



трепетанием предсердий (ТП), правильная форма (2:1).

Наиболее трудным для дифференциальной диагностики с ЖТ является ТП с коэффициентом проведения 1:1 (наблюдалось нами 7 случаев) и 2:1 с высокой частотой сокращения желудочков (26 случаев). ТП с АВ-проведением (1:1) необходимо также дифференцировать с *трепетанием желудочков* (ТЖ), при котором также не определяются отдельные элементы желудочковых комплексов.

По форме как ТП, так и ТЖ напоминают синусоидальную кривую, но при последней имеются различия в амплитуде и ширине волн кривой. При дифференциации ЖТ и ТП в пользу последней свидетельствует «ригидность» ритма — интервалы *R-R* практически не отличаются друг от друга, амплитуда *R* и *S* не меняется от комплекса к комплексу, а предсердные потенциалы, в отличие от ЖТ, четко связаны с комплексами *QRS*.

При анализе полученных результатов можно отметить высокую специфичность и чувствительность предлагаемого алгоритма в

диагностике как ЖТ, так и СВТ. Кроме того, новые критерии, особенно «*Vi/Vt*», носят и прогностическую информацию. Электрофизиологической основой критерия «*Vi/Vt*» является то обстоятельство, что при СВТ происходит быстрая деполяризация межжелудочковой перегородки, а внутрижелудочковая задержка приходится на середину и окончание *QRS* и приводит к его расширению. При ЖТ начальная скорость деполяризации желудочков происходит медленнее, а при активации волокон Пуркине скорость возрастает (*Vi/Vt* < 1).

Таким образом, предлагаемые критерии дифференциальной диагностики ТШЖК (высокий инициальный «*R*» в *aVR*, *Vi/Vt* < 1 для ЖТ и *Vi/Vt* > 1 для СВТ) обладают высокой чувствительностью и специфичностью. Они более просты по сравнению с трудновоспроизводимыми морфологическими ЭКГ-критериями. При дифференциации ЖТ и ТП в пользу последней свидетельствуют «ригидность» (строгая одинаковость интервалов *R-R*) и четкая связь предсердных потенциалов с комплексами *QRS*.

© О.В.ДАВЫДОВ, 2009

УДК [616.1/6-02:616.721]-085.357.032

О.В.Давыдов — Мануальная и точечная глюкокортикостероидная терапия спондилогенных висцеропатий.

Спондилогенные висцеропатии в практике врача-интерниста встречаются достаточно часто — от 10 до 42% (Проскурин В.В., 1993). Боли в области сердца вертеброгенного генеза у лиц старше 40 лет, по нашим данным, могут составлять около 70% случаев, в т. ч. и у страдающих ишемической болезнью сердца. Более 20-летний опыт применения методов мануальной и рефлексотерапии при неврологических синдромах остеохондроза позвоночника показал, что *блокирование позвоночных двигательных сегментов* (БПДС) на различных уровнях в грудном отделе позвоночника приводит к компрессионным дисциркуляторным расстройствам в корешках спинномозговых нервов. Вовлечение в процесс периферического отдела симпатической нервной системы и возникновение сегментарной вегетативной дисфункции может приводить к нарушениям функции органов дыхания, сердца и органов пищеварения (Гойденко В.С. и соавт., 1983; Ситель А.Б., 1998; Lewit K., 1978, 1987). Нами выделены следующие синдромы: *позвоночный бронхиальный синдром* (ПБС), *позвоночный кардиальный синдром* (ПКС) и *позвоночный абдоминальный синдром* (ПАС).

Приводим обобщение опыта лечения 830 больных (47% мужчин и 53% женщин),

в возрасте от 35 до 70 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет и более.

Позвоночный бронхиальный синдром установлен у 9,6% больных на основании всестороннего клинико-функционального обследования. Характерными жалобами для данной категории больных были чувство нехватки воздуха, особенно в душной атмосфере, ощущение «тяжелой шубы на плечах», боли в межлопаточной области и груди, сухой кашель с отделением скудной беловато-серой мокроты. Нередко у таких пациентов затяжной непродуктивный кашель заканчивался приступом удушья. При мануальном обследовании выявлялись усиление грудного кифоза, кифосколиоз, гипотрофия длинных мышц спины с выраженным нарушением подвижности в верхне- и среднегрудном отделах позвоночника. При перкуссии у больных определялся коробочный оттенок перкуторного звука, ограничение подвижности легочного края. Аускультативно на фоне жесткого ослабленного дыхания выслушивались скудные свистящие сухие хрипы.

У всех больных при рентгенологическом исследовании грудного отдела позвоночника выявлялись характерные изменения: выраженность грудного кифоза, сколиоз, снижение высоты межпозвонковых дисков



в среднегрудном отделе, спондилез, спондилоартроз. У 22,5% больных определялась клиновидная деформация тел среднегрудных позвонков, что свидетельствовало о наличии остеопороза, а у 10% лиц молодого возраста наличие остеохондропатического кифоза, болезни Шейермана — Мау. В легких отмечены повышенная прозрачность легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневой зоне. При исследовании функции внешнего дыхания у 21,2% больных выявлялись нарушения по смешанному и рестриктивному типам. В анализах крови и мокроты характерных изменений не обнаруживалось.

Позвоночный кардиальный синдром диагностирован у 63,9% больных. Пациенты жаловались на постоянные ноющие боли в области сердца, левой лопатке, межлопаточной области, чувство скованности в груди и нехватки воздуха, перебои в работе сердца. Болевые ощущения не сопровождались беспокойством, страхом смерти, потливостью, носили изнуряющий характер, длились часами, сутками, неделями, были толерантны к коронаролитической и противоритмической терапии. Боли усиливались в ночное время, после физических и психических нагрузок и при перемене погоды. Характерны молодой и средний возраст больных и отсутствие грубых окклюзионных процессов в коронарных артериях по данным коронарографии.

При неврологическом и мануальном обследовании больных с ПКС выявлялись: БПДС в нижнешейных и верхнегрудных отделах позвоночника, чаще в 4–5-м грудных сегментах; болезненность лестничных мышц, остистых отростков, паравerteбральных точек и области грудно-реберных сочленений; гипотония или гипотрофия и контрактуры длинных мышц спины и плечевого пояса, снижение силы и рефлексов, расстройства чувствительности.

У всех больных при рентгенологическом исследовании установлен остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника различной степени выраженности.

При электрокардиографическом исследовании наиболее часто регистрировались нарушения ритма и проводимости. Это согласуется с данными других авторов, которые отмечают преобладание дистрофических изменений в миокарде при спондилогенных миокардиопатиях (Ситель А.Б., 1998). Диагностирована синусовая тахикардия у 23,2% больных, предсердная экстрасистолия у 10,5%, желудочковая у 6%, политопная у 2,3% больных. Пароксизмы трепетания предсердий наблюдались у 3% пациентов, нарушения внутрижелудочковой проводимости — у 16,4%. Снижение сегмента ST и зубца T за-

регистрированы в 5,3% случаев. Повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст. зарегистрировано у 15% лиц, не страдающих артериальной гипертонией. Артериальная гипотония наблюдалась в 3,3% случаев.

Позвоночный абдоминальный синдром установлен у 26,5% пациентов на основании всестороннего клинического обследования. ПАС проявлялся длительными изнуряющими болями в животе и неэффективностью общепринятых методов лечения. При углубленном клиническом обследовании органов брюшной полости у этих больных чаще всего выявляли функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта. Особенностью болевого синдрома заключались в следующем: постоянные ноющие боли в животе, не связанные с приемом пищи и диетой, усиливающиеся, как правило, после физической нагрузки или эмоционального перенапряжения, а также при перемене погоды. В период обострения боли иногда приобретают симпаталгический характер. Они сопровождаются генерализованной вегетативной реакцией по типу диэнцефального криза: ощущение жара, субфебрилитет, потливость, тахикардия, частое мочеиспускание, профузный понос. Такие состояния воспринимаются обычно как холецистопанкреатит или обострение хронического панкреатита. Однако признаков интоксикации, значительных изменений показателей крови и нарушения питания обычно не бывает. Преобладают жалобы астеноипохондрического характера, проявляющиеся канцерофобией, что побуждает больных часто исследовать желудочно-кишечный тракт. Из-за отсутствия лечебного эффекта часть больных попадает в зависимость от приема анальгетиков и даже наркотических средств.

При рентгенологическом исследовании грудного отдела позвоночника у 83% пациентов с ПАС выявлены признаки остеохондроза: выраженность или уплощение грудного кифоза, сколиоз, склероз замыкательных пластинок, снижение высоты дисков (43%), деформирующий спондилез и спондилоартроз (12%), остеофиты (6%). Заднебоковые грыжи дисков Th_{IX-XI} позвоночных двигательных сегментов (ПДС) при компьютерной томографии обнаружены у 6% больных.

При мануальном исследовании характерными симптомами у больных с ПАС были: уплощение или выраженность грудного кифоза, сколиоз, болезненность и неправильное стояние остистых отростков, ригидность или гипотрофия длинных мышц спины, БПДС в нижнегрудном отделе позвоночника.

Лечение больных с висцеральными позвоночными синдромами проводили при помощи *мануальной терапии* (МТ), направленной на устранение функциональных блоков в ПДС и *точечной глюкокортикостероидной терапии*



(ТГКСТ), предполагающей устранение воспалительного процесса. Больные ИБС принимали привычные дозы коронаролитиков и противоритмических средств.

МТ проводили один раз в неделю, курс лечения состоял из 3 процедур, включающих: постизометрическое расслабление мышц, мобилизацию интравертебральных и вертеброкостальных сочленений, вертикальное и горизонтальное вытяжение, направленный толчок.

ТГКСТ осуществляли после сеанса МТ 1 раз в неделю, в зависимости от клинического эффекта, от 1 до 3 раз. В одноразовый шприц набирали 2% раствора лидокаина 2,0 мл и суспензии кеналага-40 1,0 мл или дипростана 1,0 мл. Инъекция проводили внутримышечно в проекции акупунктурной точки на глубину от 1,5 до 4 см с учетом подкожно-жирового слоя.

При ПБС по 1,5 мл вышеуказанного раствора вводили в точки акупунктуры (ТА) V-43 (Гао-хуан) с двух сторон.

При ПКС инъекции осуществляли слева в ТА IG-11 (Тянь-цзун) или V-15 (Синь-шу) соответственно преобладающему клиническому симптому.

При ПАС лекарство вводили в ТА V17 (Гэ-шу), V18 (Гань-шу), V19 (Дань-шу) на стороне наибольшей болезненности.

В результате проведенного лечения значительное улучшение наступило у 65,3% больных после одной процедуры МТ и

ТГКСТ. Это выразилось у 52,5% больных с ПБС в исчезновении приступов удушья и чувства нехватки воздуха, улучшении показателей функции внешнего дыхания, у 60,4% больных с ПКС — в устранении болевого синдрома и нарушений сердечного ритма, улучшении ЭКГ-данных, у 82% больных с ПАС — в исчезновении болевого синдрома и функциональных расстройств. Улучшение после проведенных 2 процедур МТ и ТГКСТ наступило у 25,7% больных и после 3 сеансов у остальных 9% больных. Ухудшения состояния, осложнений, угрожающих жизни больного, не наблюдалось.

Побочные явления от введения кортикостероидов в виде покраснения лица в течение первых суток, кратковременной артериальной гипертензии, нарушение менструального цикла наблюдались у 13,6% больных. Так как эти явления были кратковременными, на общий результат лечения они влияния не оказали.

Отдаленные результаты прослежены у 320 больных. Повторные сеансы терапии через 3 мес потребовались 2,5% больных, через 6 мес 3,8% и через год 7,2% больных. У остальных пациентов отмечена устойчивая ремиссия в течение 2–3 лет наблюдения.

Таким образом, сочетанное применение МТ и ТГКСТ при спондилогенных висцеропатиях достаточно эффективно, что обусловлено отсутствием грубых органических изменений со стороны внутренних органов.

© Ю.И.БУЛАНЬКОВ, 2009

УДК [616.98:578.828.6]-057.36-036.8

Ю.И.Буланьков — Психологическое тестирование — направление оптимизации военно-врачебной экспертизы ВИЧ-инфицированных военнослужащих.

Изучение эффектов влияния ВИЧ-инфекции на личность больного необходимо при определении основных направлений работы с ВИЧ-инфицированными в период первичной адаптации к диагнозу и в процессе диспансерного наблюдения. Проведение подобного исследования на базе специализированного военно-медицинского учреждения осложнено тем, что до момента прибытия в него инфицированного часто проходит большой период времени (10–30 дней и более). В результате этого реакция больного уже не является первичной.

С целью выявления особенностей первичной психической реакции на сообщение о ВИЧ-положительном статусе обследованы 110 ВИЧ-инфицированных жителей Новгородской области (68,7% — мужчины, 37,3% — женщины), отобранных случайным

методом. В анамнезе употребление наркотических веществ отмечено у 88% мужчин и 35,3% женщин, большинство (97%) использовали инъекционный способ введения наркотика.

При помощи психометрических шкал изучали уровни: депрессии по Цунгу, личностной тревожности (ЛТ) по Ч.Д.Спилбергеру — Ю.Л.Ханину, тревоги по Беку, тревоги по HADS, депрессии по HADS, агрессии по Баса — Дарки. Для выявления типа отношения к болезни и других связанных с ней личностных отношений применялся личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ (ТОБОЛ).

Психологический тест Баса — Дарки выявил вербальную агрессию как среди мужчин, так и среди женщин, а также склонность к физической агрессии у мужчин. Чувства вины и аутоагрессии более выражены у