

Материалы и методы: больные 1-й группы — 20 мужчин (60%) и 13 женщин (40%), возраст $61,0 \pm 10,5$ (39–75 лет) с пароксизмальной и персистирующей ФП, направленные на радиочастотную абляцию (РЧА). В контрольную группу (2-я группа) включили 38 обследуемых, среди которых 22 мужчин (58%) и 16 женщин (42%), возраст $59,0 \pm 11,2$ (39–75 лет), без НРС. Всем провели двухмерную эхокардиографию (ЭхоКГ). Для анализа использовали пакет STATISTICA10, рассчитывали медиану (Me), минимальные и максимальные значения (R).

Результаты: в 1-й группе объем левого предсердия (ВЛП) $Me_1 = 52,8 \pm 17,3$ мл, во 2-й группе ВЛП $Me_2 = 35,0 \pm 3,1$ мл; $R_1 = 30,0–111,0$ мл, $R_2 = 30,0–40,0$ мл ($p_{1-2} = 0,00000059$). В 1-й группе индекс ВЛП $Me_1 = 26,4 \pm 6,4$ мл/м², индекс ВЛП $Me_2 = 24,0 \pm 2,4$ мл/м², $R_1 = 15,6–44,0$ мл/м², $R_2 = 20,0–27,0$ мл/м² ($p_{1-2} = 0,01$). Конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) у муж. составляет $Me_1 = 5,1 \pm 0,4$ см, $Me_2 = 4,9 \pm 0,3$ см; $R_1 = 4,6–6,1$ см, $R_2 = 4,4–5,6$ см ($p_{1-2} = 0,17$). Индекс КДР ЛЖ у муж. $Me_1 = 2,6 \pm 0,4$ см/м², $Me_2 = 2,9 \pm 0,2$ см/м², $R_1 = 2,1–3,6$ см/м², $R_2 = 2,3–3,1$ см/м² ($p_{1-2} = 0,07$). КДР ЛЖ у жен. $Me_1 = 4,6 \pm 0,4$ см, $Me_2 = 4,3 \pm 0,5$ см; $R_1 = 4,0–5,5$ см, $R_2 = 3,6–5,0$ см ($p_{1-2} = 0,02$). Индекс КДР ЛЖ у жен. $Me_1 = 2,5 \pm 0,3$ см/м², $Me_2 = 2,6 \pm 0,3$ см/м², $R_1 = 2,2–3,2$ см/м², $R_2 = 2,1–3,1$ см/м² ($p_{1-2} = 0,22$). Сократимость миокарда ЛЖ: фракция выброса (ФВ) $Me_1 = 64,0 \pm 5,4\%$, $Me_2 = 64,5 \pm 5,8\%$, $R_1 = 52–76,7\%$, $R_2 = 56–75\%$ ($p_{1-2} = 0,8$).

Выводы: МФП левых камер у пациентов с НФП и без ХСН достоверно различались от контрольной группы по таким показателям, как ВЛП и индекс ВЛП. Синусовый ритм восстановлен у 24 из 33 пациентов (73%).

Литература

1. Рекомендации ЕОК по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий/ Рос. кард. жур.– 2017.-№ 7(147).-С.7–86
2. Нарушения ритма сердца после аортокоронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца / Руденко В.Г., Багманова З.А., Закирова А.Н. и др.// Терапевт.–2015.-№ 3.-С.23–27.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ

Жабборов О.О.

Научный руководитель: Рахматиллаева М.Ш.

Кафедра Госпитальная педиатрия № 1 с основаниями нетрадиционной медицины
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: одним из наиболее грозных осложнений естественного течения врожденных пороков сердца (ВПС) с увеличенным легочным кровотоком является легочная гипертензия (ЛГ), снижающая качество жизни пациентов и приводящая их к ранней инвалидизации и преждевременной смерти [2] Эхокардиографическим методом можно определить степень легочной гипертензии, от которой зависит выбор тактики лечения. [1]

Цель исследования — определить эхокардиографические особенности диагностики врожденных пороков сердца, осложненных легочной гипертензией

Материал и методы. Проведен анализ ЭхоКГ 30 больных, госпитализированных с ВПС, осложненной ЛГ в отделения кардиоревматологии, кардиохирургии и раннего возраста в клинике ТашПМИ за период 2015–2017 г. При эхокардиографической диагностике врожденных пороков сердца, которые имеют лево-правый сброс, измеряли градиент давления между камерами сердца или на уровне сердечного шунта. У 95–98% пациентов определилась незначительная (физиологическая) недостаточность трехстворчатого клапана. Посредством доплера ЭхоКГ во время систолы правого желудочка измеряли значение максимальной скорости регургитации на трикуспидальном клапане. Далее по уравнению Бернули ($\chi P = 4V^2$) рассчитывали разницу давления между правым желудочком и правым предсердием. К примеру, скорость регургитации 2 м/с, соответственно градиент давления между ПЖ иПП равен 16 мм рт.ст. Далее, анализируя реакцию нижней полой вены на вдох, определяли уровень давления вПП.

Если НПВ колеблется при вдохе более 50%, то прибавляли к градиенту давления на трикуспидальном клапане 3 мм рт. ст. и получили показатель систолического давления в легочной артерии (Пример. СДЛА = 16+3=19 мм рт.ст.).

Результаты. У 26% больных диагностирована ЛГ I степени, у 20,6% — ЛГ IIст., у 33% — ЛГ IIIст., у 20,4% — ЛГ IVст. При диагностике ЛГ использовали перечисленные эхокардиографические показатели, которые определили тактику лечения и ведение больных в послеоперационном периоде.

Выводы. Современный подход к эхокардиографической диагностике у больных с ВПС, осложненной легочной гипертензией определяет оптимальную тактику введения.

Литература

1. Абролов Х.К., Ибадов Р.А. Эхокардиографические критерии легочной гипертензии// Кардиология Узбекистана. 2014. № 1–2. С-212
2. Бокерия Л.А. и др., 2010–2014; Newfeld E.A. et al., 2012.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Здрок В.С.

Научный руководитель: ассистент Заяц О.В.

Кафедра общей гигиены и экологии

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют большую социальную и экономическую проблему.

Основными и наиболее распространенными факторами риска ССЗ являются: немодифицируемые (пол, возраст, генетические и этнические факторы) и модифицируемые (нарушения питания, ожирение, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет и др.) [1]. В последнее время дефицит витаминов рассматривается как один из возможных факторов риска ССЗ [2].

Одним из основных элементов в комплексе профилактических и лечебных мероприятий при сердечно-сосудистых заболеваниях является комплексная оценка питания пациентов и диетотерапия.

Цель исследования: изучение распространенности факторов риска у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: исследование проводилось методом социологического опроса с использованием валеологической анкеты. Всего опрошено 55 респондентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в возрасте 36–75.

Результаты: по результатам анкетирования установлено, что респонденты имели следующие ССЗ: артериальная гипертензия (АГ) — 72,73%, атеросклероз — 18,18%, инфаркт миокарда (ИМ) — 9,09%. Возрастная группа, которых составила от 36 до 75 лет. У 20% опрошенных в семейном анамнезе имелась предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Среди респондентов очень редко выполняли физические упражнения — 76,5% респондентов, курили 54,8%, употребляли алкоголь 56,6% респондентов, 31,8% опрошенных принимали пищу менее 3 раз в день.

Выводы: у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой довольно широко распространены факторы риска.

Литература

1. Влияют ли изменения витаминного статуса на качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.В. Молокова [и др.] // Медицинская наука и образование Урала 2008 № 5. С. 119–120.
2. Парфенов, В.А. Профилактика инсульта на основе снижения артериального давления и исследование / Я.С. Цыденова // Медицина 2016 № 5. С. 47–52.