



Функциональная диагностика как направление лечебно-диагностического процесса в госпитале совершенствовалась и развивалась, внедрялись в практику новые инструментальные методы. Исследованием функции внешнего дыхания занималась В.И.Миронова.

С 1975 г. ОФД возглавляла Г.С.Высоцкая, успешно проводившая нейрофизиологические исследования, владевшая методиками экстр- и интракраниальной ультразвуковой доплерографии сосудов. С 1981 г. в госпитале проводится эхокардиография (Н.А.Геловани), широко применяется велоэргометрия.

В 1984 г. получен первый отечественный комплекс для проведения холтеровского мониторинга ЭКГ – «Лента-МТ». Сотрудники ОФД госпиталя (Г.Г.Емелин, Л.П.Кузьмичёва) явились пионерами применения метода в Министерстве обороны. С 1986 г. в филиале применялась телеметрическая ЭКГ, позволяющая осуществлять наблюдение пациентов в условиях свободного передвижения в реальном времени (Л.Г.Бронникова, С.А.Марченко).

В 1989 г. введен в строй госпиталь в Сокольниках, который стал основной базой. Госпиталь на Арбате стал филиалом № 1, в Болшево – филиалом № 2. В филиале № 1 были объединены ОФД стационара и кабинет ФД диспансерного отделения.

С 1989 г. на основной базе и в двух филиалах имеются свои отделения ФД. На основной базе главной задачей является диагностическое обеспечение пациентов, находящихся на стационарном лечении. В филиале № 1 деятельность ОФД направлена в основном на диагностическое обеспечение диспансеризации прикрепленного контингента, в филиале № 2 – на обеспечение инструментального контроля проводимых восстановительно-реабилитационных мероприятий.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.366-089.87-06:616.12-008.318

А.В.Симоненко, А.В.Демьяненко, М.И.Афанасьева – Факторы риска интраоперационных нарушений сердечного ритма при проведении плановой холецистэктомии.

К факторам риска при проведении *холецистэктомии* (ХЭ) относят возраст больного старше 60 лет, наличие в анамнезе у пациента инсульта, инфаркта миокарда, гипертонии, порока сердца, недостаточности кровообращения, гиперкоагуляции, злокачественной опухоли и др. Установлено, что с повышением операционного риска статистически достоверно возрастает частота интра- и послеоперационных осложнений, особенно со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

В настоящее время в отделениях ФД госпиталя проводятся все современные методы инструментальных исследований (свыше 40 тыс. ежегодно). По целому ряду показателей (количество исследований на 1 больного, увеличение доли сложных исследований и др.) госпиталь является передовым среди лечебных учреждений МО РФ.

Роль функциональных диагностических исследований возрастает и в связи с развитием интервенционных методов лечения в кардиоангиологии. С 2008 г., после получения системы «Task Force», в госпитале проводится исследование вегетативной и сердечно-сосудистой систем организма в условиях тилт-теста, значительно расширившее возможности при дифференциальной диагностике синкопальных состояний, определении оптимальных параметров постоянной кардиостимуляции.

Врачи ОФД госпиталя активно занимаются научной работой и педагогической деятельностью. Преподавателями ГИУВ МО РФ являются В.М.Фролов, В.Э.Нечаева, И.Г.Казакова.

С вводом в действие локальных компьютерных сетей в госпитале и его филиалах значительно расширились возможности по организации диагностического процесса. Успешная работа специалистов в области ФД позволяет рационально использовать современную дорогостоящую аппаратуру, максимально сокращать время установления точного диагноза, повышать эффективность динамического наблюдения за больными, экономить материальные и финансовые ресурсы. В том, что ЦВКГ им. П.В.Мандрыки в 2008 г. был признан лучшим госпиталем Министерства обороны РФ, немалая заслуга и сотрудников отделений функциональной диагностики.

Целью работы было изучение частоты и характера интраоперационных нарушений сердечного ритма у больных *хроническим калькулезным холециститом* (ХКХ) и выявить возможные факторы риска возникновения сердечных аритмий при плановой ХЭ.

Материал и методы. В исследование вошли 202 пациента (157 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 29 до 86 лет с диагностированным ХКХ вне обострения, направленные в хирургические отделения ЦВКГ им. П.В.Мандрыки для проведения плановой ХЭ. У 58,4%



пациентов была выполнена лапароскопическая ХЭ, у 41,6% – удаление желчного пузыря традиционным полостным способом.

Больные обследованы по диагностическому алгоритму: осмотр терапевта и анестезиолога, клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ и суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки, фиброгастроуденоскопия, группа крови и резус-фактор, анализ на ВИЧ, маркёры гепатитов В и С.

Во время плановой ХЭ отмечалось существенное увеличение общей частоты нарушений сердечного ритма по сравнению с дооперационным периодом: с 24,2 до 68,3% ($p=0,02$). Значительно возрастало число пациентов с синусовой тахикардией (с 5,4 до 52,5%, $p<0,05$), суправентрикулярной (с 10,4 до 19,8%), желудочковой экстрасистолией и мерцательной аритмией (с 2,9 до 16,3%).

Наибольшее количество нарушений сердечного ритма отмечено у пациентов в возрасте от 50 до 70 лет (более 70%). В этих же возрастных группах чаще, чем в других регистрировались относительно более «опасные» сердечные аритмии – желудочковая экстрасистолия и мерцательная аритмия.

Сердечные аритмии при ХЭ в 2,5 раза чаще имели место у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой

системы (70,3 и 29,7% соответственно, $p<0,05$), причем эта закономерность касалась всех видов нарушений ритма. Следует отметить, что наибольшие различия отмечены в частоте желудочковой экстрасистолии и мерцательной аритмии, то есть тех нарушений сердечного ритма, которые обусловлены органическим поражением сердца.

При традиционной ХЭ частота нарушений сердечного ритма была достоверно выше ($p=0,04$), чем при лапароскопической ХЭ.

При этом во время традиционной операции чаще имели место все виды сердечных аритмий, но достоверные различия касались лишь синусовой тахикардии и желудочковой экстрасистолии ($p<0,05$).

Таким образом, плановая ХЭ является самостоятельным фактором риска возникновения нарушений сердечного ритма при выполнении оперативного вмешательства. Ассоциированные с холецистэктомией аритмии сердца варьируют от относительно не опасных до жизнеопасных, причем большей аритмогенностью обладает традиционный полостной вариант операции, по сравнению с эндовидеохирургическим.

Дополнительными факторами риска интраоперационных аритмий следует считать: мужской пол, наличие сопутствующей ИБС и артериальной гипертензии, возраст старше 50 лет, наличие в предоперационный период сердечных аритмий.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 613.693

А.Е.Высоцкий, П.К.Лысов, И.А.Лысова – Применение оригинальных комплексов гимнастических упражнений оздоровления для реабилитации военных летчиков с начальными проявлениями дорсопатий.

Нами разработан оригинальный комплекс гимнастических упражнений (на основе восточных систем оздоровления) для профилактики и реабилитации летного состава военной авиации с начальными проявлениями дорсопатий. Исследование эффективности комплекса проводилось с 2002 по 2008 г. на базе центра медицинской реабилитации 7-го Центрального военного клинического авиационного госпиталя, а также Московской государственной академии физической культуры.

Разработанная методика состояла из трех комплексов упражнений, в которые включали следующие элементы: упражнения на расслабление (в начале и в конце занятия); дыхательные упражнения (цигун); упражнения для мелких и средних мышечных групп и суставов (хатха-йога, функциональная гимнастика); дыхательные упражнения в ста-

тическом режиме (хатха-йога); сложные координационные упражнения в динамическом режиме (сэйтэй, каратэ); силовые упражнения в изометрическом и изотоническом режиме (функциональная гимнастика, сэйтэй, хатха-йога); скоростно-силовые упражнения в динамическом режиме (каратэ). Созданные комплексы отличали простота и доступность выполняемых упражнений, комбинированное воздействие на все органы и системы, минимизация противопоказаний.

Каждое занятие включало три последовательно выполняемых комплекса: первый направлен на формирование оптимального статического стереотипа; второй – на закрепление статического стереотипа, улучшение рефлекторных связей и функционирования всех органов и систем организма; третий – на формирование оптимального двигательного стереотипа. Подготовительная часть занятия