

конский), травы и сорняки (пырей ползучий, полынь, амброзия, одуванчик, подсолнечник, лебеда).

**Результаты и их обсуждение.** Корреляционный анализ связей между возрастом обследуемого и полуколичественной оценкой (1, 2, 3 или 4 плюса) результата кожного тестирования позволил установить, что с возрастом интенсивность ответа уменьшается далеко не на все аллергены.

Высоко статистически значимо отрицательно ассоциирован с возрастом размер папул после введения экстрактов пыльцы злаков. Исключением был ответ только на пыльцу кукурузы. Из бытовых и эпидермальных достоверно отрицательно коррелирует с возрастом реакция на аллергены домашней пыли и пера подушки, а также пыльцы пырея ползучего из категории трав/сорняков. Имеется тенденция к достоверности связи между возрастом и величиной папулы после введения экстрактов пыльцы ясеня, ольхи и амброзии, причем ответ на пыльцу ясеня с возрастом увеличивался.

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с хроническими аллергическими заболеваниями дыхательных путей выраженность кожной реакции на скарификационные пробы с большинством респираторных аллергенов не зависит от возраста, достоверно ниже интенсивность ответа только к аллергенам пыльцы злаков (костер, райграс, тимopheевка, лисохвост, мятлик, полевица, ржа посевная), некоторым бытовым и эпидермальным аллергенам (домашняя пыль, перо подушки) и пыльце пырея ползучего.

## ЛИТЕРАТУРА

1. О механизмах взаимосвязи аллергического ринита и бронхиальной астмы и особенности лечения (обзор литературы) / Г. А. Гаджимирзаев, Р. Г. Гаджимирзаева, Э. Г. Гамзатова [и др.] // Российская оториноларингология. – 2017. – № 5(90). – С. 88-96.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОЖИРЕНИИ

Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Климович И.И.<sup>1</sup>, Ковалевский П.И.<sup>2</sup>, Юркевич С.В.<sup>2</sup>,  
Разводовский Ю.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

<sup>3</sup>Республиканское научно-исследовательское унитарное предприятие  
«Институт биохимии биологически активных соединений НАН  
Беларуси», Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Последние десятилетия отмечаются неуклонным ростом ожирения среди населения всего мира. Наряду с ожирением увеличиваются и заболевания, патогенетически связанные с ним. К большому сожалению, от болезней, связанных с ожирением, в мире ежегодно погибают более 2,5 млн. человек [1]. Клиницистам давно известно более тяжелое течение и развитие осложнений острого панкреатита (ОП) у лиц с избыточной массой тела. а

ожирение является достаточно надежным признаком тяжести течения ОП [2]. Однако, несмотря на многочисленные исследования, полученные данные в определенной мере противоречивы, что обусловлено полиэтиологией развития и многогранностью этиопатогенеза ОП [2]. В любом случае приходится констатировать факт, что точные механизмы взаимосвязи ожирения и развития ОП до сих пор не выяснены.

**Цель.** Оценить роль ожирения в развитии тяжести проявления ОП и роль лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Материал и методы исследования.** Нами ретроспективно изучены основные клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, которые применялись с целью диагностики и в процессе лечения у 41 пациента ОП, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2022-2023 гг. Мужчин было 18 (43,9%), женщин 23 (56,1%). Возраст пациентов от 21 до 72 лет, средний возраст составил 38,9 лет. Ожирение имело место у 7(17,1%) пациентов у которых индекс массы тела (ИМТ) был  $> 25 \text{ кг/м}^2$ . Учитывались основные клинические симптомы ОП, из лабораторных показателей при поступлении и в процессе лечения определяли общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – уровни общего белка, билирубина, глюкозы, активности АсАТ и АлАТ, содержание мочевины, креатинина, С-реактивного белка, активности ферментов поджелудочной железы (амилазы и липазы) в сыворотке крови. Инструментальные методы включали: УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, которые выполняли всем 41(100%) пациентам с ОП, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) произведена 37 (90,2%), компьютерная томография (КТ) выполнена у 10 (24,4%) пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), магниторезонансная томография (МРТ) у 11 (26,8%), лапароскопия – у 13 (31,7%) пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Клинически ОП практически всегда проявлялся интенсивной болью в эпимезогастральной области. Иррадиация боли в спину и поясничную область больше слева отмечена нами у 15(36,6%) пациента, опоясывающий характер боли отмечен у 13 (31,7%). Рвота, не приносящая облегчения, отмечена у 11 (26,8%) пациентов. Вздутие живота и пальпируемый инфильтрат в эпимезогастральной области имели место у 18 (43,9%) пациентов. ОДП наблюдался у 8 (19,5%) пациентов, активность амилазы у которых составил  $430 \pm 21,3 \text{ МЕ/л}$ , а липазы  $2022 \pm 30,1 \text{ МЕ/л}$ . Оперированы 4 (9,7%) пациента. Активность амилазы у оперированных пациентов составил  $662 \pm 41,3 \text{ МЕ/л}$ , а липазы  $2563 \pm 36,2 \text{ МЕ/л}$ . Необходимо отметить, что осложнения отмечены в 35% случаев, у пациентов индекс массы тела (ИМТ) которых был  $> 25 \text{ кг/м}^2$  в то время как у лиц без ожирения (ИМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$ ) осложнения отмечались достоверно реже – в 9% случаев, а тяжелого ОП развивался чаще при ожирении и тяжесть его проявлялась в зависимости от степени ожирения. У одного пациента 47 лет ИМТ  $> 30 \text{ кг/м}^2$ , наблюдалось тяжелое течение ОП на фоне ЖКБ, холедохолитиаза и холангита развился острый деструктивный панкреатит, имели место тяжелые гнойные осложнения с развитием наружного неполного тонкокишечного свища, которого с

большими усилиями удалось спасти и выписать из стационара, койко-день составил 88 дней.

Ферментативный перитонит был у 9 (21,9%) пациентов, которым была выполнена лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости. При этом выпот из брюшной полости брали на определение активности панкреатических ферментов, посев на микробиологические среды с определением характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Активность амилазы у этих пациентов составила  $681 \pm 29,5$  МЕ/л, а липазы  $532 \pm 219,1$  МЕ/л.

Остальные 28 (68,3%) пациентов получали консервативное лечение согласно протоколам лечения. Наиболее высокие значения активности сывороточной амилазы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы повышалась в более поздние сроки. Прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита не отмечалось. При панкреонекрозе и при развитии септических осложнений наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, также отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял  $263 \pm 29,3$  мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопропротеинемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия. Выявлено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз. При ОДП о выраженных изменениях водно-электролитного баланса свидетельствовали: гемоконцентрация, дефицит калия, натрия, кальция. При обширных формах панкреонекроза снижение концентрации кальция в плазме крови обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот.

#### **Выводы.**

1. Риск развития ОП у лиц с ожирением наибольший при алкогольной и билиарнозависимой этиологии заболевания.
2. Ожирение вне зависимости от этиологии ОП позволяет предположить более тяжелое течение заболевания с развитием системных и местных осложнений.
3. При ожирении для диагностики ОП необходимо учитывать в комплексе клиническую картину заболевания и использовать лабораторные и инструментальные методы исследования.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Колоцей, В. Н. Острый и хронический алкогольные панкреатиты: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко // Актуальные медико-биологические проблемы алкогольной и других химических зависимостей. Сборник статей II Международной научно-практической конференции 7-8 октября 2021 г. г. Гродно, Республика Беларусь – С.47–50.
2. Колоцей, В.Н. Применение комплексного подхода в оценке диагностики и лечения острого панкреатита / В.Н. Колоцей, И.И. Климович, В.П. Страпко // Актуальные проблемы общей и клинической биохимии – 2023:

## НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАК КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19

**Коростелева М.М., Снегирева Т.Г.**

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования «Российский университет дружбы народов им.  
Патриса Лумумбы», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Пандемия, вызванная SARS-CoV-2, стала серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Результаты оценки ряда биохимических показателей, как правило, неспецифичны, но позволяют оценить тяжесть течения заболевания, клинические исходы и риски развития осложнений.

**Цель:** на основании анализа данных литературы определить возможность применения ряда биохимических показателей для оценки степени тяжести клинического течения и исходов COVID-19.

**Материалы и методы исследования.** Анализ данных литературы российских и зарубежных медицинских баз данных: Elibrary.ru, Pubmed.com по ключевым словам – COVID-19, биохимические маркеры, ранняя диагностика.

**Результаты и обсуждение.** С-реактивный белок (СРБ) связан с прогрессированием заболевания и является ранним индикатором тяжелого течения COVID-19 доорганическое поражение тканей. Визуализированных с помощью инструментальных и иных клинико-диагностических исследований [5]. У пациентов с COVID-19 повышенный уровень СРБ в сыворотке крови достоверно коррелирует с высоким риском венозной тромбоэмболии, острым нарушением кровоснабжения почек и летальным исходом. Ряд исследователей считает целесообразным оценку этого показателя в динамике на 3, 5 и 7 сутки госпитализации [2].

У большинства госпитализированных пациентов с COVID-19 наблюдалось повышение активности КК и ЛДГ в сыворотке крови, возможно, из-за вовлечения вирус-опосредованного системного воспаления, цитокинов или непосредственного повреждения миоцитов. При поступлении у пациентов с COVID-19, у которых впоследствии наблюдаются более тяжелые исходы активность КК повышена. Во время вирусно-бактериальных коинфекций уровень прокальцитонина возрастает.

Кроме того, повреждение миокарда, диагностируемое на основании повышения уровня тропонина I, является независимым предиктором смертности и негативных клинических исходов [4]. Повышение данного показателя на фоне инфицирования SARS-CoV-2 может быть обусловлено вирусным миокардитом, микроангиопатиями, цитокин-индуцированным повреждением миокарда, инфарктом миокарда II типа и острым коронарным