

Наличие парезов или параличей нижней конечности и нарушение функции тазовых органов могут указывать на значительную компрессию спинномозгового корешка либо радикулоишемию. Нами учитывались все виды таких расстройств.

Основные проявления нарушений локомоторной функции представлены на рисунке 1.

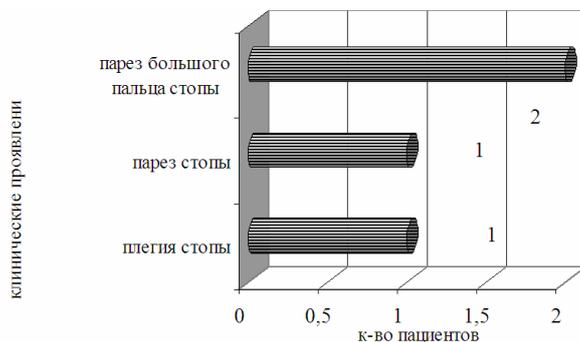


Рисунок 1 — Клинические проявления двигательных нарушений в группе со стенозом позвоночного канала

По данным рисунка, в данной группе пациентов двигательный дефицит отмечался в 11,4 % случаев.

В данной группе отмечен один случай нарушения функции тазовых органов (2,9 %).

Выводы

1. Локальные боли в поясничном отделе позвоночника при дистрофическом стенозе до операции чаще беспокоили пациентов в срок до 6 мес. (45,7 %), а длительность корешковых болей превалировала с сроке до 3 мес. (42,9 %).

2. Двигательный дефицит у этой группы отмечался у 11,4 % пациентов, а нарушения функции тазовых органов в 2,9 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль в спине / Р. Г. Есин [и др.]: под общ. ред. Р. Г. Есина. — Казань: Казанский полиграфкомбинат, 2010. — 272 с.
2. Хабиров, Ф. А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров. — Казань, 2002. — 427 с.

УДК 616.126.3-053.7

ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Концевенко Е. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. В. Николаева*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пролапс митрального клапана (ПМК) является одним из наиболее частых и клинически значимых малых аномалий развития сердца (МАРС). В зависимости от методов исследования и критериев диагностики в общей популяции первичный ПМК выявляется в 3–17 % случаев, причем у детей и подростков частота выявления существенно выше, чем во взрослой популяции [1, 2]. У лиц с ПМК по результатам многих исследователей установлена повышенная частота развития серьезных осложнений: внезапная смерть, жизненно опасные нарушения ритма, бактериальный эндокардит, инсульт, тяжелая недостаточность митрального клапана. Их частота невелика до 5 %, однако, учитывая, что эти пациенты работоспособного, молодого и детородного возраста, проблема выделения среди огромного числа лиц с ПМК подгруппы больных с повышенным риском развития осложнений становится крайне актуальной [3].

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящей работы.

Цель

Оценить особенности морфофункциональных изменений при ПМК у лиц молодого возраста.

Материал и методы исследования

Для выполнения настоящей работы отбор, обследование пациентов проводили на базе отделений кардиологии и функциональной диагностики УЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Гомеля, а также на клинической базе кафедры внутренних болезней № 2 с курсом эндокринологии УО «Гомельский государственный медицинский университет».

В исследование были включены 100 молодых человека в возрасте от 17 лет до 28 лет.

Изучение состояния сердца включало проведение всем обследуемым пациентам трансторакальной ЭХО-КГ с использованием ультразвукового сканера. Диагноз ПМК ставился при наличии систолического провисания створок митрального клапана при исследовании из парастернального доступа по длинной оси и (или) из апикального доступа по длинной или короткой осям ниже уровня клапанного кольца на 3 мм и более в момент максимального пролабирования. Диагноз добавочная хорда левого желудочка (ДХЛЖ) ставился при наличии линейного эхопозитивного образования, соединяющего свободные стенки левого желудочка (ЛЖ) между собой или с межжелудочковой перегородкой (МЖП). Диагноз открытое овальное окно (ООО) устанавливался при регистрации перерыва эхо — сигнала в центральной части межпредсердной перегородки (МПП) и регистрации турбулентного потока на уровне МПП при доплеркардиографии. Аневризматически измененная и выбухающая в полость предсердий МПП визуализировалась в парастернальной проекции. Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ проводили однократно при помощи трехканальных регистраторов по методу EASI. Велоэргометрия проводилась всем пациентам по методике ступенеобразно непрерывно возрастающих нагрузок до достижения общепризнанных критериев прекращения пробы. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на основе пакета программ «Statistica» 6.1. Достоверность различий была принята при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Все пациенты на основании нозологической формы основного заболевания были разделены на группы в зависимости от степени ПМК и наличия и (или) отсутствия митральной регургитации (МР) и сопутствующей МАРС.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования все пациенты были поделены на 3 группы: ПМК I степени без регургитации 9 (9 %) средний возраст $23,3 \pm 1,4$ лет; ПМК I степени с регургитацией 1 степени 90 (90 %) средний возраст $22,1 \pm 2,3$ лет; ПМК I степени с регургитацией 2 степени 1 (1 %) средний возраст 25 лет.

Среди обследованных пациентов было выявлено сочетание ПМК с ДХЛЖ, с ООО и аневризмой МПП, доля таких пациентов составила 35 % (35 из 100 человек). В структуре МАРС доминировало сочетание ПМК с ДХЛЖ из них: 1 (11,1 % от 9) у пациентов с ПМК I степени без регургитации и 31 (34,4 % от 90) с ПМК I степени с регургитацией 1 степени. Сочетание ПМК с ООО и аневризмой МПП встречались гораздо реже и составили: 1 (1,1 % от 90) и 2 (2,2 % от 90) среди пациентов с ПМК I степени с регургитацией 1 степени соответственно.

Несмотря на то, что у пациентов с МАРС нередко нарушения ритма и проводимости носили клинически не значимый характер, частота их выявления была достоверно выше у пациентов с ПМК I степени с регургитацией 1 степени ($p < 0,05$) (таблица 1).

В ходе велоэргометрического обследования всех пациентов ($n = 100$), установлено, что проба была прекращена по достижению субмаксимальной ЧСС. У 4 (44,4 %) пациентов в подгруппе ПМК I без регургитации и 50 (55,6 %) пациентов с ПМК I степени с регургитацией 1 степени была установлена физиологическая реакция на нагрузку. У 5 (55,6 %) пациентов в подгруппе ПМК I без регургитации и 40 (44,4 %) пациентов с ПМК I степени с регургитацией 1 степени выявлена гипертензивная реакция.

Таблица 1 — Нарушения ритма и проводимости у пациентов с ПМК

Показатель	ПМК I степени без регургитации	ПМК I степени с регургитацией I степени	ПМК I степени с регургитацией 2 степени
Эпизоды синусовой тахикардии	6 (66,7 %)	81 (90 %)	0
Эпизоды синусовой брадикардии	6 (66,7 %)	79 (87,8 %)	0
Эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям	0	10 (11,1 %)	0
Желудочковая экстрасистолия	4 (44,4 %)	42 (46,7 %)	0
Наджелудочковая экстрасистолия	5 (55,6 %)	49 (54,4 %)	1 (100 %)
Неполная блокада правой ножки пучка Гисса	4 (44,4 %)	11 (12,2 %)	0
Феномен WPW	0	4 (4,4 %)	0

Высокая толерантность к физической нагрузке (ТФН) по данным велоэргометрии выявлена у 46 % (46 из 100), средняя ТФН у 40 % (40 из 100), низкая ТФН у 14 % (14 из 100).

Выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что при наличии у молодых людей ПМК и, особенно, в сочетании с МАРС, имеется склонность к нарушениям ритма сердца и проводимости, изменениям физической работоспособности и ТФН, обусловленные как неадекватностью гемодинамического обеспечения, так и вегетативной дисрегуляцией сердечной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ягода, А. В. Малые аномалии сердца / А. В. Ягода, Н. Н. Гладких. — Ставрополь, 2005. — 248 с.
2. Mitral valve prolapse in the general population. I. Epidemiologic features: the Framingham Study / D. D. Savage [et al.] // Am. Heart J. — 1983. — Vol. 106. — P. 571–576.
3. Степура, О. Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.06 / О. Б. Степура; МГМСУ им. Н. А. Семашко. — М., 1995. — 48 с.

УДК 612.014.464:796

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА К НЕДОСТАТКУ КИСЛОРОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБ ШТАНГЕ, ГЕНЧЕ

Конюшенко И. С., Конюшенко А. В., Малявко А. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент Г. В. Новик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дыхание — единый процесс, осуществляемый целостным организмом. Процесс дыхания состоит из трех неразрывных звеньев:

- а) внешнего дыхания или газообмена между внешней средой и кровью легочных капилляров, происходящего в легких;
- б) переноса газов, осуществляемого системами кровообращения и крови;
- в) внутреннего (тканевого) дыхания, т. е. газообмена между кровью и клеткой, в процессе которого клетки потребляют кислород и выделяют углекислоту [1].

Работоспособность человека определяется в основном тем, какое количество кислорода поступило из наружного воздуха в кровь легочных капилляров и доставлено в ткани и клетки организма. Эти процессы осуществляются сердечно-сосудистой системой и системой органов дыхания.

Некоторые изменения функции внешнего дыхания, механизмы адаптации к воздействию каких-либо факторов могут выявляться лишь при использовании специальных проб или нагрузок, которые получили название «функциональные легочные пробы». С их помощью можно выявить скрытые формы сердечно-легочной недостаточности, не выявляемые при обычных исследованиях [2].