

ние заболеваемости на 38%, что связано со многими причинами, в том числе с факторами среды обитания. Высокий уровень болезней отмечается в континентальной биозоне критической экологической ситуации. В зонах критической и напряженной экологической ситуации наблюдается нарастание уровня заболеваемости от побережья к континентальной биозоне. Необходимо отметить, что критическая экологическая ситуация как в континентальной биозоне, так и на побережье представлена крупными промышленными центрами, где антропогенный прессинг на популяционное здоровье особенно велик, что и обуславливает высокие уровни распространенности болезней системы кровообращения у взрослого населения. С использованием регрессионного анализа проведена комплексная оценка влияния факторов среды обитания на распространенность болезней системы кровообращения в зависимости от биоклиматической зоны. В континентальной биозоне значительное влияние оказывают уровень загрязнения атмосферного воздуха, число дней с биологически активной солнечной радиацией (БАСР), характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, число дней с со скоростью ветра >15; в переходной биозоне – транспортные нагрузки, санитарное состояние почвы, число дней с биологически солнечной радиацией; на побережье – неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, уровень загрязнения атмосферного воздуха.

гоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, число дней с со скоростью ветра >15; в переходной биозоне – транспортные нагрузки, санитарное состояние почвы, число дней с биологически солнечной радиацией; на побережье – неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, уровень загрязнения атмосферного воздуха.

Заключение. Анализ полученных результатов и сопоставление их с данными литературы позволило предположить, что региональные особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста по классу болезней системы кровообращения зависят в том числе и от биоклиматических, эколого-гигиенических факторов среды обитания. Климатогеографические и экологические факторы регионов, социально-демографические особенности могут обуславливать отклонение от общероссийских тенденций состояния здоровья населения, влиять на качество региональных трендов, в частности на улучшение или ухудшение состояния здоровья в регионе относительно российских или общемировых тенденций.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

КРАСНОВА О.И., ГОЛОВАНОВА И.А., ПЛУЖНИКОВА Т.В., ТОВСТЯК М.М.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. В Украине, как и большинстве стран мира, ведущее место среди причин смертности занимают болезни системы кровообращения. Основными среди заболеваний сердечно-сосудистой системы остаются ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и гипертоническая болезнь.

Цель нашей работы. Провести анализ динамики показателей заболеваемости населения Украины по сердечно-сосудистым болезням и причин их возникновения.

Материал и методы. Медико-статистический, системный подход и анализ библиосемантический.

Результаты. В последние годы заболеваемость населения Украины по сердечно-сосудистым болезням остается на достаточно высоком уровне. Ежегодно в Украине регистрируется около 52 тыс. случаев инфаркта миокарда, 100–120 тыс. инсультов, 20 тыс. аритмий, 4 тыс. приобретенных пороков сердца. Самые высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в Николаевской и Ивано-Франковской областях, а самые низкие – в Запорожской, Херсонской, Волынской и Черновицкой областях. Следует отметить, что каждый год на Украине рождается 4,5 тыс. детей с врожден-

ными пороками сердца. Самые высокие показатели заболеваемости среди детей регистрируются в Харьковской, Ровенской, Николаевской, Житомирской областях, а самые низкие – в Львовской и Херсонской областях. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности населения в Украине. Ежегодно от них умирает 426 тыс. людей, и среди них большее количество – лица трудоспособного возраста. В Украине ежедневно умирает 22 пациента с острым инфарктом миокарда. Отмечается тенденция увеличения смертности (на 20%) от сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста. По данным исследования, только 17–25% взрослого населения Украины не имеет ни ишемической болезни сердца, ни факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии. Остальная часть населения нуждается в первичной или вторичной профилактике. К основным причинам возникновения сердечно-сосудистых заболеваний относятся несоблюдение здорового образа жизни, а именно курение, недостаток физической активности, нездоровое питание и чрезмерное употребление алкоголя. Также в зону риска входят люди с избы-

точным весом, повышенным артериальным давлением и повышенным уровнем сахара в крови. Для снижения заболеваемости сердечно-сосудистой патологией необходимо в первую очередь на местном уровне усилить меры первичной и вторичной профилактики, обеспечить учреждения здравоохранения современным лечебно-диагностическим оборудованием, усилить мероприятия по систематической подготовке специалистов.

Заключение. Сердечно-сосудистые заболевания – большая медико-социальная проблема, для решения которой необходима не только государственная поддержка, но и вмешательство центральных и местных органов исполнительной власти: усилить меры профилактики, обеспечить лечебные заведения современным лечебно-диагностическим оборудованием, улучшить реабилитационные мероприятия.

О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭЛЕКТРОДНОГО ЭНДОКАРДИТА И ТРОМБОЗА

КРЫЛОВ В.А., ЦОКОЛОВ А.В., НАСТАЕВА М.В.

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия

Тромбозмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одно из наиболее грозных осложнений электро-стимуляционного лечения больных с нарушениями ритма и проводимости сердца. Литературные данные свидетельствуют, что апикальная электрокардиостимуляция (ЭКС) в 15% случаев сопровождается развитием ТЭЛА, имеющей, как правило, латентную форму. Ситуация осложняется еще и тем, что тромбообразование возможно и на электроде. Также возможно формирование вегетаций на электродах ЭКС, о чем имеются немногочисленные литературные данные. Поэтому наличие дополнительных эхо-сигналов на электродах не может трактоваться однозначно в пользу тромбоза последнего. Представленный клинический случай служит тому подтверждением.

Материал и методы. У пациента 74 лет на фоне клиники ТЭЛА и рецидивирующей полисегментарной абсцедирующей пневмонии на протяжении двух месяцев регистрировалась клиника септицемия при недостаточном эффекте от проводимой комбинированной антибактериальной терапии. При трансторакальном и чреспищеводном ЭхоКГ-исследовании на приборе GE Logiq P6 (США) в правом предсердии (ПП) визуализировался электрод ЭКС, утолщенный до 8–12,1 мм, с нечеткими контурами, за счет рыхлых наложений средней и низкой плотности, с их минимальной подвижностью. Учитывая персистирующий субфибрилитет и септицемию, ЭхоКГ-картина не могла быть расценена однозначно как тромбоз электрода, сохраняя вероятность электродного эндокардита. Ввиду низкой эффективности проводимой антибактериальной терапии был выставлен диагноз «Бактериальный эндокардит. Тромбоз

электрода ЭКС». Поскольку у пациента ранее был установлен кава-фильтр, источником тромбозов в легочную артерию мог служить электрод ЭКС. Через 6 месяцев, при повторном ЭхоКГ-исследовании электрод имел нормальный диаметр (2,1–2,6 мм) с достаточно четкими однородными контурами. На фоне длительно проводимой тромболитической терапии ситуация с ТЭЛА была решена.

Результаты. С учетом динамики изменения «толщины и структуры» электрода в ПП выявляемые ранее изменения «постфактум» трактовались как «рыхлые подвижные тромботические массы». Характерная локализация очагов эмболизации в легких связана с особенностями анатомического строения артериальной системы легких: кровоснабжение 4–5 правых и 8–9 левых бронхолегочных сегментов осуществляется из крупных ветвей легочных артерий, анатомически являющихся прямым «продолжением» основной сосудистой магистрали.

Заключение. В качестве перспективной методики своевременной диагностики тромбозмболии мелких ветвей легочной артерии у больных с имплантированными ЭКС должна рассматриваться методика перфузионной сцинтиграфии легких наряду с обязательным выполнением ЭхоКГ, рентгенографии органов грудной клетки и лабораторного звена обследования данных пациентов. Предложенный же клинический случай демонстрирует необходимость настороженного отношения врачей к возможному развитию тромбоза внутрисердечных электродов, не забывая об инфекционном эндокардите и о необходимости своевременной диагностики последнего.