

леваемость ЖДА среди лиц женского пола составила 73 (65,2 %) человека, среди лиц мужского пола — 39 (34,8 %), а за период 2021 г. было зафиксировано, что из 93 обратившихся пациентов, заболеваемость ЖДА среди лиц женского пола составила 62 (66,7 %) человека, среди лиц мужского пола — 31 (33,3 %).

Проанализировав полученные данные, было замечено, что среди больных, обратившихся за медицинской помощью к врачу-гематологу за период 2019 и 2021 гг. среди лиц женского пола наблюдалось статистическое преимущество по заболеваемости ЖДА.

Среди исследуемых амбулаторных карт возрастной интервал пациентов, обратившихся за медицинской помощью к врачу-гематологу, составлял от 18 до 94 лет. При этом, за период 2019 г. возрастные показатели пациентов с выявленной ЖДА от 18 до 45 лет составили 106 (95 %), от 45 до 68 лет — 4 (3 %), от 68 до 94 лет — 2 (2 %), а за период 2021 г. с выявленной ЖДА от 18 до 45 лет было зарегистрировано 86 (93 %) человек, от 45 до 68 лет — 4 (4 %), от 68 до 94 лет — у 3 (3 %) человек.

Таким образом, сравнивая возрастные показатели пациентов с ЖДА за период 2019 и 2021 гг., можно сделать вывод, что наибольшее количество выявленных больных с ЖДА обнаружено в возрастной категории от 18 до 45 лет.

Проводя анализ амбулаторных карт пациентов с ЖДА было выявлено, что основными причинами развития данной патологии служат мено- и метроррагии у женщин — 189 (92 %), среди женщин в постменопаузе и у мужчин ведущим фактором развития ЖДА послужили язвенная болезнь — 9 (4,8 %), а также хронический геморрой — 5 (2,2 %). Также среди причин железодефицитной анемии, не связанных с кровопотерей, служит лактация, что послужило поводом для обращения у 2 пациенток (1 % от общего количества пациентов с ЖДА).

Выводы

За период 2019 и 2021 гг. среди больных, обратившихся за медицинской помощью к врачу-гематологу в медицинский центр «Медассист», железодефицитная анемия чаще встречается у пациентов женского пола. В 2021 г. обращаемость по поводу железодефицитной анемии была ниже в 1,2 раза по сравнению с 2019 г. Возрастной диапазон пациентов с железодефицитной анемией составил от 18 до 45 лет. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии является хронические кровопотери (мено- и метроррагии).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анемии при гинекологических и онкогинекологических заболеваниях / Н. И. Стулков [и др.]. М. : МИА, 2013. 240 с.
2. Доброхотова, Ю. Э. Коррекция железодефицитной анемии у гинекологических больных / Ю. Э. Доброхотова, С. А. Хлынова // Лечеб. дело. 2017. № 3. С. 31–36.
3. Новые технологии в лечении железодефицитной анемии / О. Н. Минушкин [и др.] // Мед. совет. 2016. № 14. С. 116–121.

УДК 616-006.446.2-08-053.2

ИНИЦИАЛЬНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Скакун Е. Д.

Научный руководитель: ассистент А. Н. Демиденко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) — это группа клональных злокачественных новообразований из предшественников лимфоидных клеток, которые

имеют определенные генетические и иммунологические характеристики [1]. ОЛЛ является самым частым онкологическим заболеванием детского возраста и составляет около 25 % всех злокачественных новообразований в педиатрии [2]. Общая частота острых лейкозов у детей до 18 лет составляет 3,5–4,7 на 100 тыс. детского населения в год. Вторичные аномалии клеточной пролиферации и дифференцировки приводят к увеличению продукции и накоплению бластов в костном мозге и инфильтрации периферических лимфоидных и паренхиматозных органов. В ходе постоянного роста бласты вытесняют нормальные ростки кроветворения, в том числе миелоидного и лимфоидного, что в конечном итоге приводит к развитию вторичного иммунодефицитного состояния и возникновению инфекционных осложнений [3].

Заболевание развивается крайне быстро и при отсутствии квалифицированной медицинской помощи в течение нескольких месяцев приводит к летальному исходу.

Цель

Оценить частоту возникновения инфекционных осложнений у детей с впервые выявленным ОЛЛ с учетом инициального уровня гранулоцитов в периферическом анализе крови.

Материал и методы исследования

В исследовании оценивали показатели детей в возрасте от 1 до 15 лет ($n = 30$), из них 18 мальчиков и 12 девочек, с впервые выявленным ОЛЛ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении для детей ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» г. Гомеля.

Оценка инициального инфекционного статуса проводилась путем подсчета лейкоцитарной формулы с определением уровня гранулоцитов, а также при помощи биохимического исследования показателя острой фазы воспаления С-реактивного белка (СРБ). Особое внимание уделялось клинической картине инфекционного заболевания, температурной реакции, а также результатам инструментального исследования.

Обработка данных проводилась с использованием описательной статистики и для количественных переменных представлена в виде медианы [1-й квартиль; 3-й квартиль], для категориальных переменных — в процентах. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

На начальном этапе исследования мы оценили клинико-функциональные показатели, позволяющие дать общую характеристику обследуемых пациентов с впервые выявленным ОЛЛ. Медиана возраста пациентов составила 3 года (2; 7). В-клеточный вариант диагностирован у 27 (90 %) пациентов, у 3 (10 %) пациентов Т-клеточный вариант.

Инициально уровень лейкоцитов в общем анализе крови варьировал от $1,6 \times 10^9/\text{л}$ до $232 \times 10^9/\text{л}$. Агранулоцитоз — содержание гранулоцитов менее $0,75 \times 10^9/\text{л}$ — на момент поступления зафиксирован у 14 (46,7 %) пациентов, в том числе менее $0,1 \times 10^9/\text{л}$ у 5 (16,7 %) детей, что предполагает наличие глубокого иммунодефицитного состояния пациентов на момент поступления в стационар.

У группы пациентов с агранулоцитозом в 8 (57,1 %) случаях зафиксировано повышение уровня СРБ, в 10 (71 %) случаях температурная реакция, в 8 случаях (57,1%) наличие визуализируемых инфекционных очагов. А у пациентов с уровнем гранулоцитов менее 100 клеток (5 случаев) повышение уровня СРБ и лихорадка присутствовала в 100 %, инфекционные очаги определялись в 4 случаях из 5 (80 %). Медиана абсолютного числа гранулоцитов составила $0,94 \times 10^9/\text{л}$ ($0,42 \times 10^9/\text{л}$; $2,52 \times 10^9/\text{л}$).

При проведении исследования уровня СРБ за референтное значение принято 0–5 мг/л. Повышение СРБ у пациентов с ОЛЛ выше 64 г/л расценивалось как высокая вероятность развития синдрома системного воспалительного ответа и сепсиса в последующем. Такие значения отмечены у 3 (10 %) пациентов. Причем у 2-х детей агранулоцитоз составлял менее $0,1 \times 10^9/\text{л}$, что соответствовало клиническими проявлениями и данным инструментального обследования. Нормальное значение выявлено у 12 (40 %) детей. Медиана СРБ в исследовании составила 20,2 (10,5; 36,5). Данные отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Соотношение СРБ и гранулоцитов у пациентов с впервые выявленным ОЛЛ

Количество гранулоцитов	СРБ, мг/л		
	0–5	5–64	>64
>0,75	26,7 % (n = 8)	30 % (n = 9)	3,3 % (n = 1)
0,75–0,1	20 % (n = 4)	16,7 % (n = 3)	—
<0,1	—	16,7 % (n = 3)	3,3 % (n = 2)
χ^2 , p	—	5,6 p < 0,001	—

У 12 (40 %) детей температура тела была в пределах нормальных показателей. Субфебрилитет (37,0–37,8) — у 5 (16,7 %) пациентов, фебрильная лихорадка (37,9 и выше) — у 13 (43,3 %) детей.

Анализируя клинические проявления (лихорадка и другие более специфические симптомы для конкретных инфекционных заболеваний), а также данные инструментального исследования, отмечено наличие инфекционных осложнений у 12 (40 %) детей. Из них инфекции верхних дыхательных путей (фарингит, трахеит, отиты, синусит): 5 (41,7 %) пациентов, нижние дыхательные пути (бронхит, пневмония): 4 (33,3 %) пациента, гнойные заболевания кожи (фурункулы): 1 (8,3 %) пациент, афтозный стоматит: 1 (8,3 %) ребенок, инфекционная энтеропатия: 1 (8,3 %) случай, сепсис: 1 (8,3 %) случай. Обращает внимание в данном исследовании регистрация случаев высокой лихорадки и (или) субфебрильной температуры с высоким уровнем СРБ без клинически и инструментально определяемых источников инфекции: 11 (36,7 %) случаев. Из представленной номенклатуры преобладают инфекции верхних и нижних дыхательных путей.

Выводы

1. Иммуносупрессия у детей с острым лимфобластным лейкозом является одним из основных факторов риска развития инфекционных осложнений.
2. Частота и тяжесть инфекционных осложнений, напрямую зависит от уровня гранулоцитов в периферическом анализе крови.
3. Наблюдается прямая зависимость между уровнем СРБ и агранулоцитозом в периферической крови.
4. Среди инфекционных осложнений у детей с впервые выявленным острым лимфобластным лейкозом преобладают заболевания верхних и нижних дыхательных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев, А. Г. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцева, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 656 с.
2. Волкова, С. А. Основы клинической гематологии : учеб. пособие / С. А. Волкова ; Ниж. ГМА. Н. Новгород, 2018. 400 с.
3. Румянцев, А. Г. Практическое руководство по детским болезням. Гематология и онкология детского возраста / А. Г. Румянцев, Е. В. Самочатова. М. : Медпрактика, 2017. 536 с.