

Результаты исследования и их обсуждение

Особенностями терапии заболевания является то, что при традиционном лечении диабетической ПНП болевой синдром иногда с трудом купируется в течение длительного промежутка времени, а двигательные и чувствительные нарушения, вегетативно-сосудистые расстройства восстанавливаются очень медленно, значительное восстановление нарушенных функций происходит в течение многих месяцев или даже на протяжении 1–2 лет.

Критериями компенсации (результатов лечения) были: уменьшение болевого синдрома в течение 6–7 дней, сохранение трудоспособности, восстановление хорошего самочувствия, уровень сахара в крови натощак 5–6 ммоль/л, и в течение дня показатели не превышали 11 ммоль/л (при инсулиннезависимом сахарном диабете), гликемия натощак 6–7 ммоль/л и в течение дня не выше 12 ммоль/л — при инсулинзависимом СД; нормальные показатели обмена липидов, показатели гликозилированного гемоглобина ниже 7% при инсулиннезависимом СД и ниже 9 % — при инсулинзависимом СД.

Анализ результатов после 14–21 дней проведенного курса комплексного лечения: у 21 (75 %) пациента было значительное улучшение показателей, а у 10 (25 %) пациентов было заметное улучшение.

Положительная динамика показателей на фоне ОЗТ связана, по нашему мнению, с улучшением кровообращения на уровне микроциркуляции и трофики тканей, уменьшением гипоксии, а также с их непосредственным активирующим влиянием на исходно-сниженную активность нейронов сегментарного аппарата поясничного отдела позвоночника.

Повторные курсы ОЗТ рекомендовали проводить через 3–6 месяцев.

Выводы

Применение озono-кислородной терапии показало высокую эффективность в комплексном лечении диабетической ПНП, что позволило улучшить клиническую картину заболевания, стимулировать иммунную и антиоксидантную системы организма, уменьшить интенсивность процессов липопероксидации, и потому можно рекомендовать этот метод для практического здравоохранения, особенно в тех случаях, когда другие методы лечения оказались малоэффективными.

УДК 616.36-004.4:616.89-008.441.13-07

СКРИНИНГ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Поддубный А. А.

Научные руководители: д.м.н., доцент В. М. Мицура; д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

История показывает, что употребление алкогольных напитков, полученных путем брожения, и, как следствие, развитие патологии печени существует со времен неолита (около 10 тыс. лет до н.э.) [1]. Алкогольная болезнь печени (АБП) является преобладающей причиной развития цирроза печени (ЦП) в странах Европы и ведущая причина смерти взрослых лиц, имеющих синдромом алкогольной зависимости [2]. Цирроз печени — хроническое диффузное заболевание печени, характеризующееся нарушением ее нормального строения в результате разрушения (некроза) и уменьшения массы функционирующих клеток (гепатоцитов), развития соединительной ткани (фиброза) и узлов регенерации [3].

В настоящее время порядок оказания помощи пациентам с циррозами печени регламентирован Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» от 01.06.2017 г. [4], согласно которому пациентам с заболеваниями печени необходимо проходить тестирование CAGE и AUDIT. Результаты теста CAGE (3 или 4 балла) указывают на высокую вероятность наличия синдрома алкогольной зависимости (АЗ), результаты теста AUDIT (8 баллов или более) указывают на злоупотребление алкоголем [5]. Наиболее характерными показателями наличия АЗ являются повышенный уровень γ -ГТП в 3-4 раза, коэффициент γ -ГТП/АЛТ больше 1, повышенное содержание АСТ, АСТ/АЛТ больше 1. Данная методика предложена в инструкции по применению «Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени» (В.М. Мицура, И.М. Сквиря, 2010). Согласно данной методике, наличие трех и более из представленных выше критериев характерно для АЗ (чувствительность 75 %, специфичность 89 %) [6].

Цель

Оценить распространенность признаков алкогольной зависимости среди пациентов с циррозами печени в инфекционном гепатологическом отделении.

Материал и методы исследования

Выполнен ретроспективный анализ 160 историй болезни пациентов с ЦП в отделении хронических вирусных гепатитов Гомельской областной инфекционной клинической больницы за 2018 г. С целью выявления синдрома АЗ и злоупотребления алкоголем проводился опрос с использованием тестов CAGE и AUDIT, согласно клиническим протоколам и инструкции [4, 5].

Результаты исследования и их обсуждение

Для диагностики поражения печени алкогольной этиологии, согласно инструкции [4], учитывались показатели АЛТ, АСТ, γ -ГТП, соотношение γ -ГТП к АЛТ, соотношение АСТ к АЛТ.

У 77,7 и 91,9 % пациентов были увеличены уровни АЛТ и АСТ соответственно. Значительное увеличение γ -ГТП имелось у 68,8 % пациентов, соотношение γ -ГТП к АЛТ — у 56,7 % пациентов, соотношение АСТ к АЛТ увеличено у 79,4 % пациентов.

Повышенные показатели (3 и более) имели 72,5 % пациентов, что косвенно указывает на наличие поражения печени алкогольной этиологии.

Для определения алкогольной зависимости, использовали тест CAGE, состоящий из 4 вопросов, и тест AUDIT, имеющий 10 вопросов. 21,4 % пациентов имели положительный результат по тесту CAGE (3–4 балла) и 14,3 % пациентов по тесту AUDIT (8 баллов и более).

По двум тестам положительный результат имели 14,3 % пациентов, что указывает на несомненное наличие АЗ и употребление опасных доз алкоголя у таких пациентов. В то же время, среди проанализированных пациентов по данным историй болезни только у 4,4 % выставлен диагноз алкогольного цирроза печени.

Выводы

В клинической практике диагностика алкогольной зависимости и алкогольной этиологии поражений печени нуждается в улучшении. Алкогольный цирроз печени и вирусно-алкогольные поражения диагностируются только у 4,4 % пациентов, что не соответствует данным литературы. Применение опросников CAGE и AUDIT позволяет повысить выявляемость алкогольных поражений печени до 14,3 %. Согласно косвенным лабораторным критериям, можно предполагать поражение печени алкогольной этиологии у 72,5 % пациентов. Для повышения эффективности диагностики АЗ у пациентов с ЦП необходимо в повседневную практику врачей различных специальностей внедрить эффективные алгоритмы, включающие комплексный подход. Для этого нуж-

но провести клинический осмотр и опрос пациента, учесть результаты анкетирования (тесты CAGE и AUDIT), данные лабораторных методов исследования (γ -ГТП, уровни АЛТ и АСТ, соотношение ГТП к АЛТ). Это позволит сформировать у таких пациентов установку на абсолютную трезвость и достижение ремиссии, что поможет замедлить прогрессирования цирроза печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозова, О. А. Сравнительный анализ зарубежных и отечественных подходов к профилактике пьянства и алкоголизма у военнослужащих / О. А. Морозова // Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы: сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. (24–25 ноября 2011 г.). — СПб.: АЙСИНГ, 2011. — С. 35–41.
2. Mathurin, P. Trends in the epidemiology and treatment of alcoholic liver disease / P. Mathurin, R. Bataller // Journal of Hepatology. — 2015. — Vol. 62. — P. 38–46.
3. Петров, В. Н. Цирроз печени / В. Н. Петров, В. А. Лапотников // Российский семейный врач. — 2011. — № 3. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsirroz-pecheni-1>. — Дата обращения: 23.03.2020.
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения». — URL: http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_838640_54gastro.pdf. — Дата обращения: 25.03.2020.
5. Алгоритм клинической диагностики алкогольной болезни печени / Ю. В. Горгун [и др]. — Минск: БелМАПО, 2013. — 12 с.
6. Мицура, В. М. Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени / В. М. Мицура, И. М. Сквиря. — Гомель: ГомГМУ, 2010. — 22 с.

УДК 616.832-004.2

КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОМ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Полуянчик А. А., Гильвина А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Борисов

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Рассеянный склероз (РС) представляет собой наиболее распространенное мультифакториальное хроническое аутоиммунное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое получило широкое распространение среди неврологических заболеваний преимущественно лиц трудоспособного возраста. Несмотря на появление в последние годы новых данных о патогенезе и лечении заболевания, вопрос о предотвращении инвалидизации данной категории пациентов остаётся открытым. Применение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, позволило добиться значимых результатов в лечении заболевания, но достичь стойкой ремиссии у подавляющего большинства пациентов все еще не удается. В развитии заболевания играют роль как генетические, так и факторы внешней среды, которые включают в себя микробиом кишечника. Его состав непосредственно влияет на развитие и течение заболевания, что в перспективе может быть использовано в терапии РС.

Цель

1. Оценить состав кишечного микробиома до и после аутологичной трансплантации мезенхимальных стволовых клеток у пациентов с рассеянным склерозом.
2. Разработать и внедрить метод профилактики инфекционных осложнений у пациентов после пересадки стволовых клеток и трансплантации солидных органов на основе оценки состава кишечного микробиома.

Материал и методы исследования

В 2019 г. на базе ГУ «МНПЦ Хирургии, трансплантологии и гематологии» было начато открытое когортное проспективное лонгитюдное исследование по оценке состава кишечного микробиома у пациентов с рассеянным склерозом после аутотрансплан-