

ASSESSMENT OF THE COURSE OF HIV INFECTION IN PATIENTS WITH CO-INFECTION OF HIV AND HEPATITIS C AFTER DIRECT ANTI-VIRAL THERAPY OF HEPATITIS C

¹*Khombak V., ¹Matsiyenskaya N., ²Pisar S.*

¹*Grodno State Medical University, Grodno*

²*Grodno Regional Clinical Hospital of Infectious Diseases, Grodno
Olya1989ty@gmail.com*

A comparative analysis of clinical and laboratory data in 2 groups of patients was carried out: group 1 - 63 patients with HIV and HCV co-infection who received DAA therapy in 2018-2020 and group 2 - 61 patients with HIV / HCV co-infection who did not receive HCV antiviral therapy. The clinical data of patients, the results of the immunogram, the HIV VL values taken twice were evaluated: in the 1st observation group, the first study of the immunogram and the determination of the HIV VL level was performed before the start of the DAA therapy course, the second study was performed after the completion of DAA therapy, the Me of the time interval was 6 months. In the second group of patients, the indices of the immunogram and VL of HIV were assessed for the same period of time, Me was 6 months.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОСТНЫМИ КИСТАМИ

Хотим О. А., Аносов В. С.

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь
olgasergey89@gmail.com*

Введение. Костная киста занимает 3 место среди всех первичных костных образований. Любая кость может быть вовлечена в патологический процесс, но наиболее часто кисты возникают в плечевой и бедренной кости.

Костные кисты наиболее активны в период роста скелета, часто протекают бессимптомно и могут быть выявлены как находка при выполнении рентгенограмм. Клинические проявления костной кисты зависят от локализации, стадии патологического процесса, величины кисты, степени разрушения кости. Резорбтивный процесс, происходящий внутри кисты, приводит к уменьшению массы костной ткани, уменьшению механической прочности кости и возникновению патологического перелома.

На сегодняшний день основной метод диагностики костных кист – рентгенологический метод. На рентгенограммах костная киста представляет собой центрально расположенное литическое образование с четкой границей. Киста может расширяться от центра к периферии, но никогда не пенетрирует кортикальный слой. Выступающие внутрь костные септы могут придавать ей вид

многокамерной. Периостальной реакции не наблюдается. Компьютерная томография позволяет четко локализовать границы костной кисты, определить количество микрополостей, провести дифференциальную диагностику.

Показаниями для хирургического лечения костных кист служит размер кисты более 2/3 поперечника кости, локализация в нагружаемой области, высокий риск патологического перелома, выраженный продолжающийся болевой синдром. Известен радикальный метод хирургического лечения костных кист у детей, заключающийся в проведении кюретажа патологического участка с костной пластикой. Весомый недостаток метода – травматичность, высокая вероятность повреждения сосудисто-нервных образований, а перестройка больших по размеру трансплантатов – процесс длительный. В основе наиболее популярного минимально инвазивного пункционного метода лечения костных кист с использованием стероидов лежит простангландиновый эффект и снижение давления в кисте. Как правило, количество инъекций с введением препарата находится в диапазоне от 2 до 5. Минимальным числом для закрытия костной кисты считается 3 инъекции. Если после трех инъекций не наступает выздоровление, необходимо выполнять кюретаж и костную пластику. Однако положительный эффект от пункционного метода с использованием стероидов варьирует от 40 до 80%. К недостаткам данного метода относят многократность инъекций, высокий процент рецидивов, побочное действие на организм ребенка со стороны стероидов, системный ответ на стероиды (синдром Кушинга) [1].

Таким образом, у каждого существующего метода лечения костных кист у детей имеется ряд недостатков и осложнений.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов оперативного лечения пациентов с костными кистами.

Материалы и методы. Изучены данные историй болезни 34 пациентов с диагнозом «костная киста», прооперированных на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2015 по 2020 гг. Были оценены отдаленные результаты оперативного лечения у 23 из 34 пациентов, которые явились на осмотр.

Результаты исследований. Средний возраст пациентов составил 11 лет (от 1 года до 17 лет). Из 34 детей 13 были женского пола (38%) и 21 – мужского (62%). Диагноз костная киста был верифицирован при помощи рентген-компьютерного исследования и по данным, полученным после выполнения цитологического исследования пунктата содержимого костной кисты. У 13 пациентов костная киста была аневризмальной (38%), у 21 пациента – солитарной (62%). Локализовалась костная киста в области плечевой кости у 13 чел. (38%), в области пятки – у 6 (17,5%), в области большеберцовой кости – у 5 (15%), в области малоберцовой кости – у 5 (15%), в области бедренной кости – у 3 (9%), в области лучевой кости – у 1 (2,75%), в надколеннике – у 1 пациента (2,75%). При

поступлении жалобы на болевой синдром предъявляли 18 детей (53%). При сборе анамнеза патологический перелом встречался у 15 чел. (44%), у 10 детей (29%) костная киста была выявлена ввиду наличия длительного болевого синдрома в области образования от нескольких месяцев до года и у 9 пациентов (27%) костная киста стала рентгенологической находкой. Во время осмотра отек в области образования, увеличение в объеме сегмента с костной кистой выявлены у 2 пациентов (5,5%), боль в области образования при пальпации и при активных и пассивных движениях – у 15 (44%), ограничение движения в конечности либо в прилегающем к образованию суставе – у 4 детей (11%). Всем пациентам выполнялся ряд стандартных лабораторных исследований с целью предоперационной подготовки. Результаты данных исследований у всех детей были в пределах возрастной нормы. Всем пациентам выполнялись также рентгенограммы пораженного сегмента в 2 проекциях. Первично большинство пациентов были прооперированы с использованием минимально инвазивных методов: остеоперфорация стенки костной кисты и промывание полости аминокaproновой кислотой – 12 чел. (35,25%), остеоперфорация и введение глюкокортикостероида – 2 (5,5%), вапоризация высокоинтенсивным лазерным излучением – 11 (32%), комбинированная пластика – 6 (16,5%), резекция патологического участка с костной аллопластикой – 2 (5,5%), резекция патологического участка – 1 (2,75%) пациент.

В период с сентября по ноябрь 2020 г. на осмотр из 34 пациентов прибыли 23 человека. Данные пациенты были осмотрены, опрошены, им выполнены контрольные рентгенограммы с целью оценки ранних и поздних послеоперационных результатов. Результаты оперативного лечения распределились следующим образом. После выполнения резекции у 2 пациентов отрицательный результат (50%); у 2 пациентов положительный результат (50%), но имеется грубый послеоперационный рубец длиной более 10 см. После выполнения остеоперфорации у 4 пациентов отрицательный результат (57%), у 2 – положительный после 3 и 5 вмешательств, у 1 – после однократного вмешательства (43%). После вапоризации положительный результат у 1 пациента (14%), у 6 – отрицательный (86%). После выполнения комбинированной пластики костной кисты с применением высокоинтенсивного лазерного излучения (метод разработан на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» совместно с кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ УО «Гродненский государственный медицинский университет») положительный результат у 8 пациентов из 9 (89%). Указанные оперативные вмешательства как первичные, так и повторные.

Выводы. Комбинированная пластика с применением высокоинтенсивного лазерного излучения – наиболее эффективный метод лечения костных кист у детей, так как положительный результат данного оперативного лечения составляет 89% по сравнению с другими используемыми методами для лечения данной патологии.

Литература:

1. Хотим, О. А. / Костные кисты у детей / О. А. Хотим, В. С. Аносов, Л. З. Сычевский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Том 16, № 5. – С. 625-630.

RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT CHILDREN WITH BONE CYSTS

Hotim O. A., Anosov V. S.

*Grodno State Medical University, Grodno
olgasergey89@gmail.com*

Bone cyst is a lesion which is appeared in childhood. Today there are a lot of methods of operative treatment this pathology in children (minimally invasive and resection of pathology lesion), but all of they have many disadvantages. We made comparative analysis of postoperative results of treatment bone cysts in children. Combined plastic with using high intensive laser irradiation is the most effective method of treatment bone cysts.

**НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА СЛАБОСТИ
РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ХИМИЗМА АНОМАЛИЙ
СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ**

Чебак Ю. А., Сидоренко В. Н.

*УЗ «5-я городская клиническая больница» г. Минск
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Juliach.406mail.ru*

Введение. Среди всех аномалий родовой деятельности одно из первых мест занимает первичная слабость родовой деятельности, которая в 70-80% случаев развивается у молодых первородящих соматически здоровых женщин. Известные классификации не представляют возможности создания абсолютного статистического вектора данной патологии своевременных родов. При своевременных родах, осложненных первичной слабостью родовой деятельности, остается высокой материнская и перинатальная заболеваемость, смерть плодов и новорожденных, рост оперативных абдоминальных и влагалищных родов, материнского и неонатального травматизма.

Цель исследования – рассмотреть особенности определения, классификации, клинических критериев, перинатальных аспектов при своевременных родах, осложненных слабостью родовой деятельности в динамическом историческом аспекте.

Результаты работы. Представлены и проанализированы динамические исторические представления о классификации и клинических параметрах