



Рисунок 3 — Пример применения разработанной методики

На линейку нанесена линия, соответствующая изолинии, а также линии амплитуды зубцов комплекса QRS. Указанные параметры соответствуют горизонтальной ЭОС.

Выводы

В ходе проведенной работы выявлены значения амплитуды зубцов комплекса QRS в I и III стандартных отведениях, характерные для определенного положения ЭОС по диаграмме Дьеда с учетом положения угла α .

Полученные данные позволили разработать визуальный способ определения ЭОС основываясь на положении угла α .

ЛИТЕРАТУРА

1. Мурашко, В. В. Электрокардиография: учеб. пособие / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. — 8-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 320 с.
2. Орлов, В. Н. Руководство по электрокардиографии / В. Н. Орлов. — 6-е изд., стер. — М.: МИА, 2007. — 528 с.

УДК 616.831-005.5-036:616-06-039.3

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Жилина А. С., Соколовская П. А., Корогода В. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры Е. А. Степанец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы в клинической кардиологии проблема удлинения интервала QT на ЭКГ привлекает к себе пристальное внимание отечественных и зарубежных исследователей как фактор, приводящий к внезапной смерти. Установлено, что как врожденные, так и приобретенные формы удлинения интервала QT, являются предикторами фатальных нарушений ритма.

Синдром удлинения интервала QT на ЭКГ представляет собой сочетание удлиненного интервала QT на стандартной ЭКГ и угрожающих жизни полиморфных желудочковых тахикардий (torsade de pointes — «пируэт»). Пароксизмы желудочковых тахикардий типа «пируэт» клинически проявляются эпизодами потери сознания и нередко заканчиваются фибрилляцией желудочков,

являющихся непосредственной причиной внезапной смерти. Существуют два наиболее изученных патогенетических механизма аритмий при синдроме удлиненного QT интервала. Первый — механизм «внутрисердечных нарушений» реполяризации миокарда. Второй патофизиологический механизм — дисбаланс симпатической иннервации [1]. Причины синдрома удлиненного интервала QT: назначение лекарственных препаратов, удлиняющих интервал QT (антибактериальные препараты группы макролидов, антиаритмические препараты и пр.), нарушение электролитного баланса; патологии и травмы со стороны центральной нервной системы; инфаркт миокарда; заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертензия, врожденные пороки сердца, ИБС); отравление фосфором, ртутью, мышьяком; наследственность.

Цель

Провести анализ длительности интервала QT у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования

Организовано ретроспективное исследование 90 историй болезни пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), находившихся на лечении в отделении неврологии учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ». В исследовании использовалась программа IBM SPSS 23.

Расчет длительности скорректированного интервала QT производился по формуле Базетта, с учетом частоты сердечных сокращений и пола пациента. Удлинение интервала QT учитывали при длительности QTc превышающей 0,44 с.

Структура ОНМК: 73,3 % (n = 66) составил атеротромботический инфаркт головного мозга (АТИГМ), 20 % (n = 18) кардиоэмболический инфаркт головного мозга (КЭИГМ), 6,7 % (n = 6) нетравматическое кровоизлияние (НТК). В группе исследования мужчины составили 55,6 % (n = 50), а женщины 44,4 % (n = 40). Минимальный возраст обследованных составил 32 года, максимальный 94 года, медиана 69,23 ± 12,3 лет. Так же учитывалось наличие коморбидной патологии: артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД). АГ была выявлена у 88,9 % пациентов, СД у 14,4 %.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ длительности интервала QT, как предиктора фатальных нарушений ритма и внезапной смерти пациентов с ОНМК. Удлинение интервала QT наблюдалось у 37,8 % пациентов с ОНМК. У пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга в 26,7 % (n = 24) случаев выявлено удлинение интервала QT, с кардиоэмболическим инфарктом головного мозга удлинение интервала QT наблюдалось в 8,9 %, с нетравматическим кровоизлиянием в 2,2 % случаев (таблица 1).

Таблица 1 — Анализ удлинения QT в зависимости от ОНМК

Параметр			ОНМК		
			АТИГМ	КЭИГМ	НТК
Интервал QT	Нормальный	Количество	42	10	4
		Процент	46,7 %	11,1 %	4,4 %
	Удлиненный	Количество	24	8	2
		Процент	26,7 %	8,9 %	2,2 %
Всего	Количество	66	18	6	
	Процент	73,3 %	20 %	6,7 %	

Проведен анализ удлинения интервала QT в зависимости от пола пациентов, достоверных различий не выявлено. Как у мужчин, так и у женщин наблюдалось удлинение интервала QT в равном количестве случаев 18,9 % случаев. При анализе интервала QT в зависимости от возраста пациента наблюда-

ется тенденция зависимости частоты удлинения от возраста пациента. Удлинение QT наблюдалось у пациентов старше 65 лет в 26,7 % случаев, $p < 0,05$.

Анализ влияния коморбидной патологии у пациентов с ОНМК на удлинение интервала QT, показал, что удлинение интервала QT у пациентов с ОНМК и АГ наблюдалось в 34,4 % случаев, у пациентов с ОНМК и СД в 6,7 % случаев. Наличие АГ и СД достоверно не влияет на удлинение интервала QT.

Таким образом, у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения возникает необходимость динамического наблюдения длительности интервала QT по ЭКГ (выполнение ЭКГ каждые 3 дня), контроль электролитного состава крови (K^+ , Na^+), т.к. изменения содержания K^+ приводят к изменению интервала QT. Осуществление контроля медикаментозного лечения (исключение препаратов, удлиняющих интервал QT, например, антибактериальные средства макролидного ряда).

Выводы

На основании проведенного исследования можно выделить группу пациентов с ОНМК, у которых в большей степени вероятно увеличение продолжительности интервала QT. Чаще всего удлинение интервала QT возникает у пациентов с атеротромботическим нарушением мозгового кровообращения (26,7 %), лиц пенсионного возраста, старше 65 лет (26,7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Остроумова, О. Д.* Удлинение QT / О. Д. Остроумова // Регулярные выпуски «РМЖ». — № 18 от 14.09.2001. — 750 с.
2. *Широков, Е. А.* Инсульт, инфаркт, внезапная смерть: теория сосудистых катастроф / Е. А. Широков. — М.: РГГУ, 2010. — 238 с.
3. *Самохвалова, Е. В.* Вариабельность сердечного ритма у больных с острым ишемическим инсультом и хронической сердечной недостаточностью / Е. В. Самохвалова, Л. А. Гераскина, А. В. Фоякин. — М.: ИЛ, 2012. — 284 с.

УДК 616.833.58-073.43-073.75

СРЕДНИЕ ЯГОДИЧНЫЕ НЕРВЫ: ПОВЕРХНОСТНЫЕ И СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ

Костючков А. Н., Хидджаз Н. Р.

Научный руководитель: Е. И. Письменникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из причин возникновения синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) является нейропатия средних ягодичных нервов, формирующихся из боковых ответвлений заднего крестцового сплетения [1]. Достоверных данных относительно инцидентности указанной патологии нет. Что ожидаемо, поскольку нет ни физикальных, ни лучевых критериев, позволяющих с уверенностью ее диагностировать. Отсюда и необходимость в проведении диагностических блокад [2, 3]. Однако с применением последних также есть проблемы, поскольку нет ни надежных поверхностных ориентиров, позволяющих с уверенностью локализовать место выхода средних ягодичных нервов, ни надежных способов их сонографической идентификации [3].

Именно исходя из вышеизложенного и возникает необходимость в разработке соответствующих ориентиров.

Цель

Разработать удобные для применения в широкой клинической практике поверхностные ориентиры, позволяющие, при необходимости блокады, определять место выхода среднего ягодичного нерва.