

Д. А. Прахоцкий, В. Н. Бондарь

*Научные руководители: ассистент кафедры И. Л. Мамченко;
к.м.н. доцент Е. Г. Малаева*

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ЛИЦ

Введение

По данным ВОЗ, в мире на 7,5 млрд населения приходится 1 млрд курильщиков. Ежегодно из-за вредной привычки умирает 7,5 млн. человек. Основными причинами смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы и рак легких [1, 4].

Курение – один из наиболее серьезных факторов, нарушающих деятельность сердечно-сосудистой системы. Первое место среди причин смерти пациентов трудоспособного возраста занимает ишемическая болезнь сердца, далее мозговые инсульты и инфаркты миокарда. Сердечно-сосудистые заболевания в основном связаны с особенностями образа жизни нашего населения. Прекращение курения является доказанной эффективной мерой вторичной профилактики и улучшает прогноз после сердечного заболевания. Все это поддерживает интерес к дальнейшему изучению особенностей течения и исходов сердечно-сосудистых заболеваний у курящих и некурящих лиц [2, 3].

Цель

Сравнительный анализ развития и течения инфаркта миокарда у курящих и некурящих пациентов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 60 пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении УЗ «Слущкая ЦРБ» с заключительным диагнозом «Острый инфаркт миокарда» за 2021 год. В зависимости от факта наличия или отсутствия в анамнезе курения, выборка была разделена на 2 группы:

– в 1-ю группу вошли курящие пациенты ($n = 26$), из которых 20 мужчин и 6 женщин (76,9 и 23,1 % соответственно);

– 2-ю группу составили некурящие (и никогда ранее не курившие) в количестве $n = 34$, из числа которых 23 (67,6 %) женщины и 11 (32,4 %) мужчин.

При изучении особенностей течения заболевания учитывались возраст, пол, вес, наличие в анамнезе предшествующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца (ИБС), в том числе ИМ, артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), нарушения сердечного ритма. Оценивали и сравнивали локализацию ИМ, наличие осложнений ИМ у пациентов обеих групп.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Excel 2016 и Statistica (V.10.0). При сравнении независимых групп использовали непараметрический метод – U-критерий Манна – Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были получены следующие результаты. ИМ у курящих развивался в среднем на 11 лет раньше, чем у некурящих пациентов (средний возраст $55,2 \pm 1,77$ и $66,43 \pm 2,12$ лет соответственно, $p = 0,012$).

Пациенты обеих групп имели избыточную массу тела. Но у курящих индекс массы тела (ИМТ) был статистически значимо меньше, чем у некурящих: $26,1 \pm 0,42$ кг/м² против $29 \pm 0,3$ кг/м² ($p = 0,042$) соответственно.

Предшествовавшая ИМ артериальная гипертензия была выявлена у 77,4 % курящих пациентов и 88,9 % некурящих. При этом длительность заболевания и ее степень были меньшими в первой группе. Курящие пациенты до ИМ реже страдали стенокардией 33,7 % против 58,3 % лиц из второй группы без отличий по ее функциональному классу. Продолжительность ИБС у пациентов первой группы была меньшей ($4,8 \pm 0,66$ лет против $7,5 \pm 0,32$ лет у лиц второй группы), также они имели меньший функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) в сравнении с никогда не курившими.

У лиц первой группы реже, чем у некурящих, наблюдалась недостаточность митрального клапана (11 % против 19 %), фибрилляция предсердий (9,4 % против 15,5 %) и СД 2-го типа (6 % против 18,6 %). Данные представлены на рисунке 1.

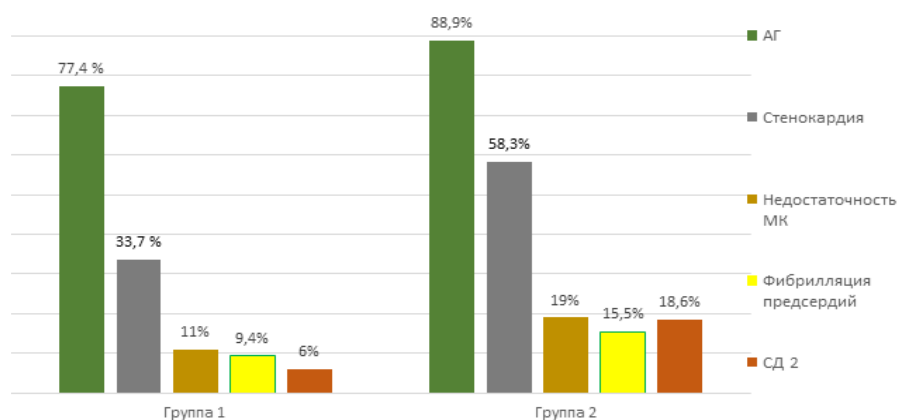


Рисунок 1 – Сравнительная характеристика обеих групп пациентов

Таким образом, курящие пациенты были моложе и имели менее отягощенный анамнез по предшествующим сердечно-сосудистым заболеваниям и СД 2-го типа.

Пациенты первой группы чаще страдали впервые возникшим инфарктом миокарда, чем пациенты второй (79,5 % и 70,3 % соответственно, $p = 0,038$) и реже повторным инфарктом миокарда, в сравнение с некурящими пациентами (19,7 % и 25,5 %, соответственно, $p = 0,044$). Трансмуральный ИМ развивался с одинаковой частотой в обеих группах; крупноочаговый нетрансмуральный ИМ чаще регистрировался у курящих пациентов (65,1 % против 54,2 %; $p = 0,026$), тогда как мелкоочаговый (не-Q) ИМ чаще отмечен у некурящих (29,2 % против 18 % $p = 0,01$).

Выводы

1. Инфаркт миокарда у курящих пациентов развивался в более молодом возрасте, несмотря на менее отягощенный анамнез по сопутствующим факторам сердечно-сосудистого риска, в сравнении с не курившими.

2. Трансмуральный ИМ наблюдался с одинаковой частотой в обеих группах, крупноочаговый нетрансмуральный ИМ – чаще у курящих пациентов.

3. У курящих пациентов чаще развивался первичный ИМ, но реже возникал повторный, в сравнении с пациентами, которые никогда не курили.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рак легких. Информационная бюллетень // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/>. – Дата доступа: 21.03.2023.
2. Осипов, А. Г. Факторы риска и относительный коронарный риск у лиц молодого возраста / А. Г. Осипов, С. Б. Силкина, Е. А. Правдина // Кардиоваск. тер. и проф. – 2018. – № 1. – С. 45–46.

3. Особенности течения инфаркта миокарда в молодом и среднем возрасте / В. Ю. Голофеевский [и др.] // Клиническая медицина. – 2019. – № 2. – С. 21–23.

3. Инфаркт миокарда в молодом возрасте: факторы риска, клинические особенности, физическая реабилитация, сократительная способность миокарда в постинфарктном периоде / Б. З. Сиротин [и др.] – 2018. – № 4. – С. 17–20.

4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – 134 с.

УДК 616.12:616.441-008

Л. Р. Приходько

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Василькова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) нередко сочетаются с изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Тиреотоксикоз повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Доказано, что успешное лечение манифестных форм тиреотоксикоза значительно улучшает прогноз и качество жизни пациентов, вопрос же о необходимости лечения субклинических форм тиреотоксикоза остается спорным [1].

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) – это заболевание, характеризующееся повышенной продукцией тиреоидных гормонов и диффузным увеличением ЩЖ различной степени [2].

ДТЗ считается одним из самых распространенных заболеваний щитовидной железы и наиболее клинически значимая тиреоидная патология, которая встречается у 0,5–1,5 % населения [3].

Частота случаев ДТЗ варьирует от 30 до 200 на 100 тыс. населения в год. В регионах с нормальным йодным обеспечением ДТЗ является одной из самых частых причин стойкого тиреотоксического состояния, а в регионах, где наблюдается дефицит йода, в этиологической структуре токсического зоба ДТЗ конкурирует с функциональной автономией ЩЖ (узловой и многоузловой токсический зоб) [2].

В основе гиперфункции сердца при ДТЗ лежит повышение сократимости миокарда, что, с одной стороны, может быть обусловлено возрастанием активности симпатической нервной системы, а с другой – непосредственным действием тиреоглобулин на миокард. Основное метаболическое действие избыточного количества тиреоглобулин в миокарде заключается в разобщении окислительного фосфорилирования.

В результате этого энергия, выделяемая при сопряженном окислении и фосфорилировании, не накапливается в макроэргах, а выделяется в виде тепла, в миокарде уменьшаются энергетические ресурсы и угнетаются анаболические процессы. Доказано, что малые дозы ТГ обладают анаболическим, а большие дозы – катаболическим действием. В начале заболевания синтез белка повышается, что ведет к гипертрофии миокарда. При длительном, тяжелом течении тиреотоксикоза синтез белка падает, дистрофия миокарда прогрессирует, развиваются миокардитический кардиосклероз и сердечная недостаточность [4].

Цель

Изучить структурно-геометрические параметры сердца у пациентов с ДТЗ.