

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Острый период инфаркта миокарда. / И. Е. Ганелина [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – Т. 14, № 5. – С. 757–764.
2. Сыркин, А. Л. Инфаркт миокарда / А. Л. Сыркин // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – № 4(58). – С. 9–15.
3. Аритмии при инфаркте миокарда STEPS 2016 (2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ardashev-arhythmia.ru/wp-content/uploads/2015/08/Glava-17.pdf> – Дата доступа: 29.01.2024.

УДК 616.43:616.71-007.234

Ю. Д. Щербина, И. А. Баранов

Научный руководитель: ассистент кафедры М. А. Дука

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Введение

Остеопороз, как и его предшественник – остеопенический синдром является глобальным вызовом для медицины в 21 веке. Возрастные изменения костной микроархитектоники, снижение минеральной плотности повышают риск переломов у лиц пожилого и старческого возраста.

Специальные исследования по распространенности остеопороза в Республике Беларусь не проводились. По оценочным данным, среди взрослого населения страны остеопороз имеют около 600–700 тыс. человек, еще приблизительно 1–1,2 млн. человек имеют остеопению [1].

Остеопения – термин, употребляемый для обозначения снижения плотности рентгенологической тени (при стандартной рентгенографии костей) или костной массы, определяемой методами количественной костной денситометрии [2].

Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) – количественный параметр, характеризующий механическую прочность кости и определяемую как концентрацию гидроксипатата кальция, основного неорганического вещества кости.

В соответствии с требованиями классификации ВОЗ для оценки значений МПКТ, получаемых при остеоденситометрических исследованиях, для женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет используется T-критерий, представляющий собой стандартное отклонение (SD) выше или ниже среднего показателя от пика костной массы (МПКТ). Согласно T-критерию: нормальные показатели соответствуют значениям МПКТ до -1 SD. Если измеренные значения МПКТ находятся в диапазоне от -1 до -2,5 SD, диагностируется остеопения, если менее -2,5 SD – остеопороз. Z-критерий представляет собой стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя МПКТ у здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста [3].

Хотя остеопороз, по-видимому, принадлежит к спектру заболеваний, обычно рассматриваемых хирургами-ортопедами, на самом деле кости представляют собой зеркало, отражающее множество метаболических и эндокринных процессов. Следовательно, костный метаболизм изменяется не только при первичных состояниях, вызванных старением и/или постменопаузальным состоянием, но также и при вторичных состояниях, включая эндокринные расстройства [4].

Цель

Изучить состояние МПКТ у пациентов с сахарным диабетом (СД) эндокринологического отделения Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека (РНПЦ РМиЭЧ).

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 пациентов с СД эндокринологического отделения РНПЦ РМиЭЧ. Основные показатели: возраст, пол, индекс массы тела, длительность заболевания, результаты денситометрии поясничного отдела позвоночника и шейки бедра, уровень гликемии, результаты лабораторных исследований. Статистическая обработка данных проводилась в программах Microsoft Excel 2016, Statistica 8,0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 40 пациентов 13 (32,5%) – мужчины, 27 (67,5%) – женщины. Средний возраст исследуемых составил $61,5 \pm 8,9$ года. Сахарный диабет I типа имели 7 (17,5%) пациентов, 33 (82,5%) – II типа.

Средние значения минимального и максимального уровня гликемии – $4,0 \pm 1,2$ и $16,4 \pm 5,1$ соответственно. Стаж основного заболевания в среднем составил $14,8 \pm 7,2$ лет. В 87,5% случаев наблюдался повышенный индекс массы тела, средний индекс массы тела – $31,3 \pm 6,4$ кг/м².

У всех исследуемых были выявлены хронические заболевания, не связанные с основным диагнозом. Заболевания сердечно-сосудистой системы наблюдались у 31 (77,5%) пациентов, желудочно-кишечного тракта – у 15 (37,5%), мочевыделительной системы – у 19 (47,5%). Кроме того, 25 (62,5%) пациентов имели в анамнезе дислипидемию и атеросклеротические изменения.

Исследование костной ткани проводилось посредством денситометрии поясничного отдела позвоночника (L1-L4), шейек бедренных костей. По итогу анализа результатов денситометрии остеопенический синдром был выявлен у 100% исследуемых, 77,5% из которых на стадии остеопении, 7,5% – остеопороза, 15% – остеопении в сочетании с остеопорозом.

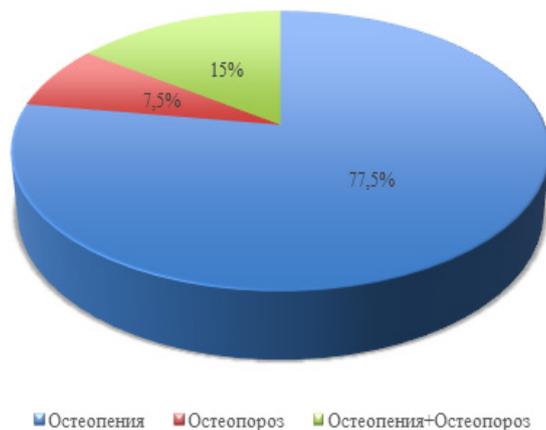


Рисунок 1 – Структура остеопенического синдрома

Основную группу лиц с остеопорозом составляют пациенты старше 50 лет. Возрастные группы лиц с остеопеническим синдромом представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Возрастные группы лиц с остеопеническим синдромом

Возраст	Остеопения	Остеопороз
<50	2 (5%)	–
50–70	21 (52,5%)	9 (22,5%)
70>	8 (17,5%)	–

Остеопенические изменения поясничного отдела позвоночника были выявлены у 16 (40%) пациентов, шейки бедра у 7 (17,5%), обеих исследуемых областей у 17 (42,5%). Средние показатели Т-критерия представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние показатели Т-критерия каждой исследуемой области, SD

Локализация	Т-критерий
L1	-1,1 SD±1,2
L2	-1,0 SD±1,5
L3	-0,4 SD±1,4
L4	-0,6 SD±1,5
ПШБК	-1,0 SD±1,3
ЛШБК	-1,1 SD±1,1

Выводы

1. Остеопенический синдром выявлен у 100% пациентов с СД, из них 77,5% на стадии остеопении, 7,5% – остеопороза, 15% – остеопении в сочетании с остеопорозом.

2. Остеопенические изменения поясничного отдела позвоночника были выявлены у 16 (40%) пациентов, шейки бедра у 7 (17,5%), обеих исследуемых областей у 17 (42,5%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шепелькевич, А. П. Эндокринные заболевания репродуктивной системы: современные методы диагностики и лечения остеопороза: учебно-методическое пособие / А. П. Шепелькевич, Ю. В. Дыдышко, Ю. В. Мохорт. – Минск, БГМУ, 2022. – 44 с.

2. Байко, С. В. Профилактика и лечение остеопороза и остеопении у детей / С. В. Байко, А. В. Сукало // Научно-практический журнал для фармацевтов и врачей «Рецепт»: спецвыпуск. – 2009. – № 1. – С. 11–17.

3. Краткое изложение клинических рекомендаций по диагностике и лечению остеопороза Российской ассоциации эндокринологов / Г. А. Мельниченко [и др.] // Остеопороз и Остеопатии. – 2016. – № 3. – С. 28–36.

4. Understanding and managing secondary osteoporosis / L. Colangelo [et al.] // Expert Rev Endocrinol Metab. – 2019. – № 14. – P. 11–22.

УДК 616.155.194.7-053.2-071/-078

У. Д. Щурова

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Введение

Апластическая анемия (АА) является редким заболеванием крови, которое развивается в результате прекращения пролиферации и гибели стволовых кроветворных клеток. Заболевание характеризуется практически полным прекращением кроветворения и морфологически проявляется замещением красного костного мозга (ККМ) инертной жировой тканью и панцитопенией (уменьшением количества клеток всех ростков кроветворения) периферической крови [1].

Заболеваемость АА составляет от 0,6 до 6,1 случаев на миллион населения. Этот показатель во многом основан на данных ретроспективных обзоров регистров смерти. Соотношение мужского и женского пола ориентировочно 1:1. Заболевание встречается