

Наследственный фактор был выявлен в 15 (71,4 %) случаях, а у 6 (28,6 %) детей семейной отягощенности выявлено не было.

Наиболее частыми проявлениями геморрагического синдрома при гемофилии явились: гемартрозы у 11 (52 %) детей; гематомы встречались у 7 (33,3 %) детей; гематурия наблюдалась у 4 (19 %) детей; кровотечения у 2 (9,5 %) детей. В грудном возрасте гемофилия дебютирует редко в связи с тем, что в материнском молоке содержится достаточное количество активного фермента — тромбокиназы, которая способна улучшать формирование сгустка.

Характерным для гемофилии скрининговым тестом является удлинение АЧТВ. В данном исследовании показатель АЧТВ колебался от 36,5 до 80 с.

Уточняющим тестом служило определение факторов свертывания (VII, VIII, IX) в плазме крови. Отмечалось снижение одного из факторов более чем на 50 %, в соответствии с типом гемофилии. Величина данного показателя указывает на степень тяжести течения заболевания. Так, с легким течением заболевания было 5 (23,9 %) детей, чей уровень факторов составил 5–30 %. Со средней степенью тяжести было 4 (19 %) ребенка, при этом фактор свертывания был равен 1–5 %, а при тяжелой степени фактор был менее 1 % в крови, что было выявлено у 12 (57,1 %) детей, чему свидетельствовали кровотечения с самого рождения.

Выводы

По результатам работы было выявлено, что гемофилия А встречается значительно чаще (85,7 %), по сравнению с гемофилией В (14,3 %). Наследственный фактор прослеживался в большинстве случаев диагностированной гемофилии (71,4 %). Средний возраст детей при постановке диагноза составил 1,5 года. Клиническая картина характеризовалась гематомным типом кровоточивости: гемартрозы, сопровождающиеся болевым синдромом, увеличением суставов в объеме, гиперемией и гипертермией кожи над ними; гематомы лица и конечностей; кровотечения различной локализации. При этом, для гемофилии не типичны носовые кровотечения. Выраженность геморрагического синдрома определялась степенью тяжести гемофилии. Ведущим лабораторным признаком явилось удлинение времени свертывания крови в тесте АЧТВ. В уточняющих тестах — снижение соответствующего плазменного фактора (VIII или IX), а в случае болезни Хагемана — уровень фактора VII. Превалировала тяжелая форма гемофилии (57,1 %), требующая профилактической заместительной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы клинической гемостазиологии и гемореологии / И. А. Давыдкина [и др.] ; НИИ России; под общ. ред. И. А. Давыдкина. Самара, 2017. 341 с.
2. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцев, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 207–244.
3. Аспекты клинических исследований препаратов для лечения гемофилии. БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение / под ред. Ж. И. Авдеевой [и др.]. 2020.

УДК 616.71-007.234-06-037-001.5

ОСТЕОПОРОЗ. ФАКТОРЫ РИСКА.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА

Тарасовец А. А.

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

Учреждение образования

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

Введение

Одним из значимых заболеваний опорно-двигательной системы является остеопороз (ОП). ОП («пористая кость») — хроническое системное заболевание скелета, для которого характерно уменьшение общей костной массы тела, что при-

водит к повышенной хрупкости костной ткани, в результате чего происходят переломы костей при незначительной травме (низкоэнергетические переломы). Такие переломы называются переломы-маркеры ОП. Это переломы в проксимальном отделе бедренной кости, дистальном метаэпифизе лучевой кости, проксимальном отделе плечевой кости, перелом тел(а) позвонков. По данным Международного фонда ОП, каждые три секунды в мире происходит один перелом, вызванный ОП. Начиная с возраста 50 лет каждая третья женщина и каждый пятый мужчина в течение оставшейся жизни перенесут хотя бы один перелом на фоне ОП. Около 80 % женщин старше 50 лет и практически все женщины и мужчины старше 75 лет имеют ОП. И это еще одно из оснований для существования выражения «безмолвной эпидемии». По расчетам демографов, если не будут приняты меры профилактики, частота остеопорозных переломов к 2050 г. достигнет эпидемических масштабов [1].

Цель

Проанализировать факторы риска остеопороза, локализацию низкоэнергетических переломов у пациентов с остеопорозом.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 62 пациентов травматологического отделения УЗ «Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи» (26 мужчин и 36 женщин), анализ низкоэнергетических переломов у 265 пациентов травматологического отделения, подтвержденных рентгенологическим обследованием, компьютерной томографией (КТ), магнитно-резонансной томографией (МРТ), а также сцинтиграфией костей.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст респондентов составил 60 (57 ± 6) лет. Факторы риска ОП представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Факторы риска ОП

Факторы риска ОП	Мужчины	Женщины
Возраст старше 50 лет	11 (42,3 %)	21 (58,3 %)
Хронические заболевания:		
а) ревматоидный артрит	—	1 (2,3 %)
б) бронхиальная астма гормонозависимая	—	2 (4,7 %)
в) заболевания желудочно-кишечного тракта (мальабсорбция)	6 (14,2 %)	8 (19 %)
д) эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы)	—	12 (28,5 %)
е) Хронические заболевания печени (желчекаменная болезнь, неалкогольная жировая болезнь печени)	6 (14,2 %)	12 (28,5 %)

Среди факторов риска ОП наиболее распространенными среди мужчин стали возраст старше 50 лет, заболевания желудочно-кишечного тракта (мальабсорбция), хронические заболевания печени (желчекаменная болезнь, неалкогольная жировая болезнь печени). Наиболее часто встречающимися факторами риска ОП среди женщин были возраст старше 50 лет, эндокринные заболевания, хронические заболевания печени (желчекаменная болезнь, неалкогольная жировая болезнь печени).

Два и более фактора риска ОП определены у 30 (48,3 %) пациентов, среди них 8 (30,8 %) мужчин и 22 (73,3 %) женщины.

Анализ низкоэнергетических переломов у пациентов травматологического отделения ГУЗ «ГГКБСМП» представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Анализ низкоэнергетических переломов у пациентов травматологического отделения

Локализация низкоэнергетических переломов	Средний возраст	Мужчины	Женщины
Переломы проксимального отдела бедренной кости	56 ± 6 лет	59 (75,6 %)	88 (47,1 %)
Переломы дистального отдела лучевой кости	54 ± 6 лет	12 (15,4 %)	64 (34,2 %)
Компрессионный перелом тел позвонков	52 ± 6 лет	7 (8,9 %)	35 (18,7 %)

Как у мужчин, так и у женщин наиболее часто наблюдались переломы проксимального отдела бедренной кости, переломы дистального отдела лучевой кости.

Выводы

Факторы риска остеопороза выявлены у 58,3 % женщин и 42,3 % мужчин, при этом 2 и более факторов риска остеопороза наблюдались у 30,8 % мужчин и 73,3 % женщин. Наиболее распространенными факторами риска остеопороза как у мужчин, так и у женщин явились возраст старше 50 лет, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронические заболевания печени.

Как у мужчины, так и у женщины выявлены переломы — маркеры остеопороза (у 75,6 % мужчин и 47,1 % женщин — переломы проксимального отдела бедренной кости, у 15,4 % мужчин и 34,2 % женщин — переломы дистального отдела лучевой кости), которые являются проявлениями тяжелой формы остеопороза.

Для своевременной диагностики остеопороза с целью предотвращения тяжелых осложнений целесообразно проводить пациентам с факторами риска остеопороза оценку риска переломов с использованием инструмента FRAX.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burden of Osteoporosis in the Countries of the Eurasian Region / A. G. Zakroyeva [et al.] // J. of Osteoporosis and Bone Diseases. 2020. Vol. 23, № 4. P. 19–29.
2. Возможности инструмента frax в диагностике остеопороза / Н. К. Заигрова [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова, 2017. Т. 25, Ч. 1. 343 с.

УДК 616.379-008.64:616.61

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Терешко А. Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Василькова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Диабетическая нефропатия (ДН) является специфическим поражением почек с образованием узелкового и диффузного гломерулосклероза, а также играет ведущую роль в развитии терминальной почечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом (СД). ДН осложняет течение у 10–20 % пациентов с СД, преимущественно инсулинозависимого типа (СД I), в то время как ДН инсулинезависимого типа (СД II) заболевания занимает второе место среди причин смерти после сердечно-сосудистых заболеваний. Пик развития данной патологии наблюдается при стаже СД 15–20 лет [1].

Ведущим фактором в прогрессировании ДН является наличие артериальной гипертензии (АГ), которая почти всегда сопутствует развитию ДН у пациентов с СД I, однако для СД II АГ такого прогностического значения не имеет, так как АД является повышенным у 50–60 % пациентов уже в дебюте заболевания [2].

Цель

Оценить влияние длительности СД на развитие ДН, а также влияние метаболических параметров на ее прогрессирование.

Материал и методы исследования

Было исследовано 49 выписных эпикриза пациентов (42 женщины и 7 мужчин) с СД I (17 человек) и II типа (32 человек), в возрасте от 30 до 86 лет, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».