

ЛПВП (ммоль/л)	0,7 [0,6; 0,9] (0,2–2,7)	$r_s=0,31$; $p=0,01$	$r_s=0,34$; $p=0,00$	$r_s=-0,24$; $p=0,03$
ЛПНП (ммоль/л)	2 [1,55; 2,5] (0,8–5,1)	$r_s=0,38$; $p=0,00$	$r_s=0,29$; $p=0,01$	$r_s=-0,04$; $p=0,75$
триглицериды (ммоль/л)	1,3 [0,9; 1,6] (0,4–5,9)	$r_s=0,23$; $p=0,04$	$r_s=0,23$; $p=0,04$	$r_s=-0,07$; $p=0,52$

На основании полученных результатов было установлено, что у мужчин с ОИДЛ уровни тиреоидных гормонов имеют корреляционные связи с биохимическими показателями крови, характеризующими состояние обмена белков и липидов.

Выводы. У мужчин с ОИДЛ определены корреляционные связи уровней тиреоидных гормонов с основными гематологическими и биохимическими показателями крови, отражающими выраженность воспалительного ответа, анемический синдром, состояние обмена белков и липидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенков, Л. Н. Хирургия острых инфекционных деструкций легких / Л. Н. Бисенков, В. И. Попов, С. А. Шалаев. – СПб. : ДЕАН, 2003. – 400 с.
2. Mullur, R. Thyroid hormone regulation of metabolism / R. Mullur, Y. Y. Liu, G. A. Brent // *Physiol. Rev.* – 2014. – Vol. 94, № 2. – P. 355–382.
3. Петунина, Н. А. Дисфункция щитовидной железы и система кроветворения / Н. А. Петунина, Н. С. Мартиросян, Л. В. Трухина // *Клин. и эксперим. тиреоидол.* – 2011. – Т. 7, № 4. – С. 27–31.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОСНОВНЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ И БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У МУЖЧИН С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ

Ермашкевич С. Н., Петухов В. И., Кунцевич М. В.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Актуальность. Острые инфекционные деструкции легких (ОИДЛ) характеризуются наличием выраженного интоксикационно-воспалительного синдрома, сопровождающегося развитием анемии, катаболической направленностью обмена веществ [1].

При тяжелых соматических заболеваниях изменяется содержание тиреоидных гормонов в крови при отсутствии поражения щитовидной железы (ЩЖ), что в современной литературе обозначается термином – «синдром нетиреоидных заболеваний» (СНТЗ). Согласно существующим подходам к регламентации основных патогенетических вариантов СНТЗ, выделяют следующие его типы: I тип – характеризуется изолированным снижением трийодтиронина (T_3) («синдромом низкого T_3 »); II тип – сопровождается снижением T_3 и тироксина (T_4) («синдром низкого T_4 »); III тип – вариант с высоким содержанием T_4 и/или T_3 («синдром высокого T_4 »); IV тип – изолированное снижение тиреотропного гормона (ТТГ) («синдром низкого ТТГ»); V тип – изолированное повышение ТТГ («синдром высокого ТТГ») [2].

В настоящее время в литературе отсутствуют сведения о взаимосвязях функционального состояния ЩЖ с выраженностью метаболических нарушений у пациентов с ОИДЛ.

Цель. Определить взаимосвязи функционального состояния ЩЖ с основными гематологическими и биохимическими показателями у мужчин с ОИДЛ.

Методы исследования. Обследовано 80 мужчин с ОИДЛ, в возрасте от 29 до 84 (Me – 54,5 [44; 61,5]) лет, находившихся на лечении в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с ноября 2016 г. по октябрь 2019 г.

У лиц, включенных в исследование, выполняли забор образцов венозной крови для анализа в 8 часов утра натощак на следующие сутки после поступления в отделение. Гематологическое исследование проводили на автоматическом анализаторе XS-500i (Sysmex Inc., Япония). Для биохимического исследования крови применяли автоматический анализатор BS-300 (Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronic Co. Ltd., Китай). Изучали результаты общего (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, нейтрофилы, лимфоциты, вычисляли нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ) – отношение абсолютного числа нейтрофилов к абсолютному содержанию лимфоцитов) и биохимического (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, общий холестерин, липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), триглицериды) анализов крови.

Определение уровней общего T_3 (oT_3), общего T_4 (oT_4) и ТТГ в сыворотке крови проводили методом радиоиммунологического анализа на автоматическом гамма-счетчике Wallac Wizard 1470 (PerkinElmer Inc., Финляндия) с использованием наборов реагентов РИА- T_3 -СТ, РИА- T_4 -СТ и ИРМА-ТТГ-СТ (Унитарное предприятие «Хозрасчетное опытное производство Института биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси»). На основании полученных результатов оценивали функцию ЩЖ.

Для представления и обработки данных использовали методы описательной и непараметрической статистики. При $p \leq 0,05$ различия между исследуемыми показателями считали статистически значимыми, при $0,05 < p < 0,1$ – тенденция к значимости.

Результаты и их обсуждение. Нормальная функция ЩЖ была сохранена у 20 из 80 (25%; 95% ДИ: 16–34) мужчин с ОИДЛ. Отклонения в функциональном состоянии ЩЖ были обнаружены у 60 (75%; 95% ДИ: 66–84) пациентов: у 9 (11%; 95% ДИ: 4–18) выявленные изменения соответствовали лабораторным критериям первичного гипотиреоза (ПГ), СНТЗ I типа был диагностирован у 35 (44%; 95% ДИ: 33–55), СНТЗ II типа – у 9 (11%; 95% ДИ: 4–18), СНТЗ V типа – у 7 (9%; 95% ДИ: 3–15). Частота СНТЗ составила 64% (95% ДИ: 53–74).

Основные гематологические показатели и параметры биохимического анализа крови были систематизированы и проанализированы в зависимости от функционального состояния ЩЖ у мужчин с ОИДЛ (таблица 1).

Таблица 1 – Характеристика основных гематологических показателей и параметров биохимического анализа крови в зависимости от функционального состояния ЩЖ у мужчин с ОИДЛ

Показатель (единица измерения)	Функциональное состояние ЩЖ					Значимость различий показателей между группами (H; pKruskal-Wallis)
	эутиреоз (n=20)	ПГ (n=9)	СНТЗ			
			тип I (n=35)	тип II (n=9)	тип V (n=7)	
Me [LQ; UQ] (min–max)	Me [LQ; UQ] (min–max)	Me [LQ; UQ] (min–max)	Me [LQ; UQ] (min–max)	Me [LQ; UQ] (min–max)		
эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	3,7 [3,3; 4,08] (2,75–5,4)	3,29 [3,08; 3,73] (2,85–5,23)	3,4 [3; 3,92] (2,5–4,91)	3,39 [3,1; 3,57] (2,49–5,06)	3,66 [3,51; 4,17] (2,77–4,26)	H=3,52; p=0,47
гемоглобин (г/л)	109 [103; 123] (89–165)	103 [99; 111] (90–152)	102 [94; 117] (79–147)	99 [92; 105] (83–159)	117 [106; 120] (94–127)	H=6,23; p=0,18
лейкоциты ($\times 10^9/л$)	13,42 [9,25; 14,73] (5,98–21,39)	11,88 [8,95; 13,34] (5,3–21,3)	13,81 [10,2; 16,8] (2,82–29)	9,3 [6,54; 13,8] (4,3–25,6)	15,31 [8,2; 15,97] (7,1–22,51)	H=3,51; p=0,48
нейтрофилы ($\times 10^9/л$)	9,83 [5,42; 12,23] (2,76–17,97)	8,77 [6,62; 10,77] (3,98–18,32)	9,84 [7,17; 15,29] (1,97–25,23)	8,65 [5,36; 11,86] (3,41–19,2)	11,94 [4,73; 12,61] (4,4–19,36)	H=2,04; p=0,73
лимфоциты ($\times 10^9/л$)	2,27 [1,25; 3,2] (0,41–5,51)	1,19 [0,98; 1,3] (0,85–5,03)	1,77 [0,92; 2,76] (0,4–6,38)	0,92 [0,37; 1,43] (0,07–3,58)	2,3 [2,16; 2,71] (1,66–2,79)	H=8,14; p=0,087
НЛИ	5,03 [2,17; 7,75] (0,56–30,67)	6,5 [4,69; 9] (1,74–21,5)	4,41 [2,7; 12,86] (1,53–31)	12,57 [5,36; 23,25] (2,38–85)	4,65 [2,19; 6,83] (1,94–7,81)	H=5,91; p=0,21
общий белок (г/л)	69 [62,5; 75] (47–86)	56 [54; 58] (42–79)	65 [55; 71] (44–87)	54 [53; 57] (43–72)	68 [57; 73] (57–73)	H=12,86; p=0,012
альбумин (г/л)	32,5 [28,5; 36]	26 [22; 27]	30 [26; 34]	25 [24; 28]	30 [28; 39]	H=12,13; p=0,016

	(20–46)	(19–51)	(21–43)	(20–46)	(22–43)	
мочевина (ммоль/л)	3,35 [2,5; 5,4] (1,6–9,2)	4,4 [3,2; 6,9] (2,4–9)	3,8 [2,9; 5,4] (1,9–16,7)	6,6 [5,2; 10,6] (4,32–29,1)	4,1 [2,4; 5,7] (1,8–7,9)	H=10,59; p=0,32
креатинин (ммоль/л)	0,066 [0,06; 0,073] (0,047–0,108)	0,066 [0,059; 0,075] (0,054–0,094)	0,07 [0,06; 0,086] (0,018–0,118)	0,082 [0,065; 0,098] (0,05–0,183)	0,06 [0,057; 0,062] (0,052–0,76)	H=6,5; p=0,16
общий холесте- стерин (ммоль/л)	3,45 [3,05; 4,4] (2,2–5,7)	2,5 [2,2; 3] (1,2–4,1)	3,1 [2,7; 4,1] (1,6–5,4)	2,8 [2,5; 3,4] (2–4,3)	3,8 [3,1; 4,2] (2,4–7,1)	H=10,88; p=0,028
ЛПВП (ммоль/л)	0,85 [0,7; 1,1] (0,4–1,2)	0,4 [0,35; 0,7] (0,2–1,3)	0,7 [0,5; 0,9] (0,2–2,7)	0,6 [0,5; 1,2] (0,6–0,7)	0,6 [0,5; 1,2] (0,6–0,7)	H=8,8; p=0,067
ЛПНП (ммоль/л)	2,15 [1,95; 2,7] (1,3–3,6)	1,6 [1,3; 2] (0,8–2,4)	1,9 [1,5; 2,5] (0,9–5,1)	1,8 [1,5; 1,96] (1–2,5)	2,5 [2,3; 2,8] (1,3–4,8)	H=10,88; p=0,028
триглицериды (ммоль/л)	1,25 [0,95; 1,6] (0,7–2,9)	0,8 [0,6; 1,5] (0,4–2,1)	1,3 [1,1; 1,6] (0,65–2,1)	1,2 [0,9; 1,5] (0,5–5,9)	1,6 [0,9; 1,8] (0,5–1,9)	H=2,93; p=0,57

Примечания:

1. n – число пациентов с анализируемым признаком,
2. Me – медиана,
3. [LQ; UQ] – 25%-й и 75%-й квартили,
4. (min–max) – минимальное и максимальное значение показателя,
5. жирным начертанием отмечены статистически значимые данные,
6. курсивным начертанием отмечены данные, имеющие статистическую тенденцию

Число лимфоцитов в крови у мужчин с ОИДЛ статистически значимо не различалось при ПГ, СНТЗ I и II типов ($H=3,8$; $p=0,15$), а также было статистически значимо ниже, чем при эутиреозе и СНТЗ V типа ($U=509$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,035$). Пациенты с нормальной функцией ЩЖ, СНТЗ I и V типов не различались между собой по содержанию общего белка ($H=2,87$; $p=0,24$) и альбумина ($H=3,23$; $p=0,2$) в крови, которые у них были выше, чем при ПГ и СНТЗ II типа ($U=281$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,001$ и $U=292,5$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,002$ соответственно). Наиболее низкая концентрация общего холестерина в крови была отмечена при ПГ ($U=159,5$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,013$) по сравнению с другими вариантами функции ЩЖ, между которыми этот показатель статистически значимо не различался ($H=5,12$; $p=0,16$). Уровни ЛПНП не имели статистически значимых различий при ПГ, СНТЗ I и II типов ($H=1,89$; $p=0,39$) и были ниже, чем при эутиреозе и СНТЗ V типа ($U=432$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,004$). Таким образом, наиболее выраженные нарушения метаболизма белков и жиров были характерны для пациентов с ПГ и СНТЗ II.

Выводы. Установлено, что наиболее выраженные нарушения метаболизма белков и липидов у мужчин с ОИДЛ ассоциированы с наличием у них ПГ и СНТЗ II типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острые инфекционные деструкции легких / Л. Н. Бисенков [и др.] // Хирургические инфекции груди и живота: руководство для врачей / под ред. проф. Б. Н. Котива и проф. Л. Н. Бисенкова. – СПб. : СпецЛит, 2016. – С. 278–295.
2. Захарова, О. В. Синдром нетиреоидных заболеваний при сердечно-сосудистых заболеваниях (обзор литературы) / О. В. Захарова // Междунар. ж. интервенционной кардиол. – 2016. – № 46/47. – С. 39–48.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Жигар А. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Нарушения памяти и других когнитивных функций являются частыми симптомами в клинической практике. Причины когнитивных нарушений разнообразны и их выявление важно с точки зрения возможности устранения причин симптомов и определения вероятного прогноза. Данные симптомы могут быть признаками начинающейся деменции, могут являться последствиями перенесенных или имеющихся в настоящее время соматических (в т.ч. инфекционных) заболеваний, а также могут быть проявлениями нормального процесса старения. Одной из распространенных причин когнитивных нарушений является депрессия. Актуальность выбранной темы обусловлена широкой распространенностью когнитивных нарушений разной степени выраженности в клинике, их существенным влиянием на качество жизни пациентов и их социальное и профессиональное функционирование.

Цель. Целью данной работы является выявление психологических аспектов когнитивных нарушений. Таким образом, когнитивные нарушения рассматриваются как фактор возникновения вторичных по отношению к ним переживаний. Также рассматривается влияние некоторых социально-психологических факторов на психологические последствия наличия когнитивных нарушений. В работу включались пациенты с когнитивными нарушениями не достигающими степени деменции (легкие и умеренные когнитивные нарушения), оценивалось наличие у таких пациентов депрессивной симптоматики и признаков дистресса.

Методы исследования. Клинико-психологические методы (беседа, интервью, наблюдение), шкала оценки депрессии Гамильтона, качественная оценка когнитивных функций (патопсихологические методы).

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 32 пациента: 26 человек с субъективными жалобами на снижение памяти, нарушение концентрации внимания (наиболее частые жалобы) и другие когнитивные затруднения (нарушения мышления), а также 6 пациентов, которые активно не предъявляли жалобы со стороны когнитивной сферы, но при первичном осмотре которых возникли основания