

УДК 616.132.2-004.6:[616.12-008.318:616.12-005.4]

**ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
НА СТРУКТУРУ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Веремеева А. Д.

Научный руководитель: ассистент кафедры С. П. Тишков

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

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям (КА) [1–4]. ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения — атеросклероз КА. К функциональным изменениям относят спазм и внутрисосудистый тромбоз. Атеросклероз, при котором на стенках сосудов скапливаются холестериновые отложения, постепенно образуя бляшки, закупоривающие просвет, является основной причиной развития стеноза коронарных артерий. На сегодняшний день в эндоваскулярном лечении стенозов коронарных артерий методом выбора является баллонная ангиопластика и имплантация коронарных стентов.

Цель

Проанализировать данные историй болезни пациентов, которым было произведено стентирование правой коронарной артерии (ПКА), передней межжелудочковой ветви и огибающей ветви (ПМЖВ и ОВ). Выявить осложнения после перенесенного хирургического вмешательства и определить влияние локализации атеросклероза коронарных артерий на них.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр», кардиологическое отделение №3 в период с 01.01.2020–01.01.2021 гг. Все пациенты перенесли хирургическое вмешательство по имплантации коронарных стентов. У обследуемых оценивался половозрастной состав и возникшие в дальнейшем послеоперационные осложнения. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «Microsoft Excel 2016» с использованием стандартных методов описательной статистики. Средние величины представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе исследования 23/55 — 41,8 % женщин и 32/55 — 58,2 % мужчин. Можно отметить, что чаще атеросклеротическому поражению коронарных артерий подвергаются мужчины среднего (45–59 лет) и пожилого (60–74 года) возраста. В то время как женщины чаще страдают от данного заболевания в пожилом возрасте (60–74 года). Средний возраст пациентов составил $64,96 \pm 10,98$ лет.

При сравнительном анализе половой структуры и возникающих осложнений были установлены следующие данные:

Количество пациентов со стентированием ПМЖВ и ОВ составило 34 исследуемых — 61,8 %, со стентированием ПКА 21 пациент — 38,2 % (рисунок 1).

Таблица 1 — Половозрастная структура пациентов

Возраст, лет	Мужчины	Женщины
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	0	0
15-19	0	0
20-24	0	0
25-29	0	0
30-34	0	0
35-39	1	0
40-44	1	0
45-49	2	1
50-54	3	2
55-59	3	1
60-64	9	4
65-69	6	3
70-74	3	5
75-79	2	2
80-84	2	4
85-89	0	1
90-94	0	0
95-100	0	0



Рисунок 1 — Значения стентирования

Оценивая показатели осложнений у пациентов с поражением левой коронарной артерии было замечено, что у 52,9 % (18 пациентов) наблюдались желудочковые тахикардия, экстрасистолия или фибрилляция желудочков, у 5,8 % (2 исследуемых) — АВ-блокады 1-3 ст., у 41,3 % (14 пациентов) — осложнений не возникло (рисунок 2).

- Желудочковые тахикардия/экстрасистолия/фибрилляции
- АВ-блокады 3ст.
- Без осложнений

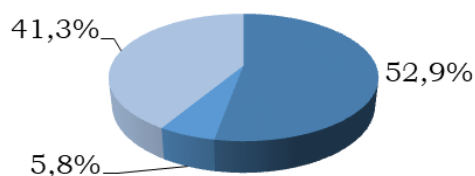


Рисунок 2 — Значения осложнений (левая коронарная артерия)

Если говорить про такой показатель как осложнения при поражении правой коронарной артерии, то у 23,8 % (5 человек) наблюдались АВ-блокады 1-3 ст., у 14,3 % (3 пациента) — желудочковые тахикардия, экстрасистолия или фибрилляция желудочков, у 61,9 % (13 обследуемых) — осложнений не возникло (рисунок 3).

- Желудочковые экстрасистолия/тахикардия/фибрилляции
- АВ-блокады 3 ст.
- Без осложнений

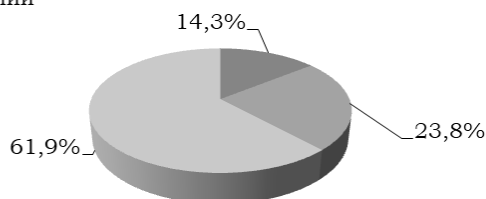


Рисунок 3 — Значения осложнений (правая коронарная артерия)

Выводы

1. Чаще атеросклеротическому поражению коронарных артерий подвергаются мужчины среднего (45–59 лет) и пожилого (60–74 года) возраста. В то время как женщины чаще страдают от данного заболевания в пожилом возрасте (60–74 года).

2. При поражении ПМЖВ и ОВ чаще развиваются такие осложнения как желудочковые тахикардия, экстрасистолия или фибрилляция желудочков.

3. При поражении ПКА чаще развивается такое осложнение как АВ-блокада 1–3 степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по кардиологии: в 4 т. / под ред. акад. Е. И. Чехова. М. : Практика, 2014.
2. Карпов, Ю. А. Стабильная ишемическая болезнь сердца : стратегия и тактика лечения / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицинское информационное агентство, 2012. 271 с.
3. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Практические рекомендации / Ю. А. Карпов [и др.] Кардиологический вестник. 2015. № 3. С. 3–33.
4. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 800 с.

УДК 616-006.446.2-036.12-097

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИММУНОФЕНОТИПИРОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЦИТАРНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Вольская О. В.

Научный руководитель: к.м.н. Д. В. Кравченко

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

Введение

Хронический лимфоцитарный лейкоз является самым частым лейкозом у взрослых пациентов. ХЛЛ представляет собой клональное опухолевое лимфопротеративное заболевание кроветворной ткани, субстратом которого являются морфологически зрелые малые В-лимфоциты с характерным иммунофенотипом [1].

На ранней стадии заболевания клинические проявления нередко отсутствуют, единственным признаком могут быть изменения в периферической крови, проявляющиеся абсолютным лимфоцитозом. Такое состояние может длиться несколько лет и «маскироваться» под другие патологические состояния, что соответственно затрудняет постановку диагноза пациенту.

При ХЛЛ характерен определенный иммунофенотип, при котором имеется выраженная экспрессия CD19+, CD5+, CD23+, негативная экспрессия CD20-, FMC7- и CD79b- [2, 3].