УДК 616.379-008.64-037

Е. Р. Шандрак, М. Г. Кононов

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. С. Махлина, к.м.н., доцент О. Н. Кононова

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

ОЦЕНКА РИСКА ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Введение

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2) – одно из самых распространенных заболеваний на планете. По данным Международной диабетической федерации, в 2015 году СД страдали 415 млн. взрослых жителей планеты, из них более 90% – это пациенты с СД 2. Прогнозируется, что к 2040 г. Каждый 10-й человек будет болен СД 2 [1].

Причиной возникновения данной патологии является совокупность определенных генов, а ее развитие и симптоматика определяется сопутствующими факторами риска, такими как ожирение, несбалансированное питание, низкая физическая активность, постоянные стрессовые ситуации, возраст от 40 лет, бессонница, избыток сна (12 часов и более) [2].

По данным Минздрава Республики Беларусь, актуальным на январь 2025 года, на официальном учете у белорусских врачей-эндокринологов находилось более 407 тыс. пациентов с сахарным диабетом, из которых более 383,5 тыс. имеют СД2, что составляет почти 95% от общей структуры сахарного диабета. Поэтому раннее выявление предпосылок к развитию СД2 является как никогда актуальным.

Одним из методов выявления является шкала Finnish Diabetes Risk Score. FINDRISC (The Finnish Diabetes Risk Score) – распространённая в Европе шкала оценки риска развития диабета, разработанная Финской Ассоциацией Диабета. Эта шкала, доступная на большинстве европейских языков, позволяет оценить 10-летний риск сахарного диабета (СД) 2 типа, включая бессимптомный сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), с 85% точностью. Данная шкала используется у людей старше 25 лет [3].

Данный скрининговый метод, основанный на оценке антропометрических данных, образа жизни и анамнеза, дает возможность своевременно внедрить профилактические мероприятия и изменить образ жизни, что в итоге способствует предотвращению манифестации СД2 и торможению прогрессирования ассоциированных с ним осложнений.

Цель

Оценка риска развития СД2 с помощью шкалы «FINDRISC» у пациентов терапевтического отделения.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 50 пациентов: 27 женщин (54%) и 23 мужчины (46%), находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ».

Для оценки риска СД 2 использовалась Шкала FINDRISC, разработанная Финской диабетической ассоциации, которая представляет собой опросник из 8 вопросов. Тест содержит в себе вопросы о возрасте, индексе массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), физической активности, употреблении фруктов и овощей в день, применении антигипертензивных препаратов, наследственности по СД2 и гипергликемии в анамнезе. Пациент должен выбрать 1 вариант ответа. Каждому ответу соответствует определенное число баллов, сумма которых оценивается и интерпретируется согласно шкале: ниже 7 баллов – низкий: примерно у 1-го из 100 будет диабет (вероятность развития СД2 – 1%), 7–11 баллов – немного повы-

шен: примерно у 1-го из 25 будет диабет (вероятность развития СД2 – 4%), 12–14 баллов – умеренный: примерно у 1-го из 6 будет диабет (вероятность развития СД2 – 17%), 15–20 баллов – высокий: примерно у 1-го из 3 будет диабет (вероятность развития СД2 – 33%), более 20 баллов – очень высокий: примерно у 1-го из 2 будет диабет (вероятность развития СД2 – 50%).

Исследование также включало определение антропометрического показателя ИМТ, которое производилось по формуле Кетле: ИМТ=M/L^2 (кг/м^2), где М – масса тела в килограммах и L – рост в метрах.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст опрашиваемых пациентов составил: 60% (30 человек) – старше 65 лет, 24% (12 человек) – 55–64 года, 16% (8 человек) – 45–54 года.

Нормальный ИМТ (менее 25 кг/м^2) имели 10% (5 человек), избыточную массу тела (25–30 кг/м^2) – 14% (7 человек), ожирение 1 степени (более 30 кг/м^2) – 50% (25 человек), ожирение 2 степени (более 35 кг/м^2) – 24% (12 человек), ожирение 3 степени (более 40 кг/м^2) – 2% (1 человек).

Окружность талии на уровне пупка среди женщин составила: 80–88см – 26% (7 человек), более 88 см – 74% (20 человек). Среди мужчин окружность талии на уровне пупка составила: менее, чем 94 см – 17,4% (4 человека), 94–102 см – 69,5% (16 человек), больше 102 см – 13,1% (3 человека).

Среди респондентов 50% (25 человек) употребляют овощи и фрукты каждый день.

Регулярно делают физические упражнения более 30-ти минут в день – 60% (30 человек).

Несмотря на то, что 50% респондентов ежедневно употребляют овощи и фрукты, а 60% регулярно выполняют физические упражнения, этого оказалось недостаточно для компенсации метаболических нарушений, что подтверждается высокими показателями ожирения.

Более половины пациентов (56% – 28 человек) имеют отягощенный наследственный анамнез по сахарному диабету 2 типа (СД 2).

Кроме того, 88% (44 человека) опрошенных ранее уже сталкивались с гипергликемией, что говорит о давнем нарушении углеводного обмена.

Так же, высокий процент принимающих антигипертензивные препараты (84% – 42 человека) косвенно указывает на наличие сопутствующей артериальной гипертензии, часто ассоциированной с метаболическим синдромом.

Оценка 10-летнего риска развития СД 2 по шкале FINDRISC показала, что более половины обследованных (54%) находятся в зоне высокого и очень высокого риска. По результатам опросника: 30% (15 человек) респондентов имеют высокий риск развития заболевания, 24% (12 человек) имеют очень высокий риск, из чего следует, что риск развития СД2 в ближайшие 10 лет в данной возрастной группе (≥45 лет) довольно высокий.

Исследуемая группа пациентов характеризуется крайне высоким метаболическим риском. Несмотря на то, что часть пациентов уже принимает антигипертензивную терапию и предпринимает попытки вести здоровый образ жизни, у большинства выявлены серьезные нарушения углеводного обмена (преддиабет и впервые выявленный СД2). Высокая распространенность абдоминального ожирения и возраст старше 65 лет являются ключевыми детерминантами этой ситуации.

Выводы

Внедрение шкалы FINDRISC в практику здравоохранения – это шаг от реактивной медицины к превентивной. Простота использования, отсутствие необходимости в дорогостоящем лабораторном оборудовании делают ее незаменимой в своевременной оценке риска развития СД 2.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шестакова, М. В. Сахарный диабет 2 типа : легко ли поставить диагноз и как выбирать лечение / М. В. Шестакова, О. Ю. Сухарева // Доктор.Ру. – 2017. – № 13–14. – С. 44–51.

2. Insomnia Could Increase People's Risk of Type 2 Diabetes // Study Finds. University of Bristol. – 2022.
3. Tuomilehto, J. Identification of people at high risk for CVD or diabetes / J. Tuomilehto // Department of Public Health. – Helsinki : University of Helsinki, Finland and Diabetes Unit, National Public Health Institute.

УДК 616-006.442-053.2/.6

А. Д. Шевандо

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры И. П. Ромашевская

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

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

Введение

Лимфома Ходжкина (ЛХ) – злокачественная опухоль лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток, морфологическим субстратом которой являются клетки Ходжкина и Рид-Штернберга [1, 2]. В структуре онкогематологической патологии у детей ЛХ составляет около 40% [2, 3], при этом долгосрочная выживаемость может достигать 90% и более [4], что делает это заболевание одним из наиболее курабельных [5−9].

Заболеваемость ЛХ имеет два возрастных пика, причем дети и подростки составляют около 10–15% от общего числа заболевших. В подростковом возрасте (15–34 года) заболеваемость возрастает до 32 случаев на миллион по сравнению с 6 случаями в педиатрической популяции [5]. Отмечаются и половые различия: в подростковом возрасте незначительно преобладают лица женского пола, тогда как в детском чаще болеют мальчики [5, 6].

Гистологическая структура также имеет возрастные особенности. Нодулярный склероз является доминирующим вариантом у подростков (76–82%) [7], тогда как смешанно-клеточный вариант чаще встречается у детей младшего возраста и нередко ассоциирован с вирусом Эпштейна-Барр [8]. Вариант с лимфоидным преобладанием встречается реже и имеет более благоприятный прогноз [8].

При первичном стадировании наиболее часто диагностируется II стадия (около 40%). Распределение по стадиям в крупных когортах выглядит следующим образом: I стадия – 3–4%, II – около 40%, III – 27–30%, IV – 29–30% [5, 9]. Статистически значимую связь с риском рецидива имеют IV стадия и наличие В-симптомов [6, 9], частота которых в подростковой популяции может достигать 48% [5]. Именно эти параметры лежат в основе современных стратегий стратификации на группы риска [6, 9].

Ведущее место в стадировании и оценке ответа на терапию в настоящее время занимает позитронно-эмисионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), использование которой повышает точность диагностики и позволяет минимизировать объемы терапии [7, 9].

Таким образом, изучение клинико-демографических характеристик у детей и подростков с ЛХ является актуальной задачей, позволяющей оценить репрезентативность региональных когорт и сопоставить их с мировыми данными [7, 9].

Цель

Изучить клинико-демографические характеристики, структуру гистологических вариантов и распределение по стадиям у пациентов с лимфомой Ходжкина.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (г. Гомель) в онкологическом гематологиче-