

развития острого панкреатита. Описанные изменения носят обратимый характер, однако, прогрессируя, способны сопровождаться тяжелыми дистрофическими нарушениями и гибелью клеток.

Э. Н. КУЧУК, О. Г. ШУСТ, Л. Г. ШУСТ, С. А. ЖАДАН

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение. Наряду с ишемической болезнью сердца хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) представляет собой важнейшую социально-медицинскую проблему. При ХОБЛ рано присоединяется легочная гипертензия, развивается хроническое легочное сердце, что, в свою очередь, влияет на гемодинамику во всех отделах сердца и приводит к необратимым изменениям и нарастанию декомпенсации в системе кровообращения [1, 2].

Цель: изучить изменения в сердечно-сосудистой системе при хронических обструктивных заболеваниях легких с наличием или без наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Результаты. Исследование проводили путем анализа данных обследования, полученных при выкопировке историй болезни пациентов, проходивших лечение в пульмонологическом отделении 2 ГКБ г. Минска. Изучены истории болезни 33 больных (15 женщин и 18 мужчин). Изучались: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, данные исследования функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ОФВ, индекс Тиффно и др). Полученные цифровые данные обработаны статистическими методами. На основании данных ЭКГ все больные разделены на 4 группы: с нормальным положением ЭОС (электрической оси сердца); с изменениями в правых отделах сердца; с изменениями в левых отделах сердца; больные с изменениями как в правых, так и в левых отделах сердца.

Выводы. Изменения в правых, а затем и левых отделах сердца происходят на всех стадиях ХОБЛ, усугубляясь по мере прогрессирования нарушений ФВД. Гипертрофия правого желудочка выявляется при незначительных нарушениях ФВД (1–2 стадии ХОБЛ). При сочетании ХОБЛ с АГ, ИБС, атеросклерозом изменения в левом желудочке опережают развитие гипертрофии правых отделов сердца, не исключая их, что должно рассматриваться как проявления взаимоотношения и декомпенсации имеющейся патологии.

Литература:

- [1]. Доценко Я. И., Должецкий З. К., Амлинский М. В. // Новые направления в диагностике и лечении болезней сердца. 1983. С. 54–55.
- [2]. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. 2-е изд. М. 2011. 568 с.

Л. М. ЛОБАНОК, Д. А. СОЛОВЬЁВ

СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА ПРИ НАЛИЧИИ АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Последние достижения ультразвуковой диагностики расширили спектр возможностей эхокардиографии, в частности, сделали доступным прижизненную диагностику малых аномалий сердца, к которым относятся аномально расположенные хорды. На сегодняшний день аномальными принято считать хорды, которые, в отличие от истинных, идут не от сосочковых мышц к створкам атриовентрикулярных клапанов, а берут начало от одной стенки желудочка и прикрепляются к другой либо соединяют сосочковые мышцы как между собой, так и со стенками желудочка. В настоящее время аномальные хорды рассматривают как одну из причин нарушений кардиогемодинамики, электрической стабильности сердца, геометрии и сократительной функции левого желудочка. Высокая популяционная частота аномально расположенных хорд определяет актуальность изучения данной проблемы в аспекте выявления факторов риска возникновения предпатологических и патологических состояний.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей сократительной функции левого желудочка сердца человека при наличии разных видов диагностируемых аномально расположенных хорд при отсутствии выраженных патологических изменений сердца.