

2. Баранов, А.А. Основные тенденции здоровья детского населения России: учебное пособие/ А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий - Москва: Союз педиатров России; 2011–85 с.
3. Иванова, А.Е. Состояние здоровья и инвалидность / Э. В. Кондракова, А. Е. Иванова; Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2006.- № 2 с. 15–27.
4. Особенности соматической патологии у детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в различные возрастные периоды жизни / Т. С. Намазова-Баранова, И. А. Деев, О. С. Кобякова [и др.] / Бюллетень Сибирской медицины. - 2016. - Т.15. - N4 - с. 140–149.
5. Выбросы растут, здоровье падает. Итоги «Чистого воздуха» в Тагиле за четыре года.–URL: <https://tagilcity.ru/news/2022-11-22/vybrosy-rastut-zdorovie-padaet-itogi-chistogo-vozduha-tagile-za-chetyre-goda-2596097> (дата обращения: 11.01.2024)–Текст: электронный.

Сведения об авторах

К.А. Белослудцев* – студент лечебно-профилактического факультета
В. В. Белослудцева – студент лечебно-профилактического факультета
И. А. Плотникова – доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

К.А. Belosludtsev* - Student of Therapeutic Faculty
V.V. Belosludtseva – Student of Therapeutic Faculty
I.A. Plotnikova – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
kirillbelosludtsev@icloud.com

УДК: 616-08-06

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НАБОРА ВЕСА У ПАЦИЕНТА В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

Бессонова Виктория Игоревна¹, Таскина Елена Константиновна^{2,3}, Федотова Лариса Валентиновна²

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики

²Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ООО «Первая детская поликлиника»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – является самым распространенным злокачественным поражением кровяной системы среди детей. Противоопухолевое лечение острого лимфобластного лейкоза, включающее применение глюкокортикостероидов, может приводить к развитию побочных эффектов, в частности, к нарушению метаболизма, в результате которого у ребенка появляется избыточная масса тела либо ожирение. **Цель исследования** – проанализировать возможные причины ожирения у конкретного пациента с ОЛЛ, определить наличие или отсутствие связи набора веса с проведением химиотерапии, а также предложить план по снижению веса. **Материал и методы.** В статье проанализирован клинический случай наличия ожирения у мальчика 14 лет, находящегося в ремиссии острого лимфобластного лейкоза. Для анализа использованы данные медицинской документации, антропометрии, опроса и осмотра пациента. **Результаты.** Мальчик 14 лет состоит на диспансерном учете у эндокринолога и диетолога с диагнозом: Ожирение 2 степени. ИМТ 32,8 кг/м² (SDS ИМТ/возраст 2,97). Острый лимфобластный лейкоз, ремиссия (с 20.08.2020). Сопутствующие заболевания: Варикоцеле слева 1 степени. Левосторонний груднопоясничный сколиоз 1 степени. Сакроилеит. Стеатоз печени, стеатоз поджелудочной железы. **Выводы.** К ожирению вероятнее всего привел комплекс причин, а не только проведенная ему химиотерапия, но, безусловно, лечение противоопухолевыми препаратами способствовало быстрому набору веса. Пациенту требуется дальнейшее наблюдение диетолога, эндокринолога и онколога, а также, при необходимости, врача по физической культуре и психолога с целью определения плана по снижению веса для предотвращения дальнейших рисков и осложнений.

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз, химиотерапия, глюкокортикостероиды, ожирение

DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF WEIGHT GAIN IN A PATIENT DURING THE TREATMENT OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

Bessonova Viktorya Igorevna¹, Taskina Elena Konstantinovna^{2,3}, Fedotova Larisa Valentinovna²

¹Department of Oncology and Radiation Diagnostics

²Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

³First Children's Clinic

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) is the most common malignant blood disease among children. Antitumor treatment of acute lymphoblastic leukemia, including the use of glucocorticosteroids, can lead to the development of side effects, in particular, to metabolic disorders, as a result of which the child becomes overweight or obese. **The aim of the study is** to analyze the possible causes of obesity in a patient with ALL, to determine whether or not weight gain is associated with chemotherapy, and to propose a weight loss plan. **Material and Methods.** The article analyzes a clinical case of obesity in a 14-year-old boy in remission of acute lymphoblastic leukemia. Medical documentation, anthropometry, interview and examination of the patient were used for the analysis. **Results.** A 14-year-old boy is registered at a dispensary with an endocrinologist and a nutritionist with a diagnosis of Obesity of the 2nd degree. BMI 32.8 kg/m² (SDS BMI/age 2.97). Acute lymphoblastic leukemia, remission (since 08/20/2020). Concomitant diseases: Varicocele on the left of the 1st degree. Left-sided thoracolumbar scoliosis of the 1st degree. Sacroiliitis. Steatosis of the liver, steatosis of the pancreas. **Conclusion.** Obesity in the examined patient was most likely caused by a complex of causes. The patient needs further supervision by a nutritionist, endocrinologist and oncologist, as well as, if necessary, a physical education doctor and a psychologist.

Keywords: acute lymphoblastic leukemia, chemotherapy, glucocorticosteroids, obesity

ВВЕДЕНИЕ

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – является самым распространенным злокачественным поражением кроветворной системы среди детей. Его определение гласит, что ОЛЛ – это заболевание системы кроветворения, являющееся злокачественным, которое характеризуется неконтролируемой пролиферацией лимфобластов, с возможным вовлечением в процесс различных органов и систем (лимфоидная ткань любой локализации) [1].

По данным клинических рекомендаций национального общества детских гематологов, онкологов частота встречаемости ОЛЛ составляет 25% от всех злокачественных новообразований среди детей. При этом в структуре злокачественных заболеваний кроветворной системы среди детей на долю острого лимфобластного лейкоза приходится около 75-80%. В среднем заболеваемость составляет 4 случая на 100 тысяч детского населения [1].

Основным видом лечения данного заболевания является химиотерапия. Эффективность лечения составляет 80% и выше [1], с тенденцией к увеличению. Однако противоопухолевое лечение острого лимфобластного лейкоза, включающее применение глюкокортикостероидов, может приводить к развитию побочных эффектов, в частности, к нарушению метаболизма, в результате которого у ребенка появляется избыточная масса тела либо ожирение.

При изучении материала из других статей [2,3], опираясь на похожие клинические случаи, можно сделать вывод, что к нарушению нутритивного статуса приводит использование в химиотерапии препаратов дексаметазона и L-аспарагиназы. Дексаметазон является препаратом группы глюкокортикостероидов. Одним из его фармакологических свойств является влияние на углеводный и липидный обмены. Углеводный обмен: увеличивает абсорбцию углеводов из желудочно-кишечного тракта, повышает активность глюкозо-6-фосфатазы (повышение поступления глюкозы из печени в кровь), увеличивает активность фосфоэнолпируваткарбоксилазы и синтез аминотрансфераз (активация глюконеогенеза), способствует развитию гипергликемии. Липидный обмен: повышает синтез высших жирных кислот и триглицеридов, перераспределяет жир (накопление жира происходит преимущественно в области плечевого пояса, лица, живота), приводит к развитию гиперхолестеринемии [4]. Влияние L-аспарагиназы на липидный обмен: повышение уровня общего холестерина и сильное повышение уровня триглицеридов в сыворотке крови [5].

Цель исследования – проанализировать возможные причины ожирения у конкретного пациента, определить наличие или отсутствие связи набора веса с проведением химиотерапии, а также предложить план по снижению веса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В статье проанализирован клинический случай наличия ожирения у мальчика 14 лет, находящегося в ремиссии острого лимфобластного лейкоза. Для анализа использованы данные медицинской документации, антропометрии, опроса и осмотра пациента.

Для определения степени ожирения использована классификация, данная в клинических рекомендациях по ожирению у детей Российской ассоциации эндокринологов, согласно которой I степень ожирения диагностируется при SDS ИМТ 2.0-2.5, II степень при SDS ИМТ 2.6-3.0, III степень при SDS ИМТ 3.1-3.9, при SDS ИМТ ≥ 4.0 ожирение классифицируется как морбидное. Для расчета ИМТ и SDS ИМТ в статье используется программа AntroPed [6].

Этический аспект - авторами получено информированное добровольное согласие законного представителя пациента на использование информации о состоянии здоровья ребёнка, диагнозе, а также данных опроса и медицинской документации (амбулаторной карты больного).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мальчик 14 лет состоит на диспансерном учете у эндокринолога и диетолога с диагнозом: Ожирение 2 степени. ИМТ 32,8 кг/м² (SDS ИМТ/возраст 2,97). Острый лимфобластный лейкоз, ремиссия (с 20.08.2020). Сопутствующие заболевания: Варикоцеле слева 1 степени. Левосторонний грудопоясничный сколиоз 1 степени. Сакроилеит. Стеатоз печени, стеатоз поджелудочной железы. Пациент имеет категорию ребёнок-инвалид. Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 3 беременности, 1 родов, предыдущие беременности – медицинский аборт. Беременность протекала на фоне резус-конфликта без антигенной нагрузки, матерью перенесен ливс в 2006 году, на момент родов состояла на учете в профильном диспансере. Роды срочные в головном предлежании. Мальчик родился с весом 3675 г, длиной 55 см, окружность головы 34 см, окружность груди 34 см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. В роддоме взят неонатальный скрининг, привит против БЦЖ и гепатита В (далее привит по календарю до установления онкологического заболевания). Выписан домой на 5 сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендацией контроля RW в динамике в связи с отказом законных представителей от госпитализации. Отклонения в весе появились с 6 месяцев, когда ИМТ пациента был 19,6 (SDS ИМТ/возраст 1,46, вес 9,6 кг, рост 70 см), что классифицируется как избыточная масса тела. По региональным таблицам Свердловской области масса тела находится в 4 коридоре, что соответствует значению выше среднего. Однако учитывая, что ребенок родился в Курганской области, авторы не считают возможным оценивать его по региональным таблицам нашей области, в связи с чем дальнейшая оценка будет также проводиться через оценку ИМТ и SDS. Со слов отца мальчика грудное вскармливание ребенка продолжалось до 2-х лет, при этом исключительно грудное вскармливание - до 4 месяцев, далее по срокам введены прикормы. В 10 месяцев ИМТ составил 20,6 кг/м² (SDS ИМТ/возраст 2,19, вес 12,7 кг, рост 78,5 см), что соответствует ожирению 1 степени. Впервые диагноз паратрофия установлен в 2011 году эндокринологом. При профилактическом осмотре в 3 года диагностировано морбидное ожирение (ИМТ 24 кг/м², SDS ИМТ/возраст 5,51, вес 25 кг, рост 102 см). В 5 лет ожирение 3 степени (ИМТ 21,4 кг/м², SDS ИМТ/возраст 3,56, вес 31,8 кг, рост 122 см). Далее обследован эндокринологом повторно в 2016 году, установлен диагноз: Ожирение 3 степени (ИМТ 22,3 кг/м², SDS ИМТ/возраст 3,73, вес 36,5 кг, рост 128 см). Биохимический анализ крови от 16.03.16: глюкоза 3,9 ммоль/л, холестерин 4,7 ммоль/л. Исследование на гормоны от 17.03.16: ТТГ 1,72 мМе/л, сТ4 11,69 пмоль/л, кортизол 472,2 нмоль/л (в пределах референсных значений). В связи с полученными данными выставлен диагноз: метаболически здоровое ожирение. В течение последующих лет до установления онкологического диагноза данные о росте и весе в медицинской документации отсутствуют, однако отец ребенка отмечает, что у ребёнка было ожирение вплоть до госпитализации в ОДКБ. В июле 2020 года впервые установлен диагноз: острый лимфобластный лейкоз, иммунологический вариант ВШ CD371+ ЦНС3. 20.07.2020 - 24.08.2020 проведена химиотерапия препаратами Винкристин, даунорубин, онкаспар, дексаметазон, L-аспарагиназа. 17.07.2020 при общем осмотре установлено ожирение 1 степени (ИМТ 25,8 кг/м², SDS ИМТ/возраст 2,77, вес 64,5 кг, рост 158 см). 24.08.2020 в результате проведенной индукционной химиотерапии достигнута 1 клинико-гематологическая, МРД-негативная ремиссия ОЛЛ. С 10.02.2021 начат курс реиндукции III

консолидации: дексаметазон, винкристин. На фоне проведенного лечения начал быстро прибавлять в весе, +5 кг к февралю 2021 года, затем в ноябре 2021 года вес составил 71 кг (ИМТ 27,9 кг/м², SDS ИМТ/возраст 2,74, рост 159,5 см). 30.09.2022 закончена поддерживающая химиотерапия, со слов папы за время лечения и поддерживающей химиотерапии ребенок набрал в сумме около 25 кг. Впервые после химиотерапевтического лечения на базе Первой детской поликлиники г. Екатеринбурга осмотрен и обследован эндокринологом в мае 2023 года, установлен диагноз: Ожирение 3 степени. ИМТ – 32,9 кг/м². Индекс Хома – 6,3. (ИМТ 33 кг/м², SDS ИМТ/возраст 3,03, рост 167 см, вес 92 кг). Исследование гормонов в крови: ТТГ – 4,02 мМЕ/л, СТ4 1,25 пмоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, АТ-ТПО – 13,81 МЕ/мл, ИРИ – 28,2 мкЕД/л, кортизол – 437,6 нмоль/л, ПРЛ – 211,2 мкМЕ/мл (в пределах референсных значений), в динамике через 3 месяца уровень гормонов также не выходил за пределы референсных значений. УЗИ щитовидной железы: объем 7,11 см³, гетерогенная.

ОБСУЖДЕНИЕ

На приеме у диетолога проведен опрос, из которого следует, что пациент принимает пищу 3 раза в день, завтраки не пропускает, чаще всего завтракает омлетом или яичницей. Перекусы и поздние ужины отрицает, однако при детальном расспросе сообщает о перекусе конфетами в количестве от 3 до 10 штук, как отмечает сам пациент, в зависимости от количества сладкого угощения дома. В течение дня предпочитает пить воду, в объеме около 1-1,5 л в сутки и чай 3 раза в день в объеме порции около 250 мл с двумя кусочками сахара. Употребление фастфуда и приёмы пищи вне дома и школы отрицает. Диетологом даны следующие рекомендации по питанию: ограничение в питании сладких напитков (потребление не более 1 порции не чаще, чем 1 раз в неделю, при этом имеются в виду не только газированные сладкие напитки, но и соки, компоты, морсы) с разрешением приема питьевой воды по желанию ребенка, ограничение сладких фруктов до 1 порции (100 г) в день, 4-х разовое питание, обязательный завтрак, обогащение рациона овощами (с ограничением применения картофеля как единственного овоща), пищевыми волокнами, цельнозерновыми продуктами. На повторном приеме через месяц папа сообщает, что рацион разнообразный, приёмная мама при приготовлении пищи учитывает рекомендации диетолога. Согласно дневнику питания – рацион у ребёнка сбалансирован по белкам, жирам и углеводам. В семье у папы – ожирение 1 степени (ИМТ 31,7 кг/м², рост 182 см, вес 105 кг), однако отец отмечает, что до рождения ребёнка имел лишь небольшой избыток веса (ИМТ 25,7 кг/м²). Уточнить наследственность со стороны биологической матери не предоставляется возможным, однако, согласно данным амбулаторной карты, на момент рождения мальчика избыточной массы тела и ожирения женщина не имела. Что касается физической нагрузки, мальчик посещает 2 раза в неделю бассейн продолжительностью по 45 минут и 1 раз в неделю физкультуру в школе (45 минут). Пациент также сообщает о прогулках на свежем воздухе в течение 20-30 минут ежедневно. Исходя из вышеописанного можно сделать вывод, что физическая активность пациента низкая, так как согласно глобальным рекомендациям ВОЗ [7], адекватная физическая активность для детей и подростков в возрасте 6 - 17 лет подразумевает ежедневные занятия продолжительностью не менее 60 минут в день. Малоподвижному образу жизни у мальчика также способствует его увлечение видеоиграми, и, как следствие, проведение времени за экраном гаджетов более 2 часов в день. Однако стоит отметить, что физические нагрузки средней и тяжелой интенсивности пациенту были запрещены лечащим онкологом. Так, в 2022 году мальчик посещал секцию тенниса, из которой был вынужден уйти по медицинским показаниям.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при анализе анамнестических данных, проведении антропометрии и осмотра пациента можно сделать вывод, что у ребенка склонность к избыточной массе тела появилась еще в раннем возрасте, в результате чего диагноз ожирение был выставлен еще в 3 года. Однако стоит отметить, что в период лечения от острого лимфобластного лейкоза и в течение поддерживающей химиотерапии пациент начал стремительно набирать вес, в

результате чего ожирение 1 степени прогрессировало в ожирение 3 степени, что можно связать с эффектом химиотерапевтических препаратов, и, в первую очередь, кортикостероидов, как и описано в отечественной и международной литературе. При этом при опросе у диетолога выявлена склонность к употреблению высококалорийных продуктов (конфеты), употребление которых нужно постепенно сокращать, а также исключить свободный доступ к сладостям дома. Обращает на себя внимание и низкая физическая активность, которую необходимо постепенно увеличивать за счет лёгких физических нагрузок, в том числе так называемых зимних и летних развлечений, при этом нужно учитывать анамнез пациента и перенесенное онкологическое заболевание. Иными словами, мальчику требуется дальнейшее наблюдение диетолога, эндокринолога и онколога, а также врача по лечебной физкультуре и психолога с целью определения плана по снижению веса в долгосрочной перспективе для предотвращения дальнейших рисков и осложнений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Национальное общество детских гематологов, онкологов. Клинические рекомендации «Острый лимфобластный лейкоз». – 2020. – 74 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/529_1 (дата обращения: 10.01.2024). – Текст: электронный.
2. Ожирение у детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии: анализ причин, скрытый нутритивный дефицит и опыт его коррекции с помощью энтерального питания / А. Ю. Вашура, Е.В. Жуковская, С. С. Лукина, А. Е. Гаврилова. – Текст: электронный // Онкогематология. – 2021. – № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhirenie-u-detey-s-ostrym-limfoblastnym-leukozom-v-remissii-analiz-prichin-skrytyy-nutritivnyy-defitsit-i-opyt-ego-korrektsii-s> (дата обращения: 10.01.2024).
3. Weight trends in a multiethnic cohort of pediatric acute lymphoblastic leukemia survivors: A longitudinal analysis. / K.L. Foster, K.D. Kern, T.M. Chambers [et al.] – Text: direct // PLoS One. – 2019. – 14(5). – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31150521/> (дата обращения: 10.01.2024).
4. Инструкция по применению лекарственного препарата Дексаметазон (Dexamethasone) // Справочник лекарственных средств VIDAL: официальный сайт. – 2019. – URL: https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484 (дата обращения: 10.01.2024). – Текст: электронный.
5. Владимирова, С.Г. Липидный обмен у больных онкогематологическими заболеваниями / С.Г. Владимирова, Л.Н. Тарасова. – Текст: электронный // Терапевтический архив. № 3. – 2016. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lipidnyy-obmen-u-bolnyh-onkogematologicheskimi-zabolevaniyami> (дата обращения: 10.01.2024).
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Российская ассоциация эндокринологов. Клинические рекомендации «Ожирение у детей». – 2021. – 70 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/229_2 (дата обращения: 10.01.2024). – Текст: электронный.
7. Информационные бюллетени ВОЗ. Физическая активность. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (дата обращения: 10.01.2024). – Текст: электронный.

Сведения об авторах

В.И. Бессонова – ординатор
Е.К. Таскина* – ординатор, врач-педиатр
Л.В. Федотова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры

Information about the authors

V.I. Bessonova – post-graduate student
E.K. Taskina* – post-graduate student, pediatrician
L.V. Fedotova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
taskina_lena@mail.ru

УДК: 616.393

ИЗБЕГАЮЩЕЕ/ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИЁМА ПИЩИ (ARFID) В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Бобик Юлия Ильинична, Доронина Мария Леонидовна, Ларионова Софья Константиновна, Леонтьева Диана Евгеньевна, Мухаметзянова Лилия Арсеньевна, Тиунова Елена Юрьевна
Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Нарушения аппетита и расстройства пищевого поведения у детей нередко встречаются в педиатрической практике. В 2013 году введено понятие ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) – «Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи», которое, объединяя нарушения аппетита и расстройства пищевого поведения, характеризуется недостаточным потреблением пищевых веществ и калорий.