

у большинства (86,1%) пациентов, при этом больший процент (35,6%) приходится на С3а (СКФ 30–44 мл/мин/1,73м²) стадию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диабетическая нефропатия – возможности ранней лабораторной диагностики и прогнозирование течения (обзор литературы) / Э. Б. Попыхова [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2021. – № 10. – С. 593–602.
2. Сигитова, О. Н. Диагностика и лечение диабетической нефропатии / О. Н. Сигитова, Р. А. Надеева // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 1 (121). – С. 19–26.
3. Диабетическая нефропатия: анализ факторов риска, влияющих на развитие хронической болезни почек при сахарном диабете / В. М. Селиханова [и др.] // Медицина и экология. – 2021. – № 2(99). – С. 81–85.
4. Нефропатия: учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов, врачей общей практики, терапевтов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2017. – С. 76.

УДК 616.24-008.444-07

Е. А. Астапенко, А. П. Леончик

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 СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Введение

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это повторяющиеся эпизоды обструкции верхних дыхательных путей во сне, во время которых происходит прекращение и/или уменьшение воздушного потока дыхания.

Во многих исследованиях показано, что СОАС затрагивает 2–7% взрослого населения в общей популяции и может быть независимым фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), хронической сердечной недостаточности, острого коронарного синдрома, инсульта, сердечно-сосудистой смертности и смертности от всех причин [1].

Наиболее типичными клиническими признаками для СОАС являются дневная сонливость в покое и при активной деятельности, наличие храпа и расстройство сна, чувство удушья во сне, головные боли, подавленное настроение, наличие артериальной гипертензии.

В настоящее время наиболее значимым эпидемиологическим исследованием считается Висконсинское Когортное исследование Сна (Wisconsin Sleep Cohort Study, 2003), в котором приняли участие более 12 000 пациентов. Исследование продемонстрировало, что распространенность СОАС в популяции составляет 10–12%, что означает: фактически каждый седьмой житель Европы имеет хронические расстройства дыхания во сне, которые нарушают уровень дневного функционирования и качество жизни пациентов [2].

Цель

Провести оценку СОАС с использованием шкалы NoSAS и индекса тяжести инсомнии.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 60 пациентов, находящихся на лечении в учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», в возрасте от 58 до 83 лет (средний возраст 68,5±9,0 лет).

В качестве метода, позволяющего заподозрить риск наличия синдрома обструктивного апноэ сна, использовалась шкала NoSAS (таблица 1). Сумма баллов 8 и выше свидетельствует о высоком риске СОАС [3].

Таблица 1 – Шкала NoSAS

Показатель	Баллы
Окружность шеи (измеряется на уровне кадыка) ≥ 40 см	4
Индекс массы тела 25–30	3
Индекс массы тела ≥ 30	5
Наличие храпа	2
Возраст старше 55 лет	4
Мужской пол	2

Выявление симптомов расстройств сна проводилось методом анкетирования, рассчитывался индекс тяжести инсомнии (ИТИ) (шкала от 0 до 28, с пороговым значением ≥ 15 , указывающим на умеренную клиническую бессонницу) [4].

Анализ данных был произведен с помощью программ Microsoft Office Excel 2016. Данные представлены в виде среднеарифметических значений и стандартных отклонений ($M \pm m$). Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 20 мужчин, средний возраст которых составил $69,8 \pm 11,4$ лет и 40 женщин в возрасте $67,8 \pm 7,6$ лет.

При оценке риска СОАС с использованием шкалы NoSAS было выявлено, что у 47 пациентов (78 %) отмечен высокий риск СОАС, а у 13 (22%) пациентов низкий риск СОАС.

Низкий риск СОАС, с учетом гендерного фактора, отмечен у 2 (15%) пациентов мужского пола и 11 (85%) женского пола. По возрастному составу пациенты с низким риском СОАС были распределены следующим образом: пожилого возраста (60–74 года) – 7 пациентов (54%), старческого возраста (75–90 лет) – 6 пациентов (46%).

Высокий риск СОАС, с учетом гендерного фактора, отмечен у 18 пациентов (38%) мужского пола и у 29 пациентов (62%) женского пола. Распределение пациентов с высоким риском СОАС по возрастному составу следующее: среднего возраста (45–59 лет) – 8 пациентов (17%), пожилого возраста (60–74 года) – 30 пациентов (64%), старческого возраста (75–90 лет) – 9 пациентов (19%).

При оценке симптомов расстройств сна ИТБ менее 15 баллов отмечен у 4 пациентов (7%) и ИТБ более 15 баллов – у 56 пациентов (93%) и соответствует умеренной клинической бессоннице.

Так, умеренная клиническая бессонница, с учетом гендерного фактора, отмечена у 37 пациентов (66%) женского пола и у 19 пациентов (34%) мужского пола. По возрастному составу пациенты с умеренной клинической бессонницей были распределены: среднего возраста (45–59 лет) – 8 пациентов (14%), пожилой возраста (60–74 лет) – 35 пациентов (63%), старческого возраста (75–90 лет) – 13 пациентов (23%).

Выводы

У 78% пациентов отмечен высокий риск СОАС и у 93% пациентов наличие умеренной клинической бессонницы, причем преобладали пациенты пожилого возраста женского пола.

Использование комплексного подхода в диагностике бессонницы и СОАС с применением специализированных опросников на первичном этапе обращения пациента, позволяет совершенствовать подход в скрининге данного синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Магомедова, Н. М. Хроническая ишемическая болезнь сердца / Н. М. Магомедова, Е. З. Голухова // Креативная кардиология. – 2016. – № 10 (3). – С. 210–219.

2. Шкадова, М. Г. Синдром обструктивного апноэ сна / М. Г. Шкадова // Крымский терапевтический журнал. – 2011. – № 1 (16). – С. 26–32.

3. The NoSAS score for screening of sleep-disordered breathing: a derivation and validation study / H. Marti-Soler [et al]. // Lancet Respir. Med. – 2016. – № 4(9). – P. 742–748. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30075-3.

4. Morin, C. The ISI: Psychometric Indicators to detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response / C. Morin, G. Belleville, L. Belanger // Sleep. – 2011. – Vol. 34, № 5. – P. 601–608.

УДК 616.127:616-006.446.2-036.11-053.2

А. В. Астраков, Ю. Н. Гайшун

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КАРДИОМИОПАТИИ НА ФОНЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Введение

В настоящее время онкологические заболевания считаются одной из значимых проблем в здравоохранении Республики Беларусь. За последние несколько лет встречаемость злокачественных заболеваний существенно возросла не только среди взрослого населения, но и среди детей. Частота встречаемости острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) среди всех злокачественных заболеваний у детей составляет более чем 12%. Из всех лейкозов на ОЛЛ приходится около 80% случаев [1, 2]. Диагностика ОЛЛ основывается на морфологическом и цитологическом исследовании клеток костного мозга, а также требует проведения иммунофенотипического, цитогенетического и молекулярно-биологического исследований [3].

ОЛЛ является очень сложным заболеванием с непредсказуемой терапевтической эффективностью, поэтому зачастую на фоне проводимой полихимиотерапии можно наблюдать различные осложнения, связанные как с тяжестью основного заболевания, так и с агрессивностью проводимого лечения. Часть осложнений связаны с поражением сердечно-сосудистой системы. Кардиотоксический эффект может проявляться как бессимптомными изменениями на ЭКГ, так и развитием токсической кардиомиопатии с сопутствующей тяжелой сердечной недостаточностью на фоне химиотерапии.

В рекомендациях ESMO 2012 г. представлена следующая классификация кардиотоксичности, возникающей при лечении антрациклиновыми антибиотиками, широко используемыми в лечении ОЛЛ:

- Острая – возникает менее чем у 1% больных сразу после введения препарата, обратима.
- Остро начавшаяся хроническая прогрессирующая – возникает в 1,6–2,1% случаев во время химиотерапии или в первый год после нее.
- Поздно начавшаяся хроническая прогрессирующая – возникает в 1,6–5,0% случаев через 1 год после окончания химиотерапии.
- Отдаленная (поздно возникающая) – через 5 и более лет после окончания химиотерапии [4].

Чаще всего после применения антрациклинов наблюдаются тяжелая левожелудочковая сердечная недостаточность, кардиомиопатии, аритмии. Тем не менее, польза от их применения, гораздо выше, чем вред от наблюдающихся осложнений [5].