

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНОЇ ПРОВІДНОСТІ З МАРКЕРАМИ ПРАВОШЛУНОЧКОВОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА

Крилова Ю.Р.

Науковий керівник: д.мед.н., доц. Кисельов С.М.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 1

Мета: встановити взаємозв'язок між порушеннями атріовентрикулярної (АВ) провідності та маркерами правошлуночкової серцевої недостатності (СН) у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (ІМ). Матеріал і методи: проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 72 хворих на гострий Q-ІМ нижньої стінки лівого шлуночка (ЛШ), середній вік – $61,7 \pm 8,4$ років, які поступили до інфарктного відділення КУ «МКЛЕСМД м. Запоріжжя». Хворих розподілили на групи: перша – 42 пацієнта з АВблокадами I-II ступеня і друга – 30 хворих без ознак порушень АВ провідності. Оцінювали клінічні прояви, показники ЕКГ та ЕхоКС. Статистичну обробку виконували за допомогою Statistica 10forWindows. Результати та їх обговорення. У групі хворих на Q-ІМ з АВ блокадами, у порівнянні з хворими без АВ блоkad, встановлено суттєве переважання кількості пацієнтів, які мали акроціаноз (на 23,7%; $\chi^2=11,2$; $p<0,01$), збільшення розмірів печінки (на 9,9%; $\chi^2=7,8$; $p<0,05$), набухання вен шиї (на 14,6%; $\chi^2=7,5$; $p<0,05$), набряк гомілок (на 8,4%; $\chi^2=5,1$; $p<0,05$), акцент II тону над легеневою артерією (на 12,5%; $\chi^2=7,3$; $p<0,05$), систолічний шум над мечоподібним відростком (на 29,4%; $\chi^2=8,9$; $p<0,01$); частіше фіксували «p-pulmonale» (на 17,2%; $\chi^2=10,3$; $p<0,05$), феномен SI-QIII (на 11,4%; $\chi^2=9,5$; $p<0,05$), повну блокаду правої ніжки пучка Гіса (на 13,5%; $\chi^2=7,4$; $p<0,05$); встановлено достовірно більший розмір правого передсердя (на 25,7%; $p<0,05$), кінцево-діастолічний розмір правого шлуночка (на 21,7%; $p<0,05$), переважання середнього тиску у легеневій артерії (на 37,2%; $p<0,01$). При проведенні аналізу асоціації якісних ознак виявлено достовірний прямий зв'язок порушень АВ провідності у хворих на Q-ІМ з атипичним початком Q-ІМ ($\phi=+0,37$; $p<0,05$), наявністю в анамнезі попередніх Q-ІМ ($\phi=+0,52$; $p<0,05$), цукрового діабету 2 типу ($\phi=+0,45$; $p<0,05$), паління ($\phi=+0,39$; $p<0,05$), ЧСС ($\phi=+0,57$; $p<0,05$), систолічного шуму над верхівкою ($\phi=+0,53$; $p<0,05$), збільшення розмірів печінки ($\phi=+0,49$; $p<0,05$), повною блокадою правої ніжки пучка Гіса ($\phi=+0,38$; $p<0,05$) та достовірний зворотній зв'язок з офісним рівнем САТ ($\phi=-0,62$; $p<0,05$) і ДАТ ($\phi=-0,49$; $p<0,05$). Висновок. У хворих на гострий Q-інфаркт міокарда нижньої стінки лівого шлуночка має місце взаємозв'язок клінічних проявів правошлуночкової серцевої недостатності та порушень атріовентрикулярної провідності.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИVEGF ПРЕПАРАТОВ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Кубай О.А.

Научные руководители: Завгородняя Н. Г., Костровская Е. О.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра офтальмологии

Цель: провести анализ эффективности длительного применения антиVEGF в лечении экссудативной формы ВМД. Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая применения интравитреальных введений антиVEGF препарата (Луцентис®) у пациента с экссудативной формой ВМД. Срок наблюдения 7 лет. Пациенту выполнялось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тест Амслера, а также - оптическая когерентная томография (ОКТ) и флюоресцентная ангиография (ФАГ) сетчатки. АнтиVEGF препарат вводили интравитреально по стандартной методике, используя схему введения - по необходимости pro re nata. Результаты. Диагноз экссудативной формы ВМД был установлен и подтвержден данными ФАГ вначале на левом глазу (ОС), где начали антиVEGF терапию. Однако после 8 введений (1,5 года) пациентка отказалась от проведения лечения, после чего наблюдалось снижение остроты зрения на ОС до 0,2. Далее, при появлении неоваскуляризации на правом глазу (ОД) и снижении зрительных функций на нем, там была начата антиVEGF терапия. Всего выполнено 16 введений антиVEGF на ОД за 5 лет, что позволило сохранить зрительные функции на высоком уровне (1,0 до лечения и 0,9 через