

**СЕКЦИЯ 1**  
**«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

УДК 616.127-005.8-08

**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Абдуллаева Д. Т.*

**Научные руководители: старший преподаватель О. А. Ярмоленко;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

***Введение***

В большинстве Европейский стран уровень инвалидизации и преждевременной смерти, вследствие перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), с последующим развитием сердечной недостаточности, выше среднего значения по мировой статистике, в том числе и среди пациентов возрастной категории менее 45 лет [1]. Течение инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста рядом исследователей характеризуется как «злокачественное». Это обусловлено очень высоким уровнем догоспитальной летальности, достигающим, по данным некоторых авторов — 47,8 %, а также более частым развитием постинфарктной хронической сердечной недостаточности (СН), которая ведет к потере трудоспособности, увеличению медико-социальных проблем и является главной причиной смерти в первые годы после ИМ [2].

Актуальность исследования обусловлена сложностью своевременной диагностики ИМ в молодом возрасте, а также необходимостью в проведении профилактических работ в отношении населения, направленных на снижение количества и уровня факторов риска и препятствие «омоложению» сосудистых катастроф.

***Цель***

Выявить факторы риска и провести анализ клинической картины и особенностей течения миокарда у пациентов в возрасте менее 45 лет.

***Материал и методы исследования***

Было проанализировано 57 амбулаторных карт пациентов с установленным диагнозом инфаркт миокарда на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 9». Возраст обследуемых составлял от 36 до 44 лет, в среднем  $41 \pm 4,9$ . Мужчины — 44 (77,19 %) человека, женщины — 13 (22,81 %). Выборка пациентов осуществлялась за период с 2018 по 2022 гг. Был зарегистрирован летальный исход двух (3,5 %) пациентов, с выставленным ИМ в 2019 и 2020 гг.

Массу тела больных оценивали по индексу массы тела Кетле (ИМТ), считая за норму показатель  $< 25$ . Состояние липидного обмена исследовали по концентрациям в крови общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности и триглицеридов (ТГ). Статистически обработали выявленные факторы риска. Проанализированы данные эхокардиографии (ЭхоКГ).

У всех пациентов ИМ являлся первичным. У 39 (68,42 %) человек ИМ мелкоочаговый, у 18 (31,58 %) — крупноочаговый.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ «Microsoft Excel» и «Statsoft Statistica 12.0».

### Результаты исследования и их обсуждение

По формам течения: классическая (ангинозная) — 48 (84,21 %) пациентов; безболевая — у 6 (10,53 %), причем в эту группу входят только женщины; абдоминальный вариант встречался у 3 (5,26 %) человек.

Преобладающие сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия — 36 (63,15 %) человек, сахарный диабет 2 типа — 3 (5,26 %), хроническая обструктивная болезнь легких — 2 (3,5 %) пациента.

По результатам подсчета ИМТ определили: минимальное (min) значение в обследуемой группе — 24, максимальное (max) 37, в среднем —  $31 \pm 6,89$ . Норма наблюдалась у 2 (3,5 %) пациентов, избыточная масса тела у 32 (56,14 %), ожирение I степени — 19 (33,33 %), II степени — 4 (7,03 %) человека.

Показатели биохимического анализа крови:

ОХ: min — 5,69 ммоль/л, max — 5,93 ммоль/л, среднее —  $5,86 \pm 0,13$  ммоль/л; ЛПНП: min — 3,97 ммоль/л, max — 4,15 ммоль/л, среднее —  $4,08 \pm 0,13$  ммоль/л; ЛПВП: min — 0,86 ммоль/л, max — 0,95 ммоль/л, среднее —  $0,9 \pm 0,04$  ммоль/л; ТГ: min — 2,58 ммоль/л, max — 3,22 ммоль/л, среднее —  $2,91 \pm 0,34$  ммоль/л. У 52 (91,22 %) повышены значения показателей липидограммы. Результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты биохимического исследования крови

Показатель	Min	Max	Среднее
ОХ, ммоль/л	5,69	5,93	$5,86 \pm 0,13$
ЛПНП, ммоль/л	3,97	4,15	$4,08 \pm 0,13$
ЛПВП, ммоль/л	0,86	0,95	$0,9 \pm 0,04$
ТГ, ммоль/л	2,58	3,22	$2,91 \pm 0,34$

Наиболее часто встречаемые факторы риска: мужской пол — 44 (77,19 %), отягощенная наследственность — 27 (47,36 %), нарушение липидного обмена — 52 (91,22 %), курение — 31 (54,38 %), предожирение и ожирение — 55 (96,49 %);

По данным ЭхоКГ у обследуемых пациентов отмечалось увеличение размеров левого предсердия (ЛП) — у 49 (85,96 %) пациентов. У 51 (89,47 %) пациента обнаружено нарушение сократительной способности сердца, в форме гиперкинезов и акинезов. Выраженная регургитация (2 и 3 степень) на митральном клапане (МК) — 24 (42,1 %) пациента, на аортальном (АО) — 11 (19,29 %), на трикуспидальном (ТК) — 3 (5,26 %). Среднее значение фракции выброса (ФВ)  $52,9 \pm 7,77$ , у 42 (73,68 %) отмечено снижение ниже нормы. Показатели отражены в форме диаграммы на рисунке 1.

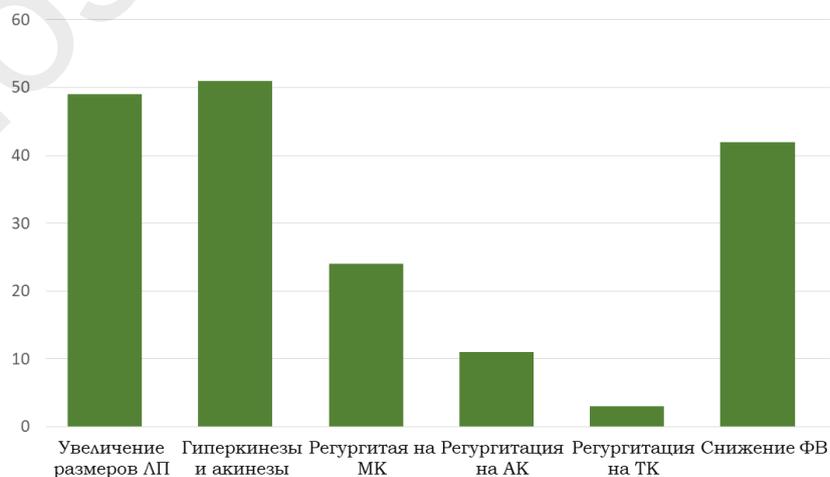


Рисунок 1 — Показатели ЭхоКГ у исследуемых пациентов

### **Выводы**

1. У пациентов исследуемой группы ИМ стал первым проявлением ишемической болезни сердца. В основном заболевание протекало с классической клиникой. Основным сопутствующим заболеванием являлась артериальная гипертензия.

2. По данным инструментальных исследований выявлены обширные поражения миокарда, что доказывает «злокачественность» течения ИМ у лиц молодого возраста, связанную, по-видимому, с отсутствием сформировавшихся коллатералей, что характерно для пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.

3. Пациенты имеют от 3 до 4 факторов риска, что осложняет течение ИМ и определяет неблагоприятный прогноз.

4. В связи с тенденцией к «омоложению» инфаркта миокарда, высокой смертностью пациентов молодого возраста с ИМ, необходимо развивать систему профилактики показывая помощи пациентам молодого возраста путем информированности населения о вопросах первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также увеличении доступности чрескожных коронарных вмешательств и тромболитической терапии на региональном уровне.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации // Кардиологический вестник. 2014. № 4. С. 1–58.

2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2021. 134 с.

**УДК 616.12-008.331.1-036:[159.944.4+616-056.52]**

## **РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА И ОЖИРЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Абдуллаева Д. Т.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Укла**

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) — одна из основных причин преждевременной смертности в мире. В данный момент наиболее актуальными являются вопросы взаимосвязи кардиоваскулярного прогноза с метаболическими факторами и стресс-реактивностью [1]. Отличительной особенностью АГ является высокий уровень коморбидности. Пациенты с АГ, как правило, имеют одну, а чаще несколько сопутствующих патологий. Проанализировав результаты обследования 30092 пациентов с АГ, J. Noh и соавт. установили, что наиболее частые сопутствующие заболевания у них — ожирение (60,1 %), дислипидемия (57,6 %), гипергликемия натощак (45,1 %) [2].

### **Цель**

Выявить закономерности прогрессии АГ у пациентов с ожирением, повышенным уровнем стресса и атерогенной дислипидемией.

### **Материал и методы исследования**

Были обследованы 84 амбулаторных пациента с АГ на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 5». Диагноз у всех пациентов был выставлен 5 лет назад. Возраст составлял  $45 \pm 6,2$  года. Женщины — 30 (35,71 %) человек, мужчины — 54 (64,29 %).

Уровень стресса определяли шкале психологического стресса PSM-25 (Psychological stress measure). Максимально возможное количество баллов — 200.