

*Михалюк Ю. В., Кандратьева О. В.*

Научные руководители: к.м.н., ассистент *А. Б. Деменцов*, к.м.н., ассистент *С. Н. Сердюченко*

Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь

### **Введение**

При тяжелых формах болезни Пертеса уже на ранних стадиях часто возникает подвывих бедра. Показателями, наглядно характеризующими степень костного покрытия головки бедра вертлужной впадиной является угол Виберга (УВ) и индекс «впадина-головка» (ИВГ). Хотя болезнь Пертеса описана более века назад, единых подходов к ее лечению до сих пор нет. Существуют как консервативные, так и оперативные методы ее лечения.

### **Цель**

Продемонстрировать преимущество тройной остеотомии таза (ТОТ) перед консервативным методом лечения при тяжелых формах болезни Пертеса.

### **Материал и методы исследования**

С целью восстановления анатомии тазобедренного сустава на базе детского отделения РНПЦ ТО у 51 пациента выполнено 53 ТОТ. Эти пациенты составили группу оперированных больных. Их сравнили с 20 пациентами с неблагоприятными признаками течения болезни, которым оперативное вмешательство по различным причинам не было осуществлено. Они составили контрольную группу. Группы по основным параметрам статистически сравнимы.

### **Результаты исследования**

На момент начала лечения среднее значение УВ в 1-й группе было  $5,1 \pm 7,05$  и было значительно меньше (Mann-Whitney U-тест,  $p = 0$ ), чем во 2-й группе  $17,1 \pm 7,67$ . Среднее значение УВ в 1-й группе через 3 года после ТОТ составило  $36,6 \pm 6,83$  и произошло ухудшение его величины во 2-й группе до  $13,2 \pm 8,5$  (Mann-Whitney U-тест,  $p = 0$ ). Среднее значение ИВГ до начала лечения в 1-й группе было  $66,1 \pm 8,12$  % и было больше во 2-й группе  $78 \pm 10,31$  % (Mann-Whitney U-тест,  $p = 0,00004$ ). Но через 3 года после лечения в 1-й группе среднее значение ИВГ было значительно лучше (Mann-Whitney U-тест,  $p = 0$ ), чем во 2-й группе:  $98,9 \pm 8,3$  % и  $73,5 \pm 5,7$  % соответственно.

### **Выводы**

Применение ТОТ при тяжелых формах болезни Пертеса приводит к значительному улучшению степени костного покрытия, проявлением которого будет улучшение УВ и ИВГ, чего не наблюдается при консервативном лечении.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Барсуков, Д. Б. Ортопедо-хирургическое лечение детей с болезнью Легг-Кальве-Пертеса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 / Д. Б. Барсуков. — СПб., 2003. — 28 с.
2. Герасименко, М. А. Постреконструктивно-ремоделирование тазобедренного сустава у детей с асептическим некрозом головки бедра и болезнью Легга-Кальве-Пертеса / М. А. Герасименко, А. В. Белецкий // Медицинские новости. — 2004. — № 3. — С. 40–42.
3. Bryant, M. A statistical analysis of hip scores / M. Bryant, W. Kernohan, J. Nixon // J. Bone Joint Surg. [Br]. — 1993. — № 75. — P. 705–709.
4. Catterall, A. The natural history of Perthes' disease / A. Catterall // J. Bone Joint Surg. [Br]. — 1971. — № 53. — P. 37–53.
5. Dickens, D. The assessment of the prognosis of Perthes' disease / D. Dickens, M. Menelaus // J. Bone Joint Surg. [Br]. — 1978. — № 60. — P. 189–194.

УДК 611.12+616.12]:796

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО  
И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО «СПОРТИВНОГО СЕРДЦА»**

*Михасев А. М., Лысенко В. Н.*

**Научный руководитель: заведующий кафедрой А. Л. Калинин**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Термин «спортивное сердце» ввел в медицину немецкий ученый Хеншен. Он называл спортивным сердцем физиологическое увеличение сердца, развивающееся вследствие занятий спортом.

В основе современной спортивной кардиологии лежит четко сформулированная крупнейшим советским кардиологом Г. Ф. Лангом в 1936 г. концепция о существовании как физиологического, так и патологического спортивного сердца, или, как он говорил, спортивного аппарата кровообращения. Г. Ф. Ланг писал, что всякое усиление функции аппарата кровообращения при «спортивном сердце» определяется, конечно, работоспособностью не только сердца, но и сосудов, и в особенности нейрогуморального аппарата, регулирующего кровообращение.

Так частота сердечных сокращений (ЧСС) до 25 уд./мин (норма для обычного человека около 70 уд./мин) или паузы синусового ритма более двух секунд могут быть частой находкой при проведении 24-часового холтеровского ЭКГ-мониторирования у спортсменов высокой квалификации. Также АВ-блокада 2 степени (Мобитц 1) нередко наблюдается у спортсменов, а одиночные мономорфные желудочковые экстрасистолы могут встречаться приблизительно у 40 % спортсменов.

Спортсмены с брадикардией без структурных аномалий сердца и адекватным приростом ЧСС при физической нагрузке могут быть допущены к занятиям любыми видами спорта. Необходимо периодическое обследование для динамической оценки влияния физической нагрузки на степень выраженности брадикардии.

### ***Цель***

Провести сравнительный анализ физиологического и патологического «спортивного сердца»; определить границу между ними.

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

Для проведения сравнительного анализа физиологического и патологического «спортивного сердца» была собрана и обобщена информация по основным показателям, характеризующим состояние сердечной мышцы спортсменов на основе данных УЗ «ГОДСМ» за период. Данные получены с использованием методов ЭКГ и эхокардиографии.

### ***Результаты исследования и их обсуждения***

По данным исследований, проведенном среди более чем 500 спортсменов, те или иные изменения ЭКГ, обнаружены практически у 80 %. В свою очередь ЭКГ аномалии спортсменов делятся на 2 группы:

— 1-я группа (характерные для физиологического «спортивного сердца»): синусовая брадикардия, первая степень АВ блокады, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, ранняя реполяризация.

— 2-я группа (характерные для патологического «спортивного сердца»): инверсия Т-волны, депрессия ST-сегмента, патологическая Q-волна, увеличение левого предсердия, отклонение электрической оси, гемиблокады, экстрасистолия, полная или частичная блокада левой ножки пучка Гиса, удлиненный или укороченный QT-интервал.

Особенности, отличающие синдром спортивного сердца от кардиомиопатии представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Особенности, отличающие синдром спортивного сердца от кардиомиопатии

Показатель	Спортивное сердце	Кардиомиопатия
Гипертрофия ЛЖ*	< 13 мм	> 15мм
Конечный диастолический диаметр ЛЖ	< 60мм	> 70мм
Гипертрофия перегородки	Симметричная	Асимметричная (при гипертрофической кардиомиопатии)
Семейный анамнез	Не отягощен	Может быть отягощен
Реакция АД на нагрузку	Нормальная	Нормальная или сниженный ответ систолического АД
Ухудшение физического состояния	Регрессия гипертрофии ЛЖ	Гипертрофия ЛЖ не регрессирует

### **Вывод**

1. В ходе работы были определены ЭКГ критерии для определения патологического «спортивного сердца».
2. Для более достоверных результатов необходимо провести исследование с большей выборкой.
3. Пациенты с патологическим «спортивным сердцем» требуют дополнительных методов исследования, а так же ограничения физической нагрузки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Ройтберг, Г. Е.* Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М.: Бином, 1999. — С. 100–622.
2. *Гаврилова Е. А.* Спортивное сердце. Стрессорная кардиомиопатия / Е. А. Гаврилова. — М.: Советский спорт-2007. — № 1. — 198 с.

**УДК 616.1/4**

## **СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРОМ «МЕКСИКОР» И ТРАДИЦИОННОЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

*Михин В. П., Коробова В. Н.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. П. Михин**  
**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

В последние годы большой интерес вызывает перспектива использования кардиопротекторных препаратов при острой ишемии миокарда. Они позволяют улучшить переносимость ишемии кардиомиоцитами и ускорить восстановление физиологической активности поврежденного миокарда.

### **Цель**

Изучение состояния внутрисердечной гемодинамики у больных острым инфарктом миокарда на фоне лечения цитопротектором «Мексикор» и традиционной антиангинальной терапии, а так же оценка клинической эффективности данного цитопротектора.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование включало 2 группы больных по 25 человек (исследуемая и контроль), страдающих острым инфарктом миокарда, на фоне лечения цитопротектором «Мексикор» в составе комплексной терапии. Под наблюдением находились больные в возрасте 40–70 лет (в среднем  $54,3 \pm 2$  года), проходивших лечение в кардиологическом отделении и отделении реанимации и интенсивной терапии муниципального учреждения здраво-