

	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].

Подобная ситуация создает трудности не только в клиническом и лабораторном исследовании ВИЧ-инфекции, но и в морфологической диагностике указанного заболевания [4].

В отечественной литературе вопросам анализа морфологических особенностей органов и тканей лиц, умерших от ВИЧ-инфекции, уделялось недостаточно внимания, хотя, на наш взгляд, исследование морфологических особенностей органов и тканей указанных лиц позволит установить закономерности протекания инфекционного процесса в организме человека, вызванного вирусом иммунодефицита человека. В связи с этим, считаем актуальным провести исследование протоколов патологоанатомического вскрытия трупов лиц, умерших от ВИЧ-инфекции как основного диагноза [5].

Цель

Определить структуру оппортунистических заболеваний морфологические ВИЧ-инфицированных пациентов по материалам патологоанатомических вскрытий.

Материалы и методы исследования

Использовались материалы 26 протоколов патологоанатомических вскрытий ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин (из которых 19 — мужчин и 7 — женщин), проведенных в Патологоанатомическом отделении общей патологии № 4 за период с 2009 по 2012 гг.

Результаты исследования

В процессе проведения микро- и макроскопических исследований органов и тканей патологоанатомами были зарегистрированы следующие основные патологические состояния и заболевания:

- 1) кахексия (дефицит массы тела 10 %) — 76 %;
- 2) отек головного мозга — 72 %;
- 3) пневмоцистная пневмония — 70 %;
- 4) мультифокальная лейкоэнцефалопатия — 57 %;
- 5) гепатит С — 57 %;
- 6) кандидоз:
 - а) орофарингеальный кандидоз — 64 %;
 - б) кандидоз кожи, слизистых — 37 %;
 - в) кандидоз пищевода — 35 %;
- 7) цирроз печени — 48 %;
- 8) паренхиматоозная дистрофия внутренних органов — 37 %;
- 9) миокардит — 37 %;
- 10) токсическая энцефалопатия — 35 %;
- 11) ГЛП — 34 %;
- 12) лимфаденопатия — 29 %;
- 13) туберкулез легких — 19 %.

В таблице 1 представлена структура оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов по материалам патологоанатомических вскрытий у мужчин и женщин.

Таблица 1 — Структура оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов по материалам патологоанатомических вскрытий

Основные патологические состояния и заболевания	Количество случаев у мужчин, n = 19 N (%)	Количество случаев у женщин, n = 7 N (%)
Кахексия (дефицит массы тела 10 %)	15 (78,9)	5 (71,4)
Отек головного мозга	14 (73,6)	5 (71,4)
Пневмоцистная пневмония	14 (73,6)	4 (51,7)
Мультифокальная лейкоэнцефалопатия	12 (63,1)	3 (42,8)

Гепатит С	10 (52,6)	5 (71,4)
Кандидоз:		
— орофарингеальный кандидоз	13 (68,4)	4 (51,7)
— кандидоз кожи, слизистых	7 (36,8)	3 (42,8)
— кандидоз пищевода	8 (42,1)	1 (14,2)
Цирроз печени	11 (57,8)	2 (28,5)
Паренхиматозная дистрофия внутренних органов	8 (42,1)	2 (28,5)
Миокардит	6 (31,5)	4 (51,7)
Токсическая энцефалопатия	6 (31,5)	3 (42,8)
ГЛП	6 (31,5)	2 (28,5)
Лимфоаденопатия	5 (26,3)	2 (28,5)
Туберкулез легких	4 (21,0)	1 (14,2)

Выводы

Наиболее часто диагностируемыми заболеваниями у лиц, умерших от ВИЧ-инфекции, являются кахексия (76 %), пневмоцистная пневмония (70 %), орофарингеальный кандидоз (64%), мультифокальная лейкоэнцефалопатия (57 %), гепатит С (57 %).

У мужчин чаще встречались цирроз печени, туберкулез, кандидоз пищевода, у женщин — миокардит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пархоменко, Ю. Г. Анализ аутопсий при ВИЧ-инфекции / Ю. Г. Пархоменко, О. А. Тишкевич, В. И. Шахгильдян // Архив Патологии. — 2003. — № 3. — С. 24–29.
2. ВИЧ-инфекция / А. Г. Рахманова [и др.]. — М., 2004. — С. 8–12.
3. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. — Минск, 2003. — С. 299–308.
4. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова. — М., 1990. — С. 532–543.
5. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 1998 г. № 351.

УДК 612.176:616-071.4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ИНДЕКСА ГАРВАРДСКОГО СТЕП-ТЕСТА В ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПО КОСВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

Бортновская Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский

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

Введение

В физиологии труда и спортивной медицине широко используется Гарвардский степ-тест и его индекс (ИГСТ), количественно характеризующий восстановительный период после физической нагрузки по частоте сердечных сокращений (ЧСС). Кроме этого ИГСТ входит в качестве управляющего параметра с достаточно высоким весовым коэффициентом в интегральную оценку работоспособности по косвенным показателям, используемую в научно-практических целях для динамического контроля за работоспособностью, утомлением и реабилитацией.

Цель

Изучение допустимости ИГСТ в интегральном показателе работоспособности при различных формах динамики ЧСС в каждую из пяти минут восстановительного периода.

Материалы и методы исследования