

ных с последствиями полиомиелита. Для получения положительных исходов следует правильно выбирать показания к операции, применять наиболее результативные способы вмешательств, соблюдать правила иммобилизации, назначать длительное ношение ортопедической обуви, проводить регулярное поддерживающее лечение. Из всех способов наиболее физиологичны и результативны комбинированные вмешательства, включающие сухожильно-мышечные пересадки и трехуставной артродез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Градюшко Н.А. Проблема нейровирусных заболеваний и реабилитация паралитических последствий. — М., 1971. — Т. XXV. — С. 290—294.

2. Орлова А.А., Чернов А.П. Сборник научных работ. — Куйбышев, 1984. — С. 126—128.

Поступила 27.11.01.

REHABILITATION ORTHOPEDIC TREATMENT OF PARALYTIC INSTABILITY AND FOOT DEFORMITY IN PATIENTS WITH POLIOMYELITIS AFTEREFFECTS

I.I. Losev, A.P. Chernov, A.A. Chernov

S u m m a r y

The results of surgical treatment of 1334 patients with paralytic deformities and foot instability were presented. The long-term results up to 30 years after surgery were studied on 325 patients with poliomyelitis aftereffects. It was shown that three-joint arthrodesis-conjunction of talocalcaneal, taloscapoid and calcaneocuboid foot articulations were of great importance. The best results were achieved in combined surgeries: musculotendinous transplantation with three-joint foot arthrodesis.

УДК 616.124.2—008.64—02:616.831.824

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

О.В. Булашова, Т.Г. Фалина, Н.А. Костромова

Межрегиональный клинико-диагностический центр (ген. директор — Р.И. Туишев), г. Казань, кафедра пропедевтики (зав. — проф. В.Н. Ослопов) Казанского государственного медицинского университета

Актуальность хронических форм сосудистой мозговой недостаточности общеизвестна. Дисциркуляторная энцефалопатия сопровождается формированием разнообразных неврологических и нейропсихологических нарушений [4]. В медицинской литературе имеется достаточно много сведений о критериях диагностики острых нарушений мозгового кровообращения. В то же время клинические проявления хронической церебральной недостаточности, особенно на начальном этапе развития патологии, изучены неполно. Этиологические варианты развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) довольно разнообразны и включают широкий спектр сердечно-сосудистой патологии. Тесная взаимосвязь ДЭ с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является, на наш взгляд, ключевым моментом в понимании сути происходящих патогенетических изменений [2].

Как правило, наличие тех или иных мозговых расстройств — это следствие ишемии мозга, что во многом связано с особенностями мозгового кровотока. При артериальной гипертензии и атеросклерозе состояние мозгового кровото-

ка и его ауторегуляторные механизмы изучены хорошо, сведений же о состоянии церебральной перфузии у больных с хронической сердечной недостаточностью крайне мало.

В последние десятилетия повышенное внимание кардиологов и терапевтов привлекает хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Постарение населения, увеличение числа больных, перенесших инфаркт миокарда, пациентов с другими формами ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), распознавание больных с кардиомиопатиями (КМП) способствуют росту числа больных с ХСН [1]. Очевидно, что в широкой клинической практике следует существенно усилить внимание к оценке в отдельности состояния сердечно-сосудистой и нервной систем, а также к их патогенетической связи в процессе развития недостаточности кровообращения с учетом гетерогенности клинических вариантов этиологии и на более ранних сроках прогрессирования заболевания. Успешное лечение ишемии мозга целесообразно и эффективно лишь при правильной трактовке критериев оценки гемодинамичес-

ких расстройств (показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений, сердечного ритма, характера дисфункции миокарда).

Г.А. Рябов [3] подчеркивает, что для снижения влияния травмирующих и разрушающих факторов гипоксии-ишемии важно не столько устранить непосредственный дефект в поврежденных тканях, сколько увеличить компенсаторные возможности других звеньев патогенетической цепи. Именно поэтому кажется вполне закономерным интерес к группе больных, страдающих ХСН, с клиническими симптомами хронической церебральной недостаточности.

Целью настоящей исследования было изучение мозгового кровотока и цереброваскулярной реактивности у больных ХСН с различными типами дисфункции миокарда левого желудочка (систолической и диастолической дисфункцией).

В группу исследования вошли 32 пациента обоего пола (18 мужчин и 14 женщин) от 39 до 77 лет (средний возраст - 55,3 ± 8,7 года) с клинически и инструментально верифицированным диагнозом ХСН. Среди них были больные I, II, III функциональных классов (ФК) ХСН по NYHA: I ФК - 6 (19 %) человек, II ФК - 21 (65 %), III ФК - 5 (16 %). Этиология ХСН включала сердечно-сосудистые заболевания: АГ (у 54%), ИБС (у 25 %), их сочетание (у 21%) с продолжительностью течения более 5 лет. В контрольную группу вошли 15 здоровых мужчин и женщин (средний возраст - 52,6 ± 9,7 года). Вариант дисфункции миокарда левого желудочка определялся доплерэхокардиографическим методом с оценкой трансмитрального кровотока и кровотока в легочных венах. Функциональный класс ХСН уточняли путем проведения тестов с физической нагрузкой (6-минутный тест ходьбы, велоэргометрия, тредмил). Пациенты с ХСН были разделены на две подгруппы в зависимости от характера дисфункции левого желудочка: с систолической (СДЛЖ) — 8 человек и с диастолической (ДДЛЖ) - 15.

Состояние мозгового кровотока оценивали методом транскраниальной доплерографии (ТКДГ) с использованием датчиков с рабочей частотой 2, 4, и 8 МГц. Исследовали артерии каротидного бассейна — интракраниальные отделы внутренней сонной артерии (ВСА), средние, передние мозговые артерии (СМА, ПМА) и вертебробазиллярного

бассейна — задние мозговые артерии (ЗМА), основную (ОА) и внутричерепные отделы позвоночных (ПА) артерий. У всех обследованных не было гемодинамически значимых изменений сонных, позвоночных артерий (что определялось с помощью дуплексного сканирования сосудов шеи), магистральных артерий головы (МАГ), а также органической патологии головного мозга. Критериями оценки мозгового кровотока были систолическая ($ЛСК_S$) и диастолическая ($ЛСК_D$) линейные скорости кровотока. Состояние цереброваскулярной реактивности (ЦВР) исследовали с помощью гиперкапнического теста (произвольная задержка дыхания) с подсчетом индекса Kp^+ , который высокоинформативен в диагностике недостаточности кровоснабжения мозга и дает объективную информацию о резервах вазодилатации. Полученные результаты сравнивали с показателями контрольной группы. Статистическая обработка включала расчет средних величин, определение достоверности различий между группами по критерию Стьюдента.

Анализ полученных данных показал, что у всех больных ХСН достоверно снижен кровоток в сосудах вертебробазиллярного бассейна, причем как систолической, так и диастолической составляющих $ЛСК$ по ЗМА, ОА, ПА. Кроме того, было выявлено достоверное снижение систолической и диастолической $ЛСК$ по СМА и диастолической составляющей $ЛСК$ по ПМА. Коэффициент цереброваскулярной реактивности (Kp^+) на гиперкапническую нагрузку был также достоверно уменьшен (табл. 1), что свидетельствовало о недостаточности адаптивных возможностей системы регуляции мозгового кровообращения в условиях хронической ишемии.

Поделив группу обследованных по варианту нарушения функции левого желудочка (диастолическая и систолическая дисфункции), мы получили следующие результаты. У больных с диастолической дисфункцией миокарда, как и в общей группе, были достоверно снижены систолическая и диастолическая составляющие $ЛСК$ по артериям вертебробазиллярного бассейна. Артерии каротидного бассейна страдали в меньшей степени, отмечалось лишь достоверное снижение $ЛСК_D$ по СМА. Коэффициент цереброваскулярной реактивности на гиперкапническую нагрузку (Kp^+) был достоверно уменьшен (табл. 2).

Таблица 1

ЛСК у здоровых лиц и больных ХСН			
Артерии (М м)		Контроль (n=15)	Больные ХСН (n=32)
СМА	ЛСК _S	87,23 9,00	82,75 15,65*
	ЛСК _D	41,01 4,71	37,09 9,94*
ПМА	ЛСК _S	75,61 7,19	72,11 16,84
	ЛСК _D	35,73 5,04	32,68 7,86*
ЗМА	ЛСК _S	56,03 7,67	51,01 11,40*
	ЛСК _D	27,69 4,50	24,26 6,46*
ОА	ЛСК _S	58,15 9,87	49,57 13,36*
	ЛСК _D	29,38 5,59	23,73 6,44*
ПА	ЛСК _S	51,61 7,91	47,09 12,63*
	ЛСК _D	26,73 4,62	22,00 6,65*
Кр ⁺ (%)		39,76 11,80	31,98 11,51*

*P<0,005 при сравнении с контролем.

Таблица 2

ЛСК у здоровых лиц и больных ХСН с учетом нарушений систолической и диастолической функций левого желудочка							
Артерии (М м)		Контроль (n=15)		Диастолическая форма ХСН (n=15)		Систолическая форма ХСН (n=8)	
ВСА	ЛСК _S	50,38	8,95	50,95	10,5	40,06	6,77*
	ЛСК _D	20,65	4,70	20,71	4,74	17,81	4,10*
СМА	ЛСК _S	87,23	9,00	85,72	17,81	78,67	13,82*
	ЛСК _D	41,01	4,71	36,72	9,76*	36,89	7,84*
ПМА	ЛСК _S	75,61	7,19	75,69	17,09	66,26	14,32*
	ЛСК _D	35,73	5,04	33,84	7,14	30,93	7,09*
ЗМА	ЛСК _S	56,03	7,67	50,76	10,30*	48,87	8,51*
	ЛСК _D	27,69	4,50	24,47	6,84*	23,62	5,30*
ОА	ЛСК _S	58,15	9,87	49,38	12,21*	45,5	10,53*
	ЛСК _D	29,38	5,59	23,45	6,38*	23,0	5,43*
ПА	ЛСК _S	51,61	7,91	47,27	11,31*	42,92	8,80*
	ЛСК _D	26,73	4,62	22,42	7,11*	20,57	4,65*
Кр ⁺ (%)		39,76	11,80	33,77	11,38*	24,1	8,79*

*P<0,005 при сравнении с контролем.

У больных с систолической дисфункцией миокарда была достоверно снижена ЛСК как систолической, так и диастолической составляющих во всех исследованных сосудах каротидного и вертебробазилярного бассейнов. Коэффициент цереброваскулярной реактивности на гиперкапническую нагрузку был также достоверно снижен (табл. 2).

Сравнительный анализ двух групп больных ХСН с систолической и диастолической дисфункцией показал наличие более выраженных нарушений церебрального кровотока у больных с систолической дисфункцией сердца, при которой достоверно снижаются как систолическая, так и диастолическая составляющие ЛСК. По-видимому, существует определенная корреляция изменений скоростных параметров мозгового

кровотока, по данным ТКДГ, с нарастанием тяжести сердечно-сосудистой патологии. Выявленные изменения параметров ТКДГ в основном предшествуют манифестации клинических симптомов цереброваскулярной патологии, причем более выраженные изменения наблюдались у больных с нарушением сократительной функции миокарда по сравнению с таковыми у больных с ДДЛЖ. Снижение ЛСК у больных ХСН с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения в большей степени было выражено в вертебробазилярном бассейне. Достаточно доказательными являлись и изменения реактивности мозгового кровотока у больных с сердечной недостаточностью, что свидетельствовало об ослаблении способности сосудов к адаптации в условиях гипоксии, обусловленной гемодинамическими расстройствами. У больных ХСН даже при отсутствии грубых органических изменений со стороны нервной системы наблюдались признаки хронической церебральной ишемии, оцениваемые при ТКДГ. Проведение количественной функциональной оценки состояния органа-мишени (головного мозга) является необходимой мерой для получения оперативной информации о статусе локальной органной патологии с целью своевременного выявления начальных признаков ишемии мозга и определения тактики лечения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. // Серд. недостаточн. - 2000. - №2. - С.4-6.
2. Вережагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевская Т. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. — М, 1997.
3. Рябов Г. А. Гипоксия критических состояний. — М., 1988.
4. Яхно Н. Н., Дамулин И. В. // Росс. мед. журн. - 1999. - №9. - С.37.

Поступила 08.05.02.

STATE OF CEREBRAL BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC FAILURE WITH VARIOUS TYPES OF DISFUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE MYOCARDIUM

O.V. Bulashova, T.G. Falina, N.A. Kostromova

Summary

Cerebral blood flow and cerebrovascular reactivity in patients with chronic cardiac failure with various types of disfunction of the left ventricle myocardium (systolic and diastolic disfunction) are studied. Blood flow in vertebrobasilar pool vessels was decreased in all patients with both the systolic and the diastolic component of the blood flow linear velocity. The

cerebrovascular reactivity coefficient on hypercapnic test was also reliably decreased, suggesting the insufficiency of adaptive possibilities of the regulation system of cerebral blood flow in chronic ischemia. Systolic and diastolic components of the blood flow linear velocity in vertebrobasilar pool arteries were decreased in patients with diastolic disfunction of

myocardium as in the group in total. Carotid pool arteries suffered to a lesser degree. The signs of chronic cerebral ischemia estimated in transcranial dopplerography were observed in patients with chronic cardiac failure even in the absence of rough organic changes in the nervous system.

УДК 616.248—07:576.852.2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ: ЛАТЕНТНОЕ ПЕРСИСТИРОВАНИЕ *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE* И *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

Р.Ф. Хамитов, В.Г.Новожинов, А.Ю.Пальмова, В.Н.Мухаметгалеева, Э.Э.Мустафин, Д.Н. Махмутова

Кафедра факультетской терапии (зав.—проф. А.С.Галевич) Казанского государственного медицинского университета, кафедра военно-полевой терапии (зав.— проф. В.Г.Новожинов) государственного института усовершенствования врачей РФ, 16-я клиническая больница (главврач — Р.А.Мустафин), 18-я клиническая больница (главврач — Р.С.Бакиров), г.Казани

В настоящее время чрезвычайно актуальны проблемы взаимосвязей личности больного человека и здравоохранительных инициатив, конечной целью которых следует считать достижение более качественной жизни пациентов. Единого определения качества жизни (КЖ) не существует. ВОЗ рекомендует рассматривать КЖ как индивидуальное соотношение положения личности в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустойчивости [8]. В соответствии с гуманистическими принципами современной медицины исследование КЖ следует признать неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний [1].

Самым эффективным методом оценки КЖ признан сбор стандартных ответов на стандартные вопросы [3]. На сегодняшний день разработано множество анкет и опросников, которые можно разделить на две большие категории: общие, рассчитанные на оценку КЖ пациентов с различной патологией независимо от нозологических форм, а также здоровых лиц, и специальные, разработанные для конкретных заболеваний.

В структуре хронических обструктивных заболеваний легких безусловным лидером по отрицательному влиянию на КЖ является бронхиальная астма (БА) [2]. С учетом ее высокой распространен-

ности (5—7% в общей популяции) очевидна актуальность изучения КЖ при данной патологии, особенно применительно к современным условиям Российской Федерации.

В последнее десятилетие представления о микробиологии инфекционно-зависимых заболеваний нижних дыхательных путей претерпели существенные изменения. Большое внимание сегодня уделяется таким внутриклеточным бактериям, как *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydothyla pneumoniae*, о которых все чаще упоминается как о самостоятельных этиологических факторах в развитии БА [4, 5].

Целью настоящей работы являлось долговременное изучение КЖ у больных БА в фазе клинической ремиссии в зависимости от инфицированности *Chlamydothyla pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*.

Объектом исследования были 25 пациентов с БА (32% мужчин, 68% женщин, средний возраст — 48 лет). Диагноз ставили с учетом индивидуальной характеристики больных и клинико-патогенетических вариантов заболевания в соответствии с Международным консенсусом (Глобальная инициатива по профилактике и лечению БА) [7]. Открытое рандомизированное исследование предполагало определенный дизайн. При первой встрече (В1) с пациентом оценивалось его соответствие разработанным критериям включения. При их выполнении, согласно требованиям этического комитета, подписывали двусто-