



В исследование были включены 87 военнослужащих, все мужского пола в возрасте 27–54 лет, с выраженными проявлениями астении в сочетании с одним из патологических состояний: неалкогольная жировая болезнь печени, метаболический синдром, алиментарно-конституциональное ожирение. Все обследованные были распределены в 3 группы. В *первую группу* вошли 38 офицеров (43,7%), служба которых связана с операторской деятельностью и у которых при плановом углубленном медицинском осмотре были выявлены признаки артериальной гипертензии как составляющей метаболического синдрома, что было подтверждено при дальнейшем обследовании. У них имелись начальные признаки дисфункции *вегетативной нервной системы* (ВНС) или расстройства приспособительных реакций, соответствующие критериям МКБ-10 (F45.3 и F43.2). *Вторую группу* составили 26 человек (29,9%), у которых диагностировано алиментарно-конституциональное ожирение легкой степени в сочетании с выраженными проявлениями астении, признаками дисфункции ВНС и синдрома эмоционального выгорания. Данная группа офицеров была занята учебно-воспитательной деятельностью с подчиненным личным составом, проходящим военную службу по призыву и по контракту. В *третью группу* вошли 23 (26,4%) офицера, пребывающих в запасе не более 5 лет, предыдущая служба которых была связана с операторской деятельностью. У пациентов этой группы диагностированы неалкогольная жировая болезнь печени в стадии стеатоза, алиментарно-конституциональное ожирение и практически все клинико-лабораторные признаки метаболического синдрома, которым сопутствовали проявления выраженной астении.

Соматическое обследование включало стандартный набор физикальных, инструментальных и лабораторных исследований. Оценка психического статуса проводилась клинико-психопатологическим методом, а также допол-

нялась психометрическим тестированием. Всем офицерам проводилось комплексное лечение с использованием психотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, озono-, гирудо- и апитерапии по единой стандартной схеме.

На фоне проводимого лечения отмечалась редукция астенической симптоматики, которая коррелировала с положительной динамикой соматического статуса (подтверждено клинически и лабораторно).

В первой группе редукция астенической симптоматики являлась положительным прогностическим признаком проводимой коррекции дисфункции ВНС, дезадаптационных нарушений, что способствовало более выраженным и стойким результатам лечения. Во второй группе отмечена одновременная редукция проявлений астении и синдрома эмоционального выгорания еще до полного завершения курса комплексной терапии. У 48% пациентов третьей группы проявления астении полностью не редуцировались и требовали назначения дополнительного лечения.

Таким образом, применение психотерапевтической коррекции в сочетании с такими методиками восстановительного лечения, как рефлексотерапия, мануальная терапия, озонотерапия, гирудотерапия, апитерапия, при алиментарно-конституциональном ожирении, метаболическом синдроме и неалкогольной жировой болезни печени позволяет уменьшить проявления астенического синдрома у военнослужащих контрактной службы.

Сочетание данных методик восстановительного лечения в рамках комплексного подхода к коррекции соматогенно обусловленных астенических состояний на базе штатных отделений и кабинетов традиционной медицины позволит оптимизировать и значительно повысить эффективность лечения соматических нарушений, обусловленных неалкогольной жировой болезнью печени в стадии стеатоза, алиментарно-конституциональным ожирением и метаболическим синдромом.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017  
УДК 616.13-007.271-085.8

**Гуляев Н.И.** ([nig27@mail.ru](mailto:nig27@mail.ru)), **Тишко В.В.** ([vtishko@gmail.com](mailto:vtishko@gmail.com)), **Галенко А.С.** ([asgalenko@mail.ru](mailto:asgalenko@mail.ru)) — К проблеме кальцинированного аортального стеноза.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*Рассмотрены тенденции и характеристика распространения кальцинированного аортального стеноза на примере льготного контингента Минобороны России, особенности клинического течения, рекомендации по раннему выявлению.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** льготный контингент Минобороны России, кальцинированный аортальный стеноз, хроническая сердечная недостаточность.

*Gulyaev N.I., Tishko V.V., Galenko A.S. — On the problem of calcific acquired aortic stenosis. The tendencies and characteristics of the spread of calcific acquired aortic stenosis by the example of privileged contingent Russian Ministry of Defense, clinical features, and advice on early detection.*

**К е у w o r d s:** preferential contingent of the Russian Defense Ministry, calcified aortic stenosis, chronic heart failure.



Согласно данным Федеральной службы государственной статистики России, за последние два десятилетия (1992–2012) прослеживается четкая динамика ухудшения показателей общей и впервые выявленной заболеваемости, в т. ч. впервые выявленных болезней системы кровообращения. В 2014 г. prevalence болезней системы кровообращения в РФ составила 23 275,2 на 100 тыс. населения. На них приходилось 53% среди всех умерших. К сожалению, в России показатель смертности от болезней системы кровообращения (696,5 на 100 000 населения) в 3 раза превышает показатель в странах ЕС, где он составляет 225,3.

В причинах непосредственной смерти при патологии органов кровообращения важная роль принадлежит хронической сердечной недостаточности, среди которой приобретенные клапанные пороки сердца занимают третье место. Поздно диагностируемая динамически развивающаяся клапанная патология сердца обуславливает критическое нарушение функции клапанного аппарата с выраженной дисфункцией левого желудочка, проявляясь в конечном итоге тяжелой сердечной недостаточностью.

Среди приобретенных пороков сердца у пациентов старше 70 лет 73–85% случаев приходится на кальцинированный аортальный стеноз (КАС). Прослеживается рост частоты его формирования с возрастом: у людей старше 65 лет КАС диагностируется в 2% случаев, старше 80 лет — в 5,5% случаев.

Для оценки состояния проблемы кальцинированного стеноза клапана аорты нами проанализировано 446 историй болезни пациентов льготного контингента МО РФ старше 60 лет, находившихся на лечении в клинике госпитальной терапии ВМедА им. С.М.Кирова, за 2013–2015 гг. На секционном материале исследованы изменения аортальных полулуний у 18 умерших (10 мужчин и 8 женщин) с аортальным стенозом в возрасте от 55 до 88 лет (средний возраст —  $68,5 \pm 14,2$  года). Группу сравнения составили погибшие от несовместимой с жизнью травмы 4 человека, в возрасте от 24 до 27 лет (средний возраст  $25,5 \pm 1,3$ ) и 8 человек в возрасте от 60 до 87 лет (средний возраст  $68,2 \pm 13,4$  года), не имеющие в анамнезе патологии клапанов сердца.

По нашим данным, распространенность кальцинированного стеноза клапана аорты среди пациентов в возрасте 60–70 лет составила 2,2%, старше 70 лет — 5,5%. Из них стеноз легкой степени тяжести диагностирован в 66,7% случаев, умеренной — в 25%, тяже-

лой и критической — в 8,3%. Прослеживалась четкая возрастная зависимость и выявления склероза аортального клапана: в возрасте до 60 лет — 16,5%, 61–70 лет — 21,9%, старше 71 года — 61,6%.

Анализ клинической картины показал:

- важнейшими компенсаторными механизмами, длительное время поддерживающими у больных аортальным стенозом сердечный выброс на нормальном уровне, являются: развитие концентрической гипертрофии миокарда *левого желудочка* (ЛЖ) без расширения полости и диастолической дисфункции, удлинение систолы ЛЖ;

- сердечный выброс при КАС длительное время остается неизменным в покое, но при физической нагрузке ЛЖ не способен адекватно увеличивать фиксированный ударный объем, что приводит к нарушению перфузии периферических органов и тканей;

- признаки коронарной недостаточности при КАС возникают вследствие уменьшения диастолического градиента давления между аортой и ЛЖ, а также в результате резкого увеличения мышечной массы желудочка без адекватного увеличения числа капилляров (относительная коронарная недостаточность);

- нарушение систолической функции ЛЖ возникает на поздних стадиях заболевания и проявляется ростом конечного диастолического давления в ЛЖ, его миогенной дилатацией, снижением фракции выброса и ударного объема, а также быстрым нарастанием застойных явлений в малом круге кровообращения и развитием легочной гипертензии;

- признаки левожелудочковой недостаточности при КАС могут появляться не только на конечном этапе развития заболевания (т. е. при нарушении систолической функции ЛЖ), но и на более ранних его стадиях — в результате диастолической дисфункции ЛЖ (снижение податливости гипертрофированного миокарда ЛЖ, нарушение его активного расслабления и значительное увеличение давления наполнения).

В настоящее время имеется недооценка реальной потребности в оперативном лечении КАС (ежегодно в ЛПО МО РФ выполняется менее 100 оперативных вмешательств при данной патологии). Ввиду длительной бессимптомности процесса всем больным 60 лет и старше при диспансеризации необходимо проведение эхокардиографического обследования на предмет ранней диагностики кальцинированного аортального стеноза.