

Окончание табл. 2

Баллы	Состояние и описание изменений ЭКГ во время нагрузки
30	Переутомление – экстрасистолия на фоне тахикардии с частотой сердечных сокращений свыше 100 уд./мин.
31	Переутомление – проявление комплексов с отрицательными или 2-фазными зубцами Т (после нагрузки через несколько секунд исчезают)
32	Предпатология – отрицательный или 2-фазный зубец Т держится после нагрузки продолжительное время (более 1 мин)
33	Предпатология – уширение QRS более 0,1 с.
34	Предпатология – уширение QRS более 0,1 с. С отрицательным или 2-фазным зубцом Т.
35	Перенапряжение – наличие на ЭКГ любых патологических отклонений.

Классификация изменений ЭКГ разработана на основании многолетних исследований 4226 здоровых людей: 1112 женского и 3114 мужского пола в возрасте от 12 до 42 лет, имеющих различную двигательную активность – не занимающихся спортом и спортсменов высшей квалификации, в том числе 32 чемпионов Олимпийских игр, Мира, Европы, СССР или рекордсменов Мира, СССР, России по различным видам спорта. Исследования проводились при выполнении разнообразных дозированных и недозированных мышечных нагрузок во время занятий физкультурой, а также во время тренировок по разным видам спорта и спортивных соревнований различного ранга, включая чемпионаты Белоруссии, Советского Союза, России и при установлении рекордов Мира.

В табл. 2 представлена динамика изменений ЭКГ здорового человека, возникающая в связи с мышечной нагрузкой различной напряженности от 13 баллов до перенапряжения (35 баллов) в процессе нагрузки или сразу после нее.

Примеры. В 1981 г. в состоянии покоя ЭКГ у штангиста супертяжеловеса А. Курловича (до настоящего времени непревзойденный рекордсмен мира) оценивалась в 11 баллов (табл. 1), а во время тренировки ЭКГ оценивалась в 32 балла (табл. 2) с результатом в сумме двоеборья 405 кг. Тренировочными нагрузками до 28 баллов вывели спортсмена на 0 баллов ЭКГ-покоя. Тренируясь под контролем ЭКГ в 1983 г. А. Курлович победил чемпиона мира А. Писаренко (сенсация) с рекордом мира (сумма в двоеборье 460 кг) и в 1987 г. довел рекорд мира до суммы 472,5 кг. А. Курлович – 2-кратный чемпион Олимпийских игр.

Б. Сайтиев, тренируясь в Красноярске под контролем ЭКГ, в 1995 г. (февраль) был включен в команду России для участия в чемпионате Европы. Бесконтрольная неудержимая тренировка в сборной команде привела его в госпиталь спортивного клуба ЦСКА. Там ему под страхом смерти запретили заниматься спортом. Под контролем ЭКГ начал тренировки с малых нагрузок и полностью восстановился: весной 1995 г. выиграл юниорское первенство мира, осенью стал чемпионом мира, а затем 3-кратным чемпионом Олимпийских игр.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

¹Каюков Л.В., ²Шипаков В.Е., ¹Агаркова Л.А.

¹ФГБУ «НИИАГП» СО РАМН;

²ГОУ ВПО СибГМУ, Томск,

e-mail: academs@rd4.tomsk.ru

Фибромиома матки занимает до 20 % в структуре гинекологической заболеваемости и требует оперативного лечения в 80 % случаев. В структуре интра- и послеоперационных осложнений 20 % обусловлено изменениями коагуляционных свойств крови.

Цель исследования – оценка эффективности неспецифической профилактики тромбогеморрагических осложнений у больных, оперируемых по поводу фибромиомы матки, на основании дифференцированного подхода к выбору интраоперационного обезболивания в зависимости от исходного состояния системы гемостаза.

Проведено простое проспективное параллельное исследование 186 женщин, оперированных по поводу миомы матки, сопоставимых по клинико-анамнестическим характеристикам. Основную группу I ($n = 89$) составили женщины, которым интраоперационное обезболивание проводилось с учетом исходного состояния свертывающей системы крови: Ia подгруппа с признаками гипокоагуляции ($n = 27$), которым выполнялась комбинированная общая анестезия и мультимодальная анальгезия, Ib подгруппа ($n = 47$) с признаками гиперкоагуляции, которым выполнялась продленная эпидуральная анестезия. В группе сравнения ($n = 97$) анестезия проводилась без учета гемостазиограммы. Полученные данные обработаны с помощью программ Excel и Statistica 6.1. Различия сравниваемых результатов считались достоверными при $p < 0,05$.

При проведении оперативного вмешательства в основной группе наблюдался один случай тромботического осложнения (1 %); геморрагические осложнения регистрировались в 4 слу-

чаях (5%). В группе сравнения тромботические осложнения имелись у 8 пациенток (8%), гемморрагические – у 24 (25%).

Таким образом, своевременное выявление характера нарушений системы гемостаза у больных с фибромиомой матки и целенаправленный подход к выбору интраоперационного обезболивания могут рассматриваться, как специфическая мера профилактики тромбгеморрагических осложнений у данной категории больных.

К ВОПРОСУ ОБ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Острые нарушения мозгового кровообращения остаются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, не смотря на значительные успехи фундаментальных и прикладных исследований в области цереброваскулярной патологии. Среди факторов, обуславливающих инвалидизацию постинсультных больных, наибольшее значение имеют двигательные нарушения, основным клиническим проявлением которых является центральный спастический парез. По данным ВОЗ, распространенность постинсультной спастичности в мире составляет 200 человек на 100 тыс. жителей, спастичностью страдает более 12 млн. больных. Однажды развившись, спастический парез, как правило, сохраняется в течение всей жизни больного. При этом если спастичность сохраняется в течение длительного времени, в отсутствие лечения, развиваются вторичные изменения в мышцах, сухожилиях и суставах (фиброз, атрофия, контрактура, пролежни, деформация и утрата функции конечностей).

Существует множество консервативных методов лечения постинсультной спастичности: физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, ортезирование спастичных конечностей, введение в спастичные мышцы препаратов ботулотоксина, фенола и алкоголя, применение миорелаксантов центрального действия и др.

Затрагивая вопрос о необходимости оперативного лечения постинсультных двигательных спастических нарушений, следует отметить, что хирургическое лечение не является самостоятельным и окончательным методом лечения у данного контингента больных, а лишь служит этапом терапии, необходимой некоторым пациентам.

При решении вопроса о показаниях к ортопедической операции оценивают целый ряд факторов:

1) давность поражения центральной нервной системы. Ортопедическое вмешательство

показано лишь тогда, когда исчерпаны возможности восстановления нарушенных функций (не ранее чем через 12 месяцев после перенесенного инсульта);

2) характер спастичности – динамический или статический. Под динамическим характером спастики понимают усиление гипертонуса при движениях (например, скрещивание ног, возникающее при ходьбе у детей, страдающих детским церебральным параличом). Статический характер спастики обычно является результатом довольно длительного повышения мышечного тонуса, приведшего к формированию фиксированных контрактур, выраженность которых одинакова как в покое, так и при движениях. В некоторых случаях для определения характера гипертонуса приходится прибегать к блокадам нервных стволов местными анестетиками типа лидокаина;

3) степень сохранности чувствительности конечности, резидуальных двигательных функций, высших корковых функций. Так, восстановительная операция на конечности может оказаться бессмысленной в отношении улучшения способности больного к самообслуживанию при наличии грубых нарушений праксиса и гнозиса, либо при нарушении опорно-стабилизирующей функции туловища и плечевого, либо тазового пояса;

4) сопутствующие повреждения опорно-двигательного аппарата (переломы, вывихи, артриты, оссификации), поскольку несвоевременное выявление этих поражений может полностью нивелировать успех грамотно проведенной ортопедической операции.

Таким образом, отбор больных должен быть очень тщательным. При положительном решении о показаниях к ортопедическому вмешательству четко определяется его цель (улучшение походки, улучшение захвата кисти, увеличение объема движения в суставе с целью облегчения самообслуживания и т.п.), а также тип оперативного вмешательства. Следует отметить, что результаты ортопедического лечения необратимы, и в этой связи необходимо отметить, что неточный выбор мышц-мишеней для операции может привести к прогрессирующему усугублению двигательного дефекта.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЫШЕЧНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Состояние мышечного тонуса и его роль в осуществлении двигательного акта изучали многие авторы. Изменения мышечного тонуса при церебральной и спинальной сосудистой