

ствующей патологии у 16 (53,3 %) пациентов АГ и 5 (16,7 %) пациентов ИБС. При анализе таблицы сопряженности не выявлено достоверных различий по частоте встречаемости ДРП, ДДПНП, ДН, ИБС и АГ у пациентов с сахарным диабетом 1 типа ($p > 0,05$), однако установлены значимые различия по частоте встречаемости ДАН ($\chi^2 = 5,87$; $p = 0,016$) и АГ ($\chi^2 = 6,45$; $p = 0,012$).

Выводы

1. У обследованных пациентов с СД1 не были достигнуты целевые когнитивные показатели по Монреальской шкале. С увеличением возраста пациентов с СД1 возрастает когнитивный дефицит и факторами риска когнитивной дисфункции является снижение СКФ и атерогенная дислипидемия.

2. Учитывая наличие поздних осложнений у обследованных пациентов на долю диабетической ангиопатии ног (80 %) и диабетической дистальной полинейропатии (90 %), пришелся основной процент случаев, а среди сопутствующей патологии артериальная гипертензия составила основной процент случаев (53,3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by>. Дата доступа: 15.03.2022.
2. Selvin, E. Cardiovascular outcomes in trials of oral diabetes medications: a systematic review / E. Selvin, S. Bolen, H. Yeh // Arch Intern Med. 2008. Vol. 208, № 19. P. 2070–2080.
3. Sima, A. The Effect of C-Peptide on Cognitive Dysfunction and Hippocampal Apoptosis in Type 1 Diabetic Rats / A. Sima, Z. Li // Diabetes. 2005. Vol. 54, № 5. P. 1497–1505.
4. Маркеры когнитивных нарушений и вариабельность гликемии у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа / Ю. Г. Самойлова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2018. № 4 (118). С. 48–51.

УДК 616.98:578.834.1]:[616.127:616.124.2-007.61-039.4]:616.12-008.331.1
ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ
ГИПЕРТРОФИЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ильючик И. В. Дренчик И. Д.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день артериальная гипертензия остается одной из глобальных проблем мирового здравоохранения [1].

Артериальной гипертензией страдают около 30–45 % взрослого населения [3]. По данным Фреймингемского исследования, у 90 % людей, достигших возраста 55–65 лет, уже есть или вскоре появится артериальная гипертензия [2].

Течение артериальной гипертензии часто осложняется развитием гипертрофии миокарда левого желудочка.

Гипертрофия левого желудочка — это явное увеличение массы миокарда левого желудочка, развивающееся при артериальной гипертензии, аортальных пороках сердца, недостаточности митрального клапана и других заболеваниях, сопровождающихся длительной перегрузкой левого желудочка, служит мощным независимым предиктором заболеваемости и смертности, способствующим развитию сердечной недостаточности, желудочковой тахикардии, мерцательной аритмии, инфаркта миокарда [2].

Цель

Сравнить частоту встречаемости гипертрофий миокарда левого желудочка у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в период до и после пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования

Для оценки частоты встречаемости использовался архивный материал ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Материалом для исследования стали 100 историй болезни пациентов Гомельской области с артериальной гипертензией с 2017 по 2021 гг. [1].

Для анализа использовались следующие данные: пол, возраст, клинический диагноз и период нахождения в стационаре. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программ «Microsoft Excel 2021» и «Numbers».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе нашей работы пациенты были разделены на 5 возрастных групп: <50, 50–59, 60–69, 70–79, >80 лет.

За 2017–2019 гг. (доковидный период) было взято 50 историй болезни, из которых в возрастном промежутке:

- <50 лет из 11 человек страдает гипертрофией миокарда 3 пациентов, что составляет 27,3 %;
- 50–59 лет из 12 человек — 2 пациентов, что составляет 16,7 %;
- 60–69 лет из 14 человек — 3 пациентов, что составляет 21,4 %;
- 70–79 лет из 10 человек — 3 пациентов, что составляет 30 %;
- >80 лет из 3 человек страдает гипертрофией миокарда 1 человек, что составляет 33,3 %.

В результате данного деления была установлена зависимость: процентное отношение пациентов, в ходе обследования которых была обнаружена гипертрофия миокарда, повышается с увеличением возраста (пик заболеваемости приходится на возраст более 80 лет).

Относительно 2017–2019 гг., в ковидный период процент гипертрофий миокарда увеличился на 10 % (с 24 % в доковидный период до 36 % в ковидный).

За 2021 г. (ковидный период) было взято 50 историй болезни пациентов, перенесших SARS-COV-2.

В возрастном промежутке:

- <50 лет из 2 человек ни у одного пациента не было выявлено гипертрофии миокарда;
- 50–59 лет из 10 человек — 4 пациентов, что составляет 40 %;
- 60–69 лет из 22 человек — 9 пациентов, что составляет 40,9 %;
- 70–79 лет из 10 человек — 5 пациентов, что составляет 50 %;
- >80 лет из 5 человек, ни у одного пациента не было выявлено гипертрофии миокарда.

В результате данного деления была установлена следующая зависимость: наибольшая частота выявляемости ГМ у пациентов, перенесших SARS-COV-2, приходится на более ранний возрастной промежуток (55–75 лет), по сравнению с доковидным периодом (более 80 лет) (рисунок 1).

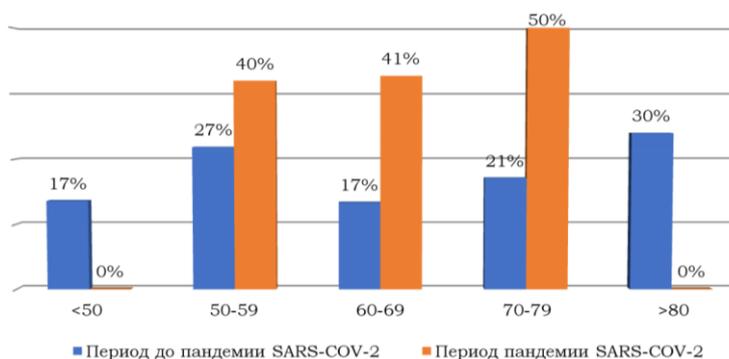


Рисунок 1 — Процент пациентов, страдающих гипертрофией миокарда, относительно возраста в период до и после пандемии SARS-COV-2

Выводы

1. Частота выявляемости гипертрофий миокарда левого желудочка у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в период пандемии COVID-19 составила 36 %, что на 12 % больше, чем в доковидный период.

2. В доковидный период ГМ наиболее часто диагностируется в возрастном промежутке более 80 лет, однако у пациентов, перенесших SARS-COV-2, этот показатель составил 55–75 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Этиология, патогенез, клиническая картина артериальной гипертензии в пожилом возрасте / А. И. Карабаева [и др.]. Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы, Казахстан, 2013. 1 с.

2. Ускова, О. В. Гипертрофия левого желудочка сердца: диагностика, последствия и прогноз / О. В. Ускова, К. О. Соболев, Г. И. Сторожаков. Россия: Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 2012. 4 с.

3. Артериальная гипертония: учебное пособие для студентов старших курсов, клинических ординаторов и интернов медицинских высших учебных заведений, врачей-специалистов / А. В. Фандеев [и др.]. М. : Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 2017. 7 с.

УДК 616-006.446.2-053.2-097(476.2)

ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Исаенко К. Н.

Научный руководитель: доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) — это злокачественное заболевание системы кроветворения, состоящее в появлении опухолевого клона из клеток линий лимфоидной дифференцировки, составляющего не менее 20 % от других ядерных клеточных элементов, и в своем естественном течении, без лечения неизбежно приводящее к фатальному исходу. Клиническая симптоматика развернутой стадии острого лимфобластного лейкоза складывается из основных 5 синдромов: гиперпластического, геморрагического, анемического, синдрома опухолевой интоксикации и синдрома инфекционных осложнений [1, 2]. Заболевание является самой распространенной формой среди всех онкогематологических заболеваний у детей и занимает 25 % всех опухолей и до 75 % всех гемобластозов. Согласно мировой статистике, более низкая заболеваемость острым лимфобластным лейкозом отмечается в странах Африки и Средней Азии, относительно более высокая — в Китае, Японии, США, Европе. Традиционно выделяют ОЛЛ из В-клеток-предшественников (ВП-ОЛЛ), который встречается в 10 раз чаще, чем Т-линейный ОЛЛ (Т-ОЛЛ). Однако Т-клеточный лимфобластный лейкоз — чрезвычайно агрессивное заболевание. До недавнего введения более совершенных методов лечения, медиана выживаемости составляла 7,5 месяцев после постановки диагноза. В настоящее время доказана эффективность лечения ОЛЛ у детей по протоколу МБ (Москва-Берлин). В следствии чего, многие пациенты выживают пять лет и более, хотя медиана выживаемости все еще остается низкой [3].

Цель

Сравнить особенности течения и лабораторные показатели при В-клеточном и Т-клеточном вариантах острого лимфобластного лейкоза у детей.

Материал и методы исследования

Изучены амбулаторные и стационарные медицинские карты 190 пациентов в возрасте от 9 месяцев до 18 лет с острым лимфобластным лейкозом, нахо-