

Выводы.

Высокая актуальность проблемы дисгормональных заболеваний МЖ подтверждены активным обращением граждан за консультативной помощью с патологией МЖ (с октября по декабрь 2013 г. обратилось 892 пациентки, из которых 398 был выставлен диагноз «мастопатия»).

Разработанная онлайн-анкета позволила выявить высокий процент эффективности лечения диффузной мастопатии при приеме фитогомеопатических и антиоксидантных препаратов (62,8%).

Установлено, что фитогомеопатические и антиоксидантные препараты эффективны при лечении диффузных форм мастопатий, причем продолжительность приема препаратов должна составлять 3 и более месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган, И.Ю. Мастопатия – фиброзно-кистозная болезнь: диагностика и лечение / И.Ю. Коган, М.А. Тарасова, М.О. Мясникова // Учебно-методическое пособие. Ст-Петербург: Изд. Н-Л. – 2005. – 42 с.
2. Путырский, Л.А. Диагностика и лечение дисгормональных гиперплазий и доброкачественных заболеваний молочной железы / Л.А. Путырский, Л.А. Семичковский // Минск. – 1999. – 20 с.

ДИАГНОСТИКА ПРИЗНАКОВ ОСТЕОПЕНИИ У ДЕТЕЙ СО СКОЛИЗОМ

Хотим О.А., Аносов В.С., Сычевский Л.З.

Гродненский государственный медицинский университет

Остеопения — это собирательный термин, который используется для обозначения низкой массы костной ткани без учета ее причин и характера структурных изменений. Так же можно определить остеопению как снижение костной массы, предшествующее по степени своей выраженности стадии остеопороза, без микроархитектурных повреждений кости, состояние «предболезни», которое, являясь патологическим по сути, требует активного выявления и коррекции с целью недопущения трансформации его в остеопороз.

Некоторые исследователи отметили достоверно чаще встречающуюся выраженную остеопению у подростков со сколиозом (11,9 % по сравнению с 8,3 % в здоровой популяции), а также зависимость степени сколиоза от наличия остеопении.

Нами было обследовано 14 пациентов, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» со сколиозом, из них 1 (7%) пациент мужского и 13 (93%) – женского пола. Средний возраст составил 14,5 года (12-17 лет). Локализация деформации грудной отдел – 15%, грудно – поясничный – 85%. Дуга искривления: влево – 43%, вправо – 28,5%, S – образная деформация – 28,5%. Степень деформации: 1 степень –

7%, 2 – 50%, 3 – 36%, 4 – 7%. Степень компенсации: относительно компенсированный – 36%, субкомпенсированный – 64%.

При осмотре у детей и подростков с остеопенией/остеопорозом как правило обнаруживаются сглаженность поясничного лордоза, сутулость, плоскостопие, нарушение осанки, кифоз и другие проявления патологии опорно-двигательного аппарата.

У наших пациентов были выявлены следующие изменения со стороны опорно – двигательной системы: плоско – вальгусная деформация стоп – 20%, патологическая торсия нижних конечностей, болезнь Шеерманна – Мау, компрессионный перелом тел позвонков – по 7%.

Для оценки минеральной плотности костной ткани в настоящее время применяется несколько методов: рентгенография костей скелета, денситометрия, ультразвуковое исследование, а также компьютерная томография. Учитывая, что в Гродно нет возможности проведения остеоденситометрии, ультразвуковое исследование и компьютерная томография являются основными методами определения минеральной плотности костной ткани, которые, в свою очередь, не уступают по результативности.

При проведении КТ – денситометрии у 36% были выявлены изменения со стороны плотности костной ткани.

Для уточнения причины и направленности процессов ремоделирования кости при остеопорозе используются дополнительные методы диагностики: определение уровней кальция и фосфора крови, их экскреция с мочой. Выделяют две группы биохимических маркеров: маркеры костеобразования (активность изофермента костной щелочной фосфатазы крови) и маркеры резорбции.

Патологии не было выявлено в общем анализе крови у 100%, в общем анализе мочи – 93%, у 1 (7%) пациента было выявлено увеличение экскреции фосфатов (+++). Экскреция кальция с мочой была повышена у 64% пациентов. В биохимическом анализе крови у 36% отмечено повышение активности щелочной фосфатазы.

Для определения минеральной костной массы и минеральной плотности костной ткани в отдельных участках скелета и во всем скелете широко используют неинвазивные методы исследования. Знание этих показателей имеет большое практическое значение в комплексном лечении такой широко распространенной патологии среди детского населения, как сколиоз.

Литература

1. Коровина, Н.А. Профилактика остеопении у детей и подростков с риском развития остеопороза / Н.А. Коровина, Т.Н. Творогова // РМАПО, Москва.
2. Почкайло, А.С. Проблема остеопении и остеопороза у детей / А.С. Почкайло, Е.В. Руденко, В.Ф. Жерносек, Э.В. Руденко// «МЕДИЦИНА». – 2007. – № 4, С. 41–45.
3. Тыртова, Д.А. Остеопороз в детском и подростковом возрасте: состояние проблемы / Д.А. Тыртова, М.В. Эрман, Л.В. Тыртова, Т.М. Ивашикина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11.2009. Вып.2

4. Щеплягина, Л.А. Пособие "Остеопения у детей (диагностика, профилактика и коррекция)" / Л.А. Щеплягина, Т.Ю. Моисеева, М.В. Коваленко, И.В. Круглова, Е.Н. Арсеньева, М.И. Баканов, И.К. Волков // Пособие для врачей, Москва 2005.

5. Johnell O, Hertzman P (2006). Какие фактические данные существуют в отношении профилактики остеопороза и скрининга с целью выявления этого заболевания? Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/e88668R.pdf>, по состоянию на [01.05.2015].

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Хотим О.А., Аносов В.С., Сычевский Л.З.

Гродненский государственный медицинский университет

Остеопороз - это болезнь, которая характеризуется низкой массой костей и структурным ухудшением костной ткани, которая ведет к переломам. До недавнего времени остеопороз рассматривали как болезнь пожилых людей, хотя уже 25 лет назад С. Е. Dent отметил, что старческий остеопороз представляет собой «педиатрическое» заболевание. Ведь именно в детском и подростковом возрасте накапливается около 90 % генетически детерминированной костной массы, обеспечивающей прочность и устойчивость скелета.

Остеопения – это собирательный термин, который используется для обозначения низкой массы костной ткани без учета ее причин и характера структурных изменений. Так же можно определить остеопению как снижение костной массы, предшествующее по степени своей выраженности стадии остеопороза, без микроархитектурных повреждений кости, состояние «предболезни», которое, являясь патологическим по сути, требует активного выявления и коррекции с целью недопущения трансформации его в остеопороз.

По данным московских исследователей частота остеопении у детей и подростков с переломами трубчатых костей составляет 45 % у девочек и 41 % у мальчиков, а частота остеопороза – 6 и 7 % соответственно. Что касается переломов позвоночника, то только треть их проявляется клинически, поэтому не диагностированные переломы позвоночника остаются общемировой проблемой. Их доля составляет 46 % в Латинской Америке, 45 % в Северной Америке и 29 % в Европе, Южной Африке и Австралии. Некоторые исследователи отметили достоверно чаще встречающуюся выраженную остеопению у подростков со сколиозом (11,9 % по сравнению с 8,3 % в здоровой популяции), а также зависимость степени сколиоза от наличия остеопении.

Ранние клинические симптомы остеопении/остеопороза неспецифичны: боль в спине и/или конечностях, усиливающаяся при физической нагрузке. Первым поводом для обращения к врачу в большинстве случаев становятся переломы, возникающие при незначительной травме, а в 20 % — просто при резком движении. При