

Немаловажной является оценка уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в соотношении с ФК повреждения почек у пациентов с СД в сочетании с ДН. При анализе полученных данных отмечено, что для ФК С1 средний показатель HbA1c составил 7,1 %, для ФК С2 — 8,3 %, для ФК С3А — 9,2 %, для С3Б — 10 % и для С4 — 11,1 %, что представлено на рисунке 2.



Рисунок 2 — Соотношения среднего значения HbA1c с ФК повреждения почек

### Выводы

1. Число пациентов, полученное при анализе выписных эпикризов эндокринологического отделения ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» в период с 2017 по 2020 гг., имеющих СД в сочетании с ДН, составило 154 человека.

2. СД 1 типа встречался у 48 (31 %) человек, причем 44 (92 %) человека приходится на пациентов женского пола, остальные 4 (8 %) человека составляют пациенты мужского пола.

3. СД 2 типа страдают 106 (69 %) 106 человек, при этом 96 (91 %) человек выборки составляют женщины, в то время как мужчины — 10 (9 %) человек.

4. Нормальные значения СКФ наблюдались у 32 (21 %) человек, остальные же 122 (79 %) человека имеют сниженные показатели СКФ.

5. Установлено, что 44 (29 %) пациента, относящихся к С1 ФК почечной недостаточности, 63 (41 %) пациента относятся к С2 ФК, 25 (16 %) пациентов — С3А ФК, 18 (12 %) пациентов — С3Б ФК и 4 (2 %) пациента относятся к С4 ФК.

6. Для ФК С1 средний показатель HbA1c составил 7,1 %, для ФК С2 — 8,3 %, для ФК С3А — 9,2 %, для С3Б — 10 % и для С4 — 11,1 %.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Нефропатии: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 76 с.
2. Клиническое значение уровней мозгового натрийуретического пептида и его N-концевого предшественника у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек / О. Н. Василькова [и др.] // *Juvenis Scientia*. — 2018. — № 2. — С. 4–8
3. Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — С. 76.

УДК 616.72-002.77-071/-074

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Хамкова К. И.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

### Ведение

Ревматоидный артрит — хроническое, системное иммуно-воспалительное заболевание суставов, которым страдает приблизительно 1 % населения [1]. Болезнь

поражает людей всех возрастов, но наиболее часто встречается в 40–60 лет. Главной клинической характеристикой болезни является полиартикулярное синовиальное воспаление с такими симптомами, как припухлость, болезненность и скованность в суставах, нарушающие их функции. Со временем синовит приводит к повреждению суставного хряща, появлению костных эрозий, подвывихам, вплоть до разрушения суставов, включая костный анкилоз, что ведет к стойкой инвалидности [2].

**Цель**

Изучить клинико-лабораторную характеристику ревматоидного артрита пациентов ревматологического отделения УЗ «Гомельской областной клинической больницы».

**Материал и методы исследования**

В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ 49 архивных историй болезни пациентов с ревматоидным артритом УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период с 01.01.2020 — 01.01.2021 гг. Статистическая обработка данных проведена в программах «Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel» 2013. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Были проанализированы следующие критерии: гендерная принадлежность, средний возраст, ревматоидный фактор, наследственный анамнез, индекс массы тела, пораженные суставы.

**Результаты исследования и их обсуждения**

Исследуемую группусоставили 49 пациентов среди которых 8 (16,3 %) мужчин и 41 (83,7 %) женщин. Средний возраст в исследуемой группе мужчин средний возраст составил  $47 \pm 21,38$  лет, среди женщин —  $59 \pm 15,37$  лет. Значимо чаще среди пациентов встречалась серонегативный вариант РА — 40 (81,6 %) случаев. Отягощенный наследственный анамнезвстречался у 4 (8,2 %) пациентов, среди которых в группе мужчин встречался у 1 (12,5 %) пациента, среди женщин — 3 (7,3%). При анализе индекса массы тела значения распределились следующим образом: с дефицитом массы тела — 4 (8,1 %), с нормальной массой тела — 12 (24,5 %), с избыточной массой тела — 19 (38,8 %), с ожирением первой степени — 10 (20,4 %), с ожирением 2 и 3 степеней — 2 (4,1 %) соответственно.

В структуре поражений суставов ревматоидным артритом встречались как олигоартрит, так и полиартрит (таблица 1).

Таблица 1 — Поражения суставов при ревматоидном артрите

Пораженные суставы	Количество пациентов
Олигоартрит	
Мелкие суставы кисти	2 (4,0 %)
Голеностопные суставы	1 (2,1 %)
Коленные суставы	4 (8,2 %)
Лучезапястные суставы	1 (2,1 %)
Тазобедренные суставы	2 (4,0 %)
Полиартрит	
Тазобедренные и коленные суставы	3 (6,1 %)
Тазобедренный сустав, коленный, мелкие суставы кисти	1 (2,1 %)
Тазобедренные сустав, плечевой, мелкие суставы кистей и стоп	2 (4,0 %)
Плечевой и лучезапястные суставы	2 (4,0 %)
Плечевые, локтевые, мелкие суставы кисти и коленные суставы	1 (2,1 %)
Плечевые, коленные суставы и позвоночный столб	1 (2,1 %)
Плечевые и лучезапястные суставы	2 (4,0 %)
Коленный сустав, плечевой и мелкие суставы кисти	3 (6,1 %)
Коленные, голеностопные и плечевые суставы	1 (2,1 %)
Локтевые, лучезапястные суставы и мелкие суставы кисти	2 (4,0 %)
Локтевые, голеностопные суставы и мелкие суставы кисти	1 (2,1 %)
Мелкие суставы кисти и лучезапястные суставы	4 (8,2 %)
Мелкие суставы кисти и коленные суставы	2 (4,0 %)
Мелкие суставы кисти и стоп, коленные суставы	4 (8,2 %)
Мелкие суставы кисти, коленные, лучезапястные, тазобедренные суставы	4 (8,2 %)
Мелкие суставы кисти и стоп	3 (6,1 %)
Мелкие суставы кисти, лучезапястные и голеностопные суставы	1 (2,1 %)
Мелкие суставы кисти, голеностопные и коленные суставы	2 (4,0 %)

Проанализировав данные таблицы 1, сделан вывод о преимущественных поражениях мелких суставов кистей независимо от гендерной принадлежности. [3, 4, 5].

### **Вывод**

Количество пациентов с отягощенным наследственным анамнезом по ревматоидному артриту составило: 12,5 % мужчин и 7,3 % женщин. Ревматоидный фактор определялся у 21,95 % женщин. У 81,6 % ревматоидный фактор не диагностирован на момент исследования. Избыточную массу тела имели 38,8 % пациентов, нарушение жирового обмена выявлено у 28,6 % пациентов.

Поражение суставов в виде олигоартрита встречалось у 20,4 % пациентов, полиартрит был диагностирован у 79,6 % пациентов с преимущественным поражением мелких суставов кистей независимо от гендерной принадлежности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинические рекомендации. Ревматология; сост. Е. А. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 282 с.
2. Ревматология: национальное руководство; сост. Е. А. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
3. Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]; под общ. ред. Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 76 с.
4. Tests in internal diseases: a study guide for the 4–6th year medical students / Е. Г. Малаева [и др.]; под общ. ред. Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 80 с.
5. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни (Internal diseases): учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич; под ред. Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

**УДК 616.155.392-053.2:616.36**

## **ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ У ДЕТЕЙ**

**Цыкунова Н. А., Агеева К. А.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева**

**Учреждения образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острые лимфобластные лейкозы представляют собой гетерогенную группу опухолевых заболеваний системы крови, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией незрелых клеток (лимфобластов) в костном мозге, периферической крови и других органах.

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самой распространенным гемобластозом детского возраста и составляет 25–30 % всех злокачественных опухолей у детей и до 90% случаев острого лейкоза. В Республике Беларусь уровень заболеваемости ОЛЛ составил 4,2 на 100 тыс. детского населения в год. Пик заболеваемости приходится на возраст от 3 до 5 лет [1, 2, 3]. Самым частым вариантом ОЛЛ у детей в соответствии с иммунологической классификацией EGIL (Европейская группа по иммунологии лейкозов, 1995) является В-клеточный вариант [4].

В основе патогенетического лечения ОЛЛ лежит использование интенсивной полихимиотерапии, целью которой является полная эрадикация опухолевого клона. Однако после проведения данной терапии существует риск развития побочных эффектов из-за токсического воздействия используемых препаратов на здоровые ткани [5]. При использовании современных протоколов лечения гематологических заболеваний с использованием цитостатических, иммуносупрессивных химиопрепаратов гепатотоксичность возникает в 15–20 % случаев, имеет дозозависимый и, как правило, обратимый характер повреждения [6].

### **Цель**

Оценка динамики изменений ферментов печени в процессе терапии ОЛЛ у детей.