

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 (ФАВ) 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.

ИМТ рассчитывался по формуле Кетле ($\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$). Оценка расчета ИМТ производилась по таблицам z-score ИМТ и центильным таблицам, разработанным А.М. Мазуриным, И.М. Воронцовым (2006 г.).

Для интерпретации Z-score ИМТ были использованы рекомендации Всемирной организации здравоохранения по оценке антропометрических индексов у детей от 2006 г. «WHO Child Growth Standards», представленные в двух возрастных периодах: от 0 до 5 лет, от 5 до 19 лет.

Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2019.

При антропометрическом исследовании до лечения у 27 (60%) пациентов ИМТ был в пределах нормы, у 18 пациентов (40%) были выявлены отклонения в ИМТ.

При оценке биохимических показателей крови у 17 (37,7%) пациентов наблюдалось снижение уровня общего белка. Среди этих пациентов у 2 (4,4%) была недостаточность питания легкой степени, по 1 (2,2%) пациенту были с недостаточностью питания умеренной и тяжелой степени, у 2 (4,4%) пациентов выявлен риск избыточного питания, у 3 (6,7%) определялось избыточное питание, у 2 (2,2%) – ожирение. У 5 (11,1%) пациентов наблюдалось сочетанное снижение общего белка и альбумина. В этой группе 2 пациента (4,4%) имели нормальную массу тела, 1 (2,2%) – недостаточность питания умеренной степени и 2 (4,4%) – избыточное питание. Один пациент (2,2%) с нормальными показателями физического развития имел изолированное снижение уровня альбумина.

При антропометрическом исследовании пациентов после интенсивной химиотерапии у 19 (42,2%) пациентов ИМТ был в пределах нормы, у 26 пациентов (57,8%) были выявлены отклонения в ИМТ. При оценке биохимических показателей крови у 23 (51,1%) пациентов наблюдалось снижение уровня общего белка. Среди этих пациентов у 5 (11,1%) была недостаточность питания легкой степени, 3 (6,7%) пациента были с недостаточностью питания умеренной, 1 (2,2%) пациент был с недостаточностью питания тяжелой степени, у 3 (6,7%) пациентов выявлен риск избыточного питания, у 3 (6,7%) определялось избыточное питание, у 2 (4,4%) – ожирение. У 6 (13,3%) пациентов наблюдалось сочетанное снижение общего белка и альбумина. В этой группе 2 пациента (4,4%) имели нормальную массу тела, 2 (4,4%) – недостаточность питания умеренной степени, 1 (2,2%) пациент был с недостаточностью питания тяжелой степени, и 1 (2,2%) – избыточное питание.

При оценке уровня ферритина у обследуемых детей после интенсивной химиотерапии выявлено, что у 11 (24,4%) пациента наблюдалось снижение уровня ферритина ниже нормы. Интерпретация уровня ферритина у пациентов до лечения затруднительна, так как ферритин является белком острой фазы воспаления.

Выводы .

Практический интерес данного наблюдения обусловлен тем, что в лечении детей с онкогематологическими заболеваниями необходимо придавать важность оценке и коррекции нутритивного статуса. Пациенты с ОЛЛ относятся к группе риска по нарушениям нутритивного статуса. Отрицательно влияют на нутритивный статус как само гематологическое заболевание, так и его лечение – химиотерапия. Анализ полученных результатов показал, что уже до терапии большинство детей с ОЛЛ имеют отклонения в показателях ИМТ, показателях общего белка, альбумина, ферритина. Исходные нутритивные нарушения ассоциированы с развитием тяжелых осложнений во время интенсивной химиотерапии.

Своевременное выявление и коррекция нарушений нутритивного статуса является залогом успеха химиотерапии пациентов с ОЛЛ. Таким образом результаты исследования и полученные данные подчеркивают необходимость разработки общей и индивидуализированной программы нутритивной поддержки у детей с ОЛЛ с целью профилактики и коррекции тяжелых метаболических, инфекционных и других витальных осложнений, а также для улучшения качества жизни во время и после лечения.

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИТОТОКСИНАССОЦИИРОВАННОГО ГЕНА *cagA* МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ

А.В. Воропаева, Т.Е. Гавриленко, А.Д. Борсук

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

Helicobacter pylori (H. pylori) – это грамотрицательная, микроаэрофильная, спиралевидная бактерия, с 4-6 жгутиками на одном из полюсов.