

ской готовности. Тесты коагулограммы представлены в таблице 2. Показатели гемостаза у пациентов с ОПЛ характеризовались гиперкоагуляцией, о чем свидетельствует повышение Д-димеров при медиане — 2708,5 [812; 4395] нг/мл.

Таблица 2 — Показатели коагулограммы при ОПЛ

Показатели	Min значение	Max значение	Me [Q250; Q75] (n = 14)	Среднее значение
АЧТВ, с	25	32,5	25,6 [25,3; 27,4]	26,8
МНО	1,03	1,64	1,22 [1,09; 1,61]	1,29
Фибриноген (г/л)	0,82	5,2	2 [1; 3,1]	2,3
Д-димеры, нг/мл	497	12800	2708,5 [812; 4395]	3986,83

При исследовании пунктата КМ выявлены бласты у всех пациентов ≥ 20 % при медиане — 49,1 [34,8; 69] %, что и явилось основанием постановки диагноза ОЛ. При морфологическом исследовании выявлены палочки и пучки Ауэра — признак, характерный для ОПЛ. Цитохимия бластных клеток — миелопероксидаза положительная. Подтверждением ОПЛ явилось цитогенетическое исследование — транслокацият (15; 17).

В плане лечения все пациенты получали курс терапии Цитозар + Адриамицин в схемах «7+3» или «5+2» с обязательным назначением АТРА. Выход в ремиссию составил 100 %, длительность от 2 до 15 лет (медиана= 7 [4; 11] лет), рецидив — 7,14 %, смерть в рецидиве — 14,29 %.

Выводы

По результатам исследования, ОПЛ в рамках ОМЛ составил (n = 14) 11,29 %. Средний возраст 54,26. Превалировали женщины в соотношении — 9 (64,29 %). У 100 % (n = 14) ОПЛ дебютировал с геморрагического синдрома, у всех пациентов отмечалось острое начало заболевания. Были выявлены характерные изменения в ОАК: нормоцитарная нормохромная гипорегенераторная анемия средней степени тяжести, тромбоцитопения, лейкопения, синдром ускоренной СОЭ. Показатели гемостаза у пациентов характеризовались гиперкоагуляцией, о чем свидетельствовал параметр Д-димеров при медиане 2708,5 нг/мл. В пунктате КМ бласты составили 49,1 [34,8; 69] %. Полученное лечение дало 100 % выход в ремиссию, что является доказательством высокой эффективности применения таргетной терапии в лечении ОПЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Papaemmanuil, E. Genomic classification and prognosis in acute myeloid leukemia / E. Papaemmanuil, M. Gerstung, L. Bullinger / N. Engl. J. Med. 2016. Vol. 374(23). P. 2209–2221.*
2. *Fate of patients with newly diagnosed acute myeloid leukemia who fail primary induction therapy / M. Othus [et al.] // Biol. Blood Marrow Transplant. 2015. Vol. 21. P. 559–564.*
3. *Weisdorf, D. The role of second transplants for leukemia / D. Weisdorf // Best Pract. Res. Clin. Haematol. 2016. Vol. 29. P. 359–364.*

УДК 616.61-002.3:615.33

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Панюшенко М. В.

**Научные руководители: А. И. Презов¹;
старший преподаватель З. В. Грекова²**

**¹Учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи»,**

**²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острый пиелонефрит — острое инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы, тубуло-

интерстициальной ткани и последующим вовлечением в процесс клубочкового аппарата [1].

Острый пиелонефрит — это наиболее частое воспалительное заболевание в урологии. Он занимает 65–70 % всех урологических заболеваний.

Для лечения данного заболевания применяется концепция, согласно которой терапия должна быть комплексной, индивидуально подобранной и патогенетически обоснованной. Цель лечения является достижение клинико-лабораторного и микробиологического выздоровления [2].

Из-за растущей резистентности микрофлоры к антибактериальным препаратам и экологии, в которой живет современный человек, острый пиелонефрит представляет серьезную медико-социальную и экономическую проблему, поэтому антибактериальную терапию следует проводить с учетом чувствительности микрофлоры по данным бактериального посева мочи [3].

Цель

Изучить применяемые антибактериальные препараты для лечения пациентов с острым пиелонефритом.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе «Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи». Проведен ретроспективный анализ 63 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении больницы за период 2019–2020 гг. с острым пиелонефритом. Анализировалась схема лечения пациентов с острым пиелонефритом. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения по возрасту пациенты были разделены на группы: I группа — пациенты молодого возраста (18–44 лет), II группа — пациенты среднего возраста (45–59 лет), III группа — пациенты пожилого возраста (60–74 года), IV группа — пациенты старческого возраста (75–90 лет). Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ «Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение пациентов с острым пиелонефритом по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с острым пиелонефритом по полу и возрасту

Пол	I группа	II группа	III группа	IV группа
Мужчины	3 (4,7 %)	5 (7,9 %)	4 (6,3 %)	0 (0 %)
Женщины	26 (41,2 %)	11 (17,4 %)	13 (20,6 %)	1 (1,5 %)

Наиболее часто острый пиелонефрит встречался у мужчин II группы, женщин I группы.

Антибактериальная терапия у пациентов с острым пиелонефритом представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Антибактериальная терапия у пациентов с острым пиелонефритом

Антибиотики	Мужчины				Женщины			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Ципрофлоксацин	—	—	—	—	1 (1,5 %)	—	2 (3,1 %)	—
Цефепим	—	—	—	—	1 (1,5 %)	—	2 (3,1 %)	—
Левифлоксацин	—	—	—	—	3 (4,7 %)	2 (3,1 %)	5 (7,9 %)	1 (1,5 %)
Ципрофлоксацин + цефтриаксон	1 (1,5 %)	3 (4,7 %)	1 (1,5 %)	—	11 (17,4 %)	5 (7,9 %)	2 (3,1 %)	—
Левифлоксацин + цефепим	2 (3,1 %)	1 (1,5 %)	—	—	6 (9,5 %)	2 (3,1 %)	2 (3,1 %)	—
Ципрофлоксацин + цефотаксим	—	1 (1,5 %)	—	—	4 (6,3 %)	2 (3,1 %)	—	—

Как у мужчин, так и у женщин наиболее часто использовалась комбинированная терапия ципрофлоксацина с цефтриаксоном. Левофлоксацин чаще назначался для лечения острого пиелонефрита у женщин в качестве монотерапии.

По данным литературы в лечении пациентов с острым пиелонефритом нужно использовать препараты с расширенным спектром антибактериальной активности, резистентность к которым основных возбудителей пиелонефрита отсутствует или является достаточно низкой. Препаратами выбора для стартовой эмпирической терапии острого пиелонефрита являются цефалоспорины III–IV поколений, фторхинолоны [5].

Выводы

Острый пиелонефрит чаще встречался у женщин молодого возраста и мужчин среднего возраста.

Для лечения острого пиелонефрита как у мужчин, так и у женщин, независимо от возраста, наиболее часто назначалась комбинированная терапия ципрофлоксацина с цефтриаксоном. У 15,7 % женщин и 4,6 % мужчин применялась комбинированная терапия левофлоксацина с цефепимом. Левофлоксацин в виде монотерапии получали 17,2 % женщин с острым пиелонефритом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комяков, Б. К. Урология : учебник / Б. К. Комяков. М. : ГЭОТАР-Медиа. 2015. 564 с.
2. Антибактериальная терапия острого цистита и пиелонефрита у взрослых / Н. А. Лопаткин [и др.] // Публикация на сайте НИИ урологии МЗ РФ, 2003.
3. Яненко, Э. К. Острый пиелонефрит. Клинические рекомендации / Э. К. Яненко; под ред. акад. РАМН Н. А. Лопаткина // Урология. 2007. М. : 2007. 176 с.
4. Нефропатии : учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2017. 76 с.
5. <https://cmac-journal.ru/publication/2002/4/cmasc-2002-t04-n4-p347/cmasc-2002-t04-n4-p347>.

УДК 616.155.194:616.126.32-036.12

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Пастушенко Д. М., Санюк К. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. С. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечная недостаточность (СН) — единственное осложнение сердечно-сосудистой системы, распространенность которой в большинстве стран мира постоянно растет. Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в популяции возрастает: за 10-летний период наблюдения отмечен рост встречаемости случаев в среднем на 1,2 человека на 1000 населения в год, часто обусловленный неадекватным лечением ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) [1].

Распространенность анемии у пациентов с ХСН, по различным данным, варьирует в широких пределах: от 4,1 до 61 %. Это связано, в основном, с неоднородностью контингента пациентов (пол, возраст, сопутствующая патология, функциональный класс (ФК), ХСН по NYHA, а также с различными критериями диагностики анемии. Всемирная организация здравоохранения рекомендует диагностировать ее при снижении концентрации гемоглобина (Hb) 13 г/дл у мужчин и менее 12 г/дл — у женщин [1, 2].

Анемия у пациентов с ХСН — это клинико-гематологический синдром, при котором нарушается синтез гемоглобина в силу целого ряда причин, среди ко-