



многопрофильном стационаре // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2004. — Т. 14, № 3. — С. 66–72.

12. Хазанов А.И., Васильев А.П., Ивлев А.С. и др. Связь циррозов с инфицированностью вирусами гепатитов В и С // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1994. — Т. 4, № 2. — С. 16–19.

13. Хазанов А.И., Васильев А.П., Пехташев С.Г. и др. Значение основных и дополнительных этиологических факторов в развитии НСВ и НВВ ЦП // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — Т. 11, № 4. — С. 8–12.

14. Хазанов А.И., Джанашия Е.А., Некрасова Н.Н. Показатели смертности при заболеваниях органов пищеварения в России и странах Европы (По данным Всемирной организации здравоохранения) // Рос. мед. вести. — 1998. — Т. 3, № 2. — С. 17–24.

15. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Павлов А.И. и др. Различия в этиологической структуре циррозов и цирроза-рака печени, включая заболевания с летальным исходом у стацио-

нарных больных // Рос. мед. вести. — 2005. — Т. 10, № 3. — С. 21–27.

16. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчевыводящих путей: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР медицина, 1999. — 864 с.

17. European health for all database (updated: June, 2005). — World Health Organization, Regional Office for Europe (<http://www.who.dk/hfadhb>).

18. Rehn N., Room R., Edwards G. Alcohol in the European Region — consumption, harm and policies. — World Health Organization, Regional Office for Europe. — 2001. — P. 27.

19. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Annex statistical tables. Table 4. Deaths and DALYs attributable to the 10 leading causes in the WHO European Region, 2002 — Geneva: World Health Organization, 2005. — P. 104.

20. The world health report 2004: changing history. Statistical annex. Annex Table 2. Deaths by cause, sex and mortality stratum in WHO regions, estimates for 2002. — Geneva: World Health Organization, 2004. — P. 120–125.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.12-083-057.36

Специализированная кардиологическая помощь в окружном военном клиническом госпитале

ЛЮТОВ В.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
ЛИТВИНЕНКО В.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
МАРКЕВИЧ Н.С., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы
СЕРГЕЕВ С.М., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
РЫСЕВ А.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы в отставке

Начиная со второй половины XX в. неуклонно растет количество заболеваний сердечно-сосудистой системы как у гражданского населения, так и у военнослужащих. Необходимость своевременной и качественной медицинской помощи диктует дальнейшее совершенствование специализированной кардиологической помощи в военных лечебно-профилактических учреждениях.

Первые два специализированных кардиологических отделения в 442-м окружном военном клиническом госпитале (ОВКГ) Ленинградского военного округа были организованы в 1964 г. и предназначались для лечения офицеров и солдат с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезнью, ревматизмом.

В 1965 г. оборудована первая в Ленинграде противошоковая палата для больных инфарктом миокарда, а в 1976 г. развернуто отделение неотложной терапии, предназначенное для лечения пациентов с острой сердечно-сосудистой патологией.

В 1979 г. организован блок интенсивной терапии и реанимации, оснащенный современной для того времени системой кардиомониторов, аппаратурой для круглосуточной записи электрокардиограммы (ЭКГ) на магнитную ленту, системой промышленного телевидения, позволившей оптимизировать наблюдение за больными в палатах с поста медицинской сестры. Отделение по уровню своего оснащения, организации интенсивной терапии и реанимации было одним из лучших в Ленинграде.



В 1992 г. создан кардиологический центр в составе отделения интенсивной терапии и реанимации и трех кардиологических отделений, где в год проходило обследование и лечение более 2,5 тыс. больных. Необходимость его создания была обусловлена: во-первых, устойчивой тенденцией к росту количества больных кардиологического профиля (в 1985 г. они составляли 40% всех терапевтических больных, в 1990–1995 гг. — 43–44%, в настоящее время — до 50%), а во-вторых, высокой степенью нуждаемости этого контингента в неотложных мероприятиях специализированной кардиологической помощи (в 1995–2005 гг. более трети всех кардиологических больных поступали в госпиталь по неотложным показаниям).

В 1999 г. произошла очередная реорганизация кардиологического центра, целью которой было создание узкоспециализированных кардиологических отделений и дальнейшее повышение лечебно-диагностического потенциала. В штат дополнительно введено кардиоревматологическое отделение.

В настоящее время кардиологический центр представляет собой мощное функциональное подразделение 442 ОВКГ, способное решать задачи по оказанию кардиологической помощи на уровне современных стандартов.

Кардиологический центр состоит из следующих отделений.

Отделение реанимации и интенсивной терапии, предназначенное для лечения пациентов с инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, пароксизмальной аритмией, гипертоническим кризом. Отделение обеспечено современными системами мониторингового наблюдения за основными параметрами жизнедеятельности организма, аппаратурой для сердечно-легочной реанимации. Ежегодно в этом отделении проходят лечение до 250 больных инфарктом миокарда, 300–400 больных *ишемической болезнью сердца* (ИБС) с осложненным течением и до 200 пациентов с другими заболеваниями, нуждающихся в интенсивной терапии (миокардиты, пароксизмальные нарушения ритма, тяжелые пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии). В отделении широко используется такой

метод лечения, как системный тромболизис.

Отделение для проведения госпитального этапа реабилитации больных инфарктом миокарда. Планомерная и целенаправленная работа по организационному и качественному совершенствованию специализированной кардиологической помощи в госпитале привела к снижению летальности больных инфарктом миокарда с 14,9% в 1980 г. до 9,6% в 1999 г. и 5,5% в 2008 г.

Отделение для лечения больных с хроническими формами ИБС. Развитие специализированной кардиологической помощи и, в первую очередь, работа специалистов этого отделения позволили снизить общую летальность кардиологических больных с 3,2% в 1980 г. до 1,3% в 2008 г.

Отделение для лечения больных с артериальными гипертензиями. Актуальность данной патологии растет опережающими темпами даже по сравнению с остальными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Недаром артериальную гипертензию называют величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией.

Кардиоревматологическое отделение, организованное в сентябре 1999 г., с 1 июня 2002 г. переименовано в *кардиологическое*, несмотря на это в отделении продолжается обследование и лечение больных ревматологического профиля.

В госпитале применяются все основные методы диагностики и лечения кардиологических больных применительно к каждому конкретному пациенту в соответствии с общепринятыми стандартами и схемами. Всем пациентам в обязательном порядке при поступлении и далее в динамике выполняются ЭКГ и *эхокардиография* (ЭхоКГ), анализы крови, рентгенография органов грудной клетки. При поступлении в срок до 10 ч пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом на ЭКГ сегмента *ST* им при наличии противопоказаний проводится тромболизис стрептокиназой, а последние 2 года — актилизе. Уже несколько лет все чаще метод системного тромболизиса мы применяем у больных с тромбоэмболиями легочной артерии с хорошим эффектом.



В конце 2007 г. впервые в условиях кардиологического центра операция системного тромболизиса выполнена пациенту с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой среднемозговой артерии, подтвержденным данными компьютерной томографии головного мозга, при которой выявлена зона ишемии $42 \times 20 \times 18$ мм. В течение суток после проведенного тромболизиса развившийся парез в значительной степени купировался, а на 5-е сутки состояние больного расценено как удовлетворительное, полностью восстановились мышечная сила и объем движения в конечностях.

Одной из актуальнейших проблем кардиологии, влияющей на прогноз заболевания, остаются аритмии. В кардиологическом центре в течение последних 15 лет создана комплексная система лечебно-диагностических мероприятий, позволяющая определить характер нарушения ритма, его гемодинамическую и прогностическую значимость, электрофизиологические механизмы, лежащие в его основе и, исходя из этого, определить тактику терапевтических мероприятий.

Эта система включает:

- мониторинг ЭКГ в блоке интенсивной терапии с компьютерным анализом ритма сердечной деятельности;
- холтеровский мониторинг сердечного ритма;
- электрофизиологическое исследование сердца методом чреспищеводной кардиостимуляции с тестированием антиаритмических препаратов;
- парную велоэргометрию для оценки эффективности подобранной антиаритмической и антиангинальной терапии;
- ЭхоКГ.

Разработаны и внедрены в практику оригинальные методы прекращения приступов аритмий: чреспищеводная и эндокардиальная кардиоверсия; чреспищеводная кардиостимуляция в учащающемся режиме по разработанной нами методике расчетов режимов стимуляции.

Применение данных методик позволило повысить эффективность антиаритмической терапии до 92,9% при трепетании предсердий и до 96,7% при суправентрикулярных реципрокных тахикардиях.

Кроме того, используются не потерявшие своего значения, особенно при фатальных нарушениях ритма, ургентная и плановая трансторакальная дефибрилляция и кардиоверсия, временная эндокардиальная кардиостимуляция при атриовентрикулярной блокаде II–III степеней и остановке синусового узла.

Активное взаимодействие с Военно-медицинской академией им. С.М.Кирова позволяет широко применять больным, находящимся в госпитале, высокотехнологичные методы лечения. Это — реконструктивные хирургические вмешательства на коронарных артериях и клапанном аппарате, различные типы операций на проводящих путях при сердечных аритмиях.

Проблема сердечной недостаточности относится к числу классических в кардиологии. Для диагностики функционального класса сердечной недостаточности, патогенетических механизмов, лежащих в ее основе, выбора тактики терапевтического воздействия и оценки его эффективности используются ЭхоКГ, доплерэхокардиография, тетраполярная реография, различные нагрузочные тесты. С помощью этих методов можно оценить глобальную систолическую функцию левого желудочка, его сегментарную сократимость, диастолическую функцию, сердечный выброс, среднее давление в легочной артерии, периферическое сопротивление, толерантность к физической нагрузке.

В комплексной терапии сердечной недостаточности наряду с традиционными методами воздействия с 1990 г. широко используются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. По нашим данным, лечение этими препаратами приводит к уменьшению клинической симптоматики, размеров сердца и смертности больных с застойной сердечной недостаточностью II–III классов на 25–30% в сравнении с больными, получающими сердечные гликозиды, диуретики, вазодилататоры.

По-прежнему актуальна проблема ревматизма, инфекционного эндокардита, системных заболеваний соединительной ткани. Часто эта патология развивается стремительно и ведет к быстрой инвалидизации. Предотвращение систем-



ных поражений и структурных изменений суставов на ранних стадиях способствует сохранению функциональной активности пациентов в долговременной перспективе.

Однако промежуток времени, в течение которого даже самая активная противовоспалительная терапия может эффективно затормозить прогрессирование поражения суставов, весьма короток и составляет всего несколько месяцев от начала болезни. В связи с этим чрезвычайно важное значение приобретает ранняя диагностика. В целях ее достижения в кардиологическом центре с 2006 г. применяются методы аутоиммунной диагностики.

В частности, определяются антинуклеарный фактор на клеточной линии HEp-2 с определением 6 типов свечения, антитела к экстрагируемому нуклеарному антигену, к двуспиральной и односпиральной ДНК, к кардиолипину классов IgG и IgM, к бета 2-гликопротеину первого класса IgG, к модифицированному цитрулинированному виментину, антикэратиновые тела, антиперинуклеарный фактор, антитела к циклическому цитруллин-содержащему пептиду, к цитоплазме нейтрофилов с определением типа свечения, к мелопероксидазе, антитела к протеиназе-3, антитела к миокарду, антитела Mi-2, Ku, Pm-Scl, Scl-70, Jo-1, PL-7, PL-12, криоглобулины.

Современные методы иммунологической диагностики позволяют диагностировать диффузные заболевания соединительной ткани на раннем этапе до развития четких клинических критериев и рентгенологических изменений в суставе аппарате.

За последние годы отмечается тенденция к увеличению количества выявляемых так называемых недифференцированных соединительнотканых дисплазий — малых аномалий сердца (пролапсы клапанов, дополнительные хорды желудочков, изменения со стороны клапанного аппарата), что связано как с абсолютным ростом встречаемости этих аномалий, так и с улучшением качества диагностики (большой охват ЭхоКГ и улучшение технических возможностей аппаратуры). В связи с тем,

что нозологическая принадлежность указанных аномалий в Международной классификации болезней 10-го пересмотра не определена, чаще всего при наличии минимальных клинических проявлений, и даже только субъективных ощущений больного, подобные состояния классифицируются как нейроциркуляторная астеня, что позволяет в дальнейшем проводить динамическое наблюдение за этой группой пациентов.

Еще одна важная проблема — реабилитация больных ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда или операцию аортокоронарного (маммарокоронарного) шунтирования, чрезвычайно актуальна в связи с большой распространенностью этого заболевания, возникающего у работоспособных, активных людей и доказанной возможностью улучшения качества и продолжительности их жизни.

Для восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда и реконструктивные операции на сердце, создана государственная система поэтапной медицинской реабилитации, действующая и в военно-медицинских учреждениях. Построение реабилитационных программ на каждом из трех этапов реабилитации (госпитальном, санаторном, амбулаторно-поликлиническом) исходит из клинко-функционального и синдромно-патогенетического принципов. Для осуществления этой программы в условиях ЛенВО в соответствии с приказом командующего войсками ЛенВО с 1979 г. на базе терапевтического отделения одного из госпиталей (г. Петродворец) развернуто и функционирует нештатное реабилитационное отделение на 15 коек, где ежегодно проходит лечение от 150 до 200 больных.

Санаторный этап реабилитации этих больных проводится в ЛенВО в Тарховском военном санатории с 1980 г. В 80-е годы XX в. она проводилась в нештатном, а с 1999 г. — в штатном отделении восстановительного лечения. За это время реабилитацию получили 3205 пациентов. Среди прошедших реабилитационное лечение в последние три года военнослужащие составили 27,9%, пенсионеры МО РФ — 72,1%.



Реабилитационные мероприятия проводятся комплексно с использованием климатического лечения, рациональной диеты, физических тренирующих нагрузок, которые соответствуют функциональным возможностям больного. Все реабилитанты получают индивидуально подобранное медикаментозное лечение, широко применяются различные методики *лечебной физической культуры* (ЛФК), включая велотренировки. Программа физической реабилитации составляется индивидуально совместно с врачом ЛФК. Используются

эффективные физиотерапевтические методы: лазероманнитерапия на область сердца, сухие углекислые ванны и другие, широко применяется массаж. Все реабилитанты получают психотерапию, сеансы аутотренинга.

Таким образом, в окружном госпитале создана и успешно функционирует имеющая значительную материально-техническую базу кардиологическая служба, обладающая большими потенциальными возможностями для дальнейшего развития специализированной кардиологической помощи.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.25-002-079.4

Значение трансторакальных диагностических вмешательств в дифференциальной диагностике выпотных плевритов

ИГОНИН В.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
ДМИТРАЩЕНКО А.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
АХИЕВ М.И., капитан медицинской службы

В большинстве стран в последние годы отмечается увеличение удельного веса больных с плевральным выпотом различной этиологии и с гнойными заболеваниями плевры [3, 6, 9, 13]. Подобные закономерности отмечаются и в практике работы врачей многопрофильных военных лечебно-профилактических учреждений России.

Для диагностики природы плевральных процессов общепризнанным является клинико-рентгенологическое исследование, дополненное цито- и гистологической верификацией [4, 7, 10, 14]. В этом ряду трансторакальная пункция занимает важнейшую роль. Опыт многих исследователей как в нашей стране, так и за рубежом позволил считать трансторакальные диагностические вмешательства неопасными и информативными [1, 8, 11]. Однако они даже в настоящее время находят ограниченное применение [2, 5, 12].

Целью нашего исследования было определить роль трансторакальных пункционных вмешательств у пульмонологических больных при распознавании природы плеврального выпота.

В процессе дифференциальной диагностики природы плеврального выпота у 639 пациентов, находившихся на лечении в 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского, различным *трансторакальным диагностическим вмешательствам* (ТТДВ) подверглись 399 больных всех возрастных групп. Наибольшую группу (86,6%) составили мужчины старших возрастных групп (старше 60 лет). По видам вмешательств пациенты распределились следующим образом: плевральные пункции — 399, биопсия плевры — 8, плевроскопия — 5. Показанием для них служило отсутствие верификации диагноза на предыдущих диагностических этапах. Проведению вмешательств во всех случаях предшествовали традиционное рентгенологическое