

ответствует международным рекомендациям. По вопросу антибиотикотерапии, с одной стороны, студенты понимают нецелесообразность приема антибиотиков на фоне ОРВИ, но с другой стороны, половина опрошенных считают правильным эмпирически назначать антибиотики при лихорадке более 3х дней, что чаще всего неоправданно. Наиболее важным, на наш взгляд, является распространенный стереотип о пользе противовирусных и иммуномодулирующих средств при ОРВИ, особенно на фоне недостаточно изученного профиля безопасности многих из них.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Купченко, А. Н.* Современные принципы диагностики и лечения ОРВИ/ А. Н. Купченко, Ж. Б. Понежева // Архив внутренней медицины. – 2016. – Т. 27. – № 1. – С. 6–12.
2. Медицинский научно-практический портал Lvrach.ru: Проблема полипрагмазии при лечении ОРВИ в педиатрической практике [сайт]. – URL: <https://www.lvrach.ru/2017/06/15436737> (дата доступа: 10.03.2025).
3. *Sur, K. C.* Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections/ К. С. Sur Denise [et al.] // American Academy of Family Physicians. – 2022. – Vol. 106, № 6. – P. 628–636.
4. *Qahtani, M. Al* Exploring the impact of antibiotics on fever recovery time and hospital stays in children with viral infections: insights from advanced data analysis/ M. Al Qahtani [et al.]//Antibiotics. – 2024. – Vol. 13, № 518. – P. 1–16.
5. *Котлуков, В. К.* Рациональная жаропонижающая терапия при ОРВИ у детей / В. К. Котлуков [и др.] // Медицинский совет. – 2018. – № 17. – С. 109–113.
6. Высшая школа организации и управления здравоохранения: Золотая пустышка (про арбидол и не только) [сайт]. –URL: <https://www.vshouz.ru/news/farma/wcs-4973/> (дата доступа: 10.03.2025).
7. *Остроумова, О. Д.* Лекарственно-индуцированный ринит/О.Д. Остроумова [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2020. – Т. 85, № 3. – С.75–82.

УДК 577.112:616.36-002.2

А. А. Карасёва, М. Н. Мирге

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Е. И. Михайлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЫВОРОТОЧНЫЙ ФЕРРИТИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV ИНФЕКЦИИ

Введение

Вирус гепатита С был открыт более 20 лет назад, но до сих пор остается одной из наиболее серьезных проблем мирового здравоохранения, которая затрагивает более 71 миллиона человек по всему миру. От последствий этого заболевания ежегодно умирает примерно 399 тысяч человек [1]. Наиболее эндемичными регионами являются Восточное Средиземноморье и Европейский регион, где показатели распространенности составляют 2,3% и 1,5%. В Республике Беларусь в 2019 г. гепатит С составил 35,1% в структуре всех острых вирусных гепатитов и 53,7% в структуре острых форм гепатитов с парентеральным механизмом передачи, а также 76,8% в структуре хронических вирусных гепатитов [2].

Основной путь прогрессирования хронических диффузных заболеваний печени – это процесс активации фиброгенеза с развитием грубой соединительной ткани в органе с последующим развитием в ряде случаев цирроза печени. В последнее время расширились представления о механизмах развития фиброза и цирроза печени. Достигнутый прогресс привел к пониманию возможности обратимости ФП и к достаточно реалистичным ожиданиям того, что эффективная этиотропная и патогенетическая терапия улучшит прогноз даже при циррозе печени (ЦП) [3].

Цель

Изучить возможную взаимосвязь сывороточного ферритина (СФ) с прогрессирующим хронической HCV инфекции.

Материал и методы исследования

Было проведено проспективное когортное исследование с формированием группы 1 из 35 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), группы 2 – 14 пациентов с ЦП, ассоциированным с HCV. В группе 1 было 23 мужчины (65,7%) и 12 женщин (34,3%), в группе 2 – 10 мужчин (71,4%) и 4 женщины (28,6%). Медиана (me) возраста субъектов исследования в группе ХВГС составила 48 (95%ДИ:10,02–16,23; P25–P75:43,00–60,00) лет, в группе ЦП – 55,5 (95%ДИ:10,02–16,23; P25–P75:43,00–60,00) лет.

С целью верификации диагнозов проводились стандартные клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные методы обследования. Критерием исключения из исследования считалось наличие хронического заболевания печени с любой другой этиологией заболевания, кроме хронической HCV инфекции. Все здоровые добровольцы не состояли в родстве, не имели клинических симптомов каких-либо заболеваний и не подвергались хирургическим вмешательствам.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере при помощи пакета программ «Statistica» 12 [4]. На всех этапах статистического анализа нулевая гипотеза отвергалась при значениях $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе проведена сравнительная оценка уровней сывороточного ферритина у пациентов с ХВГС и ЦП. Результаты показали, что уровни маркера у пациентов с ЦП выше по сравнению с аналогичными значениями у пациентов группы ХВГС (таблица 1).

Таблица 1 – Сравнение уровней СФ у пациентов с ХВГС и ЦП

| Маркер | ХВГС | | | ЦП | | | P |
|------------|--------|---------------|--------------|--------|---------------|---------------|------|
| | Me | 95%ДИ | P25–P75 | Me | 95%ДИ | P25–P75 | |
| СФ (нг/мл) | 107,11 | 114,72–185,82 | 66,46–160,26 | 217,98 | 186,42–414,27 | 128,68–353,37 | 0,02 |

Далее проведена внутригрупповая оценка показателей маркера у пациентов с ХВГС и ЦП в зависимости от пола. Статистически значимые различия между группами по этому показателю не установлены (таблица 2 и 3).

Таблица 2 – Сравнение уровней СФ по полу в группе пациентов с ЦП

| Маркер | Мужчины | | | Женщины | | | P |
|------------|---------|---------------|---------------|---------|--------------|--------------|------|
| | Me | 95%ДИ | P25–P75 | Me | 95%ДИ | P25–P75 | |
| СФ (нг/мл) | 269,39 | 190,22–504,88 | 151,32–512,69 | 129,02 | 56,78–373,73 | 44,85–217,98 | 0,10 |

Таблица 3 – Сравнение уровней СФ по полу в группе пациентов с ХВГС

| Маркер | Мужчины | | | Женщины | | | P |
|------------|---------|---------------|--------------|---------|--------------|--------------|------|
| | Me | 95%ДИ | P25–P75 | Me | 95%ДИ | P25–P75 | |
| СФ (нг/мл) | 105,53 | 127,62–233,56 | 68,01–177,11 | 113,95 | 52,38–125,55 | 41,82–143,82 | 0,61 |

На следующем этапе были исследованы сывороточные уровни маркера у пациентов с ХВГС и ЦП в различных возрастных категориях (<50 лет и ≥ 50 лет). Статистически значимые различия между группами по этому показателю не установлены (таблицы 4 и 5).

Таблица 4 – Сравнение уровней СФ по возрасту в группе пациентов с ЦП

| Маркер | <50 | | | ≥50 | | | p |
|------------|-------|---------------|--------------|--------|--------------|---------------|-----|
| | Me | 95%ДИ | P25–P75 | Me | 95%ДИ | P25–P75 | |
| СФ (нг/мл) | 226,4 | 160,99–772,12 | 128,68–248,6 | 209,55 | 180,34–511,5 | 151,32–353,37 | 1,0 |

Таблица 5 – Сравнение уровней СФ по возрасту в группе пациентов с ХВГС

| Маркер | <50 | | | ≥50 | | | p |
|------------|-------|--------------|--------------|-------|---------------|--------------|------|
| | Me | 95%ДИ | P25–P75 | Me | 95%ДИ | P25–P75 | |
| СФ (нг/мл) | 88,51 | 80,21–156,99 | 42,12–146,58 | 127,9 | 124,78–261,42 | 97,69–203,11 | 0,06 |

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что уровень СФ у пациентов с ЦП превышает таковой у пациентов с ХВГС. Следовательно, прогрессирование HCV инфекции сопровождается и более высокими значениями маркера, что может сделать СФ интегральным показателем течения и прогноза заболевания.

Выводы

1. Уровень СФ у пациентов с ЦП превышает таковой у пациентов с ХВГС (Me 269,39; 95ДИ: 186,42–414,27 и Me 107,11; 95%ДИ: 114,72–185,82; p=0,02, соответственно).

2. У пациентов с ХВГС и ЦП уровень СФ не определяют ни пол, ни возраст (p>0,05).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. – ВОЗ, 1996–2025. – URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> (дата обращения: 10.03.2025).
2. Высоцкая, В. С. Характеристика эпидемического процесса гепатита С на территории Республики Беларусь / В. С. Высоцкая, Н. Д. Коломиец, Е. Л. Гасич, [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2020. – Т. 19, № 6. – С. 48–55.
3. Щекотова, А. П. Вклад изменений обмена железа в патогенез хронических диффузных заболеваний печени / А. П. Щекотова, И. А. Булатова // Пермский медицинский журнал. – 2020. – Т. 37, № 6. – С. 5–12.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA: учеб. пособие / О. Ю. Реброва. – М: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

УДК 616-009.863-08

А. Г. Казаченко, В. С. Сиваченко, А. И. Чернышёва, М. Н. Мирге

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Е. И. Михайлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИМ ОТЕКОМ НА РЕГИОНАРНОМ УРОВНЕ

Введение

Ангioneвротический отек (АО) – остро возникающее заболевание, характеризующееся появлением четко ограниченного отека кожи, подкожной клетчатки, а также слизистой оболочки различных органов и систем организма в ответ на действие биологических и химических факторов. АО относят к одной из актуальных проблем современной аллергологии. В первую очередь это определяется частотой встречаемости. У каждого человека хотя бы раз в жизни может возникнуть крапивница или ангионевротический отек. При этом только крапивница возникает в 50% случаев, острый АО в сочетании с крапивницей – в 40% случаев и изолированный АО – в 10% случаев [1, 2].