

В дальнейшем на фоне индукционной терапии у большинства пациентов отмечалось повышение печеночных трансаминаз, что было расценено как специфический токсический гепатит, учитывая отрицательные результаты вирусологических исследований. Показатель АЛАТ на 15 день терапии превышал нормальные значения у 69,6 % пациентов. Медиана АЛАТ составила 83 (32..156) Ед/л, что достоверно превышало аналогичный показатель при инициальной постановке диагноза (20 (15..31) Ед/л). На 36 день показатель медианы АЛАТ увеличился и составил 235 (83,3..564,5) Ед/л. Значения АсАТ на 15 день превышали нормальные значения у 37,5 % детей. Медиана АсАТ составила 29 (18..67,5) Ед/л, что не превышало нормальных значений, но при дальнейшем проведении полихимиотерапии медиана увеличилась и составила 58 (33,5..135) Ед/л.

При проведении курса индукционной полихимиотерапии наблюдалась нормализация С-РБ, что обусловлено контролируемым инфекционным процессом. Показатели АДГ к 36 дню продолжал понижаться, на 15 и 36 дни был достоверно ниже, чем при первичной диагностике, что свидетельствовало о наличии синдрома цитолиза.

Выводы

При инициальной диагностике ОЛЛ у детей в 20 % случаев наблюдался синдром цитолиза по показателям АЛАТ и АсАТ. В ходе проведения полихимиотерапии наблюдался значительный рост печеночных трансаминаз к 15 и 36 дню индукционной терапии (АЛАТ от 11 до 870 Ед/л; АсАТ от 7,9 до 390 Ед/л и АЛАТ от 11 до 2125 Ед/л; АсАТ от 14 до 975 Ед/л соответственно), что было расценено как токсический гепатит. При этом в конце индукционной терапии токсический гепатит был диагностирован у 97% детей.

Таким образом наличие синдрома цитолиза у детей с ОЛЛ прежде всего определяется токсичностью индукционной полихимиотерапии, что диктует необходимость в максимально короткие сроки проведения адекватной и эффективной симптоматической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ходулева, С. А. Оценка гепатотоксичности этапа индукционной терапии острого лимфобластного лейкоза у детей / С. А. Ходулева // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности: сб.ст./ Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека; редкол.: А. В.Рожко (отв. ред.) [и др.]. — Гомель, 2019. — 112 с.
2. Острые лейкозы / А. С. Бабяк [и др.] // Международный студенческий научный вестник. — 2018. — № 4-2. — С. 6-7.
3. Тромбозы у детей с острым лимфобластным лейкозом / Л. И. Жарикова [и др.] // Вопросы гематологии / онкологии и иммунопатологии в педиатрии. — 2015. — Т. 14, № 3. — С. 78-92.
4. Новикова, И. Клиническая и лабораторная гематология / И. Новикова, С. Ходулева // Litres. — 2017.
5. Оптимизация терапии острого лимфобластного лейкоза у детей в России / Ю. В. Румянцева [и др.] // Педиатрия. — 2009. — Т. 87, № 4. — С. 19-27.
6. Романова, О. Н. Лекарственные поражения печени у детей со злокачественными новообразованиями / О. Н. Романова // Актуальные вопросы детской онкологии, гематологии и иммунологии: сб. ст. / Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии; сост.: О. В. Алейникова, Т. А. Углова. — Минск, 2012. — С. 188-192.

УДК 616.379-008.64

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Чепикова Д. Н.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева;
ассистент кафедры Д. С. Белогурова**

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

Введение

Сахарный диабет 2-го типа — нарушение углеводного обмена, вызванное инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью. Ос-

новными факторами риска развития СД 2 типа являются: избыточная масса тела, ожирение, наследственная предрасположенность, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, синдром поликистозных яичников, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, малоподвижный образ жизни. [1] СД 2 типа проявляется сухостью во рту, жаждой, частым обильным мочеотделением, слабостью, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности [2]. Длительное течение СД 2 типа может приводить к осложнениям: гиперосмолярной коме, диабетическому кетоацидозу, диабетической ретинопатии, диабетической макро- и микроангиопатии, диабетической нейропатии и нефропатии. Лечение направлено на достижение индивидуального целевого уровня гликемии в плазме крови [3].

Цель исследования

Изучить особенности течения сахарного диабета 2 типа у пациентов в стационарных и амбулаторных условиях и выявить наиболее типичные симптомы и осложнения для данного заболевания.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 15 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, которые находились на лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», и анализ амбулаторных карт 16 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, наблюдающихся у эндокринолога по месту жительства в ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника филиал № 8» в период с сентября по ноябрь 2020 г. Математическая обработка сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания проведена с помощью методов медицинской статистики с использованием программы «Microsoft Excel». Для проверки гипотезы, о достоверности различий у стационарных и амбулаторных пациентов по качественному признаку, применялся критерий χ^2 Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было выявлено, что среди пациентов с диагнозом СД 2 типа преобладают лица женского пола 19 (61,2 %). Возраст пациентов, проходивших лечение в стационаре и на амбулаторном этапе, составил от 33 до 87 лет. Впервые выявленный СД 2 типа был у 1 (3,2 %) пациента. Из анамнеза пациентов отмечалось, что наследственность отягощена у 5 (16,1 %) по ишемической болезни сердца и АГ.

3 (9,6 %) пациента не предъявляли жалоб. Основные жалобы пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Основные жалобы пациентов

Жалобы	Количество пациентов	% от общего числа пациентов	Количество пациентов	% от общего числа пациентов
	Стационарные пациенты		Амбулаторные пациенты	
Сухость во рту	9	29,0 %	8	25,8 %
Жажда	5	16,1 %	3	9,67 %
Слабость	6	19,35 %	6	19,35 %
Полиурия	1	3,22 %	2	6,45 %
Похудание	1	3,22 %	2	6,45 %
Онемение в пальцах стоп	5	16,1 %	6	19,35 %
Одышка при физической нагрузке	7	22,58 %	2	6,45 %
Судороги, головокружение	6	19,35 %	5	16,1 %
Боли в ногах, пояснице	4	12,9 %	2	6,45 %
Повышенное артериальное давление	10	32,25 %	6	19,35 %

Из таблицы 1 видно, что у стационарных пациентов преобладали жалобы на повышенное артериальное давление — 10 (32,25 %), сухость во рту — 9 (29 %), одышку при физической нагрузке — 7 (22,58 %), слабость — 6 (19,35 %), судороги — 6 (19,35 %). У амбулаторных пациентов преобладали жалобы на сухость во рту — 8 (25,8 %), слабость — 6 (19,35 %), онемение в пальцах стоп — 6 (19,35 %).

При объективном обследовании: тоны сердца приглушены у 25 (80,6 %), избыточная масса тела у 13 (41,9 %), границы сердца расширены влево у 12 (38,7%), пульсация артерий стоп и голей ослаблена у 6 (19,3 %), отеки на нижних конечностях у 3 (9,6 %).

Сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания

Клинические заболевания	Количество пациентов	% от общего числа пациентов	Количество пациентов	% от общего числа пациентов	Всего	Значение критерия χ^2	Уровень значимости р
	Стационарные пациенты		Амбулаторные пациенты				
Дискогенная люмбоишиалгия	1	3,22 %	0	0	1	1,102	0,294
Диабетическая дистальная полинейропатия	6	19,35 %	12	38,7 %	18	3,895	0,049
Диабетическая ангиопатия нижних конечностей	4	12,9 %	9	29 %	13	2,783	0,096
Ожирение 1 степени	4	12,9 %	2	6,45 %	6	0,995	0,319
Ожирение 2 степени	3	9,67 %	4	12,9 %	7	0,111	0,740
Ишемическая болезнь сердца	8	25,8 %	9	29 %	17	0,027	0,871
Артериальная гипертензия 2 степень, риск 4	9	29 %	8	25,8 %	17	0,313	0,577
Артериальная гипертензия 3 степень, риск 4	3	9,67 %	5	16,1 %	8	0,512	0,475
Дислипидемия	4	12,9 %	3	9,67 %	7	0,278	0,599
Диабетическая невропатия	1	3,22 %	4	12,9 %	5	1,924	0,166
Диабетическая нефропатия	2	6,45 %	2	6,45 %	4	0,005	0,945
Синдром диабетической стопы	0	0	2	6,45 %	2	2,004	0,157
Трофическая язва стопы	0	0	1	3,22 %	1	0,969	0,325
Диффузно-узловой зоб	1	3,22 %	2	6,45 %	3	0,301	0,584
Всего	46		63		109		

Проанализировав таблицу 2 можно сделать вывод, что у стационарных пациентов преобладали: артериальная гипертензия 2 степени — 9 (29,0 %), ишемическая болезнь сердца — 8 (25,8 %), диабетическая дистальная полинейропатия — 6 (19,35 %). У амбулаторных пациентов наиболее часто встречались: диабетическая дистальная полинейропатия — 12 (38,7 %), диабетическая ангиопатия нижних конечностей — 9 (29,0 %), ишемическая болезнь сердца — 9 (29,0 %).

Статистически значимыми считали различия при p менее 0,05. Критическое значение χ^2 при уровне значимости 0,05 составляет 3,841. Исходя из таблицы 2 можно сделать вывод, что среди всех сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания статистически значимые различия выявлены только по диабетической дистальной полинейропатии с преобладанием ее у амбулаторных пациентов. По всем остальным осложнениям и сопутствующим заболеваниям у стационарных и амбулаторных пациентов статистически значимых различий не установлено.

По результатам УЗИ была выявлена следующая патология: диффузные изменения в печени и поджелудочной железе — 10 (32,2 %), гепатомегалия и гепатоспленомегалия по 3 (9,6 %), эхо-признаки узлового зоба — 3 (9,6 %), кисты

обеих почек — 3 (9,6 %). По данным ЭКГ были выявлены следующие изменения: блокада правой ветви левой ножки пучка Гиса — 6 (19,3 %), гипертрофия левого желудочка — 4 (12,9 %), синусовая брадикардия — 4 (12,9 %), трепетание предсердий — 1 (3,2 %).

Таблица 3 — Уровень гликированного гемоглобина

7,1–8,0	8,1–9	9,1–10	10,1–11	11,1–12	12,1–13
10(32,2 %)	8(25,8 %)	4(12,9 %)	6(19,3 %)	0	3(9,6 %)

Из таблицы 3 видно, что у всех пациентов уровень гликированного гемоглобина выше нормы.

По данным лабораторно-диагностического обследования: отклонения от нормы по результатам ОАК выявлены у 22 (70,9 %), из них: ускоренное СОЭ — 8 (25,8 %), лимфоцитоз — 4 (12,9 %), лейкоцитоз — 4 (12,9 %), тромбоцитопения — 4 (12,9 %), снижение числа сегментоядерных нейтрофилов — 3 (9,6 %), снижение числа эритроцитов — 2 (6,4 %). Отклонения от нормы по результатам ОАМ выявлены у 19 (61,2 %), из них: глюкозурия — 13 (41,9 %), лейкоцитурия — 12 (38,7 %), протеинурия — 6 (19,3 %), цилиндрурия — 4 (12,9 %), бактериурия — 4 (12,9 %). Отклонения от нормы по результатам БАК наблюдаются у 26 (83,8 %), из них: гиперхолестеринемия — 11 (35,4 %), повышение уровня АЛТ — 11 (36,4 %), повышение уровня мочевины — 8 (25,8 %), гиперкалиемия — 8 (25,8 %), гипертриглицеридемия — 7 (22,5 %), гиперкреатининемия — 7 (22,5 %), повышение уровня АСТ — 5 (16,1 %), повышение уровня щелочной фосфатазы — 2 (6,4 %), гиперхлоремия — 2 (6,4 %), повышение уровня ЦРБ — 2 (6,4 %).

Проанализировав данные лабораторных исследований, можно сделать вывод о наиболее частых отклонениях от нормы: в ОАК — ускоренное СОЭ, в ОАМ — глюкозурия и лейкоцитурия, в БАК — гиперхолестеринемия, повышение уровня АЛТ, повышение уровня мочевины и гиперкалиемия.

Выводы

Таким образом, за сентябрь–ноябрь 2020 г. было проанализировано 15 медицинских карт стационарных пациентов и 16 медицинских карт амбулаторных пациентов с СД 2 типа. У стационарных пациентов преобладали жалобы на сухость во рту, слабость, одышку при физической нагрузке, судороги, повышенное артериальное давление. У амбулаторных пациентов преобладали жалобы на сухость во рту, слабость, онемение в пальцах стоп. Наиболее частые осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания на амбулаторном и стационарном этапе лечения: диабетическая дистальная полинейропатия, диабетическая ангиопатия нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия 2 степени. Среди всех сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания статистически значимые различия выявлены только по диабетической дистальной полинейропатии с преобладанием ее у амбулаторных пациентов. По всем остальным осложнениям и сопутствующим заболеваниям у стационарных и амбулаторных пациентов статистически значимых различий не установлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Эндокринология [Электронный ресурс]: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. — М.: Литтерра, 2015. — 416 с
2. Аметов, А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Т. 8 [Электронный ресурс] / А. С. Аметов. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 336 с.
3. Мохорт, Т. В. Эндокринология: учебник / Т. В. Мохорт, З. В. Забаровская, А. П. Шепелькевич. — Минск: Выш. шк., 2015. — 417 с.