

Бэр, т.е. при проведении исследования человек получает меньшую лучевую нагрузку, чем при обзорной рентгенографии органов грудной клетки (около 6 Бэр)

В качестве количественного показателя оценивались следующие показатели: градиент относительного дифференциального накопления препарата между очагом и симметричной неизменной зоной (при одностороннем поражении), а также сцинтиграфический показатель, отражающий различие в степени накопления изотопа над суставом и прилежащей к нему костной тканью (при двустороннем процессе).

Результаты:

1. Выяснено, что сцинтиграфические данные опережают клинику ревматоидного артрита в среднем на 2 года

2. Доказано, что сцинтиграфия – наиболее точный метод, позволяющий количественно определить степень воспаления в суставе в виде вышеупомянутых показателей

3. Описана сцинтиграфическая картина при основных ревматологических заболеваниях:

– ревматоидный артрит: наиболее часто (в 100%) поражались мелкие суставы кисти с формированием "ревматоидной кисти", коленные (95,45%), голеностопные (95,0%) лучезапястные (89,39%) суставы. Характерно симметричное поражение суставов, высокая интенсивность накопления изотопа над поражёнными сочленениями

– хламидийный артрит: ассиметричное интенсивное накопление изотопа с преимущественным накоплением в области одного сустава

– остеоартроз и системная склеродермия: симметрично низкое накопление, но при развитии реактивного артрита сцинтиграфическая картина аналогична таковой при ревматоидном артрите

4. Доказана возможность использования сцинтиграфии, как одного из диагностических критериев ревматоидного и хламидийного артритов, а так же для дифференциальной диагностики РА, ХА, ОА и СС.

5. Статистически оценены полученные показатели.

6. По данным сцинтиграфии определены показания для локальной терапии глюкокортикоидными: высокие значения градиента накопления при одностороннем процессе (при хламидийном артрите), а так же сцинтиграфического показателя при симметричном (для ревматоидного артрита).

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шакья Шанта

Научный руководитель – д.м.н. профессор *А.В. Катько*
Белорусский государственный медицинский университет

Внедрение отдела кишки в просвет ниже или выше расположенного участка носит название инвагинации кишечника. Эта патология составляет от 50% до 90% всех случаев кишечной непроходимости у детей младшего возраста.

Дискуссионным остается вопрос о выборе метода диагностики и лечения, ведется поиск альтернативы рентгенологическому методу контроля за дезинвагинацией вследствие его вредности для ребенка и медицинского персонала.

Изучению подвергнуты истории болезней детей с инвагинацией кишечника, лечившихся в детском хирургическом центре г. Минска, с 1987 по 2002 г. За указанный период находилось на лечении 611 больных. Летальность за период 1987-1994 г в среднем составляла 2,0%. С 1995 года ее не было. В 80% случаев дезинвагинация достигнута гидростатической ирригоскопией раствором бария и в 20% случаев применено оперативное лечение по расправлению инвагината.

Установлено, что облучение новорожденных порядка 1 мЗв приводит к появлению дополнительных лейкозов у них. Согласно записей рентгенологов, наблюдаемые больные получали лучевую нагрузку от 1 до 10 мЗв и в среднем 2,7 мЗв.

С 2002 года в клинике применен новый метод консервативного лечения инвагинации без использования бария и рентгенологического контроля.

Нами сконструирован аппарат дезинвагинатор позволяющий создавать контролируемое

давление жидкости в толстой кишке для расправления инвагината кишечника и удалять используемую для расправления физиологического раствора из толстой кишки под контролем сонографии.

За период с 2002 года по настоящее время в клинику поступило 76 детей с инвагинацией кишечника. Нашим методом успешно расправлен инвагинации у 93% детей и у 7% больных - на операции.

Время расправления - от 2 до 20 минут, внутрикишечное давление - 40-80 мм. рт.ст.

Таким образом, дезинвагинация под управляемым давлением с помощью аппарата дезинвагинатора является безопасным и безвредным методом лечения инвагинации кишечника у детей.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СД 2 ТИПА

Е.И. Шишко

Научный руководитель – к.м.н., доцент *Т.В. Мохорт*
Белорусский государственный медицинский университет

Лептин – гормон, продуцируемый клетками белой жировой ткани, являющийся важным регулятором энергетического обмена. Известно, что у лиц с ожирением чаще наблюдают повышенный уровень лептина в сыворотке крови, что подтверждает его связь с инсулинорезистентностью. Снижение массы тела, следовательно, и снижение инсулинорезистентности, может привести к изменению уровня лептина в крови.

Цель данной работы – определение изменения уровня лептина в сыворотке крови у лиц с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ), при проведении первичной профилактики сахарного диабета (СД) 2 типа, основанной на рациональном питании и адекватной физической нагрузке.

Материалы и методы: Нами обследовано 62 пациента (42 женщины, 20 мужчин) с НТГ, средний возраст которых составлял $47,2 \pm 14,8$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) $29,10 \pm 5,2$ кг/м², средний индекс талия/бедро (ОТ/ОБ) $0,85 \pm 0,07$. 1 группу (исследуемую) составили пациенты выполняющие рекомендации по рациональному питанию и адекватной физической нагрузке, 2-ю группу (контрольную) - пациенты, которые вели обычный образ жизни. Обследуемым лицам проводили определение уровня глюкозы в крови натощак и через 2 часа после еды глюкозооксидантным методом. Общий холестерин, триглицериды и В-липопротеиды определяли общеизвестным методом. Уровень лептина в сыворотке крови определяли с помощью иммуноферментного анализа (DSL 10-23100).

Результаты: Через 6 месяцев наблюдения первую группу составили 42 пациента, вторую - 20. У пациентов 1 группы вес в среднем снизился на $3,4 \pm 2,1$ кг ($p < 0,01$); ИМТ и индекс ОТ/ОБ изменились от $28,7 \pm 5,7$ кг/м² и $0,86 \pm 0,08$ до $27,4 \pm 4,4$ кг/м² и $0,85 \pm 0,08$ соответственно ($p < 0,05$), в то время как во второй группе вышеперечисленные параметры достоверно увеличились ($p < 0,01$). Пациенты первой группы также имели положительную динамику относительно уровня глюкозы натощак (от $6,2 \pm 1,3$ до $5,1 \pm 1,1$ ммоль/л) и через 2 часа после еды (от $8,2 \pm 1,9$ до $6,6 \pm 1,8$ ммоль/л) ($p < 0,05$). У пациентов второй группы также наблюдалось снижение уровня глюкозы в крови, но оно не достоверно ($p > 0,05$). Как в первой, так и во второй группах отмечалось достоверное снижение триглицеридов в крови ($p < 0,05$), причем в первой группе уровень нормотриглицеридемии составил 42%, а во второй – 21% (через 6 месяцев наблюдения). Уровень сывороточного лептина в первой группе снизился от $28,4 \pm 18,4$ до $16,5 \pm 12,9$ нг/мл ($p < 0,001$), в то время как во второй группе он увеличился от $31,6 \pm 21,4$ до $49,7 \pm 35,5$ нг/мл ($p < 0,01$). Наиболее важным результатом явилось отсутствие развития сахарного диабета 2 типа у лиц первой группы, в то время как во второй - сахарный диабет 2 типа развился у 3 пациентов.

Заключение. Данные исследования подтверждают, что снижение веса у лиц с НТГ, выполняющих рекомендации по рациональному питанию и адекватным физическим нагрузкам, сопровождается снижением уровня гликемии и сывороточного лептина.