

явлена у 8 пациентов (7,55%), в то время фибрилляция желудочков только у двух пациентов (1,89%). Кардиогенный шок – у 5 пациентов (4,72%). Тромбоэмболия обнаружена у двух пациентов (1,89%) (таблица 3).

Таблица 3 – Осложнения инфаркта миокарда

| Осложнения | N | % |
|---|----|-------|
| Острая левожелудочковая недостаточность | 9 | 8,49 |
| Кардиогенный шок | 5 | 4,72 |
| Экстрасистолия | 10 | 9,43 |
| Фибрилляция предсердий | 8 | 7,55 |
| Фибрилляция желудочков | 2 | 1,89 |
| Аневризма верхушки левого желудочка | 9 | 8,49 |
| Синдром Дресслера | 11 | 10,38 |
| Тромбоэмболия | 2 | 1,89 |

Выводы

1. Самый большой процент (46,23%) заболеваемости инфарктом миокарда был выявлен в возрасте от 56 до 65 лет. Из всех пациентов, больше половины случаев диагностировано у мужчин (66,98%). Самый низкий процент случаев (3,77%) от всех пациентов составили пациенты в диапазоне возрастов 35–45 лет.

2. Частым сопутствующим заболеванием являлась артериальная гипертензия (74,53%) и дислипидемия (46,23%), пациентов без сопутствующих патологий выявлено не было.

3. По данным, ведущими осложнениями являлись синдром Дресслера (10,38%) и экстрасистолия (9,43%). Вторым по частоте осложнением является острая левожелудочковая недостаточность (8,49%), аневризма верхушки левого желудочка (8,49%). Остальные осложнения в совокупности составили менее 10%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внутренние болезни : учеб. : в 2 ч. / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – Ч. 2. – 815 с.
2. *Ройтберг, Г. Е.* Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : учеб.пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтинский. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 903 с.
3. Латфуллин, И. А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение / И. А. Латфуллин. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: изд-во Казан. ун-та, 2017. – 426 с.

УДК 616.127-005.8

А. Н. Шалесная

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н. Н.А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК РЕЗУЛЬТАТ МНОГОФАКТОРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире, от которой каждый год умирает более 17 млн. человек [1]. Одной из основных причин того, что заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют в статистике

смертности, является высокая распространенность факторов риска: табакокурение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, несбалансированное питание, психосоциальные факторы, артериальная гипертензия, сахарный диабет [3]. Одной из основных причин инвалидности во всем мире является инфаркт миокарда [2].

Цель

Изучение влияния половой структуры, факторов риска на развитие инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов с инфарктом миокарда, которые находились на стационарном лечении с 01.06.2023 по 01.07.2023 гг. на базе УЗ «Барановичская городская больница».

Изучались: пол, возраст, профессия (умственный и физический труд), основной диагноз, сопутствующие заболевания, вредные привычки, локализация инфаркта миокарда, данные коронароангиографии, время поступления в стационар от начала инфаркта миокарда, лечение (чрескожные коронарные вмешательства, тромболитическая терапия).

Все пациенты были разделены на 2 группы: группа № 1 – мужчины (66,7 % (n=36)), группа № 2 – женщины (33,3 % (n=18)).

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2010 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

95% пациентов с инфарктом миокарда поступили в стационар в экстренном порядке находясь в тяжелом состоянии или средней тяжести, 5% пациентов были госпитализированы в ходе случайного обнаружения в результате обследований.

В группе № 1 (мужчины) 80,55 % (n=29) трудоспособного возраста, остальные 19,45 % (n=7) – старше трудоспособного возраста. В группе № 2 (женщины) 83,3 % (n=15) трудоспособного возраста, остальные 16,7 % (n=3) – старше трудоспособного возраста.

Среди пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда наиболее часто встречаются лица, которые занимаются умственным трудом: в группе № 1 (мужчины) – 51,7 % (n=15), в группе № 2 (женщины) – 86,6 % (n=13), что может быть связано со стрессом, ожирением, из-за сидячего образа жизни. Физическим трудом занимаются: в группе № 1 (мужчины) – 48,3 % (n=14), в группе № 2 (женщины) – 13,3 % (n=2).

Со слов пациентов, в группе мужчин 75 % (n=27) – курят, 16,6 % (n=6) – злоупотребляют алкоголем, в группе женщин 44,4 % (n=8) – курят, 5,5 % (n=1) – злоупотребляют алкоголем.

Ожирение установлено: в группе № 1 (мужчины) у пациентов умственного труда – 13,3% (n=2) – индекс массы тела = 30,5 и 32,5, нетрудоспособного возраста – 14,28% (n=1) – индекс массы тела = 37. В группе № 2 (женщины) у пациентов умственного труда – 30,7% (n=4) – индекс массы тела = 32,3, 33, 34,1, 34,3, физического труда – 6,66% (n=1) – индекс массы тела = 30,1, нетрудоспособного возраста – 66,6% (n=2) – индекс массы тела = 35,6.

При исследовании выявлено, что сахарный диабет чаще встречается в группе № 2 (женщины) – 27,7% (n=5), в группе № 1 (мужчины) – 16,6% (n=6).

Артериальная гипертензия наблюдалась у пациентов в 44,4% (n=24) случаев. Выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости артериальной гипертензии у пациентов с инфарктом миокарда: в группе мужчин артериальная гипертензия встречалась в 2 раза реже (36%, n=13 к 61%, n=11). Стенокардия напряжения, до начала инфаркта миокарда, наблюдалась в группе мужчин – 19,4% (n=7), в группе женщин – 16,6% (n=3).

По локализации инфаркт миокарда: передней стенки (в группе мужчин – 61,1% (n=22), в группе женщин – 33,3% (n=6)), задней стенки (в группе мужчин – 19,4% (n=7), в группе женщин – 27,7% (n=5)), нижней (в группе мужчин – 13,8% (n=5), в группе женщин – 16,6% (n=3)), остальные 11,15% приходятся на иные локализации.

Статистически значимых различий в локализации инфаркта миокарда в гендерных группах не выявлено.

В ходе анализа коронароангиографии, атеросклеротическое поражение, в частности, было локализовано в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (в группе № 1 (мужчины) – 36,1% (n=13), в группе № 2 (женщины) – 27,7% (n=5)).

Обращает на себя внимание высокая частота клинически значимых поражений передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в группе № 1 (мужчины), в то время как в группе № 2 (женщины) преобладали гемодинамически значимые сужения коронарной артерии (около 40–50 %). Сужение огибающей ветви левой коронарной артерии встречалось реже в обеих группах (в группе мужчин – 22,2% (n=8), в группе женщин – 16,6% (n=3)). Подобная ситуация наблюдалась при стенозе правой коронарной артерии: в группе мужчин – 19,4% (n=7) случаях, в группе женщин – 22,2% (n=4) случаях. При проведении коронароангиографии окклюзия огибающей ветви левой коронарной артерии была обнаружена в группе женщин – 11,1% (n=2) , в группе мужчин – 8,3% (n=3), передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в группе женщин – 44,4% (n=8), в группе мужчин – 52,7% (n=19), правой коронарной артерии в группе женщин – 38,8% (n=7) , в группе мужчин – 33,3% (n=12).

Таким образом, в гендерных группах статистически значимых различий в локализации атеросклеротического поражения и окклюзии коронарных артерий не выявлено.

Однососудистое поражение коронарных артерий в группах встречалось с одинаковой частотой (в группе №1 (мужчины) – 13,8 % (n=5) и в группе №2 (женщины) – 16,6 % (n=3)). Сужение двух коронарных артерий чаще было обнаружено в группе женщин – (44,4 % (n=8) против 30,5 % (n=11)). Многососудистое поражение со стенозированием 3 и более коронарных артерий чаще выявлялось в группе № 1 (мужчины) в сравнении с группой №2 (женщины) – (52,8 % (n=19) против 33,3 % (n=6)).

Многососудистое поражение коронарных артерий, преимущественно, наблюдалось у пациентов с сахарным диабетом. Несмотря на то, что сахарный диабет встречается чаще в группе № 2 (женщины), в группе № 1 (мужчины) многососудистое атеросклеротическое поражение 3 и более коронарных артерий было обнаружено в 75 % (n=6) случаев при наличии сахарного диабета в анамнезе, в группе № 2 (женщины) – в 16,6 % (n=1) случаев.

Таким образом, были выявлены статистически значимые различия частоты многососудистого поражения при наличии сахарного диабета среди групп.

Вывод

Установлено, что среди пациентов с инфарктом миокарда чаще встречаются мужчины 66,7%.

Инфаркт миокарда чаще встречается среди лиц умственного труда, нежели у тех, кто занимается физическим трудом.

У пациентов с инфарктом миокарда в большинстве случаев наблюдаются вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), ожирение, атеросклероз, артериальная гипертензия, стенокардия. Так же наблюдается сахарный диабет.

У женщин инфаркт миокарда наиболее часто сопровождался артериальной гипертензией и сахарным диабетом, более тяжелым течением заболевания.

В женской популяции инфаркт миокарда встречается в 2 раза реже.

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].