

панкреатической части общего желчного протока принимают участие верхняя задняя и нижняя задняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерии. Однако выделить самостоятельную ветвь, идущую к протоку, не удается.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД

Журов Е.М., Гуминская Т.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент В.Н. Волков

Дополнительные (аномально) расположенные хорды (АРХ) желудочков относятся к малым аномалиям развития сердца. Одним из клинических проявлений АРХ является систолический шум, который служит показанием к назначению эхокардиографии (ЭхоКГ). Однако часть АРХ выявляются в виде случайных находок без шумовых феноменов.

Цель работы: изучение влияния морфологических характеристик АРХ и внутрисердечной гемодинамики на формирование систолического шума.

Материал и методы. Обследовано 1427 пациентов (средний возраст 35.2 ± 0.5 лет, 42% мужчин) с помощью ЭхоКГ. Исследование проводилось по стандартной методике с оценкой морфологических характеристик АРХ (локализация, направление, длина и толщина). Оценка интенсивности систолического шума проводилась по отношению к I тону: высоко- ($\geq \frac{1}{2}$ I тон), низкоинтенсивный ($\leq \frac{1}{2}$ I тон) или его отсутствие.

Результаты исследования. У 540 пациентов (средний возраст 24.4 ± 0.5 года, 41.7% мужчин) выявлены одиночные (89.6%) и множественные (10.4%) АРХ. В левом желудочке АРХ локализовались в 87.6% случаев, правом – 7.2%, обоих желудочках – 4.4%. АРХ

сочетались с пролабированием митрального (59.3%) и трикуспидального (3.2%) клапанов. Для дальнейшего анализа из группы пациентов с АРХ были исключены лица с сопутствующей патологией, характеризующейся сходной аускультативной картиной. Среди выделенных 339 пациентов у 62.4% выслушивался интенсивный систолический шум.

В группе пациентов с интенсивным систолическим шумом АРХ преобладали в области базального и базально-среднего отделов (5.8% vs. 38.8% и 4.8% vs. 11.5% соответственно), а без выраженной аускультативной симптоматики – в верхушечном и средне-верхушечном отделах (18.5% vs. 7.2% и 30.1% vs. 15.8% соответственно). Наилучшим "звучанием" обладали более толстые (2.6 ± 0.6 vs. 3.2 ± 0.4 мм) и длинные (26.4 ± 1.1 vs. 28.3 ± 0.6 мм) хорды.

Анализ внутрисердечной гемодинамики показал, что интенсивность звучания определяется не только морфологией АРХ, но и тотальной сократительной функцией желудочка. В группе с интенсивным систолическим шумом показатели сократимости левого желудочка были достоверно выше: конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) – 29.0 ± 0.4 vs. 27.0 ± 0.2 мм; степень передне-заднего укорочения (ΔS) – 39.1 ± 0.5 vs. 42.1 ± 0.4 %; фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 69.3 ± 0.6 vs. 72.7 ± 0.4 %.

Анализ методом классификационных деревьев позволил выявить зависимость интенсивности систолического шума от морфологических параметров дополнительных хорд и внутрисердечной гемодинамики и построить классификационную схему последовательных критериев: локализация (базальный и базально-средний отдел (36.9%, предиктор – 1.76)); сократимость (КСР ЛЖ ≤ 29.5 мм (39.8%, предиктор – 1.33)) и длина хорды (длина АРХ > 27.5 мм (19.5%, предиктор – 1.62)).

Выводы. У 37.6% пациентов с АРХ типичная аускультативная картина отсутствует или имеет нечеткий характер. Интенсивность систолического шума возрастает при локализации АРХ в области

выходного тракта ЛЖ, где преобладают высокие скорости потока. Скорость потока, влияющая на интенсивность шума, увеличивается при гиперкинетическом варианте сократительной функции ЛЖ, характеризующемся наиболее достоверным параметром – КСР ЛЖ. Тембр звучания шума зависит от морфологических характеристик, среди которых наиболее значимым критерием оказалась длина самой хорды.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Завадский П. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии
Научный руководитель - к.м.н., доцент С. Н. Ильина

В настоящее время отмечается значительный рост количества людей трудоспособного возраста с нарушениями кровообращения в сосудах сетчатки и сосудах, питающих зрительный нерв. Атеросклероз в 70-85% является сопутствующей патологией у больных с нарушением кровообращения в сосудах глаза, среди последних 40% становятся инвалидами [1,2]. Глазной ишемический синдром (ГИС) – это устойчивая совокупность симптомов ишемического поражения оболочек глазного яблока, сосудов глаза, каротидных артерий единого генеза. Установлено, что глазная симптоматика при выраженном стенозе сонных артерий у 80% больных предшествует развитию острых и хронических нарушений мозгового кровообращения [1,2].

Цель работы: изучить эффективность каротидной эндартерэктомии (ККЭ) в хирургии окклюзионно-стенотических поражений внутренней сонной артерии (ВСА) у больных с ГИС.

Под нашим наблюдением находилось 6 больных с ГИС, перенесших ККЭ. Все пациенты – мужчины в возрасте от 65 до 69 лет (средний возраст 67,6 года). В анамнезе у 4 больных отмечались