

ческой ситуации препаратом резерва. Из других антибиотиков хорошо себя зарекомендовали защищенные пенициллины (пиперациллин/тазобактам). В отношении грамположительной флоры самыми эффективными за период исследования оказались линезолид и ванкомицин.

Таким образом, в ходе анализа антибиотикорезистентности выявлена закономерность к стабильному росту числа устойчивых штаммов. Это говорит о мутации микроорганизмов и адаптации их к действию данных лекарственных средств. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация требует создания системы инфекционного контроля с целью предотвращения неоправданно широкого и необоснованного назначения антибактериальных препаратов в отделениях ОИТР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы инфекционного контроля: практ. руководство / Американский международный союз здравоохранения. — пер. с англ. — 2-е изд. — М.: Альпина Паблишер, 2003. — 478 с.

2. *Илюкевич, Г. В.* Антибиотикорезистентность госпитальных штаммов синегнойной палочки и оптимизация выбора антимикробной терапии в отделениях интенсивной терапии и реанимации / Г. В. Илюкевич, В. М. Смирнов, Н. Н. Левшина // Медицинские новости. — 2003. — № 3.

УДК 616.125-008.313.2/3

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НАЗНАЧЕНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Романькова А. С., Авласенко О. С.

Научный руководитель: ассистент *О. И. Моисеенко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением ритма сердца, с которым встречаются терапевты в своей повседневной практике. Ее частота в общей популяции составляет 1–2 %. В США насчитывается более 3 млн пациентов с ФП, в странах Западной Европы — более 4,5 млн человек [1]. В ближайшие 50 лет ожидается увеличение числа пациентов с ФП в 2,5 раза в связи со старением населения. Причинами развития ФП являются: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), поражение клапанов сердца, врожденные пороки сердца, кардиомиопатии, нарушение функции щитовидной железы, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), синдром ночного апноэ, ожирение, хроническая болезнь почек (ХБП) [2]. У большинства пациентов ФП неуклонно прогрессирует в персистирующую или постоянную форму, что сопряжено с эволюцией основного заболевания [3]. ФП может приводить к тяжелым осложнениям, таким как: острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии, застойная сердечная недостаточность. Удержание синусового ритма или контроль частоты сердечных сокращений являются одним из направлений в лечении пациентов с ФП. Своевременная диагностика и адекватно подобранная антиаритмическая терапия позволяют избежать тяжелых осложнений вызываемых ФП.

Цель

Провести анализ причин возникновения ФП и выяснить наиболее часто применяемые препараты для ее лечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ данных 80 медицинских карт амбулаторных пациентов форма № 025/у из пяти поликлиник г. Гомеля. В исследование были включены пациенты с ФП в возрасте от 35 до 83 лет. 47,5 % пациентов составляли мужчины, 52,5 % — женщины. Средний возраст мужчин составил 66 ± 10 лет, женщин — $69,9 \pm 7,25$ лет. По форме ФП структура пациентов составила: пароксизмальная форма — 70 %, персистирующая форма — 8,8 %, постоянная форма — 21,2 %.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были изучены причины развития ФП. Наиболее часто среди причин встречался диагноз ИБС — 86,2 % пациентов, причем у 55 % пациентов из них проявлениями ИБС были стабильная стенокардия напряжения и постинфарктный кардиосклероз. В остальных случаях диагноз звучал как «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз». Среди других причин возникновения ФП наблюдались: хроническая ревматическая болезнь сердца — 6,2 % пациентов, дисметаболическая миокардиодистрофия — 5 % пациентов, дилатационная кардиомиопатия наблюдалась — 1,2 % пациентов, малая аномалия развития сердца — 1,2 % пациентов. Кроме этого, у проанализированных пациентов, встречались следующие заболевания, которые также могли привести к развитию ФП: большинство пациентов страдали АГ — 73,7 %; сахарный диабет и хроническая болезнь почек наблюдались у одинакового количества пациентов — по 13,7 % соответственно; ожирение — в 11,2 % случаев; заболевания легких (ХОБЛ, бронхиальная астма) — в 8,7 % случаев. Пациенты с нарушением функции щитовидной железы (гипотиреоз, гипертиреоз) на фоне аутоиммунного тиреоидита и узлового зоба составляли 6,2 %.

Также нами был проведен анализ назначения антиаритмических препаратов пациентам с ФП. Для восстановления ритма при пароксизмальной и перистирующей формами ФП (n = 63) в большинстве случаев применялся амиодарон — 84,1 % пациентов, этацизин получали 6,3 % пациентов, соталол — 1,6 % пациентов, пропafenон — 1,6 % пациентов, ЭИТ была проведена у 1,6 % пациентов, неизвестно — 4,8 % пациентов. Для профилактики пароксизмов ФП амиодарон был назначен 60,3 % пациентам, причем половина из них получала комбинацию амиодарона с бета-блокаторами. Насыщающая доза амиодарона, рекомендованная Национальными рекомендациями, была назначена только каждому третьему пациенту [4]. Этацизин получали 15,9 % пациентов, соталол — 14,3 % пациентов, пропafenон — 6,3 % пациентов, бета-блокаторы — 3,2 % пациентов.

Пациенты с постоянной формой ФП (n = 17) для контроля ЧСС наиболее часто принимали бета-блокаторы — 64,7 %, комбинацию сердечных гликозидов с бета-блокатором — 23,5 %, комбинация амиодарона с бета-блокаторами была назначена 5,9 % пациентов, сердечные гликозиды — 5,9 % пациентов.

Выводы

1. Наиболее частыми причинами развития фибрилляции предсердий являлись: ИБС с проявлениями постинфарктного кардиосклероза или стенокардии напряжения; артериальная гипертензия.

2. Для купирования пароксизма фибрилляции предсердий и для поддержания синусового ритма наиболее часто применялся амиодарон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study / A. S. Go [et al.] // JAMA. — 2001. — Vol. 285. — P. 2370–2375.
2. Фибрилляция предсердий: учебно-методическое пособие / А. М. Пристром [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2011. — С. 59.
3. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: рекомендации РКО / ВНОА / АССХ / В. А. Сулимов [и др.]. — М., 2012.
4. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: национальные рекомендации / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2010.

УДК 338.48-52:37.037.1

СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Рубан Е. О.

Научный руководитель: Т. В. Золотухина

Учреждение образования

**«Белорусский торгово-экономический университет потребительской кооперации»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Потребность в движении — одна из общебиологических особенностей организма, играющая важную роль в его жизнедеятельности. Связь двигательной активности с состоянием