

При раннем выявлении и адекватной ортопедической тактике возможно эффективное предупреждение дальнейшего прогрессирования данной ортопедической патологии у детей и подростков, а также улучшение качества жизни.

Чаще всего за помощью к медикам обращаются дети же со второй степенью тяжести плоскостопия. Оперативное лечение позволяет избавиться от плоскостопия в 95% случаев.

Список литературы:

1. Uden, H., Scharfbillig R, Causby R. The typically developing paediatric foot: how flat should it be? A systematic review. J Foot Ankle Res. 2017 Aug 15;10:37.
2. Ueki, Y., Sakuma E, Wada I. Pathology and management of flexible flat foot in children. J Orthop Sci. 2019 Jan;24(1):9-13
3. Pfeiffer M, Kotz R, Ledl T, Hauser G, Sluga M. Prevalence of flat foot in preschool-aged children. Pediatrics. 2006 Aug;118(2):634-9.
4. Banwell HA, Paris ME, Mackintosh S, Williams CM. Paediatric flexible flat foot: how are we measuring it and are we getting it right? A systematic review. J Foot Ankle Res. 2018 May 30;11:21
5. Анатомия человека в таблицах, схемах и рисунках в трех частях. Ч. 1. Опорно-двигательный аппарат / Д. А. Волчкевич, А. В. Бобрик. – Гродно: ГрГМУ, 2018. – 186 с.
6. Николайчук, Л. В. Остеохондроз, сколиоз, плоскостопие / Л. В. Николайчук, Э. В. Николайчук. – Минск: Книжный Дом, 2004. – С. 298-314.
7. Machida J, Inaba Y, Nakamura N. Management of foot deformity in children. J Orthop Sci. 2017 Mar;22(2):175-183.
8. Васильева А. Плоскостопие. Самые эффективные методы лечения. Издательство: ИК «Крылов» г. Санкт-Петербург 2011. – 69 с.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

**Когут А. Н.<sup>1</sup>, Иванцов А. В.**

<sup>1</sup>*Медицинский центр «Лодэ» г. Брест*

<sup>2</sup>*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Кафедра нормальной анатомии*

Стресс-эхокардиография – это комбинация 2D-эхокардиографии с физическим, фармакологическим или электрическим стрессом. Конечной диагностической точкой для обнаружения ишемии миокарда является временное изменение регионарной функции во время стресса. А временный региональный дисбаланс между потребностью в кислороде и снабжением обычно приводит к ишемии миокарда, признаки и

симптомы которых можно использовать как диагностический инструмент [1]. Ишемия миокарда приводит к типичному каскаду событий, в котором различные маркеры иерархически ранжированы в четко определенной временной последовательности [2]. Неоднородность кровотока является предвестником ишемии, за которой следуют метаболические изменения, изменение регионарной механической функции и боли. Ишемия имеет тенденцию распространяться центробежно в полость желудочка: она включает в первую очередь субэндокардиальный слой, тогда как субэпикардиальный слой затронуты только на более поздней стадии, если ишемия сохраняется [3]. Фактически, внесосудистое давление выше в субэндокардиальном, чем в субэпикардиальном слое; это вызывает повышенная метаболическая потребность и повышенное сопротивление потоку. Стенокардия с депрессией сегмента ST может возникать с регионарными изменениями перфузии, как правило, при отсутствии каких-либо регионарных нарушений движения стенки при стрессе.

Целью нашего исследования явилась демонстрация клинического случая пациента с нарушениями кровоснабжения миокарда. Пациент 49 лет обратился к кардиологу по поводу болей за грудиной при физической нагрузке. При осмотре кардиолога жалоб в покое не предъявлял, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 70 уд. в мин. При ЭхоКГ ФВ 66%, нарушений локальной сократимости не выявлено. Кардиолог рекомендовал стресс-ЭхоКГ. В покое АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 75 уд. в мин. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Пороговая нагрузка 100 Вт 2 минуты. При исследовании на максимуме нагрузки по сравнению с исходным уровнем отмечалось нарушение локальной сократимости верхушечных сегментов ЛЖ. ЧСС 117 уд. в мин, АД 180/110 мм рт. ст. По ЭКГ отмечалось: косовосходящая депрессия STV4-V6 1 мм от исходного уровня, нарушение ритма сердца во время исследования: нет

Исследование не сопровождалось болями в области сердца. Критерий остановки: изменение ЭхоКГ-картины. Проба: положительная



Рисунок 1. – ЭхоКГ-картина в донагрузочном периоде



Рисунок 2. – ЭхоКГ-картина на максимуме нагрузки



Рисунок 3. – ЭхоКГ-картина в раннем восстановительном периоде

Пациенту была рекомендована коронароангиография.

Результат КАГ: дистальный стеноз ствола 20%, окклюзия 2 сегмента ПМЖА, стеноз 1 сегмента ПКА 75%. Было принято решение о стентировании ПМЖА и ПКА. Стентирование прошло без осложнений, результат оптимален (TIMI 3).

Выводы: Коронароангиография является «золотым стандартом» диагностики ИБС, позволяя точно определить характер, место и степень сужения коронарной артерии. В то же время невысокая стоимость, отсутствие лучевой нагрузки и неинвазивность позволяет рекомендовать более широкое использование стресс-эхокардиографии в диагностике ИБС.

Список литературы.

1. Sicari R The clinical use of stress echocardiography in ischemic heart disease / R. Sicari, L Cortigiani // Cardiovascular Ultrasound. – 2017. – 15:7. – P.1-16.
2. Picano, E. Diagnosis of myocardial ischaemia in hypertensive patients./ E Picano, A Palinkas, R Amyot // J Hypertens. -2001- №19. –P.1177–83.
3. Stress echocardiography expert consensus statement / Sicari R [at al.] // Eur J Echocardiogr. – 2008. – №9. –P.415–37.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ С СОСТОЯНИЕМ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Колесникова В. К.**

*Белорусский государственный медицинский университет  
Кафедра нормальной анатомии*

За последние 20 лет по данным ВОЗ число пациентов с воспалительными заболеваниями уха среди взрослого населения возросло более чем в 2,5 раза. Рост заболеваемости диктует необходимость проведения дальнейших исследований, касающихся патогенеза заболевания, поиска путей его эффективного лечения и профилактики. Система воздушных клеток сосцевидного отростка является важным звеном в патофизиологии воспалительных заболеваний среднего уха. Сосцевидная полость является не только воздушным резервуаром, но и активным пространством для газообмена. При снижении объема воздушных клеток сосцевидного отростка и продолжающейся абсорбции газов изменяется давление в среднем ухе. Снижение давления в барабанной полости затрудняет открытие слуховой трубы в глоточном отделе, а при более низком давлении (30-50 мм рт. ст.) это становится почти невозможным, что нарушает вентиляцию среднего уха. Внутреннее строение сосцевидного отростка неодинаково и зависит главным образом от образования воздухоносных полостей. Этот процесс происходит путем замещения костномозговой ткани растущим эпителием. По мере роста кости количество воздухоносных клеток все время увеличивается. По характеру пневматизации следует различать:

- 1) пневматический тип строения сосцевидного отростка, когда количество воздухоносных ячеек достаточно велико. Они заполняют почти весь отросток и распространяются иногда даже на чешую височной кости, пирамиду, костную часть слуховой трубы, скуловой отросток;
- 2) диплоэтический (губчатый) тип строения. В этом случае количество воздухоносных клеток невелико; они похожи на небольшие