

ЛИТЕРАТУРА

1. Панкратов, О. В. Ограниченная склеродермия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / О. В. Панкратов, Л. А. Порошина // *Здравоохранение*. — 2019. — № 6. — С. 28–38.
2. Порошина, Л. А. Анализ заболеваемости ограниченной склеродермией в Гомельской области / Л. А. Порошина, Е. И. Рублевская // *Дерматовенерология. Косметология*. — 2021. — Т. 7, № 2. — С. 185–188.
3. Юрковский, А. М. Ограниченная склеродермия: сонографический паттерн в стадию эритемы/отека / А. М. Юрковский, Л. А. Порошина, С. Л. Ачинович // *Проблемы здоровья и экологии*. — 2021. — Т. 18, № 3. — С. 137–143.
4. 14-MHz Ultrasonography as an outcome measure in morphea (localized scleroderma) / K. A. Nezafati [et al.] // *Arch Dermatol*. — 2011. — № 147(9). — P. 1112–1115.
5. High frequency ultrasound can detect improvement of lesions in juvenile localized scleroderma / F. Porta [et al.] // *Mod Rheumatol*. — 2014. — № 24(5). — P. 869–873.

УДК 613.84:[616.98:578.834.1]-06

КУРЕНИЕ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Прислопская А. Ю., Малаева Е. Г., Леоновец Е. С.

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

Введение

Коронавирусная инфекция (COVID-19) — это острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом вируса из рода коронавирусов SARS CoV-2 с тропностью к легочной ткани. Заболевание может протекать в виде бессимптомного вирусоносительства или клинически выраженных форм, вплоть до развития атипичной пневмонии с риском развития осложнений (острой дыхательной недостаточности, острого респираторного дистресс-синдрома, сепсиса, шока, синдрома полиорганной недостаточности) [1].

Пандемия COVID-19 привела мировое здравоохранение к всеобщей мобилизации, и выдвинула совершенно новые проблемы для ученых и медицинских работников во всем мире.

Данные наблюдений, накопленные на протяжении всей пандемии коронавирусной инфекции, выявили несколько факторов, связанных с тяжестью COVID-19, включая пожилой возраст, мужской пол, избыточную массу тела, сопутствующие кардио-метаболические заболевания (такие как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и сахарный диабет), этническую принадлежность, а также табакокурение [2].

На сегодняшний день считается, что курение, возможно, связано с неблагоприятным прогнозом заболевания, поскольку многочисленные данные свидетельствуют о негативном влиянии употребления табака на здоровье легких и его причинной связи с множеством респираторных заболеваний [3].

Курение повышает риск респираторных инфекций, хронической обструктивной болезни легких, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, ослабляет иммунную систему, делает пациентов более уязвимыми в отношении COVID-19, усугубляет тяжесть болезни и ухудшают прогноз [4].

В опубликованном систематическом обзоре «COVID-19 и курение» журнала TID — Tobacco Induced Diseases за март 2020 г. проанализированы 5 исследований, представляющих данные о статусе курения пациентов, инфицированных COVID-19. Анализ показал, что у курильщиков в 1,4 раза чаще имелись серьезные симптомы COVID-19. Более того, курильщики примерно в 2,4 раза чаще поступали в отделение интенсивной терапии, нуждались в ИВЛ или умирали по сравнению с некурящими пациентами [5]. Поэтому вполне естественно, что изучение связи между курением табака с одной стороны и развитием COVID-19

с другой представляется крайне актуальной задачей, хотя в данном аспекте имеется и противоречивая информация.

Цель

Оценка роли табакокурения как отягощающего фактора течения коронавирусной инфекции.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 210 амбулаторных карт и выписных эпикризов пациентов, получавших лечение по поводу внегоспитальной пневмонии в Государственном учреждении здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника» филиал № 9 в период с 20.10.2020 г. по 20.06.2021 г. Из группы были исключены пациенты с сопутствующими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение и сахарный диабет, которые так же могли явиться отягощающими факторами течения коронавирусной инфекции. Средний возраст пациентов составил 46 ± 5 лет. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и программы «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Учитывая наличие табакокурения в анамнезе, пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили курящие пациенты — 84 (40 %), вторую — пациенты, имеющие табакокурение в анамнезе — 28 (13,3 %), третью группу — некурящие — 98 (46,7 %) пациентов. Все пациенты на начальной стадии заболевания проходили лечение на амбулаторном этапе. 117 (55,7 %) пациентов были госпитализированы в стационар, в связи с ухудшением течения заболевания. Среднее время между появлением первых симптомов заболевания и госпитализацией составило 6-8 дней для курящих пациентов, 7-9 дней для пациентов, имеющих табакокурение в анамнезе, 8-14 дней для некурящих. Процент пациентов, поступивших в стационар, по 3 группам составил: 49 % ($n = 58$) курящих пациентов, 14 % ($n = 16$) пациентов, имеющих курение в анамнезе, 37 % ($n = 43$) некурящих пациентов. В таблице 1 представлено распределение пациентов по группам и диагнозам.

Таблица 1 — Структура диагнозов у госпитализированных пациентов

Диагноз	Курящие пациенты	Некурящие пациенты	Пациенты имеющие табакокурение в анамнезе
Односторонняя внегоспитальная пневмония	11 (8,5 %)	29 (25 %)	7 (6 %)
Двусторонняя внегоспитальная Пневмония	47 (40,5 %)	14 (12 %)	9 (8 %)

Диагноз односторонняя внегоспитальная пневмония превалирует у некурящих пациентов 25 % ($n = 29$), двусторонняя внегоспитальная пневмония более характерна для курящих 40,5 % ($n = 47$) пациентов.

Количество пациентов, переведенных в реанимационное отделение, в связи с тяжестью состояния, составило 42 (36 %) пациента, из которых 28 (67 %) курящие пациенты, 7 (16,5 %) некурящих пациента и 7 (16,5 %) имеющих табакокурение в анамнезе.

Для оценки статистической значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска был использован критерий χ^2 Пирсона. Значение критерия χ^2 составляет 10,434. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p = 0,01$ составляет 6,635. Связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0,01$. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что по анализируемым параметрам между курящими пациентами, пациентами имеющими табакокурение в

анамнезе и некурящими пациентами выявлены статистически значимые различия (уровень значимости $p = 0,002$).

Выводы

Процент госпитализации пациентов, которые имеют табакокурение (активное и в анамнезе) как отягощающий фактор течения коронавирусной инфекции составил 63 %. Следует отметить, что двусторонняя внегоспитальная пневмония более характерна для курящих пациентов. 67 % курящим пациентам потребовалась интенсивная терапия в отделении реанимации в связи с прогрессирующим ухудшением состояния. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что табакокурение может усугубить развитие болезни и ухудшить ее прогноз, что позволяет назвать его отягощающим фактором течения инфекции Covid-19.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение коронавирусной инфекции COVID 19: клинический протокол, одобренный объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан. [Электронный ресурс]. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Протокол № 92 от 06.05.2020 г. — https://www.gov.kz/uploads/2020/7/18/4cdd145671895d1bd8e58914117c93dc_original.2463851.pdf.
2. Smoking and COVID-19 outcomes: an observational and Mendelian randomisation study using the UK Biobank cohort / A. K. Clift [et al.] // Thorax. — 2021. — № 0. — P. 1–9. — doi: 10.1136/thoraxjnl-2021-217080.
3. Secular trends in smoking in relation to prevalent and incident smoking-related disease: A prospective population-based study / P. Tonnesen [et al.] // Tob Induc Dis. — 2019. — Vol. 17. — P. 72. — doi:10.18332/tid/112459.
4. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China / W. J. Guan [et al.] // N Engl J Med. — 2020. — Vol. 382(18). — P. 1708–1720. — doi:10.1056/NEJMoa2002032.
5. Vardavas, C. I. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence / C. I. Vardavas, K. Nikitara // Tob Induc Dis. — 2020. — Vol. 18. — P. 20. — doi:10.18332/tid/119324.

УДК 616.155. 392-053.2:616.441-002

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

**Ромашевская И. П.¹, Ярец Ю.И.¹, Ходулева С. А.², Евдочкова Т. И.¹,
Бондарева Е. Р.¹, Жук О. В.¹, Киреева Т. И.¹**

**¹Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,
²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самой распространенной опухолью кроветворной ткани в детском возрасте и составляет 25–30 % всех злокачественных опухолей у детей и до 90 % случаев острого лейкоза. Уровень заболеваемости ОЛЛ в Европе составляет 3,4–4,0 на 100 тыс. детского населения в год, в Республике Беларусь — 4,2. Пик заболеваемости отмечается в возрасте 3–5 лет [1]. В соответствии с иммунологической классификацией EGIL (Европейская группа по иммунологии лейкозов, 1995) В-линейный вариант встречается в 85–90 % случаев ОЛЛ детского возраста. Диагностика ОЛЛ базируется на морфологическом и цитологическом исследовании клеток костного мозга (наличие бластных форм более 25 %), требует проведения иммунофенотипического исследования для установления иммунологического варианта ОЛЛ [2]. Важное значение на сегодняшний день придается цитогенетическим и молекулярно-генетическим исследованиям. Прогноз течения заболевания, выбор полихимиотерапии во многом определяются вариантом лейкоза и наличием прогностических факторов, зависящих от возраста ребенка, инициального лей-