

свойств грунтов на территории Республики Беларусь критические зоны по радону могут находиться на северо-востоке Могилевской области, на всей территории Витебской области, на части территории Гродненской и Минской областей и г. Минска.

По косвенным показателям радона в почвах и грунтах можно выделить критичные радоноопасные территории, на которых необходимо провести стандартные исследования по радону с измерениями объемной активности инструментальными методами.

Статистическая обработка результатов исследований обнаружила устойчивую связь с высоким коэффициентом корреляции между объемной активностью радона в помещениях зданий и произведением относительных значений концентрации урана в почве, дочерно-большой мощностью экспозиционной дозы и проницаемостью почвы. По Гомельской области коэффициент корреляции составляет величину 0,83, по Могилевской — 0,76.

Выводы

При исследованиях, связанных с оценкой содержания радона в помещениях зданий, можно использовать косвенные показатели наличия радона в почвах и грунтах для уменьшения масштабов исследований без существенной потери в точности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радон и рак: информационный бюллетень № 291 // Всемирная организация здравоохранения. — М., 2005. — 4 с.
2. *Clavensjo, B.* The Radon Book. Measures against Radon / B. Clavensjo, C. G. Akerbloom. — Stockholm: SSM, 1994. — 129 с.
3. Отчет о НИР (закл.) / Научн.-иссл. ин-т промышленной и морской медицины; рук. Э. М. Крисяк. — СПб., 1992. — 205 с.

УДК 616.12-073.7

СЛОЖНОСТИ В ЭКГ ДИАГНОСТИКЕ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С АВ-ПРОВОДИМОСТЬЮ 1:1 (клинический случай)

Матюшенко Е. А.

Научный руководитель: ассистент Е. Н. Дударева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Трепетание предсердий — обусловленная механизмом re-entry предсердная тахикардия с частым (240–320 в минуту) правильным ритмом предсердий. Чаще протекает в виде пароксизмов. В связи с большой частотой предсердных сокращений, обычно возникает неполная блокада АВ-проводимости (чаще 2:1–4:1), что обеспечивает более редкий желудочковый ритм. Но так же встречается и такая очень редкая форма как трепетание предсердий с АВ-проводимостью 1:1. При данной форме каждой волне F соответствует желудочковый комплекс. Часто на фоне данного нарушения ритма возникает желудочковая абберрация (функциональная блокада ножек пучка Гиса) с уширенным и деформированным комплексом QRS, вследствие чего отличить ее от желудочковой тахикардии очень сложно.

Трепетание предсердий чаще всего возникает после оперативных вмешательств на сердце, у пациентов страдающих пороками митрального клапана, кардиосклерозом, кардиомиопатией, ХОБЛ и тиреотоксикозом. Традиционные методы диагностики: электрокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, электрофизиологическое исследование. Лечение включает медикаментозную и электрическую кардиоверсию, электрокардиостимуляцию и катетерную абляцию. Осложнениями, а также причинами смерти, могут быть: сердечная недостаточность, реже тромбоэмболические осложнения.

Материалы и методы исследования

В Гомельском областном клиническом кардиологическом центре с 10.02.2014 по 18.02.2014 гг. на стационарном лечении находился пациент Г. 53 года, поступивший с жалобами на периодические приступы сердцебиения на фоне физической нагрузки.

Результаты исследования и обсуждение

Пациент Г. считает себя больным с 2003 г., когда впервые возник пароксизм трепетания предсердий после значительного употребления алкоголя. Синусовый ритм был восстановлен медикаментозно. 16.01.2014 г. с приступом сердцебиения обратился в приемное отделение ГКБ №1. Была снята электрокардиограмма (рисунок 1). В ходе интерпретации ЭКГ, тахиаритмию с широкими комплексами QRS расценили как пароксизм желудочковой тахикардии. Ритм был восстановлен медикаментозно. Пациент был направлен в ГОККЦ для проведения коронароангиографии для постановки кардиовертера-дефибриллятора. В анамнезе: длительное злоупотребление алкоголем. Из хронических заболеваний: артериальная гипертензия 2 степени риск 2. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, телосложение правильное, кожные покровы и видимые слизистые без изменений, лимфоузлы не увеличены, t тела $36,6^{\circ}\text{C}$, вес 78 кг, рост 170 см, ИМТ 27,0. Границы сердца расширены влево. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧД 18 в мин., ЧСС 62 в мин., АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. Клинико-лабораторные данные: без изменений.

Консультация кардиохирурга-аритмолога: на ЭКГ от 16.01.2014 (рисунок 1). Трепетание предсердий с АВ-проводимостью 1:1. ЧСС = 300 в мин. Показаний для постановки кардиовертера-дефибриллятора нет.

УЗИ сердца: дилатация корня аорты, левого предсердия, правого желудочка, левого желудочка. Недостаточность митрального клапана 2 степени.

Коронароангиография: без особенностей.

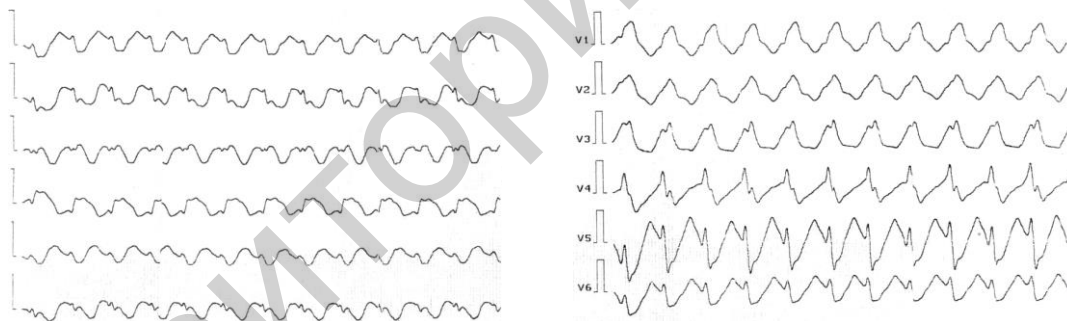


Рисунок 1 — ЭКГ от 16.01.2014

Выводы

Данный случай представляет интерес в связи с редкостью данного нарушения ритма и сложностью дифференциальной диагностики его с пароксизмом желудочковой тахикардии и, следовательно, разным подходом к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардашев, А. В. Трепетание предсердий / А. В. Ардашев. — М.: Медпрактика-М, 2012.
2. Орлов, В. Н. Руководство по электрокардиографии / В. Н. Орлов. — М.: МИА, 2007. — 430 с.

УДК 618.146-006.6-084-07

СВЯЗЬ ВПЧ ВКР С ОНКОМАРКЕРАМИ AFP, CEA, CA 125, CA 19-9 В РАЗВИТИИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ДОБРУШСКОГО РАЙОНА

Мигай О. В.

Научный руководитель: *А. Н. Волченко*