

Таблица 1 – Показатели функционального состояния почек у коморбидных пациентов ($M \pm m$)

Показатели	Значения основной группы	Значения контрольной группы
Креатини крови, мкмоль/л	89,88 ± 22,91	65 ± 20,2
СКФ по формуле СКД-ЕРІ, мл/мин/1,73м ²	71,45 ± 22,13	90,2 ± 13,2
Цистатин С, мг/л	1,16 ± 0,21*	0,61 ± 0,2
СКФ по формуле Ноек по уровню цистатина С, мл/мин/1,73м ²	65,58 ± 13,64**	112,0 ± 10,1

Примечание: * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$ – достоверность различия показателей в основной и контрольной группах.

Выводы

У коморбидных пациентов цистатин С в целом по группе был достоверно выше в сравнении со здоровыми. При этом СКФ, рассчитанная с помощью цистатина С выявляла более раннее ее снижение в сравнении с формулой СКД-ЕРІ. Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормальных значений и составили соответственно $71,45 \pm 22,13$ и $65,58 \pm 13,64$ мл/мин/1,73 м², что свидетельствует о наличии у пациентов нарушений клубочковой фильтрации почек. Умеренное снижение СКФ (по уровню цистатина С) имели 15,9 % пациентов – эти пациенты имеют поражения органов-мишеней при отсутствии клинических проявлений.

Таким образом, показатель цистатина С может рассматриваться как более чувствительный маркер для диагностики ранних стадий ХБП у коморбидных пациентов в реальной клинической практике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification // Am J Kidney Dis. – 2002. – № 39(2 Suppl 1). – S1-266.
2. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. National kidney foundation // Am. J. Kidney Dis. – 2007. – Vol. 49, № 2. – P. 180.
3. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease // Kidney Int. (Suppl.) – 2013. – Vol. 3. – P. 1–150.
4. A cystatin C-based formula without anthropometric variables estimates glomerular filtration rate better than creatinine clearance using the Cockcroft-Gault formula / A. Grubb [et al.] // Scand. J. Clin. Lab. Invest. – 2005. – Vol. 65, № 2. – P. 153–162.
5. Tonelle C.A, Edwards R.G., Stowe H.J., et al. Partial amino acid sequence of two forms of human post-gamma globulin // Biochemical Biophysical Research Communications – 1979. – № 86(3). – P. 613–619.
6. Комарова О.В., Цыгин А.Н., Кучеренко А.Г., Смирнов И.Е. Цистатин С как маркер почечных функций у детей с ХБП // Нефрология и диализ. – 2010. – № 12 (4). – С. 271–274.
7. Мухин, Н. А. Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза / Н. А. Мухин // Терапевтический архив. – 2007. – № 6. – С. 5–10.

УДК 616.211-002.193:378.6-057.875(476.2)

Д. Д. Кухленкова, А. В. Софиенко

Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Укла

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛЛИНОЗА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Поллиноз – сезонное аллергическое воспалительное заболевание, которое проявляется в виде реакции на пыльцу со стороны слизистых оболочек глаз и дыхательных путей.

Поллиноз может развиваться в любом возрасте, но, как правило, возникает у молодых людей. Начало заболевания поллинозом обычно совпадает с цветением растений, пыльца которых является значимым аллергеном для человека, и симптомы его повторяются ежегодно в одно и то же время года. Тяжесть сезонного обострения зависит от концентрации пыльцы в воздухе, длительности пыления, степени индивидуальной чувствительности [1].

К клиническим проявлениям поллиноза относятся сезонный аллергический ринит, сезонный аллергический конъюнктивит и сезонная бронхиальная астма. Чаще всего у больного поллинозом наблюдается сочетание сезонного аллергического ринита и конъюнктивита [2].

Важными факторами в развитии поллиноза являются наследственная предрасположенность к атопическим заболеваниям, высокий уровень сывороточного IgE, место рождения (зона высокой концентрации пыльцы растений), месяц рождения (дети, родившиеся непосредственно перед или в сезон полликации имеют большую вероятность заболеть), искусственное вскармливание, частые респираторные инфекции, курение, нерациональное питание, загрязнение атмосферного воздуха [3]. Выделяют три основных периода полликации растений, ответственных за развитие аллергических реакций: весенний период, ранний летний период и поздний летний период [4].

Лечение при поллинозах включает элиминацию аллергена, проведение аллерген-специфической иммунотерапии и фармакотерапию, в которой главные роли играют антигистаминные препараты и топические глюкокортикостероиды [5]. Осуществление мероприятий по уменьшению контакта со значимыми пыльцевыми аллергенами может способствовать снижению выраженности аллергического процесса. В лечении поллинозов наиболее часто используются антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды, деконгестанты, антилейкотриеновые и антихолинергические препараты [6].

Цель

Выявить распространенность пыльцевой аллергии среди студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет» по результатам анкетирования.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование студентов 1–6 курсов лечебного факультета УО «Гомельский государственный медицинский университет». В анкетировании приняли участие 350 человек: 94 (63 %) женского пола и 56 (37 %) мужского.

Результаты исследования и их обсуждение

Из всех респондентов наибольшее количество 121 респондент – 4 курс (34,6 %), далее 70 респондентов – 3 курс (20 %), 68 респондентов – 5 курс (19,4 %), 35 респондентов – 2 курс (10 %), 32 респондента – 6 курс (9,1 %) и 24 респондента – 1 курс (6,9 %) (рисунок 1).

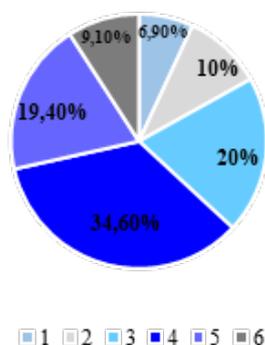


Рисунок 1 – Распределение количества респондентов по курсам

Знали, что такое поллиноз 296 (84,6 %) респондентов. У 20,9 % опрошенных наследственный анамнез отягощен наличием у родственников аллергических реакций на пыльцу.

Аллергическую реакцию на пыльцу у себя отмечают 96 (19,7 %) респондентов. Также 56 (16 %) респондентов затруднялись ответить о наличии у себя аллергии на пыльцу.

У 16,7 % респондентов аллергическая реакция проявлялась сезонным аллергическим конъюнктивитом. У 12,6 % сезонным аллергическим ринитом. Сезонная бронхиальная астма наблюдалась у 5,4 % респондентов.

В весенний период аллергическая реакция отмечалась у 20,3 %. У 13,7 % в ранний летний период и у 4,3 % в поздний летний период.

Обращались к врачу 26,9 % из тех, у кого отмечались признаки аллергической реакции на пыльцу.

Методы лечения, применяемые респондентами, представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 — Применение методов лечения аллергической реакции на пыльцу у респондентов

У 24 % респондентов, имеющих аллергическую реакцию на пыльцу, после элиминации аллергена отмечалось улучшение. Приходилось пользоваться антигистаминными препаратами 36 % респондентам, из которых у 27,3 % сразу наступало улучшение.

Выводы

Анкетирование показало высокий уровень (84,6 %) осведомленности студентов. УО «Гомельский государственный медицинский университет» о поллинозе. У 19,7 % респондентов отмечались признаки наличия аллергической реакции. Основной мерой профилактики обострений поллиноза является элиминация аллергена. Медикаментозная терапия поллиноза включает назначение антигистаминных препаратов, сосудосуживающих препаратов и глюкокортикостероидов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горячкина, Л. А. Поллинозы: современный взгляд на проблему / Л. А. Горячкина, О. С. Дробик, А. Ю. Насунова // Вестник семейной медицины. – 2012. – № 1. – С. 10–6.
2. Вишнева, Е. А. Современные принципы терапии аллергического ринита у детей / Е. А. Вишнева // Педиатрическая фармакология. – 2014. – № 11 (1). – С. 6-14.
3. Соболев, А. В. Аллергический ринит. Выбор рационального лечения / А. В. Соболев // Российский аллергологический журнал. – 2017. – № 2. – С. 71-75.
4. Мурадова, О. И. Влияние поллиноза в период ремиссии на когнитивные функции ребенка / О. И. Мурадова, Л. С. Намазова, Р. М. Торшхоева // Вопросы диагностики и педиатрии. – 2012. – №4 (2). – С. 48-50.
5. Павлова, К. С. Клинико-экономический анализ терапии больных поллинозом / К. С. Павлова, О. М. Курбачева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 4. – С. 47-55.
6. Ненашева, Н. М. Роль антигистаминных препаратов в лечении аллергического ринита / Н. М. Ненашева // Астма и аллергия. – 2014. – № 3. – С. 20–23.