

**РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

И.М. Толкачёв

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная
медицинская академия Росздрава»
Оренбург, Россия

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца в связи с высокой распространенностью представляет собой важнейшую медицинскую и социально-экономическую проблему.

В большинстве случаев ишемическая болезнь сердца ведёт к хронической сердечной недостаточности - одной из главных причин, определяющих высокий уровень инвалидизации и летальности больных, страдающих этой патологией. Большая часть больных, страдающих ишемической болезнью сердца, имеют ту или иную степень хронической сердечной недостаточности (Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и другие, 1997). Проведённые в 70-90 годах три крупнейших рандомизированных исследования - Veterans Administration Study, European Cooperative Study and Coronary Artery Surgery Study (CASS) – по сравнительному изучению результатов медикаментозного и хирургического лечения ишемической болезни сердца не раскрывают вопросов о целесообразности проведения операции реваскуляризации у больных с хронической сердечной недостаточностью, выборе того или иного оперативного метода (баллонная ангиопластика или аорто-коронарное шунтирование). В связи с тем, что литературных данных о влиянии разных методов реваскуляризации миокарда на течение хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца недостаточно, представляется целесообразным изучение данной проблемы.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью, их толерантность к физической нагрузке и фракцию выброса левого желудочка.

Материал и методы

Объектом нашего исследования стали 106 пациентов мужского пола в возрасте 30-60 лет с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий, требующими реваскуляризации, и хронической сердечной недостаточностью 1-3-го функциональных классов (по классификации ОССН, 2002 год).

Все больные были рандомизированы на три сопоставимые по возрасту, выраженности ХСН, уровню артериального давления группы. Пациентам первой группы (40 человек) была проведена операция аорто-коронарного шунтирования, второй группы (40 человек) – баллонная ангиопластика со стентированием. Контрольную группу (16 человек) составили пациенты, отказавшиеся от оперативного вмешательства. Критериями исключения из исследования стали пациенты с некомпенсированным инсулинпотребным диабетом, выраженными нарушениями функции печени и почек.

Всем больным были проведены эхокардиографическое исследование с оценкой систолической функции сердца, тест с 6-минутной ходьбой для оценки функционального класса хронической сердечной недостаточности и оценка качества жизни с использованием Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью».

Лечение ХСН проводилось в соответствии с рекомендациями, утвержденными съездом кардиологов Российской Федерации в октябре 2003 года. Обследование пациентов проводилось в динамике до, через 6 и 12 месяцев после операции.

Полученные результаты

Нами изучены в динамике показатели фракции выброса левого желудочка до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после операции при различных методах реваскуляризации миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью. Установлено, что через 3 месяца после операции отмечалось увеличение фракции выброса как при аорто-коронарном шунтировании с $53,25 \pm 1,35$ до $60,17 \pm 1,43$ ($p < 0,05$), так и при баллонной ангиопластике со стентированием с $55,93 \pm 1,40$ до $58,31 \pm 1,41$ ($p < 0,05$), однако в динамике через 6 и 12

месяцев после операции она соответствовала уровню этих показателей до операции, что свидетельствует о нестойком эффекте операций реваскуляризации.

Проведена сравнительная оценка качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью и медикаментозным лечением. Установлены достоверные различия качества жизни у больных после операции реваскуляризации по сравнению с больными, которым показано медикаментозное лечение. Так, при операции реваскуляризации отмечалось улучшение качества жизни через 6 месяцев после операции при аорто-коронарном шунтировании с $40,15 \pm 1,01$ до $24,50 \pm 0,61$ ($p < 0,05$) и при баллонной ангиопластике с $40,05 \pm 1,00$ до $32,00 \pm 0,80$ ($p < 0,05$) по сравнению с результатами до операции; через 12 месяцев после операции качество жизни составляло в группе аорто-коронарного шунтирования $26,75 \pm 0,67$, при баллонной ангиопластике со стентированием – $35,58 \pm 0,89$, оставаясь выше по сравнению со значением до операции ($p < 0,05$).

При оценке толерантности к физической нагрузке у больных хронической сердечной недостаточностью также были отмечены достоверные различия теста с шестиминутной ходьбой у больных после операции реваскуляризации по сравнению с больными, которым показано медикаментозное лечение. Так, при операции реваскуляризации отмечалось увеличение дистанции через 6 месяцев при аорто-коронарном шунтировании с $359,35 \pm 9,00$ метров до $406,13 \pm 10,17$ метров ($p < 0,05$) и при баллонной ангиопластике со стентированием – с $376,25 \pm 9,42$ метров до $411,5 \pm 10,30$ метров ($p < 0,05$); через 12 месяцев после операции дистанция составляла в группе аорто-коронарного шунтирования $395,25 \pm 9,90$ метров, при баллонной ангиопластике со стентированием – $387,13 \pm 9,69$ метров, оставаясь выше по сравнению со значением до операции ($p < 0,05$).

Особый интерес вызвали пациенты с многососудистым поражением и низкой фракцией выброса с хронической сердечной недостаточностью. При наличии многососудистого поражения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

установлены достоверные различия изменения качества жизни и толерантности к физической нагрузке после аорто-коронарного шунтирования по сравнению с баллонной ангиопластикой со стентированием. Так при рассматривании этих пациентов при операции реваскуляризации отмечалось улучшение качества жизни через 6 месяцев после операции при аорто-коронарном шунтировании с $44,36 \pm 4,02$ до $22,91 \pm 2,08$ ($p < 0,05$), при баллонной ангиопластике со стентированием – с $43,5 \pm 10,88$ до $36,25 \pm 9,06$ ($p < 0,05$); однако через 12 месяцев после операции достоверное улучшение качества жизни по сравнению с результатами до операции наблюдалось только при аорто-коронарном шунтировании, составляя $25,45 \pm 2,30$; при баллонной ангиопластике качество жизни составляло $41,25 \pm 10,31$, вернувшись к исходным показателям до операции ($p > 0,05$). Через 6 месяцев после операции отмечалось также увеличение дистанции теста с 6-минутной ходьбой при аорто-коронарном шунтировании с $325,91 \pm 29,56$ метров до $354,09 \pm 32,12$ метров ($p < 0,05$), при баллонной ангиопластике со стентированием – с $368,00 \pm 14,80$ метров до $389,00 \pm 15,64$ метров ($p < 0,05$), однако через 12 месяцев после операции достоверное увеличение дистанции по сравнению с результатами до операции наблюдалось только при аорто-коронарном шунтировании, составляя $343,18 \pm 31,13$ метров; при баллонной ангиопластике она снизилась до $364,00 \pm 14,64$ метров ($p > 0,05$).

Таким образом, у больных хронической сердечной недостаточностью независимо от метода реваскуляризации миокарда (аорто-коронарное шунтирование или баллонная ангиопластика с стентированием) не выявлено существенного улучшения сократительной функции миокарда через 6 и 12 месяцев после операции. При этом отмечалось достоверное улучшение качества жизни и толерантности к физической нагрузке. Многососудистое поражение коронарных артерий является фактором, ухудшающим прогноз развития хронической сердечной недостаточности. При этом у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при наличии многососудистого поражения применение аорто-

коронарное шунтирования оказывает более выраженное положительное влияние на показатели качества жизни и толерантности к физической нагрузке, чем баллонная ангиопластика со стентированием.

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ
В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОХИУРГИИ
РКБ ЗА 2002 – 2008 гг.**

В.С. Хабицев, В.С. Дворников,
С.В. Дворников, Л.Н. Габараева,
А.Н. Меднис, Т.И. Кизинов, З.А. Тотоев,
Д.Т. Березова

*Особый оперативный отдел «Война, эпидемия, беженцы», Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Владикавказ, Россия*

Травмы головы относятся к наиболее тяжелым формам патологии. Различают повреждения мягких тканей, костей, оболочек и вещества мозга. У больных с нейротравмой выделяют черепно-мозговую травму в виде сотрясения головного мозга, ушибы головного мозга, последствия ЧМТ, в частности, хронические гематомы.

В нозологической единице «Спинальная травма» выделяют ушиб позвоночника и спинного мозга. Особое место занимают миновзрывная травма и её последствия, а также повреждения периферических нервов. Важно учитывать динамику роста патологии во взаимосвязи с текущими событиями в регионе, в частности с учетом возникновения вооруженных столкновений.

Проведен анализ клинических данных с 2002 по 2008 г. на базе РКБ. В общем количестве больных с нейротравмой на первое место по нозологическим форме вышли больные с черепно-мозговой травмой, пик в этой группе приходится на 2004 г. и составляет 834 человека. На втором месте по частоте встречаемости находятся больные со спинальной травмой, пик заболеваемости приходится на 2004 и 2008 г. и составляет по 58 случаев соответственно. Значительно реже встречаются пациенты с миновзрывной травмой и её последствиями,

повреждениями периферических нервов, огнестрельными ранениями.

Миновзрывная травма чаще всего встречается в 2004 (22 чел.) и в 2008 (31 чел.) гг. Ушиб головного мозга со сравнением отличен в 2003 г. до 79 человек.

Таким образом, можно сделать вывод, что в 2004 и 2008 гг. резко возросло количество нейрохирургической патологии.

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
РАБОТАЮЩИХ**

Р.Н. Хайрутдинова², Н.Н. Мазитова¹,
А.П. Соболев²

¹ГОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет Росздрава,
Казань, Россия

²Поликлиника №9 МУЗ «Городская
больница №5», Набережные Челны,
Россия

Достижение основной цели периодического медицинского осмотра работающих – своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирование групп риска – диктует необходимость широкого внедрения в практику здравоохранения качественно новых подходов к организации диагностического процесса.

Сложно выделить более или менее ответственный этап в процессе организации и проведения ПМО: и организационный период, и собственно осмотр, и составление заключительного акта требуют высокой концентрации внимания, большой скорости работы и ответственности в принятии решений. Период подготовки к проведению ПМО включает анализ профпатологом медицинской организации перечня контингентов лиц, подлежащих ПМО, и поименного списка работников для определения объема исследований и состава врачебной бригады. Ошибки, возможные