

Выводы: Полученная прогностическая таблица позволяет оценить риски развития ХД у пациентов из числа сотрудников ОВД. Исходя из причин влияния течения ХД на сроки службы, необходимо выстроить систему динамического наблюдения с целью сохранения трудового потенциала сотрудников ОВД в масштабе республики и региона.

### 003. ФУНКЦИОНАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ТРЕДМИЛ-ТЕСТОМ.

Галяви Р.А., Михопарова О.Ю., Фролова Э.Б., 2012

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, г. Казань, Россия

**Цель исследования:** сравнить инструментальные показатели у лиц с положительным и отрицательным тредмил-тестом.

**Материалы и методы:** В исследование было включено 33 пациентов с подозрением на ИБС. Из них у 25 человек были выявлены эпизоды горизонтальной депрессии сегмента ST более 1 мм во время проведения пробы с дозированной физической нагрузкой. У 8 пациентов депрессии сегмента ST выявлено не было. Всем больным регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли уровень общего холестерина, проводили тредмил-тест, суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также ультразвуковое исследование сердца с определением фракции выброса (ФВ), конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического размеров (КСР) левого желудочка, размеров полостей сердца и аорты, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛ).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ GraphPadInStat (v.3.06). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод корреляционного анализа по Пирсону. Результаты представлены в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – выборочное среднее,  $SD$  – выборочное стандартное отклонение. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение:** группы между собой были сопоставимы по возрасту, уровню общего холестерина, ФВ. В группе с положительной пробой были зарегистрированы достоверно более высокие значения КДР левого желудочка ( $5,1 \pm 0,4$  см и  $4,6 \pm 0,5$  см, при  $p = 0,02$ ), ТЗСЛЖ ( $1,1 \pm 0,1$  см и  $0,9 \pm 0,1$  см, при  $p = 0,05$ ), аорты ( $3,5 \pm 0,2$  см и  $3,2 \pm 0,1$  см, при  $p = 0,01$ ), а также уровню среднего значения ДАД в дневные часы ( $90,5 \pm 18$  мм рт.ст. и  $79,1 \pm 11$  мм рт.ст., при  $p = 0,05$ ). В ходе проведения корреляционного анализа были выявлены следующие закономерности. Так, степень депрессии сегмента ST достоверно взаимосвязана с размером аорты ( $r = 0,49$ ,  $p = 0,003$ ) и КДР левого желудочка ( $r = 0,45$ ,  $p = 0,008$ ). По отношению к уровню среднего ДАД в дневные часы имелась лишь тенденция к

установлению прямой зависимости с степенью депрессии ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,06$ ), а между ТЗСЛЖ и уровнем депрессии достоверных взаимосвязей выявлено не было. **Выводы:**

В ходе дифференциальной диагностики ИБС на результаты пробы с дозированной физической активностью могут оказывать влияние некоторые показатели Эхо-КГ и суточного мониторирования АД, что может потребовать проведение дополнительных, более информативных методов диагностики с целью правильной верификации диагноза.

### 004. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Данилов В.А., Федоров М.Е.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, РФ.

Сахарный диабет - одна из серьезнейших проблем, масштабы которой продолжают увеличиваться.

**Цель исследования:** сравнить влияние различных видов анестезий у больных с сахарным диабетом на уровень сахара в крови и гемодинамику во время оперативного вмешательства.

**Материалы и методы исследования:** В отделении гнойной хирургии было проведено хирургическое лечение 37 пациентов, в возрасте 45-74 лет, с сахарным диабетом преимущественно типа 2 (32 больных). Сахарный диабет сопровождался специфическими осложнениями: ретинопатией - у 23 больных, катарактой - у 9 больных, нефропатией - у 20 больных, что свидетельствовало о тяжелой степени течения заболевания. У большинства больных имелась сопутствующая патология: ИБС (у 27), гипертоническая болезнь (у 28), ожирение (у 7), нарушения сердечного ритма (у 4), остаточные явления нарушений мозгового кровообращения (у 3). Тяжесть общего состояния усугублялась местным активно текущим гнойно-некротическим процессом на стопе, интоксикацией. Физический статус по ASA у 2 пациентов соответствовал II классу, у 32 – III классу, у 3 человек - IV классу.

Тридцати семи пациентам проведено 83 обезболивания, из них 21 - проведено две и более анестезии. Операции (ампутации пальцев стоп, голени, бедра, обработка гнойно-некротических очагов, пластические операции и др.) выполнены под различными видами обезболивания: диприван+фентаниловая анестезия (36 операций), проводниковая с внутривенной седацией (10), центральные блокады с внутривенной седацией седуксеном, пропофолом или тиопенталом натрия (16), тиопентал натрия+оксибутират натрия+фентанил (14), реланиум+кетамин (2), тиопентал натрия+фентанил (5). *Продолжительность анестезий составляла от 36 до 129 минут ( $73,19 \pm 20,62$  мин).*

Все больные до операции были переведены на инсулинотерапию, сахар в крови поддерживался не ниже 5,5-6 ммоль/л (в среднем  $8,4 \pm 0,36$  ммоль/л), так как опасность гипогликемии во время анестезии выше, чем опасность высокой гипергликемии. Премедикация у больных ограничивалась умеренными дозами

холинолитиков и антигистаминных средств. Во всех случаях проводили контроль содержания глюкозы крови до-, во время и после операций со своевременной его коррекцией.

**Результаты и их обсуждение:** Риск интраоперационных осложнений при сахарном диабете довольно высок и зависит от степени поражения органов – мишеней. При тщательном обследовании больного перед оперативным вмешательством у него выявляется патология со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, иммунной системы, опорно-двигательного аппарата и др.

У больных с гипертонической болезнью существует высокая вероятность возникновения диабетической вегетативной нейропатии, при которой нарушается способность кровообращения компенсировать изменения ОЦК, поэтому методом выбора является пропофол/фентаниловый наркоз, оказывающий гипотензивный эффект и не влияющий на углеводный обмен.

При наличии исходной гипотонии, при травматичных и продолжительных операциях с кровопотерей, ацидозом, гиперкалиемией, гипофункцией надпочечников показано применение оксибутирата натрия в сочетании с барбитуратами и препаратами для НЛА. Эта анестезия способствует оптимизации гемодинамики, улучшению метаболических процессов, уменьшению ацидоза, гипоксического избытка лактата, улучшению функции почек, повышению концентрации иона калия в клетках.

В других случаях методом выбора является сбалансированная регионарная анестезия (проводниковая, субарахноидальная, эпидуральная анестезия) с внутривенной седацией пропофолом или тиопенталом натрия для предотвращения вегетативных реакций, операционной гипергликемии и устранения позиционного дискомфорта. Местные анестетики не влияют на содержание глюкозы в крови и гликогена в органах.

Для регионарной анестезии использовали 1% раствор лидокаина и 0,25 % раствор маркаина или нарופן 0,375% раствор, а для спинальной анестезии маркаин-спинал 0,5%.

В ходе оперативных вмешательств трижды контролировали уровень сахара в крови, колебания которого во всех случаях не превышали 25% от исходного ( $8,4 \pm 1,932$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ), что свидетельствовало об адекватности нейро-вегетативной защиты при данных методах анестезии.

**Заключение:** Выбор метода анестезии у больных с сахарным диабетом определяется не только объемом предстоящей операции, функциональным состоянием жизненно важных органов и систем, сопутствующей патологией, возрастом, но и от уровня исходной гипергликемии и непосредственного влияния анестетиков на содержание глюкозы в крови.

Таким образом, индивидуальный подбор метода анестезии и анестетиков у больных с сахарным диабетом позволяет обеспечить стабильность гемодинамики и уровня гликемии.

## 005. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Забелина И.В., Хлебодаров Ф.Е.**

МСЧ МВД России по Курской области, Курск, Россия

**Цель исследования:** анализ эффективности мероприятий по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ).

**Актуальность проблемы** обусловлена тем, что АГ, во многом обуславливающая высокую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, характеризуется широкой распространенностью и, в то же время, отсутствием адекватного контроля в масштабе популяции. Даже в странах с высоким уровнем организации здравоохранения этот показатель сегодня не превышает 25-27%, в то время как в России артериальное давление (АД) контролируется должным образом лишь у 5,7% мужчин и 17,5% женщин.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуто 517 амбулаторных карт пациентов, отобранных методом простой случайной выборки из 15183 человек, прикрепленных к поликлинике МСЧ МВД России по Курской области. У больных, включенных в исследование, были собраны данные из амбулаторных карт, оценен клинический статус.

**Результаты и их обсуждение.** В Медсанчасти МВД России по Курской области проводится широкий комплекс мероприятий, направленных на профилактику и лечение АГ у сотрудников органов внутренних дел.

Амбулаторное и стационарное обследование пациентов с АГ проводится в строгой последовательности, отвечая определенным задачам:

-определение стабильности повышения АД и его степени;

-исключение симптоматической АГ или идентификация ее формы;

-выявление наличия других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и лечение, а также отнесение больного к той или иной группе риска

-определение наличия поражений "органов-мишеней" и оценку их тяжести.

Кроме обязательных ежегодных профилактических осмотров сотрудников и работников УМВД России по Курской области территориальных органов МВД России на районном уровне, проводятся регулярные выходы в подразделения с целью измерения артериального давления. В 2011 году мониторинг АД был осуществлен у 1897 человек, 364 направлены на дополнительное обследование.

Основной целью лечения больного ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Это предполагает воздействие на все выявленные обратимые факторы риска, такие как курение, высокий уровень холестерина и т.д.

Одной из основных причин недостаточного контроля АД является плохая приверженность к