

Таблица 3 — Результаты ИГСТ

ФИО студента	ИГСТ	Оценка
Легенская Т.	89,28	Хорошо
Иваница Т.	76,5	Средне
Шпакова В.	83	Хорошо
Савостюк В.	98,7	Отлично
Веденко А.	102	Отлично
Кардаш И.	87	Хорошо
Гапонова В.	105,6	Отлично
Рябица Н.	112,78	Отлично
Мальцевич Н.	95,5	Отлично
Тесновец В.	115	Отлично
Лаворчик Н.	120	Отлично
Байко Н.	93	Отлично
Клименкова М.	107,9	Отлично
Бобрикович Л.	96	Отлично
<i>Средний показатель = 98,7 – отлично</i>		

Выводы

Результаты исследования показали, что уровень физической работоспособности в группе основного отделения составляет: средний уровень — 7 %, хороший уровень — 21 %, отличный — 72 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик, Г. В. Теоретические аспекты физической культуры в высшем учебном заведении: в 4 ч. / Г. В. Новик, Н. В. Карташева, Т. Ф. Геркусова. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — Ч. 2. — 40 с.

УДК 616.12+616.13-053.2/.6

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАРО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ У ДЕТЕЙ*Шрэйтэр Д. В., Акимова Ю. М.***Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Б. Кривелевич****Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь****Введение**

Коронарная сердечная фистула (КСФ) — редкая врожденная или приобретенная аномалия, которая может исходить от любой из трех главных коронарных артерий и дренироваться в любую камеру сердца или крупные сосуды [1]. КСФ составляют 0,2–0,4 % всех врожденных аномалий сердца [2]. Впервые фистулу коронарной артерии описал W. Krause в 1865 г. [3]. Наиболее частая причина коронарных фистул — мальформация ствола легочной артерии. При данной патологии кровь шунтируется из левой и правой коронарных артерий (КА) в общий ствол легочной артерии или одну из правых камер сердца [4].

КСФ могут быть небольшими, не вызывать симптомов, выявляться случайно при обследовании по другому поводу и подвергаться спонтанному закрытию. Крупные фистулы, по диаметру обычно в 3 и более раз больше нормальных артерий, могут быть симптомными и приводить к осложнениям: ишемии миокарда, разрыву папиллярной мышцы в результате хронической ишемии, ишемической кардиомиопатии, застойной сердечной недостаточности в результате объемной перегрузки, инфекционному эндокардиту, внезапной кардиальной смерти, вторичной патологии аортального и митрального клапанов, раннему атеросклерозу, нарушениям ритма.

Осложнения, связанные с коронаро-легочными фистулами (КЛФ), в возрасте до 20 лет встречаются у 11 % пациентов. У детей начинает проявляться в 2–3 месяца, когда снижается сопротивление легочных сосудов [5].

Цель

Изучение особенностей течения —заболевания, структурно-функциональных показателей сердца у детей и подростков с коронаро-легочными фистулами.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное изучение 23 амбулаторных карт развития ребенка, состоящих на диспансерном учете у кардиолога Гомельской центральной городской детской поликлиники по поводу КЛФ. Проанализированы наследственный анамнез, ранний неонатальный период, особенности физического развития, данные электрокардиографии, нагрузочного тестирования, эхокардиографии, лабораторные показатели. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statsoft Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных основной группы — 14 девочек (60,9 %) и 9 мальчиков (39,1 %) в возрасте от 1 года до 16 лет. Контрольную группу составили 30 детей и подростков аналогичного возраста без патологии со стороны сердца. Отмечено, что наследственный анамнез по болезням системы кровообращения (БСК) отягощен у 21 ребенка (91,3 %) основной и 12 пациентов (40 %) контрольной группы ($P < 0,05$), синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода у 8 пациентов (34,8 %) основной и 1 пациента (3,3 %) контрольной группы ($P < 0,05$). У матерей этих детей выявлены различные сочетанные заболевания во время беременности. При этом большая часть детей основной группы — 15 (65,2 %) родились доношенными, и 8 (34,8 %) младенцев были недоношенными. В контрольной группе аналогичные показатели составили 28 (93,3 %) и 2 (6,7 %) соответственно ($P < 0,05$). В задачи исследования входила оценка физического развития пациентов основной и контрольной групп. Физическое развитие оценивалось с использованием центильных таблиц, расчетом индекса массы тела с последующей статистической обработкой полученных данных. В основной группе установлено, что 47,8 % на момент обследования имели отставание и по росту и по массе тела, аналогичный показатель в контрольной группе составил 6,7 % ($P < 0,05$). При объективном обследовании пациентов основной группы выявлен постоянный систолический шум с максимальным звучанием в третьем-четвертом межреберье слева у грудины. У детей и подростков 9–16 лет отмечались такие жалобы, как боли в области сердца и одышка при физической нагрузке, у 2-х детей основной группы регистрировались редкие синкопальные состояния. Нами проанализированы электрокардиографические данные пациентов обеих групп. Выявлено, что у 15 детей основной группы (65,2 %) регистрировались различные изменения, в том числе миграция водителя ритма у 4 пациентов (17,4 %), суправентрикулярные экстрасистолы — у 2 пациента (8,7 %), неполная атриовентрикулярная блокада 1 степени — у 1 пациента (4,4 %), синдром Вольфа — Паркинсона — Уайта — у 1 пациента (4,4 %), синдром укорочения интервала PQ (синдром Клерка — Леви-Кристеско) — у 2 пациентов (8,7 %), нарушения процессов реполяризации в виде снижения зубца T и депрессии сегмента ST — у 5 пациентов (21,7 %). В контрольной группе изменения на электрокардиограмме не зарегистрированы. Учитывая возможное развитие миокардиальной ишемии при данной патологии, пяти пациентам 9–16 лет проведено нагрузочное велоэргометрическое обследование. Отмечено снижение толерантности к физической нагрузке у 4 пациентов (80 %) и ухудшение процессов реполяризации на пике нагрузки в виде субэндокардиальной ишемии. При анализе эхокардиографии у всех пациентов основной группы было выявлено впадение КСФ в легочную артерию. Необходимо отметить, что у 13 пациентов (56,5 %) первоначально при эхокардиографическом исследова-

нии был выставлен диагноз: ВПС — открытый артериальный проток, и только в ходе дальнейшего наблюдения установлен правильный диагноз. У 21 (91,3 %) пациента фистула являлась гемодинамически незначимой (диаметром не более 2 мм, без признаков ишемии и сердечной недостаточности), у 2 — проведена оперативная коррекция КЛФ в связи с гемодинамическими нарушениями в виде миокардиальной ишемии и желудочковых нарушений ритма. Помимо этого у 20 пациентов (87 %) данной группы лоцировались аномальные хорды левого желудочка, у 9 пациентов (39,1 %) — функционирующее овальное окно, у 5 пациентов (21,7 %) — пролапс митрального клапана, у 2 пациентов (8,7 %) — удлиненная Евстахиева заслонка, у 1 пациента (4,4 %) — двухстворчатый аортальный клапан без нарушения гемодинамики. В ходе эхокардиографического исследования не выявлено статистически значимых отличий в показателях внутрисердечной гемодинамики у детей основной и контрольных групп, однако, необходимо отметить, что показатели левых отделов сердца у пациентов основной группы имели склонность к максимальной границе нормы (согласно центильным таблицам).

Заключение

Таким образом, несмотря на достаточно редкую встречаемость коронарных легочных фистул, тема является актуальной, т. к. во-первых, КЛФ чаще всего сопровождается миокардиальной ишемией в виде синдрома «обкрадывания» уже в молодом возрасте, во-вторых, из-за скудной клинической картины коронаро-легочная фистула нередко представляет сложность в ранней постановке диагноза. Учитывая данные нашего исследования можно сказать, что у детей с коронаро-легочной фистулой имеются отягощенный семейный и неонатальный анамнез, у некоторых детей отмечается задержка физического развития, характерна особая локализация систоло-диастолического шума, изменения при электрокардиографическом обследовании и велоэргометрии. Дети с КЛФ нуждаются в постоянном динамическом наблюдении, а при необходимости хирургическом и/или медикаментозном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Vavuranakis M.* Coronary artery fistulas in adults: incidence, angiographic characteristics, natural history. *Cathet Cardiovasc Diagn / M. Vavuranakis, C. Bush, H. Boudoulas.* — 1995. — Vol. 35(2): — P. 116–120.
2. *Белоконь, Н. А.* Врожденные пороки сердца / Н. А. Белоконь, В. П. Подзолков. — М.: Медицина, 1991. — 352 с.
3. *Krause, W.* Uber den ursprungeineraccessorischna.coronariaeaus der a. pulmonalis / W. Krause // *Z. RatlMed.* — 1865. — Vol. 24. — P. 1235–1242.
4. *Бураковский, В. И.* Сердечно-сосудистая хирургия / В.И. Бураковский, Л. А. Бокерия. — М.: 2002. — С. 358–362.
5. *Белозеров, Ю. М.* Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. — 600 с.

УДК 614.23/.25+26]:312

ОБРАЗ ВЕРУЮЩЕГО ВРАЧА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Шрэйтэр Д. В., Ховрина Ю. А.

Научный руководитель: ассистент Я. А. Кутенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В современном мире существует 2 типа врачей: верующий врач и врач-атеист. Каждый из них выполняет одно и то же дело — лечение людей. Если говорить о верующем враче, то он относится к своей профессии с духовно чистыми и добрыми помыслами, состраданием и желанием помочь пациенту.

В отличие от неверующих врачей, которые базируются на материалистической основе, религиозный врач подходит к лечению болезни через призму трех составляющих человека: дух, душа и тело.