

проявляющуюся либо прогрессирующим сердечной недостаточности, либо развитием различных форм аритмий, в свою очередь, серьезно ухудшающих прогноз [1].

Цель исследования — продемонстрировать клинический случай ведения беременности и родов у женщины с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией в сочетании с транзиторной АВ-блокадой II степени.

Материалы и методы: пациентка 24 лет госпитализирована с диагнозом: Угрожающие преждевременные роды. Многоводие. Отеки беременных.

В 21 год диагностирован синдром соединительно-тканной дисплазии, митральный пролапс, транзиторная АВ-блокада с синкопальными состояниями. Имплантирован кардиорегистратор.

Результаты исследования: наблюдения в течение двух лет показали редкие (1–2 раза в месяц), краткосрочные (в среднем около 30 секунд) пароксизмы наджелудочковой тахикардии с широкими комплексами с частотой от 190 до 222 в 1 мин, не сопровождающиеся изменением самочувствия. Эпизодов брадиаритмии не зарегистрировано. В период беременности наблюдалась кардиологом, изредка жаловалась на краткосрочные приступы дурноты, потемнения в глазах, проходящие самостоятельно. Холтеровское мониторирование на 8-й неделе беременности подтвердило дисфункцию синусового узла с миграцией ритма до АВ-соединения, зарегистрирован однократный эпизод пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, сопровождавшийся ощущением сердцебиения и тошнотой. Рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути, однако в связи с преждевременным излитием окрашенных меконием околоплодных вод и отягощенным анамнезом проведена операция кесарева сечения. Извлечена живая доношенная девочка. Послеоперационный период протекал гладко.

Выводы: пролапс митрального клапана, частая для молодых людей малая аномалия сердца в большинстве случаев не приводит к значимым нарушениям его функции и, как и в данном клиническом случае, не требует специального ведения [2]. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия также не несла существенной угрозы, поскольку быстро проходила самопроизвольно либо могла бы быть купирована введением АТФ. Наибольший риск был связан с АВ-блокадой, внезапное развитие которой при проведении кесарева сечения могло привести к потере сознания и клинической смерти. Подобная патология согласно рекомендациям требует обеспечения возможности проведения временной электрокардиостимуляции в период родоразрешения [3].

Литература

1. Лусканова Д.С. Случай дилатационной кардиопатии после кесарева сечения // Материалы всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием. Студенческая наука. 2017. С. 241–242.
2. Михайлова Ю.Г. Распространенность малых аномалий сердца у практически здоровых лиц молодого возраста // Материалы всероссийского научного студенческого форума Студенческая наука. 2014. С. 38.
3. Ковалев Ю.Р. Курникова Е.А., Осадчий А.М. // Методическое пособие для студентов лечебного факультета. Обморочные (синкопальные) состояния. СПб., 2015. 33 с.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ВСЛЕДСТВИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Бродницкая Е.И., Канайкина С.А., Чеканова О.Р., Хорак К.И., Морозов А.М.

Научный руководитель: ассистент Морозов А.М.

Кафедра общей хирургии

Тверской государственный медицинский университет

Актуальность исследования: курение табака — одна из самых распространенных вредных привычек, приводящих к серьезным нарушениям здоровья. Горящая сигарета является серьезной угрозой здоровью курильщика и окружающих [1].

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,