

Таблица 6 – Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателя «Стаж заболевания» и показателя «Стаж течения осложнений» для пациентов с СД 2-го типа

Показатель	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	теснота связи по шкале Чеддока	p
Стаж заболевания – Стаж течения осложнений	0,576	Заметная	0,004*

* различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Выводы

В ходе проведенного нами исследования были выявлены гендерные и возрастные особенности у пациентов с СД 1-го и 2-го типов, а также статистически значимая зависимость возникновения осложнений от стажа заболевания у пациентов с СД 1-го типа. Для пациентов с СД 2-го типа была выявлена прямая связь между общим стажем заболевания и длительностью течения осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальные рекомендации по ведению больных сахарным диабетом / И. И. Дедов [и др.]. – М.: Федеральный научно-клинический центр эндокринологии, 2020. – 107 с.
2. Новикова, Н. В. Особенности течения и лечения сахарного диабета у пожилых пациентов / Н. В. Новикова, Т. Н. Щеголева // Клинические перспективы в геронтологии и гериатрии. – 2020. – Т. 29, № 2. – С. 59–60.

УДК 616-006.446.2-036.11-08-06-053.2

Н. С. Денисенко, Д. Д. Конопляник, А. А. Солдатова

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Литвиненко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – это злокачественное новообразование кроветворных клеток, которое характеризуется неконтролируемой пролиферацией и утратой дифференцировки незрелых лимфобластов.

На сегодняшний день острый лимфобластный лейкоз является самым распространенным злокачественным заболеванием крови у пациентов детского возраста (до 75 % всех лейкозий приходится на ОЛЛ) [1].

Несмотря на это, современная терапия данного заболевания обеспечивает беспрецедентную выживаемость до 85 % [2].

Лечение ОЛЛ по современным протоколам Москва – Берлин (ALL-MB 2008 и ALL-MB 2015) включает в себя несколько стадий:

- 1) Индукционная терапия, направленная на уничтожение опухоли.
- 2) 3 курса консолидации, направленные на сохранение ремиссии и уничтожение остаточных опухолевых частиц.
- 3) Реиндукция, для полного исключения вероятности рецидива.
- 4) Поддерживающая терапия, включающая в себя небольшие дозы цитостатиков.

Однако, большинство препаратов для лечения ОЛЛ являются высокотоксичными, поэтому терапия осложняется большим количеством побочных эффектов со стороны различных органов и систем.

Цель

Проанализировать побочные эффекты при терапии острого лимфобластного лейкоза по протоколам ALL-MB 2008 и ALL-MB 2015.

Материал и методы исследования

Материалами исследования явились карты стационарного больного 50 пациентов ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

Для выполнения сравнительного анализа были сформированы 2 группы: пациенты, проходящие лечение по протоколу ALL-MB 2008, и пациенты, лечившиеся по протоколу ALL-MB 2015.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования нами были проанализированы 50 карт стационарного больного с диагнозом В-клеточного острого лимфобластного лейкоза, лечившихся по протоколам ALL-MB 2015 (37 пациентов) и ALL-MB 2008 (13 пациентов). Оба этих протокола являются рандомизированными исследованиями.

При лечении ОЛЛ во время проведения химиотерапии могут возникать различные побочные эффекты, связанные обычно с тремя причинами: прогрессирование основного заболевания, угнетение периферических клеток крови и токсичность применяемых ЛС.

Нами были выделены наиболее часто встречающиеся побочные эффекты при терапии по 2-м протоколам, почти у всех пациентов наблюдалось больше одного побочного эффекта, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Побочные эффекты при лечении по протоколу ALL-MB 2008 и ALL-MB 2015

Побочные эффекты	ALL-MB 2008	ALL-MB 2015
Токсический гепатит	11 (85 %)	30 (81 %)
Агранулоцитоз	7 (54 %)	13 (35 %)
Фебрильная нейтропения	1 (8 %)	9 (24 %)
Анемия	3 (23 %)	3 (8 %)
Тромбоцитопения	2 (15 %)	3 (8 %)
Панцитопения	3 (23 %)	7 (19 %)
Реактивный панкреатит	2 (15 %)	3 (8 %)
Вторичный ИД	3 (23 %)	3 (8 %)
Энтеропатия	2 (15 %)	3 (8 %)
Полинейропатия	2 (15 %)	2 (5 %)
ССВО	2 (15 %)	2 (5 %)

У большинства пациентов из 2-х групп лечения диагностирован токсический гепатит, который является основным побочным эффектом многих цитотоксических препаратов. Это связано с тем, что печень является органом, который метаболизирует большинство цитостатиков [3]. Существенное угнетение функций печени может быть показанием для прекращения ХТ, что увеличивает риск рецидива заболевания.

При приеме цитостатических препаратов происходит угнетение процессов кроветворения, поскольку эти препараты действуют не только на неконтролируемо размножаемые клетки, но и на нормальные клетки крови. Поэтому часто наблюдаются такие побочные эффекты, как агранулоцитоз, панцитопения, фебрильная нейтропения, анемия, тромбоцитопения.

Снижение количества нормальных лейкоцитов в крови ведет к снижению иммунитета, следовательно, течение основного заболевания могут осложнять инфекционные заболевания бактериальной или вирусной природы, а также микозы. Поэтому при тяжелых состояниях, связанных с угнетением гемопоэза, необходимо приостановить ХТ.

У некоторых пациентов на фоне лечения возникает полинейропатия, обычно ее ассоциируют с приемом винкристина.

В единичных случаях нами были отмечены такие побочные эффекты, как ДВС-синдром, реакция гиперчувствительности, судорожный синдром, тромбофлебит вен конечностей, ОПН, гидроперикард, тромбозы синусов головного мозга. Это еще раз доказывает, что химиотерапия является высокотоксичной для всех органов и вызывает разнообразные побочные эффекты.

Выводы

Таким образом, исходя из данных, приведенных в таблице, наблюдается тенденция к снижению побочных эффектов в новом протоколе лечения ОЛЛ. Это может быть связано с введением дополнительных требований к процессу лечения:

1) В протоколе ALL-MB 2015 назначается обязательное применение пациентами РЕГ-аспарагиназы на 3-и сутки лечения, низкие дозы метатрексата в консолидациях и дополнительная интратекальная терапия вместо костномозгового облучения.

2) Для снижения токсичности лечения в группах 'А', 'В', '1221' основной идеей является тестирование прерывистого приема дексаметазона в консолидации [2].

Однако несмотря на то, что современные методы лечения позволяют обеспечить бессобытийную выживаемость 80 % пациентов, терапия все еще остается высокотоксичной, поскольку побочные эффекты наблюдаются в 100 % случаев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Margolin J. F., Poplack D. G. Acute lymphoblastic leukemia // Principles and practice of pediatric oncology / Ed. by P. A. Pizzo, D. G. Poplack. – 3rd ed. – Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. – 1997. – P. 409–462.

2. Лечение острого лимфобластного лейкоза у детей: современные возможности и нерешенные проблемы / Д. В. Литвинов [и др.] // Доктор.Ру. Педиатрия онкогематология. – 2015. – № 10. – Т. 111. – С. 30–37.

3. Оценка гепатотоксичности этапа индукционной терапии острого лимфобластного лейкоза у детей / С. А. Ходулева [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2019. – № 2. – С. 112–117.

УДК 616.13/132-002-07

А. В. Дубейко

Научный руководитель: ассистент Е. В. Шуляк

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Введение

Неспецифический аортоартериит (артериит Такаясу, болезнь отсутствия пульса) – ревматическое заболевание, которое проявляется системным воспалением стенки крупных артерий эластического типа. Как правило, процесс протекает первично хронически с возможными рецидивами. Этиология до конца не выяснена. Предполагается аутоиммунная природа данной патологии. К факторам риска можно отнести: генетическую предрасположенность, переохлаждение, вирусные и бактериальные инфекции, повышенное содержание эстрогенов в крови [3]. Статистически заболевание выявляется редко (1–2 случая на 1 млн населения), чаще выявляется у женщин (около 80 %). В патогенез процесса изначально вовлекаются адвентиций и наружный слой средней стенки, с возможностью полного трансмурального распространения. Формируются гранулемы, состоящие преи-