

Таблица

	Группа 1 (М ±m дБ) p<0,05 n=30					
Частота	До леч.	1 мес.	6 мес.	1 г.	1,5 г.	2 г. (n=25)
1000 Гц	33,7±14,4	24,1±11,2	18,6±9,4	14,4±7,1	11,7±8,6	10,3±4,7
Тип А (%)	–	–	–	66,7	73,3	92
	Группа 2 (М ±m дБ) p<0,05 n=30					
Частота	До леч.	1 мес.	6 мес.	1 г.	1,5 г.	2 г.(n=25)
1000 Гц	29,3±13,2	24,2±12,7	21,9±9,2	18,7±7,3	17,9±7,5	14,6±5,2
Тип А (%)	–	–	–	40	60	84

Применение сочетания методик аудиометрии и тимпанометрии в послеоперационном периоде позволяет дать наиболее полную оценку функционального результата операции, проанализировать перестройку неотимпанального лоскута в отдаленном периоде.

Литература:

1. Косяков, С. Я. Избранные вопросы практической отохирургии/ С. Я. Косяков // Москва: МЦФЭР, 2012. – 224 с.
2. Кочкин, Р. В. Импедансная аудиометрия / Р. В. Кочкин. – М. : Медицина, 2006. – 48 с.
3. Нугуманов, А. А. Реконструктивная хирургия хронического гнойного среднего отита / А. А. Нугуманов, А. Я. Нугуманов // Рос. оториноларингология. – 2010. – № 6. – С. 45–50.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МОСТИКОВ НА ГЕМОДИНАМИКУ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Горустович О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Околокулак Е.С.

Введение. Миокард, как и любая другая ткань организма для своего нормального функционирования нуждается в постоянном доступе артериальной крови. Кровоснабжение сердца осуществляется с помощью двух венечных артерий. В норме эти артерии располагаются субэпикардиально и окружены рыхлой соединительной тканью и жировой клетчаткой эпикарда, изредка погружаясь в миокард с образованием небольших мышечных «мостиков». Но иногда эти мышечные перемычки становятся весьма выраженными, в результате чего коронарные артерии частично проходят в толще миокарда (интрамурально). Такие значительные мышечные «мостики» могут сыграть определяющую роль в изменении коронарного кровотока. В большинстве случаев пациенты с миокардиальными мостиками не предъявляют жалоб. Однако нельзя сказать, что это безобидное отклонение от нормы. Такая аномалия топографии венечных артерий нередко сопровождается нарушениями коронарного кровотока вследствие сдавления «туннельной артерии» во время систолы. Это редко приводит к выраженной ишемии, однако в патологических условиях (при повышенной физической или эмоциональной нагрузке, атеросклерозе коронарных сосудов, гипертрофии и фиброзе миокарда и др.) такое нестандартное расположение артерии может стать критичным и спровоцировать серьезную патологию, в том числе острую коронарную недостаточность, аритмию, синкопе и даже внезапную смерть.

Цель исследования: изучить условия, способствующие клиническому проявлению аномалий топографии венечных артерий.

Материалы и методы: ретроспективный анализ протокола вскрытия.

Результаты исследования. Была изучена документация аутопсийного исследования молодого человека, умершего от синдрома внезапной смерти. Согласно судебно-медицинской документации труп гражданина Д., 17 лет, без видимых телесных повреждений был обнаружен на территории спортивной площадки. При опросе свидетелей было выясне-

но, что за несколько часов до смерти у пострадавшего произошел словесный конфликт с группой подростков. После чего гражданин Д. в течение 40 мин играл с друзьями в баскетбол. Во время игры подросток потерял сознание и спустя час скончался, проводимые реанимационные мероприятия результатов не дали. На секционном исследовании было обнаружено, что передняя межжелудочковая ветвь левой венечной артерии погружена в миокард на глубину 0,8 мм на протяжении 35 мм. При гистологическом исследовании наблюдались участки фрагментации миокарда, единичные кардиомиоциты с признаками острого повреждения, острое полнокровие сосудов внутренних органов. Химико-биологическое исследование крови и мочи не выявило наличия каких-либо токсических веществ. Установленная причина смерти: острая коронарная недостаточность вследствие аномального расположения передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии.

Выводы. Таким образом, о вероятности наличия аномалий венечных артерий даже у ранее асимптоматических пациентов должен помнить каждый врач. Особенно актуальным диагностический поиск такой патологии является в необъяснимых случаях ишемических приступов и инфаркте миокарда у молодых людей. Кроме того, изучение особенностей клинического проявления миокардиальных мостиков с проведением сравнительной оценки непосредственных и отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения; поиск новых методов диагностики этой патологии и внедрение их в лечебную практику позволят более полно проводить скрининг и терапию данной патологии, что, несомненно, внесет вклад в снижение смертности от болезней системы кровообращения, а также сможет существенно повысить качество жизни данных пациентов.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Горустович О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Околокулак Е.С.

Введение. Создание новых способов хирургического лечения заболеваний всегда вызывает большой интерес к анатомии поражающегося органа и дает импульс для более подробного его изучения. Стремительное развитие кардиохирургии заставляет более внимательно отнестись к вопросам строения сердца и его структур, в том числе и элементов клапанного аппарата сердца. Все элементы клапанного аппарата подвержены индивидуальной изменчивости. Знание вариантной анатомии позволит усовершенствовать способы диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения, а также углубить понимание патогенеза кардиоваскулярной патологии, занимающей первое место в мире среди причин смертности.

Цель исследования: изучить корреляционные взаимоотношения внутрижелудочковых структур сердца.

Материал исследования: 115 препаратов сердца человека.

Методы исследования: препарирование, морфометрия, статистический метод.

Результаты исследования. С помощью статистической обработки морфометрических данных внутрижелудочковых структур сердца нами были изучены их корреляционные взаимоотношения. Так, было отмечено, что длина сосочковых мышц находится в прямой зависимости от широтно-продольного желудочкового индекса (ШПЖИ) ($R = 0,83$; $p < 0,05$). Ширина основания СМ также достоверно коррелирует с ШПЖИ ($R = 0,88$; $p < 0,05$). Кроме того, обнаружена зависимость между шириной основания и формой сосочковых мышц ($R = 0,69$; $p < 0,05$): наименьшая ширина основания характерна для плоских СМ и мышц в форме перевернутого треугольника, а наибольшая для конусовидных и цилиндрических. Количество сухожильных хорд напрямую связано с размерами СМ: их длиной ($R = 0,75$; $p < 0,05$) и шириной основания ($R = 0,61$; $p < 0,05$), а также формой ($R = 0,70$; $p < 0,05$). Широтно-продольный желудочковый индекс также достоверно коррелирует с формой СМ ($R = 0,74$;