СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Omorova, G. K.* Glaucoma as a socially significant eye disease among adults and children under 14 / G. K. Omorova // Eurasian Medical Journal. – 2021. – № 3. – P. 32–36.
2. Патент № 2479246 С1 Российская Федерация, МПК А61В 3/00. способ оценки стадии первичной открытоугольной глаукомы: № 2011152151/14: заявл. 20.12.2011: опубл. 20.04.2013 / Д. А. Усанов, А. В. Скрипаль, Т. Г. Каменских [и др.]; заявитель Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования “Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского”.
3. *Еричев, В. П.* Дуотрав: новая комбинированная фиксированная форма / В. П. Еричев, А. Е. Дугина // Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН. – 2011. – № 1. – С. 64–66.
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями глаза и его придаточного аппарата» (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.09.2022 № 91) // Министерство Здравоохранения Республики Беларусь [сайт]. – URL: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spezialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/oftalmologiya.php> (дата обращения: 02.03.2024).
5. *Holló, G.* Fixed-combination intraocular pressure-lowering therapy for glaucoma and ocular hypertension: advantages in clinical practice. / G. Holló, F. Topouzis, R. D. Fechtner // Expert Opin Pharmacother. – 2014 – V. 15, № 12 – P. 1737–1747.
6. *Бездетко, П. А.* Преимущества фиксированной комбинированной терапии глаукомы / П. А. Бездетко, Н. В. Бездетко // Офтальмология. Восточная Европа. – 2013. – Т. 18, № 3. – С. 129–135.
7. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями глаза и его придаточного аппарата» (утвержден приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.02.2007 № 82).

УДК 616.36-004:612.398.415.3

Е. О. Борисенко, Е. Н. Чепикова, О. С. Першенкова

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*

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК В ПРОГРЕССИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Введение

В последние десятилетия проблема алкогольной болезни печени (АБП) стала одной из важнейших в области медицины, поскольку она занимает ведущие позиции среди причин смертности и инвалидизации, связанных с заболеваниями печени. Прогрессирование АБП связано с развитием воспаления, фиброза и цирроза печени, что значительно ухудшает качество жизни и требует комплексного подхода к диагностике и лечению [1].

В последние годы особое внимание уделяется роли воспалительных маркеров в патогенезе заболевания. Одним из таких является С-реактивный белок (СРБ). Он служит ключевым сигнализатором воспаления, который синтезируется в печени в ответ на различные воспалительные стимулы, инфекции и травмы, что характерно для АБП [2–3].

Изучение роли С-реактивного белка в механизмах прогрессирования АБП и его потенциала в качестве прогностического маркера имеют важное значение для разработки более точных методов диагностики и прогнозирования течения заболевания, что может способствовать улучшению клинических результатов и эффективности терапии данного заболевания.

Цель

Оценить взаимосвязь АБП и уровня С-реактивного белка.

Материал и методы исследования

Было проведено проспективное клиническое исследование, в рамках которого были сформированы группа 1, состоящая из 92 пациента с АБП, и группа 2, включающая 41 здорового добровольца. В исследование были включены пациенты с установленным

диагнозом АБП и здоровые добровольцы старше 18 лет, которые до вступления в исследование подписали документ об информированном согласии. Для подтверждения диагноза АБП использовались стандартные клинико-anamnestические, инструментальные и лабораторные методы обследования. Статистическая обработка данных проводилась на компьютере с использованием программного пакета «MedCalc», версия 23.1.7 (Software Ltd, Бельгия). Статистическая достоверность была значима при всех значениях $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе 1 было 33 мужчины (80,49%) и 8 женщин (19,51%), в группе 2 – 51 мужчина (55,43%) и 41 женщина (44,57%). Медиана (me) возраста субъектов исследования в группе АБП составила 51,50 (95%ДИ:28,00–76,00; P25–P75:44,00–61,50) лет, в группе здоровых добровольцев – 31,00 (95%ДИ: 20,00–62,00; P25–P75:24,00–40,50) лет ($p < 0,0001$).

На первом этапе мы провели сравнительную характеристику уровней С-реактивного белка (СРБ) у пациентов с АБП (группа 1) и здоровых добровольцев (группа 2). Как видно из таблицы 1, уровень маркера у пациентов в группе 1 был выше, нежели у пациентов в группе 2 ($p < 0,0001$).

Таблица 1 – Сравнение уровней СРБ в сыворотке крови у пациентов с АБП и здоровых добровольцев

Маркер	Группа 1			Группа 2			p**
	Me	95%ДИ	P25–P75	Me	95%ДИ	P25–P75	
СРБ	20,28	10,26–28,09	5,17–52,11	0,90	0,50–1,59	0,35–3,27	<0,0001

p** для критерия Манна-Уитни

На втором этапе мы сравнили показатели СРБ у пациентов АБП мужского и женского пола. Как показано в таблице 2, статистические значимые различия в уровнях СРБ у пациентов с АБП в зависимости от пола отсутствовали ($p = 0,52$).

Таблица 2 – Сравнение уровней СРБ в сыворотке крови у пациентов АБП мужского и женского пола

Маркер	Мужчины			Женщины			p*
	Me	95%ДИ	P25–P75	Me	95%ДИ	P25–P75	
СРБ	23,63	7,49–34,49	5,41–57,93	19,68	6,45–31,90	5,08–52,04	0,69

p* для критерия Манна-Уитни

На третьем этапе мы оценили показатели СРБ у пациентов с АБП в соответствии со степенью тяжести цирроза печени согласно шкале Чайлда-Пью. Множественное сравнение показало, что по этому показателю группы имеют статистически значимые различия ($p = 0,0008$). Как можно увидеть в таблице 3, концентрация маркера повышалась при переходе от стадии компенсации (класс А по Чайлду-Пью) к стадии субкомпенсации (класс В по Чайлду-Пью) при $p = 0,03$ и далее от стадии субкомпенсации (класс В по Чайлду-Пью) к стадии декомпенсации (класс С по Чайлду-Пью) при $p = 0,04$.

Таблица 3 – Уровни СРБ в сыворотке крови у пациентов с АБП в соответствии с классом по Чайлду-Пью

Маркер	Класс по Чайлду-Пью									p*	p**
	Класс А – 1 (n=19)			Класс В – 2 (n=43)			Класс С – 3 (n=26)				
	Me	95%ДИ	P25–P75	Me	95%ДИ	P25–P75	Me	95%ДИ	P25–P75		
СРБ	6,09	1,80–17,25	1,72–18,90	15,50	5,84–31,93	5,08–61,44	42,40	23,67–55,68	21,47–59,81	0,0008	0,03 (1,2) 0,04 (2,3) 0,0001 (1,3)

p* для критерия Краскела–Уоллиса; p** для критерия Манна-Уитни

На четвертом этапе мы провели анализ связи СРБ с традиционными маркерами воспаления. Согласно таблице 4, уровень СРБ у пациентов с АБП ассоциирован с повышением ключевых маркеров воспаления, таких как лейкоциты (ЛК), нейтрофилы (НТ) и скорость оседания эритроцитов (СОЭ), что подтверждает статистически достоверная значимость ($p < 0,05$).

Таблица 4 – Результаты анализа взаимосвязи между уровнями СРБ и традиционными маркерами воспаления

Маркеры	ЛК	НТ	ОНЛ	СОЭ
СРБ				
τ	0,23	0,17	0,14	0,19
p	0,001	0,02	0,08	0,01

* τ – ранговый коэффициент корреляции по Кендаллу

На пятом этапе мы изучили ассоциацию СРБ с функциональными пробами печени. Как видно из таблицы 5, маркер продемонстрировал положительную взаимосвязь с аспаратаминотрансферазой (АСТ), щелочной фосфатазой (ЩФ) и гамма-глутамил-транспептидазой (ГГТП) и отрицательную взаимосвязь с альбумином (АБ).

Таблица 5 – Результаты анализа взаимосвязи между уровнями СРБ и функциональными пробами печени

СРБ	АЛТ		АСТ		ЩФ		ГГТП		АБ		ОБ		МНО	
	τ	p	τ	p	τ	p	τ	p	τ	p	τ	p	τ	p
Мужчины +женщины	0,12	0,10	0,23	0,002	0,21	0,005	0,30	0,0001	-0,18	0,02	0,11	0,15	0,05	0,54

На окончательном этапе мы провели анализ взаимосвязи уровней СРБ с наличием осложнений цирроза печени (таблица 6).

Таблица 6 – Сывороточные уровни СРБ у пациентов с АБП в зависимости от наличия осложнений ЦП

Маркер	Асцит						p^*
	Есть (n=73)			Нет (n=19)			
	Ме	95%ДИ	P25-P75	Ме	95%ДИ	P25-P75	
СРБ	23,94	13,39–35,62	5,45–58,70	6,09	4,11–20,46	2,56–22,37	0,009
	Варикоз вен пищевода						
	Есть (n=71)			Нет (n=21)			
	Ме	95%ДИ	P25-P75	Ме	95%ДИ	P25-P75	
СРБ	13,75	6,37–23,67	4,99–46,89	35,87	23,31–69,04	18,79–78,37	0,03
	Печеночная энцефалопатия						
	Есть (n=65)			Нет (n=27)			
	Ме	95%ДИ	P25-P75	Ме	95%ДИ	P25-P75	
СРБ	25,19	13,56–34,39	5,73–54,96	7,45	4,70–23,28	3,84–40,19	0,07
	Нарушение функции почек						
	Креатинин < 115 мкмоль/л (n=80)			Креатинин $\geq$ 115 мкмоль/л (n=12)			
	Ме	95%ДИ	P25-P75	Ме	95%ДИ	P25-P75	
СРБ	16,58	8,13–27,32	5,12–46,89	35,45	5,39–96,31	9,03–85,81	0,20

p^* для критерия Манна-Уитни

Как видно из таблицы 6, значения СРБ ассоциированы с асцитом и варикозом вен пищевода, что подтверждает статистически достоверная значимость ($p=0,009$ и $p=0,03$, соответственно).

Выводы

Таким образом, исследование показало, что СРБ ассоциирован с активностью заболевания и стадией процесса при АБП, то есть его концентрация становится тем выше, чем активнее воспаление и более продвинута стадия процесса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Уткина, Е. А. С-реактивный белок: патогенетические свойства и возможная терапевтическая мишень: рук-во для врачей / Е. А. Уткина, О. И. Афанасьева, С. Н. Покровский // Российский кардиологический журнал. 2021. – № 26. – С. 128.
2. Сторожаков, Г. И. Маркёры воспаления у пациентов циррозом печени с наличием инфекционных осложнений / Г. И. Сторожаков, Н. Н. Мерзликина, Л. Ю. Ильченко, И. Г. Федоров, Н. Н. Теребилина, Л. Ф. Панченко, В. Ю. Баронец // Архив внутренней медицины. – 2013. – № 1. – С. 69–73.
3. Степаненко, Д. А. Алкогольная болезнь печени: вопросы этиологии и влияние факторов риска: рук-во для врачей / Д. А. Степаненко, Т. В. Гома, Н. М. Козлова // Байкальский медицинский журнал. – 2023. – Т. 2. – № 2. – С. 20–29.

УДК 616.921.5/.281

А. А. Василюк, И. В. Лагутик, Д. А. Воронов

Научные руководители: д.м.н., В. И. Козловский, ассистент А. А. Василюк

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К СТЕРЕОТИПАМ О ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Введение

Острые респираторные вирусные инфекции (или, как часто говорят, простудные инфекции) являются одной из самых распространенных групп заболеваний и занимают 1-е место среди инфекционной патологии [1]. С одной стороны, современное информационное пространство, перенасыщенное различной медицинской информацией, в сочетании с многообразием фармацевтических средств и снижением доверия к медицинским работникам часто приводит к самолечению. С другой стороны, при каждом эпизоде ОРВИ рекомендуется комплексное лечение, состоящее из 5–6, а в ряде случаев и более препаратов для этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Чаще всего врач назначает лечение при первом осмотре, в первые дни болезни, в отсутствии каких-либо лабораторных данных, а спрогнозировать характер течения, длительность заболевания и риск осложнений практически невозможно [2]. Вышеперечисленное зачастую приводит к нерациональной терапии простудных инфекций.

Цель

Оценить информированность студентов белорусских ВУЗов в отношении стереотипов о лечении ОРВИ.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось методом социологического опроса на базе платформы Google forms. Была разработана анкета, состоящая из 5 вопросов. В опросе участвовали 106 студентов белорусских ВУЗов (60 человек – студенты ГрГМУ, 40 – студенты университетов БГУИР, БГУФК, ГрГУ им. Янки Купалы, ПГУ, БНТУ), из них 74 девушки