

ВН находился в фазе ремиссии; во 2-й группе находилось 10 пациентов с обострением волчанки и люпус-нефрита. Возраст пациентов и длительность заболевания в группах достоверно не различались ( $p < 0,40$  и  $p < 0,17$ , соответственно). У всех пациентов с обострением ВН при гистологическом исследовании после проведенной нефробиопсии установлен IV морфологический класс. В группе пациентов с ремиссией ВН у 3 человек выявлен II морфологический класс нефрита, у 6 — III класс и у 11 пациентов — IV морфологический класс ВН. Помимо общеклинических, рутинных лабораторных и иммунологических данных в пробах мочи исследовались показатели цистатина С,  $\beta$ 2-микроглобулина ( $\beta$ 2-МГ), липокиназы-2 (NGAL) и C3 компонента комплемента.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Биомаркеры обострения волчаночного нефрита

Биомаркеры	Фаза обострения	Фаза ремиссии	p
Цистатин С	0,41 (2,23; 1,47)	0,06 (0,04; 0,09)	0,01
$\beta$ 2-МГ	27,05 (4,61; 49,48)	8,94 (4,21; 13,66)	0,04
NGAL	168,00 (39,23; 297,17)	69,92 (15,87; 123,97)	0,10
C3	69,6 (54,6; 84,6)	76,1 (64,6; 87,6)	0,51

В группе с обострением ВН наблюдались достоверно более высокие показатели протеинурии, креатининемии и более низкие значения показателя скорости клубочковой фильтрации ( $p < 0,0001$ ). Различий в мочевых показателях NGAL (168,00 (39,23; 297,17) и 69,92 (15,87; 123,97) нг/л) и C3-комплемента (69,6 (54,6; 84,6) и 76,1 (64,6; 87,6) ЕД/мл) не выявлено ( $p < 0,10$  и  $p < 0,51$ , соответственно). У лиц с обострением ВН отмечены достоверно более высокие показатели в моче цистатина С (0,41 (1,47; 2,23) и 0,06 (0,04; 0,09) мг/л) и  $\beta$ 2-МГ (27,05 (4,61; 49,48) и 8,94 (4,21; 13,66) мг/л) ( $p < 0,01$  и  $p < 0,04$ , соответственно) по сравнению с группой пациентов без обострения ВН.

#### **Выводы**

Определение в моче показателей цистатина С и  $\beta$ 2-МГ может быть полезным в раннем выявлении обострения ВН. Для уточнения их предикторной способности изученных биомаркеров мочи требуются дополнительные исследования на большем количестве пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Нефрология. Ревматология / Н. А. Буна [и др.]; пер. с англ.; под ред. Н. А. Мухина. — М.: Рид Элсивер, 2010. — С. 212–213.
2. Lupus nephritis: a critical review / A. T. Borchers [et al.] // Autoimmun Rev. — 2012. — Vol. 12. — P. 174–194.
3. Experimental models of lupus nephritis / J. P. Grande // Contrib Nephrol. — 2011. — Vol. 169. — P. 183–197.

УДК 617.7-007.21-053.1-036.865-(476.2)

### **АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ С АНОФТАЛЬМОМ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ г. ГОМЕЛЯ**

*Авласенко О. С., Ховрина Ю. А.*

**Научный руководитель: магистр медицинских наук А. Н. Бараш**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Тяжелая офтальмологическая патология нередко приводит к необходимости удаления глазного яблока. Многие исследователи считают, что после ее проведения нарушается комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), нередко приводя к необходимости смены своей профессии и к инвалидизации.

### **Цель**

Оценить количественные и качественные параметры обращения пациентов с анофтальмом, обратившиеся на медико-социальную экспертизу (МРЭК) в г. Гомеле за период с января 2014 по февраль 2016 гг.

### **Материал и методы исследования**

Было проведено ретроспективное исследование карт 46 пациентов, обратившихся на МРЭК г. Гомеля за период с января 2014 по февраль 2016 гг.

Из них количество мужчин составило 69,5 %, женщин — 30,5 %. Средний возраст больных составил 48 лет. Возраст пациентов колебался от 16 до 80 лет.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За анализируемый период выявлены следующие закономерности по поводу обращения пациентов с анофтальмом: 56,5 % пациентов проживает в областных центрах, 43,5 % — в районных центрах; в 69,5 % случаях — мужчины; 64 % пациентов — лица трудоспособного возраста, из них 35 % не трудоустроены и 83 % — пациенты со средним, средним специальным и высшим образованием; 76 % пациентам установлена III группа инвалидности. Причинами приведших к операции по удалению глазного яблока: травматическое повреждение глазного яблока — 41 %, онкологические заболевания — 26 %, другие причины — 7 %, инвалидность вследствие катастрофы на ЧАЭС — 11 %, неуточненные причины — 15 %. По структуре обращаемости, число повторных обращений составило 77 %, целью которых явилось составление индивидуальной программы реабилитации (51 %), оформление трудовых рекомендаций (38 %).

### **Выводы**

За анализируемый период времени в большинстве случаев категорию пациентов с анофтальмом, обратившихся на МРЭК, составили люди трудоспособного возраста (64 %), мужского пола (69,5 %), со средним образованием (81 %), проживающих в областных и районных центрах (56,5 %). Значительный социальный и экономический ущерб, обусловленный обозначенной тяжелой офтальмопатологией, выдвигает проблему совершенствования медицинской помощи данной категории пациентов в число актуальных научно-практических задач здравоохранения. Все это дает основание полагать, что необходимо активно продолжать исследование этой темы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бараш, А. Н. Социальные аспекты медицинской реабилитации пациентов с анофтальмическим синдромом / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский / Инновации в офтальмологии: сб. матер. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием; Минск, 11–12 дек. 2015 г. // Офтальмология Восточная Европа. — С. 23–24.
2. Бараш, А. Н. Медико-социальные проблемы при анофтальмическом синдроме / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 2 (44). — С. 4–7.

**УДК 618.146:616.39-021.3**

## **ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ВОСХОДЯЩЕГО ИНФИЦИРОВАНИЯ**

*Авсянникова К. А., Каплан Ю. Д.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

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

### **Введение**

Шейка матки во время беременности выполняет защитную функцию и является барьером для инфекций, прежде всего за счет формирования слизистой пробки. В слизистой пробке реализуются механизмы защитных реакций цервикального канала. В течении гестации клетками эндоцервикального эпителия продуцируется жидкость, содержащая кон-