

006. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА У ЛИЦ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

М.В. Потапова, О.Р. Соколова

МСЧ МВД по РТ

Аритмический синдром часто является одним из первых клинических проявлений патологии сердечнососудистой системы в молодом возрасте. В последнее десятилетие аритмиям, развивающимся на фоне соединительнотканых дисплазий сердца, уделяют особое внимание, поскольку такие аномалии приводят к развитию клинически значимых патологических состояний и жизнеопасных, а порой и фатальных осложнений.

Цель нашего исследования – изучить частоту встречаемости синдрома Клерка-Леви-Кристецкого и синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта среди поступающих на службу в органы МВД по РТ в возрасте от 18 до 26 лет и выявление сопутствующей патологии.

Настоящая работа основана на результатах клинико-инструментального и лабораторного обследования 500 человек, вновь поступающих на службу в органы МВД (450 лиц мужского пола и 50 лиц женского пола) в возрасте от 18 до 26 лет, проживающих в г. Казани и различных районах Республики Татарстан. Средний возраст пациентов составил $23,5 \pm 2,5$ лет.

Всем поступающим на службу в органы МВД проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические методы, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного статуса, выраженности вегетативных нарушений, осмотры невролога, эндокринолога, офтальмолога, ЛОР-врача, хирурга. Функциональные методы исследования – стандартная электрокардиография покоя с регистрацией 12 отведений, проба с физической нагрузкой (тест Мастера, приседания), доплер-эхокардиография, непрерывное суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с оценкой вариабельности сердечного ритма.

При проведении эхоэлектрокардиографического обследования изучались следующие показатели: диаметр аорты, открытие створок аортального клапана, диаметр левого предсердия в диастолу, толщина передней стенки правого желудочка, диаметр правого желудочка в диастолу, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу и систолу, конечный диастолический и конечный систолический размеры левого желудочка, толщина задней стенки левого желудочка в диастолу и систолу. Оценивались следующие функции миокарда: фракция укорочения (сокращения) левого желудочка, фракция выброса, конечный диастолический объем, конечный систолический объем, ударный объем, минутный объем. Оценивался характер движения створок

митрального, трикуспидального и аортального клапанов.

Всем поступающим на службу в органы МВД проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические методы, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного статуса, выраженности вегетативных нарушений, осмотры невролога, эндокринолога, офтальмолога, ЛОР-врача, хирурга. Функциональные методы исследования – стандартная электрокардиография покоя с регистрацией 12 отведений, проба с физической нагрузкой (тест Мастера, приседания), доплер-эхокардиография, непрерывное суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с оценкой variability сердечного ритма.

При проведении эхоэлектроркардиографического обследования изучались следующие показатели: диаметр аорты, открытие створок аортального клапана, диаметр левого предсердия в диастолу, толщина передней стенки правого желудочка, диаметр правого желудочка в диастолу, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу и систолу, конечный диастолический и конечный систолический размеры левого желудочка, толщина задней стенки левого желудочка в диастолу и систолу. Оценивались следующие функции миокарда: фракция укорочения (сокращения) левого желудочка, фракция выброса, конечный диастолический объем, конечный систолический объем, ударный объем, минутный объем. Оценивался характер движения створок митрального, трикуспидального и аортального клапанов.

При сравнительном анализе в нашем исследовании CLC и WPW синдромов выявлено, что в I и II группе обследуемых чаще встречается CLC синдром. По результатам проведенного нами исследования следует, что имеет место существование некоторой зависимости наличия выше указанных видов нарушения ритма от конституциональных особенностей пациентов. У лиц с астеническим типом конституции 11,3% случаев CLC синдрома в первой группе и 28% во II группе. Наиболее выраженной оказалась взаимосвязь нарушений ритма с наличием сколиоза, так в I группе 22,6% CLC синдром, WPW 18,8%, во II группе 14% СДС и 4% WPW синдром.

Таким образом, помимо наличия аномальных путей проведения в миокарде, имеют место сопутствующие заболевания, синдромы, указывающие на системный характер патологического процесса.

У пациентов с признаками преждевременного возбуждения желудочков при отсутствии жалоб прогноз хороший, так как вероятность возникновения быстрого проведения импульсов через добавочный путь мала. CLC синдром носит доброкачественный характер и при отсутствии нарушений ритма не препятствует поступлению на службу, несению службы и поступлению в образовательные учреждения МВД.

Данную категорию пациентов следует включить в группу риска по вероятному возникновению

нарушения ритма и проводимости, так же как пациенты с отягощенным семейным анамнезом в отношении внезапной смерти, а также имеющие социальные показания, например профессиональные спортсмены или летчики.

Важно помнить, что приблизительно у 80% пациентов с WPW возникают пароксизмы реципрокной тахикардию, у 15-30% - фибрилляции предсердий и у 5% наблюдают трепетание предсердий. Вентрикулярная тахикардия развивается довольно редко. Пациенты с синдромом WPW имеют небольшой риск возникновения внезапной сердечной смерти (в 0,1% случаев). В связи выше изложенными осложнениями, лица с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта признаются не годными для поступления на службу в органы МВД, так как напряженный труд сотрудника МВД требует серьезной физической подготовки. И при возникновении экстремальной ситуации он должен принять правильное решение, требующее от него полной физической и психологической отдачи, от которого зависит безопасность и жизнь окружающих людей.

На современном этапе развития медицины, своевременная диагностика и создание условий для максимальной компенсации проявлений, будет способствовать профилактике развития вторичных осложнений и улучшение качества жизни людей.

007. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Садькова Е.Ф., Абсалямова Л.Р., Гималетдинова И.А., Файзуллина Г.Г., Сайфутдинов И.М., Прохорова Ю.Ф.

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань
Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань

Клинический случай 1. Под нашим наблюдением находилась больная с blastomой головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензией, механической желтухой. Приводим клиническое наблюдение: больная И., 61 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в марте 2010 г. с жалобами на боли в правом подреберье, эпигастрии, в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, отрыжку воздухом, чувство тошноты, осветленный стул после приема слабительных, мочу темного цвета. Похудела на 7 кг за один месяц.

По данным анамнеза, заболела около двух месяцев назад: появились боли в области эпигастрия после погрешности в еде; изжога, рвота, приносящая