

Таким образом, настоящее исследование показало, что одной из причин ремоделирования и развития систолической дисфункции левого желудочка у пациентов с фибрилляцией предсердий может быть тахикардия.

Литература:

1. Хронотропная функция сердца : монография / В.А. Снежицкий [и др.] ; под ред. В.А. Снежицкого. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – 232 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СО СНИЖЕНИЕМ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бубешко Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Первая кафедра внутренних болезней

Научный руководитель – член-корр. НАН Беларуси, д-р мед. наук,
профессор Снежицкий В.А.

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее часто встречающаяся в клинической практике разновидность аритмии. Ремоделирование левого желудочка при ФП приводит к нарушению его систолической и диастолической функций, что лежит в основе развития и прогрессирования ХСН. Влияет ли частота сердечных сокращений, на развитие указанных изменений, точно еще не установлено.

Цель исследования: изучить эхокардиографические параметры и показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) у пациентов с персистирующей и постоянной формой фибрилляции предсердий и оценить их взаимосвязь.

Материалы и методы: В соответствии с поставленной целью на базе отделения нарушений ритма УЗ «ГОККЦ» были обследованы 63 пациента с персистирующей и постоянной формой ФП. Всем пациентам проводились общеклинические исследования, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) и эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ). Все исследования проводились на фоне фибрилляции предсердий до восстановления синусового ритма. В исследование не включались пациенты с пароксизмальной формой ФП, перенесенным инфарктом миокарда, миокардитом, органическими клапанными пороками, тиреотоксикозом, а также с другими некомпенсированными сопутствующими заболеваниями.

Результаты: На основании показателей ФВ при проведении ЭХО-КГ все пациенты с ФП были разделены на 2 группы. Первая группа - пациенты с $ФВ \leq 50\%$ (26 человек: из них у 6 пациентов – постоянная форма ФП, у 20 – персистирующая) вторая группа с $ФВ > 50\%$ (37 человек: из них у 10 пациентов – постоянная форма ФП, у 27 - персистирующая). Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту.

При анализе показателей ЭХО-КГ пациенты 1-й группы характеризовались большими показателями размеров и объемов сердца: ЛП (47 мм против 43 мм), КДД (59,5 мм против 52 мм), КСД (45 мм против 35 мм), КДО (176,5 мл против 134 мл), КСО (90 мл против 50 мл), ПЖ (26 мм против 25 мм) и большим уровнем систолического давления в легочной артерии (36 мм рт.ст. против 26 мм рт.ст.) ($p < 0,01$), а также отмечалось снижение ФВ (46,5% против 62%; $p < 0,01$) по сравнению с пациентами 2-й группы. Достоверной разницы между значениями толщины стенок миокарда левого желудочка получено не было.

При проведении ХМ-ЭКГ у пациентов 1-й группы отмечалось достоверное увеличение показателей ЧСС, за исключением максимальной частоты в дневное время. Так средняя ЧСС за сутки у пациентов 1-й группы составила 102 уд/мин, в то время как у пациентов 2-й группы – 76 уд/мин ($p < 0,05$). Также наблюдалась разница показателей средней ЧСС в дневное время (109 уд/мин и 84 уд/мин) и средней ЧСС в ночное время (88 уд/мин и 68 уд/мин) между пациентами 1-й и 2-й группы соответственно ($p < 0,05$). Статистически значимых отличий в величине циркадного индекса получено не было, в обеих группах он находился в пределах нормы. У 38,4% пациентов 1-ой группы на ХМ-ЭКГ зафиксированы пароксизмы не-

устойчивой желудочковой тахикардии, а среди пациентов 2-ой группы только в 2,8% случаев.

При проведении корреляционного анализа установлены положительные корреляции между средней ЧСС по ХМ-ЭКГ и отдельными эхокардиографическими показателями: размером ЛП (R=0.3), КДД (R=0.4), КСД (R=0.5), КДО (R=0.41), КСО (R=0.57), ФВ (R=-0.6), систолическим давлением в легочной артерии (R=0.64) ($p<0,05$).

Выводы.

1. У группы пациентов со сниженной фракцией выброса наблюдается увеличение размеров и объемов сердца, а также повышение систолического давления в легочной артерии. Данные показатели положительно коррелируют с частотой сердечных сокращений. Значение фракции выброса имеет отрицательную корреляцию с показателями ЧСС.

2. У пациентов с фибрилляцией предсердий и сниженной фракцией выброса достоверно чаще регистрировались пароксизмы неустойчивой ЖТ.

Таким образом, настоящее исследование показало, что одной из причин ремоделирования и развития систолической дисфункции левого желудочка у пациентов с фибрилляцией предсердий может быть тахикардия.

Литература:

1. Хронотропная функция сердца : монография / В.А. Снежицкий [и др.] ; под ред. В.А. Снежицкого. – Гродно :ГрГМУ, 2011. – 232 с.

МЕТОДИКА ТИМПАНОМЕТРИИ И АУДИОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Головач Е.Н., Тытуш Н.Г., Китус Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хоров О.Г.

Актуальность. В настоящее время специалисты в области ушной патологии единогласны в вопросе применения хирургического метода лечения хронического среднего отита. Тенденции времени таковы, что возрастают требования к конечному результату операции, несмотря на то, что предупреждение отогенных осложнений любого вида остается приоритетной задачей хирургии при хроническом среднем отите. Оценка функционального результата стандартно проводится методикой аудиометрии (изменение КВИ). Применения методики тимпанометрии в послеоперационном периоде встречается гораздо реже и является мало изученным.

Цель: дать оценку отдаленных функциональных результатов лечения пациентов с хроническим средним отитом по средствам методик аудиометрии и тимпанометрии.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов с ХГСО, которым проводилось хирургическое лечение (тимпанопластика закрытого типа). Все пациенты разделены нами на 2 группы. В группу 1 вошло 30 пациентов, которым в послеоперационном периоде назначался комплекс кинезиотерапии глоточных мышц. Группу 2 также составило 30 пациентов. Слуховую функцию и состояние структур среднего уха изучали с помощью тональной пороговой аудиометрии (аппарат Clinical Audiometer AC-40) и тимпанометрии (импедансный аудиометр AZ-26 Interacoustics).

Результаты и выводы. Изменение КВИ по аудиограмме и показателей (количественных и качественных) тимпанограммы в разные сроки наблюдения в группах 1 и 2 представлены в таблице.