



Рисунок 1 – Соотношение групп пациентов по наличию или отсутствию тромбозмболических осложнений

Выводы

На основании проведенных исследований мы заключили следующее: выраженной корреляции между тромбообразованием и сопутствующей заболеваемостью SARS-Covid-19 не выявлено (11 % Covid+ и 13% Covid- с имеющимися тромбозмболическими осложнениями соответственно), 18 % исследуемых имели ТО без перенесенной инфекции.

Таким образом, риск ТО у пациентов со стентированием как с инфекцией SARS-Covid-19, так и без нее, одинаков и, скорее всего, вызван другой системной патологией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mishra, A.; Chanchal, S.; Ashraf, M.Z. Host-Viral Interactions Revealed among Shared Transcriptomics Signatures of ARDS and Thrombosis: A Clue into COVID-19 Pathogenesis. *TH Open*. – 2020. – № 4. – e403–e412.
2. Aleksova, A.; Gagno, G.; Sinagra, G.; Beltrami, A.P.; Janjusevic, M.; Ippolito, G.; Zumla, A.; Fluca, A.L.; Ferro, F. Effects of SARS-CoV-2 on Cardiovascular System: The Dual Role of Angiotensin-Converting Enzyme 2 (ACE2) as the Virus Receptor and Homeostasis Regulator-Review // *Int. J. Mol. Sci.* – 2021. – № 22. – P. 4526.
3. Sriram, K.; Insel, P.A. A hypothesis for pathobiology and treatment of COVID-19: The centrality of ACE1/ACE2 imbalance. *Br. J. Pharmacol.* – 2020. – № 177. – P. 4825–4844.

УДК 616.24-036.11:616.61-036.12-037

К. П. Коцур, П. С. Ефимчик

Научный руководитель: ассистент А. Е. Воропаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РИСК РАЗВИТИЯ ХБП У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается социально значимым заболеванием с широким охватом населения. По данным разных авторов, распространенность ХОБЛ во всем мире достигает 7–19 % [1]. ХОБЛ также рассматривается как заболевание, которое в рамках коморбидности находится в тесной связи с другими видами патологии, протекает с поражением различных органов и систем. Одним из видов патологии, с которым ХОБЛ часто сочетается, является хроническая болезнь почек (ХБП) [2]. Важность выявления ХБП на ранних стадиях у лиц с ХОБЛ определяется повышенным риском развития сердечно-сосудистых событий и возникновения кардиоренального синдрома [3].

Цель

Изучить функциональную способность почек путем определения СКФ и определить риск развития ХБП у пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы исследования

Исследование проходило на базе Гомельской городской клинической поликлиники № 3 и филиала № 6 Гомельской центральной городской клинической поликлиники. Для проведения исследования был отобран 71 пациент с документально подтвержденным диагнозом ХОБЛ. Диагноз устанавливался на основании жалоб, данных полученных при выяснении анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с Международной классификация болезней 10-го пересмотра, клиническими рекомендациями Республики Беларусь, а также в соответствии с рекомендациями современной концепции GOLD, 2016 года. Возраст исследуемых пациентов находился в диапазоне от 45 до 93 лет. Среди исследуемых 33 пациентов составляют женщины, 38 – мужчины.

Для каждого пациента был произведен подсчет СКФ по формуле MDRD:

$$\text{СКФ (мл/мин/1.73 м}^2\text{)} = 175 \times (\text{Scr} \cdot \text{IDMS}/88.4) - 1.154 \times (\text{Возраст, лет}) - 0.203 \times (0.742 \text{ для женщин}) \text{ (в единицах СИ).}$$

Стадия ХБП определялась в соответствии с международной классификацией хронической болезни почек. Полученный в ходе исследования материал был обработан при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel. Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Статистическая обработка данных между различными выборочными совокупностями проводилась методом вариационной статистики Фишера – Стьюдента. Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В возрастной группе до 60 лет скорость клубочковой фильтрации в среднем составила $83,1 \pm 16,9$ мл/мин; от 60 до 69 лет – $77,4 \pm 13,6$ мл/мин; от 70 до 79 лет – $64,6 \pm 13,6$ мл/мин; 80 лет и старше – $60,7 \pm 11,8$ мл/мин (рисунок 1).

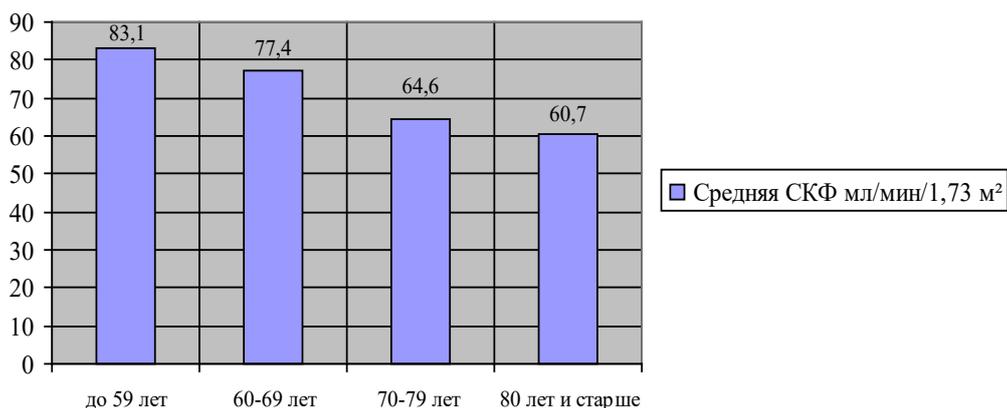


Рисунок 1 – Средняя СКФ в разных возрастных группах

В возрастной группе до 60 лет скорость клубочковой фильтрации у мужчин в среднем составила $93,1 \pm 15,2$ мл/мин, у женщин – $71,3 \pm 10,4$ мл/мин; от 60 до 69 лет – у мужчин $81,3 \pm 14,8$ мл/мин, у женщин $70,6 \pm 8,4$ мл/мин; от 70 до 79 лет – у мужчин $69,6 \pm 17,3$ мл/мин, у женщин $59,6 \pm 5,9$ мл/мин; 80 лет и старше – мужчины $65,4 \pm 11,9$ мл/мин, женщины – $57 \pm 10,8$ мл/мин (рисунок 2).

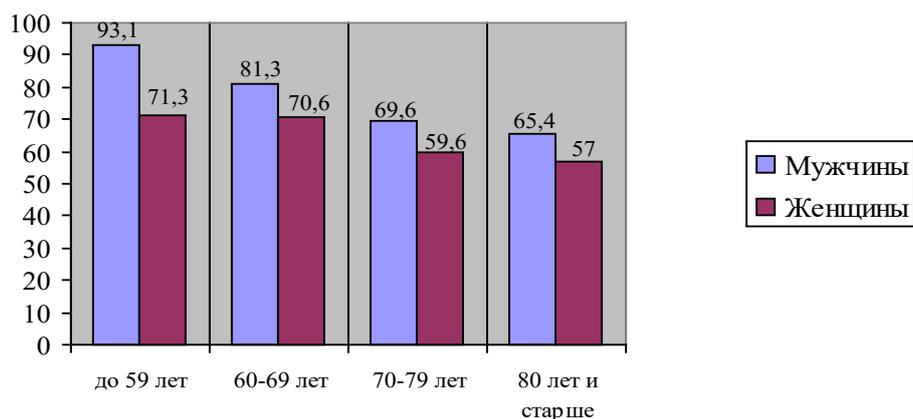


Рисунок 2 – Сравнительная характеристика СКФ мужчин и женщин в разных возрастных группах

Из всех исследуемых 11,3 % (8 пациентов) приходится на лиц с ХБП I стадии, являющихся мужчинами. 59,2 % (42 человека) имеют ХБП II стадии, из них 47,6% женщин, и 52,4% – мужчины. 28,2% (20 человек) имеют ХБП IIIа стадии, из которых 65% – женщины, 35% – мужчины. ХБП IIIб стадии отмечена у одного пациента.

Пациентов, страдающих ХБП IV и V стадии не выявлено (рисунок 3, рисунок 4).

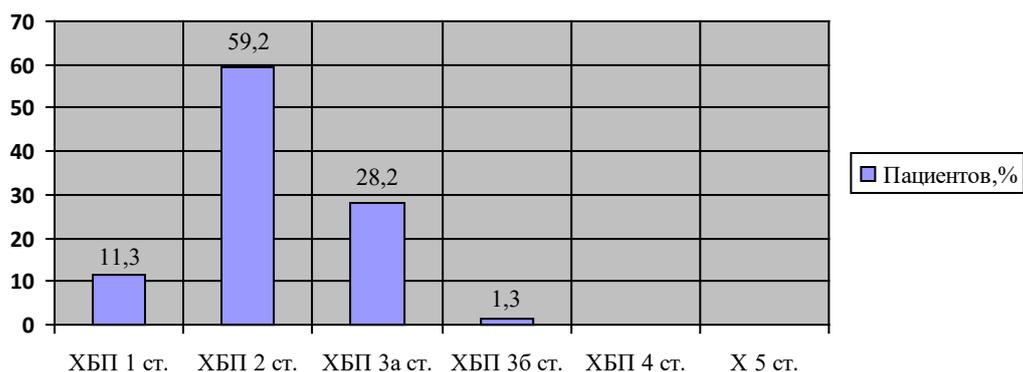


Рисунок 3 – Частота встречаемости стадий ХБП

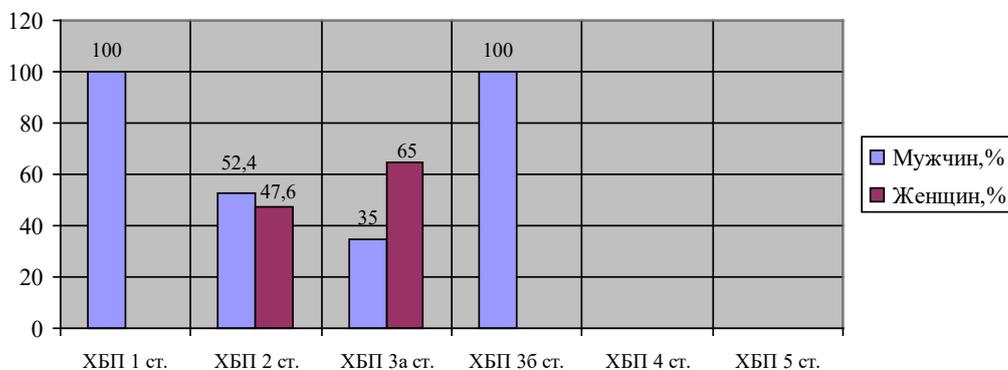


Рисунок 4 – Сравнительная характеристика частоты встречаемости различных стадий ХБП среди мужчин и женщин

Выводы

Наибольшее количество пациентов с ХОБЛ имеют ХБП II стадии ($p < 0,05$). Среди пациентов с ХОБЛ четко прослеживается тенденция к снижению СКФ с увеличением возраста ($p < 0,05$), следовательно, с возрастом, риск развития ХБП у пациентов с ХОБЛ значительно увеличивается. Снижение СКФ при ХОБЛ отмечается у всех исследуемых, однако более низкие значения получены среди женщин, из этого следует, что ХБП у женщин с ХОБЛ проявляется более тяжелыми стадиями. Соответственно, следует уделять достаточное внимание раннему выявлению ХБП у больных ХОБЛ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прогностическое значение молекул средней массы у больных хронической обструктивной болезнью лёгких / Т.В. Прокофьева [и др.] // Acta biomedica scientifica. – 2022. – № 7. – С. 34-44.
2. Болотова, Е. В. Особенности факторов риска хронической болезни лёгких у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких / Е. В. Болотова, А. В. Дудникова // Нефрология. – 2015. – № 5. – С. 28-33.
3. Бакина А. А, Павленко В. И. Хроническая болезнь почек как проявление коморбидности у больных хронической обструктивной болезнью лёгких / А. А. Бакина, В. И. Павленко // Бюл. физ. и пат. дых. – 2018. – № 69.

УДК 616-006.441-079.4

И. Н. Кошеев

Научные руководители: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение

Среди лимфопролиферативных заболеваний особого внимания заслуживает хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – лимфома из малых лимфоцитов, или лимфоцитарная лимфома). ХЛЛ – представляет собой опухолевое заболевание лимфоидной ткани, проявляющееся клональной пролиферацией и прогрессирующим накоплением неопластических морфологически зрелых неполноценных В-лимфоцитов в костном мозге, периферической крови, лимфатических узлах, селезенке и других органах и тканях. Клеточный субстрат хронического лимфолейкоза представлен морфологически зрелыми лимфоцитами, в основном В-популяцией (около 95 %) и значительно реже – Т-лимфоцитами (около 5 %). ХЛЛ является наиболее часто встречающимся лейкозом в Европе и Северной Америке, где средняя заболеваемость составляет 3–3,5 случая на 100 тысяч человек, в том числе среди лиц старше 65 лет – в пределах 20 человек, а старше 70 – до 50 человек на 100 тысяч населения. ХЛЛ относится к заболеваниям очень пожилого возраста [1, 2].

Согласно рекомендациям Рабочей группы Национального института рака США, для постановки диагноза хронического лимфолейкоза необходимы, как минимум, следующие условия: количество лимфоцитов в периферической крови более $5 \times 10^9/\text{л}$; большинство лимфоцитов экспрессируют маркеры В-лимфоцитов, включая легкие цепи иммуноглобулинов, поверхностный иммуноглобулин с низкой плотностью; специфичные для В-лимфоцитов антигены CD19, CD20 и CD24 или CD5 при отсутствии маркеров Т-лимфоцитов; в костном мозге количество лимфоцитов более 30 %. Важным в дифференциальной диагностике ХЛЛ с неходжкинской лимфомой (НХЛ) является иммунофенотипирование опухолевых клеток [3, 4].