

($p=0,043$), и более значимо с ТОПс ($p=0,025$): ЛОП – 5,9 (5,2; 6,8), СОП – 7,0 (5,3; 8,8) и ТОП – 7,9 (6,1; 11,1). Значения АЛТ отличались у пациентов с ЛОПс ($p=0,016$) и ТОПс ($p=0,017$): ЛОП – 35,0 (21,0; 77,0), СОП – 55,0 (28,0; 79,0) и ТОП – 67,0 (40,0; 145,0). Показатель АСТ отличался в группе с ЛОПс ($p=0,009$): ЛОП – 44,0 (29,0; 71,0), СОП – 79,0 (41,0; 116,0) и ТОП – 75,0 (45,0; 134,0). Уровень амилазы достоверно отличался у ТОПс ($p=0,004$): ЛОП – 332,0 (77,0; 598,0), СОП – 292,0 (87,0; 1011,0) и ТОП – 850,0 (294,0; 1474,0). Достоверных отличий по уровню липазы отмечено не было, средний показатель составил 229,5 (100,0; 333,0). В течение первых суток выполняли анализ крови на определение уровня ЛДГ и ГГТП. Значения ЛДГ достоверно отличались как у ЛОПс ($p=0,007$), так и ТОПс ($p=0,007$): ЛОП – 287,0 (240,0; 290,0), СОП – 518,5 (378,0; 644,0) и ТОП – 733,5 (530,0; 850,0). Уровень ГГТП достоверно отличался у ЛОПс ($p=0,029$): ЛОП – 81,5 (45,0; 111,0), СОП – 234,0 (122,0; 298,5) и ТОП – 185,0 (89,0; 325,0).

Выводы. Показатели биохимического анализа крови, входящие в прогностические шкалы острого панкреатита (альбумин, глюкоза, ЛДГ, билирубин, АЛТ) нашли подтверждение в проведенном исследовании. Вместе с тем выявленные изменения других показателей (мочевина, креатинин, ГГТП), ввиду малой выборки исследования, представляют интерес для дальнейшего изучения.

ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРРИТИНА, ТРАНСФЕРРИНА, СРБ, ПКТ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Д.М. Адамович¹, З.А. Дундаров¹, Т.С. Петренко²,
Е.С. Подстреха², Ю.В. Мельникова², М.А. Али¹

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

²У «Гомельская областная клиническая больница», г. Гомель, Беларусь

Раннее выявление пациентов с тяжелыми формами тяжелого панкреатита, занимающего одно из ведущих нозологий, госпитализируемых в отделения экстренной хирургии, остается одним из насущных вопросов. На протяжении последних десятилетий этому вопросу посвящено большое количество исследований, предложены прогностические шкалы [Ranson, Glasgow Imrie, BISAP, В.Б. Краснорогова, Ю.Г. Боженкова и др.] лабораторные показатели (амилаза, липаза, альбумин, ЛДГ, глюкоза, ИЛ-6, СРБ и др.) [Kryvoruchko I.A., et al., 2021, Iskandarov AE, et al. 2022, Mariadi IK, et al. 2023, Tarján D, et al. 2023, Xin GaoJiaxi, et al. 2023, Tarján D, et al. 2024, Wang, Huan MM, et al., 2024] и оценка инструментальных методов обследования (шкала Balthazar, шкала CTSI) [Mohey, N., et al. 2020, С.С. Манафов и др., 2020, İnce AT, et al. 2023, Liang, H., et al. 2023, Aladağ N, et al. 2024, Shams, F., et al. 2024, Han X, et al. 2024]. В ряде исследований изучались показатели ферритина, лактоферрина и трансферрина у пациентов с острым панкреатитом [Топчиев М.А., и др., 2018, Wang J, et al., 2022, Behera MK, et al. 2023]. Однако, в настоящее время, абсолютно точных показателей, позволяющих в ранние сроки определить прогноз тяжести течения острого панкреатита не определено, в связи с чем поиск новых лабораторных показателей и их комбинаций продолжается, особенно это актуально для больниц с ограниченными возможностями в плане лабораторной и инструментальной диагностики.

Цель – изучить первичные отдельные показатели сыворотки крови у пациентов с острым панкреатитом алиментарно – алкогольной этиологии.

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в первом хирургическом и реанимационных отделениях У «ГОКБ» с диагнозом острый панкреатит алиментарно-алкогольной этиологии. Группу исключения составили пациенты, переведенные с районных больниц, где уже было начато лечение, пациенты с билиарным панкреатитом. По результатам исследования составлена электронная база, статистический анализ проведен с использованием программы «Statistica 12.0» (StatSoft.Inc, free version). Использованы непараметрические методы обработки данных, полученные результаты представлены в виде $Me (Q_1; Q_3)$.

Результаты и обсуждения. Были исследованы показатели биохимического анализа крови в общей группе пациентов с острым панкреатитом при поступлении: у 41 – СРБ, 31 – ПКТ, в первые сутки у 19 – ферритин, 14 – трансферрин. Исследование СРБ, ПКТ выполнялось иммунохроматографическим методом на аппарате «Nano-Checker 710», ферритин, трансферрин – «Beckman Coulter AU 480». Были выделены группы с учетом рекомендаций международной классификации острого панкреатита (2012): легкий панкреатит (ЛОП), средний (СОП) и тяжелый (ТОП), а также для дальнейшего анализа были выделены две

группы для сравнения: ЛОПс к (СОП+ТОП) и ТОПс к (ЛОП+СОП). Оценивались средние показатели у данных пациентов. Отмечено достоверное отличие СРБ (мкг/л) у пациентов ЛОПс ($p=0,038$): ЛОП 12,0 (0,0; 48,0), СОП – 113,5 (30,0; 192,0), ТОП – 60,9 (6,0; 96,0). При результатах ПКТ в полученных анализах «меньше 0,1» нг/мл для дальнейшей обработки, принимали данные значение как равные нулю. Достоверных отличий по ПКТ (нг/мл) отмечено не было, средний показатель составил 0,18 (0,00; 0,18), однако относительный процент результатов больше 0,1 нг/мл был значительно больше в группах СОП и ТОП: ЛОП – 28,6%, СОП – 75,0%, ТОП – 65,0%. Уровень ферритина (мкг/л) значимо отличался в группе ЛОПс ($p=0,029$): ЛОП – 268,0 (202,0; 293,0), СОП – 1189,8 (458,4; 2396,5), ТОП – 634,2 (321,2; 1392,0). Уровень трансферрина (мкг/дл) отличался в группе ТОПс ($p=0,013$): ЛОП – 249,0 (244,0; 262,0), СОП – 272,5 (224,0; 291,0) и ТОП – 132,0 (94; 139).

Выводы. Уровень СРБ при поступлении в совокупности с другими лабораторными показателями позволяет выделить группу пациентов со средне-тяжелыми формами острого панкреатита. Несмотря на отсутствие достоверных отличий ПКТ, данный показатель может служить «отправной точкой» для оценки в динамике развития септических осложнений острого панкреатита со средне-тяжелым течением. Выявленные изменения уровней ферритина и трансферрина, учитывая небольшой размер выборки, представляют дальнейший интерес в исследовании.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Е.В. Борисова¹, И.П. Ромашевская¹, Е.Ф. Мицура¹,
С.А. Ходулева², Ю.Н. Гошко², И.Ю. Чуйко²

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Одной из основных задач современной онкогематологии является повышение качества оказания лечебной помощи детям с острым лимфобластным лейкозом. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – это злокачественное заболевание системы кроветворения, состоящее в появлении опухолевого клона из клеток линий лимфоидной дифференцировки, составляющего не менее 25% от других ядерных клеточных элементов, и в своем естественном течении неизбежно приводящее к фатальному исходу. Уровень заболеваемости ОЛЛ в Европе составляет 3,4-4,0 на 100 тысяч детского населения в год, в Республике Беларусь – 4,2 [Ромашевская И.П., 2019]. Пик заболеваемости отмечается в возрасте 3-5 лет. Современные возможности терапии позволили существенно изменить прогноз у детей с ОЛЛ, 5-летняя безрецидивная выживаемость составляет более 85%. Нарушения нутритивного статуса (НС) – дисбаланс в потреблении (избыток/недостаток) энергии и питательных веществ – нередко наблюдаются у онкогематологических пациентов [Снеговой А.В., 2013]. Пациенты с ОЛЛ относятся к группе риска по развитию нарушений нутритивного статуса. Состояние нутритивного статуса в онкогематологии является важным аспектом при лечении детей с ОЛЛ. Стабильные показатели нутритивного статуса прямо коррелируют с более короткими госпитализациями, снижением количества осложнений, более низкой стоимостью лечения и снижением риска летального исхода [Васильева Е.С., 2016].

Целью исследования являлась оценка нутритивного статуса у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Нами были ретроспективно проанализированы медицинские карты 45 пациентов с ОЛЛ, проходивших лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» за период с 2019 по 2024 гг. Минимальный возраст поступивших – 1 год, максимальный – 16 лет (медиана возраста 5 лет). Всем пациентам диагноз ОЛЛ был установлен на основании данных морфологического и иммунологического исследования костного мозга. В соответствии с Международной классификацией ОЛЛ (FAB) 43 детям был диагностирован L2 вариант, 2 детям L1 вариант ОЛЛ. Производилась оценка определенных данных. Для оценки нутритивного статуса оценивались следующие показатели: возраст, пол, антропометрические данные (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ)), лабораторные данные (показатели биохимического анализа крови – ферритин, общий белок, альбумин) до и после интенсивной химиотерапии. Так как транспортные белки, синтезируемые печенью, являются основными маркерами белкового статуса, они позволяют уточнить степень недостаточности питания.