

Цель исследования: исследовать влияние табакокурения на функциональное состояние респираторной системы курящих студентов ТвГМУ методом спирометрии.

Материалы и методы: в ходе настоящего исследования было проведено анкетирование и спирометрия 30 студентов ТвГМУ, отказавшихся от курения.

Результаты: у каждого испытуемого студента ТвГМУ проводилось измерение ЖЕЛ на протяжении полутора месяцев каждые 5 дней в г. Твери. В результате проведенного исследования выявлена следующая зависимость: с каждым разом ЖЕЛ увеличивалась, и в конечном итоге каждый участник исследования имел прирост ЖЕЛ в различной степени. У 3-х человек (10%) прирост составил 49%, у 2-х человек (7%) — 41%, у 4-х человек (13%) — 32%, у 12 человек (40%) — 18%, у 6 человек (20%) — 10%, у 3-х человек (10%) — 5%. Собственное самочувствие участники оценивают следующим образом: 63,3% считают, чем дольше они не курят, тем лучше себя чувствуют в целом, а 36,6% не заметили изменений. Что касается изменения качества и продолжительности сна, то подавляющее большинство, а именно 66,6%, указывает на улучшение качества сна, прекращение внезапного пробуждения по ночам, а продолжительность сна увеличилась до 7–9 часов в сутки. Каждый из 20 участников указывает на легкость пробуждения по утрам и высыпаемость, бодрость по утрам после пробуждения при неизменном режиме учебы и/или работы и образе жизни. При этом 18 испытуемых из указанных выше 20 заявляют, что днем пропала тяга ко сну и особенно после приема пищи в обед.

Выводы: очевидно, что табакокурение негативно сказывается на функциональном состоянии дыхательной системы, а именно наблюдается снижение ЖЕЛ и некоторых других субъективных показателей испытуемого: с началом курения появляются головные боли и/или головокружения, возникает одышка при небольших физических нагрузках, кашель.

Литература

1. Гигиена: учебник / Архангельский В.И. и др.; под ред. П.И. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 656 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТА С МИОКАРДИАЛЬНЫМ МЫШЕЧНЫМ МОСТИКОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Буниатова К.А.

Научный руководитель: аспирант Холкина А.А.

Кафедра факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: миокардиальный мышечный мостик — относительно доброкачественная аномалия коронарных артерий. Однако нередко в сочетании с другими аномалиями или изолированно он отягощает течение коронарной болезни сердца, приводит к нетипичным клиническим проявлениям, затрудняющим диагностический поиск [1].

Цель исследования — продемонстрировать клинический случай развития инфаркта миокарда у пациента с сочетанием атеросклеротического поражения и мышечного мостика в передней нисходящей артерии.

Материалы и методы: пациент 62 лет без предшествующего анамнеза артериальной гипертензии, ИБС, отягощенной наследственностью, вредных привычек, был экстренно госпитализирован с жалобами на дискомфорт за грудиной с иррадиацией в обе руки при ходьбе. При поступлении расценен как больной с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Результаты динамического контроля уровня тропонина выявили его повышение с максимальным значением — 29092 пг/мл. ЭКГ наблюдение показало типичную динамику очаговых изменений в области боковой стенки, верхушки и перегородки левого желудочка.

При эхокардиографии диагностирована его выраженная концентрическая гипертрофия в отсутствие снижения локальной и глобальной сократимости. Липидограмма не показала существенных отклонений от нормы. По данным коронарной ангиографии обнаружена субокклюзия на границе проксимального и среднего сегментов передней нисходящей артерии,

в среднем сегменте той же артерии — мышечный мостик со стенозированием в систолу до 75%, остальные венечные артерии — без признаков атеросклеротического поражения. Пациенту выполнена баллонная ангиопластика и стентирование передней нисходящей артерии. Течение инфаркта миокарда неосложнённое. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: сочетание гипертрофии левого желудочка с нормальными показателями липидограммы представляет особенность данного клинического случая, так как чаще встречается при впервые перенесенном инфаркте среди женщин пожилого и старческого возраста [2]. Формирование бляшки непосредственно перед мышечным мостиком, то есть в престенотическом участке артерии, скорее, объясняется гемодинамическими, а не метаболическими причинами [3]. В этом случае мышечный мостик можно считать дополнительным фактором риска атеросклероза. С другой стороны, весьма вероятно, что его наличие могло спровоцировать и процесс тромбообразования в инфаркт-зависимой артерии и послужить непосредственной причиной дестабилизации течения ИБС.

Литература

1. Кадацкая Д.Н. Вариант тяжелого течения стенокардии у пациентки с аномалиями коронарного русла // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием. Студенческая наука. 2018. С. 566.
2. Ушко П.А. Роль дислипидемии и увеличения массы миокарда в развитии инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием Студенческая наука. 2016. С. 154.
3. Ковалев Ю.Р. Атеросклероз // Кардиология в вопросах и ответах под ред. Ю.Р. Ковалева. СПб.: 2002. С. 320–334.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КАПНОВОЛЮМЕТРИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ КУРЯЩИХ

Гоцкая М.А.

Научный руководитель: к. м. н. Мирошкина Т.А.

Кафедра патофизиологии

Рязанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: Первый удар от табачных токсинов принимает на себя система дыхания. Для оценки ее состояния обычно используют рентгенографию и спирографию. Признаки бронхиальной обструкции появляются при курении более 10 лет; однако изменения функции внешнего дыхания (ФВД) развиваются и при меньшем стаже курения.

Цель исследования: Изучение возможностей капноволуметрии в оценке ФВД у курящих.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 24 мужчины в возрасте 20 лет: 12 курящих и 12 некурящих. Исследование ФВД проводили с помощью спирографа SpiroScout (Ganshorn, Германия), оснащенного функцией капноволуметрии. Статистическую обработку выполняли с помощью программы Statistica 10 (StatSoft Inc., США).

Результаты: Показатели спирометрии (жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная ЖЕЛ, объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1), индекс Тиффно (ИТ), максимальная скорость потока при выдохе 25, 50 и 75% ЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75)) в обеих группах находились в диапазоне нормы; однако у курящих ФЖЕЛ, ОФВ1, ИТ, МОС25, МОС50, МОС75 были несколько ниже, чем у некурящих. Выявлено статистически значимое различие ИТ: у курящих он составил $76,3 \pm 4,8\%$, у некурящих — $82,5 \pm 4,4\%$ ($p=0,01$). Наклон II фазы капнограммы составил у курящих $2,25 \pm 0,91$ г*моль/л, у некурящих — $2,47 \pm 0,63$ г*моль/л ($p=0,32$); наклон III фазы — $0,11 \pm 0,08$ г*моль/л и $0,08 \pm 0,02$ г*моль/л соответственно ($p=0,22$). Уменьшение наклона 2 фазы и увеличение наклона 3 фазы отражаются на величине угла α — он возрастает; подобные изменения, также как и снижение ИТ, характерны для обструктивных нарушений вентиляции. В нашем исследовании у курящих угол α составил $125,3 \pm 12,6^\circ$, у некурящих — $117,8 \pm 4,6^\circ$ ($p=0,04$). Выявленные изменения функции внешнего дыхания закономерны. Известно, что курение является одной из причин развития бронхиальной обструкции;