



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
e-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
Т.С. Ахметгалиева
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 1500 экз.

Журнал распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Разумов А.С. - ответственный секретарь,
Подолужный В.И. - зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.,
Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Гале-
ев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Ке-
мерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк),
Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Но-
виков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Ке-
мерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Ус-
тьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово),
Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шра-
ер Т.И. (Кемерово).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

М.С. Котов, В.И. Подолужный, И.Н. Зайков
СПЕРМАТОГЕНЕЗ И ВЛИЯНИЕ ПАХОВОГО
ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ...3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**Н.И. Тарасов, М.Н. Гзогян,
С.А. Макаров, Л.Н. Хорошая**
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА,
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРВАЛЬНЫХ
И ПОСТОЯННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК7

О.В. Баховудинова, М.Н. Гзогян, Н.И. Тарасов
ВЛИЯНИЕ ЭТАПНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО-
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА11

О.А. Михайлуц, А.П. Фокин
ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ
РАЗВИТИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕНАТАЛЬНОГО
УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ15

В.И. Лотц
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ
ОПЕРАЦИИ НА ПОСТОЯННОМ СОСУДИСТОМ
ДОСТУПЕ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА19

**А.П. Торгунаков, Ю.И. Кривов,
С.А. Торгунаков, К.С. Радивилко**
ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ
ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПОСЛЕ
ЛЕВОСТОРОННЕГО РЕНОПОРТАЛЬНОГО
ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА22

**Е.П. Юркин, Э.П. Землянухин,
Д.С. Кривоносов, Н.И. Тарасов**
ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА
С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST28

**А.А. Марцияш, Л.А. Ласточкина,
Е.А. Вострикова, Д.С. Кривоносов, Н.И. Тарасов**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ33

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В.Г. Богданов
ХИРУРГ
В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО37

ОБМЕН ОПЫТОМ

**Е.А. Вострикова, Л.О. Багрова, Э.П. Землянухин,
С.В. Малиновский, Е.Г. Аржаева**
ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНОСТИ
ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ
НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ41

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г.П. Петров, А.Г. Петров
КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ
ИМИДЖА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ44

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ48

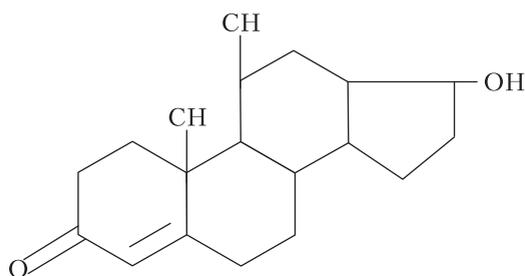


М.С. Котов, В.И. Подолужный, И.Н. Зайков
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 г. Кемерово

СПЕРМАТОГЕНЕЗ И ВЛИЯНИЕ ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

В половом и в сперматологическом отношении среди эндокринных органов яичко стоит на первом месте. Образующийся в яичке и оказывающий наиболее сильное действие андроген называется тестостероном.

Рисунок 1
Молекула тестостерона



Химически он близок к холестерину и может быть получен из него. В кристаллической форме первым его изолировал Laguard в 1935 году, и синтетическим путем получили Butenandt в 1934 г. и Ruzicka в 1935 г. [9]. Полученные из мочи андростерон и дигидроандростерон химически почти не отличаются от тестостерона, но их действие в 6-20 раз слабее.

Тестостерон рассматривается как генинная форма; андростерон — его экскреторная форма. Местом возникновения тестостерона считаются интерстициальные клетки Лейдига в яичке, которые также называют интерстициальной тканью. Действие гормона заключается в том, что он способствует росту мужских половых органов (полового члена, предстательной железы, семенных пузырьков, Куперовых желез и т.д.) и стимулирует их функцию.

Сперматогенез имеет место только в присутствии тестостерона. И если этот гормон отсутствует, в семенных пузырьках прекращается образование важной для метаболизма и движения сперматозоидов фруктозы, а также уменьшается секреция предстательной железы. Для стимуляции семенных пузырьков требуется в три раза большее количество андрогена, чем для стимуляции предстательной железы. Этот гормон играет ведущую роль в развитии вторичных половых признаков.

К продуктам расщепления тестостерона относятся нейтральные 17-кетостероиды. Нейтральные 17-кетос-

тероиды выявляются в моче. При выяснении определенных патологических состояний сперматогенеза их определение является обязательным. Клетки Лейдига стимулируются гонадотропином, в частности, фракцией, стимулирующей интерстициальные клетки (ИКСГ). При отсутствии этой фракции страдает функция лейдиговских клеток, а иногда она полностью выпадает. Это, в свою очередь, приводит к тому, что, находящиеся под воздействием андрогена указанные выше половые органы, также функционируют слабее.

При постоянном недостатке тестостерона наступает атрофия придаточных половых органов. То, что у взрослых, например у поздно кастрированного мужчины, эта атрофия развивается не полностью, объясняется наличием стероидного гормона коры надпочечников. Во взрослом возрасте и при потере всей ткани Лейдига образуется столько андрогена коры надпочечников, сколько требуется для того, чтобы предохранить придаточные половые органы от полной атрофии и даже сделать возможной определенную пониженную функцию, которая клинически проявляется в ослаблении *potentia coeundi* (коитальной потенции) и в понижении количества эякулята. Это происходит благодаря коррелятивной связи между гормонами коры надпочечников и аденокортикотропного гормона [9].

В общей сумме кетостероидов количество гормонов коры надпочечников с андрогенным действием составляет 5/8 всех андрогенных веществ организма. И только 3/8 выпадают на долю яичек. Однако в интактном организме при нормальных условиях андрогены коры надпочечников оттесняются более эффективными тестостероновыми соединениями на задний план. Таким образом, снижение выработки тестостерона в яичках, вне зависимости от причины, оказывает существенное отрицательное влияние на репродуктивную функцию, вызывая бесплодие и эректильную дисфункцию [9].

Способность к оплодотворению находится в тесной связи с состоянием семяобразующих органов и семявыносящих путей. Образующие сперматозоиды извитые каналы яичка составляют густой клубок, при помощи пинцета они могут быть вытянуты в форме длинных нитей. Один каналец имеет длину приблизительно в 45 см. Содержащие эти каналы дольки яичка (250-300) направляются к гайморову телу. Извитые каналы переходят в прямые каналы, образующие тестикулярную сеть. Далее эти каналы

цы попадают в виде 12-14 семявыводящих канальцев в головку придатка яичка, где они объединяются в единый проток, epididimis.

Гистологическая картина извитого канальца характеризуется клетками сперматогенеза, сперматозоидами и системой клеток Сертоли. На базальной мембране находятся первобытные и ранние формы сперматозоидов — сперматогонии; затем следуют слои, содержащие большие плазмы сперматоцитов, пресперматидов и, наконец, сперматидов.

В половозрелом яичке в просвете канальцев имеются многочисленные сперматозоиды, которые в значительной своей части заложены головкой в Сертолиевых клетках. Последние — это угловатые образования с зернистой плазмой, протягивающиеся от основания канальцев до просвета и расположенные между сперматогенетическими клетками. Между канальцами яичка расположена соединительная ткань и группы клеток Лейдига. Эти клетки имеют полигональную форму, малое ядро и светлую плазму, в которой находятся кристаллоиды Рейнке, жировые капли, соответственно возрасту прочные липоиды и гистохимически выявляемые плазмогенные зернышки [9].

Деятельность яичек начинается в период полового созревания, то есть в 13-15-летнем возрасте, и вызывает явные гистологические изменения. Интересно то, что сперматогенез начинается еще до начала гормональной функции яичек. Окончательно клетки Лейдига развиваются приблизительно за 6-12 месяцев до начала образования сперматозоидов.

Средним временем первой эякуляции установлен возраст в 13,8 лет. Сперматозоиды обычно имеются в небольшом количестве, и обладают малой оплодотворяющей способностью. Картина спермы к 14-15 годам уже может приближаться к нормальной.

В половозрелом яичке функционируют одновременно не все канальцы, сперматогенез происходит в отдельных канальцах в неодинаковой степени, а в некоторых из них вовсе приостанавливается. Это зависит от уровня половой активности. С годами сперматогенез и оплодотворяющая способность постепенно снижаются, сохраняясь с индивидуальными различиями до старческого возраста. По данным Exner, у 165 стариков найдены сперматозоиды в соотношении, представленном в таблице [цит. по 9].

Положительные результаты анализа спермы 70-90-летних мужчин не означают, однако, адекватной плодовитости. Регрессивный возрастной процесс по-разному влияет на канальцы: наряду с тотальной атрофией, в яичках встречаются и нормальные канальцы. Фиброзу канальцев способствует прекращение деятельности клеток Лейдига, то есть понижение содержания андрогенов. Согласно исследованиям, инволютивный процесс яичек впервые проявляется приблизительно в 60-летнем возрасте. Старческие яички в 83 % случаев показывали признаки атрофии.

Схема человеческого сперматогенеза по Leblon-Krenpon [цит. по 9] представлена на рисунке 3. В нормальном яичке клетки, предшествующие сперматозоиду находятся в следующем соотношении: сперматогонии — до 17 %, сперматоциты — до 30 %, спер-

Рисунок 2
Схема поперечного разреза канальца яичка у человека по Stieve (1 - сперматозоиды, 2 - сперматиды, 3 - сперматогоний в состоянии деления, 4 - пресперматиды, 5 - сперматоцит, 6 - сперматогонии, 7 - первичные зародышевые клетки, 8 - клетки Сертоли) [цит. по 9]

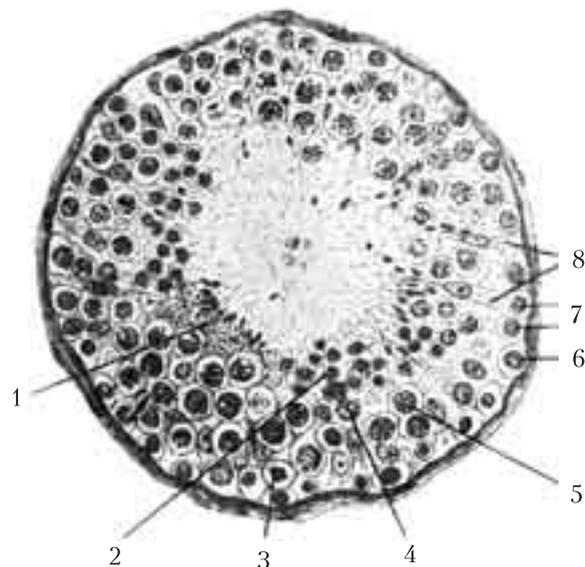


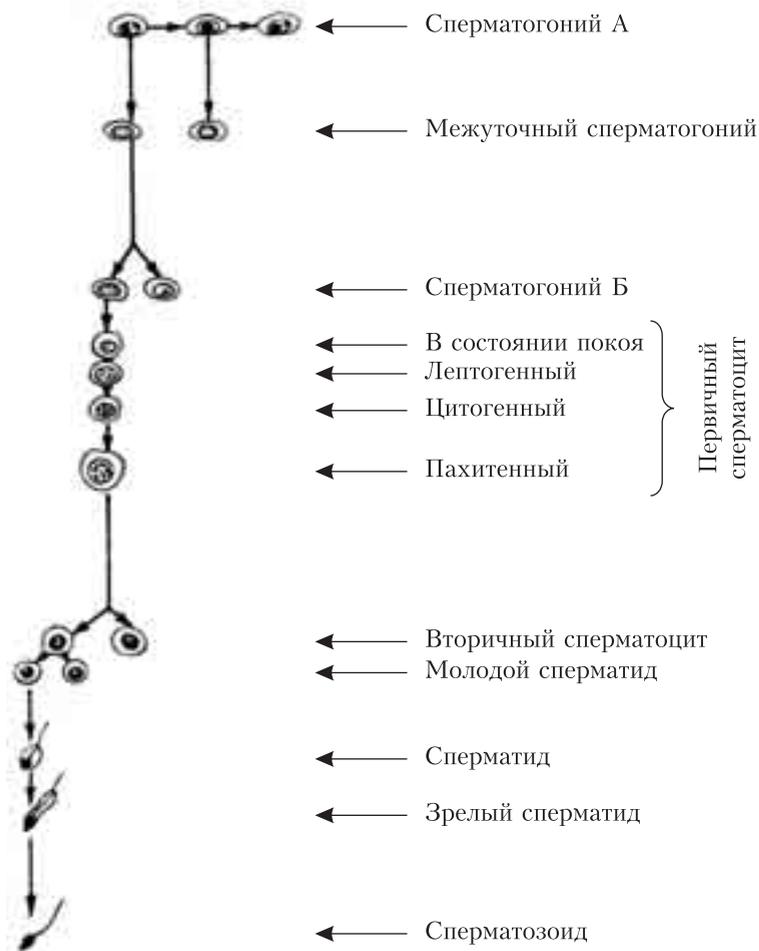
Таблица
Содержание сперматозоидов в яичке у лиц старше 60 лет (Exner)

Возрастная группа	Содержание сперматозоидов в яичке
61-70 лет	68,5 %
71-80 лет	59,5 %
81-90 лет	48,0 %

матиды — до 50 %. Следует считать, что время, в течение которого сперматозоид полностью развивается из сперматогония, составляет 72-74 дня [9]. Для нормального сперматогенеза должны выполняться определенные условия. При температуре тела сперматогенеза нет. При понижении ее на 2-4°C, он наступает и становится интенсивным. Температура мошонки ниже температуры тела на 1-3°C. Тепло поражает находящиеся в состоянии митоза клетки и приводит к увеличению числа патологических форм сперматозоидов. Это наблюдается при лихорадочных состояниях. И, как правило, такие случаи гипо- или даже аспермии обратимы [9].

Наличие паховой грыжи (ПГ) меняет температуру яичка. Особенно это касается пахово-мошоночных грыж, когда содержимое грыжевого мешка находится в непосредственной близости от гонады. Е. Молнар [9] и Е.П. Мельман с Б.В. Грицуляком [8] утверждают о наличии негативного влияния факта наличия ПГ на функцию мужских гонад. И.М. Порудоминский и другие авторы [5, 10, 12] вплотную связывали наличие паховой грыжи с сексуальными расстройствами, что объясняется и механическим фактором действия на сосудистые структуры семенного канатика (СК).

Рисунок 3
Схема человеческого сперматогенеза по Leblon-Krenmon [цит. по 9]



Вместе с тем, большинство методик оперативного лечения ПГ предполагает проведение манипуляций, прямо или косвенно связанных с СК (сужение глубокого пахового кольца вокруг СК, мобилизация и перемещение последнего, сужение наружного отверстия пахового канала, выделение грыжевого мешка). Семенной канатик попадает в зону послеоперационного рубца, что приводит к образованию рубцовых сращений. По данным литературы, структурами СК, действие на которые может приводить к снижению фертильности, являются артерии, вены, лимфатические сосуды, семявыносящий проток и нервы [1, 7, 13].

Кровоснабжение яичка, придатка и СК, а также их оболочек, обеспечивается тремя артериями: внутренней семенной, наружной семенной, артерией семявыносящего протока. Вены СК составляют венозное сплетение и впадают справа в нижнюю полую вену, а слева — в почечную вену. Установлено [14, 15], что артерии яичка и придатка неавтономны и широко анастомозируют между собой; анастомозирующая с ними а. spermatica externa питает в основном оболочку яичка; случайная перевязка а. spermatica interna при грыжесечении не может вызвать некроза или атрофии яичка. Однако доказано [9, 16],

что артерия семявыносящего протока не может целиком заменить внутреннюю семенную артерию при выключении ее из питания яичка.

Расстройства кровообращения также негативно сказываются на секреторной и инкреторной функциях половой железы. На этом фоне в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах нередко наблюдаются такие осложнения со стороны СК, мошонки и яичка, как снижение кровоснабжения СК, атрофия, высокое стояние, девиация, отвисание, стойкие отеки, водянка яичка, отсутствие кремастерного рефлекса, а также орхит и эпидидимит [2, 6, 15].

Нарушение венозного оттока крови на уровне СК обуславливает нарушение терморегуляции мошонки и, наряду с другими факторами, способствует ухудшению морфофункционального состояния яичка [15].

Описанные нарушения кровообращения СК и яичка являются причиной возникновения хронической ишемии половой железы. Развивающаяся ишемия сопровождается некробиотическими изменениями сперматогенного эпителия с утратой сперматогенеза и снижением гормональной продукции, что в итоге может привести к бесплодию [9, 15].

Манипуляции на СК и неоправданное сужение внутреннего пахового кольца при оперативных вмешательствах по поводу ПГ, по данным В.И. Васильева [2], ведут к обтурационной аспермии и, соответственно, к мужскому бесплодию у 10 % прооперированных больных.

Как правило, обструкция семявыносящих путей и ее последствия остаются незамеченными до обращения пациентов к врачу по поводу бесплодного брака. Длительная обтурация семявыносящего протока за счет перевязки-пересечения или за счет воспалительно-рубцового процесса вокруг протока ведет к парезу его сохранных отделов и нарушению сперматогенной функции яичка не только на стороне поражения, но и контралатерального. В основе нарушения сперматогенеза лежат сложные патофизиологические изменения, включая нарушение гематотестикулярного барьера и аутоиммунное повреждение герминативного эпителия, усугубляемые гипертонзией в канальцах яичка, приводящие в 80 % к развитию иммунологического бесплодия, чем объясняется наблюдаемая у многих больных неэффективность его хирургического лечения, несмотря на восстановление пассажа семенной плазмы [2, 3, 6, 9, 15].

В паховой области расположены n. ilioinguinalis, n. iliohypogastricus. Последний проходит в толще передней брюшной стенки выше spina ossis ilii anterior superior и далее между m. obliquus internus и m. transversus. Первый располагается ниже и вы-

ходит через поверхностное паховое кольцо. Во время операции пахового грыжесечения возможно повреждение указанных нервов СК и m. cremaster, приводящих к нарушению терморегуляции мошонки, нарушению нормального сперматогенеза, а также к частичной атрофии яичка, на что указывают и другие исследователи [2, 3]. Указанные осложнения, по данным разных авторов [11], встречается после пахового грыжесечения у 13,2 % оперированных. По мнению Ф.И. Стехуна [15], грыжесечение, перенесенное в любом возрасте, приводит к достоверному снижению сперматогенной и гормональной функции яичек.

У больных, оперированных эндохирургическим способом, выявлен значительно лучший кровоток по канатиковым артериям, чем у больных, оперированных традиционным способом. [4]. Однако при исследовании эякулята обнаружено, что в группе больных с не оперированными ПГ основные параметры также отличались от соответствующих в контрольной группе (у здоровых) [4].

Проблеме влияния герниопластики на репродукцию уделяется явно недостаточное внимание не только в общей, но и в специальной литературе. Внедряются все новые способы пластики, основным показателем качества которых (и вполне оправданно) считают процент рецидива в послеоперационном периоде. Но, кроме того, одним из важнейших показателей качества операций той или иной методики пахового грыжесечения должно являться изучение влияния его на половую функцию у мужчин. Естественно, наибольшее значение это имеет в детском возрасте, а также в репродуктивном периоде (от 20 до 40 лет) [2, 3, 5].

Приведенные в литературе данные об утрате фертильности эякулята при огромном количестве ежегодно выполняемых оперативных вмешательств у мужчин репродуктивного возраста не позволяют оставить без внимания проблему влияния пахового грыжесечения на состояние яичка, на репродуктивную функцию. Проблема пахового грыжесечения неразрывно связана с проблемой нарушения герминативной функции больного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Асимов, А.С. Репродуктивная функция у мужчин после пахового грыжесечения /А.С. Асимов, И.Б. Насури //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1972. – № 3. – С. 68-70.
2. Васильев, В.И. Грыжесечение как одна из причин мужского бесплодия /В.И. Васильев //Хирургия. – 1990. – № 8. – С. 70-74.
3. Васильев, В.И. К вопросу о ятрогенной обтурационной аспермии /В.И. Васильев //Тезисы I-го конгресса Профессиональной ассоциации андрологов России //Андрология и генитальная хирургия: Приложение. – М., 2001. – С. 72.
4. Влияние различных видов паховой герниорафии на репродуктивную функцию мужчин /А.В. Протасов, Г.М. Рутенберг, В.А. Пономарев и др. //Эндоскопическая хирургия. – 1997. – № 4. – С. 37-39.
5. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций /В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир. – Симферополь, 2002. – 440 с.
6. Куклина, М.А. Клиническое значение исследования эякулята: метод. рекомендации /М.А. Куклина, И.И. Миронова. – М., 1982. – 28 с.
7. Мазченко, Н.С. Ошибки и опасности при неуцеленных паховых грыжах /Н.С. Мазченко //Хирургия. – 1977. – № 12. – С. 90-92.
8. Мельман, Е.П. Изменения кровеносных сосудов яичка и его паренхимы при наличии пахово-мошоночной грыжи и после грыжесечения /Е.П. Мельман, Б.В. Грицуляк //Клиническая хирургия. – 1974. – № 8. – С. 72-75.
9. Молнар, Е. Общая сперматология /Е. Молнар. – Будапешт, 1969. – 296 с.
10. Нестеренко, Ю.А. Хирургическое лечение паховых грыж /Ю.А. Нестеренко, Ю.Б. Салов //Хирургия. – 1982. – № 8. – С. 119-123.
11. Петровский, Б.В. Грыжесечение как причина бесплодия мужчин /Б.В. Петровский, В.С. Крылов, А.М. Боровиков //Хирургия. – 1985. – № 9. – С. 3-5.
12. Порудоминский, И.М. Бесплодие у мужчин /И.М. Порудоминский. – Л.: Медгиз, 1964. – 121 с.
13. Репродуктивная функция мужчин после пахового грыжесечения /А.В. Протасов, Г.М. Рутенберг А.С. Сегал и др. //Урология и нефрология. – 1999. – № 2. – С. 46-48.
14. Руководство по андрологии /под ред. О.Л. Тиктинского. – Л.: Медицина, 1990. – 416 с.
15. Стехун, Ф.И. Осложнения пахового грыжесечения у мужчин /Ф.И. Стехун //Хирургия. – 1985. – № 9. – С. 93-95.
16. Charny, Ch.W. Congenital absence of the vas deferens /Ch.W. Charny, J.L. Gillenwater //J. Urol. – 1965. – Vol. 93. – P. 399.

Н.И. Тарасов, М.Н. Гзогян, С.А. Макаров, Л.Н. Хорошая
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 Кемеровский кардиологический диспансер,
 г. Кемерово

ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРВАЛЬНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Важным аспектом реабилитации и вторичной профилактики больных, перенесших инфаркт миокарда, являются систематические физические тренировки. Проведение физических тренировок высокой эффективности вызывают сомнения в их безопасности и эффективности. Выбор режима физических нагрузок должен базироваться на тщательном контроле состояния больного в период физической реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, вторичная профилактика, физические тренировки.

The important rehabilitation and postexposure aspect at patients, sustained myocardial infarction – is systematic physical training. High efficiency physical training gives rise to doubt in its safety and efficiency. The choice of physical activity condition should be based on careful control of patient status on physical rehabilitation period.

Key words: rehabilitation, postexposure, physical activity.

Особенно актуальной в настоящее время является проблема реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), поскольку болезнь чаще развивается у трудоспособных, творчески активных лиц, приводя к частичной или полной утрате трудоспособности [1, 2, 3].

Систематические физические тренировки традиционно считаются важным аспектом в программе реабилитации и вторичной профилактике больных, перенесших ИМ. В литературе давно высказываются сомнения в эффективности, безопасности, а значит, и в целесообразности проведения тренировок высокой эффективности, однако работ, в которых детально изучалось бы влияние тренировок различной интенсивности на функцию левого желудочка (ЛЖ) сердца, немного [4, 5, 6].

Проблема внедрения физической реабилитации на амбулаторном этапе в повседневную клиническую практику лечения больных ИМ, ассоциированным с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), чрезвычайно сложна. С одной стороны, для этого тяжелого в клиническом плане контингента больных ха-

рактерны высокая летальность, низкое качество жизни, негативное отношение к окружающим, поэтому такие больные требуют к себе бережного отношения. С другой стороны, практический врач, находясь на поликлиническом приеме, не имеет четких рекомендаций по физической реабилитации больных с ХСН [7, 8].

В последние годы исследуются возможности потенцирования эффекта тренировок с помощью лекарственных средств. Исследования, выполненные в хорошо спланированных солидных рандомизированных трайлах за рубежом и в России, показали, что наиболее перспективными методами коррекции ИБС, ассоциированной с ХСН (в частности, у больных, перенесших ИМ), являются β -адреноблокаторы нового поколения и ингибиторы АПФ.

В связи с чем, в данном исследовании было проанализировано влияние и безопасность длительных (12 месяцев), интервальных и постоянных контролируемых велотренировок с α_1 -, β_1 -, β_2 -адреноблокадой и ингибированием АПФ на регресс сердечной недостаточности и внутрисердечной гемодинамики у больных инфарктом миокарда.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были проанализированы 106 больных (100 %), перенесших Q-образующий ИМ, ассоциированный с умеренной (I-II ФК) и выраженной (III ФК) ХСН.

Реабилитация пациентов после перенесенного ИМ проходила в условиях стационара, кардиологического санатория в течение 21 дня, на амбулаторном этапе до 12 месяцев и, помимо антиишемической медикаментозной терапии, включала в себя программу ускоренной физической реабилитации, лечебную физкультуру, тест шестиминутной ходьбы, дозированную ходьбу, соблюдение диеты и физические тренировки на велотренажере. Физические тренировки выполнялись на всех этапах реабилитации (стационарный, санаторный, амбулаторный).

В зависимости от проведения физических тренировок, все пациенты были разделены на две группы. Первую группу (n = 47) составили пациенты, которым были проведены интервальные физические тренировки на велоэргометре. Вторую группу (n = 59) составили пациенты с постоянными физическими тренировками.

У всех больных, вошедших в исследование, проводили подробный сбор анамнеза, тщательный объективный осмотр, в течение 12 месяцев оценивали клиническое состояние пациентов, переносимость физических нагрузок, наличие или отсутствие «новых» коронарных событий, клинические и гемодинамические проявления сердечной недостаточности, частоту госпитализаций по поводу обострений ишемической болезни сердца (ИБС), смертельных исходов.

Контрольные исследования включали в себя:

1. Объективный осмотр, оценка особенностей течения ИМ и динамики клинико-функциональных показателей.
2. ЭКГ в покое.
3. Велоэргометрия (ВЭМ) — на компьютеризированной системе «TORNEO-RUMBA». Пробу проводили на 8-10 день от развития ИМ и далее во время проспективного наблюдения после отмены (за 1,5-2,5 сут.) коронароактивных препаратов, при необходимости больной мог пользоваться таблетками нитроглицерина. Пробу выполняли в положении больного сидя в седле, со скоростью педальирования 60 оборотов в 1 минуту, со ступенчатой, непрерывно возрастающей нагрузкой, начиная с 25 Вт, с последующим ежеминутным увеличением нагрузки на 10 Вт до достижения критериев прекращения пробы. Велотренировки (ВТ) проводились под контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений. Прирост частоты сердечных сокращений составлял 31-76 % от пороговой величины. В последние 5 минут ВТ пациент постепенно снижал частоту педальирования до полной остановки.
4. Тест шестиминутной ходьбы — каждому пациенту предлагалось в течение 6 минут ходить в максимально быстром и комфортном для него темпе по размеченному с интервалами в 1-2 м коридору и стараться преодолеть максимальную дис-

танцию. Больной самостоятельно выбирал темп ходьбы, который не вызывал у него одышки, утомляемости, стенокардии и сердцебиения. При необходимости пациент мог останавливаться, присаживаться для отдыха. Время, затраченное на отдых (в том числе при быстрой ходьбе), входило в общие 6 минут теста. По истечении 6 минут проводился повторный контроль ЧСС и АД. При необходимости проводился ЭКГ контроль. Оценивали расстояние, которое пациент мог преодолеть за 6 минут и, соответственно этому расстоянию, определяли ФК ХСН: если пациент преодолевал расстояние 426-550 м, то его относили в группу I ФК ХСН, 301-425 м — II ФК ХСН, 150-300 м — III ФК ХСН, менее 150 м — IV ФК ХСН. В итоге, получали информацию о функциональных возможностях и определяли динамику состояния наблюдаемых пациентов.

5. ЭХО-КГ.
6. Суточное мониторирование ЭКГ.
7. Оценка качества жизни по Миннесотскому опроснику.

Тренировки, проводимые на велотренажере, начинались на следующий день после исходной пробы с физической нагрузкой и проводились 5-6 раз в неделю в течение 3-х недель в утренние часы, не ранее, чем через 2 часа после еды.

Интервальные физические тренировки продолжались по 16 минут и были разделены на рабочие фазы по 30 секунд и активные восстановительные фазы по 60 секунд, интенсивность рабочих фаз при интервальных физических тренировках составила 50 % от пиковой силовой нагрузки, достигнутой в течение быстрого нагрузочного теста. Во время восстановительных фаз больные крутили педали с нагрузкой 10 Вт. Постоянные физические тренировки продолжались также по 16 минут, но с постоянным рабочим уровнем, используя среднюю нагрузку, выполняемую при интервальных физических тренировках.

В дни, когда физические тренировки не проводились (выходные дни), 2 раза в неделю (суббота, воскресенье), пациенты производили самостоятельные тренировки в виде естественной ходьбы по ровной поверхности со скоростью шагов, соответствующей тренирующей мощности при ВЭМ. В результате этого, после окончания срока санаторного этапа реабилитации больные переходили на самостоятельные тренировки с намерением осуществлять их и в дальнейшем, после выписки из санатория, на амбулаторном этапе реабилитации и в домашних условиях только естественной ходьбой.

После проведения обследования и оценки состояния больного назначалась антиишемическая медикаментозная терапия, включающая в себя, в том числе, α_1 -, β_1 -, β_2 -адреноблокатор Карведилол в дозе 6,25-25 мг/сутки и ингибитор АПФ Квинаприл в дозе 5-10 мг/сутки.

Статистические расчеты производились на персональном компьютере IBM Pentium-4 с использованием программного пакета медицинской статистики Biostat. Для оценки показателей до и после лечения

применялись параметрические (Стьюдента) и непараметрические (Уилкоксона, в случаях неправильного распределения данных) критерии. Статистический анализ различий между группами больных проводили с использованием однофакторного дисперсионного анализа с последующей оценкой различий между группами с помощью LSD-теста, критериев Крускала-Уоллиса, Ньюмена-Кейлса, Данна. Корреляцию между переменными выявляли путем построения корреляционных матриц с расчетом коэффициентов Спирмена и Пирсона. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Через 12 месяцев проспективного амбулаторного наблюдения антиишемический эффект физических нагрузок отмечен как у группы интервальных, так и у группы постоянных физических тренировок.

Недельная частота стенокардии в 1-й группе уменьшилась на 83,8 %, составив $11,1 \pm 0,4$ и $1,8 \pm 0,1$ до и через 12 мес. проспективного наблюдения ($p < 0,01$); потребность в нитроглицерине снизилась на 75 % ($12,7 \pm 1,8$ до $3,2 \pm 0,3$) в неделю ($p < 0,01$). Под влиянием интервальных физических тренировок систолическое АД имело тенденцию к снижению с $140 \pm 4,0$ мм рт. ст. до $110 \pm 3,5$ мм рт. ст., диастолическое — с $89,0 \pm 1,7$ мм рт. ст. до $71,0 \pm 2,0$ мм рт. ст. Частота сердечных сокращений уменьшилась на 15,3 %, варьируя в пределах $72,0 \pm 1,7$ и $61,0 \pm 4,0$ в минуту до проведения интервальных ФТ и через 12 месяцев проспективного наблюдения.

Показатели внутрисердечной гемодинамики под влиянием 12-месячной реабилитации проявились улучшением насосной функции сердца: фракция выброса ЛЖ имела тенденцию к возрастанию на 24,4 % ($51,7 \pm 1,2$ % до $64,3 \pm 1,5$ %); КСО ЛЖ снизился на 15,4 % ($68,9 \pm 1,4$ мл до $58,3 \pm 4,1$ мл), в то время как КДО снизился только на 9,8 % ($164,2 \pm 8,1$ мл до $148,0 \pm 4,0$ мл); КДР снизился на 24,2 % ($6,2 \pm 1,5$ см до $4,7 \pm 0,2$ см); ИММ ЛЖ уменьшился на 13,2 % ($302,1 \pm 11,7$ г/см² до $262,3 \pm 1,1$ г/см²). Функциональный класс ХСН регрессировал на 34,8 %.

У больных 2-й группы частота и тяжесть стенокардии в неделю уменьшились ($p < 0,01$) на 75,3 % ($8,1 \pm 0,6$ до $2,0 \pm 0,1$ эпизодов), потребность в нитроглицерине снизилась ($p < 0,01$) на 62 % ($11,0 \pm 1,1$ до $4,2 \pm 0,2$). Систолическое АД снизилось на 17,9 % ($139 \pm 9,0$ мм рт. ст. до $114 \pm 9,0$ мм рт. ст.), диастолическое АД также снизилось на 17,5 % ($87,3 \pm 5,0$ мм рт. ст. до $72,0 \pm 1,0$ мм рт. ст.). Частота сердечных сокращений снизилась на 10,1 % ($69 \pm 2,1$ до $62 \pm 1,5$ ударов в минуту). Также, положительные изменения претерпела и внутрисердечная гемодинамика, в связи с чем ФВ возросла ($p < 0,05$) на 21,1 % ($57 \pm 1,3$ % до 69 ± 2 %); КСО ЛЖ снизился на 14,7 % ($70,8 \pm 3,9$ мл до $60,4 \pm 4,3$ мл), в то время как КДО снизился толь-

ко на 7,7 % ($169,1 \pm 8,0$ мл до $156,0 \pm 2,0$ мл); КДР снизился на 20,6 % ($5,8 \pm 1,0$ см до $4,6 \pm 1,1$ см) а ИММ ЛЖ имел тенденцию к снижению на 10,2 %. Этому соответствовал достоверный ($p < 0,05$) регресс тяжести ФК ХСН на 26,1 %.

Физическая толерантность по данным теста 6-минутной ходьбы у больных 1-й группы имела тенденцию к возрастанию на 15,2 % и по данным пороговой велоэргометрии общая продолжительность физической нагрузки, пороговая ее мощность и общая работа под влиянием интервальных ФТ в целом по группе достоверно ($p < 0,01$) возросли в пределах 67 %, 52,2 % и 62 %, соответственно.

У больных 2-й группы физическая толерантность выросла ($p < 0,05$) на 14,8 % (356 ± 18 м до 409 ± 18 м) и по данным пороговой велоэргометрии общая продолжительность физической нагрузки, пороговая ее мощность и общая работа под влиянием постоянных ФТ в целом по группе достоверно ($p < 0,01$) возросли в пределах 63,8 %, 48,8 % и 61,5 %, соответственно.

Показатели качества жизни (КЖ) до лечения в исследуемых группах не различались. Но через 12 месяцев это значение достоверно ($p < 0,01$) снизилось, как в группе интервальных ФТ ($24,7 \pm 0,6$ до $11,2 \pm 0,1$), так и в группе постоянных ($25,0 \pm 0,3$ до $11,8 \pm 0,2$).

Таким образом, анализ данных, представленных в данном исследовании, свидетельствует о том, что использованные на амбулаторном этапе реабилитации интервальные и постоянные физические нагрузки хорошо переносились больными и обладали выраженным положительным эффектом, принципиально улучшая качество жизни, клиническое состояние пациентов, и уменьшали частоту прогрессии ХСН и случаи госпитализации. В обеих группах серьезных нежелательных побочных эффектов не наблюдалось, что, возможно (обострение или прогрессирование ишемической дисфункции ЛЖ), предотвращалось еще и за счет индивидуально подобранной базовой терапии. Кроме того, настоящее исследование доказало стабильность ФВ ЛЖ и безопасность интервальных физических тренировок в отношении нагрузки на сердце. При интервальных физических тренировках ФВ ЛЖ у больных с ХСН оставалась такой же стабильной, как и при постоянных нагрузках, что подтверждается отсутствием осложнений за время наблюдаемого периода.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Среди наиболее актуальных и сложных проблем кардиологии, в которой имеется ряд нерешенных вопросов, особо важное место занимает реабилитация больных ИМ на амбулаторном этапе, поскольку болезнь развивается чаще у трудоспособных, творчески активных лиц, приводя к частичной или полной утрате трудоспособности. Большой интерес к этой проблеме в России и за ее пределами обусловил разработку различных модификаций программ физичес-

кой реабилитации, изучение прогноза для жизни и трудоспособности у больных с различными сроками стационарного и амбулаторного лечения.

Полученные результаты нашего исследования показали, что в амбулаторных условиях реабилитации больных ИМ, ассоциированным с I-III ФК ХСН, физические тренировки (как интервальные, так и постоянные), выполняемые на фоне поддерживающей базовой терапии, с использованием препаратов нового поколения (α_1 -, β_1 -, β_2 -адреноблокатора Карведилола и ингибитора АПФ Квинаприла) высокоэффективны и безопасны: проявляют явное антиишемическое влияние, достоверно снижают частоту, тяжесть, ФК стенокардии и ФК ХСН, увеличивают физическую толерантность и качество жизни. Поэтому физические тренировки, бесспорно, должны являться составной частью комплексного амбулаторного лечения пациентов с ХСН. Однако выбор режима физических нагрузок должен базироваться на тщательном обследовании пациентов до начала лечения, внимательном контроле состояния больных в период физической реабилитации и соблюдении

рекомендаций по комплексному лечению больных с ХСН.

ВЫВОДЫ:

1. При реабилитации на амбулаторном этапе больных ИМ, ассоциированным с I-III ФК ХСН физические тренировки, выполняемые на фоне антиишемических препаратов нового поколения, высокоэффективны, безопасны и хорошо переносятся пациентами.
2. Интервальные и постоянные контролируемые физические тренировки оказывают явное антиишемическое влияние, увеличивают физическую толерантность и улучшают внутрисердечную гемодинамику у больных, перенесших ИМ.
3. Индивидуальные дозируемые физические тренировки у больных, перенесших ИМ, приводят к регрессу симптомов ХСН и значительно улучшают качество жизни при длительном 12-месячном влиянии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аронов, Д.М. Постстационарный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца /Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Погосова Г.В. //Сердце. – Т. 4, № 2. – С. 103-107.
2. Беленков, Ю.Н. Медикаментозные пути улучшения прогноза больных хронической сердечной недостаточностью /Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. – М.: Инсайт, 1997. – С. 77.
3. Воронков, Л. Выбор оптимального БАБ для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью /Воронков Л. //Doctor. – 2001. – № 4(8). – С. 28-29.
4. Гасилин, В.С. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда /Гасилин В.С., Куликова Н.М. – М.: Медицина, 1984. – С.176.
5. Николаева, Л.Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца /Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. – М.: Медицина, 1988. – С. 288.
6. Статико-динамические тренировки в стационарной реабилитации больных с острой коронарной патологией /Сумин А.Н., Варюшкина Е.В., Доронин Д.В. и др. //Кардиология. – 2000. – № 3. – С.16-21.
7. Тарасов, Н.И. Инфаркт миокарда. Реваскуляризация миокарда, прогноз, осложнения, перекисное окисление липидов, принципы фармакотерапии, физическая реабилитация /Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Барбараш Л.С. – Кемерово, 2001. – 327 с.
8. Значение ранних нагрузочных тестов для прогноза и сроков госпитализации больных инфарктом миокарда /Тарасов Н.И., Барбараш О.Л., Каретникова В.Н., Барбараш Л.С. //Российский кардиологический журнал. – 1998. – № 1. – С. 3-10.

МЕДИКИ СОВЕТУЮТ В СЕЗОН ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ СЛАДОСТЕЙ

В сезон простудных заболеваний лучше отказаться от сладостей, чтобы снизить риск заболевания гриппом, т.к. продукты, в которых содержатся высокорафинированные углеводы, лишь способствуют развитию вируса в организме. В то же время, лучше употреблять овощи в любом виде, фрукты, а также сухофрукты, говорят врачи. А еще – обязательно включить в рацион чеснок, лук и цитрусовые, богатые витамином С.

Источник: Solvay-pharma.ru

О.В. Баховудинова, М.Н. Гзогян, Н.И. Тарасов
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ЭТАПНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В статье рассматриваются вопросы безопасности и эффективности интервальных и постоянных физических тренировок на этапах восстановительного лечения. Показано, что физические тренировки должны являться составной частью комплексного лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: физические тренировки, восстановительное лечение, хроническая сердечная недостаточность.

This article observes the questions about safety and effectiveness of interval and stable physical training on restorative treatment stage. It was shown that physical training should be integral part of patients complex treatment with chronic heart failure.

Key words: physical training, restorative treatment, chronic heart failure.

В настоящее время в нашей стране существуют три фазы реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ): реабилитация, проводимая в стационарах, в реабилитационных отделениях, в амбулаторно-поликлинических условиях. Следует отметить, что потребность в санаторной реабилитации больных, перенесших ИМ, удовлетворяется лишь частично, а амбулаторно-поликлиническое звено практически отсутствует [1, 2, 3]. В связи с этим, необходимо совершенствование реабилитации, которая невозможна без разработки критериев для дифференциации, индивидуализации ее средств и методов в зависимости от функционального состояния больных [4-12].

Целью настоящего исследования явилось обоснование безопасности и эффективности интервальных и постоянных физических тренировок на всех этапах восстановительного лечения больных ИМ, с изучением клиничко-функционального состояния и качества жизни пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включили 106 больных, перенесших Q-образующий ИМ (45 женщин и 61 мужчина) в возрасте от 43 до 60 лет ($54,4 \pm 7,0$), госпитализированных в первые 48 часов от начала развития заболевания. В исследуемой группе пациентов регистрировали умеренную (I-II ФК) или выраженную (III ФК) хроническую сердечную недостаточность (ХСН).

Реабилитация пациентов после перенесенного ИМ проходила в условиях стационара, кардиологического санатория в течение 21 дня и на амбулаторном этапе до 12 мес. Кроме традиционной коронароактивной антитромболитической терапии, реабилитация включала фармакологическую коррекцию СН ингибиторами АПФ (иАПФ), β -блокаторами, диуретиками в индивидуально подобранных дозах. Стационарный этап физической реабилитации проводили по ускоренной программе (при отсутствии осложнений и противопоказаний) таким образом, что среднее пребывание больных составляло 14-16 дней. Физические тренировки выполняли на всех этапах реабилитации под контролем клиничко-функциональных показателей.

В зависимости от проведения физических тренировок, все пациенты были разделены на две группы. Первую группу ($n = 47$) составили пациенты, которым были проведены интервальные физические тренировки на велоэргометре. Вторую группу ($n = 59$) составили пациенты с постоянными физическими тренировками.

У всех больных, вошедших в исследование, проводили подробный сбор анамнеза, в течение 12 месяцев оценивали объективный статус: переносимость физических нагрузок, наличие или отсутствие «новых» коронарных событий, клинические и гемодинамические проявления сердечной недостаточности, частота госпитализаций по поводу обострений ишемической болезни сердца (ИБС), смертельные исходы. Контрольные исследования включали в себя:

1. Объективный осмотр, оценка особенностей течения ИМ и динамики клиничко-функциональных показателей.

2. ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях.
3. Вэлэоэргометрия (ВЭМ) проводилась на компьютеризированной системе «TORNEO-RUMBA». Пробу проводили на 8-10 день от развития ИМ и далее во время проспективного наблюдения после отмены (за 1,5-2,5 сут.) коронароактивных препаратов, при необходимости больной мог пользоваться таблетками нитроглицерина. Пробу выполняли в положении больного сидя в седле, со скоростью педалирования 60 оборотов в 1 минуту, со ступенчатой, непрерывно возрастающей нагрузкой, начиная с 25 Вт, с последующим ежеминутным увеличением нагрузки на 10 Вт до достижения критериев прекращения пробы. Велотренировки (ВТ) проводились под контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений. Прирост частоты сердечных сокращений составлял 31-76 % от пороговой величины. В последние 5 минут ВТ пациент постепенно снижал частоту педалирования до полной остановки.
4. Тест шестиминутной ходьбы – каждому пациенту предлагалось в течение 6 минут ходить в максимально быстром и комфортном для него темпе по размеченному с интервалами в 1-2 м коридору и стараться преодолевать максимальную дистанцию. Больной самостоятельно выбирал темп ходьбы, который не вызывал у него одышки, утомляемости, стенокардии и сердцебиения. При необходимости, пациент мог останавливаться, присаживаться для отдыха. Время, затраченное на отдых (в том числе при быстрой ходьбе) входило в общие 6 минут теста. По истечении 6 минут проводился повторный контроль ЧСС и АД. При необходимости, проводился ЭКГ контроль. Оценивали расстояние, которое пациент мог преодолеть за 6 минут и, соответственно этому расстоянию, определяли ФК ХСН: если пациент преодолевал расстояние 426-550 м, его относили в группу I ФК ХСН, 301-425 м – II ФК ХСН, 150-300 м – III ФК ХСН, менее 150 м – IV ФК ХСН. В итоге, получали информацию о функциональных возможностях и определяли динамику состояния наблюдаемых пациентов.
5. Методом ЭХО-КГ изучали конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ); конечно-систолический размер (КСР); конечно-диастолический объем (КДО); конечно-систолический объем (КСО); фракцию выброса (ФВ); индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ; время изоволюмического расслабления (ВИВР). Для оценки состояния диастолической функции ЛЖ применяли количественные характеристики: скорость раннего (Е) и позднего наполнения (А) ЛЖ: соотношение Е/А. Допплеровский спектр диастолического нарушения ЛЖ считали нерестриктивным при $E/A > 1$; рестриктивным – при $E/A > 2$.
6. Суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ) для диагностики ишемии миокарда и нарушения сердечного ритма.
7. Оценка качества жизни по Миннесотскому опроснику.

Тренировки, проводимые на велотренажере, начинались на следующий день после исходной пробы с физической нагрузкой и проводились 5-6 раз в неделю в течение 3-х недель в утренние часы, не ранее, чем через 2 часа после еды.

Интервальные физические тренировки продолжались по 16 минут и были разделены на рабочие фазы по 30 секунд и активные восстановительные фазы по 60 секунд, интенсивность рабочих фаз при интервальных физических тренировках составила 50 % от пиковой силовой нагрузки, достигнутой в течение быстрого нагрузочного теста. Во время восстановительных фаз больные крутили педали с нагрузкой 10 Вт. Постоянные физические тренировки продолжались также по 16 минут, но с постоянным рабочим уровнем, используя среднюю нагрузку, выполняемую при интервальных физических тренировках.

В дни, когда физические тренировки не проводились (выходные дни), 2 раза в неделю (суббота, воскресенье), пациенты проводили самостоятельные тренировки в виде естественной ходьбы по ровной поверхности со скоростью шагов, соответствующей тренирующей мощности при ВЭМ. В результате этого, после окончания срока санаторного этапа реабилитации больные переходили на самостоятельные тренировки с намерением осуществлять их и в дальнейшем, после выписки из санатория, в домашних условиях только естественной ходьбой.

После проведения обследования и оценки состояния больного назначалась антиишемическая медикаментозная терапия, включающая в себя, в том числе, α_1 -, β_1 -, β_2 - адреноблокатор Карведилол в дозе 6,25-25 мг/сутки и ингибитор АПФ Квинаприл в дозе 5-10 мг/сутки.

Статистические расчеты производились на персональном компьютере IBM Pentium-4 с использованием программного пакета медицинской статистики Biostat. Для оценки показателей до и после лечения применялись параметрические (Стьюдента) и непараметрические (Уилкоксона, в случаях неправильного распределения данных) критерии. Статистический анализ различий между группами больных проводили с использованием однофакторного дисперсионного анализа с последующей оценкой различий между группами с помощью LSD-теста, критериев Крускала-Уоллиса, Ньюмена-Кейлса, Данна. Корреляцию между переменными выявляли путем построения корреляционных матриц с расчетом коэффициентов Спирмена и Пирсона. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Через 12 месяцев проспективного наблюдения антиишемический эффект физических нагрузок отмечен как у группы интервальных физических тренировок, так и у группы постоянных.

Недельная частота стенокардии в 1-й группе уменьшилась на 83,8 %, составив $11,1 \pm 0,4$ и $1,8 \pm 0,1$ до и через 12 мес. проспективного наблюдения ($p < 0,01$).

Потребность в нитроглицерине снизилась на 75 % (с $12,7 \pm 1,8$ до $3,2 \pm 0,3$) в неделю ($p < 0,01$). Под влиянием интервальных физических тренировок систолическое АД имело тенденцию к снижению — с $140 \pm 4,0$ мм рт. ст. до $110 \pm 3,5$ мм рт. ст., диастолическое — с $89,0 \pm 1,7$ мм рт. ст. до $71,0 \pm 2,0$ мм рт. ст. Частота сердечных сокращений уменьшилась на 15,3 %, варьируя в пределах $72,0 \pm 1,7$ и $61,0 \pm 4,0$ в минуту до проведения интервальных ФТ и через 12 месяцев проспективного наблюдения.

Показатели внутрисердечной гемодинамики под влиянием 12-месячной реабилитации проявились улучшением насосной функции сердца: фракция выброса ЛЖ имела тенденцию к возрастанию на 24,4 % (с $51,7 \pm 1,2$ % до $64,3 \pm 1,5$ %); КСО ЛЖ снизился на 15,4 % (с $68,9 \pm 1,4$ мл до $58,3 \pm 4,1$ мл), в то время как КДО снизился только на 9,8 % (с $164,2 \pm 8,1$ мл до $148,0 \pm 4,0$ мл); КДР снизился на 24,2 % (с $6,2 \pm 1,5$ см до $4,7 \pm 0,2$ см); ИММ ЛЖ уменьшился на 13,2 % (с $302,1 \pm 11,7$ г/см² до $262,3 \pm 1,1$ г/см²). Функциональный класс ХСН регрессировал на 34,8 %.

У больных 2-й группы частота и тяжесть стенокардии в неделю уменьшились ($p < 0,01$) на 75,3 % ($8,1 \pm 0,6$ до $2,0 \pm 0,1$ эпизодов), потребность в нитроглицерине снизилась ($p < 0,01$) на 62 % (с $11,0 \pm 1,1$ до $4,2 \pm 0,2$). Систолическое АД снизилось на 17,9 % (с $139 \pm 9,0$ мм рт. ст. до $114 \pm 9,0$ мм рт. ст.), диастолическое АД также снизилось на 17,5 % (с $87,3 \pm 5,0$ мм рт. ст. до $72,0 \pm 1,0$ мм рт. ст.). Частота сердечных сокращений снизилась на 10,1 % (с $69 \pm 2,1$ до $62 \pm 1,5$ ударов в минуту). Также, положительные изменения претерпела и внутрисердечная гемодинамика, в связи с чем ФВ возросла ($p < 0,05$) на 21,1 % (с $57,0 \pm 1,3$ % до $69,0 \pm 2,0$ %), КСО ЛЖ снизился на 14,7 % (с $70,8 \pm 3,9$ мл до $60,4 \pm 4,3$ мл), в то время как КДО снизился только на 7,7 % (с $169,1 \pm 8,0$ мл до $156,0 \pm 2,0$ мл), КДР снизился на 20,6 % (с $5,8 \pm 1,0$ см до $4,6 \pm 1,1$ см), а ИММ ЛЖ имел тенденцию к снижению на 10,2 %. Этому соответствовал достоверный ($p < 0,05$) регресс тяжести ФК ХСН на 26,1 %.

Физическая толерантность у больных 1-й группы, по данным теста 6-минутной ходьбы, имела тенденцию к возрастанию на 15,2 % и по данным пороговой велоэргометрии общая продолжительность физической нагрузки, пороговая ее мощность и общая работа под влиянием интервальных ФТ в целом по группе достоверно ($p < 0,01$) возросли в пределах 67 %, 52,2 % и 62 %, соответственно.

Физическая толерантность у больных 2-й группы выросла ($p < 0,05$) на 14,8 % (с $356,0 \pm 18,0$ м до $409,0 \pm 18,0$ м) и по данным пороговой велоэргометрии общая продолжительность физической нагрузки, пороговая ее мощность и общая работа под влиянием постоянных ФТ в целом по группе достоверно ($p < 0,01$) возросли в пределах 63,8 %, 48,8 % и 61,5 %, соответственно.

Показатели качества жизни (КЖ) до лечения в исследуемых группах не различались. Но через 12 месяцев это значение достоверно ($p < 0,01$) снизилось,

как в группе интервальных ФТ (с $24,7 \pm 0,6$ до $11,2 \pm 0,1$), так и в группе постоянных (с $25,0 \pm 0,3$ до $11,8 \pm 0,2$).

Таким образом, анализ данных, представленных в данном исследовании, свидетельствует о том, что интервальные и постоянные физические нагрузки хорошо переносятся больными и обладали выраженным положительным эффектом, принципиально улучшая качество жизни, клиническое состояние пациентов, и уменьшали частоту прогрессирования ХСН и случаи госпитализации. В обеих группах серьезных нежелательных побочных эффектов не наблюдалось, что возможно (обострение или прогрессирование ишемической дисфункции ЛЖ) предотвращалось еще и за счет индивидуально подобранной базовой терапии. Кроме того, настоящее исследование доказало стабильность ФВ ЛЖ и безопасность интервальных физических тренировок в отношении нагрузки на сердце. При интервальных физических тренировках ФВ ЛЖ у больных с ХСН оставалась такой же стабильной, как и при постоянных нагрузках, что подтверждается отсутствием осложнений за время наблюдаемого периода.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проблема внедрения физической реабилитации в повседневную клиническую практику лечения больных ИМ, ассоциированным с ХСН, чрезвычайно сложна. С одной стороны, для этого тяжелого в клиническом плане контингента больных характерны высокая летальность, низкое качество жизни, негативное отношение к окружающим, поэтому такие больные требуют бережного отношения к себе. С другой стороны, практический врач не имеет четких рекомендаций по проведению физической реабилитации больных с ХСН. В последние годы исследуются возможности потенцирования эффекта тренировок с помощью современных лекарственных средств.

Вместе с тем, в работе практикующих врачей не всегда уделяется должное внимание использованию препаратов нового поколения, особенно в сочетании с физическими тренировками.

Полученные результаты исследования показали, что в условиях реабилитации больных ИМ, ассоциированным с I-III ФК ХСН, физические тренировки (как интервальные, так и постоянные), выполняемые на фоне поддерживающей базовой терапии, с использованием препаратов нового поколения (α_1 -, β_1 -, β_2 -адреноблокатора Карведилола и ингибитора АПФ Квинаприла), высокоэффективны и безопасны: проявляют явное антиишемическое влияние, достоверно снижают частоту, тяжесть, ФК стенокардии и ФК ХСН, увеличивают физическую толерантность и качество жизни. Поэтому физические тренировки, бесспорно, должны являться составной частью комплексного лечения пациентов с ХСН. Однако выбор режима физических нагрузок должен базироваться на тщательном обследовании пациентов до начала лечения, внимательном контроле состояния больных в

период физической реабилитации и соблюдении рекомендаций по комплексному лечению больных с ХСН.

ВЫВОДЫ:

1. На всех этапах реабилитации больных ИМ, ассоциированным с I-III ФК ХСН физические тренировки, выполняемые в комбинации с медика-

ментозной терапией, безопасны и хорошо переносятся пациентами.

2. По данным отдаленного 12 месячного наблюдения, интервальные и постоянные контролируемые физические тренировки способствуют повышению физической толерантности и улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики, регрессу коронарной и сердечной недостаточности, улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аронов, Д.М. Физические тренировки в комплексной реабилитации и вторичной профилактики на амбулаторно-поликлиническом этапе у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных осложнений /Аронов Д.М., Красницкий, Б.В., Бубнов М.Г. //Терапевтический архив. – 2006. – Т. 78, № 9. – С. 33-38.
2. Гасилин, В.С. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда /Гасилин В.С., Куликова Н.М. – М.: Медицина, 1984. – С. 176.
3. Николаева, Л.Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца //Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. – М.: Медицина, 1988. – С. 288.
4. Aronow, W.S. Effect of beta blockers alone, of angiotensin - converting enzyme inhibitors alone, and of beta blockers plus angiotensin - converting enzyme inhibitors on new coronary events and on congestive heart failure in older persons with healed myocardial infarcts and asymptomatic left ventricular systolic dysfunction /Aronow W.S., Ahn C., Kronzon I. //Am J Cardiol. – 2001. – Vol. 88, Issue 11. – P.1298-1300.
5. Multi-center oral carvedilol heart failure assessment (MOCHA): A six-month dose-response evaluations in class II-IV patients /Bristow M.R. et al. //Circulation. – 1995. – Vol. 92, N 1. – P. 142.
6. CIBIS Investigators and Committees. A randomized trial of beta -blockade in heart failure. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS) //Circulation. – 1994. – Vol. 90(4). – P. 1765-1773.
7. CIBIS-II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II: a randomized trial) //Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 9-13.
8. Gottlieb, S. Effect of beta-blockade on mortality among high risk and low risk patients after myocardial infarction /Gottlieb S., McCarter R., Vogel R. //N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 339. – P. 489-497.
9. Carvedilol improves endothelium – dependent dilatation in patients with coronary artery disease /Matsuda Y., Akita H., Terashima M. et al. //American Heart J. – 2000. – Vol. 140, N 5. – P. 0753-0759.
10. Physical response to different modes of interval exercise in patients with chronic heart failure – application to exercise training /Meyer K., Samek L., Schwaibold M. et al. //Eur. Heart J. – 1996. – Vol. 17. – P. 1040-1047.
11. Effects of short-term exercise training and activity restriction on functional capacity in patients with severe chronic congestive heart failure /Meyer K., Schwaibold M., Westbrook S. et al. //Am. J. Cardiol. – 1996. – Vol. 78. – P. 1017-1022.
12. Prognostic significance of myocardial ischemia detected by ambulatory electrocardiography, exercise treadmill testing, and electrocardiogram at rest to predict cardiac events by one year (The Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot [ACIP] Study) /Stone P.H., Chaitman B.R., Forman S. et al. //Am. J. Cardiol. – 1997. – Vol. 80. – P. 1395-1401.

О.А. Михайлуц, А.П. Фокин

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Проведен анализ 591 случая врожденных пороков развития (ВПР), выявленных при пренатальном ультразвуковом скрининге. Установлена структура ВПР по возрасту беременных, срокам гестации, порядковым номерам беременности и родов. Показано, что высокий удельный вес имеют ВПР мочеполовой, сердечно-сосудистой и нервной систем. Развивающиеся ВПР относятся преимущественно к средней категории тяжести. Определена структура по течению и исходам родов при ВПР. Установлено, что в 16,2 % случаев беременность прерывалась искусственно в связи с ВПР, родились живыми с ВПР 74,9 % детей.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, пренатальный ультразвуковой скрининг.

591 cases of congenital developmental defects (CDDs) revealed by perinatal ultrasound screening had been analysed. The pattern of CDDs according to the age of pregnant women, gestation terms, the numeral succession of pregnancy delivery was established. The high rate of CDDs was shown for urogenital, cardiovascular and nervous systems. The developing CDDs are mostly related to medium category of severity. The pattern including the course and the outcome of deliveries with CDDs 16,2 % of pregnancies were determined to be interrupted artificially because of CDDs, 74,9 % of newborn were born alive.

Key words: congenital developmental defects, perinatal ultrasound screening.

Стабильно высокий уровень врожденных пороков развития (ВПР) в Кемеровской области является актуальной медико-социальной проблемой [1]. Это обусловлено тем, что ВПР влияют на перинатальную и младенческую смертность, инвалидность детей, требуют значительных финансовых затрат на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. Для своевременного выявления ВПР внедряется пренатальный ультразвуковой скрининг (ПУЗС), позволяющий диагностировать ВПР на ранних сроках беременности, идентифицировать их тяжесть и планировать проведение лечебных мероприятий.

В Кемеровской области ПУЗС внедрен более 10 лет назад. За эти годы были решены многие вопросы его организационного, кадрового, материального и методического обеспечения, включая разработку ряда инструктивно-методических документов [2, 3]. В то же время, остаются недостаточно изученными особенности развития ВПР в связи с рядом социально-гигиенических факторов.

Цель работы — комплексная оценка, с социально-гигиенических и лечебно-диагностических пози-

ций, случаев развития ВПР плода у беременных женщин по результатам ПУЗС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В методическом отношении в основу работы положены 591 случай ВПР плода, диагностированных при ПУЗС в перинатальных центрах и лечебно-профилактических учреждениях Кемеровской области в 2006 г. и 2007 г. Используемая компьютерная база данных о зарегистрированных случаях ВПР включала паспортные и клиничко-диагностические сведения о беременных женщинах, сроках, видах и тяжести ВПР, проводимых лечебно-профилактических мероприятиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ возрастной структуры беременных женщин с пренатальным диагнозом ВПР свидетельству-

ет о том, что наибольшая частота ВПР приходилась на возраст 20-25 лет, затем, в порядке уменьшения удельного веса, — на возраст 30 лет и старше, 26-29 лет и до 20 лет (рис. 1).

Из числа беременных женщин, у плодов которых выявлены ВПР, замужем были 34,7 %.

Что касается места жительства беременных женщин с пренатальным диагнозом ВПР, то из них проживали в г. Кемерово 23,7 %, в Новокузнецке — 19,1 %, в средних и малых городах (Анжеро-Судженск, Белово, Киселевск, Ленинск-Кузнецкий, Междуреченск, Осинники, Юрга) — 34,7 % и на остальных 16 территориях, преимущественно сельских, — 22,5 %.

Заслуживает внимания структура порядковых номеров беременности и предполагаемых или состоявшихся родов при выявленных ВПР. По удельному весу на первую беременность пришлось 44,8 %, на 2-ю — 19 %, на 3-ю — 16,7 %, на 4-ю — 10,3% и на 5-ю беременность — 9,2 % ВПР. В то же время, 61 % ВПР возникли при первых родах, 30,2 % — при вторых родах, и только 8,8 % — при третьих родах. Ситуация, при которой основная часть ВПР развивалась, с одной стороны, при второй и последующих беременностях, а с другой стороны, при первых ро-

дах, может свидетельствовать о том, что прерываемые беременности выступают фактором риска ВПР.

Представляет интерес структура ВПР по сезону года при наступлении беременности. Из данных рисунка 2 видно, что наибольший удельный вес имеют ВПР, развивающиеся при наступлении беременности летом и весной. Это, по-видимому, обусловлено формированием ВПР в неблагоприятные сезоны года (поздняя осень, зима), когда может снижаться резистентность организма матери.

В структуре ВПР наибольший удельный вес приходится на пороки и аномалии развития мочеполовой системы, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, а также множественные врожденные пороки развития (табл. 1). Реже возникают ВПР костно-мышечной системы, пуповины, лица и шеи, новообразования. Относительно редко развиваются ВПР органов пищеварения, водянка плода.

По категории тяжести среди ВПР отнесены к тяжелым 7,6 %, средней тяжести — 54,9 %, легким — 22,5 % и малозначимым при ультразвуковом обследовании — 15 %.

Более высокий удельный вес тяжелых по категории ВПР отмечается при ВПР центральной нер-

Рисунок 1
Возрастная структура женщин, у плодов которых выявлены ВПР

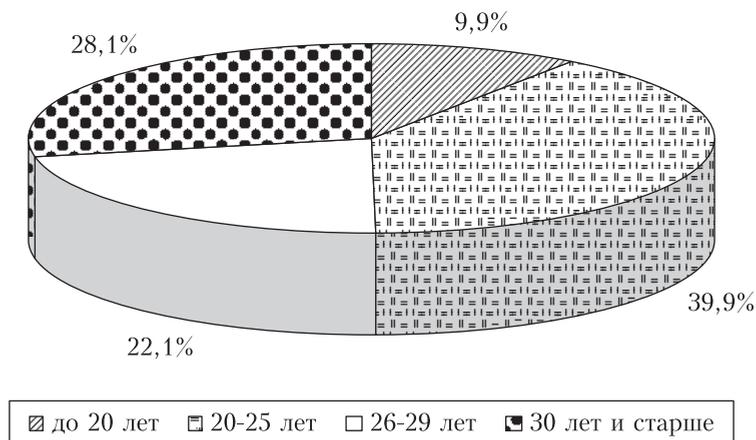


Рисунок 2
Структура ВПР по сезонам года наступления беременности

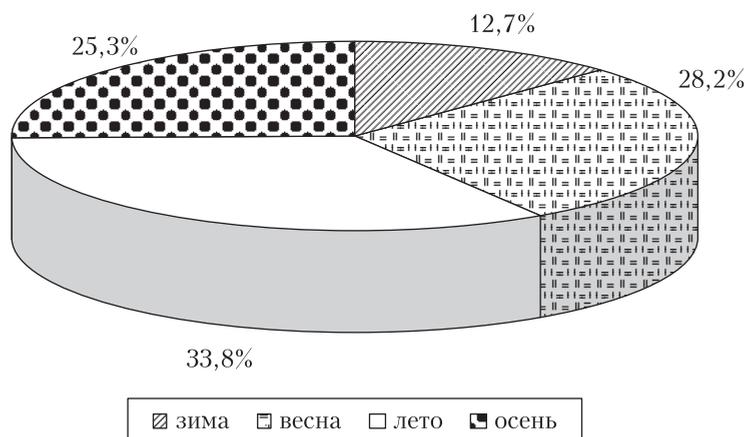


Таблица 1
Структура по пренатальному диагнозу
врожденных пороков развития (ВПР)
в Кемеровской области в 2006–2007 гг.

Вид ВПР	%
Пороки центральной нервной системы	15,5
Пороки лица и шеи	5,1
Пороки сердечно-сосудистой системы	18,1
Пороки органов пищеварения	1,5
Пороки мочеполовой системы	18,2
Пороки костно-мышечной системы	10,8
Водянка плода	1,7
Множественные врожденные пороки развития	13,6
Хромосомные аномалии	1,5
Новообразования плода	5,8
Врожденные пороки пуповины	7,6
Новообразования пуповины и плаценты	0,6

вной системы и множественных (табл. 2). В пределах 57,1–91,7 % доминируют средние по категории тяжести ВПР лица и шеи, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочеполовой системы, костно-мышечной системы, новообразования плода. Легкие по категории тяжести чаще наблюдаются ВПР пуповины, водянка плода, костно-мышечной и половой систем.

Анализ особенностей выявления ВПР при ПУЗС показал следующее. При ультразвуковых обследованиях, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями по месту жительства в сроки беременности 12–17 недель и 23–26 недель, были выявлены только 6,9 % и 10,1 % ВПР, соответственно (табл. 3). При этом лишь в 9,7 % случаев и 26,2 % случаев заподозрены ВПР, а 83,4 % ВПР при сроках беременности 12–17 недель и 67,3 % ВПР при сроках беременности 23–26 недель не выявлялись. В то же время, при ультразвуковых обследованиях, выполняемых в специализированных перинатальных центрах, в сроки беременности 23–27 недель выявлены 64,9 % ВПР, в 18,1 % случаев диагноза ВПР были подтверждены, уточнены и заподозрены, и в 7 % случаев ВПР не были распознаны.

Роды у женщин, потомство которых имело ВПР, характеризовались следующим. В 71,9 % случаев наблюдались срочные роды, запоздалые и преждевременные роды происходили значительно реже, а к искусственному прерыванию беременности в связи с ВПР прибегали в 16,2 % случаев (рис. 3).

По исходам родов при ВПР родились живыми 74,9 % детей, смерть до начала ро-

дов отмечалась в 25,1 % случаев, и в течение 7 суток после родов умерли 6,9 % детей с ВПР. У родившихся живыми детей с ВПР масса тела составила, в среднем, 3170 ± 68 г, рост — $51,5 \pm 0,4$ см.

ВЫВОДЫ:

1. Диагноз врожденного порока развития при пренатальном ультразвуковом скрининге более вероятен у беременных женщин в возрасте 20–25 лет и старше 30 лет, имевших в анамнезе прерывание беременности, при наступлении настоящей беременности весной и летом.
2. Более часто развиваются врожденные пороки развития мочеполовой, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Преобладающими являются врожденные пороки развития средней категории тяжести.
3. Проведение ультразвуковых обследований при сроках беременности в 23–27 недель в специализированных отделениях перинатальных центров более чем в 2 раза повышает выявляемость врожденных пороков развития, по сравнению с аналогичным обследованием в лечебно-профилактических учреждениях.

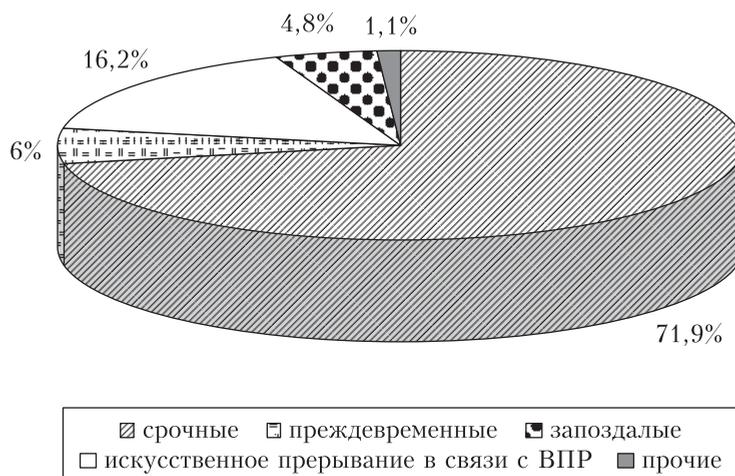
Таблица 2
Структура по категории тяжести различных видов врожденных пороков развития в Кемеровской области в 2006–2007 гг.

Виды ВПР	Категория тяжести, %		
	1 (тяжелые)	2 (средней тяжести)	3 (легкие)
Пороки центральной нервной системы	40,9	52,3	6,8
Пороки лица и шеи	0	91,7	8,3
Пороки сердечно-сосудистой системы	12,9	68,3	18,8
Пороки органов пищеварения	14,3	85,7	0
Пороки мочеполовой системы	7,2	57,1	35,7
Пороки костно-мышечной системы	2,4	65,9	31,7
Водянка плода	14,3	57,1	28,6
Множественные врожденные пороки развития	32,1	67,9	0
Хромосомные аномалии	14,3	57,1	28,6
Новообразования плода	0	77,8	22,2
Врожденные пороки пуповины	4,6	4,6	90,8

Таблица 3
Показатели выявления врожденных пороков развития при различных сроках беременности по данным пренатального ультразвукового скрининга

Показатели	% случаев		
	Лечебно-профилактические учреждения		Перинатальные центры
	12–17 недель	23–26 недель	23–27 недель
ВПР выявлен впервые	6,9	10,1	64,9
ВПР заподозрен	9,7	26,2	6,7
ВПР подтвержден	-	-	9,6
ВПР уточнен	-	-	1,8
ВПР не выявлен	83,4	63,7	7,0

Рисунок 3
Структура родов при ВПР



4. При наличии ВПР следует ожидать необходимость искусственного прерывания каждой шестой бере-

менности и рождения живыми трех из четырех детей с ВПР.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Состояние здоровья населения и среда обитания в Кемеровской области по результатам социально-гигиенического мониторинга (информационно-аналитический обзор). – Кемерово, 2007. – 180 с.
2. Организация и проведение пренатального ультразвукового скрининга беременных в регионе с экологическим неблагополучием: методические рекомендации. – Кемерово, 1999. – 31 с.
3. Оценка медико-социальной эффективности пренатального ультразвукового скрининга на территориях: методические указания. – Кемерово, 1999. – 19 с.

ДОЛЬШЕ ДОХОДИТ, НО ПОЛНЕЕ ВОСПРИНИМАЕТСЯ

Шутка юмора доходит до женщин медленнее, чем до сильной половины человечества. Чтобы это доказать, пришлось изучить работу головного мозга во время восприятия юмора. Как выяснили врачи Центра междисциплинарных исследований мозга при Стэнфордском университете в Калифорнии, когда женщина оценивает ту или иную шутку, в ее мозгу функционирует большее число его частей, чем в мозгу мужчины. В случае с женщиной это происходит так: услышанное проходит через предлобную кору, в которой обрабатывается речь, и мезолимбическую систему, которая представляет собой центр удовольствия или вознаграждения. Этот центр отвечает за такие чувства, как удовлетворенность от зарабатывания денег и употребления наркотика. Чувство юмора женщины основывается на языковой обработке информации, ее анализ происходит более глубоко, чем у мужчин. Ожидание приятных ощущений от визуального ряда у женщин не столь сильно, в отличие от мужчин, зато, получив радость, женщины проживают ее более полно и глубоко. Вот почему женщина способна на продолжительный смех, если после долгих усилий ей все-таки удалось проникнуть в суть шутки.

Источник: Medplaneta.ru

В.И. Лотц

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОСТОЯННОМ СОСУДИСТОМ ДОСТУПЕ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

Наличие у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью длительно функционирующего, обеспечивающего все требования современного гемодиализа, постоянного сосудистого доступа жизненно необходимо. Автор на большом клиническом материале провел анализ сроков функционирования артериовенозных фистул после реконструктивных и восстановительных операций у 56 больных. Проведение реконструктивных операций на артерио-венозной фистуле позволяет увеличить срок функционирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа в среднем на $21,1 \pm 3,9$ мес.

Ключевые слова: артерио-венозная фистула, сосудистый доступ, гемодиализ.

In patients with end stage renal failure it is vitally necessary to have permanent long functioning vascular access, providing all requirements of modern hemodialysis. Authors on the big clinical material have been evaluated the terms of functioning of arterio-venous fistulas after reconstructive and regenerative operations at 56 patients. Carrying out of reconstructive operations on a arterio-venous fistula allows to increase term of functioning of constant vascular access for hemodialysis on the average on $21,1 \pm 3,9$ month.

Key words: arterio-venous fistula, vascular access, hemodialysis.

В России за последние годы произошли значительные изменения в области лечения хроническим гемодиализом и, хотя показатель обеспеченности заместительной почечной терапией еще низок, ежегодно количество пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), получающих лечение регулярным программным гемодиализом, растет. Так, по данным отчета Российского диализного общества «О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2005 гг.» [1], лечение гемодиализом получают 11864 больных с ТХПН – 82,7 на 1 млн. населения России, притом 15 % по сравнению с 2004 г. В Кузбассе на лечении регулярным гемодиализом находятся 118 больных с ТХПН, 41,3 на 1 млн. населения. Увеличение количества пациентов, нуждающихся в формировании постоянного сосудистого доступа, сроков их нахождения на лечении хроническим гемодиализом, увеличивает объем необходимых первичных и реконструктивных оперативных вмешательств для поддержания потенциала имеющегося сосудистого доступа.

Исключительно за счет применения гемодиализа в течение многих лет может поддерживаться не только жизнь пациентов, но и достигается их полная медицинская, а нередко социальная и трудовая реабилитация [2]. Адекватная гемодиализная тера-

пия больного, страдающего ТХПН, требует постоянного внимания к состоянию сосудистого доступа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1984 года по 2003 год под нашим наблюдением находились 451 больной с терминальной хронической почечной недостаточностью, оперированных для создания сосудистого доступа. Возраст больных колебался от 14 до 82 лет и составлял, в среднем, $35,7 \pm 0,5$ лет. Мужчин 278 (61,6 %), женщин 173 (38,4 %). Ведущей причиной терминальной хронической почечной недостаточности явились: хронический гломерулонефрит – 400 случаев (88,7 %), врожденная патология – 32 случая (7,1 %), прочая патология – 19 случаев (4,2 %).

Нами был проведен анализ реконструктивных операций на артерио-венозных фистулах (АВФ) при развитии дисфункции постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (ПСД). Из 472 случаев сформированных АВФ зафиксированы 63 случая (13,4 %) осложнений, потребовавших их коррекции: тромбоз АВФ – 32 случая, стеноз АВФ – 18 случаев, развитие аневризмы АВФ – 6 случаев, синдром венозной гипертензии кисти – 4 случая, нагноение с развитием эрозивного кровотечения – 3 случая.

Виды проводимых операций:

- тромбэктомия с формированием нового сосудистого анастомоза по типу «конец в конец»;
- проксимальная реконструкция АВФ;
- формирование дополнительного соустья в проксимальной части АВФ за счет интактной вены;
- реконструкция АВФ с использованием аутовены (большой подкожной вены бедра).

Для диагностики дисфункции АВФ, помимо клинических методов, использовали проведение ангиографии и ультразвуковой доплерометрии (УЗДМ) АВФ. Изучение гемодинамических характеристик артериовенозной фистулы проводилось на ультразвуковом сканере Hawk 2102 с частотой датчика 9-12 МГц. Данный вид исследования внедрен и применяется в клинике с 2001 г., обследованы 33 пациента с АВФ. Доплеровским ультразвуковым исследованием проводилось определение размеров артерио-венозного соустья, объемной скорости артериального кровотока до анастомоза АВФ, в зоне анастомоза, и после анастомоза, наличие стенозирования, аневризматических расширений и дополнительных наложений на стенках АВФ.

Статистическая обработка осуществлялась на персональном компьютере с использованием программы Statistica 6,0 (2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При развитии дисфункции ПСД или его тромбоза у 56 пациентов проведены 63 реконструктивные операции на АВФ, что позволило увеличить срок функционирования ПСД, в среднем, на 21,1 ± 3,9 мес., данные представлены в таблице 1.

Основной принцип, определяющий нашу хирургическую тактику при развитии тромбоза ПСД любого вида, состоит в максимально возможном сохранении потенциала этого доступа путем раннего выполнения корригирующего или реконструктивного хирургического вмешательства. Такой подход обоснован следующими положениями:

- отсутствие необходимости создания временного сосудистого доступа (имплантация артерио-венозного шунта, постановка двухпросветного катетера);
- возможность использования имеющегося сосудистого доступа для осуществления сеансов гемодиализа немедленно после корригирующей (реконструктивной) операции;
- сохранение других интактных поверхностных вен для возможного последующего формирования нового сосудистого доступа.

При тромбозе (стенозе) дистальной АВФ (на уровне нижней или средней трети предплечья) нами и другими авторами [3], применяется тромбэктомия с одновременным формированием нового сосудистого

соустья посредством проксимальной реконструкции АВФ с использованием уже «созревших» артерии и вены проксимальнее предыдущего сосудистого анастомоза по типу «конец в конец».

Целесообразность такого подхода обусловлена следующими аспектами: оперативное вмешательство обычно не представляет технических трудностей; используются уже «созревшие» дилатированные артериализованная вена и вениализированная артерия, что позволяет сформировать сосудистый анастомоз адекватного диаметра; исключается возможность повторного тромбоза в случае имевшего место стеноза сосудистого соустья.

Техника операции мало отличается от той, что применяется при формировании дистальных АВФ. Хирургический доступ к артерии и вене осуществляется путем двух линейных разрезов кожи и подкожной клетчатки на 1-2 см проксимальнее предыдущих послеоперационных рубцов. Производится выделение и мобилизация артерии и вены с перевязкой и пересечением их притоков на протяжении. Дистальные участки артерии и вены перевязываются, сосуды берутся на турникеты, на проксимальные части накладываются сосудистые зажимы типа «бульдог», сосуды пересекаются.

В дальнейшем необходимо обратить внимание на некоторые принципиальные моменты. Обнаруженный в просвете вены тромб извлекается либо посредством применения катетера Fogarty, либо путем выдавливания нажатием на мягкие ткани предплечья в проекции фистульной вены в дистальном направлении. Получение ретроградного кровотока по фистульной вене и прием ею без сопротивления гепаринизированного физиологического раствора свидетельствует об эффективности проведенной процедуры, удовлетворительной проходимости вены и отсутствии препятствия кровотоку при формировании «новой» АВФ. Тромб из артерии удаляется за счет естественной объемной скорости кровотока; просвет артерии заполняется гепаринизированным физиологическим раствором.

С учетом увеличенного диаметра анастомозируемых сосудов, с целью профилактики возможных осложнений (увеличение сердечной недостаточности, аневризма фистульной вены, синдром «обкрадывания»), просвет соустья не должен превышать 5-6 мм. В дальнейшем ход операции не отличается от общепринятых правил. При стенозе анастомоза суть операции заключается в резекции стенозированного участка и создании нового сосудистого соустья более проксимально. При развитии стеноза проксимальной части АВФ, а вследствие этого аневризмы, нами используется методика создания дополнительного анастомоза, дистальнее места стеноза, за счет интактных вен с их транспозицией. Таких операций выполнено четыре.

Таблица 1
Реконструктивные операции на АВФ

Группа	n	M	ДИ-95	ДИ+95	Минимум	Максимум	δ	m
Реконструкция АВФ	56	21,1	13,36	28,93	0,4	132	29,1	3,9

При большом участке стеноза АВФ нами применяется методика замены стенозированного участка аутовеной. Для этого оперативным путем вначале производится забор большой подкожной вены бедра, затем анастомозирование ее «конец в конец» с неизменным участком артерии и вены АВФ, минуя стенозированный отдел. Таких операций выполнено четыре, с хорошим клиническим эффектом. При недостаточной объемной скорости кровотока по АВФ и развитии синдрома венозной гипертензии на кисти, при ранее сформированных ПСД (по типу «бок вены в бок артерии» 2 случая, «конец вены в бок артерии» 2 случая) нами проводилась проксимальная реконструкция этих доступов по типу «конец артерии в конец вены» и перевязка притоков анастомозированной вены вблизи зоны анастомоза, с достижением хорошего клинического эффекта (ликвидация венозной гипертензии кисти, достаточная объемная скорость кровотока по АВФ). При нагноении АВФ с развитием эрозивного кровотечения (3 случая), нами проведена перевязка АВФ и создание ПСД на другой конечности.

Рассматривая долгосрочность работы ПСД, для выявления и своевременной коррекции осложнений АВФ было проведено изучение объемной скорости кровотока по АВФ, выявление стенозов, аневризм с использованием ультразвуковой доплерометрии ПСД. В результате проведенного исследования выявлено, что диаметр артерии до анастомоза составлял, в среднем, $4,19 \pm 0,18$ мм, объемная скорость кровотока — $307,39 \pm 25,53$ мл/мин.; в зоне анастомоза — $3,78 \pm 0,18$ мм и $373,39 \pm 30,34$ мл/мин., соответственно. Диаметр вены после анастомоза с артерией сос-

тавил $4,79 \pm 0,28$ мм, объемная скорость — $441,94 \pm 27,38$ мл/мин (таблицы 2 и 3).

Таким образом, выявлена закономерность, что при увеличении диаметра сосудов объемная скорость кровотока по АВФ возрастает. В связи с этим, для профилактики усугубления проявлений хронической сердечной недостаточности у больных с ТХПН, диаметр анастомоза не должен превышать 5-6 мм. Проведение УЗДМ АВФ позволило выявить наличие аневризм с пристеночными тромбами в просвете сосуда, и проведенное медикаментозное лечение сохранило работу ПСД. Данная методика в 6 случаях позволила своевременно выявить стенозы анастомозов, до развития тромбоза. Проведенные реконструктивные операции на АВФ позволили сохранить имеющийся сосудистый доступ без перерыва в лечении и развития осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. С целью сохранения долговременности работы постоянного сосудистого доступа, для профилактики или диагностики осложнений, показано проведение УЗДМ АВФ или ангиографии.
2. При развитии дисфункции ПСД показаны восстановительные и реконструктивные операции на артерио-венозной фистуле, с использованием по возможности нативных сосудов.
3. Проведение реконструктивных и восстановительных операций на АВФ, по нашим данным, позволяет увеличить срок функционирования ПСД в среднем на $21,1 \pm 3,9$ мес.

Таблица 2
Диаметр сосудов АВФ в миллиметрах

	n	M	ДИ-95	ДИ+95	Минимум	Максимум	δ	m
До анастомоза	33	4,19	3,83	4,56	1,6	6,2	1,03	0,18
Анастомоз	33	3,78	3,41	4,14	1,7	6	1,02	0,18
После анастомоза	33	4,79	4,21	5,36	2,1	8,4	1,62	0,28

Таблица 3
Объемная скорость кровотока в АВФ (мл/мин)

	n	M	ДИ-95	ДИ+95	Минимум	Максимум	δ	m
До анастомоза	33	307,4	255,4	359,4	134	704	146,6	25,53
Анастомоз	33	373,4	311,6	435,2	149	966	174,3	30,34
После анастомоза	33	441,9	386,2	497,7	252	807	157,3	27,38

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бибков, Ю.В. О состоянии заместительной почечной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2005 гг. /Бибков Ю.В., Томила Н.А. //Нефрология и диализ. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 6-73.
2. Ермоленко, В.М. Хронический гемодиализ /Ермоленко В.М. – М., 1982. – 278 с.
3. Майсюк, Я.Г. Постоянный сосудистый доступ для гемодиализа /Майсюк Я.Г., Беляев А.Ю. – Тверь, 2004. – 152 с.

А.П. Торгунаков, Ю.И. Кривов, С.А. Торгунаков, К.С. Радивилко
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 г. Кемерово

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПОСЛЕ ЛЕВОСТОРОННЕГО РЕНОПОРТАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА

В статье изложены результаты обследования больных с прогрессирующим хроническим гепатитом через 15–22 года после операции левостороннего ренопортального венозного анастомоза. Сведения получены о 14 больных, 10 из них обследованы в условиях дневного стационара. Субъективные ощущения и объективные данные исследований свидетельствуют о стабилизации и регрессировании патологического процесса в печени. По данным УЗИ, размеры почек и селезенки остаются нормальными, а сам венозный анастомоз – функционирующим у всех обследованных больных. Качество жизни больных незначительно уступает «контролю». Таким образом, операция левостороннего ренопортального анастомоза может быть операцией выбора в лечении прогрессирующего хронического гепатита.

Ключевые слова: хронический гепатит, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

In clause results of inspection of patients with a progressing chronic hepatitis through 15–22 years after operation link sided renoportal venous anastomosis are stated. Data are received about 14 patients, 10 from them are surveyed in conditions of a day time hospital. Subjective sensations and objective data of researches testify to stabilization and regression pathological process in a liver. According to ultrasonic the sizes of kidneys and spleens remain normal and itself venous anastomosis functioning at all surveyed patients. Quality of a life of patients slightly concedes to «control». Thus, operation link sided renoportal anastomosis can be operation of a choice in treatment of a progressing chronic hepatitis.

Key words: chronic hepatitis, surgical treatment, remote results.

Способ односторонней порталлизации надпочечниковой и почечной крови, техническую сущность которого составляют левосторонний ренопортальный венозный анастомоз (РПВА) и перевязка селезеночных сосудов (ПСС), впервые был использован для лечения больных с хроническим гепатитом (ХГ) в клинике общей хирургии Кемеровской государственной медицинской академии. В течение десяти лет (с 1981 по 1991 г.) РПВА был выполнен 50 больным ХГ в возрасте от 16 до 69 лет. Среди них было 28 мужчин и 22 женщины.

Всем больным было проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Хронический гепатит диагностирован у 30 пациентов, ХГ с начальными признаками цирроза печени (ЦП) – у 10 больных, ЦП класса А (по Чайлд-Пью) – у 7, ЦП класса В – у 2 и ЦП класса С –

у одной больной. Клинический диагноз подтверждался гистологическим исследованием печени. До хирургического лечения больные многократно госпитализировались для лечения в терапевтические отделения: 28 человек находились на стационарном лечении трехкратно, а 22 человека – до пяти раз.

В раннем послеоперационном периоде умерли трое больных: двое от прогрессирующей печеночной недостаточности при ЦП класса В и С, а одна больная, длительно болевшая описторхозом с начальными проявлениями ЦП, умерла через двое суток после операции от стремительно развившегося перитонита и бактериального шока. Остальные больные выписаны.

В дальнейшем обследование в условиях стационара проводилось через три месяца, через год и через три года после операции по единой схеме. Наблюде-

ние и обследование больных в динамике показало, что в позднем послеоперационном периоде улучшились биохимические показатели функционального состояния печени: билирубина, общего белка, γ -глобулинов, осадочных проб, холестерина и β -липопротеидов, активности трансаминаз (АлАТ, АсАТ), значений АКТ и ПТИ. Эти изменения свидетельствуют о том, что под влиянием операции левостороннего РПВА уменьшалась выраженность синдромов цитолиза (снижение уровня АлАТ, АсАТ, билирубина), воспалительного синдрома (снижение уровня γ -глобулинов, осадочных проб) и синдрома печеночно-клеточной недостаточности (увеличение уровня протромбина, общего белка и альбумина).

Об улучшении функционального состояния печени свидетельствовало снижение уровня гликемии в подгруппе больных, у которых до операции отмечалось повышение глюкозы в крови. Снижение глюкозы в крови до нормальных цифр отмечено через три месяца ($p < 0,02$) и через год ($p < 0,05$).

Положительное влияние РПВА на функциональное состояние печени подтверждалось радиоизотопной гепатографией и сканированием печени. Через три месяца после операции структура сканограмм нормализовалась у 16 % больных, а через год — у 30 % больных.

Улучшение биохимических и радиоизотопных показателей функционального состояния печени сопровождалось клиническим улучшением состояния больных. По клиническим признакам (исчезновение симптомов или снижение их выраженности) через год после операции получено 80 % хороших и отличных результатов, о чем нами сообщалось ранее [1, 2, 3]. К настоящему времени у некоторых больных прошло от 15 до 22 лет после проведенной операции.

Цель работы — изучить через указанные сроки общее состояние больных, качество их жизни и трудоспособность, функциональное состояние органов, заинтересованных проведенной операцией. На основании проведенных исследований окончательно установить целесообразность хирургического лечения больных ХГ путем выполнения левостороннего РПВА.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На пути поиска и обследования больных мы столкнулись с некоторыми трудностями:

1) за этот период времени многие больные поменяли место жительства, некоторые больные выехали за пределы области и привлечь их к обследованию не представилось возможным; 2) в связи с работой в новых экономических условиях (ОМС, ДМС и хозрасчет между службами внутри больницы) появились сложности со стационарным обследованием и высокой стоимостью некоторых исследований.

Письменно мы получили информацию о трех больных. Один пациент проживает в другом регионе, работает, жалоб не предъявляет. Одна пациентка продолжает работать медсестрой, чувствует себя хорошо, от обследования отказалась. Еще одна пациентка проживает в автономной республике России; прооперирована 19 лет назад по поводу ХАГ, клиника была достаточно выраженной; сообщила, что в 42-летнем возрасте успешно родила, от приглашения приехать отказалась.

Еще один оперированный пациент доставлялся в клинику в неотложном порядке с острым панкреатитом в состоянии алкогольного делирия. Со слов родственников, он длительное время находится в состоянии энцефалопатии. После купирования приступа острого панкреатита был выписан домой.

За период 2004-2005 гг. удалось обследовать 10 больных (8 женщин и 2 мужчин). Обследование проведено в условиях дневного стационара. Средний срок наблюдения за ними составил 17,4 лет (от 15 до 22 лет). Этиологическими факторами ХГ у них были: вирусы — 1, токсическое воздействие — 3, аутоиммунный — 3, у трех больных причина заболевания не установлена. Морфологические изменения в печени до операции соответствовали ХПГ у 6 больных, ХАГ — у 4 больных.

Изучены анамнестические данные по течению основного заболевания, появлению новых заболеваний, трудоспособности. Исследованы биохимические показатели функционального состояния печени. Методом УЗИ изучены состояние печени, почек, селезенки, надпочечников и проходимость РПВА. Для оценки качества жизни использовался Ноттингемский опросник — Nottingham Health Profile.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное обследование больных показало, что субъективно они чувствуют себя хорошо, положительно оценивают результат проведенной операции, и никто не сомневается в правильности принятого решения о необходимости проведения хирургического вмешательства. Это соответствовало динамике основных биохимических показателей функционального состояния печени (табл. 1). Из таблицы следует, что улучшились показатели АлАТ, АсАТ и ПТИ. На уровне дооперационных остались уровни

Таблица 1
Динамика биохимических показателей через 15–22 года после РПВА (M \pm m)

Показатель	Сроки исследования			
	До операции	Через год	Через 3-5 лет	Через 15-22 года
Билирубин (мкмоль/л)	20,5 \pm 4,64	19,4 \pm 5,03	18,7 \pm 4,43	20,8 \pm 4,26
АлАТ (мкмоль/л)	0,71 \pm 0,19	0,8 \pm 0,17	0,52 \pm 0,07	0,51 \pm 0,09
АсАТ (мкмоль/л)	0,69 \pm 0,12	0,62 \pm 0,1	0,46 \pm 0,08	0,48 \pm 0,09
Общий белок (г/л)	75,9 \pm 2,5	76,8 \pm 2,7	76,9 \pm 3,0	74,9 \pm 1,4
ПТИ (%)	79 \pm 4,6	87,9 \pm 3,4	84,8 \pm 3,0	86,5 \pm 4,5

общего белка и билирубина. Это свидетельствует о том, что после операции в печени происходят регрессирование и стабилизация патологического процесса.

Размеры почек по УЗИ представлены в таблице 2. Из данной таблицы следует, что по измеряемым параметрам существенных отклонений со стороны почек в исследуемые сроки не происходит. Ранее проведенные изотопная ренография и экскреторная урография через 3 месяца и через год после операции также не выявляли существенных изменений, которые можно было бы связать с проведенной операцией.

Таблица 2
Размеры почек по данным УЗИ
в отдаленном периоде после РПВА (см)

Группы обследованных	n	Левая почка		Правая почка	
		длина	ширина	длина	ширина
Здоровые	30	10,5 ± 0,11	5,0 ± 0,11	10,5 ± 0,11	5,0 ± 0,11
Через 10 лет	10	10,5 ± 0,26	4,9 ± 0,12	10,5 ± 0,26	4,9 ± 0,12
Через 15-22 года	10	11,1 ± 0,17	4,9 ± 0,18	11,1 ± 0,17	4,9 ± 0,18

При выполнении РПВА предварительно проводится перевязка селезеночной артерии и вены. Перед хирургом закономерно возникает вопрос о последствиях этого вмешательства для селезенки. По данным УЗИ оказалось, что у 8 больных селезенка не увеличена. У одной пациентки до операции путем сцинтиграфии было зафиксировано увеличение селезенки. Это было отмечено и во время операции, портальное давление у нее составило 280 мм вод. ст. Через 20 лет длина и ширина селезенки были в пределах верхней границы нормы. Еще у одной больной до операции отмечалась гепатоспленомегалия. При данном обследовании размер селезенки составил 14,8 × 5,5 см. Эти сведения говорят о том, что перевязка селезеночной артерии в средней трети и вены у ее устья при спленомегалии приводят к уменьшению размеров селезенки, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Общезвестна большая опасность тромбоза венных анастомозов из-за низкой объемной скорости кровотока. Предлагая РПВА для клинического применения, автор полагал, что риск тромбоза будет исключен за счет высокого объемного кровотока через почку и повышенной фибринолитической активности венозной почечной крови. Это позволило в послеоперационном периоде не применять антикоагулянтную терапию с целью профилактики тромбоза РПВА, и, как показало УЗИ в сроки от 15 до 22 лет, анастомоз оказался проходимым у всех 10 обследованных больных. В качестве иллюстрации к изложенному выше приводим одно наблюдение.

Наблюдение 29. Больная А., 23 лет, история болезни № 1474, поступила в клинику 03.03.87 с жалобами на постоянную боль ноющего характера в правом подреберье, общую слабость, быструю утомляемость, потерю веса, периодическую тошноту и го-

ловокружение, желтушность кожи и склер, горечь во рту, зуд кожи. Больна с 1984 года, когда после родов стала отмечать общую слабость, тошноту, рвоту. Наблюдалась у терапевта. В 1985 году появились боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. Была госпитализирована в инфекционное отделение, затем лечение продолжалось в терапевтическом отделении. Наступило улучшение. В мае 1986 года по поводу очередного обострения заболевания лечилась в стационаре. В августе того же года выполнена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Однако, общая слабость, желтушность склер, тошнота продолжали беспокоить. Больная стала терять вес. В феврале 1987 года произведена лапароскопия и биопсия печени (гистологическое исследование № 6782), установлен диагноз хронического персистирующего гепатита. От предложенной операции воздержалась, а в марте поступила в клинику вновь.

Объективно: состояние удовлетворительное, питание умеренное, кожа обычной окраски, склеры иктеричные. Органы грудной клетки в норме, АД — 105/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный; пальпация печени болезненна, границы ее по Курлову — 13 × 11 × 8,5 см. Билирубин крови — 33,17 мкмоль/л, общий белок — 64 г/л, альбумины — 58 %, глобулины: α₁ — 3,4 %, α₂ — 5,2 %, β — 11,2 %, γ — 22,2 %, АлАТ — 0,26 мкмоль/л, АсАТ — 0,09 мкмоль/л., протромбиновый индекс — 62 %, фибриноген — 2,0 г/л. На сканограмме — увеличение левой доли печени, неравномерное распределение препарата. По данным изотопной гепатографии, экскреция желчи замедлена.

19.03.87 выполнена операция — сформирован левосторонний РПВА. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольных исследованиях отмечалось улучшение состояния — исчезли рвота, горечь во рту, уменьшились общая слабость, тошнота, боли в подреберье, кожный зуд, иктеричность склер, вес увеличился на 10 кг. Через три года по сканограмме печени «патологии» не выявлено, поглотительно-выделительная функция печени в пределах нормы. Изотопная ренография — умеренное снижение секретиции мочи справа, слева отклонений от нормы нет.

По данным УЗИ через 16 лет — печень нормальных размеров, желчные ходы не расширены. Размеры правой почки 10,4 × 3,2 см, левой — 10,9 × 4,4 см, структурных изменений в них нет. Визуализируется зона РПВА, кровотоков по нему определяется, диаметр воротной вены — 1,5 см (рис.).

Таким образом, проведенные наблюдения за больными с РПВА показали, что особенности почечного кровотока и свойств почечной венозной крови обеспечивают, при отсутствии технических погрешностей операции, нормальное функционирование анастомоза в отдаленном послеоперационном периоде.

Относительно трудоспособности и перенесенных заболеваний сведения по обследованной группе боль-

Рисунок
Ультразвуковое исследование больной А.
в отдаленном периоде после операции РПВА.
Почечная вена в зоне анастомоза проходима



ных (12 человек) размещены в таблице 3. Из таблицы следует, что до операции не работали двое больных — пенсионер по возрасту и домохозяйка по семейным обстоятельствам, один пациент — студент техникума. На момент последнего обследования работали семь человек, в основном по своей специальности; двое вышли на пенсию и двое — на инвалидность, ведущей причиной которой являлся не ХГ, а

бронхиальная астма и ИБС (1) и хронический пиелонефрит (1).

Для изучения параметров качества жизни пациентов использовали Ноттингемский опросник (Nottingham Health Profile). Эта шкала валидна, надежна и чувствительна. Анкета состоит из двух частей, где каждому предполагаемому ответу первой части присвоены балльные значения. Для каждого больного этой группы были изучены следующие показатели: энергичность, болевые ощущения, эмоциональное состояние, сон, социальная изоляция, физическая активность.

В результате проведенного исследования оказалось, что по показателям энергичности, эмоциональной реакции, физической активности больные после операции РПВА практически не отличались от «контроля», а по социальной изоляции были даже лучше и уступали только по шкале боль и сон.

Положительный эффект левостороннего РПВА связан с целым комплексом саногенетических механизмов.

Во-первых, глюкокортикостероиды (ГКС) левого надпочечника направляются непосредственно в печень, не подвергаясь метаболизации в других органах и тканях, где проявляют свое многогранное действие.

К началу 70-х годов XX столетия было установлено, что положительное влияние ГКС при диффузных поражениях печени многогранно. Они уменьшают воспалительную мезенхимальную реакцию и развитие соединительной ткани, дистрофические изменения гепатоцитов, образование некрозов, продук-

Таблица 3
Трудовая деятельность и перенесенные заболевания больных
в отдаленные сроки после РПВА (15–22 года)

№ наблюдения	Трудовая деятельность до операции	Срок наблюдения (в годах)	Трудовая деятельность после операции	Операции и заболевания после РПВА
3	Техник ПАТП-1	22	Работала 10 лет, инвалидность III гр., не работает	Через 10 лет - холецистэктомия, ИБС, стенокардия напряжения
14	Работница завода	19	Работала 1 год, пенсионер, не работает	Артериальная гипертензия
22	Инженер завода	18	Работает педагогом, пенсионер	Узловой эутиреоидный зоб
23	Шофер	18	Работает шофером	-
24	Студент техникума	19	Работает шофером такси	-
34	Слесарь	17	Работает слесарем	-
35	Педагог	17	Работает педагогом	Хронический панкреатит
37	Прессовщик на заводе	17	Работала 11 лет, пенсионер, не работает	Через 14 лет - гемиструмэктомия, артериальная гипертензия
38	Медсестра	17	Работает медсестрой	-
42	Домохозяйка	17	Работает разнорабочей	-
46	Инженер института	15	Работала 6 лет, по семейным обстоятельствам прекратила, через 10 лет - инвалидность II группы по бронхиальной астме	Артериальная гипертензия, бронхиальная астма
48	Пенсионер по возрасту	15	Пенсионер - не работает	-

цию аутоантител и аутоантигенов. Глюкокортикостероиды увеличивают синтез белка и гликогена в паренхиме печени, стимулируют регенерацию паренхиматозных клеток [4, 5]. Так, A.G. Veary et al. [6] отметили благоприятный эффект от кортизона при лечении прогрессирующего ЦП у молодых женщин. Вскоре кортикостероидную терапию при ХГ и ЦП признали целесообразной [7, 8, 9]. В последующие годы целым рядом работ была подтверждена эффективность применения глюкокортикостероидов в лечении ХАГ [10, 11, 12]. Было установлено, что глюкокортикоиды снижают смертность в ранней, наиболее активной фазе болезни, а при длительном применении могут изменить течение ХАГ, уменьшить активность процесса в печени.

Во-вторых, в результате РПВА в воротную вену шунтируется богатая кислородом кровь левой почки, усиливающая оксигенацию печени и, в конечном счете, метаболическую активность гепатоцитов. Насыщение почечной крови кислородом приближается к артериальной, составляя 92,1 % [1].

Гипоксия в патогенезе ХГ и ЦП занимает важное место. Основные энергетические процессы в печени протекают с участием кислорода. Недостаток кислорода приводит к нарушению обменных процессов, снижается синтез белков, нарушается гликолиз, накапливается жир в гепатоцитах, нарушается структура и функция клеточных мембран, наступает гибель гепатоцитов [12, 13].

Осуществлять оксигенацию больных ХГ и ЦП стремились многие исследователи. Для проведения оксигенотерапии применялись различные пути введения кислорода: энтеральный, внутрибрюшинный, ГБО. Для поддержания окислительно-восстановительных процессов в печени разрабатывались операции, направленные на артериализацию воротной крови путем переливания в воротную систему оксигенированной крови или путем создания различных артериовенозных анастомозов [14, 15, 16]. Эти исследования показали, что оксигенация печени оказывает мощный метаболический эффект, разрываются порочные «гипоксические круги», предотвращаются некрозы паренхимы, улучшается функциональная способность печени (синтез белка, протромбина, углеводная и дезинтоксикационная функции).

В-третьих, для улучшения микроциркуляции в печени при ХГ признано целесообразным внутриворотальное введение лекарственных веществ с антикоагулянтными и дезагрегантными свойствами (гепарин, реополиглюкин). При РПВА этот компонент лечебного влияния на печень реализуется урокиназой, содержащейся в почечной крови. Урокиназа обладает антикоагулянтным и фибринолитическим действием, чем улучшает микроциркуляцию в печени. Никифоров В.Н. и соавт. [12] указывают, что расстройств микроциркуляции в печени при ХГ и ЦП вызывается многими факторами (сдавление синусоидов набухшими гепатоцитами, пролиферацией эндотелиальных клеток, выбросом в синусоид деструктивных фрагментированных частиц гепатоцитов), среди которых существенное значение придается внут-

рисосудистому тромбообразованию и отложению фибрина в синусоидах. Оценивая поступление урокиназы в печень с этих позиций, можно считать его патогенетически вполне обоснованным для улучшения микроциркуляции в печени. Кроме того, урокиназа тормозит разрастание соединительной ткани и, следовательно, развитие фиброза печени.

В-четвертых, установлено, что перевязка селезеночной артерии приводит к перераспределению крови в стволе чревной артерии с большим ее потоком в печень, что улучшает функцию последней [14].

В-пятых, селезенка является периферическим лимфоидным органом, в котором концентрируются различные аутоиммунные процессы, происходит активация антителообразования и продукция гуморальных медиаторов [17]. При ХГ с прогрессирующим течением процесса в печени всегда вовлекается селезенка, при сканировании отмечается увеличение ее размеров и активное накопление препарата.

Вирусное поражение печени сопровождается образованием в печеночных клетках вирусных антигенных структур с последующей ответной иммунной реакцией и разрушением гепатоцитов. В этой ситуации селезенка превращается из органа иммунной защиты в орган иммунной агрессии. Иммунные комплексы, соединяясь с антигеном, в присутствии комплемента способствуют деструкции гепатоцита [18]. Иммунная активность селезенки склонна к самовоспроизведению и непрерывному течению, сочетаясь с периодами затихания и обострения разной продолжительности [19]. Следовательно, перевязка селезеночной вены, возможно, смягчает иммунологический «удар» по печени на фоне действия в ней ГКС и сдерживает прогрессирование процесса.

Наконец, нормальные размеры левой почки и селезенки в отдаленном послеоперационном периоде свидетельствуют о том, что РПВА не приводит к ренальной венозной гипертензии и регионарной венозной гипертезии в условиях редуцированного кровотока селезенки.

Изложенное позволяет утверждать, что левосторонний РПВА обоснован патогенетически и клиническими наблюдениями, и может быть операцией выбора в лечении прогрессирующего ХГ.

ВЫВОДЫ:

1. Операция левостороннего РПВА имеет многостороннее патогенетическое обоснование для лечения хронического гепатита, содержащее большое количество саногенетических механизмов.
2. Эффективность левостороннего РПВА в лечении прогрессирующего хронического гепатита сохраняется в сроки до 22 лет после операции.
3. Отсутствие негативных последствий для каких-либо органов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, наряду с эффективностью, позволяет считать, что РПВА может быть операцией выбора в хирургическом лечении хронического гепатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Торгунаков, А.П. Ренопортальный венозный анастомоз /Торгунаков А.П. – Кемерово, 1992. – 174 с.
2. Опыт односторонней порталлизации надпочечниковой и почечной крови при хроническом гепатите /Торгунаков А.П., Кривов Ю.И., Кузнецова Н.Н. и др. //Вестник хирургии. – 1992. – № 1. – С. 9-12.
3. Кривов, Ю.И. Левосторонняя порталлизация надпочечниковой и почечной крови в хирургическом лечении хронического гепатита /Ю.И. Кривов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Барнаул, 1997. – 229 с.
4. Якобсон, Г.С. О роли кортикостероидных гормонов в патогенезе токсического гепатита и цирроза печени /Г.С. Якобсон: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1971. – 26 с.
5. Абдулаев, Н.Х. К экспериментальному обоснованию патогенетических путей терапии хронических гепатитов и циррозов печени /Абдулаев Н.Х. //Актуальные вопросы краевой патологии. – Ташкент, 1969. – С. 112-115.
6. Bearn, A.G. The problem of chronic liver disease in young women /Bearn A.G., Kunkel H.G., Slater R.J. //Amer. J. Med. – 1956. – Vol. 21. – P. 3-15.
7. Ходи-Заде, М.Х. О лечении преднизолоном больных гепатитами и циррозами под контролем прижизненных морфологических исследований печени /Ходи-Заде М.Х. //Актуальные вопросы патологии печени. – Душанбе, 1962. – Вып. 1. – С. 231-247.
8. Осипов, П.Н. Лечение больных хроническими гепатитами глюкокортикоидами /Осипов П.Н., Ряполов Ф.Б. //Тезисы 2-й науч.-практ. конф. – Чебоксары, 1963. – С. 37-38.
9. Тяпина, Л.А. Применение кортикостероидов при лечении холангиогенных гепатитов и циррозов печени неясной этиологии /Тяпина Л.А., Кудряшова З.С. //Клиническая медицина. – 1964. – № 5. – С. 62-66.
10. Mistilis, S.P. Active chronic hepatitis /Mistilis S.P., Blackburn C.R.B. //Amer. J. Med. – 1970. – Vol. 48. – P. 484-495.
11. Cook, G.C. Controlled prospective trial of corticosteroid therapy in active chronic hepatitis /Cook G.C., Mulligan R., Sherlock S. //Quart. J. Med. – 1971. – Vol. 40. – P. 159-185.
12. Никифоров, В.Н. Значение гипоксии в патогенезе печеночной недостаточности /Никифоров В.Н., Казанский М.А., Аксельрод А.Ю. //Советская медицина. – 1982. – № 4. – С. 73-75.
13. Аксельрод, А.Ю. Гепатология /Аксельрод А.Ю. //Руководство по гипербарической оксигенации /под ред. С.Н. Ефуни. – М.: Медицина, 1986. – С. 279-287.
14. Пациора, М.Д. Артериализирующий эффект пересечения селезеночной артерии при синдроме портальной гипертензии /Пациора М.Д., Ершов Ю.А., Новик М.Г. //Хирургия. – 1971. – № 7. – С. 114-119.
15. Матцандер, У. Артериализация печени при адаптированном давлении с портальным анастомозом для лечения портальной гипертензии при циррозе печени /Матцандер У. //Труды 24-го Конгресса Международного общества хирургов. – М., 1972. – Т. 2. – С. 172.
16. Чичуа, Л.Г. Артериализация печени при гепато-целлюлярных повреждениях, обусловленных механической желтухой /Л.Г. Чичуа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тбилиси, 1987. – 22 с.
17. Виноградова, Ю.Е. Влияние спленэктомии на фагоцитарную активность нейтрофилов /Виноградова Ю.Е., Иванина Е.К., Скрыбин А.С. //Терапевтический архив. – 1983. – № 8. – С. 68-71.
18. Логинов, А.С. Иммунная система и болезни органов пищеварения /Логинов А.С., Царегородцева Т.М., Злотина М.М. – М.: Медицина, 1986. – 255 с.
19. Раевский, С.Д. Эпидемиология цирроза печени в Молдавской ССР /Раевский С.Д. //Актуальные вопросы гепатологии. – Кишинев, 1986. – С. 58-61.



Е.П. Юркин, Э.П. Землянухин, Д.С. Кривоносов, Н.И. Тарасов

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

В статье рассматриваются вопросы восстановления кровотока по инфаркт зависимой артерии методом тромболитической терапии или баллонной ангиопластики с одновременным назначением дезагрегантов и антикоагулянтов. Показано, что сочетание системного тромболитизиса с двухкомпонентной антитромбоцитарной терапией способствует повышению эффективности тромболитической терапии.

Ключевые слова: *тромболитическая терапия, восстановление кровотока в инфаркт зависимой артерии, догоспитальный этап.*

This article observes the questions about the restoration of blood supply in ifarct depending artery by thrombolytic therapy method or balloon angioplasty with disaggregants and anti-coagulants simultaneous prescription. It was shown, that systemic thrombolysis and two-component antiplatelet therapy combination favour thrombolytic therapy effectiveness increase.

Key words: *thrombolytic therapy, restoration of blood supply in ifarct depending artery, pre-admission period.*

Причиной острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST является атеросклероз коронарных артерий с тромботической окклюзией и острым несоответствием коронарного кровотока потребностям миокарда в кислороде. В этой связи наиболее важной задачей при ОКС с подъемом сегмента ST является скорейшее восстановление кровотока по инфаркт зависимой артерии (ИЗА) методом тромболитической терапии (ТЛТ) или баллонной ангиопластики с одновременным назначением дезагрегантов и антикоагулянтов.

Несомненны преимущества эндоваскулярных методов реперфузии ишемизированного миокарда над ферментативными у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ). В то же время, доступность высокотехнологичных методов лечения в нашей стране не превышает 10 % от потребности, что повышает значимость ТЛТ (Беленков Ю.Н., 2006). В мировой практике считается, что при правильной организации помощи больным ИМ введение тромболитических агентов должно быть проведено в первые 90 минут от момента обращения больного за помощью (GUSTO-I, ISIS-II, ISIS-III). Применение тромболитической терапии (ТЛТ) на догоспитальном этапе (ДГЭ) позволяет сократить время ожидания патогенетической терапии, в среднем, на $45,7 \pm 6,8$ мин [1, 2]. Тем не менее, при существующих стратегиях ТЛТ удается

достигнуть реперфузии лишь в 50-60 % случаев, при этом более чем в 20 % случаев после успешного тромболитизиса происходит реокклюзия коронарной артерии [3, 4, 5, 6].

Малая эффективность реперфузии и высокий риск реокклюзии при использовании ТЛТ, по мнению ряда авторов [7], обусловлены активацией тромбоцитов в ответ на введение фибринолитических препаратов. По результатам исследований ISIS-2, CLARITY достоверно доказано, что добавление к ТЛТ, проведенной в условиях стационара, аспирина и клопидогреля позволило снизить возможный риск реокклюзии коронарной артерии и, соответственно, летальность от ИМ за счет влияния на тромбоцитарное звено [8, 9].

Усовершенствование принципов организации помощи больным ИМ привело к снижению летальности, особенно от нарушений ритма. Несмотря на это, внебольничная летальность от острой коронарной недостаточности и ИМ остается высокой. Дальнейшее совершенствование догоспитального этапа специализированной кардиологической службы приведет к снижению смертности от этого заболевания.

Углубленный анализ заболеваемости и смертности свидетельствует о значительных изменениях не только в нозологической структуре, но и в характере развития заболеваний, обращаемости за медицин-

ской помощью и госпитализации. В первую очередь, речь идет о резко возросшей роли неотложных состояний. Еще 10-15 лет назад вклад ургентных состояний в госпитализацию оценивался в 20-25 %. В соответствии с этим и были разработаны рекомендации по организации скорой и неотложной помощи, нормативы структуры и штатного расписания в госпитальном звене.

В течение последних 5 лет потребность в экстренной медицинской помощи (ЭМП) возросла практически в 2 раза [10]. Особенности условий оказания помощи и эволюции патологического состояния требуют выделения различных этапов оказания ЭМП, включая медицинскую помощь на месте и в процессе транспортировки (догоспитальный этап), интенсивное лечение в стационаре до стабилизации состояния и определения исхода (этап интенсивного стационарного лечения) и раннюю реабилитацию (в больничных и внебольничных условиях). Для достижения конечной цели на каждом этапе должны формулироваться свои специфические задачи и использоваться различные методы их решения.

Учитывая доказанную зависимость эффективности лечения от сроков начала специализированной терапии для большинства ургентных состояний в кардиологии, целесообразным представляется переориентация и акцентирование патогенетически обоснованных методов лечения на догоспитальный этап. В настоящее время доступным, но не изученным, является использование на догоспитальном этапе комбинированной антитромботической терапии, включающей системную ТЛТ, аспирин, клопидогрель в сочетании с индивидуальным, с учетом противопоказаний, назначением бета-блокаторов и И-АПФ. Данная стратегия представляется перспективной в улучшении ближайшего и отдаленного прогноза и качества жизни больных ИМ.

Цель исследования – изучить безопасность и эффективность догоспитального использования ТЛТ стрептокиназой в комбинации с аспирином и клопидогрелем бригадами скорой медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включили 46 пациентов с диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST и давностью начала болевого синдрома менее 6 часов. Всем пациентам, с учетом показаний и противопоказаний, проводили ТЛТ стрептокиназой в дозе 750000 МЕ болюсно, в комбинации с 250 мг аспирина. Группа А из 24 пациентов на догоспитальном этапе вместе с аспирином получала клопидогрель в нагрузочной дозе 300 мг, с последующей поддерживающей дозой 75 мг в сутки в

стационаре. Контрольная группа В состояла из 22 пациентов с догоспитальной ТЛТ приемом аспирина, но без назначения клопидогреля.

По демографическим, клиническим и анамнестическим данным пациенты исследуемых групп статистически не различались (табл. 1).

Среднее время от начала ангинозного приступа до начала тромболитической терапии в исследуемых группах составило $198,4 \pm 89,1$ минут. В стационаре оценивали клиническое течение ИМ, развившиеся осложнения, госпитальную летальность, площадь некроза миокарда по Sylvester & Wagner, показатели внутрисердечной гемодинамики методом ЭХО-КГ. Изучали состояние тромбоцитарного звена на примере определения степени и скорости АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов у пациентов после ТЛТ. По всем количественным признакам были проведены проверки нормальности распределения и однородности выборок (тест Левена).

При условии нормального распределения и равенства дисперсий изучаемых признаков применялся параметрический дисперсионный анализ. При распределении, отличающемся от нормального, и/или неоднородности выборок применялся непараметрический дисперсионный анализ (тест Краскела-Уоллиса).

Различие или отсутствие различия качественных признаков было проанализировано при помощи одностороннего и двустороннего критерия статистической значимости. Для описания относительных частот бинарных признаков использован доверительный 95 % интервал, в границах которого находится истинное популяционное значение. При значении $p > 0,05$ установлено, что исследуемые группы статистически не различались.

Таблица 1
Характеристика больных по группам
(демографические, клинические и анамнестические данные)

	ТЛТ без клопидогреля (группа В) n = 22 (100%)			ТЛТ с клопидогрелем (группа А) n = 24 (100%)			P
	М	m	ДИ	М	m	ДИ	
	Возраст, годы	58,2	2,0	54-62,4	58,8	2,1	
Мужчины, n (%)	13 (59)			14 (58)			0,92
Уровень А/Д (верхняя граница), мм рт. ст	137,7	5,8	120,7-144,7	125,4	5,7	113,5-137,4	0,89
ЧСС, уд./мин.	75,5	3,4	68,3-82,6	69,6	2,8	63,7-75,4	0,64
Локализация ИМ, n (%)							
Передний	8(36)			12(50)			0,65
Анамнез по основному заболеванию, сопутствующие заболевания и факторы риска, n (%)							
Первичный ИМ	20 (90)			14 (58)			0,59
НК по Killip II кл. и выше	4 (18)			2 (8)			0,69
Стенокардия в анамнезе	10 (45)			12 (50)			0,82
ГБ	17 (77)			17 (70)			1,0
СД	12 (50)			10 (41)			0,82
Остат. явления ОНМК	2 (9)			0 (0)			0,49
Курение	12 (50)			10 (41)			0,82

До проведения ТЛТ статистически значимых различий между группами по осложнениям ИМ (табл. 2) не регистрировали ($p > 0,05$).

Таблица 2
Распределение пациентов исследуемых групп по осложнениям ИМ до проведения ТЛТ

Осложнения ИМ	ТЛТ без клопидогреля (группа В) n = 22 (100%)		ТЛТ с клопидогрелем (группа А) n = 24 (100%)		P
	n	ДИ для %*	n	ДИ для %*	
	ИМ неосложненный	2	9,1 ± 3,5	3	
Рефлекторный коллапс	3	12,5 ± 4,8	7	31,8 ± 13,1	0,53
Желудочковая Э/С выше 1 градации (Lown)	9	37,5 ± 14,8	14	63,6 ± 26,3	0,59
AV блокада выше I степени	4	18,2 ± 7,4	1	4,2 ± 1,4	0,51
ЖТ	1	4,5 ± 1,6	1	4,2 ± 1,4	1
ФЖ	4	18,2 ± 7,4	3	12,5 ± 4,8	0,85
ПФП	0	0,0	1	4,2 ± 1,4	0,64
Другие нарушения ритма и проводимости	8	36,4 ± 15,0	7	29,2 ± 11,5	0,89
НК по Killip выше II класса	4	18,2 ± 7,4	2	8,3 ± 3,1	0,69
Разрыв миокарда	1	4,5 ± 1,6	0	0,0	0,62

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В среднем, время эффективной ТЛТ по ЭКГ (смещение сегмента ST к изолинии на 50 % и более) и максимальной активности креатинфосфокиназы (КФК) для пациентов из группы В (без клопидогреля) наступило через $105,8 \pm 51,1$ минут от начала ее проведения, в группе А (с клопидогрелем) – через $66,5 \pm 34,8$ минут ($p = 0,0004$). Доля неэффективных случаев ТЛТ в группе В составила $18,2 \pm 7,4$ %, в группе А неэффективных случаев ТЛТ не было ($p = 0,03$). Таким образом, сочетание системного тромболитика с двухкомпонентной антитромбоцитарной терапией (аспирин + клопидогрель) приводило к более быстрой ($p = 0,0004$) и полной реперфузии ишемизированного миокарда по клиническим, лабораторным и электрокардиографическим признакам.

Достоверных различий по частоте развития в стационаре нарушений сердечного ритма и проводимости, прогрессирования коронарной и сердечной недостаточности, аневризматической деформации ЛЖ, госпитальной летальности между исследуемыми группами выявлено не было (табл. 3). Вместе с тем, следует отметить, что общая частота неблагоприятных событий была достоверно выше в группе без использования клопидогреля (28 против 9, $p < 0,05$). Это подтверждает перспективность изучаемой темы и позволяет предположить, что при включении большего числа больных будут получены достоверные различия по частоте отдельных видов осложнений в пользу комбинированной антитромботической

терапии. Развитие кардиальных осложнений в обеих группах свидетельствует о сохраняющемся остаточном стенозе коронарных артерий после догоспитальной ТЛТ и предполагает возможность проведения эндоваскулярной реваскуляризации ИЗА по индивидуальным показаниям.

В исследуемых группах не было случаев желудочно-кишечных, геморроидальных, носовых кровотечений; у одного пациента группы В и у двух группы А отмечены незначительные гематомы в местах катетеризации локтевых вен.

При оценке размера инфаркта миокарда в исследуемых группах по Sylvester & Wagner, проведенной в госпитальный период, установлено, что средний размер очага некроза в группе В (ТЛТ без клопидогреля) составил 11,5 %; $m = 3,2$; ДИ – 9-15 %. В группе А (ТЛТ с клопидогрелем) $M = 9,2$ %; $m = 2,0$; ДИ – 8-11 % ($p < 0,05$). Меньший размер некротизированного миокарда в группе А (ТЛТ + клопидогрель), вероятно, определил лучшие показатели ЭХОКГ (ФВ ЛЖ, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, ЛП), чем в группе В (табл. 4).

В результате изучения состояния тромбоцитарного звена установлено, что скорость и степень АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, как с АДФ 1,25, так и с АДФ 2,5 в группе А (ТЛТ с клопидогрелем) достоверно ниже, чем в группе В (ТЛТ без клопидогреля) (табл. 5).

Можно предположить, что более выраженное угнетение агрегации в группе с догоспитальной комбинированной антитромбоцитарной терапией способствует ускоренной реперфузии и предупреждению ретромбозов у больных ИМ с подъемом сегмента ST.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сочетание системного тромболитика с двухкомпонентной антитромбоцитарной тера-

Таблица 3
Распределение пациентов исследуемых групп по течению ИМ в госпитальный период

Течение ИМ	ТЛТ без клопидогреля (группа В) n = 22 (100%)		ТЛТ с клопидогрелем (группа А) n = 24 (100%)		P
	n	ДИ для %*	n	ДИ для %*	
	Желудочковая Э/С выше I градации (Lown)	5	22,7 ± 9,3	4	
AV блокада выше I ст.	3	13,6 ± 5,4	0	0,0	0,4
ПФП	1	4,5 ± 1,6	1	4,2 ± 1,5	1
Блокада ножек	4	18,2 ± 7,4	2	8,3 ± 3,1	0,7
РП стенокардия	4	18,2 ± 7,4	1	4,2 ± 1,5	0,5
Аневризма	1	4,5 ± 1,6	0	0	0,6
Рецидив	6	27,3 ± 11,2	1	4,2 ± 1,5	0,3
Сердечная недостаточность выше I степени	2	9,1 ± 3,6	0	0	0,5
Смерть	2	9,1 ± 3,6	0	0	0,49

Таблица 4
Сравнительная характеристика основных показателей ЭхоКГ в исследуемых группах

Показатели	ТЛТ ДГЭ без клопидогреля n = 21 (100 %)			ТЛТ ДГЭ с клопидогрелем n = 23 (100 %)			P
	М	m	ДИ	М	m	ДИ	
ФВ, %	51,4	1,3	48,31-54,77	54	1,43	51,02-56,97	< 0,05
КДО, мл	158,52	3,26	151,7-165,33	153,95	2,85	148,04-159,84	< 0,05
КСО, мл	71,85	22,2	67,3-76,6	67,6	2,29	62,84-72,37	< 0,05
ЛП, см	4,01	0,04	3,91-4,11	3,94	0,03	3,89-4,01	< 0,05

Таблица 5
Сравнительная характеристика скорости и степени АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов в исследуемых группах

	Группа В без клопидогреля n = 22 (100 %)			Группа А с клопидогрелем n = 24 (100 %)			P
	М	m	ДИ	М	m	ДИ	
Скорость с АДФ 1,25, %/мин	56,4	2,3	53,0-58,0	38,2	1,6	37,0-39,5	< 0,05
Степень с АДФ 1,25, %	46,6	3,02	43,0-46,0	34,0	0,8	33,0-35,	< 0,05
Скорость с АДФ 2,5, %/мин	57,5	1,6	56,0-59,0	46,6	1,6	45,0-48,0	< 0,05
Степень с АДФ 2,5, %	52,8	5,54	52,0-57,0	50,2	5,5	47,0-55,0	< 0,05

пией (аспирин + клопидогрель) на ДГЭ способствует повышению эффективности ТЛТ, вероятно, за счет более быстрого и полного восстановления кровотока в ИЗА, сокращения частоты ретромбозов. Ранняя реперфузия миокарда способствует ограничению зоны некроза, сохранению большей массы жизнеспособного миокарда, улучшению сократительной функции левого желудочка, предупреждению прогрессирования патологического постинфарктного ремоделирования и сердечной недостаточности.

ВЫВОДЫ:

1. Назначение комбинированной антитромботической терапии, включающей болюсное введение стрепто-

киназы 750000 МЕ, аспирина 250 мг, нагрузочную дозу клопидогреля 300 мг и гепарин 5000 МЕ внутривенно, на догоспитальном этапе безопасно, не увеличивает частоту осложнений, связанных с терапией.

2. Добавление нагрузочной дозы клопидогреля к стандартной терапии ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе способствует снижению агрегантной активности тромбоцитов, наиболее быстрой и эффективной реперфузии миокарда.
3. Комбинированная антитромботическая терапия на догоспитальном этапе способствует повышению эффективности лечения ОКС с подъемом сегмента ST, оптимизации течения догоспитального и госпитального этапов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инфаркт миокарда. Диагностика и лечение на догоспитальном этапе. /Верткин А.Л., Тополянский А.В., Городецкий В.В., Талибов О.Б. //Доктор РУ. – 2003. – № 1(11).
2. Юркин, Е.П. Пилотное исследование клинической эффективности применения тромболитической терапии для лечения острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи /Юркин Е.П., Тарасов Н.И., Землянухин Э.П. //Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2005. – С. 124-125.
3. Califf, R.M. The rationale for thrombolytic therapy /Califf R.M. //Europ. Heart J. – 1996. – N 17. – P. 2-8.
4. Cohen, M. The evolution of thrombolytic therapy and adjunctive antithrombotic regimens in acute ST-segment elevation myocardial infarction /Cohen M., Arjomand H., Pollack C.V. //Am. J. Emerg. Med. – 2004. – Vol. 22, N 1. – P. 14-23.
5. Hennekens, C.H. Thrombolytic therapy: pre-and post-GISSI-2, ISIS-2 and GUSTO-1 /Hennekens C.H. //Clin. Cardiol. – 1994. – Vol. 17, N 1(Suppl 1). – P. 115-117.
6. The GUSTO angiographic investigators: The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary artery patency, ventricular function, and survival after acute myocardial infarction //New Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 329. – P. 1615-1622.
7. A pilot study of streptokinase-induced endothelial injury and platelet activation following myocardial infarction /Lip G.I.N., Lydakis C., Nuttall S.L. et al. //J. Int. Med. – 2000. – Vol. 248. – P. 316-318.

8. Clarity-Timi 28 Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation /Sabatini M.S., Cannon Ch.P., Gibson C.M. et al. //N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 352. – P. 1179-1189.
9. The task force on the use of antiplatelets agents in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. Expert concensus document of the European Society of Cardiology t on the use of antiplatelets agents of antiplatelets agents //Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 25. – P. 166-181.
10. Багненко, С.Ф. Совершенствование экстренной медицинской помощи – основа реформирования здравоохранения России /Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В. //Скорая медицинская помощь. – 2001. – № 4. – С. 11-16.



ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

У лиц с высоким уровнем эмоциональной жизнеспособности вероятность развития ишемической болезни ниже, по сравнению с лицами с низким уровнем эмоциональной стойкости.

Эмоциональная жизнеспособность, под которой понимается ощущение себя полным энергии, благополучным, а также эффективное эмоциональное регулирование, считается индикатором хорошего психического здоровья.

Laura Kubzansky (Harvard School of Public Health, Бостон, Массачусетс, США) с коллегами решили изучить, способствует ли эмоциональная жизнеспособность снижению риска ИБС.

Авторы проанализировали данные исследования NHANES I в котором 6265 лиц в возрасте от 25 до 74 лет без ИБС исходно заполняли специальный опросник GWS. Средний показатель эмоциональной жизнеспособности составил 24,79. В зависимости от этого показателя, пациенты были разделены на три группы: с низким, средним и высоким уровнем жизнеспособности. В течение периода наблюдения средней продолжительностью 15 лет у 1141 пациента развилась ИБС.

После коррекции данных в зависимости от возраста, пола, других факторов риска и др. оказалось, что у лиц с высоким уровнем жизнеспособности риск развития ИБС был меньше, чем у лиц с низкими уровнями (относительный риск 0,81, $p = 0,006$).

Каждый из трех компонентов эмоциональной жизнеспособности – энергичность, благополучие и эмоциональный самоконтроль, но только обобщенный показатель эмоциональной жизнеспособности оказывал достоверный эффект на риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник: Cardiosite.ru

А.А. Марцияш, Л.А. Ласточкина, Е.А. Вострикова, Д.С. Кривоносов, Н.И. Тарасов
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 Кардиологический диспансер,
 г. Кемерово

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Распространенность, тяжелые осложнения ишемической болезни сердца диктуют необходимость поиска новых способов лечения, реабилитации и вторичной профилактики больных с данной патологией. Включение в комплекс реабилитационных мероприятий низкоинтенсивной лазерной терапии позволяет повысить эффективность реабилитации и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, низкоинтенсивная лазерная терапия, качество жизни.

Prevalence, serious complications of ischemic heart disease dictate the necessity of new treatment methods searching, rehabilitation, and postexposure of patients with such pathology. Low-intensive laser therapy including in rehabilitation measures complex lets improve rehabilitation effectiveness and patients life quality.

Key words: ischemic heart disease, low-intensive laser therapy, life quality.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к числу самых распространенных заболеваний в индустриально развитых странах [1]. Разработаны схемы вторичной профилактики и лечения различных форм ИБС. Однако возможные осложнения проводимой терапии и хирургической реваскуляризации, высокая стоимость лечения и снижение качества жизни пациентов [2, 3] диктуют необходимость поиска новых способов лечения, реабилитации и вторичной профилактики больных с данной патологией.

Многочисленными экспериментальными, а также клиническими исследованиями доказано, что для эффективной терапии больных ИБС в различных возрастных группах необходима коррекция нарушений ритма и проводимости, расстройств микроциркуляции и внутрисердечной гемодинамики, нарушенных адаптивных механизмов к природным физическим факторам [4, 5, 6, 7]. Комбинированное применение физиотерапевтических факторов и медикаментозных средств при решении этих задач имеет преимущества перед монотерапией [8, 9, 10]. Под влиянием фармакофизиотерапевтических воздействий улучшается нейрогуморальная регуляция коронарного кровообращения, системная и регионарная гемодинамика, наблюдается периферический вазодилатирующий эффект, снижается постнагрузка, удлиняется диастола, улучшается доставка кислорода к тканям и нормализуется иммунологическая реактивность организма [4, 11, 12, 13]. Вместе с тем, в существующих программах реабилитации больных ИБС недостаточно

внимания уделяется физиотерапевтическим факторам, а используются преимущественно физические тренировки и психотерапия [2, 7, 11].

Учитывая вышеизложенное, оптимизация лечебно-профилактических мероприятий больных ИБС является достаточно актуальной проблемой кардиологии, так как обоснованное внедрение комплексов реабилитации с использованием фармакофизиотерапевтических факторов позволит расширить показания к поликлиническому этапу реабилитации данного контингента больных, значительно повысить эффективность реабилитации, избежать ряда осложнений лекарственной терапии, сократить сроки временной нетрудоспособности и дать значительный медико-социальный и экономический эффект.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-функциональной эффективности низкоинтенсивной лазерной терапии на поликлиническом этапе реабилитации больных ИБС старших возрастных групп, а также определение значения показателя «качество жизни» (КЖ) в оценке эффективности восстановительного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследования, полученные исходно на поликлиническом этапе, позволили выявить следующее: возраст больных составил $60,2 \pm 6,5$ лет, все перенесли инфаркт миокарда с давностью не более двух месяцев и наблюдались в амбулаторно-полик-

линических условиях. Из 69 больных, 43 пациента (62,3 %) имели переднюю локализацию инфаркта, 26 (37,7 %) – заднюю, 12 человек (17,4 %) имели нарушение ритма как осложнение инфаркта миокарда, а 4 (5,8 %) – раннюю постинфарктную стенокардию.

Приступы стенокардии возникали до 5 раз в сутки ($4,3 \pm 0,5$), сохранялся прием нитроглицерина до 6 таблеток ($5,1 \pm 0,1$), по данным Холтеровского мониторинга возникали до 7 эпизодов ишемии ($6 \pm 0,2$), в том числе безболевых. Наличие артериальной гипертензии (АГ) в анамнезе имели 18 больных (26 %). При распределении больных по длительности заболевания выяснилось, что у 53 пациентов (76,8 %) давность ИБС менее 5 лет, а у 16 (23,2 %) – более 5 лет.

В соответствии с классификацией, все больные разделены на функциональные классы (ФК). У 47 больных (68,1 %) выявлен II ФК, у 22 (31,9 %) – III ФК. Клинические признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) имелись у 15 больных (21,7 %): тахикардия, одышка при физической нагрузке, снижение фракции выброса (ФВ), по данным ЭХО-КГ. Кроме того, пациенты имели низкую толерантность к физической нагрузке (ТФН).

Настоящим исследованием выявлено исходно низкое качество жизни, обусловленное «необходимостью лечиться», «необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению» и «необходимостью ограничения физических усилий». По данным Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ), низкое качество жизни отмечено по показателям «сон», «энергичность», «социальная изоляция», «физическая активность» и «болевые ощущения». Полученные нами результаты согласуются с ранее известными данными о снижении КЖ больных, перенесших инфаркт миокарда [14, 15, 16, 17, 18, 19].

Низкое качество жизни объясняется, вероятно, тем, что большинство больных ставили на первое место значимость социальной изоляции и физических ограничений, возникающих вследствие тяжести заболевания. Следует отметить, что изменения тех или иных сторон повседневной физической активности могут свидетельствовать и об определенном психологическом дискомфорте. Данное предположение подтверждается результатами теста Спидбергера-Ханина, указывающими на исходно умеренную реактивную и личностную тревожность. В данном исследовании у пациентов выявлена тесная корреляционная зависимость КЖ и реактивной тревожности (РТ) ($r = 0,574$; $P < 0,05$), КЖ и ТФН ($r = 0,711$; $P < 0,05$). Также выявлена зависимость КЖ и показателей анкеты НПЗ: «сон» ($r = 0,911$; $P < 0,05$), «энергичность» ($r = 0,823$; $P < 0,05$), «социальная изоляция» ($r = 0,820$; $P < 0,05$), «физическая активность» ($r = 0,704$; $P < 0,05$) и «болевые ощущения» ($r = 0,683$; $P < 0,05$).

Больные, имеющие в анамнезе АГ (26 %), имели достоверно более низкое качество жизни, нежели пациенты без АГ, что обусловлено более частой необходимостью «избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению» и ограничениями физической активности. Некоторые отличия КЖ больных

ИБС и АГ были опубликованы ранее исследователями, занимающимися данной проблемой [14, 15]. В настоящем исследовании достоверно более низкое КЖ выявлено и у больных с увеличением класса ХСН, что также обсуждалось ранее [20, 21].

Причины снижения качества жизни у больных с разными стадиями сердечной недостаточности не всегда совпадали, что может быть обусловлено тяжестью состояния. Так, у больных с ранними стадиями сердечной недостаточности основными причинами снижения качества жизни являются необходимость лечиться, уменьшение активности в повседневной жизни, ограничение трудовой деятельности.

На более поздних стадиях болезни снижение качества жизни связано с выраженными ограничениями практически по всем изучавшимся аспектам. Кроме того, выявлено недостоверное снижение КЖ и повышение уровня реактивной тревожности (РТ) у больных, перенесших повторный ИМ, что может свидетельствовать о психогенном значении этого заболевания.

Следует отметить, что по данным вариабельности ритма сердца (ВРС), кроме низких показателей КЖ, пациенты находились в состоянии неудовлетворительной адаптации, что проявлялось не только в высоких значениях амплитуды моды (АМо) и индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС), но и в низких значениях вариационного размаха (DX) и дыхательных волн (ДВ). Данное состояние свидетельствует о значительной централизации управления ритмом сердца, об усилении активности подкорковых нервных центров.

Ранее проведенные исследования [6] свидетельствуют также о том, что для больных ИБС характерно усиление централизации управления ритмом сердца, т.е. повышение роли высших вегетативных центров, что объясняется неспособностью сердца адекватно реагировать на изменения симпатовагального тонуса. Данные о снижении парасимпатической активности и повышении симпатической у больных, перенесших инфаркт миокарда, были подтверждены Lombardi F. et. al. [22, 23]. Авторами было установлено, что низкочастотная составляющая спектра (МВ-1) была значительно выше, а высокочастотная (ДВ) – ниже у больных после инфаркта миокарда, по сравнению со здоровыми лицами того же возраста.

Естественно, что результаты, полученные исходно в группе больных, не могут в полном объеме отразить истинную картину реабилитационного процесса, которая зависит от используемых реабилитационных мероприятий. В связи с этим, в настоящем исследовании, в зависимости от проводимой терапии, методом случайного отбора все больные были разделены на две группы: 42 больных (60,8 %) получали медикаментозную терапию (1 группа) и 27 пациентов (39,2 %) – кроме медикаментозной терапии, получали низкоинтенсивную магнитолазерную терапию (2 группа). По основным клиническим показателям группы наблюдения были сопоставимы. В лечении использовался серийно выпускаемый лазер «УЗОР». Лечение проводилось ежедневно, продолжительность курса 10 дней. Состояние больных оценивалось че-

рез 1 и 6 месяцев от начала наблюдения в условиях поликлиники.

Обращаясь в целом к результатам реабилитационного процесса, необходимо подчеркнуть, что у большинства пациентов отмечено улучшение общего состояния. В группе, в которой использовалась низкоинтенсивная лазерная терапия, улучшение состояния наступало раньше, сохраняемость эффекта была более длительной.

Выявлено, что окончание курса лечения (через 1 месяц) у больных 1-й группы сопровождалось достоверным уменьшением количества приступов стенокардии, уменьшением количества принимаемого нитроглицерина и уменьшением количества эпизодов ишемии по данным Холтеровского мониторирования, однако количество безболевых эпизодов ишемии достоверной динамики не имело. Курс лечения позволил констатировать у больных 1-й группы тенденцию к повышению суммарного показателя КЖ, недостоверное снижение уровня РТ. Вместе с тем, по данным НПЗ, отмечена положительная достоверная динамика только по параметрам «болевые ощущения», «физическая активность». Кроме того, достоверно повысилась ТФН и ФВ. Полученные данные ВРС свидетельствовали о состоянии умеренной синпатикотонии.

По истечении шести месяцев после проведенного лечения у больных данной группы отмечено достоверное улучшение КЖ, снижение уровня РТ, данные НПЗ также имели достоверную положительную динамику по параметрам «энергичность», «болевые ощущения», «социальная изоляция» и «физическая активность». Улучшение качества жизни произошло за счет уменьшения ограничений, связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью ограничений в проведении досуга. Данному состоянию также соответствовало достоверное увеличение ТФН и ФВ. Через 6 месяцев существующей динамики не выявлено, спектральный анализ ритма сердца позволил определить тенденцию к увеличению соотношения МВ-1/ДВ в процессе наблюдения, что свидетельствует об активации адренергических структур.

Оценивая клинические проявления заболевания больных 2-й группы отмечено, что количество приступов стенокардии, принятого нитроглицерина и эпизодов ишемии имели достоверную положительную динамику. Показатели, характеризующие состояние больных 2-й группы, после проведенного курса лечения все же несколько отличались от данных 1-й группы. Так, суммарный показатель КЖ, уровень РТ имели достоверную положительную динамику. Кроме того, зарегистрирована достоверная положительная динамика по параметрам «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» и «физическая активность». Улучшение качества жизни больных данной группы произошло за счет уменьшения ограничений: связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению, необходимостью ограничений

в проведении досуга. Этому состоянию пациентов соответствовало достоверное увеличение ТФН и ФВ.

Данные вариационной пульсометрии и спектрального анализа ритма сердца после первой процедуры лазеротерапии свидетельствовали о тенденции к снижению симпатических влияний и повышению тонуса ПНС. Однако произошло достоверное увеличение АМо на 11,6 %, что свидетельствует о развитии функционального напряжения. Окончание курса лечения характеризовалось вегетативным равновесием, что позволяет предполагать усиление деятельности автономного контура регуляции ритма сердца. Относительное равновесие между центральным и автономным механизмами управления можно характеризовать как состояние удовлетворительной адаптации.

Исходное соотношение МВ-1/ДВ составляло 2,619. После 1-й процедуры, курса лечения и через 6 месяцев отмечено достоверное уменьшение изучаемого показателя на 50 %, 55,5 % и 53,1 %, соответственно. Ранее [22] было отмечено прогрессивное уменьшение низкочастотных составляющих сердечного ритма и увеличение высокочастотных у больных данной категории, что указывает на нормализацию симпатовагального взаимодействия.

Через 6 месяцев у пациентов данной группы сохранилась достоверная положительная динамика. Снижение симпатической активности в регуляции сердечной деятельности и, как следствие этого, уменьшение гипердинамики миокарда способствуют снижению потребности миокарда в кислороде, экономизации кислородного режима работы сердца и устранению дисбаланса между потребностью и доставкой кислорода. Поскольку данный механизм патогенеза ишемии миокарда является наиболее значимым при ИБС, применение лазерного излучения инфракрасного диапазона является наиболее эффективным.

Длительное пребывание больных в условиях стационара может оказывать негативное психологическое воздействие на пациентов. Вместе с тем, более свободный амбулаторный режим, раннее назначение физических тренировок и фармакофизиотерапевтических комплексов способствуют повышению физической активности, нормализации психологического статуса и улучшению общего состояния. В связи с этим, целесообразен более ранний переход больных на этап лечения, в котором используются природные и преформированные физические факторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, необходимо отметить, что больные ИБС старших возрастных групп имеют низкое качество жизни, обусловленное клинико-функциональным состоянием. Включение низкоинтенсивной лазеротерапии в комплекс реабилитационных мероприятий на поликлиническом этапе отчетливо повышает эффективность реабилитации за счет улучшения клинических проявлений заболевания, снижения уровня тревожности, повышения ТФН, сократительной способности миокарда и улучшения качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бокарев, И.Н. Коронарная ишемическая болезнь сердца: состояние, проблемы и перспективы /Бокарев И.Н. //Клиническая медицина. – 1997. – № 4. – С. 4-8.
2. Погосова, Г.В. Школа для больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования /Погосова Г.В. //Кардиология. – 1998. – № 11. – С. 81-89.
3. Шевченко, Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении /Шевченко Ю.Л. //Медицинская газета. – 2000. – № 53-54.
4. Волков, В.С. Лечение и реабилитация больных стенокардией в амбулаторных условиях /Волков В.С., Поздняков Ю.М. – М., 1995. – С. 176.
5. Гріднева Т.Д. Оптимизация II этапа реабилитации больных инфарктом миокарда с использованием природных и преформированных физических факторов /Т.Д. Гріднева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1996. – 44 с.
6. Барбараш, Л.С. Личность, стресс и ИБС /Барбараш Л.С., Барбараш О.Л., Барбараш Н.А. – Кемерово, 1999. – 188 с.
7. Тарасов, Н.И. Инфаркт миокарда. Реваскуляризация миокарда, прогноз, осложнения, перекисное окисление липидов, принципы фармакотерапии, физическая реабилитация /Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Барбараш Л.С. – Кемерово, 2001. – 327 с.
8. Влияние особенностей личности на процесс восстановительного лечения больных ИБС после аортокоронарного шунтирования /Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Кремнев Ю.А., Антошина И.Н. //Вопросы курортологии. – 2001. – № 6. – С. 7-10.
9. Косов, В.А. Опыт реабилитации кардиохирургических больных в клиническом санатории /Косов В.А., Костюк А.Л., Ермолин С.Н. //Клиническая медицина. – 1997. – № 8. – С. 40-44.
10. Корочкин, И.М. Особенности клинического течения не-Q-инфаркта миокарда, его прогнозирование и инвазивная лазеротерапия /Корочкин И.М., Шавлохова Э.А., Чукаева И.И. //Российский кардиологический журнал. – 1998. – № 4. – С. 20-22.
11. Барац, С.С. Немедикаментозная терапия стенокардии /Барац С.С., Андреев А.Н. – Свердловск, 1990. – 96 с.
12. Боголюбов, В.М. Пути оптимизации параметров физиотерапевтических воздействий /Боголюбов В.М., Зубкова С.М. //Вопросы курортологии. – 1998. – № 2. – С. 3-6.
13. Аронов, Д.М. Болезни сердца и сосудов /Аронов Д.М., Боголюбов В.М., Воробьев А.И. //Руководство для врачей: Т. 4 /под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1993. – 448 с.
14. Айвазян, Т.А. Исследование качества жизни у больных гипертонической болезнью /Айвазян Т.А., Зайцев В.П. //Кардиология. – 1989. – № 9. – С. 43-46.
15. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями /Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. //Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100-103.
16. Мелентьев, А.С. Значение показателя «Качество жизни» в реабилитации больных ишемической болезнью сердца /Мелентьев А.С., Мелентьев И.А. //Топ. мед. – 1996. – № 5. – С. 21-24.
17. Петрова, М.М. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда /Петрова М.М., Айвазян Т.А., Фандюхин С.А. //Кардиология. – 2000. – № 2. – С. 65-66.
18. Сыркин, А.Л. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения /Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.В. //Клиническая медицина. – 1998. – № 6. – С. 52-56.
19. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода /Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П., Габриелян А.А. //Кардиология. – 1997. – № 1. – С. 37-40.
20. Коц, Я.И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями /Коц Я.И., Либис Р.А. //Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66-72.
21. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью /Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. //Русский медицинский журнал. – 1999. – № 2. – С. 84-87.
22. Рябыкина, Г.В. Вариабельность ритма сердца /Рябыкина Г.В., Соболев А.В. – М.: СТАР КО, 1998. – 200 с.
23. Lombardi, F. Heart rate variability as an index of sympathovagal interaction after acute myocardial infarction /Lombardi F., Sandrone G., Pempruner S. //Am. J. Cardiol. – 1987. – Vol. 60, N 16. – P. 1239-1245.

В.Г. Богданов

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии,
г. Кемерово

ХИРУРГ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО

Что переживает хирург в положении больного? Подобное мне удалось обнаружить в журнале «Вестник хирургии имени И.И. Грекова» за 1969 год, № 5, где профессор Н.Н. Соколов делится своими переживаниями о перенесенной операции.

Чтобы хорошо понимать психологию больного, нужно представить себя на его месте или самому побывать в его положении. Последняя ситуация создавалась и у меня, когда мне на 35 году жизни пришлось перенести серьезное оперативное вмешательство.

Вот история заболевания. В 7-месячном возрасте я получил вывих правого бедра, который не был сразу распознан. Лечился в г. Ейске Краснодарского края.

Так как я длительное время не ходил, то родители возили меня в г. Ростов-на-Дону к проф. Н.Н. Богоразу, который рекомендовал гипсовую повязку и заверял, что я буду ходить. И, действительно, в 3-летнем возрасте я пошел, держась за карандаш в своей руке.

В 7-летнем возрасте зимой я упал, ударившись правым бедром о лед. Возник туберкулезный коксит, открылись свищи по латеральной поверхности бедра. Снова был показан Н.Н. Богоразу, который рекомендовал поехать на курорт. Из-за военного времени это сделать было невозможно, и поэтому меня лечили соленными горячими ваннами. Свищи закрылись.

Летом 1950 г. — повторное обострение. На правое бедро проводилась гелиотерапия до появления свищей. После чего стал наблюдаться ростовским остеофтизиатром, которая лечила только появившимся пенициллином и перевязками. К осени этого же года я бросил костыли, которых стеснялся, и пошел в школу.

После окончания средней школы поступил в Ростовский медицинский институт. Выбор сделал из-за своей болезни: хотел знать о ней все более подробно. За 6-летний срок обучения были неоднократные обострения. Лечился амбулаторно фтивазидом, а иногда и стрептомицином. На последнем курсе открылся свищ, который закрылся уже в Элисте, куда я был послан на работу хирургом. В этот период мне предлагали оперативное лечение: замкнуть тазобедренный сустав с длительной (в течение года) терапией, но я отказался: жаль было терять время, так как готовился к поступлению в аспирантуру.

За 10 лет работы и учебы в аспирантуре периодически наблюдались боли, которые купировались противотуберкулезными препаратами. Но достаточно интенсивной терапии не проводил.

Работая в Кемерово, 8 января 1970 г. я упал на скользкой дороге между корпусами больницы, ударившись правым бедром. С трудом встал и дошел до клиники. Но все же работал и даже оперировал с болью в ноге. Однако на 3-й день встать на ногу не смог, так как на фоне хронического специфического воспалительного процесса (с сентября 1969 г.) возникло обострение заболевания, которое сделало меня совершенно нетрудоспособным. Лечился амбулаторно стрептомицином, фтивазидом, ПАСК'ом и тубазидом. Стало лучше. Начал ходить с тростью.

Когда готовился к выходу на работу, лечащий врач предложила путевку в противотуберкулезный санаторий г. Советска Калининградской области. Решил поехать с мыслями окрепнуть и отдохнуть или прооперироваться, сохранив движения в тазобедренном суставе. К сожалению, на сделанной в Кемерово рентгенограмме очагов деструкции «не обнаружено». В специализированном костнотуберкулезном санатории г. Советска на этом же привезенном мною снимке сразу нашли полость в метафизе правого бедра, которую теперь и я стал различать. Последующие рентгенограммы и томограммы подтвердили очаг деструкции в проксимальном отделе правого бедра и значительное разрушение тазовых костей. Никакой речи о неартропластике не могло и быть. Стали готовить к операции — резекции правого тазобедренного сустава с артродезом, ибо другого выхода не было: страшил возможный перелом в области каверны.

Решился оперироваться под общим обезболиванием, боясь при этом бронхоспазма, рекураризации, регургитации и других осложнений наркоза. Несколько успокаивали некоторые собственные представления об интубационном наркозе и знания современных достижений анестезиологии.

К сожалению, за неделю до операции мой лечащий врач уехал по аспирантским делам в Москву сроком на 2 месяца. Я понял, как неприятна и болезненна для больного эта смена врача, особенно перед операцией, и как мы, хирурги, порой не придаем этому должного значения, хотя, может быть, другой врач и опытнее первого. Всегда страшит, что вдруг новый врач сделает не так, как первый.

Накануне операции — премедикация вечером этаналом натрия (2 таблетки), супрастином и мепробоматом, утром — то же. Появилась незначительная эйфория с безразличием, стало трудно управлять языком.

В полусонном состоянии на своей кровати (благо, они на колесах, и это очень удобно) был доставлен в анестезиологическую комнату.

После инъекции скополамина и промедола с какой-то легкостью в теле стал погружаться в сон. Страх не было. И вообще, шел на операцию совершенно спокойно. Последним моментом перед операцией помню, что меня вывезли из этой комнаты в коридор, чтобы везти в операционную. Дальнейшее выпадает из памяти. Приезд в операционный зал, как и введение в наркоз, я не помню, так как крепко спал после премедикации.

Хотя, со слов анестезиолога, я вел себя обычно: поздоровался, рассматривал операционную, расспрашивал наркотизатора о ее семье и т.д. Но ничего этого в памяти не осталось.

Что было потом, привожу протокол операции.

12.03.1970 г. Операция (Г.Е. Ширяев) – реконструктивная резекция правого тазобедренного сустава. Вводный наркоз – 1 % раствор тиопентала натрия 50 мл. Интубация. Миорелаксин.

В положении на спине, с валиком в ягодичной области, разрезом типа Омбредана, с иссечением послесвищевых рубцов, осуществлен доступ к правому тазобедренному суставу. Бедренная кость в области метафиза и большого вертела выделена из рубцов и взята на подъемник. В области метафиза с внутренней стороны вскрыт и кюретирован очаг деструкции, содержащий казеозный гной. Полость освежена до спонгиозной кости. Обработан большой вертел, со снятием кортикальной пластинки в верхнем отделе. Внутренняя поверхность верхней трети бедра частично срезана долотом вместе с остеофитами и мелкими секвестрами. Послеоперационный дефект в метафизе бедра замещен спонгиозной крошкой и кортикальногубчатым трансплантатом из крыла подвздошной кости.

Вертлужная впадина разрушена во всех отделах, прикрыта рубцовыми тканями, по удалению которых вскрыты очаги деструкции в верхнем, центральном отделе и в направлении вертикальной ветви седлациной кости. Содержимое очагов – жидкий казеозный гной, грануляции. Резекция и некрэктомия пораженных отделов подвздошной кости до внутренней кортикальной пластины. В образованную нишу глубиной 2,5 см, со значительным усилием, внедрен проксимальный конец бедра. Низведение бедра на 3-4 см. Мио- и тенотомия приводящей группы мышц. Верхний конец бедра не деформировался, прочно удерживается навесом подвздошной кости. Послойное ушивание ран с антибиотиками. Большая кокситная гипсовая повязка в положении сгибания 170°, отведения 95°. Резиновый дренаж в рану. По ходу операции перелито 1000 мл В (III) резус-положительной консервированной крови. Осложнений не было. Длительность операции – 2 часа 50 минут, начало – 10.40, конец – 13.30.

Пришел в сознание в палате. Не верилось, что уже прооперирован. Но, зная эти обычные мысли больных, понял, ощутив влажный гипс, что уже перенес операцию. И был рад, что остался жив.

Радость отягощалась неприятным давлением гипса в области крестца, правой верхней передней подвздошной ости и внутренней поверхности правого бед-

ра, а также резкими болями в области правого тазобедренного сустава. Тошнило. Синергичность зрения обоих глаз была нарушена. Дневной свет был неприятен, хотя шторы на окне были закрыты (когда просил закрыть, почти не помню, но, со слов санитарки, просил). Угнетала мысль о длительности пребывания в неудобном гипсе и бездеятельности. Ругал себя, что согласился на операцию, и давал себе слово при неудаче повторно не оперироваться, хотя через 9 месяцев и позже после операции уже готов был оперироваться снова, если бедро не сростется с тазом.

Попытка читать художественную литературу затруднялась нарушением аккомодации, и чтение не приносило удовольствия, быстро прекращал.

Болей из области самой раны я не ощущал, что было для меня странно, и я долго мучился, стараясь это объяснить. Лишь на 5-й день после операции во время перевязки я понял, что наружная область правого бедра почти утратила чувствительность, вероятно, вследствие повреждения наружного кожного нерва бедра, хотя в дальнейшем здесь чувствительность восстановилась и отсутствовала только на передне-внутренней поверхности правой голени из-за операционной травмы внутреннего кожного нерва нижней конечности, несмотря на трижды проводимую соответствующую консервативную терапию.

На 2-й день после операции к вечеру вынужден был попросить гипсового техника вырезать окно в области передневерхней подвздошной ости справа и в средней трети переднемедиальной поверхности этого же бедра. Последнее окно было сделано ошибочно, ибо ощущение давления гипсом генерировалось натяжением медиальной части четырехглавой мышцы бедра, так как конечность была несколько удлинена и отведена.

Ночью 13.03.1970 г. появились боли от давления в области крестца. Попросил повернуть на бок. Дежурной сестре пришлось обычным ножом (гипсовая на ночь запирается) немного разрезать гипс вдоль крестца. Это было в пятницу – в «неудобный» день. Лишь в понедельник пришлось вырезать в области крестца образовавшийся гипсовый бугор и закрыть вырезанные ранее отверстия. С подложенным под спину ватником стало легче лежать.

В первые 2 дня отказывался от обезболивающих, боясь стать наркоманом, и получал лишь одну инъекцию промедола на ночь. На 3-й день выдержки не хватило: из-за болей вводили промедол, омнопон, супрастин и даже морфин, инъекцию последнего медсестра скрыла. После этого я уснул на 2 часа и почувствовал себя отдохнувшим. Из-за отказа от обезболивающих средств я только зря страдал от болей, которые были довольно сильными. На 3-ю ночь дежурила проводившая мне наркоз опытная анестезиолог, которая провела соответствующую терапию, после чего мне стало значительно легче.

Гемодинамических изменений не ощущал. И, хотя дежурная сестра говорила о частом пульсе, я этого не чувствовал, меня это не беспокоило, так как знал, что моя сердечно-сосудистая система как буд-

то в порядке и операционную нагрузку должна перенести хорошо.

Весьма угнетала замедленность времени и потеря ориентировки в нем. После пробуждения от сна казалось, что спал очень долго (10-12 часов), хотя фактически сон длился 2 часа и меньше. Хотелось, чтобы первые самые тяжелые послеоперационные дни проходили скорее, так как знал, что дальше будет легче.

Приходили мысли об остром аппендиците, которого опасался, так как в этом случае аппендэктомия должна была сопровождаться снятием гипса.

С первого же дня занимался гимнастикой, хотя было трудно и отсутствовало всякое желание. Но, зная, что активный послеоперационный период дает меньше осложнений (боялся тромбозов, флебитов, воспаления легких), старался не быть пассивным. Этому способствовал и давивший гипс, что вынуждало часто переворачиваться.

Мучила жажда, но из-за апатичности и нежелания двигаться не пил. Не переносил хлеба и мясных блюд в течение 2 недель после операции.

Осложнений, кроме незначительной серомы, не было. Рана зажила первичным натяжением. Возможно, этому способствовал и прием метацила. Однако в дальнейшем я не стал его принимать, боясь, что он усилит тугоподвижность в коленном суставе, движение в котором после снятия гипса из-за иммобилизации были очень плохими. Но дома снова лечился метацилом, глюконатом кальция, витаминами, надеясь на лучшее анкилозирование, чего, к сожалению, не произошло.

В первую неделю держалась высокая температура. Назначенный через 3 часа внутримышечно пенициллин наводил на мысль о возможности наличия у меня антибиотикозависимой микрофлоры. Поэтому хотелось временно пенициллин отменить. Но в дальнейшем температура снизилась, хотя субфебрилитет отмечался долго — 3 месяца.

Не обошлось и без мелочей, как, например, ожог настойкой йода вблизи раны, жжение от которой я воспринял как давление от гипса.

Окруженный хорошим вниманием, уходом и заботой, думал о том, как порой мы не уделяем достаточного внимания жалобам больных. Находясь в положении больного, я понял, что зря пациент жаловаться не будет.

На 5-й день ко мне приехала жена, хотя раньше я писал, чтобы не приезжала. Это было неправильно. Тут нужно вспомнить Н.И. Пирогова, который придавал большое значение встрече больного с родственниками для его скорейшего выздоровления. Так было и со мной, когда посещали родные. Поднимался общий тонус, начинал лучше себя чувствовать, налаживался аппетит. А как в положении врача иногда мы не разрешаем родственникам посещать больных, быть у них, когда им особенно тяжело. В этом вопросе теперь моя прежняя точка зрения изменилась.

В дальнейшем беседа с одним больным, которому сняли гипс через 2 месяца после операции из-за

раздражения кожи, вызвала и у меня боязнь последнего. Успокаивало то, что он лежал летом, а мне только в июне должны заменить большую кокситную на меньшую гипсовую повязку.

Обращало на себя внимание отсутствие в палате сигнализации, которая была в санатории такой же, как во многих больницах: больные вызывали персонал стуком ложки по стакану или по бутылке. Такие сигналы иногда просто не были слышны, да и не хотелось их применять, чтобы не беспокоить соседей по палате, которые, возможно, спали и были гораздо тяжелее меня. Поэтому приходилось терпеть, а когда было невозможно, звонил небольшим колокольчиком, который купила мне моя родная сестра.

Неудобства от гипса наблюдались и в последующие дни — он давил в подколенной области. Вырезано еще одно окно, обнаружен начинающийся пролежень. После этого стало давить с наружной стороны правого коленного сустава, на голени спереди, сбоку крыла левой подвздошной кости, правой пятки и на подошве, где дело дошло до образования пузырей. Последние наблюдались и в дальнейшем, после смены большой кокситной повязки на гипсовый тугор.

Интересны ощущения нарастания слоя эпидермиса под гипсом, что снижает чувствительность. Сначала к такой потере чувствительности трудно привыкнуть, хочется содрать эпидермис движением конечности под гипсом, что, разумеется, не удастся, а позже к такому состоянию привыкаешь.

Наблюдая за работой медицинского персонала, мне приходили рационализаторские мысли: как, например, делать подкожные инъекции из одного укола, продвигая или поворачивая иглу в другое место для нового лекарства.

К концу 2-го месяца пребывания в большой кокситной повязке я убедился в правдоподобности и справедливости высказываний медицинского персонала, что к гипсу можно привыкнуть. Как это привыкнуть, если он давит? Я не верил. Через 2 месяца, действительно, некоторые места давления я почти перестал ощущать. Стал искать объяснение причины такой адаптации организма. Вспомнил подошвы, на которые мы постоянно давим при вертикальном положении тела. Так, очевидно, и другие места нашего организма приспособляются к постоянному давлению, уплотняя соединительно-тканые перегородки подкожной клетчатки. Как пример можно привести опору на локтях. Вынужденный лежать часть суток на животе и на локтях, в первые дни я ощущал боли в них от постоянного давления. И они становились багровыми по типу начинающегося пролежня. Затем области локтевых суставов огрубели, и болевая реакция почти исчезла, а кожа их стала похожа на подошвенную.

Интересна потеря ориентировки в глубокой чувствительности большой конечности. Хотя конечность была почти выпрямлена (имелось небольшое сгибание коленного сустава градусов 170), но создавалось ощущение, что это сгибание достигало 90-100°, а бедра — 120-130°.

На 70-м дне после операции была сделана очередная инъекция стрептомицина, которая вызвала такую болевую реакцию и отек, что пришлось делать компресс. Ночью из-за болей в правом плече не спал. Приходили мысли о возможности газовой инфекции и о дальнейшей лечебной тактике (применение оксигаротерапии), и как доставить меня в барокамеру (придется, наверное, самолетом). Думал — лучше смерть, чем ампутация. К утру уснул.

Подметил подскоки температуры от нормы до субфебрильных цифр во время радостных дней: приезда родственников или хирурга, который длительное время отсутствовал. Его появление, как и осмотр в апреле 1971 года, еще раз убедило, что слово врача лечит.

Лично теперь понял правильность поступков врачей, которые не говорят больному об опасностях болезни. Это очень важно, ибо любая мелочь может угнетать больного и задерживать его выздоровление. Порой нужно сказать больному неправду в его же интересах. До своей болезни убежденности в этом завете врача у меня не было.

На собственной больной конечности убедился в компенсаторных возможностях растущего организма. Несмотря на имеющуюся с детства ротацию бедра внутрь, правая стопа, однако, была отклонена правильно — несколько наружу. Через месяц после операции обратил внимание на некоторую гиперротацию ее кнаружи, что хирург объяснил вынужденной установкой бедра из-за каверны. Все же боялся, что в дальнейшем будут боли в стопе и разовьется голеностопный артроз, поэтому все время старался повернуть стопу медиально. Дома эти опасения не оправдались, хотя вначале и было больно на нее наступать.

Еще одно наблюдение. В положении врача часто наблюдал больных со слабой нервной системой. Причем, чем дольше они лежат в стационаре, тем становятся более невыносимыми, и их приходится выписывать. Что-то подобное обнаружил и у себя — не хватало терпения лежать в гипсе, становилась невозможна больничная обстановка, усиливалась тяга домой. Приходилось напрягать свои волевые усилия, чтобы не сорваться. Все же домой выписался гораздо раньше положенного срока, и уехал с костылем и тростью 5.09.1970 года.

На сделанной перед выпиской рентгенограмме заметен костный трансплантат внутри полости метафиза бедра, а другой (между бедром и тазом) очевидно, рассосался.

Дома, при первом посещении городского противотуберкулезного диспансера, лечащий врач во время проверки обнаружила наличие у меня качатель-

ных движений в оперированном суставе, что подтвердило в этом отношении мои сомнения. Но особенно я не расстроился, хотя сам факт этот был неприятен. Было назначено профилактическое противорецидивное лечение тубазидом и этионамидом. К римициду у меня появились явления непереносимости, и он был заменен на фтивазид.

24.11.1970 года почувствовал, что между бедром и тазом движений как будто нет, чему был рад и не проверял этого факта в течение 4-х недель, боясь противоположного мнения, которое появилось в дальнейшем.

С 12.12.1970 года стал ходить с одной палкой, но мысли о второй операции (артродезе аутоштифтом) не покидали, так как на повторных рентгенограммах в апреле 1971 года костный анкилоз не наступил, что наблюдалось и клинически, как в Кемерово, так и в санатории «Советск», куда я был отправлен снова. Эта поездка очень подняла мой оптимизм, ибо полностью был исключен туберкулезный процесс и появились надежды на позднее анкилозирование, которое у отдельных больных, по данным санатория, наступает даже через 5 лет. А пока было рекомендовано ношение тьютора в течение года с последующей явкой в санаторий, где меня оперировали. К сожалению, атродез так и не произошел.

В ноябре 1971 года по состоянию здоровья пришлось уйти с клинической кафедры общей хирургии на оперативную с топографической анатомией.

В мае 1972 года снова был в санатории «Советск», где после клинического и рентгенологического исследования было дано заключение о частичном анкилозировании тазобедренного сустава.

Было рекомендовано ношение тьютора до конца 1972 года. Но я его снял только летом 1973 года, причем за 2 месяца до этого начал ходить уже без трости.

После снятия тьютора ходил сначала с палкой, а затем (дома и в помещении на работе) — без нее.

Нога после физической нагрузки, лежания и сидения продолжает уставать, делается тяжелой, и появляется боль в оперированном суставе. Создается впечатление об отсутствии сращения. И, действительно, на последней рентгенограмме можно проследить щель между тазом и бедром.

Так что нахожусь на перепутье: или анкилоз укрепится, или идет процесс разбалтывания сустава. В последнем случае повторной операции не избежать. Поэтому подумал о протезировании искусственным суставом. Но коллеги рассоветовали это делать. Так и хожу.

Е.А. Вострикова, Л.О. Багрова, Э.П. Землянухин, С.В. Малиновский, Е.Г. Аржаева

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Большая распространенность, социальная значимость и материальный ущерб от бронхиальной астмы обуславливают необходимость контроля над этим заболеванием. Использование современных, высокоэффективных противоастматических препаратов позволяет добиться высокого качества жизни пациентов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, противоастматические препараты, качество жизни.

A great prevalence, social significance and pecuniary injury out for bronchial asthma show the necessity to control this disease. Modern, high-performance, anti-asthmatic drugs usage makes it possible to gain patients high quality of life.

Key words: bronchial asthma, anti-asthmatic drugs, life quality.

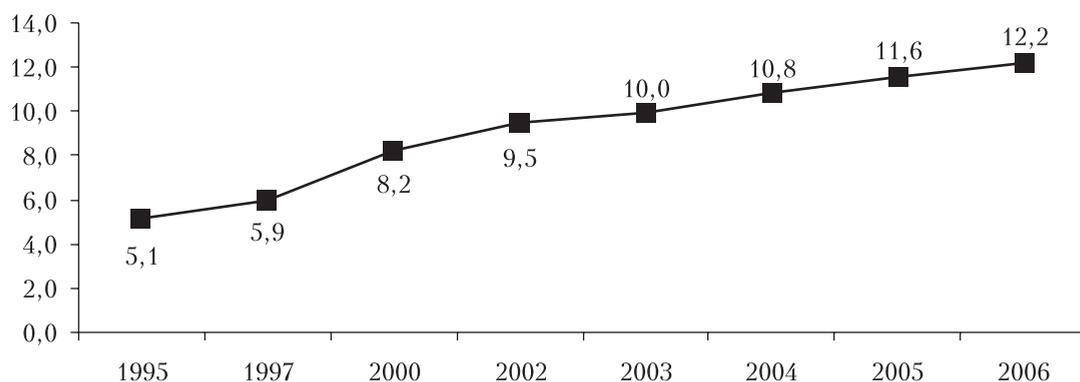
Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний, материальный ущерб от которых является значительным как для государственного, так и для частного здравоохранения (GINA, 2006). Распространенность БА среди взрослого населения в разных странах составляет не менее 8-10 %. Исходя из данных международных эпидемиологических исследований, в России должно быть не менее 7 млн. человек, страдающих БА, но официально зарегистрировано лишь около одного миллиона. Причем диагностируются в основном тяжелые, инвалидизирующие формы заболевания. Примерно 86 % больных, страдающих БА, в течение всей жизни не попадают в поле зрения специали-

та, у остальных 14 % диагноз ставится через несколько лет от начала заболевания.

В г. Кемерово, благодаря активной работе городского пульмонологического центра и высокому профессионализму врачей, распространенность БА выросла с 5,12 на 1000 населения в 1995 г. до 12,2 в 2006 г. (рис. 1). Однако и эти цифры еще далеки от реальных. Так, по данным эпидемиологического исследования, проведенного среди работников промышленных предприятий города в 2001-2005 гг., истинная распространенность БА в Кемерово составляет 38 на 1000 мужчин и 83 на 1000 женщин.

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором иг-

Рисунок 1
Распространенность бронхиальной астмы в г. Кемерово (на 1000 населения)



рают роль многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление вызывает сопутствующее повышение гиперреактивности дыхательных путей, приводящее к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в грудной клетке и кашля, особенно ночью или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности, бронхиальной обструкцией, которая часто является обратимой либо спонтанно, либо под влиянием лечения.

За последние 20 лет медицинская наука добилась больших успехов в изучении БА. На основе клинической эпидемиологии установлена реальная распространенность БА, вскрыты статистические проблемы, связанные с регистрацией заболевания. Благодаря работам в области медицинской генетики, иммунологии, аллергологии, микробиологии, патологической анатомии, сделаны заметные шаги вперед в изучении этиологии и патогенеза БА. Развитие методов функциональной диагностики позволило существенно продвинуться вперед в изучении клинической картины заболевания, улучшить диагностику и сделать ее более своевременной.

Существенный прогресс достигнут в разработке медикаментозных средств лечения БА. Оригинальным в клинической фармакологии является развитие ингаляционной терапии для лечения БА с разработкой разнообразных средств доставки препаратов (дозированные ингаляторы, дозированные ингаляторы с сухим порошком, небулайзеры, спейсеры).

Современные высокоэффективные противоастматические препараты, при их постоянном и грамотном использовании, позволяют полностью мониторировать заболевание, т.е. добиваться высокого качества жизни пациента с БА. Адекватное лечение уже через 2-3 месяца приводит к практически полному отсутствию приступов удушья и состояний, требующих экстренной медицинской помощи.

Какова же реальная ситуация с больными БА в г. Кемерово на сегодняшний день. С одной стороны, успехи есть. Это и улучшение диагностики заболевания, и снижение количества вызовов СМП в связи с приступом удушья (рис. 2).

С другой стороны, ежегодно в городе более 4 тысяч раз возникают неотложные ситуации по БА. Это означает только одно — пациенты, вынужденные обращаться за «скорой помощью», либо вообще не получают базисную противовоспалительную терапию, либо неправильно выполняют врачебные рекомендации. Хроническое течение БА требует длительного применения препаратов, контролирующего течение заболевания, эффективное применение которых невозможно без создания партнерских отношений с пациентом, без разработки индивидуальных планов лечения, без обучения пациентов навыкам самоконтроля.

В связи с изложенным, первоочередная задача врача первичного звена заключается не только в назначении адекватной противоастматической терапии, но и в систематическом контроле за выполнением врачебных рекомендаций, правильной техникой пользования ингаляционными приборами и пикфлоуметрами.

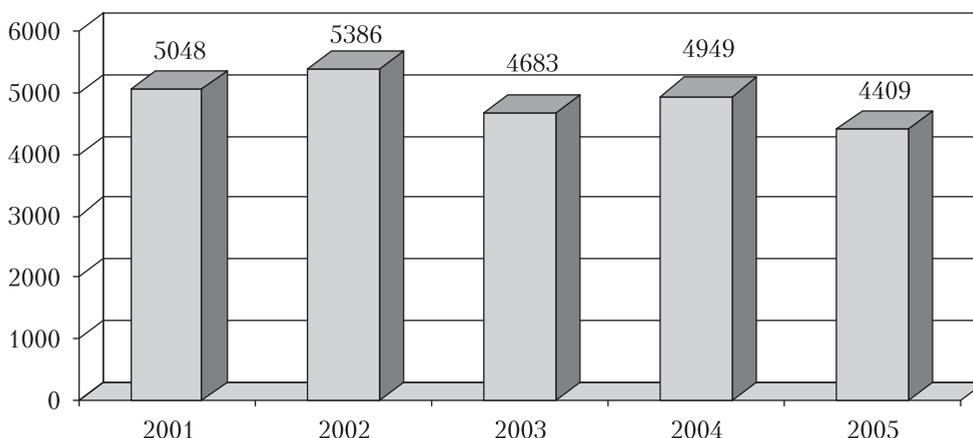
Каждый вызов СМП пациентом с бронхообструктивным синдромом по поводу удушья свидетельствует об отсутствии контроля над заболеванием, и, следовательно, о недостаточной работе амбулаторной службы в целом и участкового терапевта в частности.

С целью улучшения качества ведения пациентов с БА, уточнения причин отсутствия контроля над заболеванием и возможностей амбулаторной службы в достижении такого контроля, в 2006 году начата совместная работа городского пульмонологического центра и кафедры подготовки врачей первичного звена здравоохранения и СМП.

По базе данных городской станции СМП создан регистр пациентов, вызывающих СМП в связи с удушьем чаще 10 раз в год. Оказалось, что из 3775 официально зарегистрированных взрослых больных БА (2006 г.) лишь 57 человек (1,5 %) часто обращаются за неотложной помощью. Анкетирование этих пациентов показало, что основными причинами неконтролируемого течения заболевания являются:

- отсутствие или недостаточность базисной терапии — 35,1 % случаев;

Рисунок 2
Количество обращений в службу скорой медицинской помощи по поводу бронхиальной астмы в г. Кемерово



- неправильное выполнение техники ингалирования, особенно при использовании современных ингаляционных устройств, таких как турбохаллер и ингалятор «Легкое дыхание» – 19,3 % больных;
- 24,6 % больных самостоятельно снижают дозу комбинированных препаратов из-за побочных эффектов пролонгированных β_2 -агонистов (тахикардии, тремор);
- неточная диагностика, когда помимо БА у пациентов имеет место хроническая обструктивная болезнь легких (26,3 %), гастроэзофагеальный рефлюкс (8,7 %);
- лечение сопутствующей патологии с использованием препаратов, усиливающих бронхообструкцию (10,5 %).

Все пациенты, часто вызывающие СМП в связи с удушьем, были приглашены для обследования и коррекции терапии в пульмонологический центр. На приглашения откликнулись 43 человека. Всем больным проведено клинико-функциональное обследование, подбор адекватной дозы ингаляционных глюкокортикоидов и пролонгированных бронхолитиков, инструктаж по использованию ингаляционных средств.

В результате проведенных мероприятий у пациентов, прошедших обследование в пульмонологическом центре, повысился контроль над заболеванием, потребность в неотложной помощи снизилась, в среднем, в 2,5 раза. В целом, количество обращений на СМП по поводу удушья в течение 2007 года впервые за последние годы уменьшилось на 17,9 % (с 4409 в 2005 г. до 3620 в 2006 г.). Для сравнения, без индивидуальной работы с пациентами за 5-летний период с 2001 г. по 2005 г. количество вызовов уменьшилось лишь на 12,6 %.

Безусловно, количество обращений на СМП пациентов с БА остается еще высоким. Но проведенная работа показала крайнюю важность индивидуальной работы с больными, заключающейся не только в назначении противоастматических препаратов, но и в мониторинге их эффективности и технического использования. Если каждый участковый терапевт, получив информацию о вызовах СМП пациентами своего района (а такие данные ежедневно представляются станцией СМП в поликлиники города), уделит чуть больше внимания больному БА, эффект не заставит себя ждать.



БЕЗОПАСНОСТЬ НОВЕЙШИХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ДО СИХ ПОР НЕ ДОКАЗАНА

Миллионы женщин отказываются от пероральных контрацептивов или противозачаточных таблеток, как только видят в описании перечень их побочных эффектов, варьирующий от тошноты до развития раковых опухолей яичников и молочных желез. Результаты предсказать несложно – миллионы абортов, рождение детей в малообеспеченных семьях, дети-сироты.

Именно поэтому статистические данные по побочным эффектам новейших противозачаточных препаратов, собранные голландскими врачами, сразу же привлекли внимание специалистов и пациенток.

Обследовав около 1000 женщин, пользовавшихся противозачаточными таблетками, ученые пришли к выводу, что новейшие гормональные контрацептивы третьего поколения на самом деле практически не оказывают отрицательного влияния на здоровье. Однако более старые версии тех же препаратов (первое и второе поколение), содержащие повышенные дозы гормонов, вполне могут не только инициировать развитие рака, но и спровоцировать приступ стенокардии или даже инфаркт. Но, несмотря на это, применение гормональных контрацептивов нельзя считать фактором риска развития ишемической болезни сердца – курение в этом плане "эффективнее" в десятки раз.

Несмотря на полученные данные, авторы этого исследования не рискнули объявлять гормональные контрацептивы безопасными для здоровья. По их мнению, в исследовании принимало участие слишком мало женщин, чтобы можно было сделать какие-либо выводы.

Источник: Medinform.nnov.ru

Г.П. Петров, А.Г. Петров

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра управления и экономики фармации,
г. Кемерово

КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ИМИДЖА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Исследованы проблемы формирования позитивного имиджа фармацевтических организаций. Установлено: во многих организациях не полностью соответствует позитивному имиджу система карьерного роста персонала, заработной платы и морального стимулирования, и другие. Определена роль имиджевых мероприятий фармацевтических организаций в повышении ее конкурентоспособности.

Ключевые слова: имидж, организация, конкурентоспособность.

Одним из важнейших направлений деятельности фармацевтических организаций является формирование позитивного имиджа. Современная фармацевтическая организация, созданная для достижения конкретных целей, осуществляет свою деятельность в условиях разнообразных взаимодействий и взаимосвязей, имеющих разнообразные интегралы — экономические, социальные и другие.

При формировании эффективного имиджа следует отчетливо представлять, по каким признакам формируется имидж организации [2, 3]. В этом случае имидж бывает:

- внешним, то есть проявляющимся в основном во внешней среде, ориентированной на потребителей — интерьеры помещения аптеки, внешний вид персонала и другие;
- внутренним, формируемым как впечатление о работе и отношении персонала — уровень лояльности руководства к персоналу, возможность карьерного роста, моральная атмосфера, система морального стимулирования и другие.

Очевидно, что между данными видами имиджа должны быть тесные функциональные связи. В связи с этим, следует подчеркнуть, что имидж организации — это результат взаимодействия большого числа факторов, как внешних, так и внутренних, и определяется как корреляция между представлением, которое организация хочет создать о себе у потенциального клиента, и представлением об организации, которое уже существует у потенциального клиента [4].

Имидж организации — это восприятие ее индивидуальности, осознание ее специфических черт и особенностей [4]. Однако до настоящего времени этой проблеме в фармации уделялось недостаточное внимание. Не все руководители фармацевтических организаций осознают необходимость иметь хороший имидж и не заботятся о создании своего имиджа.

Цель исследования — формирование имиджа фармацевтических организаций и анализ мнений различных общественных групп о работе организации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено анкетирование аптечных сетей и филиалов оптовых структур различных фармацевтических организаций Кемеровской области. Им предлагалось ответить на разработанную нами анкету для исследования имиджа фармацевтических организаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наши исследования показывают, что для формирования имиджа фармацевтических организаций необходимо следующее:

- имидж должен соответствовать стратегии развития организации, опирающейся на удовлетворение определенных потребностей всего рынка или его сегмента;
- внутренний имидж организации должен соответствовать внешнему имиджу;
- имидж организации должен соответствовать современному этапу развития общества и потенциальным изменениям рынка.

Многие авторы предлагают начинать работу по формированию имиджа организации с определения понятийного аппарата, так как, по их мнению, трактовка терминов не всегда однозначна, а их значение позволяет ориентироваться в решении методических и практических задач управления имиджем организации [1, 5, 6]. По их мнению, к основным понятиям относятся:

1. Видение — представление об окружающей действительности, настоящей и будущей. Формирование видения — одна из главных обязанностей руководителя организации.
2. Корпоративная миссия — общественно значимый статус, социально значимая роль организации. Миссию можно рассматривать как стратегический инструмент, идентифицирующий целевой рынок и широко определяющий бизнес или основную деятельность организации. Корпоративная миссия играет важную коммуникационную роль, как внутреннюю, так и внешнюю, информирования поставщиков, потребителей и другие.
3. Корпоративная индивидуальность — ценности, суждения и нормы поведения, разделяемые в организации и определяющие сущность индивидуальной корпоративной культуры.
4. Корпоративная идентичность — это то, что организация сообщает о себе, о своей индивидуальности. Все, что организация говорит, делает и создает, формирует ее идентичность. Это — продукты и услуги, формальные и неформальные коммуникации, политика организации, поступки ее персонала.

Известно, что любая организация проходит в течение своей жизни четыре основных этапа:

1 этап — организация находится в стадии становления, затраты на формирование имиджа и общую рекламу минимальны. Внутренний имидж организации на данном этапе только формируется. Основные задачи, которые нужно решать в это время внутри организации, следующие:

- определение срочных и перспективных целей функционирования организации и составление планов деятельности;
- сегментирование рынка в соответствии с планами;
- подбор и расстановка сотрудников, адекватных занимаемому месту и общим целям организации;
- разработка общего стиля организации, концепции внешнего оформления;
- проведение маркетинговых исследований и составление прогнозов развития организации;
- создание начальной базы данных реальных и потенциальных клиентов, потребителей.

В соответствии с позитивной установкой, должно формироваться и поведение персонала. Соблюдение принципов деловой этики персоналом весьма важно в процессе общения с клиентом, так как служит для клиента наиболее достоверным подтверждением истинного имиджа организации [4].

2 этап — организация заняла определенную нишу на рынке и утвердилась в ней. Она может позволить себе увеличить расходы на общую рекламу и имидж-рекламу.

Внутренний имидж организации в это время включает в себя работу над внедрением и укреплением традиций организации среди сотрудников, гибкую систему материальных и моральных поощрений и др.

Внешний имидж организации на данном этапе направлен на подчеркивание в рекламе стабильности деятельности организации, постоянную связь с

существующими клиентами (уведомления о создании новых услуг и др.), начало связей с общественностью организации — презентации, дни открытых дверей, скидки и т.д.

Эта работа осуществляется в значительной мере посредством маркетинговых коммуникаций (реклама, стимулирование продаж). Работа по созданию имиджа ведется целенаправленно для каждой группы и различными средствами. Для крупных организаций при поддержке имиджа особенно важна работа со средствами массовой информации [7].

Следует помнить, что каждое из средств маркетинговых коммуникаций имеет свои сильные и слабые стороны. Системная интеграция этих средств по времени и последовательности использования, по распределению бюджета между ними обеспечивает усиление преимуществ каждого из средств и нивелирует их недостатки [1, 2].

Активизация маркетинговых исследований, создание прогнозирующих и инновационных исследовательских структур — необходимое условие перехода организации к следующему этапу развития.

3 этап — на данном этапе внутренний имидж организации связан со стимулированием инновационной деятельности, с созданием новых направлений видов деятельности, с открытием филиалов организации в регионах.

Внешний имидж организации на этом этапе предполагает уменьшение затрат на общую рекламу, начало рекламной кампании инновационных проектов, активное участие организации в социальных программах и др.

4 этап — данный этап включает формирование модели имиджа организации [1, 5]. Моделирование дает менеджерам всех уровней удобный, относительно простой инструмент эффективного решения многих задач.

Поэтому научно-обоснованная работа по управлению корпоративным имиджем должна вестись на основе моделирования процессов управления и имиджа организации. Методы моделирования способствуют выработке определенной программы, направленной на повышение конкурентоспособности на рынке лекарственных средств, снижение издержек обращения и коррекции позитивности как внешнего, так и внутреннего корпоративного имиджа фармацевтических организаций.

Таким образом, каждому этапу должна соответствовать своя имиджевая политика, как внешняя, так и внутренняя, призванная обеспечить максимальную прибыль на данном этапе развития фармацевтической организации. Успешность прохождения каждого последующего этапа определяется адекватностью имиджевой политики предыдущего этапа.

В современных условиях успешный процесс моделирования имиджа требует управления (планирования, организации, контроля). Деятельность по формированию имиджа оценивается качественно (цели, структура, содержание, исполнители, технологии) и количественно (затраты, сроки, результаты, экономическая эффективность) [4, 6].

При оценке корпоративного имиджа фармацевтических организаций нами рассматривались такие составляющие, как внутренний имидж организации для сотрудников и имидж организации для госструктур.

Внутренний имидж организации включает следующие параметры:

- уровень лояльности руководителя к персоналу,
- уровень информационной открытости руководства,
- предоставленные социальные гарантии,
- возможность карьерного роста,
- система заработной платы и морального стимулирования,
- уровень престижности аптечной организации,
- фирменный стиль аптечной организации,
- моральная атмосфера на работе,
- представление о миссии и стратегиях аптечного предприятия.

Имидж аптечной организации для госструктур включает следующее:

- значимость продукции для региона,
- участие в социальных программах,
- законопослушность,
- количество предоставляемых рабочих мест,
- представление о заявленной организацией миссии,
- открытость организации к неформальным контактам,
- престижность организации.

Наши исследования показывают, что во многих фармацевтических организациях не полностью соответствуют позитивному имиджу система карьерного роста персонала, заработной платы и морального стимулирования, уровень информационной открытости руководства и другие. Что касается имиджа для госструктур, то он полностью соответствует позитивному имиджу. Однако следует подчеркнуть, что не все представители госструктур владеют достаточной информацией о престижности организации.

Анализ имиджа для госструктур показал, что полностью соответствуют позитивному имиджу значимость продукции для региона, представление госструктурами о заявленной организацией миссии и другие.

Нами установлено, что не полностью соответствует позитивному имиджу такой показатель, как участие организации в социальных программах и др.

Проведенные исследования подтверждают необходимость серьезной оценки имиджа аптечных организаций на региональном уровне. С целью повышения внутреннего имиджа следует совершенствовать систему подготовки и повышения квалификации, как руководителей, так и персонала аптечных организаций, с обязательным преподаванием формирования корпоративного имиджа в аптечных организациях.

Актуальность разработки этих проблем фармации определяется также возрастанием роли имиджевых мероприятий для повышения конкурентоспособности фармацевтических организаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе исследования установлены основные закономерности формирования имиджа фармацевтической организации. В условиях высоко конкурентного и быстро меняющегося фармацевтического рынка наиболее важными направлениями в формировании корпоративного имиджа являются имидж руководителя, имидж товара, визуальный имидж организации. Выявлено, что для исследуемых аптечных сетей характерен низкий уровень коммуникативных навыков персонала, отсутствие возможности повышения квалификации, неразработанная система скидок. Проведен анализ формирования корпоративного имиджа и установлено, что сильный имидж организации является важнейшим стратегическим преимуществом фармацевтической организации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабич, К. Оценка имиджа промышленного предприятия /К. Бабич, И. Лахно //Бизнес-информ. – 1997. – № 8 – С. 47-58.
2. Блинов, А.О. Роль внутреннего имиджа корпорации /А.О. Блинов, А. Козырев //Маркетинг. – 1999. – № 4. – С. 100-104.
3. Блинов, А.О. Имидж организации как фактор ее конкурентоспособности /А.О. Блинов, В.Я. Захаров //Маркетинг в России и за рубежом. – 2003 – № 4. – С. 35-44.
4. Вишнякова, М. Концепция формирования имиджа компании /М. Вишнякова //Практический маркетинг. – 2001. – № 5. – С. 16-18.
5. Колоскова, М. Внутренний имидж руководителя компании /М. Колоскова //Персонал Микс. – 2001. – № 2. – С. 19-21.
6. Кошелева, С. Контролируйте имидж, или ... /С. Кошелева, Е. Клемина //Персонал Микс. – 2001. – № 6. – С. 40-45.
7. Муромкина, И.И. Имидж розничного торгового предприятия /И.И. Муромкина. – СПб.: Наука, 1996. – 35 с.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Журнал «Медицина в Кузбассе» является рецензируемым, периодическим (выходит 4 раза в год) печатным изданием, публикующим наиболее важные научные и научно-практические достижения, краткие научные сообщения, дискуссии, письма читателей, нормативно-правовую и рекламную информацию в области медицины, медицинского образования и здравоохранения.

Представляемые в редакцию материалы должны отличаться четкой и ясной формой изложения, доступной для широкого круга специалистов медицинского профиля.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование внешним рецензентам. Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материалы статьи.

Статьи, представляемые в журналы авторами, печатаются бесплатно, за исключением материалов, содержащих рекламу. Условия оплаты рекламных материалов решаются индивидуально в каждом конкретном случае.

Статьи, опубликованные ранее или направленные в другие журналы, присылать нельзя. Научные статьи, оформленные не в соответствии с правилами, не рассматриваются и не рецензируются.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСИ

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне белой бумаги формата А4 (212 297 мм), объемом не более 10-12 страниц. Поля – 2,5 см со всех сторон. Шрифт Times New Roman, кегль 14, весь текст через один интервал, редактор Word 7,0. В редакцию необходимо представить бумажный вариант в двух экземплярах и абсолютно идентичную электронную версию статьи на любом электронном носителе.
2. В начале пишутся фамилии и инициалы авторов, название учреждения, из которого она вышла, название статьи. Статья должна быть подписана всеми авторами, содержать фамилию, имя и отчество, почтовый или электронный адрес, теле-

фон автора (соавтора), с которым редакция сможет вести переписку.

3. Таблицы, графики, рисунки, схемы должны быть выполнены в Excel 7,0, фотографии – в формате «TIFF», на отдельных страницах (отдельными файлами), с указанием номера, фамилии, пометки «верх» на обороте каждой иллюстрации. Подписи к иллюстрациям (фотографии, графики, рисунки, схемы) даются на отдельном листе с указанием номера иллюстрации, и к какой странице рукописи каждая из них относится. В тексте необходимо указать место иллюстрации. Число рисунков, графиков, диаграмм должно быть безусловно необходимым (не более 5-6).
4. Таблицы должны быть наглядными, иметь название, порядковый номер, содержание графа должно точно соответствовать заголовкам. В тексте необходимо указать место таблицы и ее порядковый номер.
5. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин и терминов.
6. К статье необходимо приложить аннотацию на русском и английском языке (английский текст должен быть идентичен русскому тексту), объемом не более 0,5 страницы машинописи. В начале резюме полностью повторить фамилии и инициалы авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла. В конце резюме необходимо написать 3-5 ключевых слов статьи.

ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ

К рукописи, принятой для публикации, должен быть приложен окончательный электронный вариант статьи и иллюстративного материала на CD-диске 200 МВ или 700 МВ (высокого качества). Текстовая информация предоставляется в редакторе Word for Windows; таблицы и графики – в Microsoft Excel; фотографии и рисунки – в формате TIF с разрешением 300 точек, векторные изображения – в EPS, EMF, CDR. Размер изображения должен быть не менее 4,5 × 4,5 см, по площади занимать не более 100 см². Диск должен быть четко подписан (автор, название статьи и журнала, программы обработки текстов).



ИЗ НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ НАУЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ БИБЛИОТЕКУ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Кадыров, Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений /Ф.Н. Кадыров. – М.: Изд. дом «Менеджер здравоохранения», 2007. – 458 с. (Шифр ОНМБ 614.2 К13).
2. Медико-социальные проблемы современного сиротства /А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Т.А. Гасиловская и др. – М.: Литтера, 2007. – 200 с. – (Социальная педиатрия; Вып. 4). (Шифр ОНМБ 613.95 М42).
3. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского Федерального округа в 2006 году: (информ. сб. статист. и аналит. материалов). Вып. 6. – Новосибирск: ФГУ «СОМЦ Росздрава», 2007. – 296 с. (Шифр ОНМБ 614.2(083.41) О-75).
4. Семья и рождаемость. Основные результаты пилотного обследования /Федеральная служба государственной статистики. – М.: Права человека, 2006. – 92 с + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). (Шифр ОНМБ 618.1/2 С30).
5. Технология управления учреждениями здравоохранения: руководство для проф. образования /под ред. Н.К. Гусевой. – Н-Новгород: НГМА, 2006. – 272 с. (Шифр ОНМБ 614.2(035) Т38).
6. Тихомиров, А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения /А.В. Тихомиров. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с. (Шифр ОНМБ 614.2 Т46).
7. Экономика здравоохранения: учебное пособие /под ред. А.В. Решетникова. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с. (Шифр ОНМБ 614.2(075) Э40).

ОНКОЛОГИЯ

8. Давыдов, М.И. Рак пищевода /М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – М.: Практ. медицина, 2007. – 392 с. (Шифр ОНМБ 616.329-006.6 Д13).
9. Корман, Д.Б. Основы противоопухолевой химиотерапии /Д.Б. Корман. – М.: Практ. медицина, 2006. – 512 с. (Шифр ОНМБ 615.277.3 К66).
10. Опухоли женской репродуктивной системы /под ред. М.И. Давыдова. – М.: МИА, 2007. – 376 с. (Шифр ОНМБ 618.1-006 О-62).
11. Справочник по классификации злокачественных опухолей: Официальные рекомендации Американской объединенной комиссии по злокачественным новообразованиям (Чикаго, Иллинойс): [справочник] /авторизир. пер. с англ. – СПб.: Медакадемия, 2007. – 432 с. (Шифр ОНМБ 616-006(035) С74).

НЕВРОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

12. Брильман, Дж. Неврология /Дж. Брильман, С. Коэн. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 224 с. (Шифр ОНМБ 616.8-00 Б87).
13. Головная боль: руководство для врачей /под ред. М.Н. Пузина. – М.: Медицина, 2007. – 496 с. (Шифр ОНМБ 616.831-009.7 Г61).
14. Густов, А.В. История болезни неврологического больного: метод. рекомендации /А.В. Густов, В.Н. Григорьева, С.В. Копишинская – Н-Новгород: НГМА, 2007. – 64 с. (Шифр ОНМБ 616.8-071.1 Г96).
15. Неврология и нейрохирургия 2007: клин. рекомендации /гл. ред. Е.И. Гусев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 368 с. (Шифр ОНМБ 616.8(083.13) Н40).
16. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей /П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с. (Шифр ОНМБ 616.8-02(035) С34).
17. Трошин, В.Д. Терроризм и нервно-психические расстройства: диагностика, лечение и профилактика /В.Д. Трошин, Т.Г. Погодина. – Н-Новгород: НГМА, 2007. – 316 с. (Шифр ОНМБ 616.8-07 Т76).
18. Туркина, Н.В. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами, перенесшими инсульт /Н.В. Туркина, А.И. Петрова, А.В. Аверин. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 172 с. (Шифр ОНМБ 616.831-005.1 Т88).

ХИРУРГИЯ. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ. РЕАНИМАТОЛОГИЯ

19. Актуальные вопросы флебологии. Распространенный перитонит [Электронный ресурс] /Всерос. науч.-практ. конф., 30-31 мая 2007г. Барнаул; Алтайский гос. мед. ун-т. – Электрон. текстовые дан. – Барнаул, 2007 эл. опт. диск (CD-ROM). – (Прил. к журн. «Проблемы клинической медицины»). (Шифр ОНМБ 616.14-003.7 А43).
20. Белов, Ю.В. Хирургия вазоренальной гипертензии /Ю.В. Белов, А.Б. Степаненко, А.Н. Косенков. – М.: МИА, 2007. – 264 с. (Шифр ОНМБ 616.136.7-089 Б43).
21. Волчков, В.А. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии: учебное пособие /В.А. Волчков, Ю.Д. Игнатов, В.И. Страшнов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 320 с. (Шифр ОНМБ 616.8-008.6 В68).
22. Неотложная хирургия груди и живота: руководство для врачей /Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Гиппократ, 2006. – 560 с. (Шифр ОНМБ 617.54/55(035) Н52).

ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

23. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек: руководство для врачей /Л.В. Адамян, И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина, Е.В. Федорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 104 с. (Шифр ОНМБ 618.211-006.03 Л-24).
24. Руководство по педиатрии: Хирургические болезни детского возраста /под ред. А.И. Ленишкина. – М.: Династия, 2006. – 584 с. (Шифр ОНМБ 617-053.2(035) Р-85).

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

25. Актуальные проблемы офтальмологии. Федоровские чтения – 2007 [Электронный ресурс]: [сб. конф.] /Юбил. науч.-практ. конф. (2007; М.), Всерос. науч. конф. молодых ученых (II; 2007; М.). – Электрон. текстовые дан. – М., 2007 эл. опт. диск (CD-ROM). – (Прил. к журн. «Новое в офтальмологии»). (Шифр ОНМБ 617.7(063) А43).
26. Гундорова, Р.А. Современная офтальмотравматология: [руководство] /Р.А. Гундорова, А.В. Степанов, Н.Ф. Курбанова. – М.: Медицина, 2007. – 256 с. (Шифр ОНМБ 617.7-001.4(035) Г94).
27. Диагностический справочник офтальмолога /П.А. Бездетко, С.Ф. Зубарев, Н.В. Панченко и др. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 349 с. – (Справочник). (Шифр ОНМБ 617.7(035) Д44).
28. Иошин, И.Э. Хирургическое лечение травматических повреждений хрусталика /И.Э. Иошин. – М.: Медицина, 2007. – 248 с. – (Б-ка практикующего врача). (Шифр ОНМБ 617.741-001 И75).

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонент),
52-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 52-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru
http://www.kuzdrav.ru/medlib
☎ 8-18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.