

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].