

Г. Продольные хорды – выявлено не было.

Д. Множественные хорды – 12 (7,1%).

Сочетание АРХ ЛЖ с пролапсом митрального клапана (ПМК) выявлено в 28 (16,9%) случаев.

Выводы:

1. Среди топографических вариантов наиболее часто встречаются поперечно расположенные АРХ, а крайне редко – продольные.

2. Выявлено частое сочетание АРХ с ПМК, превышающее распространённость ПМК в общей популяции.

Литература:

1. Диагностика аномально расположенных хорд сердца ультразвуковым методом (инструкция по применению) / Е.Л. Трисветова. – Мн.: БГМУ, 2003. С - 8.

2. Корженков, А.А. Распространённость добавочных хорд в левом желудочке и синдрома ранней реполяризации желудочков (популяционное исследование)/ А.А. Корженков [и др.] // Кардиология. – 1991. - №4. – С. 75-76

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Шишулина Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет,
Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.Т. Солоненко

В 2002-2004 году аппаратом фирмы KRANSBUHLER Sono Scop- 20, оснащённым конвексным датчиком 3,5 МГц и линейным датчиком 7,5 МГц у 7792 человек была обследована гепатобилиарная система (ГБС). Всего выявлено заболеваний ГБС 3797, что составило 4873 на 1000 обследованных. Наибольший процент в структуре заболеваний при ультразвуковом исследовании (УЗИ), составляют хронический

бескаменный холецистит (36,2%), желчнокаменная болезнь (29,5%) и хронический гепатит (17,6%), которые суммарно составили 83,3%. Заметим, что согласно патологоанатомическим исследованиям, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) выявляется в 10-20% всех вскрытий в Европе. По нашим данным выявляемость ЖКБ составила 14,4% (144 на 1000 обследованных), что свидетельствует о высокой точности УЗ-диагностики этого заболевания. В большом проценте случаев у пациентов ЖКБ одновременно отмечались патологические изменения в других отделах ГБС и соседних органах: у 31% из них имелись УЗ признаки хронического реактивного гепатита, реже гепатоза, у 41% - хронического холецистопанкреатита, диффузные изменения в печени, что согласуется и с литературными данными. У 18,8% больных ЖКБ осложнилась острым холециститом, у 6,2% - холедохолитиазом и механической желтухой. В этой же связи следует отметить, что из выявленных больных ЖКБ в экстренном порядке было прооперировано 11,8% из-за развившегося острого калькулезного холецистита, в плановом 18,7%, общий процент оперированных составил 30,5%. В 100% УЗ заключение совпало с операционным диагнозом ЖКБ.

Кисты и опухоли печени составили в общей структуре патологии ГБС 1,6% и 1,2% соответственно (8,0 и 5,8 на 1000 обследованных соответственно). Опухоли были представлены главным образом гемангиомами.

Очень трудным для УЗ диагностики является холестероз, или холестериновый полипоз желчного пузыря из-за низкой эхогенности холестерина, являющегося морфологической основой полипов. Заметим, что холестериновые полипы являются тем фоном, на котором в последующем может формироваться ЖКБ, холецистит. Выявляемость его по нашим данным составила 5,4 на 1000 обследованных, в то же время, согласно литературным данным, данная патология выявляется в 10-12% на секции и в 16-32% на операции.

Резюмируя приведенные данные, необходимо сказать, что высокий

процент выявляемой патологии ГБС при УЗ исследовании требует должной реакции, прежде всего со стороны врачей-терапевтов и хирургов поликлинического звена. Речь идет о действенной, активной диспансеризации больных с такими заболеваниями как хронический холецистит, гепатит, желчнокаменная болезнь, опухоли, кисты. Приведенные нами данные и данные литературы говорят о том, что практически нет безобидного камненосительства, ЖКБ рано или поздно приводит к изменениям в желчном пузыре, паренхиме печени, поджелудочной железе или осложняется острыми состояниями, требующими оперативного вмешательства. Только врач может квалифицированно дать совет о рациональном питании, медикаментозном лечении, определить в целом тактику лечения, в том числе и хирургического.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ БРАДИ- ТАХИКАРДИИ

Шпак Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А. Снежицкий

Синдром бради-тахикардии является вариантом дисфункции синусового узла (ДСУ) и встречается примерно у 50% пациентов с ДСУ. Синдром бради-тахикардии – это клинко-электрокардиографический синдром, характеризующийся чередованием редкого синусового или замещающего ритма подчиненных центров автоматизма с приступами тахисистолии, преимущественно наджелудочкового происхождения, из которых наиболее часто встречается мерцательная аритмия, затем предсердные тахикардии, трепетание предсердий, реципрокная атриовентрикулярная узловатая тахикардия, еще реже желудочковая тахикардия.