



миокарда у пациентов моложе 50 лет и с наличием ИСАГ у больных с ишемической болезнью сердца старше 65 лет [12]. На фоне основного патогенетического фактора имеется и ряд способствующих. У больных с уже развившейся ИСАГ достаточно обычной большой лабильность АД, особенно при психогенных нагрузках, ухудшении памяти на последние события, трудностях усвоения нового, снижении работоспособности, ослаблении внимания, появлении неадекватных эмоциональных реакций. В рамках психосоматического подхода к изучению патогенеза ГБ и в частности ИСАГ, была показана роль психогенных факторов в возникновении и течении болезни, так как одним из генетических механизмов повышения АД является нарушение психофизиологической саморегуляции [13-15]. Новое для медицины понятие стратификация риска предусматривает общую стратегию профилактики, лечения и прогноза АГ с учётом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента [14,16-18]. По утверждению И.В.Давыдовского, ГБ является болезнью образа жизни современного человека [19]. В этом аспекте АГ следует рассматривать как психосоматическую проблему, которая, по сути, предопределяет решение вопросов взаимоотношения соматического, психического, социального единства с точки зрения современного понимания и видения психосоматики [1,5,20,21]. Поиск связей, точки соприкосновения соматического и психического фактора осложняются тем, что, с одной стороны, влияние психических, эмоциональных нарушений в генезе эссенциальной АГ не вызывает сомнений [13,21-23]. С другой стороны, изучение роли психосоциальных аффективных факторов в их количественном измерении представляется затруднённым, но в то же время особо перспективным направлением [24-27]. Необходимость одновременного изучения факторов риска различной природы требует применения в исследованиях методов системного анализа [1,28]. Актуальным является исследование психосоматических соотношений у больных ИСАГ и психическими расстройствами пограничного уровня с позиции системного подхода к анализу коморбидных состояний [29]. В учении депрессивных состояний кроме основного заболевания нужно отметить возрастной фактор, так как общеизвестно, что и у «практически здоровых» лиц нередко наблюдаются депрессивные состояния.

Значительная распространённость ИСАГ, частое развитие осложнений, обуславливают актуальность поиска новых путей диагностики и терапии. Для профилактики снижения работоспособности и качества жизни этой категории больных также необходимо учитывать и особенности их психического состояния. В ряде исследований подтверждена взаимосвязь между расстройствами аффективного спектра и АГ [16,24]. В крупных проспективных исследованиях показано, что депрессия и тревога являются независимыми факторами риска, влияющими как на разви-

тие АГ, так и на прогноз выживаемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией [17,24,30]. Особое значение придают нозогенной депрессии – психогенной реакции, возникающей в связи с наслоением психогенных и ситуационных факторов, связанных с осознанием опасности заболевания, физическими страданиями, изменением качества жизни. Коморбидное депрессивное расстройство оказывает выраженное неблагоприятное влияние на физическую, социальную и профессиональную реабилитацию больных, страдающих АГ [31]. При этом отмечено, что частота выявления депрессии и тревоги при АГ значительно превышает таковую при других психосоматических заболеваниях [13]. Показано, что тревожно-депрессивные расстройства выявляются более чем у 50% больных и чаще сопутствуют АГ с кризовым течением, нередко осложняются инсультами и инфарктом миокарда [17,21,32]. Более выраженная и длительная гипертензивная реакция в условиях психологического стресса выявляется у пациентов с различными психопатологическими изменениями. Ведущее место среди этих состояний занимают пограничные психические расстройства, в частности невротические и неврозоподобные, представленные тревожными, обсессивно-фобическими, неврастеническими, депрессивными, ипохондрическими и истерическими синдромами, либо их сочетанием [23,25,33,34]. Пограничные психические расстройства наблюдаются у 60 – 80% больных с гипертонической болезнью и их присутствие отрицательно сказывается на течении заболевания, является одной из причин снижения работоспособности, требует особого подхода к лечению и реабилитации больных [16,17,24,35]. Оценивая психические нарушения, связанные с гипертонической болезнью, ряд авторов в 70% случаев обнаружил психоэмоциональную дезадаптацию преимущественно в виде неврастения, а по данным ряда наблюдений социально-психологическая дезадаптация выявляется у 80% больных гипертонической болезнью [29,36,37]. Обычно выделяют две группы расстройств: первая – психогенные, тесно связанные с реакцией на болезнь и вторая – неврозоподобные расстройства сосудистого генеза, находящиеся в тесной зависимости от течения гипертонической болезни [1,9,17,18,38]. Существуют как бы две точки зрения. По одной – ведущую роль в развитии психических расстройств при АГ играют особенности личности, а не вторичные изменения центральной нервной системы, возникающие вследствие длительного повышения АД [31,35,39]. По другой – пограничные психические расстройства возникают соматогенно, так как длительная АГ формирует невротические реакции и неврозоподобные состояния [40-42]. Нередко с усилением психических расстройств соматические симптомы уходят на второй план, а ведущее место начинает занимать аффективная патология, в первую очередь тревога. В то же время наблюдаются случаи, когда ярко выраженная картина основного заболевания скрывает психическую патологию [2,43-



46]. Наибольшего внимания заслуживает концепция «кольцевой зависимости», рассматривающая соматические и психические расстройства при АГ как единый патологический процесс, при котором возникает порочный круг взаимовлияния соматического страдания и психических расстройств [8,25,34,47,48].

Между депрессивными расстройствами и патологией сердечно-сосудистой системы имеются сложные отягощающие друг друга взаимодействия: сердечная патология сопровождается увеличением частоты выявления депрессивных расстройств, присоединением депрессии к тяжёлому сердечно-сосудистому заболеванию, достоверно повышает риск развития тяжёлых сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения), общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [16,35]. Распространённость депрессии увеличивается с возрастом в 1-2 раза на каждые 10 лет жизни [24]. Заболеваемость депрессией у пожилых (60 – 74 года) в 2 раза выше, а у лиц старше 75 лет – в 6 раз выше, чем у молодых [16,49]. Однако депрессия не только ухудшает качество жизни, но и является ведущей причиной увеличения показателей смертности от инфарктов и инсультов [5,17]. Многие больные АГ, у которых имеют место депрессивные расстройства, либо не лечатся вообще, либо лечатся неадекватно, следствием чего является дальнейшее увеличение смертности от коронарных катастроф [3,17,23]. По данным ВОЗ, более половины больных депрессиями лечатся у врачей общей практики и не попадают в поле зрения психиатров [34]. Такие депрессии, называемые ларвированными или соматизированными, протекают под видом разнообразной соматовегетативной симптоматики, а собственно проявления депрессии оказываются атипичными. Эти соматовегетативные эквиваленты крайне разнообразны и среди них повышенный интерес вызывает дисбаланс звеньев вегетативной нервной системы с повышением активности симпатической и угнетением парасимпатической части и аффективных расстройств. В последние годы появились отдельные работы, показывающие, что тревога и депрессия, также как и дисфункция ВНС с проявлением нарушения вариабельности сердечного ритма, являются независимыми факторами риска, влияющими как на развитие АГ, так и на прогноз выживаемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией [21,32,37,39,50]. Анализ вариабельности ритма сердца позволяет в достаточной мере оценить параметры, характеризующие влияние вегетативной нервной системы на структуру ритма сердца. Установлено, что низкий показатель вариабельности ритма сердца является независимым маркёром неблагоприятных исходов (развитие инфаркта миокарда, фатальных аритмий, внезапной смерти) у больных АГ. Конечной целью лечения пожилых больных АГ и в частности ИСАГ является не снижение АД, а предотвращение осложнений (часто летальных), возникающих при

повышении систолического АД и, следовательно, продление жизни, а также улучшение её качества. В литературе недостаточно работ, посвящённых изучению особенностей клинко-гемодинамических проявлений и дисфункции вегетативной нервной системы у больных ИСАГ в сочетании с аффективными расстройствами, степени влияния и значимостью изменений вариабельности ритма сердца на прогноз у этой категории больных. Тогда как выяснение указанных обстоятельств могло бы способствовать более глубокой интерпретации патогенетических звеньев данной проблемы, оптимизации лечения, что, на наш взгляд, имеет важное теоретическое и практическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема. / П. Гарганеева [и др.] // Клиническая медицина. – 2004. – №1. – С. 35-41.
2. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии / М.С. Кушаковский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982. – 288 с.
3. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure / E.P. Havranek [et al.] // Int. J. Psychiatry Med. – 1998. – V. 28, - P. 273-291.
4. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure / T.A. Murberg [et al.] // Int. J. Psychiatry Med. – 1998. – 28, - P. 273-291.
5. Fieldinng R. Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation / R. Fieldinng // Soc. Sel. Med. – 1991. – V. 32, - P. 1017-1027.
6. Изолированная систолическая гипертензия у пожилых / Г.Г. Арабидзе [и др.] // Тер. арх. – 1996. – № 11. – С. 77-82.
7. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension) / B. Dahlot [et al.] // J. Lancet. – 1991. – V. 338, - P. 1181-1185.
8. Relationship of Depression to Increased Risk of Mortality and Rehospitalization in Patient With CHF Archives of Internal Medicine August / W. Jiang [et al.] // 2001. – V. 161(15). P. 1849-1856.
9. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials / J.A. Staessen [et al.] // The Lancet. – 2000. – V. 355, - P. 865-872.
10. Хамидов Н.Х. Систолическая артериальная гипертензия в пожилом и старческом возрасте (распространение, патогенез, клиника и лечение): дис... д-ра. мед. наук / Н.Х. Хамидов. – М, 1973. – 243с.



11. Цфасман А.З. Артериальные гипертонии в старших возрастах / А.З.Цфасман, Н.Х. Хамидов. - Душанбе: «Ирфон», 1985. - 160 с.
12. Haptoglobin polymorphism and hypertension in the elderly / J. Delanghe [et al.] // Eur. Heart J. - 1998. - V.19 (Abstr. Suppl.). - P. 72.
13. Менан С. Психологические факторы при гипертонической болезни / С.Менан, Р.Моррисон, А.Белан // Кардиология. - 1986. - №1. - С. 92 - 100.
14. Рожанец Р.В. Психологические характеристики, связанные с различными уровнями артериального давления / Р.В. Рожанец // М., 1987. - С.352 - 360
15. Рухманов А.А. Личностные аспекты психосоматических соотношений при гипертонической болезни / А.А. Рухманов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1985. - № 6. - С.915 - 925
16. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В.Безносок, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал. - 1998. - №2. - С.43 - 49
17. Современные антидепрессанты в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией с сопутствующими аффективными расстройствами / Ю.А.Васюк [и др.] //Кардиология. - 2004. - № 8. - С.72-79
18. Дробижев М.Ю. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / М.Ю.Дробижев, М.Б. Печерская // М., - 1994. - С. 113 - 121
19. Давыдовский И.В. Геронтология / И.В. Давыдовский. М.: Медицина, 1966. - 298 с.
20. Beck A.T. The Beck Depression Inventory: Manual / A.T.Beck, R.A. Steer //San Antonio, Tex: Psychological Corp; 1993
21. Depression in elderly patients with congestive heart failure / K.E.Freedland [et al.] //J. Geriatr. Psychiatry Neurol. - 1991. - V. 24, - P.59-71
22. Матвеев А.В. Психопатологический анализ аффективных расстройств при гипертонической болезни. Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике / А.В. Матвеев. - // М., 1984. С.61 - 66
23. Наталевич Э.С. Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение / Э.С. Наталевич, В.Д. Королев. - Наука и техника. - 1988. - Минск. - 135 с.
24. Айвазян Т.А. Психофизиологические соотношения и особенности реактивности у больных гипертонической болезнью / Т.А. Айвазян // Кардиология. - 1988. - №12. - С.13 - 16
25. Новикова Н.А. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / Н.А.Новикова, А.Л. Сыркин // М. - 1994. С.122 - 125
26. Friedman M.M. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. / M.M.Friedman, J.A. Griffin // Heart Lung. - 2001. - V.30. - P. 98—104
27. Lever A.F., Treatment of hypertension in the elderly / A.F.Lever, L.E. Rumsay // J. Hypertension. - 1995. - V.13. - P. 571-579
28. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА / Е.И.Чазов [и др.] // Кардиология. - 2007. - №10. - С. 24-30
29. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in elder persons with isolated systolic hypertension. Final results of the systolic hypertension in the elderly. Program (SHEP) / JAMA. - 1991. - V.296. - P. 887-889
30. International Consensus Group on Depression and Anxiety; and Roose SP, Sheps DS Consensus statement on depression, anxiety, and cardiovascular disease. / J.C.Ballenger [et al.] // J. Clin. Psychiatry. - 2001. - V.62, suppl.8. - P.4-27
31. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях (диагностика и лечение) / А.Б. Смулевич // Рос. Мед. Журн. - 1996. - №1. - С. 4-10
32. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension / J. Abramson [et al.] // Archives of Internal Medicine. - 2001. - Jul. 23. - V.161 (14). - P.1725-30
33. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич //М.: Берг; 2000. - С. 5- 72
34. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е.И.Чазов [и др.] //Кардиология. - 2007. - № 3. - С. 28-37
35. Айвазян Т.А. Психорелаксация в лечении гипертонической болезни / Т.А Айвазян //Кардиология. - 1991. - № 2. - С. 96
36. Белова Е.В. Роль симпатико-адреналовой системы в развитии гипертонической болезни. Влияние эмоционального фактора / Е.В. Белова //Кардиология. - 1991. - №5. - С. 83-85
37. Погосова Г.В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова //Кардиология. - 2002. - №4. - С.86-91
38. Верткин А. Л., Применение антидепрессантов в кардиологии. / А.Л.Верткин А. В.Тополянский, О.



- В. Любшина // Архив номеров. – 2001. – № 7. – С. 48-57
39. Depression and cardiac mortality. Results from a community-based longitudinal study / W.J.H. Brenda [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – V. 58. – P. 221-227
40. Ковалева О.Н. Артериальная гипертензия у пожилых / О.Н. Ковалева // Medicus Amicus. – 2002. – № 6. – С. 17-21
41. Blood pressure and mortality in an older population. A 5-year follow-up of the Helsinki Aging Study / S. M. Hakala [et al.] // Europ. Heart J. – 1997. – V. 18. – P. 1019-1023
42. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure / H.G. Koenig // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1998. – V. 20. – P. 29-43
43. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич // Москва. – 2000. – С. 134-135
44. Havranek E.P., Prevalence of depression in congestive heart failure / E.P. Havranek M.G. Ware, B.D. Lowes // Am. J. Cardiol. – 1999. – V. 84(3). – P. 348-350
45. Kenneth M.A. Psychological factors in heart failure / M.A. Kenneth, Y.H. MacMahon, Gregory Lip. // Arch. Intern. Med. – 2002. – V. 162 (11). – P. 509-516
46. Changes in LVH predict risk in essential hypertension. / M.J. Koren [et al.] // Circulation. – 1990. – III. Suppl 83. – P. 29
47. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / Л.И. Дворецкий [и др.]. – М.: ООО «Издательство Новая Волна». – 2000. – 543 с.
48. Brundtland G. H. Mental health in the 21st century / G. H. Brundtland // Bulletin of World Health Organization. – 2000. – V. 78. – P. 411
49. Screening tests for geriatric depression / T.L. Brink [et al.] // Clinical Gerontologist. – 1982. – V. 1. – P. 37-44
50. Оганов Р.Г. Распространенность депрессивных расстройств в общей практике; масштабы проблемы / Р.Г. Оганов // В кн.: Депрессия в общей практике: проблемы и решения. – М. – 2004. – С. 1-3

Summary

Isolated systolic arterial hypertension: some aspects of the pathogenesis and risk factors

A.A. Umarov, N.H. Khamidov, S.A. Umarova

In the literature review presents current state of isolated systolic hypertension, its prevalence, clinical significance and aspects of its pathogenesis. Noted that along with the main pathogenic factors affective disorders and dysfunction of the autonomic nervous system play a significant role. These disorders in such patients increases the risk of various complications and improve mortality. Discusses possible options for the relationship between affective disorders and dysfunction of the autonomic nervous system, as risk factors influencing on the development of hypertension.

Key words: cardiovascular disease, hypertension, affective disorders, dysfunction of the autonomic nervous system

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

А.А. Умаров - доцент кафедры внутренних болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дж. Расулова, д. 67/1 кв. 27.
Тел 238-11-16, E-mail: ahmad_120154@mail.ru



Лечение ранений и повреждений магистральных сосудов шеи

А.А. Шабонов, Е.М. Трунин

Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Россия

Представленный обзор данных литературы свидетельствует о том, что проблема хирургического лечения ранений магистральных сосудов шеи разработана недостаточно. Неполностью решены вопросы хирургической тактики и определения очерёдности и последовательности в проведении диагностических манипуляций, а также принципов лечения повреждений магистральных сосудов шеи и их осложнений. Всё это послужило основанием для выполнения данной работы.

Ключевые слова: ранения магистральных сосудов шеи

Ранения крупных сосудов шеи представляют большую опасность для жизни пострадавших, которые часто погибают во время эвакуации в лечебное учреждение. При поступлении же пострадавшего в стационар перед хирургом встают чрезвычайно трудные задачи, связанные с необходимостью быстрой остановки кровотечения, восполнения кровопотери и поддержания жизнеспособности головного мозга [23].

Ранения магистральных сосудов шеи составляют от 0,2 до 0,4% всех механических травм, но, не смотря на столь низкое процентное соотношение, абсолютное число этих весьма опасных повреждений значительно [28]. При этом от 10 до 33% всех ранений шеи сопровождаются повреждением её магистральных сосудов [15,42].

Повреждения кровеносных сосудов при ранениях шеи встречаются в 4,6 – 9% случаев в военное время [14,57] и в 19,6 – 53,6% случаев в мирное время [1,5,54,66]. До 95% раненых с сосудистыми повреждениями шеи погибают на месте происшествия и в ходе транспортировки в лечебные учреждения, а из тех, кто подвергнулся хирургическому лечению, умирают ещё 14–40% [5,53,66].

Повреждения крупных артериальных и венозных стволов на шее выявлены в 19,6% случаях от всех пострадавших с ранениями шеи. Из них на ранения магистральных артерий приходится 43,9%. При повреждениях магистральных сосудов шеи чаще, чем при ранениях сосудов другой локализации, встречаются сочетанные травмы [5]. Повреждения магистральных сосудов шеи – сложный малоизученный вид травмы, сопровождающийся высокой летальностью, которая может достигать 83,5% [3].

В мировой литературе частота повреждений позвоночной артерии при ранениях шеи варьирует

от 1,0 до 7,4% и зависит от механизма повреждения (огнестрельные или колото-резанные раны), диагностирование этих повреждений зависит от возможности провести ангиографическое исследование [9,39].

Одновременные повреждения позвоночной артерии и других сосудов шеи встречаются в 10 – 15% случаев ранения позвоночной артерии [66].

Современная лечебно – диагностическая тактика в отношении раненых в шею приобрела активный характер, направленный на быстрое и полное выявление всех возможных сосудистых и органных повреждений [39,63].

Если состояние пострадавших позволяет выполнить дооперационное обследование (стабильная гемодинамика, эффективный временный гемостаз, отсутствие нарушения дыхания), то следует выполнить обзорную рентгенографию шеи и грудной клетки, эндоскопию, доплерографию и ангиографию. В настоящее время ранняя диагностика повреждений внутренних структур шеи остаётся такой же сложной, как два века назад. При сводной статистике частота диагностических ошибок при выявлении ранений общей сонной и позвоночной артерий, глотки и пищевода даже в специализированных хирургических стационарах достигает 7–38% [18,63,66].

Дооперационная диагностика повреждений сосудов шеи базируется на оценке степени кровопотери, клинической картине, продолжающегося интенсивного кровотечения из раны, анамнестических сведениях об эпизоде массивного кровотечения из раны, наличии гематомы, направлении раневого канала к сосудистому пучку – все эти данные могут быть весьма ценными. Дополнительные диагностические данные, можно получить, оценивая вид вытекающей крови (артериальная или венозная) и характер