

Гулиева Д.Ш.

ПРИЧИНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ИЛИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АКТИВНОМ И ПАССИВНОМ КУРЕНИИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Новикова Р. А.

1-я кафедра внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Курение является самой массовой хронической бытовой интоксикацией, при курении происходит сухая перегонка табака с образованием множества токсических веществ. Окись углерода (угарный газ) является очень токсичным компонентом табачного дыма. Аммиак при сгорании табака поступает в трахею, бронхи и легкие. Во влажных слизистых он растворяется, превращается в нашатырный спирт, последний раздражает слизистые оболочки, вызывает кашель, хронический бронхит, аллергические заболевания. Никотин приводит к дисфункции эндотелия (это однослойный пласт специализированных клеток, выстилающий изнутри се сердечно-сосудистое дерево, его роль очень велика в развитии атеросклеротических изменений сосудов), способствует отложению в стенках холестерина, нарушается кровоснабжение сердца и тканей, спазм сосудов (напр. кровеносных сосудов ног) поэтому уровень смертности у курящих в 5 раз выше некурящих.

Через симпатическую нервную систему никотин вызывает сужение сосудов и повышает АД.

Цель: определить степень поражения сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы.

Материалы и методы. Исследовано 80 больных, прошедших через блок интенсивной терапии инфарктного отделения 10 ГКБ г. Минска, возраст от 40 до 65 лет, 55 мужчин и 15 женщин. Выделены 3 группы: I группа - 20 человек (диагноз: ХОБЛ II-III ст. (выставлен в отд. пульмонологии) + ИБС); II группа - 20 человек (диагноз: ИБС с различными ее проявлениями); III группа - 15 человек (диагноз: ИБС + энцефалопатия + облитерирующий атеросклероз нижних конечностей). Изучали анамнез: стаж курения и количество сигарет в день, материальное благосостояние, качество жизни, частота простудных заболеваний, факторы риска атеросклероза, анализировали какие симптомы появляются раньше: легочные или сердечные, другие факторы риска (алкоголь), липидный спектр, ЭКГ, УЗИ сердца (ФВ, КДО, зоны гипокинеза), эффект от лечения, длительность пребывания в стационаре, анализировалось количество необходимых препаратов.

Результаты и их обсуждение. В I группе ФВ снижена до $35 \pm 2,6$ у 15 человек (60%) диффузный гипокинез миокарда у 16 человек (60,4%) на ЭКГ - снижен и сглажен зубец Т у 50%. Недостаточность кровообращения (НК) > ПА-Б у 15 человек (60%). Выражена полипрогмазия. Качество жизни низкое у 80%. Большинство (90%) получали бронхолитическую терапию, иногда комбинированную, что затрудняло работу сердца. Во II группе качество жизни удовлетворительное у 5 человек (20%). ФВ $58 \pm 2,9$, диффузный гипокинез у 5 человек (25%), локальный у 10 человек (40%), дислипидемия ИА > 4,5 у 8 человек (32%). В III группе больные с мультифокальным склерозом, частые коронарные и церебральные проблемы, значительно снижено качество жизни у 50% человек. У всех дислипидемия, ИА > 4,2, ФВ $49 \pm 2,8$ у 50%, локальные гипокинезы у 8 человек (40%), лечение малоэффективно, частые госпитализации.

Выводы. Курение, как активное так и пассивное приводит к выраженному изменению по органам, в первую очередь до 90% поражает дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Сочетанное поражение отмечается у больных с низким уровнем жизни и принимающих алкоголь, вероятно из-за снижения иммунитета, протекает значительно тяжелее, требует полипрогмазии в лечении и резко снижает качество жизни. Необходимо разработать наиболее рациональные пути просвещения пациентов, имеющих указанные факторы риска, постоянно совершенствовать борьбу с фактором риска.