

3. Рассматривая количество нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов людей в РБ и количество фактически выполняемых операций видно, что существует потребность в увеличении коечного фонда и штатного расписания РЦЭС для обеспечения своевременной медико-социальной реабилитации данной группы пациентов.

**Н.А. Шоболова, А.Н. Назарова-Рыгдылон**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В БУРЯТИИ ЗА 2009 Г.  
ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО**

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

За исследуемый период под наблюдением в эндокринологическом отделении находились 25 женщин, из них с гестационным сахарным диабетом — 17 женщин, сахарным диабетом I типа — 8 женщин. Беременность и роды у женщин, страдающих предгестационным и гестационным сахарным диабетом, до сих пор входят в группу высокого риска. Поэтому и здесь залогом здоровья будущей мамы и ее малыша является компенсация заболевания на протяжении всей беременности. Все 17 женщин прошли обследование, лечение и обучение по школе диабета в условиях эндокринологического отделения РКБ им. Н.А. Семашко. Всем определяли гликированный гемоглобин: 9 женщинам с гликированным гемоглобином выше 8,0 — 10,8 % была назначена инсулинотерапия Левемиром и Новорапидом. У 4 женщин с гестационным диабетом в анамнезе имеются сахарный диабет 2 типа у близких родственников, рождение ребенка весом более 4 кг и мертворождение. 7 женщин с сахарным диабетом I типа встали на учет в связи с уже наступившей беременностью, имелся гликированный гемоглобин от 9,2 до 12,3 %. Только одна женщина планировала беременность и имела гликированный гемоглобин 7 %.

Внедрение программы специальной подготовки и разработка протокола активного наблюдения таких женщин позволили значительно снизить частоту неблагоприятных исходов беременности, осложнений со стороны матери и потомства. Материнскую и перинатальную смертность. Из всех женщин, обратившихся в эндокринологическое отделение РКБ им. Н.А. Семашко с беременностью одной женщине рекомендовали прерывание беременности по медицинским показаниям из-за декомпенсации диабета (HbA<sub>1c</sub> = 14 %), из 24 женщин с беременностью с гестационным диабетом и сахарным диабетом I типа было 24 родов, из них кесарево сечение — 3. Все женщины наблюдались в эндокринологическом отделении и перинатальном центре. 23 женщины прошли обучение в школе диабета. У одной женщины сахарным диабетом I типа ребенок умер после рождения. Мать не планировала беременность, не имела хорошей компенсации сахарного диабета и состоит на учете в противотуберкулезном диспансере.

Таким образом, по данным эндокринологического отделения РКБ им. Н.А. Семашко планируют беременность больные сахарным диабетом только в 12 % случаев, остальные обращаются за медицинской помощью в среднем на сроке 10 — 11 недель беременности, не имея ни малейшего представления о последствиях декомпенсации сахарного диабета, как для здоровья матери, так и для здоровья будущего ребенка. У 12 % женщин с сахарным диабетом I типа инфекции мочевыводящих путей, частые обострения хронического пиелонефрита утяжеляли течение беременности, создавая угрозу прерывания беременности. Прогрессирование диабетической ретинопатии наблюдалось у одной женщины. Беременность на фоне сахарного диабета всегда волнует и врачей женских консультаций и потенциальных родителей. На данных наблюдения беременных сахарным диабетом можно утверждать, что причина многих проблем, возникающих во время беременности у женщин сахарным диабетом преодолима. Это чаще всего не сам диабет, а незнание, как правильно подготовиться к беременности. Всем женщинам детородного возраста надо пройти обучение по специально разработанной программе в школе диабета. Какими должны быть лабораторные показатели к моменту наблюдения беременности:

- гликированный гемоглобин должен быть не выше 6,4 %;
- идеальная компенсация сахарного диабета за 3 — 4 месяца до зачатия;
- гемоглобин в общем анализе крови 110 — 130 г/л;
- сахар крови натощак 3,5 — 5,0 ммоль/л.; через 1 час после еды менее 7,8 ммоль/л.; через 2 часа после еды — менее 6,7 ммоль/л.; перед сном — 5,5 — 5,8 ммоль/л.; в 3 часа ночи — 5,5 ммоль/л.;
- общий холестерин крови — 4,2 ммоль/л.; триглицериды — менее 1,7 ммоль/л.; креатинин крови — 60 мкмоль/л.;
- в общем анализе мочи лейкоциты;
- ацетон и белок в моче отрицательный;
- анализ мочи на МАУ — менее 30 мг/сут.;
- артериальное давление менее 130/85 мм рт. ст.

В таблице 1 приводятся статистические данные по частоте встречаемости пороков развития в зависимости от уровня гемоглобина.

**Таблица 1**

**Частота встречаемости пороков развития в зависимости от уровня гликированного гемоглобина в первые 6 недель беременности и далее**

| Гликированный гемоглобин | Возникновение пороков |
|--------------------------|-----------------------|
| < 6,9 %                  | 0–1 %                 |
| 7–8,5 %                  | 4–5 %                 |
| 8,6–9,9 %                | 10–15 %               |
| 10–14 %                  | 20 %                  |
| > 14 %                   | 40 %                  |

Выявлено: декомпенсация сахарного диабета во втором и третьем триместрах беременности повышенный риск развития диабетической фетопатии до 60 %, внутриутробной гибели плода до 10 %, возникновение и прогрессирование сосудистых осложнений сахарного диабета 15 %, преждевременных родов 30 %, родоразрешение путем операции «кесарево сечение» — 90 %. Наблюдение женщин после родов будет продолжаться. Необходимо обучать всех девочек с сахарным диабетом методам контрацепции, проводить индивидуальные занятия по планированию беременности.

**И.И. Шпак, О.Е. Очирова, Э.Б. Жалсанова**

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ (МАБТЕРЫ) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Хронический лимфолейкоз — опухолевое заболевание, возникающее вследствие мутаций в геноме В-лимфоцита. Во всем мире хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) является наиболее часто встречающейся формой лейкоза. ХЛЛ главным образом поражает более пожилую популяцию со средним возрастом 64–70 лет. Мужчины заболевают в два раза чаще, чем женщины, более 70 % заболевают в возрасте старше 60 лет, хотя заболеванию могут подвергаться и молодые пациенты. Данным видом лейкоза болеют представители белой расы.

Выделяют следующие стадии по Rai:

- 0 — лимфоцитоз периферической крови, в костном мозге больше 40 %
- 1 — стадии 0 + увеличение лимфатических узлов
- 2 — стадии 0–1 + спленомегалия
- 3 — стадии 0–2 + снижение гемоглобина менее 110 г/л
- 4 — стадии 0–3 + снижение тромбоцитов менее 100 тыс.

По прогнозам экспертов, в ближайшем будущем следует ожидать резкого увеличения заболеваемости в основном из-за старения населения и перемен стиля жизни.

Достижение фундаментальной иммунологии и современных технологий позволили создать новый класс противоопухолевых препаратов — моноклональных антител (МАТ).

Моноклональные антитела сделали противоопухолевую терапию более эффективной и менее токсичной по сравнению с традиционными лекарствами (традиционная химиотерапия), при которой поражаются не только злокачественные, но и одновременно здоровые клетки.

Иммунотерапия с помощью МАТ — это «точечные удары», направленные против белковых молекул, содержащихся преимущественно в опухолевых клетках.

Как было упомянуто выше, новым и важнейшим этапом в лечении ХЛЛ стало появление и внедрение в клиническую практику МАТ. Первым в терапии ХЛЛ стал применяться препарат ритуксимаб (Мабтера) — моноклональное антитело к антигену CD 20.

Ритуксимаб — это химерное МАТ, имеющее вариабельный мышинный и константный человеческий регион. Оно специфически связывается с антигеном CD 20 на В-лимфоцитах и инициирует иммунологические реакции, опосредующие лизис В-клеток.

При ХЛЛ имеется малая плотность молекул антигенов CD 20 на лимфоцитах, поэтому антитела к этому антигену при ХЛЛ в монорежиме оказываются эффективными лишь в больших дозах.

Ко времени появления Ритуксимаба Флударабин (пуриновый аналог) показал себя как наиболее эффективный препарат в терапии ХЛЛ, поэтому были предприняты исследования эффективности со-