

жения защитных свойств организма, что при неустойчивой экологической и социальной среде может приводить к развитию заболеваний, приобретающих хроническое течение. Данные, полученные в результате анализа лейкоцитарной формулы с позиции определения

адаптационного потенциала организма, могут быть использованы при прогнозировании течения заболевания и для оценки эффективности проводимой терапии у лиц разных возрастных групп.

Медицинские науки

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗАМИ

**Абрамова Е.В., Жернаков Е.В.,
Пахомов С.П.**

*Белгородский государственный
университет
Белгород, Россия*

Гестоз - патология беременности, которая относится к наиболее угрожающим осложнениям, как для матери, так и для плода. Гестоз характеризуется глубоким расстройством функций жизненно важных органов и систем. По данным разных авторов, частота развития гестоза у беременных в нашей стране колеблется от 7 до 16 %.

Целью настоящего исследования явилось изучение физиологических особенностей женщин и эпидемиологии тяжёлых форм гестоза в Белгородской области.

Материалом для исследования послужило 300 историй болезни, при анализе которых, выявили 18 с изучаемой нозологией (6,00% ±1,37).

В ходе исследования были обследованы женщины в возрасте от 20 до 39 лет. Установлено, что женщины в возрасте старше 25 лет чаще страдали тяжёлыми формами гестоза (55,56% ±11,71) (p<0,05) от общего числа женщин.

Результаты исследования свидетельствуют в пользу взаимосвязи избыточной массы тела и возникновения тяжёлых форм гестоза. Так, женщины с массой тела до 65 кг. и от 65 до 80

кг. составляли 22,22% ±9,80 (p<0,05), а с массой тела от 80 до 100 кг. и более – 27,78% ±10,56 (p<0,05).

По показателям группы крови и резус фактору, можно судить о предрасположенности женщин к тяжёлым формам гестоза с положительным резус фактором (88,89% ±7,41) (p<0,05), вне зависимости от группы крови.

В анамнезе исследуемой группы женщин была выявлена гинекологическая патология: кандидозный кольпит (50,00% ±11,79) (p<0,05), эрозия шейки матки (22,22% ±9,80) (p<0,05), заболевания, передающиеся половым путём (16,67% ±8,78) (p>0,05), хронический аднексит (5,56% ±5,40) (p>0,05). В 27,78% ±10,56 (p<0,05) случаев, гинекологической патологии в анамнезе выявлено не было.

У 88,89% ±7,41 обследованных женщин (p<0,05) до беременности был регулярный менструальный цикл, а у 11,11% ±7,41 (p>0,05) женщин наблюдались нарушения менструальной функции до наступления беременности.

Среди патологии первой половины беременности следует выделить ранний токсикоз (55,56% ±4,71) (p<0,05) и угрозу прерывания беременности (44,44% ±4,71) (p<0,05).

Во второй половине беременности была выявлена сопутствующая акушерская патология: гипоксия плода (50,00% ±11,79) (p<0,05), хроническая фетоплацентарная недостаточность (38,89% ±11,49) (p<0,05), синдром задержки развития плода (27,78% ±10,56) (p<0,05), угроза прерывания беременности (16,67% ±8,78) (p>0,05).

Таким образом, у женщин Белгородской области развитие тяжёлых форм гестоза в большом проценте случаев было обусловлено некоторыми особенностями соматических и анамнестических показателей, что согласуется с данными других авторов и средними показателями по России.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ватолина Т.В.

*Учреждение РАМН НИИ Кардиологии
СО РАМН
Томск, Россия*

В группу наблюдения включены 57 пациентов. При поступлении стенокардия напряжения в среднем функциональный класс $2,88 \pm 0,09$. NYHA класс $2,5 \pm 0,09$. КДО составил $239,6 \pm 9,0$, КСО $160,2 \pm 7,6$, ФВ $33,2 \pm 1,3$, КСИ $86,1 \pm 4,2$, КДИ $121 \pm 5,0$, УО $75,6 \pm 3,6$.

Коронарное шунтирование проводилось 51 пациентам (89 %). Реваскуляризация ПНА у 50 (87 %), 3 из них (5,26%) ЧТКА. Вентрикулопластика выполнена 51 пациентам (89%), 40 по методике Дора (70,1%), 7 по Мениканти (12,2%), 4 (7,01%) линейные пластики аневризмы. Резекция аневризмы сопровождалась эндокардэктомией в 18 случаях (31,57%), тромбэндокардэктомией в 8 случаях (14%).

Пластика клапанов проводилась при 2 и более степени недостаточности, проводилась 11 пациентам (19,2%), пластика митрального и трикуспидального клапана (по Де Вега) 4 человекам (7,01%), пластика одного трикуспидального клапана (по Де Вега) у 1 (1,75%).

Все пациенты по отдаленным результатам оперативного лечения были разделены на 2 группы. В 1 группе 29 пациентов (80,5%), во 2-й – 7 (19,4%). Отмечалось достоверное снижение КДО на 92 мл, КСО на 86 мл, КСИ на 49,7, КДИ на 49,5; увеличение ФВ на 17%.

Сердечная недостаточность (по Стражеско-Василенко) 1 – у 27 человек (93,1%), 2а – у 2 человек (6,8%). По NYHA 1 ФК у 12 человек (41,3%), 2 ФК у 17 (58,6%) человек.

Все пациенты 2-й группы были прооперированы по методике Дора (сочетанной с АКШ). На операции у всех пациентов отмечался большой объем пораженного эндокарда (до основания папиллярных мышц), проводилась эндокардэктомия. Пластика клапанов не проводилась в связи с исходно низкой степенью митральной регургитации (0-1). Причиной ухудшения состояния 4-х человек было нарастание митральной недостаточности, за счет растяжения фиброзного кольца МК, и, как следствие легочной гипертензии.

В связи с тем, что рубцовоизмененный эндокард зачастую поражает значительную площадь, при использовании методики Дора, происходит деформация остаточной полости ЛЖ, которая приобретает сферическую форму за счет укорочения продольной оси ЛЖ. Увеличивается натяжение стенок ЛЖ, растягивается фиброзное кольцо МК, что в отдаленном периоде проявляется прогрессированием митральной регургитации, нарастанием легочной гипертензии. При сочетании вентрикулопластики по Дору и пластики МК этого не наблюдается, и результаты остаются удовлетворительными.

Методика Мениканти заключается в сохранении оптимального размера длинной оси и эллипсоидной формы ЛЖ. Используя макет ЛЖ, формируется верхушка, к которой подшивается край заплаты, другой край – к границе рубцовоизмененного миокарда межжелудочковой перегородки. Тем самым она располагается в косой проекции и не влияет на сокращение стенки ЛЖ. Избыток рубцовоизмененной ткани задней стенки ЛЖ сшивается гофрирующим швом, который является второй стенкой конусовидного новообразованного ЛЖ.

Выводы: 1. При дилатированной полости левого желудочка операцией выбора является вентрикулопластика в сочетании с реваскуля-