

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

## ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431-52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.  
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:  
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

прилом и раннего начала лечения иными препаратами или добавлять иные лекарственные средства. Именно раннее и адекватное лечение этой группы больных является стратегическим направлением кардиологии в Беларуси (Мрочек А.Г. и др., 2010).

**Выводы:**

1. Определено, что эналаприл в виде монотерапии в дозе 10-40 мг в сутки позволяет достичь «целевого» снижения артериального давления у 75,9% пациентов с артериальной гипертензией II степени.

2. Разработан метод выделения группы пациентов с артериальной гипертензией II степени с низкой эффективностью монотерапии эналаприлом.

**Литература:**

1. Мрочек, А.Г. Диагностика, лечение и профи-

лактика артериальной гипертензии. Национальные рекомендации // Минск, 2010. – С. 1-52.

2. Fletcher R.H. Clinical epidemiology. The essentials. Williams and Wilkins, 1996. – 352 p.

3. Калинина, А.М. Влияние многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на прогноз жизни (10-летнее наблюдение) // Тер. архив. – 1998. – № 1. – С. 8-12.

4. Разумов, А.Н. Восстановительная медицина и реабилитация: стратегия и перспективы. Материалы III Международной конференции по восстановительной медицине (реабилитологии). Москва, 2000. – С. 20-28.

5. Боровиков, В.В. STATISTICA: искусство анализа данных на компьютере. Для профессионалов / В.В. Боровиков // СПб.: Питер, 2001. — 656 с.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНОЙ ПОЛУОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ВО ВРЕМЯ АКЦИИ «ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ»

*Печерская М.С., Мелюх Н.Н.*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Скрининговое исследование** в кардиологии – это активное выявление лиц с патологией сердечно-сосудистой системы или факторами риска ее развития, основанное на применении специальных диагностических методов в процессе массового обследования населения или его отдельных групп лиц. Одним из основных условий проведения скрининга является единый стандартизированный подход к выявлению изучаемого признака и оценке полученных результатов. Используемые методы должны быть достаточно просты в исполнении, доступны, надежны и воспроизводимы [1].

В последнее время выявляются все новые факторы риска развития неблагоприятных исходов у пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями, среди них и ортостатическая гипотензия. Для диагностики патологических ортостатических реакций используются активная, пассивная ортостатические пробы. Пассивная ортостатическая проба требует специального оборудования – поворотного стола, активная проба более проста в выполнении, однако при массовых обследованиях тоже не всегда удобна, так как необходима кушетка, обследуемый должен находиться в горизонтальном положении минимум 10 минут. Некоторые авторы предлагают проведение ортостатической пробы из положения сидя, однако стандартных критериев данного теста нет, не описано использование данной пробы при проведении массовых обследований населения.

**Цель:** разработать новые подходы для выявления нарушений ортостатических реакций у больших групп населения во время массовых обследований.

**Материал и методы.** Во время акции «За здоровую жизнь», которая проходила в 2010-2011 гг. во время Славянского базара в Витебске активная полуортостатическая проба была проведена 1133 обследованным.

Проба заключалась в оценке частоты сердечных сокращений, артериального давления на плече и на пальце после 7- 10 минутного отдыха в положении сидя (во время которой собирался анамнез, заполнялась анкета), измерялось исходное артериальное давление. Повторные измерения проведены после на 1-й и 5-й минутах вертикального положения. Регистрировались жалобы кардиального, вегетативного и церебрального характера при переходе в вертикальное положение. У обследуемых тщательно собирался анамнез, заполнялась анкета, получалось согласие на проведение пробы.

**Результаты и обсуждение.** Результаты активной полуортостатической пробы оценили у 827 человек, из них 210 считали себя практически здоровыми, 562 человека знали о наличии у себя АГ и у 55 человек впервые было выявлено высокое АД во время обследования. Динамика ЧСС, АД на плече и на пальце во время активной полуортостатической пробы у практически здоровых лиц, у лиц с установленным диагнозом АГ и впервые выявленным высоким АД представлены на рисунках 1-6.

Динамика ЧСС, АД на плече и на пальце во время активной полуортостатической пробы у практически здоровых лиц, у лиц с установленным диагнозом АГ представлены в таблице 1.

У больных АГ достоверно чаще регистрируется

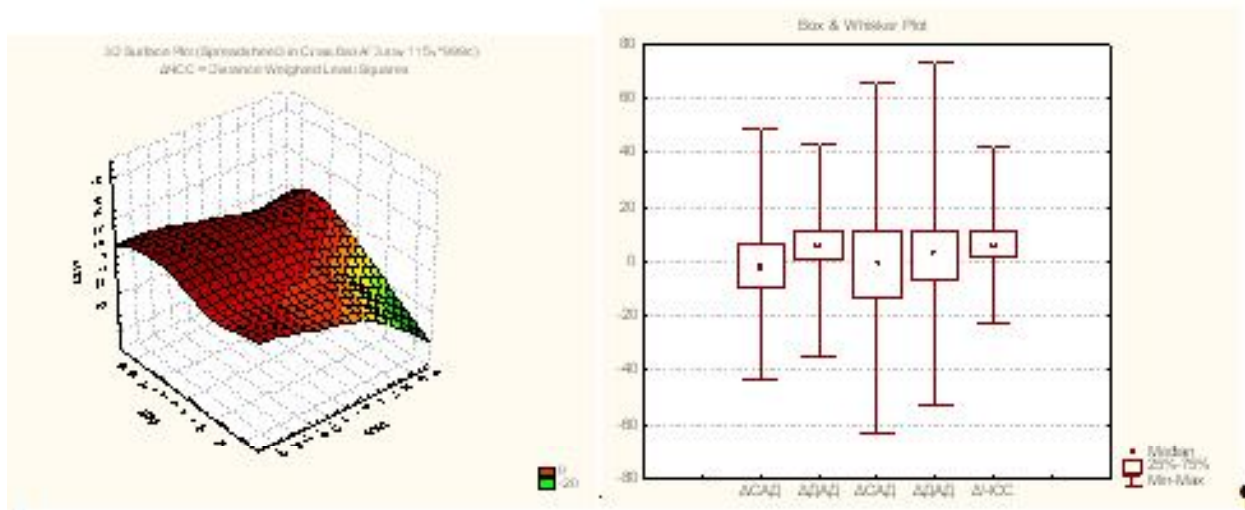


Рисунок 1-2. Зависимость изменения АД и ЧСС у пациентов с АГ во время теста

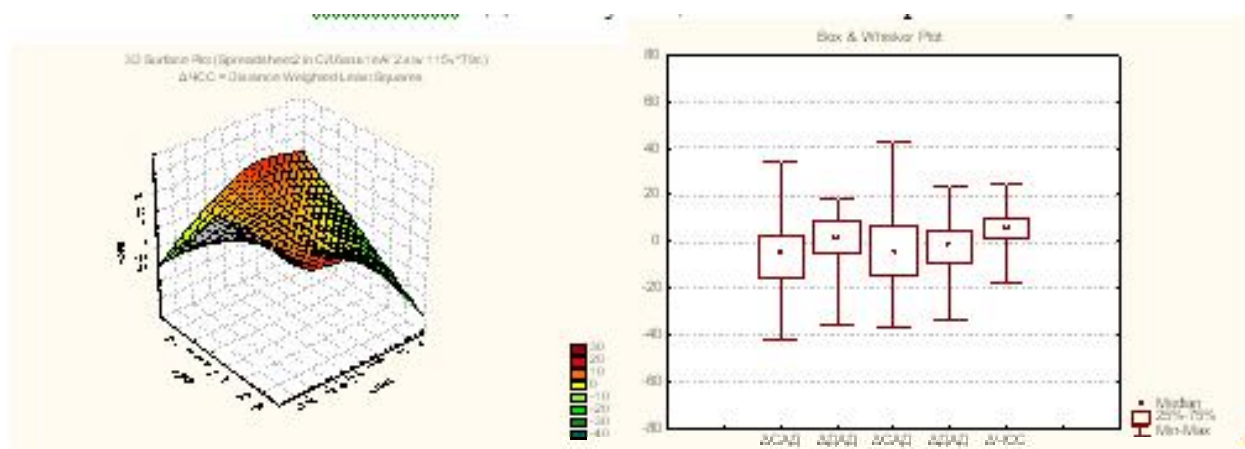


Рисунок 3-4. Зависимость изменения АД и ЧСС у лиц с впервые выявленным высоким АД

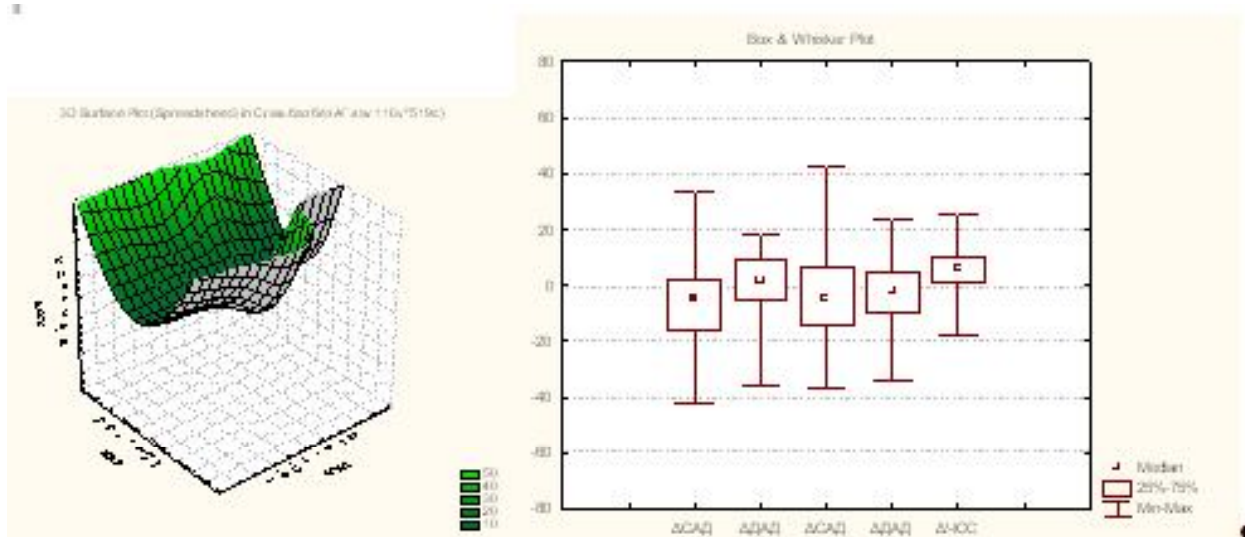


Рисунок 5-6. Зависимость изменения АД и ЧСС у обследованных без АГ

снижение САД при переходе в вертикальное положение более 10 мм.рт.ст., а снижение САД более 30 мм.рт.ст. зарегистрировано только у больных АГ.

Таким образом, выявлен различный характер изменений АД и ЧСС во время предложенного теста у пациентов с АГ, у лиц с впервые выявленным высо-

ким АД и у практически здоровых лиц.

**Выводы.** Разработан метод оценки ортостатических реакций показана возможность его использования для скрининговой оценки ортостатических реакций.

У больных АГ достоверно чаще регистрируется снижение САД при переходе в вертикальное положе-

**Таблица 1. Динамика ЧСС, АД на плече и на пальце во время активной полуортостатической пробы**

Изменения показателей (мм рт. ст., уд в мин)	ΔСАД		ΔДАД		ΔЧСС	
	I подгруппа	II подгруппа	I подгруппа	II подгруппа	I подгруппа	II подгруппа
<b>Снижение</b> ≥ -31	0	12 (2,1 %)*	0	0	0	0
-30 – (-26)	3 (1,4%)	7 (1,2 %)	0	0	0	0
-25 – (-21)	2 (1 %)	20 (3,6 %)	0	0	0	0
-20 – (-16)	4 (1,9 %)	37 (6,6 %)*	1 (0,5 %)	3 (0,5 %)	2 (1%)	3 (0,5 %)
-15 – (-11)	9 (4,3%)	55 (9,8 %)*	0 (0 %)	9 (1,6 %)	2 (1 %)	4 (0,7 %)
-10 – (-6)	23 (10,9 %)	81 (14,4%)	4 (1,9 %)	21 (3,7 %)	6 (2,8 %)	12 (2,1%)
<b>Без изм-й</b> - 5 - 5	96 (45,7 %)	198 (35,2 %)	83 (39,5 %)	242 (43,1 %)	68 (32,4 %)	218 (38,8 %)
<b>Повышение</b> 6 -10	37 (17,6 %)	63 (11,2 %)	56 (26,7 %)	129 (23 %)	62 (29,5 %)	169 (30,1 %)
11 - 15	18 (8,6%)	38 (6,8 %)	48 (22,8 %)	86 (15,3 %)	37 (17,6 %)	105 (18,7 %)
16 - 20	8 (3,8%)	24 (4,3 %)	16 (7,6 %)	53 (9,4%)	22 (10,4 %)	30 (5,4 %)*
21 - 25	10 (4,8 %)	9 (1,6 %)	2 (1 %)	19 (3,4 %)	9 (4,3 %)	14 (2,5%)
26 - 30	0	10 (1,8%)	0	0	1 (0,5 %)	3 (0,5 %)
≥31	0	8 (1,4 %)	0	0	1 (0,5%)	4 (0,7 %)

*Примечание* \* - достоверные отличия между подгруппами ( $p < 0,05$ )

ние более 10 мм.рт.ст., а снижение САД более 30 мм рт.ст. зарегистрировано только у больных АГ.

#### Литература:

1. Неинвазивные методы скрининговой диагностики хронических неинфекционных заболеваний /

Кательницкая Л.И., Глова С.Е., Хаишева Л.А., Браженский В.Н.// электронный ресурс Кардиосайт <http://www.cardiosite.ru/articles/article>.

2. Козловский, В.И. Методы исследования ортостатических реакций / В.И. Козловский (и др.) // ВГМУ, Витебск, 2010. – 254 с.

## КОНТРОЛЬ ФИКСАЦИИ ЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ЭЛЕКТРОДА – ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРЕМЕННОГО СТАБИЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ РИТМОМ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ БРАДИАРИТМИЯМИ

**Осмоловский А.Н.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Актуальность.** У ряда больных с острыми брадиаритмиями инфарктного происхождения после достижения эффективного ритмовождения при помощи пункционной трансвенозной временной эндокардиальной электрической стимуляции (ПТВЭЭС) сердца в тот или иной период времени наступает спонтанное прекращение эффективной стимуляции с регистрацией на ЭКГ высокоамплитудных артефактов стимулирующих импульсов, не вызывающие сокращений миокарда. Это дислокация контактной головки эндокардиального электрода в полость правого желудочка сердца, составляющая от 17 до 48% случаев ПТВЭЭС [1, 2].

На сегодняшний день отсутствует эффективная методика, позволяющая оценить качество фиксации эндокардиального электрода в трабекулах эндокарда правого желудочка сердца. Учтя недостатки всех имеющихся способов контроля фиксации эндокардиального электрода, а также базируясь на основных топографо-анатомических особенностях диафрагмы и соседних с ней органов, нами разработан более простой и легковыводимый способ контроля фиксации эндокардиального электрода с эндокардом правого

желудочка сердца у больных инфарктом миокарда, осложненным брадиаритмиями [3, 4]. Сущность предлагаемого способа заключается в том, что качество фиксации эндокардиального электрода проверяется электроимпульсными сокращениями диафрагмы, стимулируемой внутрипищеводным электродом.

**Материал и методы.** При проведении ПТВЭЭС сердца надежность контакта стимулирующего электрода ЭПВП с эндокардом правого желудочка сердца проверили способом контроля фиксации эндокардиального электрода у 25 больных Q-инфарктом миокарда, осложненным брадиаритмиями. Все больные были в возрасте от 42 до 78 лет (средний возраст  $60,6 \pm 9,3$  лет), в том числе 15 мужчин и 10 женщин.

**Результаты и обсуждение.** Дислокация эндокардиального электрода в полость правого желудочка сердца отсутствовала у 9 (36,0%) и выявлена у 16 (64,0%) из 25 больных инфарктом миокарда. У 13 (81,2%) из 16 больных диагностирован первичный инфаркт миокарда, в том числе у 5 – передней локализации, а у 8 – задней. У 3 (18,8%) – диагностирован повторный инфаркт миокарда задней локализации.

У 12 (75%) из 16 больных инфарктом миокарда