



Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Город здоровья

№ 4 (14) понедельник, 19 ноября 2012 года

16 клиник – 100 отделений

Газета Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова

В номере:

Эра антибиотиков

«Скрытая угроза»

Порок сердца – не порок

стр. 2

стр. 3

стр. 4

Тема номера:

Разрушаем МИФЫ О МЕДИЦИНЕ



Александр Анисимович Скоромец,
академик РАМН, профессор,
заведующий кафедрой неврологии
и нейрохирургии, главный невролог
Санкт-Петербурга

Когда болит спина

Боли в спине сегодня очень актуальны во всем мире. Однако если на Западе преимущественно лечат именно боль, то наших врачей мы учим искать и лечить ее причину.

Можно ли избавиться от боли в спине при помощи лекарственных препаратов?

Когда цель лечения заключается только в том, чтобы «снять боль», оно превращается в сугубо медикаментозное, а это неправильно. Лечение следует направлять на устранение патогенеза боли – то есть не на саму боль, а на ее причину. Надо

понимать, что любая боль, какую мы испытываем, это сигнал, сообщающий в сферу сознания о том, что что-то в организме не так, и поступает этот сигнал в голову, а не туда, где человек ощущает эту боль (в спину или ногу). Примером может служить ситуация: человек во время войны потерял ногу, прошло 30 или даже более 50 лет – он просыпается и испытывает боль в пятке несуществующей уже несколько десятков лет ноги. Почему так получается? Потому, что в головном мозге «зона пятки» ещё сохраняется и откуда бы не пришёл тревожный импульс в эту часть коры мозга – будет болеть именно «пятка». Это 100% показатель, что не нужна пятка, нога или поясница, чтобы в них появилась боль. Источников тревожных сигналов боли много: это может быть воспаленная или перенапряженная мышца, грыжа межпозвоночного диска, больные почки или яичники, болезни кишечника или аорты, диабет. Поэтому если пациент приходит с жалобой на боль в спине, то врач должен разобраться, с чем эта боль связана – с мышцами, с позвоночником, с внутренним органом или это боль невротического характера. Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо провести неврологическое и терапевтическое обследование, иногда даже

магнитно-резонансную томографию позвоночника или внутренних органов, и только после этого можно принимать решение о патогенетическом лечении.

Всегда ли боль в спине связана с какими-то нарушениями в позвоночнике?

Это заблуждение. Опыт показывает, что примерно в 85% случаев боль связана с мышцами, а не с грыжей межпозвоночного диска, не с позвоночником как таковым. Именно с мышцами, которые управляют позвоночником. При длительном напряжении особенно слабой мышцы в ней накапливаются продукты неполного сгорания молочной кислоты и она уплотняется, что приводит к раздражению болевых рецепторов или даже сдавлению проходящих через такую мышцу нервных волокон. При ощупывании уплотненной мышцы появляется в ней боль, которая может иррадиировать в зону иннервации сдавливаемого нерва, т.е. в плечо, ягодицу, бедро, колено и т.п.. Это будет так называемый миофасциальный синдром. И, несмотря на жалобу пациента на боль в шее либо другой зоне спины, не надо ничего вправлять, а требуется расслабить напряженную мышцу. Такая боль снимается за 2-3 минуты руками невролога, который владеет мягкими методиками мануальной медицины. Для расслабления такой мышцы требуется выполнить приемы по «правилам 3 Т» – tension (необходимо сдавить мышцу), traction (растянуть ее) и twisting (скрутить-раскрутить). Если боль была связана с первичным нарушением функ-

ции мышцы, после такой процедуры она проходит. Это называется миофасциальный рилиз. Добавлять прием лекарств и физиотерапевтические процедуры имеет смысл только в том случае, если боли носят рецидивирующий характер, то есть повторяются снова и снова.

Нужно ли избавляться от отложения солей на позвоночнике с помощью лекарств?

Чтобы опровергнуть это утверждение, необходимо представить строение позвоночника.

Дело в том, что позвоночник имеет определенную конфигурацию с изгибами вперед и назад (лордозы, кифозы), чтобы гармонизировать вертикальную осевую нагрузку. Все позвонки выстроены строго друг под другом, между ними располагаются межпозвоночные диски, выполняющие роль шарниров для обеспечения подвижности позвоночных двигательных сегментов. Вокруг по-

звонок и дисков располагаются связки, главные из которых – наружная и внутренняя продольные связки позвоночника, задача которых вместе с мышцами удерживать позвоночник в физиологическом состоянии. Передняя продольная связка сращена с периостом тел позвонков. Вместе с тем на уровне межпозвоночного диска эта связка не жестко фиксирована и при наклонах позвоночника вперед собираются в складки, а при наклонах назад эти складки расправляются и не мешают такому наклону. Вместе с тем, при чрезвычайных нагрузках в моменты наклонов позвоночника, особенно у человека с избыточным весом и со слабым мышечным корсетом, связочный аппарат не выдерживает и образуются мелкие надрывы и трещины. В организме человека имеется генетический механизм самоизлечения таких трещин – отложение солей кальция (своеобразная шпаклевка и штукатурка связки).

Простые правила поднятия тяжестей

Не стоит переходить грань нефизиологичного движения: например, поднимать штангу в 200 кг, если вы не подготовлены к этому должным образом. Вес, который может поднять человек, зависит от его физического состояния и тренированности мышц. Позвоночник имеет S-образное положение, как пружина, чтобы гармонично распределять нагрузку. Невозможно однозначно сказать, кому какой максимальный вес можно поднимать, однако в среднем, если это девушка – примерно 20 килограмм, женщине с накаченным мышечным корсетом – посильнее и 40 килограмм, для мужчин диапазон варьируется от 20 до 80 килограмм.

Не стоит тяжести поднимать резко, нужно делать это, приседая с выпрямленной спиной, без наклона вперед.

Ничто в жизни не запрещено, но все следует делать с элементами здравого смысла и с учетом физиологических возможностей.

Как главный невролог Санкт-Петербурга, считаю, что владеть мягкими методиками мануальной медицины должен каждый невролог любой поликлиники и стационара.

Образно говоря, уплотнение связки вокруг межпозвоночного диска – это своеобразный забор, который препятствует выпячиванию диска за пределы своего ложа. Когда производят рентгенографию позвоночника, эти уплотненные связки хорошо видны в виде «скобок», обозначаются деформирующим спондилезом. Такие изменения позвоночника после 30 лет встречаются практически у всех людей. Пациент приходит к врачу с ощущением боли в той или иной зоне позвоночника (выше уже упоминали, что наиболее часто в формировании боли виновны мышцы, управляющие позвоночником). А на спондилограммах обнаруживаются отложения солей в связках вокруг позвонков, которые ошибочно считали причиной болевых ощущений. Отсюда родилась идея лечить боли в области позвоночника выведением солей кальция из организма. Клинический опыт показывает, что такие лекарства выводят соли кальция из нормальных костей скелета, включая тела позвонков. При длительном приеме солевыводящих лекарств нормальные кости становятся более хрупкими и ломаются при небольших травмах. А соли из обызвествленных связок практически не могут выводиться из-за отсутствия капиллярного кровотока в таких уплотненных участках связок. Поэтому совершенно ясно, что выводить соли кальция, также как и «разбивать соли с помощью массажа» – идея не лечебная, и даже вредная. Кроме того, соли не следует выводить и потому, что они не причина заболевания, а его следствие.

Разрушаем мифы о медицине



Татьяна Евгеньевна Артеева, заведующая отделением клинической фармакологии, ассистент кафедры доказательной медицины и клинической фармакологии

В последнее время все больше людей начинают самостоятельно принимать антибиотики, в лучшем случае – после консультации с работниками аптеки. Бытует мнение: если хочешь быстрее поправиться – пей антибиотики!

Эра антибиотиков берет начало с 40-х годов прошлого столетия. Пенициллин сулил большие надежды человечеству, как средство, помогающее справиться с большинством инфекционных заболеваний. Но прошли годы, были открыты и синтезированы новые антибактериальные препараты, вместе с чем мы столкнулись с другой проблемой – появлением микроорганизмов, не чувствительных к используемым антибиотикам. Активность антибиотиков не является постоянной, а со временем снижается, что обусловлено формированием лекарственной устойчивости (резистентности). Бактерии, научившиеся сохранять жизнедеятельность под воздействием этих препаратов, спо-

собны обмениваться этой информацией с другими микроорганизмами, передавая им свойства антибиотикорезистентности. Это неизбежное биологическое явление, и предотвратить ее практически невозможно. Здесь, надо отметить, большую роль играет и человеческий фактор, который может внести вклад в ускорение этого процесса – **необдуманное и бесконтрольное использование антибактериальных препаратов.** Это связано еще с бесконтрольным приобретением данных препаратов. Если на биологический процесс повлиять очень трудно, то на человеческий фактор возможно и необходимо. Для этого должна быть определена жесткая политика использования анти-

биотиков. А это значит, что применять их нужно по строгим показаниям и только тогда, когда врач установит диагноз инфекционного заболевания. Цель назначения антибактериальных препаратов – эрадикация (уничтожение) возбудителя из очага инфекции. Антибиотики, в отличие от антисептиков и дезинфектантов, избирательно угнетают жизнедеятельность бактерий, то есть воздействуют не на все, а на определенные их роды и виды. Антибиотики не воздействуют на клетки человека, так как их мишень-рецептор находится не в человеческих тканях, а в клетке микроорганизма. Они же не воздействуют и на вирусы ввиду отсутствия у них



антибиотиков

– При каких заболеваниях необходимо применение антибиотиков?

– Прежде всего, оно должно быть строго по медицинским показаниям, в первую очередь – это воспалительные заболевания, сопровождающиеся повышением температуры выше 37.5 и явлениями интоксикации – хронический острый бронхит, пневмонии и другие. ОРВИ, грипп – вирусные заболевания, если они не осложнены присоединением вторичной инфекции, не являются показанием для назначения антибиотиков, они требуют назначения противовирусных препаратов.

– Бытует мнение, что при ОРВ или гриппе необходимо принимать антибиотики, чтобы быстрее выздороветь.

Город здоровья

Что такое грыжа позвоночника?

Грыжа образуется из межпозвоночного диска, когда человек дает на позвоночник нагрузку, которая для него природой не предусмотрено и непривычна. Способством формированию грыжевого выпячивания индивидуальная слабость связочного аппарата позвоночника и его мышц, которые у всех натренированы по-разному. Межпозвоночный диск может выпячиваться во все стороны и болевые феномены будут различны. Если ткань диска внедряется в тело выше или ниже расположенного смежного с диском позвонка – это грыжа Шморля. Она нервных структур не сдавливает, боли при этом минимальны (может быть только ощущение местного дискомфорта в этом отделе позвоночника). Если формируется передняя грыжа диска, то возникает также относительно легкая местная боль. Выпячивание диска в боковом направлении приводит к раздражению симпатической цепочки и боль имеет интенсивный симпаталгический характер (чувство жжения, сверления, тяжести) и обычно в отдаленной территории. Например, при раздражении симпатической цепочки на уровне первого грудного позвонка – неприятные ощущения будут в лице, голове, шее, надплечье, руке и верхней части грудной клетки. При такой грыже на уровне первого поясничного позвонка боль будет отдаваться во всю нижнюю конечность. Если грыжа направляется сзади – в сторону позвоночного канала или сзади и в бок, то такая грыжа сдавливает спинномозговой корешок, что проявляется соответствующего корешка. В случаях, когда рядом со сдавленным корешком оказывается крупный сосуд (артерия, вена или и то и другое), то развивается нарушение кровообращения либо в самом корешке, либо и в спинном мозгу. Такая ситуация обозначается как дискогенно-артериальная (либо – венозная) радикулостомеломия, что приводит к быстро развивающейся слабости (параличу) одной или обеих нижних конечностей, онемения в них и нарушению функции сфинктеров тазовых органов (недержание или затрудненное мочеиспускание, дефекация).

Город здоровья

→ органов-мишеней и поэтому абсолютно бесполезны при любых вирусных инфекциях.

При выборе антимикробного препарата мы часто сталкиваемся с таким понятием, как широта спектра активности, то есть насколько много различных возбудителей инфекций будет погигбит под их воздействием этими препаратами. Только врач может правильно определить необходимый спектр – действует только на определенные чувствительные к нему микроорганизмы. Но и это понятие на сегодняшний день является относительным. К примеру, вы покупаете антибиотик в аптеке, читаете подробную инструкцию и видите, что данный препарат активен в отношении многих возбудителей. Но в практическом смысле он уже может утратить свою активность, как результат – неэффективная антибактериальная терапия, а вместе с ней – упущенное время. Один из моментов, который тоже должен быть учтен при терапии – органная локализация инфекционного процесса с наиболее вероятным возбудителем; это во многом определяет выбор анти-



Эдуард Николаевич Попов, к.м.н., доцент кафедры акушерства гинекологии

«Скрытая угроза»

Что такое «скрытые инфекции»?

«Скрытые» инфекции называются так потому, что в большинстве случаев человек не подозревает об их наличии у себя, а традиционные методы диагностики (бактериоскопия) не могут их обнаружить. Однако этот термин весьма условен. Как правило, после выявления инфекции каждый пациент может вспомнить один или несколько характерных для них симптомов, а современные методы диагностики позволяют их с успехом выявлять. Сегодня чаще мы используем название «инфекции, передающиеся половым путем» (ИПП), а выделяемые ими болезни – «заболевания, передающиеся половым путем» (ЗПП). По современным представлениям, к группе ИПП относятся гонококки, трихомонады, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, грибы и вирусы. Успехи современной медицины в борьбе с этими инфекциями беспорочны, но и сегодня, по данным ВОЗ, ежегодно в мире ИПП заболевают более 340 миллионов человек, причем каждый третий из них моложе 25 лет. С учетом механизма заражения – передача половым путем, основной акцент стоит

делать на профилактике, ведущими методами которой являются половая гигиена и внимание к своему здоровью.

Кто относится к группе риска? Всем ли нужно обследоваться на выявление «скрытых инфекций»?

Однозначным поводом для обследования является появление таких симптомов, как зуд, высыпания, покраснение наружных половых органов, увеличение количества влагалищных выделений и, или, изменение их запаха, боли и режь при мочеиспускании. Любые заболевания шейки матки также являются основанием для обследования на комплекс инфекций – хламидии, микоплазмы, вирусы папилломы человека, вирус простого герпеса, так как это входит в необходимый диагностический минимум. Поиск ИПП необходим у пациенток, страдающих бесплодием, тазовыми болями, рецидивирующими воспалительными заболеваниями придатков матки.

Другим основным поводом к прохождению обследования на выявление «скрытых инфекций» является планирование беременности. Практически все ИПП могут осложнять течение беременности угрозой ее прерывания, приводить к нарушению внутриутробного развития плода, иногда даже к его гибели, осложнять течение родов и послеродовый период. Кроме того, нужно помнить, что многие из препаратов, используемых для лечения инфекции, во время беременности противопоказаны, другие можно использовать очень ограниченно из-за их эмбрио- и тератогенного влияния.

Какие из инфекций самые распространенные, чем они опасны?

Перечень скрытых инфекций велик, мы остановимся на основных. По ее распространенности Санкт-Петербурга, к сожалению, находится на лидирующих позициях, у каждой пятой женщины репродуктивного возраста обнаруживается хламидийная инфекция. Типичными ее симптомами являются уре-

трия, цервицит, воспаление желез преддверия влагалища. Как и микоплазмы, они могут быть причиной развития патологий респираторного и урогенитального трактов, иммунной, эндокринной и нервной систем, а также опорно-двигательного аппарата. Однако наиболее часто страдает репродуктивная функция женщины, что приводит к бесплодию, нарушениям менструальной функции, внематочной беременности, невынашиванию беременности. Последствия генитального хламидиоза несут обществу серьезный демографический и экономический ущерб.

При обнаружении хламидий и микоплазм лечение всегда проводится вне зависимости от наличия или отсутствия клинической симптоматики, потому как присутствие этих инфекций в организме ежедневно сопровождается повреждением клеток.

Еще одна инфекция – уреаплазма, в некоторых случаях ее выявление не требует лечения, но это должен решать квалифицированный врач. При планировании беременности, наличии клинических проявлений или при сочетании уреаплазмоза с другими инфекциями лечение необходимо.

Большинство жителей России имеют в своих домашних аптечках антибиотики и применяют их самостоятельно при простудных заболеваниях, повышенной температуре, расстройстве кишечника, что не только совершенно бессмысленно и бесполезно, но и вредно.

Антибиотики бесполезно применять при:

- **ОРВИ, гриппе** – эти состояния вызываются вирусами, на которые антибиотики не оказывают никакого действия;
- **повышенной температуре** – антибиотики не являются жаропонижающими и обезболивающими препаратами;
- **воспалительных процессах** – антибиотики не оказывают противовоспалительным действием;

→ отсутствию антибактериальной терапии может привести к осложнениям, поэтому если рентгенологически у человека это заболевание доказано, антибиотик в любом случае должен быть назначен в первые же дни. Говорить о сроках здесь неразумно. С другой стороны, конечно, существует так называемая резистентность к тем или иным препаратам. Если их принимать часто и без показаний, они перестают действовать,

теряют свои свойства, приходится назначать новые, более сложные, более широкого спектра действия. Антибактериальная терапия должна назначаться с учетом возбудителя, который определяется различными тестами. При бронхитах – в мокроте, при ЛОР-патологии это мази с миндалины, в полости глотки. С учетом антибиотикограммы – выявление того или иного возбудителя – назначают соответствующие антибиотики.

- **кашле** – существует множество причин кашля: вирусные инфекции, аллергия, бронхальная астма, повышенная чувствительность бронхов к раздражителям внешней среды и многие другие, и лишь малая доля данного заболевания связана с микроорганизмами;
- **расстройстве кишечника** – совершенно не обязательно, что данное состояние является признаком кишечной инфекции. Нарушение стула может вызывать многие причины, начиная от простой непереносимости какого-либо продукта и заканчивая пищевой токсикоинфекцией, когда в организм попадает не возбудитель, а вырабатываемый им токсин. Кроме этого, необходимо отметить, что большинство кишечных инфекций вызываются вирусами, но даже если возбудителем являются бактерии, то применение антибиотиков нередко увеличивает продолжительность заболевания.

ции персонала. Исследование проводится безболезненно и быстро, но не исключен риск ложноположительных результатов. Для подтверждения диагноза можно использовать то, что мы называем «золотым стандартом» – культуральный метод: посев на специфические питательные среды, культивирование микроорганизмов и проверка образовавшихся колоний на чувствительность к различным антимикробным препаратам. Этот метод занимает гораздо больше времени, он намного точнее и результативнее, потому как в итоге мы получаем не только достоверный диагноз, но и препарат, к которому чувствительна именно ваша инфекция. Более точного метода выявления на сегодняшний день нет. Забор материала для обследования правильно всего проводить в начале менструального цикла, в момент обострения всех воспалений.

Как лечить инфекцию?

Лечение включает в себя целый комплекс мер и не ограничивается только антибиотиками, применением которых, без сомнения, необходимо. Хронические инфекции подавляют системный иммунитет,

Существует целый ряд различных заблуждений, связанных со скрытыми инфекциями

Заблуждение 1. В разных источниках встречается утверждение, что скрытыми инфекциями можно заразиться в сауне или в бассейне. Нужно признать: основной путь передачи – половой, вероятность заражения контактно-бытовым путем крайне мала.

Заблуждение 2. Принято считать, что инфекции опасны только для женщин, тогда как мужчины могут быть только переносчиками, из-за чего инфекции для них не опасны. Для скрытых инфекций характерно внутриутробное паразитирование, рано или поздно они их разрушают. Результатом ЗПП у мужчин являются хронические уретриты, простатиты и другие неприятные заболевания. Являясь носителем инфекции и не обращая на нее должного внимания, мужчина делает совершенно бессмысленным лечение женщины, так как провоцирует ее повторное инфицирование и, как след-

ствие, формирование устойчивых к антибиотикам типов микроорганизмов. Последствия скрытых инфекций для женщин не ограничиваются бесплодием, они провоцируют целый каскад реакций, с ним связанных: женщины, которые не беременеют, не рожают, не кормят грудью, приобретают гиперпластические заболевания репродуктивных органов, в частности – миоому матки.

Заблуждение 3. Существует мнение, что в большинстве случаев скрытые инфекции человек приобретает внутриутробно или в первые несколько месяцев жизни, а проявляются инфекции из-за снижения иммунитета. Действительно, внутриутробное инфицирование возможно, однако частота инфицированных детей и людей репродуктивного возраста различается на порядок. Следовательно, инфекции приобретаются человеком в процессе жизни, поэтому соблюдение базовых мер предосторожности – использование барьерных средств контрацепции, обследование партнеров при вступлении в брак, при планировании беременности, санация при выявлении ИПП – позволяет получить здоровых, неинфицированных детей.

поэтому меры по его восстановлению позволяют добиться лучших результатов лечения. В качестве иммунотерапии применяются иммуностимуляторы (интерфероногены), вызывающие образование ин-

терферона, или препараты, содержащие интерферон. Антибиотики, к сожалению, чаще всего достаточно токсичны, поэтому во время лечения следует принимать гепатопротекторы для защиты печени, а чтобы из-

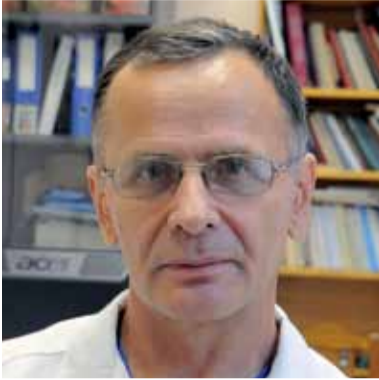
бежать дисбактериоза – зуботики и препараты, содержащие молочнокислую палочку, лактобактерии.

Нельзя забывать, что у всех воспалительных заболеваний есть несколько фаз. Первая – обратимая,

когда вовремя назначенное консервативное лечение может сохранить здоровье – органы будут выглядеть, как до воспаления. При второй необратимой стадии лечением можно добиться уничтожения инфекции,

но полное возвращение в норму возможно лишь с применением хирургии. Поэтому своевременность лечения и обращения к врачу за консультацией, играют очень важную роль.

Эффективные технологии в медицине



Владимир Иванович Гавриленко,
кардиохирург, профессор кафедры
госпитальной хирургии № 2

Порок сердца – не порок

Термином «приобретенные пороки» обозначают заболевания сердца, при которых происходят анатомические изменения клапанного аппарата сердца или крупных сосудов. Всего у человека четыре клапана: два на входе – **митральный** (левый желудочек), **трикуспидальный** (правый желудочек), и два на выходе – **пульмональный** и **аортальный**. Чаще всего встречаются аортальный и митральный пороки.

Разделение пороков на врожденные и приобретенные достаточно условно. Аортальный клапан, например, в норме трехстворчатый. Достаточно часто врожденно встречается двухстворчатый, хотя внешне это бывает незаметно. В детстве шума над сердцем нет или шум расценивают как функциональный, ребенок в целом справляется с нагрузками, болезнь может начать себя проявлять на третьей, четвертой, пятой или даже шестой декаде жизни. Если клапан устроен не совсем нормально, он преждевременно изнашивается: в створках развиваются дегенерация, а затем грубый фиброз и кальциноз (откладываются соли кальция), что сопровождается сужением отверстия (стенозом). И тогда здоровый на первый взгляд мужчина 40 лет бежит на трамвай, падает, теряет сознание, его забирает скорая помощь и ему впервые говорят, что у него порок сердца и нужно оперировать. В этом коварство аортальных пороков – долгое время порок компенсирован, то есть за счет мощного левого желудочка кровь проталкивается через суженое отверстие и пациент себя относительно хорошо чувствует – он просто не знает, что такое комфортное состояние, так как порок у него всю жизнь. Полностью развернутая клиническая картина – это одышка, головокружения, потери сознания, иногда боли за грудиной.

В этом случае пациенту, если его не прооперировать, останется жить несколько лет: это как снежный ком, брошенный с горы.

Митральные пороки проявляют себя немного иначе: усталость, сильная одышка, слабость, потливость.

Причины возникновения пороков

Одна из причин – ревматизм (на западе его уже почти нет). 20-30 лет назад заболевание было делом молодых женщин детородного возраста, часто проявлявшееся после ангины. Порок формировался очень быстро, в течение нескольких лет. Сегодня ревматизм «постарел» – порок формируется десятки лет. Причина тому – широкое применение антибиотиков и противовоспалительных препаратов. Но, тем не менее, ревматизм приводит к формированию гемодинамически значимого порока, который нужно оперировать. Другой очень распространенный сегодня фактор, достаточно быстро вызывающий формирование порока – инфекционный эндокардит. Источником инфекции нередко бывают несанированные эндогенные очаги инфекции, такие как ротовая полость (кариес, гранулемы на корнях зубов, воспалительные заболевания десен и др.).

Третьей причиной является, так называемая, соединительнотканная дисплазия. Соединительная ткань присутствует в организме повсеместно, являясь основой строения клапана. При нарушении в ней клапан растягивается, створки не смыкаются – возникает недостаточность митрального клапана.

Реже к формированию порока приводят ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда. Сам митральный клапан по форме представляет собой парашют с двумя куполами, в роли строп выступают хорды, в роли рук, держащих парашют – сосочковые мышцы, прикрепленные к стенке левого желудочка. После инфаркта эти мышцы ослабевают, и тогда один из куполов «проваливается», либо могут оторваться хорды – развивается недостаточность митрального клапана.

Если говорить о лечении, то при незначительном в гемодинамическом отношении пороке операция пациенту не требуется, он лечится консервативно или просто наблюдается. Но в большинстве случаев все же требуется хирургическое вмешательство – открытая или закрытая операция.

История клапанной хирургии в нашей клинике насчитывает уже более 40 лет. У ее истоков стоял Федор Григорьевич Углов, выполнявший операции на клапанах сердца одним из первых в нашей стране. Сегодня к нам приезжают со всей России, со всех регионов.

Одна из основных тенденций клапанной хирургии в настоящее время – сохранение клапанного аппарата за счет выполнения клапанно-сохраняющих операций. Сохранить свой клапан удается в 10-15 процентах случаев. В России, к сожалению, даже меньше из-за запущенности заболеваний – нередко наши пациенты не обращаются к врачу своевременно, пока не наступит критический момент. В то время как результат и качество жизни тех, кто прооперирован вовремя, гораздо выше. Реконструктивные операции имеют свои технические особенности, не всегда результат можно прогнозировать. Но прожить годы со своим клапаном намного лучше, нежели с протезом. Искусственный клапан, пусть и современный, – это инородное тело, поэтому чтобы избежать тромбообразования, человек вынужден пожизненно принимать антикоагулянты. И даже самый дисциплинированный пациент не застрахован от последствий, связанных с антикоагулянтной терапией – кровотечения или тромбоэмболии.

Еще одна серьезная проблема – протезно-пациентное несоответствие: протез, в отличие от оригинального клапана, всегда дает остаточное сопротивление, оказывая в итоге постоянную нагрузку на сердце. Этот эффект, правда, может проявиться только спустя 15-20 лет после операции – все зависит от размера протеза. На 50 процентов протез несет опорно-конструктивную функцию и только на оставшиеся 50 – пропускную, что определяет остаточные на нем градиенты. Если они небольшие – протезно-пациентное несоответствие незначительное, если же повышены – это существенно снижает качество жизни. Традиционно было два пути решения проблемы. Первый – искусственно расширять фиброзное кольцо (основание клапана, в которое устанавливается протез), весьма рискованные операции. Второй вариант – установка большого протеза, но она возможна только в том случае достаточно большого фиброзного кольца, а так бывает не всегда. Мы разработали новую технологию, которая позволяет без расширения основания клапана и вне зависимости от его размера ставить протезы на два посадочных размера больше, в результате чего у больных не возникает клинически значимого протезного несоответствия. Технология особенно хороша для детей: представьте себе ситуацию – ребенку нужно ставить протез, но ведь он растет, а протез нет, значит, через определенное время его придется оперировать повторно. Наша технология позволяет этого избежать и сразу поставить боль-



шой протез, как для взрослого. Сейчас речь идет о том, чтобы изготовить специальный модифицированный протез под эту методику – площадь проходного отверстия протеза увеличится в два раза – и мы сможем поставить такой протез любому пациенту.

Важное место в лечении всегда занимает восстановительный период – одну-две недели после операции пациент находится в клинике, затем направляется в санаторий на реабилитацию. Необходимо следить за ограничением физических нагрузок, чтобы все делалось по самочувствию, очень важен правильный подбор медикаментозной терапии, особенно для тех, кто прооперирован несвоевременно. Период восстановления иногда затягивается на полгода-год, за это время вживляется протез (скорость

его вживления зависит от репаративных возможностей человека). До операции пациент годами находился в состоянии недостаточности кровообращения организма. После операции, если все протекает гладко, налаживается работа всех органов и систем, в частности – печень, меняется самочувствие, иначе протекают биохимические процессы. Поэтому очень внимательно необходимо подбирать терапию, вовремя менять дозировку – что-то уменьшать, что-то увеличивать.

В советские годы был очень верный лозунг: здоровье трудящихся – дело рук самих трудящихся. Если вы хотите изменить качество жизни, поправить свое здоровье, то должны сами приложить усилия, потрудиться. Врач не может сделать все за вас: здоровье – это совместная работа пациента и врача.

Реальная история

Описанная выше технология была задумана давно. Впервые мы применили ее в 2003 году. Поступил тяжелый пациент 57 лет, прооперированный 31 год назад – имплантирован шаровой протез (сейчас их уже не применяют) малого размера. Сразу стало понятно, что стандартную операцию пациент не перенесет – расчетный риск составлял более 50 процентов. У него были одышка, тотальный отек – руки, ноги, лицо, живот, жидкость в плевральных и брюшной полости. Пациент не мог лежать – задыхался, поэтому спал только сидя. Кроме того, у него имела полиорганная недостаточность – сердечная, дыхательная, почечная и печеночная недостаточности. Но самое главное – у него плохо функционировал протез, вызывавший значительную перегрузку левого желудочка и, как следствие, растянувшийся несмыкаемый митральный клапан или митральную недостаточность четвертой (последней) степени. Готовили больного к операции два месяца – потом вы-

полнили коронарографию, так как было необходимо оценить состояние коронарных артерий. После коронарографии состояние больного ухудшилось, выросла сердечная недостаточность. 29 декабря, под Новый год, мы были вынуждены оперировать его в срочном порядке. Заменяли шаровой клапан на современный протез большего диаметра, чтобы минимизировать нагрузку на левый желудочек, и выполнили пластическую операцию на митральном клапане. Послеоперационный период протекал тяжело. Тем не менее, ещё через два месяца больной был выписан в удовлетворительном состоянии. И вот уже восемь лет он живет, работает. Тогда ещё многое было недоработано, вторая операция по этой технологии состоялась только спустя пять лет. Сейчас прооперировано больше двадцати крайне тяжелых пациентов, в том числе тех, кому нужно было менять протезы. По гемодинамическим характеристикам у этих пациентов все достаточно благополучно.