
просвете альвеол. Окраска на железо по Перлсу положительная. Заключение: патогистологические изменения могут соответствовать ГЛ, исключить профессиональный сидероз и другие альтернативные заболевания, сопровождающиеся накоплением железа. Для исключения профессионального сидероза легких (СЛ) пациент направлен в РЦПиА. На момент осмотра отмечал жалобы на частый кашель с отделением мокроты темно-серого цвета, одышку при значительной физической нагрузке, выраженную слабость после работы. Кашель с мокротой беспокоил в течение последних 3-5 лет, одышка и слабость появились в течение года. При объективном осмотре никаких изменений со стороны внутренних органов не было выявлено. Сатурация кислородом – 97%. По данным КТ ОГК – без динамики, уровень ферритина спустя 2 месяца после прекращения работы во вредных условиях труда – 686 мкг/л. Учитывая наличие воздействия в течение 13 лет работы электросварщиком оксидов железа, превышающих ПДК, снижение ферритина после окончания работы во вредных условиях труда, исключение других заболеваний, связанных с накоплением железа в легких, наличие рентгенологической и патоморфологической картины, типичной для пневмокониоза, был выставлен диагноз СЛ.

Выводы. Таким образом, профессиональный сидероз легких представляет собой группу пневмокониозов, развивающуюся при длительном воздействии оксидов железа, превышающих ПДК. Дифференциальная диагностика данного заболевания сложна, требует доказательной связи между профессиональным воздействием и развитием патологии легких. Необходимость тщательного сбора профессионального анамнеза и сведений об условиях труда у пациентов с гиперферритинемией, динамическое наблюдение за работниками, контактирующими с соединениями железа, комплексное их обследование и правильная трактовка рентгенологических и патоморфологических изменений помогут установить профессиональное заболевание.

Кузнецова Т.В., Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Колядко М.Г., Хисамо С.А.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой серьезную проблему для организаций здравоохранения и государства. Инфаркт миокарда (ИМ) у пациентов молодого возраста (18–44 лет) встречается в среднем в 10% среди общего количества ИМ. Основной причиной ИМ в любом возрасте является развитие атеросклероза коронарных артерий. Однако встречаются ИМ, обусловленные

ревматологическими заболеваниями, заболеваниями крови, спонтанной диссекцией интимы коронарных сосудов и др.

Цель. Изучить структуру факторов риска и состояние коронарного русла у пациентов молодого возраста с инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В исследование включено 180 пациентов с инфарктом миокарда, из них ОГ – составили 130 (72%) пациентов молодого возраста, средний возраст которых $38,9 \pm 10,4$ лет. КГ представили 50 (28%) пациентов, средний возраст которых $57,8 \pm 9,50$ лет. Всем пациентам были выполнены биохимический анализ крови (СРБ, липидный спектр), тропонин, коагулограмма, общий анализ крови, ЭхоКГ, коронароангиография.

Результаты. Традиционные факторы риска в исследуемых группах распределились следующим образом: артериальная гипертензия в ОГ выявлена у 46,7% человек, в КГ – 82% ($p=0,01$) случаев; сахарный диабет в ОГ – 16,7%, в КГ – 36% (0,023), отягощенная наследственность по ИБС в ОГ – 37,6%, в КГ – 24% ($p=0,02$), нарушение жирового обмена в ОГ – 20%, КТ– 40% ($p=0,006$), злоупотребление алкоголем ОГ – 10%, КГ – 26% ($p=0,007$) пациентов. Статус курильщика на момент включения в исследование был подтвержден в ОГ у 62 (47,7%) человек, в КГ у 31 (62%) пациента ($p=0,03$). Достоверные различия между группами зарегистрированы по семейному анамнезу ранних сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,02$). В группе пациентов молодого возраста (ОГ) ведущим фактором риска была дислипидемия (76,9%), без достоверной разницы с пациентами КГ ($p=0,23$). У пациентов ОГ с разными видами нарушений липидного обмена, наиболее выраженное поражение коронарного русла зарегистрировано у пациентов с семейной гиперхолестеринемией в сочетании с гиперлипопротеидемией (а), среди которых двухсосудистое поражение выявлено у 12,5% лиц, многососудистое поражение в 87,5% случаях. Большинство ИМ у пациентов ОГ и КГ обусловлено наличием атеросклероза коронарных артерий с формированием тромботической окклюзии. Семейная гиперхолестеринемия, как причина раннего атеросклероза выявлена у 11 (8,5%) пациентов ОГ, а в КГ случаев СГХС не зарегистрировано.

Среди пациентов ОГ количество пациентов, имеющих 1 фактор риска, составляет лишь 16%. В КГ не было пациентов, имеющих 1 фактор риска ($p=0,003$). Среди пациентов, имевших 2 фактора риска, преобладали пациенты ОГ (72,3%), против 4% КГ ($p=0,001$). Большинство (76%) пациентов КГ имели 3 фактора риска развития ССЗ ($p=0,001$). Наличие 4 –х и более факторов риска также было характерно для пациентов КГ ($p=0,002$).

Пациенты ОГ характеризовались достоверно большим числом пациентов с однососудистым поражением коронарного русла 62,3%, против 42% в КГ ($p=0,014$). В КГ преобладали пациенты с многососудистым поражением 32%, ОГ – 16% ($p=0,03$). Среднее количество имплантированных стентов в ОГ $1,5 \pm 0,8$, в КГ $1,7 \pm 0,6$ на человека. Средняя длина стентированного участка коронарных артерий у пациентов ОГ $36,7 \pm 19,4$ мм, в КГ – $41,1 \pm 17,9$ мм на человека.

У пациентов ОГ зарегистрированы следующие заболевания крови: антифосфолипидный синдром, дефициты факторов свертывания у 8,5% лиц; ревматологические

заболевания зарегистрированы в 5,4% случаях (васкулиты, системная красная волчанка и др), диссекция интимы коронарных артерий развились у 3% пациентов.

Выводы. Из традиционных факторов риска для пациентов молодого возраста характерны курение, отягощенная наследственность по ИБС, нарушение жирового обмена и выраженная дислипидемия. У пациентов КГ (старше 44 лет) преобладающим фактором риска была АГ, выявленная у 82% человек ($p=0,01$, хи-квадрат Пирсона=18,09), СД ($p=0,023$, хи-квадрат Пирсона=7,6). В КГ преобладали пациенты с 2 и более факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Полнота реваскуляризации в ОГ составила – 97,5%, из-за преобладания однососудистого поражения коронарного русла, у пациентов КГ – 86% ($p=0,048$), что можно объяснить поражением коронарных артерий в бассейне, не связанном с инфарктом миокарда и планированием отсроченной реваскуляризации.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025