



**Рисунок 3 – Частота встречаемости диаметров измененных вен**

В ходе лечения по итогу 30 (39 %) операций диаметр ВРВП уменьшился, 25 (32,5 %) операций диаметр ВРВП не изменился и после 22 (28,6 %) диаметр увеличился.

В результате проведенных операций, у 12 человек диаметр в конечном итоге не изменился, у 11 увеличился (от 0,05 см до 0,4 см) и у 28 уменьшился (от 0,1 см до 0,9 см).

### **Выводы**

Эндоскопическое склерозирование ВРВП обеспечивает достаточно хорошие результаты лечения, является безопасным, эффективным методом лечения и может применяться при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка с небольшим количеством осложнений.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. De Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension // Journal of hepatology. – 2015. – Т. 63. – № 3. – С. 743–752.
2. Kovacs, T. O. G. Varices: esophageal, gastric, and rectal / T. O. G. Kovacs, D. M. Jensen // Clinics in liver disease. – 2019. – Т. 23. – № 4. – С. 625–642.

**УДК 616.12-07:616.379-008.64**

**Д. Е. Зайцева**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Василькова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА**

### **Введение**

Сахарный диабет (СД) является актуальной медико-социальной проблемой во всех странах мира. Данному заболеванию подвержены люди вне зависимости от пола и возраста. На фоне СД смертность увеличивается в 2–3 раза, риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда – в 2 раза, патологии почек – в 17 раз, гангрены нижних конечностей – в 20 раз, АГ – более чем в 3 раза; на первом месте среди причин слепоты стоит СД. Количество пациентов с СД удваивается каждые 10 лет и в настоящее время превышает 300 млн [1].

Важнейшей особенностью СД является значимая частота сердечно-сосудистых осложнений, эпидемиологические данные свидетельствуют о существовании достоверной

связи между уровнем гликированного гемоглобина и риском сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. При увеличении уровня гликированного гемоглобина на 1 % риск развития ССЗ возрастает на 10 % [2].

### **Цель**

Оценить структурные изменения сердца у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа и оценить их связь с показателями компенсации и длительностью сахарного диабета.

### **Материал и методы исследования**

В ходе исследования были проанализированы выписные эпикризы из медицинских карт стационарных пациентов эндокринологического отделения ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» в период с 2022 по 2023 гг. Объем исследования составил 59 человек. Статистическая обработка полученных результатов (корреляционный анализ, коэффициент корреляции Пирсона  $r$ ) производилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0. Статистически значимыми считались различия при достигнутом уровне значимости ( $p$ ) < 0,05.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе анализа было исследовано 59 пациентов, из которых 26 (44 %) женщин и 33 (56 %) мужчины. Для оценки состояния сердечной функции у пациентов с СД 1 и 2 типов рассматривались следующие показатели: масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (толщина МЖП), фракция выброса (ФВ).

В результате исследования пациенты были разделены на 2 группы по двум критериям: по уровню гликированного гемоглобина в крови ( $HbA1c < 7\%$ ,  $HbA1c > 7\%$ ) и по длительности СД (менее 10 лет, более 10 лет). Количество пациентов с уровнем гликированного гемоглобина < 7 % составило 5 (8,5 %) человек, с уровнем > 7% – 54 (91,5 %). Количество пациентов с длительностью СД менее 10 лет – 16 (27,1 %) человек, более 10 лет – 43 (72,9 %) человека.

Статистически значимой разницы между группами с уровнем  $HbA1c < 7\%$  и  $HbA1c > 7\%$  по ММЛЖ ( $174,2 \pm 11,0$  г против  $194,3 \pm 8,0$  г,  $p = 0,614$ ), иММЛЖ ( $91,4 \pm 8,2$  г/м<sup>2</sup> против  $104,1 \pm 5$  г/м<sup>2</sup>,  $p = 0,586$ ), толщине МЖП ( $14,2 \pm 3,2$  см против  $11,1 \pm 0,3$  см,  $p = 0,215$ ), ФВ ( $66,2 \pm 3\%$  против  $63,7 \pm 0,9\%$ ,  $p = 0,754$ ) выявлено не было.

У пациентов с длительностью СД более 10 лет отмечались достоверные изменения в показателях структуры сердца по сравнению с пациентами с длительностью СД менее 10 лет (ММЛЖ ( $201,1 \pm 8,4$  г против  $167,2 \pm 16,6$  г,  $p = 0,015$ ), иММЛЖ ( $109,4 \pm 5,2$  г/м<sup>2</sup> против  $90,1 \pm 9,7$  г/м<sup>2</sup>,  $p = 0,014$ ), толщина МЖП ( $11,4 \pm 0,3$  см против  $9,8 \pm 0,5$  см,  $p = 0,027$ , соответственно).

Среди пациентов с длительностью СД более 10 лет преобладали пациенты в возрасте старше 50 лет – 39 (90,7 %) человек.

Корреляционный анализ выявил достоверную ассоциацию  $HbA1c$  и ММЛЖ ( $r = 0,04$ ).

Значения иММЛЖ более 130 г/м<sup>2</sup> у мужчин и более 110 г/м<sup>2</sup> у женщин рассматривались как признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Таким образом, ГЛЖ была диагностирована у 22 % (13) пациентов с сахарным диабетом, из которых 3 (23 %) женщины и 10 (77 %) мужчин.

### **Выводы**

У пациентов с длительностью СД 10 лет и более частота встречаемости патологии сердца достоверно выше, чем у пациентов с длительностью СД менее 10 лет (ММЛЖ ( $201,1 \pm 8,4$  г против  $167,2 \pm 16,6$  г,  $p = 0,015$ ), иММЛЖ ( $109,4 \pm 5,2$  г/м<sup>2</sup> против  $90,1 \pm 9,7$  г/м<sup>2</sup>,  $p = 0,014$ ), толщина МЖП ( $11,4 \pm 0,3$  см против  $9,8 \pm 0,5$  см,  $p = 0,027$ , соответственно).

Корреляционный анализ выявил достоверную ассоциацию  $HbA1c$  и ММЛЖ ( $r = 0,04$ ).

ГЛЖ была диагностирована у 22 % (13) пациентов с сахарным диабетом.

Таким образом, длительность СД напрямую зависит от состояния сердечно-сосудистой системы. Важно учитывать факт, что на работу сердца влияет не только СД, но и множество других факторов. Например, возраст пациента, вредные привычки, питание, сопутствующие патологии и многое другое.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мохорт, Т. В. Эндокринология: учебник / Т. В. Мохорт, З. В. Забаровская, А. П. Шепелькевич.– Минск: Вышэйшая школа, 2015. – 417 с.
2. Гуревич, М. А. Сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы / М. А. Гуревич // РМЖ. – 2017. – № 20. – С. 1490–1494.

УДК 616-006.446-036.12-037-036.87-053.2

**А. А. Ильченко**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВОВ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ**

#### ***Введение***

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является наиболее распространенной злокачественной опухолью детского возраста, на долю которой приходится более 80 % всех лейкозов и 25 % опухолевых заболеваний в детском возрасте [3, 4]. В-клеточный острый лимфобластный лейкоз (В-ОЛЛ) является наиболее распространенным типом ОЛЛ, на долю которого приходится более 70 % случаев [2, 5]. Характерной особенностью является так называемый младенческий пик – увеличение заболеваемости ОЛЛ до 75 на млн в год в возрасте от 2 до 5 лет. Чаще заболевают мальчики (соотношение 1,6:1 для В-линейного и 4:1 для Т-линейного ОЛЛ). Помимо пола и возраста среди факторов риска развития ОЛЛ у детей выделяют: высокий социально-экономический статус родителей, внутриутробная экспозиция к рентгеновскому облучению (диагностическому), лучевая терапия, синдром Дауна, нейрофиброматоз I типа, синдром Блума, синдром Швахмана – Даймонда, синдром Ниймеген, атаксия-телеангиэктазия, большая масса тела при рождении, естественное вскармливание [1, 7].

Современные возможности терапии позволили существенно изменить прогноз при ОЛЛ: пятилетняя бессобытийная выживаемость за 40 лет увеличилась с 5 до 95 %. Ключевыми компонентами такого успеха в лечении явились использование 3–4-компонентной индукционной терапии (позволяет добиться полной ремиссии практически в 100 % случаев), профилактика поражений ЦНС, длительная поддерживающая терапия. Лечение в Беларуси проводится в соответствии с протоколом ALL-MB-2015. Причины неблагоприятных исходов прежде всего связаны с агрессивным течением опухолевого процесса или развитием рефрактерности (первичной, вторичной химиорезистентности опухоли), развившимися на фоне лечения осложнениями. Наиболее частой причиной неудачного лечения ОЛЛ является рецидив, особенно у пациентов с В-ОЛЛ [6]. Факторы риска для рецидива детского ОЛЛ являются предметом постоянного изучения.