

УДК 616.1-057:656.1]-07

*О. М. Ігнат'єв, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула, О. І. Панюта, Т. М. Ямілова*

## **РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПРАЦІВНИКІВ МОРСЬКОГО ТРАНСПОРТУ**

Одеський національний медичний університет

**Реферат.** А. М. Ігнат'єв, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула, А. І. Панюта, Т. Н. Ямілова. **РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЇ ПАТОЛОГІЇ У РАБОТНИКОВ МОРСКОГО ТРАНСПОРТА.** В результаті обстеження виявлені ранні патофізіологічні зміни серцево-судинної системи у моряків, які змушують зробити висновок про необхідність більш ретельного обстеження, застосуванні навантажувальних проб, велоергометрії з метою виявлення прихованих форм ІХС, починаючи з 40-літнього віку, для попередження ускладнень в рейсовому періоді та своєчасного проведення необхідної терапії.

**Ключевые слова:** ішемічна хвороба серця, проба з навантаженням, велоергометричне дослідження.

**Реферат.** О. М. Ігнат'єв, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула, О. І. Панюта, Т. М. Ямілова **РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПРАЦІВНИКІВ МОРСЬКОГО ТРАНСПОРТУ.** У результаті проведеного обстеження виявлені ранні патофізіологічні зміни серцево-судинної системи у моряків, які змушують зробити висновок про необхідність більш ретельного обстеження, застосуванні навантажувальних проб, велоергометрії з метою виявлення прихованих форм ІХС, починаючи з 40-річного віку, для попередження ускладнень в рейсовому періоді та своєчасного проведення необхідної терапії.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, проба з навантаженням, велоергометричне дослідження.

**Summary.** A. M. Ignatyev, N. A. Matsegora, K. A. Yarmula, A. I. Panyuta, T. N. Yamilova **EARLY DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN THE WORKERS OF MARITIME TRANSPORT.** As a result of the medical examination detected early pathophysiological changes of the cardiovascular system in sailors. It is concluded that the need for more thorough examination, application exercise ECG testing, bicycle exercise to identify hidden forms of ischemic heart disease, since the age of 40, for the prevention of complications and timely shuttle period of necessary therapy.

**Keywords:** coronary heart disease, exercise ECG testing, bicycle ergometry.

**Актуальність.** Умови проживання на всіх типах суден, незалежно від їх виробничого призначення, характеризуються наявністю постійно діючих шуму і вібрації, часто несприятливого мікроклімату, швидкої зміни кліматичних і часових поясів, електромагнітних полів, радіохвиль, статичної електрики, недостатнього природного та штучного освітлення, шкідливих хімічних речовин, інфрачервоного випромінювання, неадекватного харчування та водопостачання.

Це поєднання факторів, взаємно посилює їх загальнобіологічну дію, викликає відповідну реакцію організму відразу на весь комплекс подразників, які налягають єдиний специфічний, професійний вплив, що зберігається протягом усього рейсу. Все це призводить до зриву систем адаптації, загострення латентно протікаючих захворювань. У статистичних звітах про «раптову смерть» провідна роль відводиться серцево-судинній патології (і, зокрема, ішемічній хворобі серця), що визначає доцільність вивчення прихованих форм коронарної ішемії [1]. Безболіва ішемія спостерігається в 3 рази частіше, ніж типова, боліва форма захворювання [2, 3]. За даними літератури [4, 5, 6], тривале ЕКГ моніторування дозволяє виявити минущу ішемію міокарда (МІМ), яка приблизно в 80 % випадків супроводжує перебіг стенокардії і в 20 % - постінфарктного кардіосклерозу.

**Матеріали і методи дослідження.** Загальноклінічне терапевтичне обстеження пацієнтів велося шляхом визначення маси тіла, зросту, соматичної конституції, дослідження систем і органів.

Визначення індивідуальної толерантності хворих до фізичного навантаження проводилося в умовах велоергометрії. Проведене велоергометричне дослідження було спрямоване на виявлення епізодів ішемії міокарду, що відповідало клінічному еквіваленту у вигляді нападу стенокардії, а також дозволяло провести реєстрацію безболівих епізодів ішемії.

Хворий під контролем ЕКГ і АТ виконував на ВЕ-02 безперервне ступінчате зростаюче навантаження, кожен ступінь якого тривав 3 хвилини. Вихідна потужність навантаження коливалася у різних хворих від 25 до 100 Вт.

Проба проводилася в положенні хворого сидячи в сидлі велоергометра, бо виконання проби у вертикальному положенні більш фізіологічно.

При оцінці навантажувальної ЕКГ особливо важлива динаміка її змін. Тому спочатку реєстрували ЕКГ в попередньому стані лежачи в 12 загальноприйнятих відведеннях; сидячи - у відведеннях по Небу до навантаження; потім після закінчення проби з навантаженням у період відновлення запис ЕКГ проводився на перших 10 сек, а потім на 1,3,5, 10 і 15 хв., що необхідно для оцінки часу відновлення змін ЕКГ, пов'язаних з навантаженням.

При проведенні проби з навантаженням проводився контроль за АТ - аускультативним методом з тими ж часовими інтервалами, що і запис ЕКГ.

Під час проби з навантаженням проводилося постійне моніторне спостереження для виявлення порушень серцевого ритму, реєстрації ішемічних змін на ЕКГ відразу після їх виникнення.

Після закінчення навантаження запис ЕКГ проводився в тому ж відновному періоді.

Проведена проба з навантаженням на велоергометрії припинялася при появі у хворого ішемічних змін на ЕКГ або на підставі клінічних даних.

Критерії припинення проби:

1. Електрокардіографічні:

- горизонтальне або «коритоподібні» зниження сегмента ST на 1 мм. і більше порівняно з вихідним;

- підйом ST вгору на 1 мм. і більше;

- навкіс зростаюча депресія сегмента ST за типом зчленування на 2 мм. і більше;

- поява частих екстрасистол (1 : 10) та інших порушень збудливості міокарду (миготлива аритмія, пароксизмальна тахікардія та ін.); поява порушень ав і внутрішньошлуночкової провідності; зміна комплексу QRS; інверсія зубця Т, перехід його в двофазний або збільшення в 3 рази і більше.

2. Клінічні:

- поява нападу стенокардії;

- поява вираженої задишки, ядухи;

- підвищення АТ вище 220/120 мм. рт. ст. або зниження на 25 % нижче початкового;

- поява загальної слабкості, запаморочення, нудоти, головного болю;

- відмова хворого від подальшого проведення проби у зв'язку з дискомфортом, втомою, страхом;

- досягнення ЧСС, що відповідає рівню 75 % від максимальної: «220 - вік».

Величина навантаження, при якій хворий на ХІХС припиняє пробу, іменують пороговим навантаженням [4].

"Ймовірну" або можливу ІХС визначали у випадках, коли у обстежених були менш виражені зубці Q на ЕКГ, менш розгорнуті порушення реполяризації, атріовентрикулярної провідності, порушення внутрішньошлуночкової провідності, а також ознаки гіпертрофії лівого шлуночка при виражених змінах кінцевої частини шлуночкового комплексу. Відповідно до програми обстеження вивчалися наступні параметри: дані опитування за програмою ВООЗ для з'ясування стенокардії напруги, дані реєстрації ЕКГ у спокої в 12-ти стандартних відведеннях з подальшим кодуванням за Міннесотським кодом, дані антропометричного обстеження, вимірювання АТ звичайним сфігмоманометром протягом 5 хвилин.

**Результати роботи та їх обговорення.** Для порівняння частоти ІХС у осіб плавскладу і жителів м. Одеси взята контрольна група (609 чел.) За даними кардіологічної служби Одеського обласного медичного центру. Основну групу склали 412 осіб. З них: 242 - чоловіки і 170 - жінки. За віком розподілили таким чином: 20-29 років, 30-39 років, 40-49 років, 50-59 років, 60 років і старше. Дані аналізу, об'єктивного дослідження та ЕКГ дозволили виявити визначену ІХС, а проведена ЕКГ з навантаженням - ймовірну (приховану) ІХС.

Таблиця 1.

ПОКАЗНИКИ ВЕЛОЕРГОМЕТРІЇ У ПРАЦІВНИКІВ ПЛАВСКЛАДУ, n = 412

№	Вікові групи	Контрольна					Робітники плавскладу				
		Число обстежених	Вірогідна ІХС		Визначена ІХС		Число обстежених	Вірогідна ІХС		Визначена ІХС	
			Абс. Число	%	Абс. Число	%		Абс. Число	%	Абс. Число	%
						Чолов..					
1	20-29	50	0	0	0	0	40	0	0	0	0
2	30-39	90	1	1,1	1	1,1	60	2	3,3	1	1,6
3	40-49	70	2	2,9	1,4	2,9	50	5	10,0	2	3,3
4	50-59	66	3	4,5	4	6,1	50	7	14,1	3	5,0
5	60-69	50	5	10	7	14,0	42	8	17,7	11	24,4
	Всього:	326	11		15		242	25		21	
						Жінки					
1	20-29	65	0	0	0	1,5	30	0	0	0	0
2	30-39	50	1	2,0	2	4,0	50	1	2,0	0	0
3	40-49	45	4	8,8	5	11,1	34	4	11,7	2	5,8
4	50-59	69	8	11,6	9	13,0	30	5	16,7	6	20
5	60-69	54	8	14,8	10	18,5	26	5	19,2	6	23,1
	Всього:	283	52	30,4	53	22,5	170	37	49,4	35	44,6

У віковій категорії 20-29 років випадків вірогідної і визначеної ІХС не зареєстровано; 30-39 років - невисокі цифри частоти зазначених нозоформ: 3.3% - ймовірна і 1.6% визначена ІХС в основній групі і 1.1 % у контрольній. Істотні зміни відзначені в групах 40 років і старше: 40-49 років: ймовірна ІХС - 10 %, визначена ІХС -3.3 % і значно нижче в контрольній групі - 2.9 % і 1.4% відповідно. У групі 50-59 років ймовірна ІХС склали 14.1%, визначена 5.0%, а в контролі 4.5% і 6.1 %. Зростання показників

захворюваності ІХС від 60 років і старше також більш значне: сумарно в групі плавскладу - 42.1% , в контрольній групі - 24.0 %. Ті ж закономірності виявлених форм ІХС спостерігалися і у жінок.

Таким чином, у осіб плавскладу старше 40 років виявлена вірогідна і визначена ІХС у великому числі випадків: із 142 обстежених цієї вікової категорії чоловіків - у 36 (25.4 %), із 90 жінок - у 28 (31.1 %). Відповідні показники контрольної групи склали: у 186 чоловіків - 11.8 % (22 особи), у 168 жінок - 26.2 % (44 особи). Отримані результати говорять як про високу частоту ІХС у моряків, так і про досить «молодий» вік серцево-судинної патології обстеженого контингенту. Більш висока захворюваність ІХС осіб плавскладу у порівнянні з такою в осіб прибережної зони (регіон м.Одеси) пояснюється високою напруженістю центральної і вегетативної нервової систем, зниженням резервів адаптації [ ].

**Висновки.** Ранні патофізіологічні зміни серцево-судинної системи моряків змушують зробити висновок про необхідність більш ретельного обстеження їх, застосування навантажувальних проб, велоергометрії з метою виявлення прихованих форм ІХС, починаючи з 40-річного віку, для попередження ускладнень в рейсовому періоді і своєчасного проведення необхідної терапії.

#### **Література**

1. Коваленко В. М., Лугай М. І., Братусь В. В., Вікторов О. П., Воронков Л. Г. Настанова з кардіології / під ред. Коваленка В.М. – К.: Укрпатентинформ, 2009. – 134 с.
2. Шевченко О. П., Мишнев О. Д. Ишемическая болезнь сердца. – М.: Реафарм, 2005. – 345 с.
3. Ардашев В. Н., Брюховецкий А. Г., Михеев А. А. Ишемическая болезнь сердца. – М.: Медицина, 2004. – 278 с.
4. Сыркин А. Л., Аксельрод А. С., Чомахидзе П. Ш. Нагрузочные ЭКГ тесты. 10 шагов к практике. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 208 с.
5. Оганов Р. Г. Болезни сердца. Рук. для врачей / Р. Г.Оганов, И. Г.Фомина. – М.: Литера, 2006. – 234 с.
6. Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Стратегия и тактика лечения. – М.: МИА, 2012. - 272 с.
7. Тейлор Д. Д. Основы кардиологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 761 с.

Работа поступила в редакцию 28.11.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.67+616-083

*К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Т. М. Костюченко*

## **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

**Реферат.** К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Т. М. Костюченко. **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ.** В статье рассматриваются основные задачи паллиативной помощи, также дифференцируются понятия «паллиативная помощь», «паллиативная медицина». Обсуждаются вопросы оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным, аспекты качества жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, паллиативная медицина, улучшение качества жизни больных.