

Анализируя ИМТ в данной группе пациентов отмечено, что у 32% пациентов не было избытка веса, у 31% пациентов избыточный вес. Так, с учетом степени ожирения пациенты были распределены следующим образом: ожирение 1 ст. – 31% пациентов, ожирение 2 ст. – 3% пациентов и ожирение 3 ст. – 3% пациентов. Характеризуя ОТ у женщин только 40% пациентов, достигли целевых значений и у 60% пациентов ОТ превышал 80 см. ($p < 0,05$). У пациентов мужского пола в 56% случаев ОТ превышал целевые значения (более 94 см). Показатели липидного спектра не соответствовали целевым показателям холестерина не-ЛПВП с учетом шкал SCORE2 и SCORE2-OP.

Выводы

У 73% пациентов с МАКП зафиксирован очень высокий КВР по результатам шкал SCORE2 и SCORE2-OP в возрастной группе, соответствующей пожилому возрасту с избыточной массой тела, независимо от пола пациентов.

Высокая степень КВР отмечена у 27% пациентов с МАКП и также зависит от возраста пациентов и степени избытка веса независимо от гендерного фактора.

Независимо от степени КВР пациенты с МАКП не достигли целевых значений липидного спектра с учетом шкал SCORE2 и SCORE2-OP.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. The Lancet [web]/ – URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32203-7/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32203-7/fulltext#%20) (дата обращения: 04.03.2025)/
2. Бойцов, С. А. Кардиоваскулярная профилактика: российские национальные рекомендации / С. А. Бойцов – Москва, 2022. – 10 с.
3. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe / SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42, № 25. – P. 2439–2454.

УДК 616.155.392.2-036.12-039.36

Н. Л. Юшковский, К. В. Войтова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Введение

Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) – клональное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся накоплением атипичных зрелых CD5/CD19/CD23-позитивных В-лимфоцитов преимущественно в крови, костном мозге (КМ), лимфатических узлах, печени и селезенке. Частота заболеваемости ХЛЛ увеличивается с возрастом (более 20 случаев на 100000 населения в год среди людей старше 60 лет). Этиология ХЛЛ до конца не выяснена, однако отмечается значительное увеличение заболеваемости среди лиц, имеющих родственные связи с людьми, с диагностированным ранее ХЛЛ, что указывает на влияние генетических факторов в развитии данного заболевания. Молекулярный патогенез ХЛЛ – комплексный процесс, протекающий в несколько этапов, результатом которого является бесконтрольная репликация лимфоцитов. У 5–15% людей старше 40 лет до дебютирования ХЛЛ в крови обнаруживается моноклональный В-клеточный лимфоцитоз (МВКЛ). МВКЛ возникает в результате мутации определенных генов, антигенной стимуляции, цитогенетических нарушений и эпигенетической модификации.

По прошествии некоторого времени, и присоединении дополнительных генетических нарушений, возникает клон лимфоцитов с фенотипом клеток ХЛЛ. Клетки ХЛЛ могут вызывать возникновение специализированных клеток (Nurse-like cells), определяющих их клональную экспансию и защищающих от генотоксических воздействий. ХЛЛ в своем течении проходит три стадии (А, В, С), определяющихся результатами физикального и лабораторного обследования. «А» стадии соответствуют: гемоглобин >100 г/л; тромбоциты $>100 \times 10^9$ /л; поражение <3 лимфатических областей. «В» стадии соответствуют: гемоглобин >100 г/л; тромбоциты $>100 \times 10^9$ /л; поражение >3 лимфатических областей. «С» стадии соответствуют: гемоглобин <100 г/л или уровень тромбоцитов $<100 \times 10^9$ /л [1, 2, 3].

Цель

Определить основные клинические и гематологические показатели у пациентов с хроническим лимфоцитарным лейкозом в зависимости от стадии и наличия или отсутствия прогрессирования заболевания.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили 94 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в Государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Диагноз ХЛЛ устанавливался при лимфоцитозе периферической крови более 5×10^9 /л, лимфоцитарной инфильтрации костного мозга $\geq 30\%$ обязательным наличием иммунофенотипических маркеров. Анализировались первичная клиническая симптоматика, показатели периферической крови, половозрастные показатели. Соотношение количества женщин (45 человек) к мужчинам (49 человек) составило 1:1,08. Медиана первичной заболеваемости пришлась на 64,5 лет [55,25; 72]. Возраст пациентов на момент диагноза составил от 36 до 91 года. Средний возраст на момент последнего обращения составил 68 лет. Метод исследования – ретроспективный анализ историй болезни. Для удобства проведения исследования была создана электронная таблица с изучаемыми показателями пациентов в программе MicrosoftOfficeExcel 2007. Для анализа данных использовалась программа Microsoft OfficeExcel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

Количество пациентов в впервые установленным диагнозом ХЛЛ в А стадии составило 86% (n=81). За счет прогрессирования, на момент последнего обращения процент пациентов в А стадии был 63,8% (n=60). Среди всех обратившихся, диагноз ХЛЛ в В стадии был впервые выставлен 9,5% (n=9) пациентам. К 2025 году, за счет прогрессирования заболевания, количество пациентов в данной стадии увеличилось до 25,5% (n=24). Число пациентов с впервые выявленным ХЛЛ в С стадии составило 4,2% (n=4), а к 2025 году количество человек в данной стадии достигло 10,6% (n=10). Исходя из этого можно сделать вывод о высоком уровне диагностируемости ХЛЛ на ранних стадиях заболеваемости. При этом у 25% пациентов (n=24) болезнь прогрессировала (у 71% – до В стадии, у 29% – до С стадии), что говорит о том, что достаточно большая часть всех случаев ХЛЛ является резистентной к проводимой терапии. Не было выявлено влияния пола на возникновение резистентности к терапии (50% женщин среди лиц с прогрессирующим течением заболевания). Период времени до прогрессирования ХЛЛ составил – 2,48 года.

Среди лиц без прогрессирования заболевания (n=70), более 85% (n=60), был выставлен ХЛЛ в А стадии, только 8,5% (n=6) пациентам был выставлен ХЛЛ в В стадии, и 5,7% (n=4) – в С стадии. Таким образом, среди всех впервые выявленных случаев

ХЛЛ в А стадии, 74% случаев остаются на данной стадии, а 26% в последствии прогрессируют. Из всех впервые диагностированных случаев ХЛЛ в В стадии 66,6% остались на данной стадии, а в 33,3% случаев наблюдалась прогрессия заболевания. В клинической картине пациентов с ХЛЛ, без прогрессирующего течения в А стадии, самым частым симптомом оказалась слабость 63% (n=38), а в 8,3% являлась единственным проявлением заболевания. Реже встречались: увеличение периферических лимфатических узлов (ПЛУ) – 26,6% (n=16), выраженная потливость в ночное время – 8,3% (n=5), гепатоспленомегалия – 18,3% (n=11), головокружение, головная боль или синкопальные состояния – 33,3% (n=20), боли в суставах или костях – 13,3% (n=8). Также 26,6% (n=16) пациентов отмечали, как минимум один из следующих симптомов: изжога, частый жидкий стул, снижение зрения, появление синяков, зуд, снижение аппетита, сухость во рту, боль в горле, дискомфорт в эпигастрии, нервозность или одышка. У 6,6% (n=4) заболевание протекало бессимптомно. Количество лимфоцитов в периферической крови у таких пациентов составило от $5,1 \cdot 10^9$ до $156 \cdot 10^9$ /литр. Медиана пришлась на $14,3 \cdot 10^9$ /литр.

В клинической картине лиц с ХЛЛ без прогрессирующего течения в В стадии самым частым симптомом также оказалась общая слабость, встречающаяся в 100% (n=6) случаев. Реже встречались: увеличение ПЛУ – 83% (n=5), головокружение – 33% (n=2), спленомегалия – 50% (n=3). Отдельные пациенты также упоминали следующие симптомы: боль в суставах, осиплость голоса, появление гематом. Все пациенты отмечали, как минимум 3 разных симптома, бессимптомного течения не было обнаружено ни у кого. Количество лимфоцитов у таких пациентов составило от $10,3 \cdot 10^9$ до $124,0 \cdot 10^9$ /литр. Медиана пришлась на $37,9 \cdot 10^9$ /литр.

В клинической картине пациентов с ХЛЛ без прогрессирующего течения в С стадии, 4 из 4 отмечали увеличение и болезненность периферических лимфатических узлов, столько же пациентов отмечали признаки слабости и недомогания. У двоих из четырех была выявлена спленомегалия. У отдельных пациентов встречались жалобы на скованность суставов, тяжесть за грудиной, появление геморрагической сыпи. Количество лимфоцитов у таких пациентов составило от $9 \cdot 10^9$ до $99,0 \cdot 10^9$ /литр. Среднее количество лимфоцитов – $48,85 \cdot 10^9$ /литр. Медиана пришлась на $47,8 \cdot 10^9$ /литр.

В клинической картине лиц с ХЛЛ с прогрессирующим течением в А стадии (n=21), самым частым симптомом оказалась общая слабость и недомогание – 61,9% (n=13), при этом в 14% случаев являясь единственным проявлением заболевания. Реже встречались увеличение ПЛУ – 57,1% (n=12), спленомегалия – 19% (n=4), потливость в ночное время или нарушения сна – 23,8% (n=5). Отдельные пациенты отмечали: тяжесть в правом подреберье, снижение массы тела, снижение аппетита, онемение кончиков пальцев. В 4,7% (n=1) наблюдалось бессимптомное течение. Количество лимфоцитов ранжировалось от $5,6 \cdot 10^9$ до $89,2 \cdot 10^9$ /литр. Среднее количество составило $30,4 \cdot 10^9$ клеток/литр. Медиана пришлась на $23,8 \cdot 10^9$ лимфоцитов/литр.

В клинической картине лиц с ХЛЛ с прогрессирующим течением в В стадии (n=3), 100% пациентов отмечали слабость, спленомегалию, увеличение ПЛУ и ночную потливость. Количество лимфоцитов ранжировалось от $20,8 \cdot 10^9$ до $109,0 \cdot 10^9$ /литр. Среднее количество лимфоцитов $63,8 \cdot 10^9$ /литр. Медиана пришлась на $61,7 \cdot 10^9$ клеток/литр.

Выводы

В клинической картине пациентов с ХЛЛ без прогрессирующего течения слабость и общее недомогание являлись самыми частыми симптомами, при этом с увеличением

тяжести течения происходит и увеличение частоты возникновения слабости (86% при А стадии, 100% при В и С стадиях). Увеличение ПЛУ при А стадии встречалось в 26,6%, при В стадии – 83%, при С стадии – 100%. Спленомегалия при А стадии выявлялась в 18,3% случаев, при В стадии в 50% случаев, при С стадии в 50% случаев. При А стадии пациенты в 33,3% случаев отмечали жалобы на головокружение и головную боль, что не встречалось при более тяжелых стадиях течения.

В клинической картине пациентов с прогрессирующим течением ХЛЛ в А стадии реже отмечались жалобы на слабость и общее недомогание, чем у пациентов с такой же стадией, но без прогрессирующего течения (61,9% против 86%), однако чаще отмечали увеличение ПЛУ и спленомегалию (57,1% и 19,0% против 26,6% и 18,3% соответственно). В клинической картине ХЛЛ с прогрессирующим течением в В стадии, 100% пациентов отмечали слабость, спленомегалию, увеличение ПЛУ и ночную потливость. Медиана количества лимфоцитов при ХЛЛ в А стадии пришлась на $23,8 \cdot 10^9/\text{литр}$, при В стадии – $61,7 \cdot 10^9/\text{литр}$.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кравченко, Д. В. Хронический лимфоцитарный лейкоз: клиника, диагностика, лечение / Д.В. Кравченко, А.И. Свириновский. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2017. – 117 с.
2. Фиясь, А. Т. Хронический лимфолейкоз: диагностика и лечение / А. Т. Фиясь, Б. И. Френкель // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 4. – С. 93–97.
3. Ходулева, С. А. Оценка гепатотоксичности этапа индукционной терапии острого лимфобластного лейкоза у детей / С. А. Ходулева, И. П. Ромашевская, А. Н. Демиденко, Е. Ф. Мицура // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2019. – № 22. – С. 112–117.

УДК 616.155.392.2:616-006.442.2 (549.1)

Abdul Rehman Mohammad, Ashraf Eman

Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor S. A. Khoduleva

*Educational Establishment
« Gomel State Medical University »
Gomel, Republic of Belarus*

CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA IN PAKISTAN

Introduction

In Pakistan, CLL is considered a rare hematological malignancy, with an overall prevalence of 0.9% and accounting for approximately 9.7% of leukemia cases. This disease primarily affects older individuals, with the incidence rate rising after the age of 60, and there is a slight male predominance. In the Western countries, it is the most prevalent leukemia in adults, accounting for 25–35% of all leukemia cases. However, in Asia, the prevalence of CLL is relatively low, comprising of only 10% of the cases observed in the Western countries. The current understanding of CLL emphasizes the heterogeneity of the disease, characterized by variations in clinical presentation, genetic mutations, and treatment responses among different demographics. This is particularly relevant in Pakistan, where factors such as socioeconomic status, access to healthcare, and genetic predispositions can influence disease management and outcomes. In recent years, targeted therapies, such as Bruton tyrosine kinase inhibitors (BTK inhibitors) and BCL2 inhibitors, have transformed the treatment paradigm for CLL, offering improved survival rates and