

4. При объективном исследовании наиболее частыми клиническими проявлениями были: изменения со стороны кожи; деформация кистей рук; тахикардия.

5. В общем и биохимическом анализе крови воспалительные изменения были у большинства детей, анемия легкой степени отмечалась у 2 пациентов. Повышение уровня ЦИК зафиксировано у 1/4 части детей. Наиболее частыми изменениями на ЭКГ явились: синусовая тахикардия; СА-блокада, диффузные изменения в миокарде.

6. Половина детей получали гормональные препараты. Пациентам со склеродермией назначалось местное лечение. Всем пациентам проводилась симптоматическая терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева. — Минск: Выш. шк., 2003. — С. 151–169.
2. *Детская ревматология: руководство для врачей / под ред. А. А. Баранова, Л. К. Боженовой.* — М.: Медицина, 2002. — 336 с.

УДК 616.127-005.8:613.84]-055.1

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН

Борсук С. В.

Научный руководитель: ассистент И. В. Пальцев

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

Введение

Инфаркт миокарда (ИМ) — это некроз определенного участка сердечной мышцы, который развивается в связи с резким и продолжительным уменьшением коронарного кровотока. Размеры инфаркта определяются степенью стеноза коронарных артерий, функциональной способностью коллатерального кровообращения, уровнем закрытия артериального ствола, функциональным состоянием миокарда. Уменьшение коронарного кровотока может быть вызвано не только вышеперечисленными факторами, но и длительным спазмом коронарных артерий, к чему приводит регулярное курение табака, в состав которого входит такой алкалоид, как никотин. Никотин, воздействуя на никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, приводит к выбросу адреналина. Адреналин повышает артериальное давление, учащает сердечные сокращения и увеличивает потребность миокарда в кислороде [1].

Существует доказанная связь между курением и ИМ, однако разные группы курильщиков имеют различные уровни риска. Более уязвимы курящие с повышенным артериальным давлением либо страдающие сахарным диабетом (СД). Курение и повышенное давление, а также нарушения углеводного обмена оказывают синергическое, т. е. взаимно усиливающее воздействие на риск развития ИМ [2, 3].

Цель

Оценить влияние курения на формирование ИМ у мужчин.

Материалы и методы исследования

Проанализированы 176 историй болезни пациентов (мужчин) с ИМ в подостром периоде, находившихся на лечении в реабилитационном отделении Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ с сентября по декабрь 2012 г. Проводилась оценка тяжести ИМ, распространенности артериальной гипертензии (АГ), СД, ожирения, а также показателей липидного обмена.

Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, проводилась в операционной среде «Windows XP» с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 7.0 и «Medcalc Software».

Распределение количественных признаков оценивалось с помощью теста Шапиро-Уилка и теста Левена на равенство дисперсий. При несоответствии нормальному распределению вычислялась медиана (Me), минимальное (Min) и максимальное (Max) зна-

чения, 25-й (Q1) и 75-й (Q3) процентиля, 95 %-ный доверительный интервал (95 % ДИ). Сравнение двух независимых выборок по количественному признаку осуществлялось методом теста U Манна-Уитни. При анализе качественного (бинарного) признака использовался метод двустороннего теста точного критерия Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу составили 113 (64,2 %, 95 % ДИ 59–63 %) некурящих пациентов, 2 группу — 63 (35,8 %, 95 % ДИ 53–59 %) пациента с зависимостью от табакокурения.

Возраст пациентов представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительный анализ возраста пациентов обеих групп

Возраст	Me	Min	Max	95 % ДИ	Q1-Q3	p
1 группа (n = 113)	61	38	82	59–63	55–67	< 0,001
2 группа (n = 63)	56	40	77	53–59	51–60	

Как видно из данных, представленных в таблице 1, возраст пациентов 2 группы был статистически значимо ниже, чем у пациентов 1 группы.

Одним из важных факторов, повышающих риск развития ИМ, является артериальная гипертензия. Проведен анализ распространенности АГ у пациентов обеих групп (таблица 2).

Таблица 2 — Распространенность АГ у пациентов с ИМ

Симптом	1 группа		2 группа		P
	n	% (от общего числа больных)	n	% (от общего числа больных)	
АГ (всего)	90	79,6	48	76,1	0,7
АГ 1 ст.	11	9,7	9	14,2	0,16
АГ 2 ст.	54	47,8	31	49,2	0,88
АГ 3 ст.	25	22,1	8	12,7	0,61

Согласно данным, представленным в таблице 2, распространенность АГ у пациентов обеих групп была практически одинаковой.

При анализе классов тяжести ИМ были получены следующие результаты (таблица 3).

Таблица 3 — Классы тяжести ИМ у пациентов обеих групп

Симптом	1 группа		2 группа		P
	n	%	n	%	
1 класс тяжести	3	2,7	0	0	0,55
2 класс тяжести	43	38,1	30	47,6	0,26
3 класс тяжести	54	47,8	24	38,1	0,27
4 класс тяжести	13	11,5	7	11,1	1

Таким образом, обе группы пациентов не имели существенных различий по классам тяжести ИМ.

Сахарный диабет имел несколько более высокую распространенность среди пациентов 1 группы — 17 случаев (15,0 %). Среди курящих пациентов СД болели только 4 (6,3 %) пациента, различие было на уровне тенденции ($p = 0,096$).

Ожирение (индекс массы тела > 30,0) было выявлено у 32 (28,3 %) пациентов 1 группы и в 13 (20,6 %) случаях среди пациентов 2 группы, различия были статистически незначимы ($p = 0,29$).

Был также проведен анализ показателей липидного спектра крови среди пациентов обеих групп (таблица 4).

Таблица 4 — Показатели липидного обмена пациентов

Показатель	Группа	Me	Min	Max	Q1	Q3	95 % ДИ	p
Холестерин, ммоль/л	1 группа	4,6	3,0	10,2	3,9	5,5	4,4–4,9	0,08

	2 группа	4,9	3,2	8,2	4,2	5,7	4,6–5,2	
Триглицериды, ммоль/л	1 группа	1,7	0,6	6,4	1,2	2,1	1,5–1,8	0,45
	2 группа	1,5	0,6	6,0	1,2	2,1	1,4–1,7	
Липопротеиды высокой плотности, ммоль/л	1 группа	1,0	0,7	2,2	0,9	1,1	0,9–1,1	0,25
	2 группа	0,9	0,7	1,7	0,8	1,2	0,9–1,0	
Липопротеиды низкой плотности, ммоль/л	1 группа	2,8	1,3	8,7	2,1	3,5	2,5–3,1	0,02
	2 группа	3,2	1,2	5,9	2,6	3,7	2,8–3,4	

Как видно из данных, представленных в таблице 4, у курящих пациентов уровень липопротеидов низкой плотности был статистически значимо выше в сравнении с некурящими.

Выводы

Согласно полученным в ходе исследования данным, обе группы пациентов не имели различий в распространенности АГ и тяжести ИМ. Сахарный диабет был несколько более распространен среди пациентов 1 группы, различий в частоте ожирения выявлено не было. Однако курящие пациенты оказались моложе примерно на 5 лет в сравнении с некурящими, также в данной группе были выявлены более выраженные нарушения метаболизма липидов. Таким образом, можно сказать, что курение является фактором, существенно влияющим на развитие ишемической болезни сердца и «омолаживающим» инфаркт миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сафаев, Р. Д. Курение как заболевание и его осложнения / Р. Д. Сафаев, В. Н. Ардашев, А. И. Елькин // Военно-медицинский журнал. — 2004. — № 2. — С. 26–32.
2. Курение, риск сердечно-сосудистой смерти в мужской когорте и социальный градиент / Е. В. Акимова [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 3. — С. 23–28.
3. Факторы, ассоциированные с табакокурением / К. П. Ошакбаев [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 2. — С. 22–25.

УДК 616.98:578.828SIF-091:616-022.1

СТРУКТУРА ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ПАТОЛОГОАНОТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Борсук Ю. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Появление в начале 80-х годов вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в полной мере продемонстрировало беспомощность человечества против вызываемого им заболевания, впервые определенного в Ежегодном Отчете Центра по контролю и профилактике болезней (CDC — Centers for Disease Control, США) как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) [1].

Современный этап распространения ВИЧ-инфекции характеризуется вовлечением в эпидемический процесс не только представителей групп риска, но и других, самых разнообразных по социальному составу, слоев населения. Это не может не беспокоить, учитывая преимущественно молодой возраст инфицированных лиц [2].

К сожалению, подавляющее число больных попадает в поле зрения врача-специалиста лишь на фоне болезни, которая может быть расценена как ВИЧ-ассоциированная, либо ВИЧ-инфекция выявляется при случайном исследовании, и только в том случае, если больной дает на это согласие [3].