

ДЕФИЦИТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Гвозделюк О. В., Шулика В.Р.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Витамин D – жирорастворимый витамин, играющий важную роль в гомеостазе кальция, поддержании здоровья костной ткани и снижении риска переломов. Распространенность дефицита витамина D высока у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и может встречаться у 80% среди данных пациентов [1]. Рекомендации Европейского клинического общества по СПИДу (EACS) советуют проверять уровень витамина D у ЛЖВ с анамнезом низкой МПК и/или переломов, высоким риском переломов или с другими факторами, связанными с низким уровнем витамина D. Выраженное снижение уровня витамина D повышает относительный риск переломов бедра в 2,1 раза [2]. В литературе отмечается, что повышение уровня витамина D до оптимальных значений на фоне коррекции препаратами витамина D, независимо от схемы антиретровирусной терапии (АРТ) у ЛЖВ, ассоциируется со снижением маркеров воспаления, маркеров обновления костной ткани и вторичного гиперпаратиреоза. Для нормального всасывания кальция в кишечнике уровень витамина D в крови считается достаточным 30 нг/мл, снижение менее 20 нг/мл считается дефицитом.

Цель. Представить лабораторный анализ данных витамина D у пациентов с ВИЧ–инфекцией.

Методы исследования. Выполнено ИФА крови ЛЖВ для определения уровня витамина D и статистический анализ этих данных в программе Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. В исследовании участвовали 64 пробы крови ЛЖВ. Пациенты были разделены на группы: 1 группа – 26 пациентов с нарушением МПК (мужчины – 9, женщины – 17, средний возраст – 49,38 года); 2 группа – 38 пациентов без нарушения МПК (мужчины – 24, женщины – 14, средний возраст 40,57 года).

В 1–ой группе из 26 пациентов у 24 (92%) отмечался уровень витамина D ниже 20 нг/мл. У 9 мужчин средний уровень витамина D (Me 5,4 (min 0,31; max 20,77)) был $5,74 \pm 2,701$ нг/мл, у 17 женщин – $8,63 \pm 3,403$ нг/мл. (Me 6,23 (min 0,42; max 61,33))

Во 2–й группе из 38 пациентов у 37 (97%) отмечался уровень витамина D ниже 20 нг/мл. У 24 мужчин средний уровень витамина соответствовал 6,57 нг/мл (Me 4,92 (min 0,4; max 26,01)), у 14 женщин – 5,19 нг/мл (Me 5,18 (min 0,33; max 11,56)).

Выводы. В группе ЛЖВ с наличием нарушений МПК установлен дефицит витамина D в 92% случаев, без нарушений МПК – в 97%, что говорит о выраженном снижении уровня витамина D в популяции ЛЖВ в целом. Данное состояние требует постоянного лабораторного контроля уровня витамина D и коррекции его препаратами, что поможет избежать преждевременного разрушения структуры костной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vitamin D deficiency in HIV infection: not only a bone disorder / P. Mansueto, A. Seidita G. Vitale [et al.] // Biomed Res Int. – 2015. – P. 735615.
2. Alvarez, N. The potential protective role of Vitamin D supplementation on HIV-1 infection / N. Alvarez, W. Aguilar-Jimenez, M. T. Rugeles // Front Immunol. – 2019. – Vol. 10. – P. 2291.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОРБЦИОННОЙ АТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПОВЯЗКИ С СЕРЕБРОМ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА И РАННЕГО ДЕТСТВА

Глуткин А.В., Афанасенка Е.В., Василевская М.Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Основным методом лечения детей с ожоговыми ранами является закрытый способ их ведения, а преимущества его заключаются в следующем: повязка защищает раневую поверхность от загрязнения и внешних воздействий, таких как механическая травма или охлаждение, хорошо впитывает раневое отделяемое, препятствует испарению воды с зоны повреждения [1].

Цель. Оценить эффективность и безопасность использования сорбционной атравматической повязки при местном лечении ожоговых ран у детей грудного возраста и раннего детства.

Методы исследования. Проведено лечение 10 детей в УЗ «ГОДКБ» с использованием сорбционной атравматической повязки с серебром (зарегистрировано медицинское изделие в Республике Беларусь) при местном лечении ожоговых ран у детей грудного возраста и раннего детства. Гендерная характеристика пациентов: 3 девочки, 7 мальчиков. В группу исследования вошли дети в возрасте от 10 месяцев до 2,5 лет. Термический агентом в 100% случаев являлось горячая жидкость. Все дети доставлены по экстренным показаниям. При осмотре в приемном покое оценивалась площадь и глубина ожоговых ран. Площадь ожоговых ран определялась с помощью скицы, а глубина поражения – визуальный осмотр зоны повреждения и капиллярную пробу (определения сосудистой реакции). Основным критерий включения являлся экссудирующая ожоговая рана 2 степени согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра.