномальным маточным кровотечением (abnormal uterine bleeding, АМК) следует подразумевать любое маточное кровотечение, не соответствующее параметрам нормальной менструации женщины. К критериям нормального менструального цикла относят: продолжительность от 21 до 35 дней, длительность фазы менструации от 2 до 7 дней, объем кровопотери — 40–80 мл (но не более 100 мл), что эквивалентно примерно 16 мг железа.

В возрасте 12–18 лет маточные кровотечения являются распространенной патологией. По разным данным, АМК составляют 10–12 % от всех гинекологических заболеваний, выявляемых у пациенток данной возрастной категории, и занимают 2 место среди причин госпитализаций в гинекологическое отделение [1].

Аномальные маточные кровотечения ювенильного периода (ЮМК) — патологические кровотечения, обусловленные отклонениями отторжения эндометрия у девочек-подростков с нарушением циклической продукции стероидных гормонов с момента первой менструации до 18 лет. Как правило, аномальные маточные кровотечения возникают через 2–3 года после становления менструальной функции [1].

Цель

Выявить особенности течения аномальных маточных кровотечений в пубертатном периоде.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был произведен ретроспективный анализ 32 медицинских карт пациентов с диагнозом ювенильное маточное кровотечение, находившихся на лечении в Гомельской областной клинической больнице с мая 2015 г. по февраль 2016 г. Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA), значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании учитывались такие показатели как место жительства, возраст, физикальные данные (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ)), длительность менструации до обращения за медицинской помощью, данные гинекологического анамнеза, данные о сопутствующей патологии, лабораторные данные: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма; данные инструментальных исследований: ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза, УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография (МРТ).

Согласно полученным данным, наиболее часто встречались жительницы города — 26 (81,3 %) пациенток и 6 (18,8 %) пациенток из области ($\chi^2 = 4,9$, $p < 0,001$).

Возраст пациенток находился в пределах от 12 до 17 лет (средний — $13,9 \pm 0,2$ лет).

При оценке физикальных данных были получены следующие данные: средний рост $161,2 \pm 0,9$ см, средний вес $61,8 \pm 1,2$ кг, ИМТ $23,6 \pm 0,4$.

По данным результатов исследования, раннее наступление менархе отмечалось у 9 (28,1 %) девочек, у 12 (68,8 %) пациенток первые менструации наступили в период возрастной нормы, а позднее менархе отмечается лишь у 1 (3,1 %) девочки. В среднем первое становление менархе произошло в $12 \pm 0,2$ лет. Продолжительность менструации находилась в значениях от 3 до 7 дней, в среднем $5,2 \pm 0,2$ дней. Длительность цикла в данной возрастной группе находилась в пределах от 26 до 45 дней, и в среднем составила $30,2 \pm 0,6$ дней. Беременность и аборты отсутствовали в анамнезе в 32 (100 %) случаях.

ЮМК развилось в среднем через $2,2 \pm 0,2$ лет от момента менархе. Длительность кровотечения составила $18,7 \pm 1,3$ (от 10 до 35 дней).

При специальном гинекологическом исследовании патологии не выявлено в 100 % случаев.

При анализе лабораторных данных было выявлено: анемия диагностирована у 7 (21,9 %) пациенток, из которых у 6 (18,8 %) пациенток — анемия легкой степени тяжести, и у 1 (3,1 %) девушки анемия средней степени тяжести. При анализе коагулограммы выявлено отклонение в значении фибриногена 4,6 г/л (при норме 2–4 г/л) у 1 (3,1 %) пациентки.

При анализе сопутствующей патологии у 15 (46,9 %) пациенток выявлен синдром дисфункции вегетативной нервной системы, чаще по смешанному типу. По данным УЗИ

органов малого таза гиперплазии эндометрия выявлена у 2 пациенток (6,3 %), киста яичника — 6 (18,8 %) девушек. У 4 (12,5 %) пациенток диагностирована гиперплазия щитовидной железы, у 1 (3,1 %) пациентки выявлена киста надпочечника. При МРТ у 1 (3,1 %) пациентки образование в области мостомозжечкового угла слева.

Среди причин возникновения ЮМК отдельно выделена отмена гормональных препаратов у 1 (3,1 %) пациентки в возрасте 17 лет.

Вывод

ЮМК проявляется через $2,2 \pm 0,2$ лет от начала менархе. Длительность кровотечения составила $18,7 \pm 1,3$ дней и в 21,9 % случаев приводит к анемизации.

Наиболее часто фоном для развития ЮМК являются: синдром дисфункции вегетативной нервной системы (15 (46,9 %) пациенток), киста яичника (6 (18,8 %) девушек) и гиперплазия щитовидной железы (4 (12,5 %) пациентки).

Девушки, страдающие ЮМК, составляют в зрелом возрасте группу риска как по нарушению репродуктивной функции, так и по патологии эндометрия. Следовательно, данная группа риска подлежит диспансерному наблюдению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, Г. М. Гинекология / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 432 с.

УДК 616.34-022-053.9

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Леончик А. С.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой серьезную медицинскую проблему общемирового значения ввиду их высокой распространенности. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно на планете заболевают более 500 млн человек [2].

В многолетней динамике заболеваемости в Республике Беларусь за 2013–2014 гг. отмечается стабильная тенденция к снижению, ежегодный темп снижения составил — 0,19 %. Показатель заболеваемости по сумме ОКИ составил 125,02 на 100 тыс. населения [1].

С учетом возрастной структуры населения страны значительный интерес представляют особенности клинического течения ОКИ у лиц пожилого (60–75 лет) и старческого (75–90 лет) возраста. Патология в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности, так как «старость — это не столько пережитое, сколькожитое в процессе взаимодействия с внешней средой» [3].

Для лиц пожилого и старческого возраста характерны значительные изменения в желудочно-кишечном тракте, где вследствие атрофических процессов происходят уменьшение активности секреторного аппарата, ослабление моторики различных его отделов. С увеличением возраста становится больше пациентов пожилого и старческого возраста с лейкоцитозом, нормоцитозом, лимфопенией, повышенной СОЭ в периферической крови. У пациентов с кишечными инфекциями продолжительность реконвалесцентного бактериовыделения возрастает по мере увеличения возраста пациентов [3].

Цель

Проанализировать клинико-лабораторную характеристику течения ОКИ у людей пожилого и старческого возраста.