

лой атлетики и гимнастики, легкой атлетики и гиревого спорта, бодибилдинга и пилатеса, гребли и программы общефизической подготовки. Кроссфит-тренировки — это смесь программ по ОФП и спецподготовки. Все упражнения выполняются в круговом режиме, интенсивность постоянно варьируется в зависимости от целей.

Кросстренинг — буквально означает — пересечение видов и стилей тренировки. На сегодня этот тренинг используется бойцами спецподразделений, в боевых искусствах, а также обычными людьми.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Фитзингер, П.* Бег по шоссе для серьезных бегунов. Дистанции от 5 км до марафона / П. Фитзингер, С. Дуглас. — М.: Тулома, 2007. — 192 с.
2. Манько, Ю. В. История спорта / Ю. В. Манько. — М.: ВДВДКИФК, 2005. — 325 с.

УДК 616.12-005.4:616.125:305

### ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Лапушкова И. В.*

Научный руководитель: ассистент *С. Г. Сейфидинова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Факторами риска развития пароксизмальной формы ФП являются сердечно-сосудистые и внесердечные, среди которых наиболее часто встречаются ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и гипертироз, сахарный диабет (СД), соответственно [1]. Кроме того, систолическая или диастолическая дисфункция сердца любой этиологии предрасполагают к ФП, вероятно, через объемную перегрузку или перегрузку давлением [2]. Известна различная частота встречаемости у мужчин и женщин многих сопутствующих заболеваний и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе фибрилляции предсердий [1, 2].

#### **Цель**

Определить гендерные особенности факторов риска при пароксизмальной форме ФП у пациентов с ИБС.

#### **Материалы и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 67 историй болезни пациентов с ИБС и нарушением ритма — пароксизмальной ФП, находившихся на лечении в Гомельском областном кардиологическом центре. Среди них определены 2 группы: в 1-ю включены 37 мужчин; во 2-ю — 30 женщин. Средний возраст пациентов не отличался ( $p > 0,05$ ) и составил в 1 и 2 группах  $64,38 \pm 8,33$  лет и  $64,87 \pm 7,95$  лет, соответственно. Критерии исключения: острая коронарная недостаточность (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), хроническая сердечная недостаточность выше I стадии согласно классификации Василенко–Стражеско, заболевания органов дыхания с дыхательной недостаточностью, клапанные гемодинамически значимые пороки сердца. Диагноз ИБС устанавливался на основании клинических, лабораторных и инструментальных (нагрузочные пробы, коронароангиография) исследований. Пароксизмы ФП регистрировались на основании рутинного электрокардиографического (ЭКГ) исследования и суточного мониторирования ЭКГ (СМ-ЭКГ). Оценивались факторы риска ФП: частота АГ и СД, индекс массы тела (ИМТ), уровень ли-

пидного спектра, передне-задний размер левого предсердия (ЛП), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и изменения щитовидной железы по данным ультразвукового исследования (УЗИ щ. ж.). Анализ полученных данных проводился при помощи пакета статистических программ «Statistica» 6.0 с использованием непараметрических критериев.

### **Результаты и обсуждение**

Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Общая характеристика исследуемых групп

Критерии		1 группа, n = 37	2 группа, n = 30	p
АГ, %		81,1 (30/37)	66,7 (20/30)	0,18
СД, %		24,3 (9/37)	30 (9/30)	0,6
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>		28,0 (27,0–32,0)	30,0 (29,0–33,0)	0,01
Липидный спектр	О.ХС	5,4 (4,96–6,3)	5,84 (4,9–6,78)	0,29
	ЛПВП	1,2 (1,05–1,44)	1,3 (1,06–1,54)	0,42
	ЛПНП	3,43 (2,84–4,32)	3,47 (3,09–4,08)	0,9
	КА	3,4 (2,7–4,5)	3,65 (2,7–4,65)	0,54
ЛП, мм		44,0 (42,0–47,0)	42,0 (40,0–44,5)	0,038
ФВ ЛЖ, %		66,0 (61,0–72,0)	66,0 (62,5–74,5)	0,47
Узловой зоб (УЗИ щ. ж.), %		13,5 (5/37)	43,3 (13/30)	0,006

*Примечание:* О.ХС — общий холестерин; ЛПВП/ЛПНП — липопротеины высокой/низкой плотностей; КА — коэффициент атерогенности.

На основании вышеизложенных данных определены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) превышения значений ИМТ, размеров ЛП и частоты узлового зоба у женщин. Это может свидетельствовать о значимой роли избытка массы тела, диастолической дисфункции и дисгормональных состояний в появлении ФП у женщин с ИБС.

### **Выводы**

1. Отличительными факторами риска у женщин страдающих пароксизмами ФП являлись ожирение, дилатация ЛП и патология щитовидной железы.

2. У мужчин и женщин частота встречаемости АГ, СД, показатели липидного спектра и глобальная систолическая функция ЛЖ (ФВ ЛЖ) не отличались.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Александрова, Л. Н. Особенности возникновения и течения фибрилляции предсердий у пациентов различного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30 / Л. Н. Александрова. — СПб., 2012. — 27 с.
2. Кушаковский, М. С. Аритмии сердца / М. С. Кушаковский. — СПб.: Гиппократ, 1992. — 544 с.

**УДК 616.145.154–005.6–089.168**

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ**

*Ларионова О.В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Нарушение кровообращения в сосудах сетчатки — одна из тяжелых форм патологии органа зрения, которая приводит к быстрой и часто необратимой потере зрительных функций и является одной из основных причин слепоты [1]. Тромбоз ретинальных вен занимает около 60 % среди острой сосудистой патологии органа зрения и стоит на втором месте после диабетической ретинопатии по тяжести поражения сетчатки и прогно-