

В локализации инфаркта миокарда, окклюзии и стенозов коронарных артерий статистически значимых различий в исследуемых группах не выявлено.

Многососудистые поражения чаще наблюдались среди лиц мужского пола больше у пациентов с сахарным диабетом, как следствие – геморрагические осложнения, которые могут привести к летальному исходу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шестаков, С. В. Грудная жаба и инфаркт миокарда / С. В. Шестаков. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. – 284 с.
2. Руда, М. Я. Инфаркт миокарда / М. Я. Руда, А. П. Зыско. – М. : Медицина, 2017. – 248 с.
3. Сыркин, А. Л. Инфаркт миокарда / А. Л. Сыркин. – М. : Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2016. – 273 с.

УДК 616-006.446.8-06

В. В. Шаферова, Н. А. Акулов, В. А. Силивончик

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСЛОЖЕНИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Введение

Термин «острые миелоидные лейкозы» (ОМЛ) объединяет группу острых лейкозов, возникших из клетки-предшественницы миелопоэза и различающихся определенными морфологическими, иммунофенотипическими и цитогенетическими характеристиками. ОМЛ диагностируется в любом возрасте, однако частота его возникновения увеличивается в старших возрастных группах [1].

В широкой клинической практике до сих пор используется Франко-Американо-Британской классификации (FAB) ОМЛ (1976, 1991 гг.) основанная на морфологической и цитохимической характеристике бластных клеток. Согласно данной классификации среди ОМЛ выделяют: М0 – острый миелобластный лейкоз с минимальной дифференцировкой; М1 – острый миелобластный лейкоз без созревания; М2 – острый миелобластный лейкоз с созреванием; М3 – острый промиелоцитарный лейкоз; М4 – острый миеломоноцитарный лейкоз; М5 – острый монобластный лейкоз без(с) дифференцировкой; М6 – острая эритролейкемия; М7 – острый мегакариобластный лейкоз [2]. Согласно литературным данным вариант М1 встречается в 15% случаев, М2 в 25% случаев, М3 в 10% случаев, М4 в 25–30% случаев, М5 в 10% случаев [1]. Наиболее лучший прогноз имеет острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) (М3), это связано с возможностью применения дериватов ретиноевой кислоты – АТРА. Было доказано, что без химиотерапии, только при использовании АТРА достигается полная ремиссия при ОПЛ, быстро купируются геморрагический и ДВС-синдром. Тем не менее, по данным дальнейших исследований, терапия только ретиноевой кислотой всегда и достаточно быстро заканчивается рецидивом. Лишь при сочетанном использовании дифференцирующего лечения и цитостатического воздействия были получены очень хорошие результаты. Факторы неблагоприятного исхода – раннее присоединение инфекционных осложнений на этапе индукции. Индукционная терапия включает в себя: максимальное уничтожение лейкоэмического клона и достижение полной ремиссии. На этапе индукции проводится достаточно активная и упорная терапия с применением большого количества цитостатиков. В данный период количество лейкоэмических клеток в КМ уменьшается примерно в 100 раз [1].

Цель

Определить спектр осложнений индукционной терапии острого миелоидного лейкоза.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 58-ми пациентов в возрасте от 28 до 83 лет (средний возраст составил – 58 лет), с острым миелоидным лейкозом, находившихся на лечении в онкологическом гематологическом отделении для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» за период с 2020 по 2023 гг. Верифицировали развитие осложнений на основе клинических проявлений и лабораторных показателей, которые возникли на этапе индукции.

Статистическая обработка данных осуществлялась методом частотных характеристик.

Результаты исследования и их обсуждение

За период с 2020 по 2023 год в Гомельской области было диагностировано 58 случаев ОМЛ у взрослых (41,4 мужчин, n=24; 58,6% женщин, n=34). Следовательно, среднегодовая заболеваемость составила 14,5 случаев. Чаще всего диагностировался острый миелобластный лейкоз с различной степенью дифференцировки бластных клеток (M1-M2), M1:M2 = 25,9%(n=15):31%(n=18) соответственно. На втором месте по частоте острый миеломоноцитарный лейкоз (M4) 29,3%(n=17). На третьем месте по частоте острый промиелоцитарный лейкоз (M3) 12,1 % (n=7). Самым редким по частоте встречаемости является острый монобластный лейкоз без(с) дифференцировкой (M5) 1,7 % (n=1).

Анамнез осложнений ОМЛ представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Осложнения индукционной терапии ОМЛ

№	Осложнение	Количество эпизодов, n/%
1	Вторичная тромбоцитопения	52/89,7%
2	Анемия при злокачественном новообразовании	50 (84,6%)
3	Синдром вторичного иммунодефицита	50 (84,6%)
4	Геморрагический синдром	30 (46,2%)
5	Пневмония	26 (38,5%)
6	Миелотоксический агранулоцитоз	18 (34,6%)
7	Фебрильная нейтропения	11 (21,2%)
8	Синдром системного воспалительного ответа	10 (19,2%)
9	Сепсис	6 (11,5%)

Так же имелись менее распространенные осложнения: гиперлейкоцитоз – 5 (9,6%); синдром полиорганной дисфункции – 5 (9,6%); паранеопластическая нефропатия – 4 (7,7%); токсический гепатит – 3 (5,8%); энцефалопатия – 2 (3,8%); стоматит – 2 (3,8%); гемоторакс – 2 (3,8%); инфаркт головного мозга – 2 (3,8%); панцитопенический синдром – 2 (3,8%); кома – 1 (1,9%); Субконъюнктивальное кровоизлияние – 1 (1,9%); гипербилирубинемия – 1 (1,9%); острый ларингит – 1 (1,9%); остеомиелит верхней челюсти – 1 (1,9%); отёк легких – 1 (1,9%); изъязвление вульвы и кожи промежности – 1 (1,9%); вторичная радикулопатия – 1 (1,9%); полинейропатия – 1 (1,9%); отёк-набухание головного мозга – 1 (1,9%); подмышечный гидраденит – 1 (1,9%); мукозит полости рта – 1 (1,9%).

Как видно из представленных данных 89,7% диагностирована вторичная тромбоцитопения. На втором месте и одинаково по частоте встречаемости, являются анемия и синдром вторичного иммунодефицита 84,6%. Геморрагический синдром зафиксиро-

ван у 46,2% пациентов, при этом у 100% с острым промиелоцитарным лейкозом (М3). Геморрагический синдром при М3 варианте был обусловлен развитием ДВС-синдрома, в остальных случаях тромбоцитопенией. Среди инфекционных осложнений диагностирована пневмония 38% (смешанной этиологии); синдром системного воспалительного ответа 19,2%; сепсис 11,5% случаев. Самый высокий риск развития сепсиса наблюдается при остром миеломоноцитарном лейкозе (М4) 66,6%. При возникновении такого осложнения как сепсис, летальность составила 100%. Самый высокий риск развития синдрома воспалительного ответа наблюдался при остром миелобластном лейкозе с различной степенью дифференцировки бластных клеток (М1-М2) 90% случаев. Основными факторами развития инфекционных осложнений являются: нейтропения, нарушение фагоцитарной функции нейтрофилов [3]. Источником развития инфекции является, как правило, желудочно-кишечный тракт (в результате химиотерапии повреждается слизистая оболочка ЖКТ и происходит транслокация микроорганизмов) и центральный венозный катетер. Так же довольно часто встречаются гематологические осложнения, так как во время индукции нарушается гемопоэз.

Такие осложнения как: энцефалопатия, психоорганический синдром, полинейропатия, вторичная радикулопатия, инфаркт головного мозга встречаются в единичных случаях, и связаны с уже имеющимися сопутствующими заболеваниями, которые в свою очередь начинают прогрессировать во время интенсивной индукционной терапии.

Важным моментом в лечении ОЛ является полноценная вспомогательная терапия, которая направлена на профилактику и лечение осложнений.

Выводы

Результаты проведенного анализа показали, что средний возраст пациентов при первичной диагностике ОМЛ составил – 68 лет. Мужчины и женщины в данной выборке 24:34 соответственно.

Превалировал вариант М2 – 31%. Индукционная терапия ОМЛ сопровождалась рядом осложнений, среди которых чаще встречаются: инфекционные осложнения, это связано с нейтропенией, нарушением фагоцитарной функции нейтрофилов; гематологические осложнения, которые возникают из-за нарушения гемопоэза во время индукции. При возникновении такого осложнения как сепсис, летальность составила 100%.

Таким образом, индукционная терапия ОМЛ требует тщательного мониторинга лабораторных показателей, в том числе СРБ, прокальцитонин, галактоманановый и манановый тесты, бакпосевы биологических сред с целью раннего выявления инфекционного агента и определения его антибактериальной чувствительности, что позволит своевременно скорректировать симптоматическую терапию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология : учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск: Выш. шк., 2023. – 400 с.
2. Волковой, М. А. Клиническая онкогематология : рук-во для врачей / М. А. Волковой. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 1120 с.
3. Клинико-лабораторная характеристика миелодиспластического синдрома / С. А.Ходулева [и др.] // Сборник тезисов XVI международной научно-практической конференции им. Б. А. Агчабарова «Экология, радиация, здоровье», посвященной 70-летию на НАО «Медицинский университет семей». – 2023. – Т. 1. – С. 223–225.