

РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ДЕЛОВЫХ КРУГОВ МЕДИЦИНЫ

МЕДИЦИНСКАЯ ПАНОРАМА

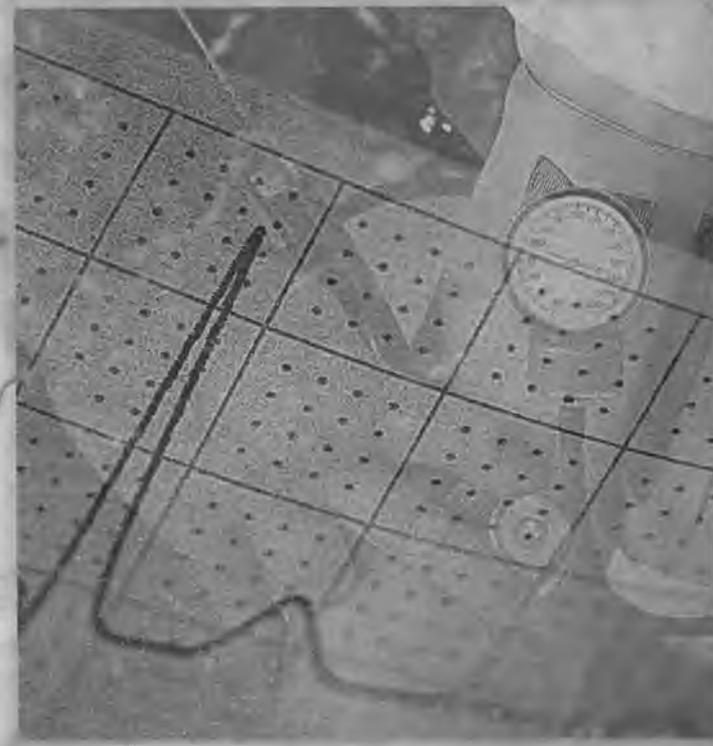
МЕДИЦИНСКАЯ ПАНОРАМА № 10 — октябрь 2001 Москва, ул. Тургеневская, д. 10а-10б (119117) тел. 5254

ТЕМА НОМЕРА:

КАРДИОЛОГИЯ



ОКтябрь 2001



РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

Рекламно-информационный журнал для врачей и деловых кругов медицины

Журнал БЕСПЛАТНО распространяется по медицинским учреждениям РБ.
Ответственность за достоверность и интерпретацию информации несут авторы и рекламодатели.

СОДЕРЖАНИЕ:

Соколовская Л.А., Манак Н.А., Цыбин А.К., Боровая Т.В., Трусилко В.В., Нечесова Т. Тактика ведения и обследования пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией	2
Цыбин А.К., Атрашкевич Т.И., Нечесова Т.А., Русецкая В.Г. Особенности статистического учета больных артериальной гипертензией с точки зрения новой классификации и внедрения в республике МКБ-10	3
Ореховский В.М., Цыбин А.К., Манак Н.А., Русецкая В.Г. Государственная программа «Кардиология» в действии	5
Атрошенко Е.С. Классификация хронической сердечной недостаточности	9
Сытый В.П. Многоцелевая терапия пациентов с тяжелой артериальной гипертензией	11
Сытый В.П., Кулеш Т.А. Об общих факторах воздействия на развитие патологии сердечно-сосудистой и нервной систем	13
Трисветова С.Т., Боня А.А. Малочисленность сердца в клинике внутренних болезней	15
Горюнов И.И., Островский Ю.П., Коваленко О.Н. Транскатетеральная лазерная реваскуляризация (ТМЛР) как метод хирургического лечения больных ИБС	20
Сидоркин С.И. Узловые вопросы диагностики кардиомиопатии и сердечной недостаточности	22
Мрочек А.Г. Мерцательная аритмия: современный взгляд на проблему	24
Никитин Я.Г., Корнелюк И.В. Принципы современной антиаритмической терапии	26
Никитин Я.Г., Корнелюк И.В., Коптюх Т.М., Иванова Л.А., Чигринова Н.П., Власов А.Г., Макеев В.В., Лученок А.И., Скачок С.Е., Коваленко О.Н., Тумилович Б.В. Роль хирургических методов в лечении больных с пароксизмальной и постоянной формами мерцательной аритмии	29
Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний	30
Манак Н.А., Соловей С.П. Детерминанты времени неотложной терапии у больных острым инфарктом миокарда	33
Ливенцева М.М. Спиреприл (квадроприл) - новый ингибитор ангиотензинпревращающего фермента длительного действия с двумя путями выведения	34
Манак Н.А., Карпова И.С., Золотухина С.Ф. Опыт применения триметазидина при терапии стабильной стенокардии	35
В.В. Мирончик Ингибиторы эндогенного синтеза холестерина: аторвастатин - представитель нового поколения	36

МЕТОПРОЛОЛ

Кардиоселективный β_1 -адреноблокатор



- Предупреждение развития повторного инфаркта миокарда
- Препарат первого выбора при лечении гипертонической болезни
- Благодаря кардиоселективному действию не нарушает периферическое кровообращение и не вызывает бронхоспазма
- Доступен по цене

Каждое утро управляет ритмом сердца



ICN Polfa Rzeszów S.A.

Производитель: Ай-Си-Эч Поля Жешув А.О., 35-959 Жешув, ул. Пшемыслава 2, Польша
тел./факс (+48 17) 86 55 205, 86 55 100

Жешув А.О., 35-959 Жешув, ул. Пшемыслава 2, Польша
170, тел. (+48 17) 86 55 205, 86 55 100, e-mail: ICN_Polfa@icnpharm.com

ляется возможность интенсифицировать антиаритмическую терапию. Кроме того, имплантация ЭКС, особенно в фокального, при ПМА на фоне СССУ может иметь самостоятельное лечебное значение.

Необходимо заметить, что операция не ведёт к прекращению трепетания/фибрилляции в предсердии. Не решаются и некоторые другие проблемы, связанные с мерцательной аритмией: риск возникновения тромбоемболий, отсутствие физиологических колебаний сердечного ритма (вариабельности). Таким образом, хирургическое лечение не является альтернативой медикаментозному и должно использоваться по строгим показаниям. Прооперированные больные нуждаются в наблюдении, позволяющем проводить своевременную коррекцию терапевтического лечения еще до появления клинических признаков недостаточности кровообращения.

Литература

1. Attia D.P. Dabigatran: an alternative treatment modality for recurrent atrial arrhythmias. *PACE* 1998; 21: 1647-1654.
2. Denker B., Pfeiffer J., Tebbenjohanns J. et al. Non pharmacologic strategies for treating atrial fibrillation. *Am.J. Cardiol.* - 1996. - V. 77. - P. 45A-52A.
3. Pashchuk T., Katritsis D., Kakouras S. et al.: Long-term effect of VVI pacing on atrial and ventricular function in patients with sick sinus syndrome. *PACE* 1998; 21 (Pt.1): 728-734.
4. Сокерия Л., Шишвили А., Ольшанский М. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий: история вопроса и перспективы. *Progress in biomedical research*. 1997; 2: 74-83.
5. Гукотин В., Термосесов С., Жданов А. Течение пароксизмов фибрилляции предсердий после операций РЧ-абляции АВ-соединения с использованием DDD-стимуляторов с функцией переключения режимов стимуляции. *Материалы 5-го Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов*. Новосибирск, 1999. С 84.
6. Егоров Д.Ф. и др. В кн.: «Мерцательная аритмия: стратегия и тактика лечения на пороге XXI века». СПб., 1998. С. 218.

Агеенкова Е.К.

Белорусский Государственный университет

Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний

Изложения, приведенные в данной статье, основаны как на результатах собственных психологических исследований, осуществленных на эпидемиологической и клинической моделях, а также на данных психофизиологических, клинических и клинико-эпидемиологических исследований, проводимых в социально-профилактической лаборатории и лаборатории артериальной гипертензии Института кардиологии МЗ БССР в 1978-1989 гг.

Всего обследовано около 1,5 тыс. человек. Для основного анализа были отобраны здоровые и больные гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) без сопутствующей патологии.

В качестве методов психологического исследования применялись: ММРП (сокращенный литовский вариант А.А.Гоштаугаса), методика исследования психологической активности (выявления поведенческих особенностей типа А и В), методики Розенцвейга, Айзенка, Люшера, тест вызванной символической проекции (вариант Ассаджоли). Для анализа данных применялись следующие методы статистической обработки данных: t-критерий Стьюдента, факторный анализ, корреляционный анализ. В последнем случае использовался оригинальный подход математической обработки данных [1, 2].

Отсутствие доказательств теории «профиля личности»

Необходимо отметить, что широко освещаемые в научных публикациях явные отличия личностных профилей больных и здоровых обнаруживались при обследовании лиц с определенным «стажем» заболевания. Напрашивается вывод, что выявленные психологические особенности могут быть не преморбидными по отношению к заболеванию, а лишь реакцией на него.

В нашем исследовании, основанном на эпидемиологической модели, была возможность выделить группу здоровых и по две группы больных ГБ и ИБС: 1) осведомленных о своем заболевании и 2) с впервые обнаруженным заболеванием, где обследуемые не знали о том, что больны. Исследования по тестам ММРІ и Айзенка указали на отсутствие различий между психологическими профилями здоровых и больных, не осведомленных о своем заболевании. Только в группах больных, осведомленных о наличии у них патологии, выявлено характерное и известное по многим исследованиям повышение уровня невротизации и тревожности.

Для подтверждения наших данных можно привести также результаты Н.П.Олиферко [3], которая обследовала больных инфарктом миокарда (ИМ) с помощью теста ММРІ в первые дни после поступления в клинику. Она не обнаружила значимых различий психологических профилей данных больных и здоровых лиц. Лишь соответствующие исследования, проведенные после двухнедельного лечения, указали на известные невротические изменения в профиле личности.

Данные исследования ни в коей мере не отрицают наличия определенного психологического соматотипа, являющегося причиной заболевания. Однако мы можем утверждать, что широко освещаемые до сих пор в научных публикациях невротические проявления при психосоматической патологии, выявленные у больных, не могут свидетельствовать о преморбидности.

Тревожно-невротические проявления ГБ

Обследования больных ГБ в клинических условиях с применением как теста-опросника ММРІ, так и проективных методов: тестов Люшера и «Вызванная символическая проекция» (вариант Ассаджоли) указали на противоречивые результаты.

С одной стороны, данные исследования по методике ММРІ, как и следовало ожидать, показали значительное повышение уровней шкал невротической триады (1, 2, 3 шкалы), а также дополнительной шкалы тревожности у больных по сравнению со здоровыми.

Однако уровень тревожности, выявленный по методикам Люшера и Ассаджоли, у этих пациентов оказался ниже, чем у здоровых лиц. Такие же результаты мы получили и в условиях эпидемиологического исследования: уровень тревожности, выявленный по методике Люшера у лиц, осведомленных о наличии у них ГБ, значительно ниже, чем у здоровых.

На основании исследования можно сделать вывод, что наличие невротических особенностей в структуре личности больных ГБ может быть не преморбидным по отношению к заболеванию, а выявленным осознанием своей болезни, чему в немалой степени может способствовать неправильный подход медицинских работников в процессе диагностики и лечения заболевания, как объективные методы исследования,

так и неадекватная работа с больными в стационарных и амбулаторных условиях позволяют склониться к мысли о том, что у больных присутствует некоторый неосознанный элемент «привлекательности» своей болезни. Они имеют возможность переложить заботу о своем здоровье на медицинских работников. При этом они снижают проявление воли и активность в поиске путей выздоровления. Вместе с этим необходимо должен снижаться и уровень тревоги.

Данный вывод не является новым. Эта особенность больных иногда описывается в медицинской литературе, однако игнори-

руется в психотерапевтической работе. Так, М.И.Аствацатуров [4] употреблял термин «воля к болезни», В.Д.Тополянский и М.В.Струковская [5] определили ее как «моральную капитуляцию человека, отдающего себя болезни», И.П.Павлов писал об «условной приятности или желательности болезненных симптомов».

«Конверсионная пятерка», обнаруживаемая, как правило, при обследовании соматических больных с помощью теста ММРІ, интерпретируется как инфантильность, фиксация внимания на болезненных симптомах с потребностью описывать их окружающим и извлекать пользу из своего состояния.

В наших исследованиях обнаружилось также еще некоторые особенности проявления невротизации.

Установлено, что у больных ГБ особенности личности имеют связь с одним из основных симптомов — головной болью. При большей выраженности последней растет уровень невротизации и тревожности. Связь алгического симптома с уровнем невротизации отмечена также у больных с ГБ [6] и ИБС [7, 8, 9, 10]. В данном случае затруднительно определить, что первично — боль или невротизация, но несомненно, данной корреляции намечает пути психокоррекционной работы с данным контингентом.

У больных ГБ как эпидемиологической, так и клинической групп с выраженным уровнем невротизации и тревожности ниже эффективность потенциальной терапии, чем у пациентов с нормальной личностной структурой. Данная закономерность выявлена также Т.Айвазян с соавт. при лечении лиц с ГБ [11] и Р.Муралском — ИБС [12].

Прогноз и опасность психоэмоционального стресса

В нашей работе был проведен анализ с учетом количественных критериев данных корреляционных взаимозависимостей психологических и физиологических параметров, зарегистрированных в различные периоды психофизиологической нагрузки у здоровых лиц и больных ГБ как эпидемиологической, так и клинической групп. Для больных ГБ более значимо состояние эмоционального напряжения, возникающее не столько во время нагрузки, сколько после нее. Удалось выяснить, что они относятся к категории долго помнящих и длительно переживающих людей. В условиях клинической работы для уточнения дифференциальной диагностики эссенциальной и симптоматической гипертензии часто было достаточно уточнить особенности переживания жизненных неприятностей. Неспособность быстро восстановить эмоциональное равновесие характеризовало больных именно с артериальной гипертензией.

Это состояние, по аналогии с известным выражением «мыслительная жвачка», можно назвать «эмоциональной жвачкой». Гипертоники после любых событий, даже незначительных стрессовых ситуаций, мысленно проигрывают их заново, причем даже с большей эмоциональностью, чем первоначально. Причем они имеют эффект «испорченной пластинки»: «об одном и том же... об одном и том же...» Эти эмоциональные представления отражают индивидуальные личностные особенности и сопровождаются раздражительностью, мнительностью, страхом, самоосуждением либо гневливостью.

Данные представления, по нашим наблюдениям, имеют три разновидности: а) вспоминается реальная негативная ситуация; б) представляется спор или выяснение отношений с воображаемым оппонентом, что наиболее характерно для мужчин; в) конструируются вероятные будущие неприятные события, что свойственно мнительным людям. Причем каждый новый «вздох» таких представлений сопровождается обычно «уточнением» негативных деталей представляемых событий.

К тем же выводам пришли В.Д.Тополянский и М.В.Струковская [5], которые выявили при патологических состояниях «сверхбыстрое извлечение из памяти прошлого эмоционально-

го опыта» и Я. Рейковский [13], также обнаруживший, что сила эмоциональной реакции на стимул увеличивается со временем после окончания его действия.

Г. Ф. Ланг еще в 1947 г. писал, что «в основе гипертонической болезни в ее первом периоде следует предполагать состояния патологической инертности или застойности процессов раздражения высших, регулирующих кровяное давление, нервных центров» [14].

Мысленные, эмоционально окрашенные картины, вызывают такие же физиологические изменения, как и реальные жизненные ситуации. Недаром во многих психофизиологических экспериментах испытуемым вместо нагрузочных проб предлагают вспомнить происшествия, вызывающие неприятные воспоминания [15, 16]. Фактом, подтверждающим пролонгированность действия стресса, у лиц, предрасположенных к сердечно-сосудистым заболеваниям, является то, что в большинстве случаев (до 95%) острые кризисные состояния возникают не в момент негативных событий, а спустя некоторое время – дни, недели, месяцы, а то и годы.

Следует отметить, что изучение состояния физиологических систем организма во время и после нагрузки также указывает на инерционность состояния стресса. Возбуждение обладает способностью длительно удерживаться как в центральной нервной системе, так и на биохимическом уровне даже после прекращения действия вызвавших его раздражителей [17, 18].

На фоне именно такого последствия у лиц, предрасположенных к психосоматическим заболеваниям, легко возникает мысленное воспроизведение или данного негативного события или ассоциируемого с ним. Эти представления приводят к сдвигу к новой «встряске» физиологических систем. Таким образом, мы наблюдаем замкнутый круг, постоянное поддержание организма на уровне экстремального функционирования, которое, согласно теории стресса Г. Селье обязательно должно привести к дистрессу – патологическому срыву его деятельности.

Определение психологических характеристик пролонгирующего состояния стресса, по нашим данным, было осуществлено только в экспериментальной биологии. Так, Э. В. Селуяну и Н. А. Паткина, а также М. М. Козловская установили, что длительному следовому воздействию раздражения или подвержены животные, склонные к пассивно-апатичному реагированию и занимающие подчиненное положение в группе. Животные лидирующего типа с активным оборонительной реакцией после стрессорного воздействия не дают заметных следовых эффектов [19, 20].

С позиций патогенного действия негативных мысленных представлений можно рассмотреть и поведение «типа А», описанное Фридрихом и Розенманом, которое, по их данным, является предрасполагающим фактором для сердечно-сосудистых заболеваний. Оно имеет в своем внешнем проявлении постоянную спешку, стремление к соревнованию [21]. Мы установили, что у лиц с данным поведением имеет место мысленная готовность к предстоящим действиям, что вызывает излишнюю напряженность.

Особенности психовегетативных отношений

Анализ интеркорреляционных взаимоотношений психологических и физиологических параметров с акцентом на их количественную оценку [1, 2] позволил выявить еще одну существенную особенность психовегетативных соотношений у здоровых и больных с сердечно-сосудистой патологией. Данный аспект корреляционного анализа характеризует характер системных отношений двух подуровней живого организма – его психической и физиологической составляющих.

По мере развития болезней сердца и отягощения симптоматики (рассмотрены стадии Здоровье – ГБ – ИБС) наблюдается картина «распада» взаимосвязей психологических параметров между собой и усиление психосоматической зависимости.

Это указывает на то, что у здоровых изучаемые уровни – пси-

хический и вегетативный – являются относительно автономными. Вероятно, их психика как система имеет определенную самоорганизацию: то или иное психическое состояние обеспечивается в большей степени интрапсихическими процессами и мало зависит от уровня функционирования отдельных физиологических систем.

Усиление психосоматической зависимости у больных ГБ, а затем и ИБС предполагает большую уязвимость обеих систем организма – психической и соматической. Любые тревожные состояния приводят к нарушению физиологического функционирования организма, а болезненные состояния тела эминентно приводят к усилению тревоги.

Вопрос о тесной корреляции между психической и соматической системами у больных, по видимому, впервые поставил М. И. Аствацатуров, который еще в 1937 г. писал: «Повседневные клинические наблюдения не оставляют никакого сомнения в том, что различные эмоциональные состояния непосредственно (т.е. без участия сознания) впадают в качестве самостоятельного звена в цепь гормонально-вегетативной корреляции, превращаясь в *circulus vitiosus*, в котором соматические и психические элементы непосредственно переходят друг в друга» [4]. Нам приходило встречать недоумение и даже возражения по поводу утверждения о том, что у здоровых «психическая и соматическая организация относительно автономны». Однако опытные очки зрения, не является неожиданным, а наоборот, вполне закономерным. Известно, что регуляция жизнедеятельности организма осуществляется спинальными и некоторыми подкорковыми церебральными структурами автономной нервной системы. Произвольная их регуляция в норме невозможна, так как внутренние органы и функциональные системы не представлены в моторных центрах коры, функции которой, как известно, связаны с высшей психической деятельностью, в том числе и личностными процессами. Не является секретом и то, что головной мозг в норме обладает гемодинамической и гормональной ауторегуляцией, во многом отличной от таковых тела. В результате этого вегетативные корреляты эмоционального проявления у здорового человека разнообразны по силе и характеру физиологического проявления.

Патологическая перестройка функционирования организма при психосоматических заболеваниях, по нашему мнению, связана с утратой данной независимости в функционировании психической и соматической организации или спинальной и церебральной частей центральной нервной системы. Это подтверждается тем, что при артериальной гипертензии головной мозг теряет свою гемодинамическую автономию, и показатели мозгового кровотока становятся идентичными гемодинамике тела [22, 23].

Изучение связей между изменениями электроэнцефалограммы и физиологическими сдвигами выявило, что у больных ГБ по сравнению со здоровыми имеют место более четкие корреляции [24].

При синхронной записи в условиях мониторингирования электроэнцефало- и электрокардиограммы у лиц с заболеваниями сердца функционального и органического характера были обнаружены изменения функциональной активности мозга, совпадающие, предшествующие или идущие вслед за нарушениями кардиограммы [25].

На основании этих данных можно предположить, что при соматическом заболевании существует церебровегетативный резонанс, имеющий, вполне возможно, физическую природу.

Психологические корреляты данной психовегетативной зависимости, с нашей точки зрения, заключаются в следующем.

При состоянии ипохондрии, обычно выраженном у лиц с соматическими заболеваниями, кроме внешних проявлений в виде жалоб на здоровье во внутреннем психологическом состоянии имеет место фиксация внимания на функциях организма и постоянное «чувствование» больного органа или функции. Такое

состояние В.А.Гиляровский определил как «доминирование в сознании "образа соматического Я"» [26].

Такой концентрации внимания добиваются в некоторых видах психической саморегуляции для произвольной регуляции деятельности внутренних органов. У психосоматических больных, похоже, возникает тот же эффект, и их сознание начинает вмешиваться в «дела», ему неподвластные – регуляцию деятельности внутренних систем организма, в норме координируемую автономной нервной системой (еще раз отметим, неорганизованное сознание, склонное к состоянию тревоги и пролонгированию негативных эмоциональных состояний).

В связи с этим отмеченная нами выше корреляция невротизации с алгическим синдромом и снижением терапевтического эффекта может быть объяснена как излишняя фиксация внимания на патологическом процессе, что способствует его «закреплению» в организме.

Гипертонус мышц как коррелят органичной патологии

Наблюдения показали, что у психосоматических больных имеется выраженный гипертонус определенных участков трапециевидной мышцы спины, на которую, как известно проецируются, как правило, негативные эмоции. У пациентов с длительным «стажем» заболевания наблюдается их гипертрофия, что приводит к изменению телесной конституции.

Таким образом, резюмируя данные наших исследований, можно сделать некоторые выводы о роли психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. С нашей точки зрения, наиболее значимы из них следующие.

1. Поддержание вегетативных систем организма на постоянном стрессовом уровне путем мысленных представлений негативных событий, что может согласно механизму стрессорного истощения привести к функциональной болезненной перестройке.

2. Включение психической сферы в функционирование вегетативного звена организма, при этом она становится одним из его регуляторов. Причиной психосоматической зависимости может быть высокая концентрация внимания на деятельности внутренних органов, которая протекает по принципу гипохондрической фиксации.

Выявленные закономерности позволили произвести выбор и совершенствование психокоррекционных методов для профилактики, так и для сопутствующей терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература

1. Агеев Е.К. Особенности психической структуры личности и психосоматических соотношений у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (по материалам скрининговых исследований): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1986. – С. 21.
2. Сидоренко Г.И., Борисов Г.С., Агеев Е.К. Психофизиологические аспекты кардиологических исследований. – Минск: Беларусь, 1982. – 142 с.
3. Олиферко Н.И. Психологические изменения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Мн., 1994. – 25 с.
4. Аставац, М.И. Избранные работы. – Л.: Изд-во военно-мед. акад. РККА, 1939. – 438 с.
5. Топлянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1985. – С. 384 с.
6. Дхвацабья И.К., Соловей С.П., Айвазян Т.А. Влияние психологических и соматических факторов на симптоматику гипертонической болезни // Кардиология. – 1982. – № 11. – С. 98-99.
7. Манак Н.А. Психологические и клинично-функциональные особенности больных периферическим кардиосклерозом: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – 1983. – 22 с.
8. Винников В.Ф. О значении психовегетативных нарушений в патогенезе атипичных болей у больных хронической ишемической болезнью сердца // Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. – Каунас, 1983. – С. 136-137.
9. Zaitsev V. P. Psychological Correlates of Some Cardiac Pain Syndrome of IHD. – Acta Medica Scand. – 1982. – 660. – P. 95-102.
10. Nirkko O., Lauroma M., Siltanen P. et al. Psychological Risk Factors Related to Coronary Heart Disease Prospective Studies Among Policemen in Helsinki. – Ibid. – P. 137-146.
11. Айвазян Т.А., Соленько Б.Б., Храмулашвили В.В. Немедикаментозное лечение гипертонической болезни. Психиатрические и психологические аспекты сердечно-сосудистой патологии. – М., 1985. – С. 8-9.

12. Миякяскас Р. Психосоматические соотношения у больных ИБС на санаторно-курортном этапе лечения. Кардиология. – Каунас, 1984. – С. 371.
13. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.
14. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь и центральная нервная система. Избранные труды. – Л.: Медицина, 1975. – С. 37-53.
15. Ругавичус М.Б. Реакция сердечного ритма на эмоциональное воздействие и психологические особенности больных грудной жабой и нейроциркуляторной дистонией: Автореф. дис. канд. психол. наук. Л., 1981. – 18 с.
16. Morgan W. P. Psychometric correlates of respiration A review - Am. Ind. Hyg. Assoc. J. 1983. – V. 44. – P. 677-684.
17. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. – М.: Наука, 1981. – 288 с.
18. Судаков К.В. О природе «застойного» возбуждения при эмоциональном стрессе: основы сердечно-сосудистых нарушений // Кардиология. – 1982. – № 4. – С. 10-11.
19. Звартау Э.З., Паткина Н.А. Система «наказания» и «награды» как терминаторы эмоционально-стрессовых реакций и антистрессорное воздействие. Модели и методы изучения экспериментальных эмоциональных стрессов. – Волгоград, 1977. – С. I 4-116.
20. Козловская М.М. Роль особенностей эмоционально-поведенческого реагирования в развитии поведенческих и вегетативных нарушений при стрессе. Там же. – С. 147-149.
21. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific Occupational pattern with blood and Cardiovascular Findings. – JAMA. – 1957. – 157. – P. 105-1296.
22. Зеликсон Б.Б. Особенности мозгового кровотока при изменении АД // Физиологический журнал СССР. – 1973. – № 4. – С. 613-620.
23. Мчедlishvili Г.И. Спазм стенок головного мозга. – Тбилиси: Мецниереба, 1977. – 181 с.
24. Соколов Е.И., Белова С.И. Соотношение электроэнцефалографических показателей у больных гипертонической болезнью 1-2 стадий в условиях эмоционального напряжения. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1978. – № 1. – С. 41-48.
25. Азатов А.А., Соловей С.П., Боров А.И. и др. Одновременное возникновение энцефалографических и электрокардиографических изменений у больных с вазоспастической стенокардией // Кардиология. – 1986. – № 11. – С. 104-105.
26. Гиляровский В.А. Избранные труды. – М.: Медицина, 1973. – 328 с.

Манак Н.А., Соловей С.П.
РНПЦ «Кардиология»

Детерминанты времени неотложной терапии у больных острым инфарктом миокарда

Согласно современным взглядам на патогенез острого инфаркта миокарда (ИМ) тромболитическая терапия (ТЛТ) – это базисный метод лечения данной патологии. Величина некроза считается основной детерминантой смертности при ИМ. Целью ТЛТ является достижение ранней реперфузии и уменьшение объема очага поражения.

Несмотря на то, что и сегодня продолжает обсуждаться вопрос о времени, в пределах которого можно ожидать существенного результата лечения, польза раннего тромболитического (ТЛ) доказана многоцентровыми исследованиями (GISSI, ISIS, ISAM, LATE). Если начало терапии приходится на первые 6 ч развития инфаркта, это спасает 30 жизней из 1000 и 20 – при ее начале в первые 12-24 ч. Со временем эффективность снижается в параболической зависимости (E. Voersma et al., 1996).

Логично предположить, что одним из управляемых факторов улучшения исхода лечения больных острым ИМ может служить время до получения терапии. Анализ фактора времени представлен в настоящем исследовании. Под наблюдением находилось 44 пациента с острым ИМ, поступивших в стационар не позднее 24 ч от начала заболевания: 19 женщин (43%) и 25 мужчин (57%). Средний возраст больных 59,8 года: женщин – 65,3, мужчин – 55,7.

В ходе обследования анализировались клиническое течение и характер начала ИМ, предшествующий коронарный анамнез и сопутствующие заболевания. Кроме того, уточняли действия пациента от начала болевого приступа до обращения за помощью и потери времени при этом – «время больного». Определяли показатели времени от обращения за медпомощью до поступления в