

28.02.2023 г. была проведена КАГ. Ангиографическое исследование выявило субокклюзию ПМЖВ на границе проксимального и среднего сегмента в месте отхождения крупной ДВ1, стеноз среднего сегмента ПКА до 50%. Выполнено стентирование ПМЖА коронарным стентом Biomime 2,75–24 mm, р=14 атм, с последующей постдилатацией проксимальной части стента баллоном Apollo 3,0–10 mm. При контрольной ангиографии – оптимальный результат в зоне стентирования, дистальный кровоток ТІМІ3.

После стентирования жалобы, болевой синдром у пациента отсутствовали. Для дальнейшего лечения с улучшением переведен в Отделение медицинской реабилитации ГОККЦ.

Выводы

В течение периода нахождения пациента на стационарном лечении наблюдались изменения ЭКГ картины с «вертикализацией» прекардиальных зубцов Т и подъемом сегмента ST с дальнейшим их переходом в двухфазные Т с начальной положительной фазой типа А. Эта кажущаяся нормализация зубца Т может указывать на повторный стеноз ПМЖВ с последующей реперфузией артерии. При этом такая ЭКГ картина может предшествовать появлению симптомов или протекать бессимптомно [1].

Поскольку данный синдром протекает в безболевого периоде, сопровождается незначительным подъемом сердечных ферментов либо отсутствием подъема таковых, а также отсутствием патологического зубца Q, прямо указывающего на повреждение миокарда, необходимо иметь настороженность при обнаружении вышеописанной ЭКГ картины.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Wellens Syndrome [Electronic resource] // LITFL. – Mode of access: <https://litfl.com/wellens-syndrome-ecg-library/>. – Date of access: 20.01.2024.
2. Ola, O. Pseudo-Wellens Syndrome in a Patient with Hypertension and Left Ventricular Hypertrophy / O. Ola, T. Tak // The American Journal of Case Reports. – 2019. – Vol. 20. – P. 1231–1234.
3. Wellens Syndrome [Electronic resource] // StatPearls. – Mode of access: <https://www.statpearls.com/point-of-care/31330>. – Date of access: 19.01.2024.

УДК 616-006.446-036.11:613.2.035]-053.2

Ю. Н. Гошко, И. Ю. Чуйко

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – это злокачественное заболевание системы кроветворения, состоящее в появлении опухолевого клона из клеток линий лимфоидной дифференцировки, составляющего не менее 25% от других ядерных клеточных элементов, и в своем естественном тече нии неизбежно приводящее к фатальному исходу.

Пожизненный риск возникновения ОЛЛ в общей популяции составляет около 0,12%. Заболеванию чаще подвержены дети, причем у них ОЛЛ является наиболее распространенной формой рака (до 30%). Максимальная частота заболеваемости ОЛЛ регистрируется у детей в возрасте от 2 до 5 лет, и данный возрастной интервал начала болезни ассоциирован с более благоприятным прогнозом ее течения [6]. Имеется множество фак-

торов риска, которые могут влиять на развитие ОЛЛ. Среди них выделяют отягощенную наследственность, профессиональные вредности родителей, повышенный рост и вес при рождении, старший возраст матери и др [1].

Под нутритивным статусом понимают совокупность показателей, обусловленных конституцией, возрастом, морбидным состоянием, которые отражают течение метаболических процессов в организме конкретного человека, т. е. нутритивный статус пациента – степень реального обеспечения физиологических потребностей организма в нутриентах [5]. К группе риска по развитию недостаточности питания относятся пациенты с ОЛЛ [2].

Принципиально важным является то, что нутритивные нарушения у детей с онкогематологическими заболеваниями негативно влияют на исход заболевания, на успех лечения и на качество жизни излеченных пациентов [6]. Достоверно меньшая продолжительность ремиссии описана у детей с недостаточностью питания, получающих лечение по поводу ОЛЛ и нейробластомы. Считается доказанным, что стабильные показатели нутритивного статуса прямо коррелируют с более короткими госпитализациями, снижением количества осложнений, более низкой стоимостью лечения и снижением риска летального исхода. Бесспорно, что раннее выявление пациентов группы риска по развитию нутритивной недостаточности и их нутритивная поддержка оказывают положительный эффект в отношении ряда клинических исходов [4].

Несмотря на то, что большинство авторов максимальное внимание уделяли именно нутритивной недостаточности в детской онкогематологии, в последнее десятилетие все большее внимание уделяется изучению другой стороны нутритивных нарушений: ожирения и связанных с ним проблем. По данным некоторых исследований среди детей с впервые выявленным ОЛЛ ожирение на момент постановки диагноза ухудшает прогноз заболевания и увеличивает вероятность развития осложнений на фоне химиотерапии [6, 3].

Таким образом состояние нутритивного статуса в онкогематологии является важным аспектом при лечении детей с ОЛЛ.

Цель

Оценить нутритивный статус у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт стационарных пациентов с ОЛЛ, проходивших лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» за период с 2019 по 2024 гг. Минимальный возраст поступивших – 1 год, максимальный – 14 лет (медиана возраста 5 лет). Среди респондентов наблюдалось преобладание пациентов мужского пола над женским: 23 (57,5%) и 17 (42,5%) человек соответственно. Всем пациентам диагноз ОЛЛ был установлен на основании данных морфологического и иммунологического исследования костного мозга. В соответствии с Международной классификацией ОЛЛ (FAB) всем детям был диагностирован L2 вариант ОЛЛ.

Для оценки нутритивного статуса изначально оценивались следующие показатели: возраст, пол, антропометрические данные (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ)). ИМТ рассчитывался по формуле Кетле ($\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$). Оценка расчета ИМТ производилась по таблицам z-score ИМТ и центильным таблицам, разработанным А. М. Мазуриным, И. М. Воронцовым (2006 г.).

Для интерпретации Z-score ИМТ были использованы рекомендации Всемирной организации здравоохранения по оценке антропометрических индексов у детей от 2006 г. «WHO Child Growth Standards», представленные в двух возрастных периодах: от 0 до 5 лет, от 5 до 19 лет (таблица 1).

Таблица 1 – Интерпретация показателей Z-score ИМТ

Значение Z-score	Интерпретация показателей физического развития	
	ИМТ у детей от 0 до 5 лет	ИМТ у детей от 5 до 19 лет
> +3	Ожирение	Ожирение
+2 – +3	Избыточное питание	
+1 – +2	Риск избыточного питания	Избыточное питание
-1 – +1	Норма	Норма
-1 – -2	Недостаточность питания легкой степени	Недостаточность питания легкой степени
-2 – -3	Недостаточность питания умеренной степени	Недостаточность питания умеренный
< -3	Недостаточность питания тяжелой степени	Недостаточность питания тяжелой степени

Для выявления скрытых нутритивных нарушений оценивались данные биохимического исследования крови: общий белок, альбумин, ферритин.

Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

При антропометрическом исследовании у 23 (57,5%) пациентов ИМТ был в пределах нормы, у 17 пациентов (42,5%) были выявлены отклонения в ИМТ (таблица 2).

При оценке биохимических показателей крови у 19 (47,5%) пациентов наблюдалось снижение уровня общего белка. Среди этих пациентов у 3 (7,5%) была недостаточность питания легкой степени, по 1 (2,5%) пациенту были с недостаточностью питания умеренной и тяжелой степени, у 2 (5%) пациентов выявлен риск избыточного питания, у 2 (5%) определялось избыточное питание, у 1 (2,5%) – ожирение. У 5 (12,5%) пациентов наблюдалось сочетанное снижение общего белка и альбумина. В этой группе 3 пациента (7,5%) имели нормальную массу тела, 1 (2,5%) – недостаточность питания умеренной степени и 1 (2,5%) – избыточное питание. Один пациент (2,5%) с нормальными показателями физического развития имел изолированное снижение уровня альбумина.

Таблица 2 – Оценка показателей физического развития

Оценка показателей физического развития	Мальчики, чел. (%)	Девочки, чел. (%)
Ожирение	1 (2,5)	–
Избыточное питание	2 (5)	1 (2,5)
Риск избыточного питания	1 (2,5)	1 (2,5)
Норма	13 (32,5)	10 (25)
Недостаточность питания легкой степени	3 (7,5)	4 (10)
Недостаточность питания умеренной степени	2 (5)	–
Недостаточность питания тяжелой степени	1 (2,5)	–

Оценка уровня ферритина у обследуемых детей не выявила значительных изменений, лишь у 1 (2,5%) пациента наблюдалось незначительное снижение уровня ферритина ниже нормы вместе с уровнем общего белка, z-score ИМТ не выходил за границы нормы.

При изучении антропометрических данных пациентов и интерпретации результатов по центильным таблицам А. М. Мазурина и И. М. Воронцова было обнаружено, что у 3 детей мужского пола очень высокие показатели роста и массы тела (> 97 перцентилей), не соответствующие показателям для их возрастных групп, что требует дополнительной настороженности при лечении данных детей.

Выводы

Анализ полученных результатов показал, что большинство детей с ОЛЛ изначально имеют нормальные показатели ИМТ. Однако нутритивная недостаточность у части пациентов настораживает в плане повышенного риска развития всевозможных осложнений на фоне химиотерапии. Скрытая энергетическая недостаточность по биохимическим показателям при нормальной массе тела также является фактором риска. Своевременная коррекция энергетической недостаточности является залогом успеха проведения химиотерапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аманкулова, А. А. Лечение острого лимфобластного лейкоза у детей на современном этапе / А. А. Аманкулова, Э. К. Макимбетов // Вестник КРСУ. – 2020. – Т. 20, № 1. – С. 11–15.
2. Влияние нутритивной поддержки на переносимость и результаты лечения пациентов с впервые выявленными гемобластомами, получавших программную химиотерапию / Н. П. Шень [и др.] // Онкогематология. – 2022. – Т. 17, № 4. – С. 177–184.
3. Оценка гепатотоксичности этапа индукционной терапии острого лимфобластного лейкоза у детей / С. А. Ходулева // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2019. – № 2 (22). – С. 112–117.
4. Полевиченко, Е. В. Нутритивные аспекты лечения злокачественных новообразований у детей / Е. В. Полевиченко // Российский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 22. – С. 1512–1516.
5. Нутритивный статус у больных лимфомами / Т. И. Поспелова [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Т. 7, прил. 3. – С. 119–122.
6. Проблема ожирения и скрытой нутритивной недостаточности у детей с острым лимфобластным лейкозом на этапе лечения и после него / А. Ю. Вашура [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2018. – Т. 16, № 5. – С. 44–51.

УДК 616.379-008.64-037(476.2-25)

А. В. Громыко, В. К. Тарабеш

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры И. Л. Мамченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ

Введение

Сахарный диабет является одним из важных вопросов системы здравоохранения, поскольку является это не только медицинская, но и социальная проблема. Несмотря на постоянное совершенствование лечения, данная патология имеет тенденцию к увеличению. К факторам, способствующим развитию сахарного диабета, относят избыточный вес, недостаточная физическая нагрузка, вредные привычки и генетическая предрасположенность.

В качестве профилактики сахарного диабета целесообразно достижение оптимальной массы тела, а также ее поддержание, ведение физически активного образа жизни, поддержание здорового питания и уменьшение потребления углеводов и насыщенных жиров, исключение алкоголя и табака, а также постоянное информирование население о данной проблеме [1, 2].

Цель

Оценить степень риска развития сахарного диабета среди населения г. Гомеля.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 50 респондентов на основе шкалы FINDRISK, с использованием приложения Google Формы. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office (MS Excel – 2016).