

Научно-практический журнал

Издается с 2008 г.
по решению ученого совета КГМУ
и экспертного совета МСЧ МВД
по РТ

УЧРЕДИТЕЛИ

Федеральное государственное
учреждение здравоохранения
«Медико-санитарная часть
Министерства внутренних дел
по Республике Татарстан»

Государственное образовательное
учреждение высшего
профессионального образования
«Казанский государственный
медицинский университет»

Адрес редакции:

420059, г. Казань,
ул. Оренбургский тракт, 132,
Клинический госпиталь
МВД по РТ

Контактные телефоны:
(843) 291-26-82,
(843) 277-88-84 (факс)

e-mail: edition_bccm@mail.ru,
namirov@mail.ru,
sayarabdul@yandex.ru
zarina26@bk.ru

http: www.kgmu.kcn.ru,
http: www.hosritalmvdrт.ru

*Редколлегия журнала
может не разделять точку зрения
авторов на ту или иную проблему*

В авторской редакции

Обложка художника
С.Ф. Сафаровой
Техническая редакция, верстка
Ю.Р. Валиахметовой
Корректор
Н.А. Петрова

Формат 60×84¹/₈.
Подписано в печать 23.12.09.
Усл. печ. л. 9,07.
Тираж 1000 экз.
Заказ О-147

Оригинал-макет изготовлен
издательством «Медицина»
ГУ «РМБИЦ». 420059 Казань,
ул. Хади Такташа, 125.
Отпечатано отделом оперативной
полиграфии ГУ «РМБИЦ».
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125

© Медико-санитарная часть МВД
по РТ, 2009
© Казан. гос. мед. у-нт, 2009

ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 2, выпуск 4 2009

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

Volume 2, release 4 2009

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Н.Б. АМИРОВ, д.м.н., проф., акад. РАЕ, заслуженный врач РТ

Заместитель главного редактора

А.А. ВИЗЕЛЬ, д.м.н., проф., зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ,
акад. АН РН, заслуженный врач РТ

Ответственный секретарь

С.Р. АБДУЛХАКОВ, к.м.н., ассистент кафедры общей врачебной практики
КГМУ

Члены редколлегии

Н.Х. АМИРОВ, д.м.н., проф., зав. кафедрой медицины труда с курсом
медэкологии КГМУ, акад. РАН; *А.Ю. АНИСИМОВ*, д.м.н., проф., зав.
курсом скорой мед. помощи кафедры медицины катастроф КГМА, зам.
гл. врача МУЗ ГБ СМП № 1; *З.М. ГАЛЕЕВА*, к.м.н., ассистент кафедры
терапии КГМА, ученый секретарь; *А.С. ГАЛЯВИЧ*, д.м.н., проф., зав.
кафедрой факультетской терапии КГМУ, чл.-корр. АН РТ, заслуженный врач
РТ; *А.У. ЗИГАНШИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой фармакологии КГМУ,
проректор КГМУ по международной деятельности, лауреат Госпремии РТ;
К.Ш. ЗЫЯТДИНОВ, д.м.н., проф., ректор КГМА; *А.П. КИЯСОВ*, д.м.н., проф.,
зав. кафедрой анатомии КГМУ, проректор по науке и инновациям КГМУ;
М.В. ПОТАПОВА, к.м.н., начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней
службы; *А.С. СОЗИНОВ*, д.м.н., проф., ректор КГМУ

Редакционный совет

Р.А. АБДУЛХАКОВ, д.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии КГМУ;
В.А. АНОХИН, д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекций КГМУ;
И.Ф. АХТЯМОВ, д.м.н., проф., зав. кафедрой травматологии, ортопедии
и хирургии экстремальных состояний КГМУ, заслуженный врач РТ;
Е.В. ЖИЛЯЕВ, д.м.н., проф., гл. терапевт Главного клинического госпиталя
МВД РФ (Москва); *Ш.З. ЗАГИДУЛЛИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии
УГМИ (Уфа); *С.Д. МАЯНСКАЯ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой кардиологии
и ангиологии КГМА; *Ю.Е. МИКУСЕВ*, д.м.н., проф. кафедры неврологии и
реабилитации КГМУ; *О.Н. МИЛЛЕР*, д.м.н., проф. кафедры пропедевтики
внутренних болезней НМИ (Новосибирск); *Р.Г. САЙФУТДИНОВ*, д.м.н.,
проф., зав. кафедрой терапии КГМА; *О.Н. СИГИТОВА*, д.м.н., проф., зав.
кафедрой ОВП КГМУ, заслуженный врач РТ; *В.В. ТРУСОВ*, д.м.н., проф., зав.
кафедрой терапии ИГМА (Ижевск); *Р.Г. ТУХБАТУЛЛИНА*, д.ф.н., директор
Казанского медико-фармацевтического училища; *З.А. ХИСАМУТДИНОВА*,
д.м.н., директор Казанского медколледжа

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Первый опыт работы с пандемическим гриппом тяжелого течения, осложненным пневмонией. **А.З.Фаррахов, Р.К.Голубева, А.А.Визель, А.А.Хасанов, В.А.Анохин, А.А.Ванюшин** 4

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Влияние обучения и амбулаторного наблюдения на оптимизацию лечения больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза. **Н.А.Кошелева, А.П.Ребров** 12

Блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса по данным электрокардиографии. **Н.А.Андреичев, Е.Н.Андреичева, Л.В.Балеева** 16

Ретроспективное обследование пациентов с ИБС и повышенным уровнем антител к фосфолипидам. **Р.Р.Сайфутдинов** 21

Эффективность милдроната в остром периоде инфаркта миокарда. **И.А.Латфуллин, А.А.Подольская, Г.П.Ишмурзин** 23

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. **Н.С.Волчкова, С.Ф.Субханкулова** 25

Эффективность и безопасность применения в терапии бронхиальной астмы отечественного комбинированного препарата биастен в качестве единого ингалятора. **Н.В.Овсянников, Н.В.Багишева, С.М.Ищенко** 30

К вопросу о длительно незаживающих язвах желудка. **Р.Г.Сайфутдинов, З.М.Галеева, З.А.Шайхутдинова, Д.Г.Исхакова, А.Р.Гилязова** 34

Здоровьеформирующие технологии в системе обеспечения качества подготовки специалистов в средних учебных заведениях (на примере ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»). **Р.Г.Тухбатуллина, З.М.Галеева, А.М.Кузнецова, М.А.Угарова** 39

Рефлекторная возбудимость ствола мозга у больных синдромом беспокойных ног. **А.Р.Гайнутдинов, Г.А.Иваничев, О.А.Алексеева** 41

Зофеноприл в остром периоде инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью. **И.А.Латфуллин, Г.П.Ишмурзин, З.Ф.Ким, А.Н.Ардышев, Л.М.Аскарова, Л.Р.Каримуллина** 43

Летальные исходы внебольничных пневмоний у госпитализированных лиц. **Р.Ф.Хамитов, З.Н.Якупова** 46

Основные направления работы по повышению качества подготовки специалистов в «Казанском медико-фармацевтическом училище Росздрава». **Р.Г.Тухбатуллина, З.М.Галеева, А.М.Кузнецова** 50

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Ведение пациента с пневмонией в амбулаторно-поликлинической практике и стационаре: мнения практикующих врачей. **Р.Ф.Хамитов** 55

CONTENTS

LEADING ARTICLE

The first experience in work with pandemic influenza of severe course, complicated by pneumonia. **A.Z.Farrakhov, R.K.Goloubeva, A.A.Vizel, A.A.Khasanov, V.A.Anokhin, A.A.Vanyushin** 4

ORIGINAL ARTICLES

Importance of therapeutic training and outpatient observation in optimization of treatment of patients with congestive heart failure developed after q-myocardial infarction. **N.A.Kosheleva, A.P.Rebrov** 12

Left anterior hemiblock by data of electrocardiography. **N.A.Andreichev, E.N.Andreicheva, L.V.Baleyeva** 16

Retrospective examination of patients with ischemic heart disease and the increased level of antibodies to phospholipids. **R.R.Saifoutdinov** 22

Efficiency of *mildronate* in the acute period of myocardial infarction. **I.A.Latfoullin, A.A.Podolskaya, G.P.Ishmourzin** 23

Prevention of cardio-vascular diseases. **N.S.Volchkova, S.F.Soubkhankoulova** 25

Efficiency and safety of application of domestic combined preparation *biasten* as the uniform inhaler for therapy of the bronchial asthma. **N.V.Ovsyannikov, N.V.Bagisheva, S.M.Ishchenko** 30

To the question of non-healing gastric ulcers. **R.G.Sayfoutdinov, Z.M.Galeyeva, Z.A.Shaikhoutdinova, D.G.Iskhakova, A.R.Gilyazova** 35

Healthforming technologies in the system of providing the quality in training of specialists in secondary educational institutions (at example of Federal State Educational Institution of Secondary Professional Education «Kazan Medico-Pharmaceutical School of Health Ministry of Russia»). **R.G.Toukhbatoullina, Z.M.Galeyeva, A.M.Kouznetsova, M.A.Ugarova** 39

The reflex activity of the brain stem of the patients with restless legs syndrome. **A.R.Gainoutdinov, G.A.Ivanichev, O.A.Alekseyeva** 41

Zofenopril in treatment of patients with acute myocardial infarction and hypertension. **I.A.Latfoullin, G.P.Ishmourzin, Z.F.Kim, A.N.Ardyshev, L.M.Askarova, L.R.Karimoullina** 43

Fatal outcomes of inpatients with community acquired pneumonia. **R.F.Khamitov, Z.N.Iakoupova** 46

Main trends of working to improvement the quality of training specialists at «Kazan medico-pharmaceutical school of health ministry of Russia». **R.G.Toukhbatullina, Z.M.Galeyeva, A.M.Kouznetsova** 51

FOR GENERAL PRACTITIONER

Management of the outpatients and inpatients with community acquired pneumonia: opinions of the practitioners. **R.F.Khamitov** 55

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Случай аутоиммунного постинфарктного синдрома Дресслера. **Р.Ф.Хамитов, И.А.Латфуллин, З.Ф.Ким** 60

СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

II Всероссийская конференция врачей медико-санитарных частей МВД и врачей Республики Татарстан (16—17 октября 2009 года, г. Казань). **Н.Б.Амиров, А.А.Визель, Л.Ф.Сабиров** 67

ЮБИЛЕИ

Профессор Сигитова Ольга Николаевна 73

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Кафедра общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета. **Н.Б.Амиров, А.Г.Щербакова** 74

Правила оформления статей и тезисов для авторов в журнал и приложения «Вестник современной клинической медицины» 76

CLINICAL OBSERVATIONS

Case of autoimmune postinfarction Dressler syndrome. **R.F.Khamitov, I.A.Latfoullin, Z.F.Kim** 60

CONGRESSES, CONFERENCES

II All-Russia conference of physicians of medico-sanitary stations the Ministry of Internal Affairs and physicians of the Republic of Tatarstan (October 16—17, 2009, Kazan). **N.B.Amirov, A.A.Vizel, L.F.Sabirov** 67

JUBILEE

Professor Sigitova Olga Nikolayevna 73

HISTORY OF MEDICINE

Department of general medical practice of the Kazan State Medical University. **N.B.Amirov, A.G.Shcherbakova** 74

The rules for article registration for authors 77

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ С ПАНДЕМИЧЕСКИМ ГРИППОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПНЕВМОНИЕЙ

АЙРАТ ЗАКИЕВИЧ ФАРРАХОВ, министр здравоохранения Республики Татарстан

РУФИНА КОНСТАНТИНОВНА ГОЛУБЕВА, зам. министра здравоохранения Республики Татарстан

АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ ВИЗЕЛЬ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой фтизиопульмонологии

ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет Росздрава» (lordara@mail.ru)

АЛБИР АЛМАЗОВИЧ ХАСАНОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1

ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет Росздрава»

ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ АНОХИН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских инфекций

ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет Росздрава»

АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ ВАНЮШИН, зав. отделением реанимации Республиканской клинической больницы

Минздрава Республики Татарстан

Реферат. Обобщен первый опыт работы с пандемическим гриппом. Сделаны предварительные рекомендации по оказанию медицинской помощи и лечению больных. Обсуждены особенности ведения беременных. Даны рекомендации по интенсивной терапии.

Ключевые слова: грипп, пневмония, беременность.

THE FIRST EXPERIENCE IN WORK WITH PANDEMIC INFLUENZA OF SEVERE COURSE, COMPLICATED BY PNEUMONIA

A.Z.FARRAKHOV, R.K.GOLOUBEVA, A.A.VIZEL, A.A.KHASANOV, V.A.ANOKHIN, A.A.VANYUSHIN

Abstract. The first operational experience with pandemic flu is generalized. Preliminary recommendations about rendering of medical aid and treatment of patients are made. Features of conducting pregnant women are discussed. Recommendations about intensive therapy are given.

Key words: flu, pneumonia, pregnancy.

Материал основан на первом краткосрочном опыте и предварительном анализе событий, дополнен официальной справочной информацией. За рубежом опыт и собственные наблюдения позволили нам рекомендовать ряд организационных и лечебных мероприятий, способствующих предупреждению распространения инфекции.

Организационные мероприятия

Ввести обязательное ношение масок всему персоналу ЛПУ и его посетителям (со сменой маски не реже, чем 1 раз в 4 ч, либо при ее увлажнении или загрязнении). Для общего использования применяется хирургическая маска. При проведении процедур, связанных с высоким риском образования патогенных аэрозолей (реанимационные мероприятия, интубация, бронхоскопия, отсасывание секрета и т.п.), применяются маски с высокой степенью фильтрации (N95, FFP-2 и их аналоги).

Регулярное мытье рук с мылом — основа предупреждения распространения инфекции в условиях стационара. Это простейшее противоэпидемическое мероприятие много раз подтверждало свою эффективность в госпиталях всего мира.

При поступлении большого количества больных (40 и более) мытье рук после каждого больного может привести к развитию дерматита у медицинского персонала, поэтому другой возможный вариант соблюдения сандезрежима — работа врачей, среднего и младшего персонала в перчат-

ках с соответствующей их обработкой после осмотра или проведения диагностических или лечебных мероприятий (при работе с кровью, биологическими жидкостями, внутренним исследованием — смена перчаток).

Грипп — динамичное, высокозаразное заболевание. Поэтому в одной палате могут находиться больные только в одной фазе болезни. Пациенты в остром (заразном) периоде заболевания не должны пребывать в той же палате, где и выздоравливающие. Поэтому при госпитализации необходимо соблюдение «принципа одновременного заполнения палат» в течение одного дня работы отделения. Сроки пребывания в стационаре следует сократить до минимума, с целью освобождения коек для вновь поступающих больных.

Следует ежедневно пересматривать состав больных в палатах, реформировывать их в соответствии с вновь поступающими и выздоравливающими.

Больных беременных женщин необходимо госпитализировать в отдельную палату инфекционной больницы, при необходимости экстренного родоразрешения (которое, как показывает практика, может быть произведено на любом сроке беременности, но чаще после 24 нед) — в наблюдательное отделение акушерского стационара 3-го уровня.

Поскольку существует высокий риск развития тяжелой пневмонии и респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ, некардиогенного отека легких), госпитализацию следует осуществлять в отделения, где до-

ступно в течение первых часов пребывания в стационаре рентгенографическое исследование и последующая респираторная поддержка. Рентгеновские аппараты должны быть настроены на исследование легких, недопустимо выполнение жестких снимков, на которых виден весь позвоночный столб. Рентгеновский снимок должен быть описан рентгенологом и представлен лечащему врачу в течение 30 мин после проведения снимка (целесообразна первичная оценка мокрого снимка, если обработка пленки проводится по старым технологиям). Оптимально применение цифровой рентгенографии с немедленной оценкой цифровой рентгенограммы.

Ординаторские реанимационных отделений, отделений интенсивной терапии, инфекционных, терапевтических и пульмонологических отделений, а также наблюдательных отделений родильных домов, где высоковероятно пребывание таких больных, должны быть оснащены негатоскопами, позволяющими одновременно установить не менее двух рентгенограмм органов грудной клетки стандартного размера для оценки динамики состояния больных. При низком качестве снимков и отсутствии негатоскопов высок риск пропуска патологии.

Необходимо постоянно анализировать поток больных, чтобы заблаговременно обеспечить ЛПУ необходимыми лекарственными средствами, масками, растворами. Следует определить вероятную потребность в искусственной вентиляции легких.

Работа с общественностью

ЛПУ, массово принимающее на госпитализацию заболевших, должно обеспечить строгий ограничительный (карантинный) режим. В то же время необходимо регулярно информировать родственников об объективной картине состояния пациентов. Следует назначить ответственного за этот процесс врача и среднего медработника, выделить телефон горячей линии, дать информацию в СМИ, на телевидение и в Интернет. Родственники по телефону могут узнать только о факте госпитализации пациента в ЛПУ. При личном обращении в ЛПУ и предоставлении документов, подтверждающих родство, дается полная информация о состоянии пациента. Целесообразно разрешить больным пользоваться сотовой связью (если позволяет окружающая медицинская аппаратура).

Следует объяснить родственникам, что контакт опасен для их здоровья и жизни, убедить пользоваться сотовой связью, не стремиться проникнуть в стационар.

Важен постоянный контакт со средствами массовой информации для предупреждения ненужного ажиотажа, неверной трактовки ситуации и обеспечения населения верной и нужной для оптимизации оказания помощи информацией.

Особенности течения пневмонии у больных, заболевших гриппом H1N1

Первые наблюдения за группой пациентов с тяжелыми формами гриппа позволили установить ряд особенностей болезни, типичной именно для этого возбудителя.

Несмотря на то что в эпидемический процесс вовлекаются все неиммунные лица (практически всех возрастов), наиболее поражаемый контингент — молодые люди возрастной группы 20—30 лет, чаще женщины. Именно в этой группе — более всего заболевших, а среди заболевших — наибольшее число тяжелых форм болезни. Отсутствуют объективные критерии лабораторной оценки, так как сравнительно небольшая

группа наблюдаемых пациентов не позволяет нам дать какое-либо объяснение этому феномену. Возможно, это может быть объяснено отсутствием какой-либо «иммунологической памяти» у лиц, родившихся после 1970 г. Вирус, сходный с циркулирующим в настоящее время, регистрировался в человеческой популяции с середины 50-х до середины 60-х гг. XX в. Это могло способствовать формированию определенной иммунной прослойки среди лиц, родившихся ранее указанного периода. Принимая относительность и «зыбкость» подобного рода объяснений такого сложного природного явления, как пандемия гриппа, мы сочли возможным о нем сказать, поскольку (так мы считаем!) осторожность и особое внимание именно к этому возрастному контингенту в современной эпидемии может помочь в терапевтической и противоэпидемической работе.

Вторая, достаточно большая группа, страдающая от инфекции, — беременные женщины (такое уже было в 1918 и 1957 гг.). Первые наблюдения не позволяют оценить факт повышенной восприимчивости к инфекции в этой группе пациентов. Для этого необходима статистика. Но то, что беременные женщины переносят заболевание тяжелее остальных — факт, безусловно, показательный и очевидный. Мы думаем, что наблюдения и заключения специалистов (иммунологов, инфекционистов, гинекологов, пульмологов) дадут объяснение этому драматическому феномену.

В эпидемический процесс вовлекаются люди всех возрастных групп. Тем не менее чаще болеют старшие дети (школьники) и молодые люди возрастной группы 20—30 лет. Тяжело переносят заболевание беременные женщины. В конкретной ситуации, сложившейся в г. Нижнекамске, заболевание развивалось по двум вариантам.

У ряда пациентов дебют болезни стремительный: от первых симптомов до тяжелого состояния проходит 2—3 дня. В целом это достаточно характерно для классического, сезонного гриппа. Оценивая характер симптомокомплекса гриппа, следует отметить достаточно частое вовлечение в процесс легочной ткани с формированием как вирусной, так и вирусно-бактериальной пневмонии. В остальном — все достаточно типично: высокая и фебрильная лихорадка, выраженные проявления общей интоксикации, частый сухой кашель с характерной болью за грудиной. Катаральный синдром выражен слабо.

Во втором случае в первые 5—7 дней формируется клиника среднетяжелой формы ОРВИ. К концу первой недели болезни самочувствие пациентов даже несколько улучшается, возможно умеренное снижение температурной реакции, что создает впечатление мнимого благополучия. На 5—7-й день состояние больного вновь ухудшается, нарастает лихорадка, слабость, появляются кашель и одышка. Именно этот вариант и является преобладающим.

Процесс в легких «идет» снизу вверх. Вначале появляется усиление легочного рисунка, преимущественно в нижних отделах, затем — картина нижнедолевой пневмонии. Инфильтрация возникает с одной или одновременно с двух сторон. Далее клиническая и рентгенологическая картины ухудшаются стремительно — в течение 3—5 часов. Интоксикация становится крайне тяжелой, путается сознание, падает насыщение крови кислородом (сатурация) до критических цифр, достаточно динамично нарастают явления гипоксической энцефалопатии. Состояние становится критическим и требует вентиляционной поддержки.

Рентгенологическая картина от классической нижней долевого пневмонии «переходит» к респираторному дистресс-синдрому взрослых (или некардиогенному отеку легких) с субтотальным или тотальным затенением обоих легких. Деструктивных изменений в ткани легкого и плевральных осложнений не наблюдали (томограммы не проводились). Несмотря на развитие столь драматичной картины в относительно поздние сроки гриппа, процесс плохо контролируется антибиотиками, что еще раз указывает на превалирование именно «вирусного» (а не бактериального) компонента воспаления. Очевидный эффект наблюдали от приема противовирусного препарата озелтамивира — *тамифлю*®.

В анализах крови больных тяжелыми формами гриппа чаще регистрировались нормоцитоз или лейкоцитоз до 20—24 Гига/л с гиперрегенераторным сдвигом формулы влево. Достаточно типично уменьшение числа тромбоцитов, однако развернутой картины тромбогеморрагического синдрома (за исключением вышеописанной клиники геморрагического отека легкого) не наблюдали.

Следует отметить типичную ошибку на раннем этапе ведения пневмонии — применение в течение нескольких дней НСПВС (диклофенак, вольтарен и т.д.) в начальный период болезни, что скрывало нарастание симптоматики и сопровождалось отсутствием адекватной воспалительной реакции со стороны периферической крови.

Улучшение состояния наблюдали к концу второй недели болезни. Положительная динамика в клинике, как правило, сопровождается улучшением как рентгенологической, так и гематологической картины.

Тактика ведения

В условиях высокого риска эпидемии гриппа H1N1 при первых симптомах ОРВИ врача следует вызвать на дом. Целесообразно назначение *арбидола*® в сочетании с *кагоцелом*®.

Основными препаратами лечения гриппа, вызванного вирусом штамма H1N1, являются ингибиторы нейраминидазы озелтамивир (*тамифлю*®) и занамивир (*реленза*®) (табл. 1).

Пневмония может развиваться по разным сценариям, и терапевтический подход к ней определяется на основании существующих критериев с последующим эмпирическим лечением.

Внебольничная пневмония. Если пациент в период prodromы гриппа находился дома и госпитализирован в момент резкого утяжеления, во время которого выявлены клинические и рентгенологические признаки пневмонии, то проводится терапия внебольничной пневмонии тяжелого течения (протокол 2006 г.). В течение первых суток становится очевидным, по какому пути развиваются события: сразу РДСВ или классическая пневмония. При развитии РДСВ преобладало вирусное поражение, и эффект антибиотиков был слабым вне зависимости от их групповой принадлежности.

При внебольничной пневмонии препаратами выбора являются *цефтриаксон* (или *цефотаксим*), ингибитор-защищенные *аминопенициллины* внутривенно капельно в сочетании с внутривенными формами *макролидов* (азитромицин, спирамицин, кларитромицин), альтернативой этому сочетанию являются респираторные *фторхинолоны* (левофлоксацин или моксифлоксацин) внутривенно. Аналогичный терапевтический подход рекомендуется, если пневмония развилась в течение первых двух суток с момента госпитализации. По мере улучшения состояния пациентов проводится переход на оральные формы антибиотиков тех же групп (ступенчатая терапия).

Следует также контролировать функцию печени. Если АлАТ, АсАТ повышены в 2—3 раза или более, то лучше не применять амоксициллин/клавуланат, а выбор бета-лактама остановить на цефтриаксоне или цефотаксиме. Среди макролидов в такой ситуации лучше использовать азитромицин.

Нозокомиальная пневмония (НП). Если пациент госпитализирован на раннем этапе заболевания с признаками ОРВИ и пневмония развилась на третьи сутки пребывания в стационаре или позднее, то терапия проводится по протоколу ведения больного с внутрибольничной (нозокомиальной) пневмонией (НП) 2009 г.

При ранней НП (до 4 сут) у пациентов, не получавших антибактериальную терапию/профилактику и не имеющих факторов риска резистентных возбудителей, этиологическая структура заболевания близка к внебольничным пневмониям, при этом полирезистентные возбудители маловероятны. Поэтому у таких пациентов оправдано назначение антибактериальных препаратов без антисинегнойной активности или анти-MRSA-активности: антистрептококковые цефалоспорины III

Таблица 1

Основные препараты лечения гриппа

Препарат	Терапевтическая доза	Профилактическая доза
Озелтамивир (тамифлю®) Oseltamivir	Взрослым и подросткам 13 лет и старше — 75 мг 2 раза в день	75 мг 1 раз в день
	Детям старше 12 мес: менее 15 кг — 30 мг 2 раза в день 15—23 кг — 45 мг 2 раза в день 24—40 кг — 60 мг 2 раза в день > 40 кг — 75 мг 2 раза в день	30 мг 1 раз в день 45 мг 1 раз в день 60 мг 1 раз в день 75 мг 1 раз в день
	Детям 6—11 мес — 25 мг 2 раза в день 3—5 мес — 20 мг 2 раза в день < 3 мес — 12 мг 2 раза в день	Нет данных Нет данных Нет данных
Занамивир (реленза®) Zanamivir	Взрослым 2×5 мг в ингаляциях 2 раза в день	2 ×5 мг ингаляции 2 раза в день
	Детям старше 6 лет — доза как для взрослых	2 ×5 мг ингаляции 2 раза в день только для детей старше 5 лет
Арбидол	Суточная доза 800 мг (200 мг 4 раза в день)	Суточная доза 400 мг
Кагоцел в комбинации с арбидолом	Кагоцел в первый день 72 мг, в последующие 3 дня — по 36 мг в день; арбидол — 800 мг в день	

поколения (цефотаксим, цефтриаксон) или фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин). В качестве альтернативы могут быть использованы пиперациллин/тазобактам или карбапенем, без антисинегнойной активности — эртапенем.

При поздней НП (более 4 сут пребывания в стационаре) препараты должны обладать антисинегнойной и антистафилококковой активностью, а также действовать на штаммы энтеробактерий, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра. Наиболее надежным режимом эмпирической терапии является применение карбапенемов в комбинации с линезолидом или ванкомицином, однако такие рекомендации во всех случаях малоосуществимы на практике из-за высокой стоимости этих препаратов. По всей видимости, назначение в качестве стартовой терапии антисинегнойных карбапенемов (меропенем, дорипенем или имипенем) в сочетании с препаратами, активными против MRSA (линезолид, ванкомицин), оправдано в особо тяжелых случаях НП

искусственная вентиляция легких (ИВЛ) у больных, находящихся в критическом состоянии в результате развития полиорганной недостаточности или септического шока. Назначение карбапенемов с линезолидом/ванкомицином или без должно обсуждаться во всех случаях неэффективности стартового эмпирического режима терапии с применением адекватных антибиотиков.

При назначении антибактериальных препаратов в одном отделении, в одной палате необходимо избегать стереотипного их назначения всем пациентам для предупреждения быстрого формирования резистентности (табл. 2).

Патогенетическая терапия тяжелой пневмонии в условиях гриппа

Внутривенное назначение гидрокортизона показано больным с септическим шоком, которые плохо отвечают на инфузионную терапию и терапию вазопрессорами (уровень рекомендаций В). При улучшении состояния

Таблица 2

Дозы antimicrobных препаратов при внутривенном введении для эмпирической терапии тяжелых пневмоний у взрослых пациентов с нормальной функцией почек и печени

<i>Цефалоспорины III поколения без антисинегнойной активности</i>	
Цефотаксим	2 г 3—4 раза в сут
Цефтриаксон	2 г 1—2 раза в сут
<i>Цефалоспорины с антисинегнойной активностью</i>	
Цефепим	2 г 2—3 раза в сут
Цефтазидим	2 г 3 раза в сут
Цефоперазон	2—3 г 2—3 раза в сут
<i>Карбапенемы</i>	
Дорипенем	0,5 г 3 раза в сут (4-часовая инфузия)
Имипенем	0,5—1 г 4 раза в сут или 1 г 3—4 раза в сут
Меропенем	0,5 г 3—4 раза в сут или 1 г 3 раза в сут (3-часовая инфузия)***
Эртапенем	1 г 1 раз в сут
<i>Ингибиторзащищенные β-лактамы</i>	
Пиперациллин/тазобактам	4,5 г 3—4 раза в сут
Цефоперазон/сульбактам	2—4 г 2—3 раза в сут
<i>Аминогликозиды</i>	
Амикацин	15—20 мг/кг 1 раз в сут*
Гентамицин	5—7 мг/кг 1 раз в сут*
<i>Фторхинолоны без антисинегнойной активности</i>	
Моксифлоксацин	400 мг 1 раз в сут
Офлоксацин	400 мг 2 раза в сут
<i>Фторхинолоны с антисинегнойной активностью</i>	
Ципрофлоксацин	600 мг 2 раза в сут или 400 мг 3 раза в сут
Левофлоксацин	500 мг 1—2 раза в сут или 1 г 1 раз в сут
<i>Антифолаты</i>	
Ко-тримоксазол	960—1920 мг 2 раза в сут
<i>Макролиды</i>	
Азитромицин	500 мг 1 раз в сут
<i>Препараты с активностью против MRSA</i>	
Линезолид	600 мг 2 раза в сут
Ванкомицин	15—20 мг/кг 2 раза в сут**
<i>Противогрибковые препараты</i>	
Вориконазол	Начинают с в/в введения по 6 мг/кг 2 раза в первые сут, затем по 4 мг/кг 2 раза в сут. После стабилизации состояния пациента возможен переход на пероральный прием. Насыщающая доза у пациентов с массой тела <40 кг составляет 0,2 г 2 раза в сут, а при массе >40 кг — 0,4 г 2 раза в сут, поддерживающая доза у пациентов с массой тела <40 кг — 0,1 г 2 раза в сут, а при массе >40 кг — 0,2 г 2 раза в сут.
Каспофунгин	В первые сутки — 70 мг, затем по 50 мг/сут
Амфотерицин В	0,3—1,5 мг/кг/сут; 1—5 мг/кг/сут

* Остаточные концентрации гентамицина и амикацина должны быть соответственно <1 мкг/мл и <4—5 мкг/мл.

** Остаточные концентрации ванкомицина должны быть 15—20 мкг/мл.

*** В случае штаммов *P. aeruginosa* с низкой чувствительностью суточная доза может быть увеличена до 6 г.

системную стероидную терапию отменяют. Оценивая общий принцип назначения глюкокортикостероидов (ГКС) при гриппе следует признать, что грипп — заболевание, при котором эти препараты должны назначаться с исключительной осторожностью. Так называемая «высокодозная» терапия ГКС должна использоваться в практике интенсивной терапии инфекционных больных только по жизненным показаниям (инфекционно-токсический шок).

Рекомендовано назначение либо низких доз нефракционированных гепаринов (НФГ) 2 или 3 раза в сут, либо низкомолекулярных гепаринов (НМГ) 1 раз в сут. Недавно выполненный метаанализ показал, что терапия НФГ 3 раза в сут более эффективна, но терапия НФГ 2 раза в сут — более безопасна (меньше риск кровотечений). НФГ предпочтительнее, чем НМГ, у больных с почечной недостаточностью. Контроль состояния осуществляется по АЧТВ, а не по гепариновому времени.

О назначении нестероидных противовоспалительных средств. Следует считать абсолютно противопоказанным назначение ацетилсалициловой кислоты пациентам в возрасте до 18 лет. Реальная опасность — синдром Рея (острая жировая дистрофия внутренних органов, проявляющаяся картиной бурно развивающейся печеночной энцефалопатии). Немногим лучше ситуация с другими жаропонижающими. С учетом стойкой и высокой лихорадки больные, как правило, склонны принимать достаточно большое количество антипиретиков. На этом фоне вполне реальна опасность побочной реакции препаратов этой группы — агранулоцитоза, тромбоцитопении, лейкомии. А это, в свою очередь, причина развития крайне тяжелых форм пневмоний.

Сопутствующие состояния

Течение и ведение беременности при гриппе H1N1.

Течение пневмонии, осложняющей этот вид гриппа, развивается по двум вариантам:

1) *стремительное течение* — за один день происходит генерализация процесса в легких от нижнедолевой односторонней пневмонии до двусторонней с поражением всех полей легких (развитие РДСВ). Примерный временной сценарий: поступление больной беременной женщины утром (7—8 часов) в удовлетворительном состоянии с признаками односторонней нижнедолевой пневмонии, днем (14 часов) — двусторонняя пневмония (или начало РДСВ?), 16 часов — тяжелая дыхательно-сердечная недостаточность и РДСВ с необходимостью проведения ИВЛ. Страдание плода в 100%. Через 2—3 дня ИВЛ наступает антенатальная смерть плода (на фоне проводимой трафаретной внутриматочной терапии и реанимации плода). Чаще по этому варианту идет развитие пневмонии у беременных со сроком беременности 26—32 нед, что соответствует нашим классическим понятиям о критических сроках беременности — этот период характерен увеличивающейся нагрузкой на сердечно-дыхательную систему и высоким риском развития ее декомпенсации;

2) *среднетяжелое течение* — беременные в удовлетворительном или реже в среднетяжелом состоянии, в сознании, вполне способны обслуживать себя самостоятельно. Как правило, не дают себе отчета о тяжести развития возможных осложнений. Срок беременности при втором более благоприятном варианте течения пневмонии — 1-й триместр и 36 и более нед.

Следует заметить, что зависимость течения пневмонии по 1-му или 2-му вариантам от срока беременности

прослеживается не всегда. Например, 1-й вариант развития пневмонии мы наблюдали у женщины при сроке беременности 9 нед и, напротив, 2-й вариант — при сроке беременности 18—19 нед.

Пролонгирование беременности:

1. При острой пневмонии, отсутствии дыхательной недостаточности и положительном эффекте от проводимой терапии возможно (и рекомендуется) продолжение беременности.

2. При стремительном течении пневмонии (по 1-му варианту) и нарастании дыхательной недостаточности в первые же сутки необходимо своевременно рассмотреть вопрос об оперативном родоразрешении. Пролонгирование беременности при дальнейшем прогрессировании дыхательно-сердечной недостаточности может привести к печальным результатам.

Последовательность развития событий при этом следующая: возникает необходимость проведения ИВЛ, затем наступает смерть плода, далее реализация кесарева сечения по абсолютным показаниям со стороны беременной женщины при крайне тяжелом ее состоянии в коме 3—4, кратковременное улучшение состояния родильницы, а затем утяжеление вплоть до терминального.

3. При развитии тяжелой острой дыхательной недостаточности, легочно-сердечной недостаточности сохранение беременности противопоказано. Прерывание беременности в этом случае необходимо при достижении максимально возможного улучшения состояния беременной (Шехтман М.М., 2003).

4. Экстренное родоразрешение вне зависимости от состояния легочно-сердечной недостаточности следует проводить только при появлении абсолютных показаний со стороны беременной, а именно: появление маточного кровотечения вследствие преждевременной отслойки плаценты.

5. Ведение беременных с тяжелой легочно-сердечной недостаточностью и мертвом плоде необходимо проводить по тому же принципу: родоразрешение при улучшении состояния. Экстренное родоразрешение этих беременных показано в следующих случаях (дополнение к пункту 5 см. выше пункт 3):

- а) острая почечная недостаточность (ОПН);
- б) коагулопатия и развитие 2-й фазы синдрома ДВС;
- в) прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Необходимо особо подчеркнуть следующее. Если раньше мы считали (и вполне обоснованно), что прерывание беременности улучшает состояние женщин с той или иной формой экстрагенитальной патологии, которая служила показанием к родоразрешению, то в данном случае ситуация абсолютно противоположная.

Например, после родоразрешения 8 наших беременных женщин при сроке беременности 28—32 нед наступило кратковременное улучшение (в течение 6—12 ч) с последующим катастрофическим ухудшением тяжести основного заболевания — генерализации и увеличении площади пораженного легкого (с падением сатурации на фоне ИВЛ до критических цифр) и дальнейшего прогрессирования полиорганной недостаточности. Одна родильница погибла при прогрессировании легочно-сердечной недостаточности.

Показаниями к операции были, например, у беременной X.: длительный безводный промежуток с появлением признаков хорионамнионита. Проведено кесарево

сечение с дальнейшей простой экстирпацией матки с трубами. У беременной Г.: острая гипоксия плода. Объем операции — кесарево сечение. Во всех случаях родоразрешение проводилось только после улучшения состояния больных.

Способ прерывания беременности. При наличии условий — через естественные родовые пути с минимальным ограничением введения утеротонических препаратов и выключением или укорочением второго периода (операция наложения акушерских щипцов, вакуум-экстракция, одномоментное опорожнение матки при мертвом плоде). При отсутствии условий — кесарево сечение. Увеличение объема операции с последующей экстирпацией матки рекомендуется только при наличии общепринятых в акушерстве показаний:

1. Признаки хориоамнионита (экстирпация матки с трубами).

2. Продолжающееся гипотоническое или коагулопатическое маточное кровотечение при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии и органосохраняющих методик.

Бронхиальная астма и ХОБЛ. Вирусные респираторные инфекции приводят к обострению бронхообструктивных заболеваний, что требует коррекции их лечения. Может быть необходимо увеличение дозы и кратности применения бронхолитиков или ингаляционных стероидов, их доставка через небулайзер, а при искусственной вентиляции — подключение небулайзера к дыхательному контуру.

Сахарный диабет, почечная недостаточность и заболевания печени должны быть объектом постоянного внимания и коррекции терапии.

Ожирение увеличивает вероятность раннего развития дыхательной недостаточности.

Ведение больных в условиях отделений интенсивной терапии и реанимации

Механическая вентиляция легких (далее ИВЛ) в наших случаях явилась одним из основных и самых важных методов интенсивной терапии у пациентов с вирусно-бактериальными пневмониями, осложненными тяжелой рестриктивной патологией — РДСВ. Учитывая небольшой опыт, количество наблюдаемых пациентов и количество завершенных исходов заболеваний на данный период, было бы преждевременно формулировать определенные стандарты в проведении ИВЛ и интенсивной терапии. Однако нам хотелось бы просто поделиться некоторым опытом лечения этих пациентов, сформулировав следующие принципы:

1. Своевременность перевода больных на ИВЛ.

Не все наблюдаемые нами случаи вирусных пневмоний протекали с ОДН и РДСВ. У некоторых больных рентгенологически мы видели двусторонние инфильтративные изменения легочной ткани на 2—4-е сут от начала заболевания без клинически выраженной ОДН. При возникновении респираторного дистресс-синдрома взрослых (и клинически, и рентгенологически!) все больные в разные сроки были переведены на различные режимы ИВЛ. Запоздывание с началом ИВЛ в некоторых случаях привело к усугублению гипоксии и прогрессированию полиорганной недостаточности. В ряде случаев (при отсутствии анализатора КЦС артериальной или венозной крови, капнографии) единственным маркером гипоксемии, к сожалению, была лишь неинвазивная пульсоксиметрия — SpO_2 , который в ряде случаев отставал от клинической картины РДСВ. Таким образом,

комплексная оценка тяжести острой дыхательной недостаточности (ОДН, РДСВ) позволяет принять решение о раннем переводе таких пациентов на ИВЛ до прогрессирования гипоксемии, что будет являться важным патогенетическим методом и прогностическим критерием в интенсивной терапии этих пациентов.

2. Режим ИВЛ.

Без учета этиологии острого повреждения легких, осложненного РДСВ, мы остаемся убежденными сторонниками оптимального и патогенетически обоснованного режима механической вентиляции по давлению у этих больных респираторами PCV или VIPAP в зависимости от их марки и оснащения ОРПТ. Данные режимы обеспечивают равномерное распределение дыхательной смеси в отделы легких с разной степенью повреждения и растяжимостью при РДСВ, несут минимальный риск баротравмы. Следует отметить тот факт, что врачи некоторых районов «отмечали» низкую эффективность режимов вентиляции по давлению и в ряде случаев предпочитали вентиляцию по объему, причем дыхательный объем (ДО) на аппарате доводили до 700—800 мл, получая реальный ДО лишь 300—400 мл, но при этом отмечали увеличение SpO_2 . При детальном обсуждении выяснялось, что врачи недостаточно владеют принципами проведения и мониторинга ИВЛ по давлению; не подбирали индивидуально основные параметры, такие как T_{insp} — время вдоха, $P_{control}$, РЕЕР (ПДКВ), не учитывали формы дыхательных кривых и графиков на современных аппаратах ИВЛ.

Основные принципы:

- Адекватная седатация пациента на ИВЛ. В первые часы и сутки — «жесткая» ИВЛ с миорелаксантами, особенно у пациентов с РДСВ. Это позволяет в самом начале подобрать оптимальный режим вентиляции и купировать прогрессирующую гипоксемию. Нет необходимости пациента с гипоксемией заставлять «работать»! Энергетическая ценность такого «дыхания» высока, а «радоваться, что пациент, несмотря на тяжесть состояния, в сознании» в данном случае излишне. При необходимости для оценки тяжести гипоксической энцефалопатии возможно кратковременное пробуждение больного. Кроме того, обязательно введение наркотических анальгетиков, особенно в первые часы и сутки после перевода на ИВЛ.

- Давление на вдохе ($P_{control}$ и P_{peak}) устанавливали индивидуально с целью поддержания дыхательного объема в пределах 7—8 мл/кг. В большинстве случаев оно не превышало 30—35 см вод.ст.

- РЕЕР (ПДКВ) подбирался тоже индивидуально, однако у всех больных меньше 4—6 см вод.ст. РЕЕР в ближайшие 2—3-и сут не устанавливался. У некоторых пациентов мы не выявили зависимости РЕЕР и сатурации (по возможности артериальной крови в РКБ, в большинстве случаев SpO_2 по пульсоксиметрии в ЦРБ и ГБ).

К приему «открытых легких» прибегали у двух пациентов при нарастании гипоксемии и гиперкапнии: повышали P_{peak} до 40 см вод.ст. и РЕЕР до 15 см вод.ст., но очень кратковременно — на 50—60 мин.

- FiO_2 варьировала в больших пределах: от 60 до 100%. Мы старались максимально «учитывать» отрицательные пневматоксические эффекты кислорода и не превышать FiO_2 больше 50—60%, но в ряде случаев, повышение FiO_2 до 100% было единственным (возможно парадоксальным) эффективным средством уменьшения степени гипоксемии.

- T_{insp} — продолжительность вдоха, как РЕЕР и $P_{control}$ подбирали индивидуально, но основная цель — это

дыхательный объем (ДО) в пределах 7—8 мл/кг и максимальная сатурация. В некоторых случаях у пациентов на разной стадии заболевания и степени гипоксемии этот параметр приходилось увеличивать до 1,7—2 с.

- Во всех случаях ИВЛ необходимо применение бактериально-вирусных фильтров (в случае отсутствия увлажнителя в аппарате ИВЛ с тепловлагообменником!). Это позволяет защитить персонал, а также максимально уменьшить риск присоединения внутрибольничной инфекции.

- Считаю важным при проведении ИВЛ у этих больных изменение положения тела — пронопозиции (на боку, на животе).

3. Инфузионная терапия.

- Инфузионная терапия минимальная. У всех больных субтотальное поражение легких, осложненное РДСВ, сопровождалось гипертензией в малом круге кровообращения (по ЭКГ, ЭХО КС, Ro ОГК, ЦВД и ДЗЛА). Мы старались ограничиваться только введением антибактериальных, иммуностимулирующих, гормональных препаратов и диуретиков при внутривенном введении. Объем инфузии составлял 500—800 мл/сут (под контролем ЦВД, диуреза, АД_{ср.}). Однако в ряде случаев приходилось увеличивать объем инфузии при развитии ОССН и признаков гиповолемии (ЦВД, гематокрит, осмолярность). Во всех случаях к объему инфузионной терапии нужно подходить индивидуально.

- Всем больным мы рекомендовали раннее начало проведения энтерального зондового питания. Оптимально—высококалорийные смеси в малых объемах — «фрезубин-энергия». Дозы подбирались индивидуально (масса тела, усвояемость, биохимия).

К сожалению, в некоторых случаях наблюдалась полипрагмазия: назначалась инфузионная терапия в объеме до 2—2,5 л/сут без адекватного мониторинга ЦВД, ДЗЛА и сердечного выброса; вводились декстраны, гидроксипропилированные крахмалы, альбумины, растворы глюкозы и т.д., т.е. препараты не только с низкой доказательной базой, но и, учитывая патогенетические механизмы развития гипоксемии, крайне опасные, способствующие изменению кислотно-щелочного состава крови и оказывающие отрицательное (неконтролируемое) влияние на осмолярность и коллоидно-онкотическое давление.

4. Противовирусные препараты получали в ОРИТ с первых дней 98% пациентов. В зонд вводили тамифлю в суточной дозе 150 мг, средний курс 5—8 дней.

5. Антибиотики назначались всем пациентам с первых дней. Проводилась эмпирическая терапия, преимущественно макролидами, карбапенемами и фторхинолонами. К сожалению, микробиологические исследования проводились лишь в 20—30% случаев (во многих ЦРБ есть проблемы с баклабораториями).

Остается вопрос: с какой пневмонией в начале заболевания мы имеем дело — вирусной или бактериально-вирусной? С осторожностью хотим отметить отсутствие клинической эффективности стартовой антибактериальной пневмонии в течение 3—5 дней у большинства больных с момента поступления в ОРИТ. Возможно пациенты поступают с вирусной пневмонией, в ряде случаев осложненной РДСВ. В дальнейшем необходимо отслеживать возникновение вторичной бактериальной пневмонии. В связи с этим считаем важным раннее назначение современных противовирусных препаратов с доказательной базой эффективности — озелтамивира (тамифлю®) и занамивира (реленза®).

6. Кортикостероиды назначались в 100% случаев с первых дней. Дозы варьировались от 2 до 15 мг/кг преднизолона в сут, с учетом развития РДСВ. Следует отметить, что их клиническая эффективность оставалась сомнительной.

7. У нескольких больных по данным иммунограммы отмечалось снижение иммуноглобулинов класса М в начале заболевания и осложнений. Несмотря на низкую доказательную базу, в 20% случаях короткими курсами назначались моноклональные и поликлональные иммуноглобулины, преимущественно в первые сутки с начала ИВЛ.

8. В ряде случаев применяли экстракорпоральные методы детоксикации и дегидратации, преимущественно у больных с синдромом полиорганной недостаточности (СПОН).

После написания и рассылки материала поступили следующие комментарии.

Комментарий профессора В.А. Руднова (Екатеринбург).

Считаю возможным высказать следующие соображения по проблеме. Насколько я информирован, доказательства эффективности арбидола и кагоцела отсутствуют. Но данное замечание менее всего касаются реаниматолога.

Главный совет в другом. Причина дыхательной недостаточности при гриппе, как и при бактериальных инфекциях, — развитие ОРДС, наряду с микробным воспалением появляются очаги неспецифического (неинфекционного) воспаления, повреждающие газообменную функцию легких. В этой связи два практических соображения.

Первое — родоразрешение, второе — в условиях ОРИТ вести больных как с ОРДС-протективной ИВЛ, ограничительная инфузионная терапия, специальные энтеральные смеси для нутритивной поддержки — Охера. Стали появляться работы (4—5), показывающие пользу низких доз ГКС в/в — гидрокортизон 300 мг/сут и метилпреднизолон 1 мг/кг в виде суточной инфузии.

Комментарий профессора И.Ф. Фаткуллина, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 КГМУ.

Отношение к родоразрешению сдержанное. Неубедительно, что оно снижает летальность. Главное — раннее начало этиотропного лечения, грамотная терапия дыхательной недостаточности и РДСВ, полноценное наблюдение. Родоразрешение по акушерским и жизненным показаниям в первую очередь в интересах матери. Результаты плохие при недоношенной беременности. Неясно как влияет родоразрешение и его способ (кесарево сечение или роды) на заболеваемость новорожденных. Целесообразно исследовать плаценту (послед) на наличие вирусов и массивность поражения, что в дальнейшем поможет понять патогенез поражения беременных и плода и обосновать тактику ведения.

Комментарий главного терапевта Минздрава России, профессора, академика РАМН А.Г. Чучалина.

Я хочу поблагодарить вас за инициативу обсудить и обменяться опытом по ведению больных гриппом. Первое положение, которое, мне кажется, важно проводить — это как можно раннее назначение базисной противовирусной терапии. Мой опыт последних дней привел меня к мысли о назначении двойной противовирусной терапии. Я стал назначать сочетанную терапию: тамифлю® и ингавирин®. Однако необходимо подчеркнуть, что у гипоксемических больных суточную дозу тамифлю нужно увеличить как минимум в 2 раза. При

неэффективности терапии кислородом, необходимо в ранние сроки проводить сеансы неинвазивной вентиляции и, наконец, механической вентиляции. Однако при рефрактерной гипоксемии необходимо назначать оксид азота или простаглицлины, но реализовать эти рекомендации можно лишь в нескольких центрах страны. В российской ситуации предельно важна ранняя диагностика и ранняя эмпирическая противовирусная терапия. У нас ограниченный опыт сочетанного назначения ингавирина системного и ингаляционного, но сегодня уже можно говорить о положительном опыте. Я хотел бы привлечь внимание коллег к постпандемическим изменениям в легких. Наш московский опыт говорит о растущем числе больных с интерстициальной пневмонией, имеющей клинические признаки идиопатического легочного фиброза. Мы проводим пилотное исследование отечественного ингаляционного интерферона. Благодарю за такую прекрасную инициативу.

Комментарий главного акушера-гинеколога Росздрава Надзорова, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, заслуженного деятеля РФ, профессора В.Е. Радзинского.

Беременность и вирусные заболевания остаются «terra incognita» во всем мире, особенно в развивающихся странах и южных регионах бывшего СССР. Именно в Туркменистане один раз в семь лет (с вариациями) эпидемически распространяется вирусный гепатит *E* (бывший «ни *A*, ни *B*»), который был роковым только для беременных женщин. Они погибали за 6—8 ч от гепатаргии, совпадающей по времени с прерыванием беременности всегда (!), но иногда выживали, если гепатаргию переживали с плодом в матке. До 1985 г. тактика была одна, рекомендованная главным акушером-гинекологом проф. Т.А. Старостиной, но официально не предписанная Минздравом СССР, а именно: прерывать беременность на любом сроке после установления диагноза ВГ «ни *A*, ни *B*». Умирили почти все. С 1985 г. мы стали любым способом пролонгировать беременность, хотя бы на срок гепатаргии. Делали это сульфатом магния и бета-миметиками, тогда это был бриканил. О результате я вам писал — летальность снизилась на 60%. Эту

же тактику применяли в 1992 г. и 1999 г. (не знаю про 2006 г.), но теперь точно также поступают при свином гриппе. Там ситуация еще сложнее, чем в Татарстане. Самая плохая ситуация — в Украине, где не скрывают гибель 24 беременных женщин от пневмонии, развившейся после вирусного гриппа. Обсуждение проблемы с главными акушерами-гинекологами минздравов Туркменистана и Украины позволило прийти к следующему заключению: 1) вакцинацию беременных проводить с 12 нед (предосторожность может быть даже излишняя, так как нет данных о негативном влиянии вакцинации на беременность); 2) беременность пролонгировать любыми токолитиками при всех формах поражения респираторной системы, в том числе и во время ИВЛ, вплоть до агонального состояния, когда беременную следует родоразрешить кесаревым сечением *ante mortem*. Беременность не должна быть поводом отказа от любых методов лечения. Беременность — физиологическое состояние женского организма. Легенды 50-х гг. о том, что «матка подпирает диафрагму, давит на почки, печень и желчный пузырь», не выдерживают критики, так как природа позаботилась об автономности репродуктивной системы и сохранности материнского организма. Поэтому, не рассматривая беременность как болезнь, не следует принимать мер к ее термации, кроме известных императивных показаний — отслойка плаценты, эклампсия (не всегда) и кесарево сечение на умирающей или на трупе. Последнее в российском законодательстве не прописано. Могу заверить всех заинтересованных специалистов в том, что собственный опыт пролонгирования беременности при менингите, туберкулезе в активной форме, амебиазе печени с формированием абсцесса, перитоните после аппендикулярного инфильтрата (4 релапаротомии), гангрене с хирургическим лечением (лампасные разрезы) позволял, как и при вирусном гепатите, сохранять чаще всего обе жизни и всегда — материнскую (кандидатская диссертация Р.А. Хасановой «Беременность у женщин с вирусным гепатитом «ни *A*, ни *B*»).

Надеюсь, что эти рассуждения окажутся в какой-то степени полезными для принятия концепции в Татарстане.



© Н.А.Кошелева, А.П.Ребров, 2009

УДК 616.12-008.46-036.12-085.22

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ И АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

НАТАЛЬЯ АНАТОЛЬЕВНА КОШЕЛЕВА, ассистент кафедры госпитальной терапии
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава»

АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ РЕБРОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной терапии
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Терапевтическое обучение и амбулаторное наблюдение больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) способствуют повышению приверженности пациентов к лечению и улучшению прогноза. *Цель* — определить роль обучения и амбулаторного наблюдения в оптимизации терапии у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. 80 пациентов с ХСН I—IV ФК, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, были разделены на две группы активного ($n=40$) и стандартного ($n=40$) ведения. Всем пациентам проводилось терапевтическое обучение. Больные группы активного ведения наблюдались амбулаторно посредством телефонных контактов с периодичностью 1 раз в мес, в составе комплексной терапии им назначался иАПФ — лизиноприл (листрил, «Д-р Редди'с», Индия). У пациентов группы стандартного ведения не было регулярного наблюдения. Обследование больных проводилось при 1-м визите (нулевая нед), 2-м визите (24-я нед), 3-м визите (52-я нед). Терапевтическое обучение и динамический контроль за выполнением пациентами рекомендаций врача позволили сохранить высокую приверженность пациентов терапии. В группе больных активного ведения в большей степени улучшилось качество жизни, дистанция 6-минутной ходьбы, наблюдалось замедление прогрессирования ремоделирования сердца по сравнению с группой пациентов стандартного ведения. Активное наблюдение больных ХСН позволило в течение года уменьшить количество неблагоприятных событий как за счет уменьшения числа ухудшений ХСН (на 40,2%), так и дестабилизации ИБС (на 12,4%) по сравнению с группой пациентов стандартного ведения. Назначение лизиноприла в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, терапевтическое обучение, амбулаторное наблюдение.

IMPORTANCE OF THERAPEUTIC TRAINING AND OUTPATIENT OBSERVATION IN OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE DEVELOPED AFTER Q-MYOCARDIAL INFARCTION

N.A.KOSHELEVA, A.P.REBROV

Abstract. Therapeutic training and outpatient observation of patients with congestive heart failure (CHF) contribute to their better treatment compliance and more favorable prognosis for the disease. Aim: to determine the importance of training and outpatient observation in optimization of treatment of patients with CHF developed after Q-myocardial infarction. 80 patients with Functional Classes I—IV CHF were divided into two groups: the 1st group was of active management ($n=40$) and the 2nd group was of standard management ($n=40$). All patients underwent therapeutic training. Patients of the active management group were followed-up outpatiently by means of telephoning once a month. They were administered ACE inhibitors — Lisinopril (Listril, Dr.Reddy's, India) as a part of complex treatment. Patients of the standard group management were not followed-up on a regular basis. Examination of the patients was carried out during visit 1 (week 0), visit 2 (week 24), visit 3 (week 52). Therapeutic training and dynamic patient monitoring adherence to treatment allowed to highly impact on patients' treatment compliance. Patients of the active management group showed better results in quality of life, and in the 6-minute walk test. They also showed the slowing down of the heart remodeling progression in comparison to the patients of the standards management group. Active management of the patients with CHF within one year enabled to decrease the number of unfavorable events due to progression of CHF (by 40,2%) as well as destabilization of IHD (by 12,4%) compared to the patients of the standard management. Being administered as a part of complex treatment, Lisinopril proved to be highly tolerant and efficient.

Key words: congestive heart failure, therapeutic training, outpatient observation.

По данным исследования ЭПОХА-ХСН, распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в Европейской части России составила 12,3% [3]. Эпидемиологические исследования показали,

что, несмотря на повсеместное внедрение во врачебную практику самых эффективных средств терапии ХСН — иАПФ и β -блокаторов, однолетняя смертность больных в этой популяции остается по-прежнему высокой, до-

стигая 30% в год [5]. Одним из эффективных методов улучшения качества лечения пациентов с ХСН стали программы лечения сердечной недостаточности, важнейшей частью которых является обучение пациентов и их родственников [7]. Как показывают данные многочисленных международных исследований, внедрение программ обучения и амбулаторного мониторинга больных ХСН является эффективным и экономически выгодным механизмом повышения качества лечебной помощи [4]. Первым крупным российским многоцентровым исследованием эффективности использования обучения и мониторинга пациентов с ХСН стало исследование ШАНС (Школа и Амбулаторное Наблюдение больных с Сердечной недостаточностью) [1]. Это исследование продемонстрировало высокую эффективность программ обучения и амбулаторного наблюдения по уменьшению выраженности симптомов ХСН, улучшению функционального состояния пациентов, повышению качества жизни, а также достоверному улучшению показателей центральной и периферической гемодинамики. В программу «ШАНС» и ряд подобных исследований включались пациенты с различной этиологией ХСН [2]. Влияние обучения и амбулаторного наблюдения на качество лечения у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, изучено недостаточно. Однако именно в этой группе пациентов наиболее неблагоприятен прогноз, проявляющийся нарастанием симптомов ХСН, дестабилизацией ИБС, внезапной коронарной смертью.

Целью исследования явилось определение роли обучения и амбулаторного наблюдения в оптимизации лечения у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда.

Материал и методы. В открытое проспективное рандомизированное исследование включены 80 больных с симптомами ХСН. Критерии включения: наличие симптомов ХСН, развившихся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, нарушение систолической функции (ФВ<45%), информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: нестабильная стенокардия, повторный инфаркт миокарда в течение 3 мес перед исследованием. Отбор больных и включение их в исследование осуществлялись в кардиологическом отделении Саратовской областной клинической больницы после стабилизации состояния пациентов.

Все пациенты методом случайных чисел рандомизировались в две группы: 1-я группа — активного ведения, 2-я группа — стандартного ведения. С пациентами 1-й группы (активного ведения) проводилось обучение, включающее групповое занятие в «Школе больных ХСН», два индивидуальных занятия по 30 мин, амбулаторное наблюдение посредством телефонных контактов с периодичностью 1 раз в месяц. При телефонном звонке оценивались состояние больного, проводимая терапия, давались рекомендации по лечению. В составе комплексной терапии назначался иАПФ — лизиноприл (листрил, «Д-р Редди'с», Индия). С момента включения в исследование (с нулевой нед по 24-ю нед) лизиноприл предоставлялся больным; препарат принимали 100% пациентов этой группы. С 24-й нед по 52-ю нед пациенты приобретали препарат сами; 80% пациентов использовали листрил, 20% — принимали другие иАПФ.

С пациентами 2-й группы (стандартного ведения) проводилось терапевтическое обучение, включающее групповое занятие в «Школе больных ХСН» и два ин-

дивидуальных занятия по 30 мин. После выписки из кардиологического отделения этим больным было рекомендовано в составе комплексной терапии продолжить прием иАПФ и наблюдение в условиях поликлиники по месту жительства. Большинство пациентов (55%) этой группы принимали эналаприл.

Исходно пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, курению, количеству перенесенных инфарктов миокарда, длительности ХСН, функциональному классу стабильной стенокардии, встречаемости артериальной гипертензии, ее длительности, наличию сахарного диабета, индексу массы тела (табл. 1).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных хронической сердечной недостаточностью ($M \pm SD$)

Показатель	1-я группа (активное ведение), $n = 40$	2-я группа (стандартное ведение), $n = 40$
Возраст, годы	55,2±7,3	55,3±6,7
Мужчины, %	87,5	87,5
Курение, %	85	87,5
Количество перенесенных инфарктов миокарда	1,4±0,6	1,3±0,7
Длительность проявлений сердечной недостаточности, годы	4,2±2,9	4,2±3,2
Стабильная стенокардия, функциональный класс	3,5±0,4	3,6±0,7
Артериальная гипертензия, %	87,5	87,5
Длительность артериальной гипертензии, годы	12,2±6,0	8,9±6,2
Сахарный диабет, %	15	15
Индекс массы тела, кг/м ²	29,2±6,7	28,8±6,7

Период наблюдения составил 52 нед, за это время каждым больным было проведено 3 визита: визит 1-й — иницирующий (нулевая нед), визит 2-й — промежуточный (24-я нед), визит 3-й — заключительный (52-я нед).

За период наблюдения анализировалась динамика следующих параметров: клиническое состояние больных, качество жизни (Минесотский опросник качества жизни), дистанция в тесте 6-минутной ходьбы, объективные показатели структуры и функции сердца по данным эхокардиографии, приверженность пациентов к лечению (комплаентность в приеме основных групп лекарственных средств), развитие неблагоприятных событий — ухудшение ХСН, дестабилизация ИБС, смерть.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 7.0. Применены описательные, параметрические и непараметрические методы статистики. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Основными задачами образовательных программ для пациентов является формирование партнерства между врачом и пациентом, осознанное отношение пациента к лечению, повышение приверженности терапии. Однако только обучением реализации этих положений добиться сложно, необходимо не только подкрепление информации, но и регулярный контроль, возможность своевременной коррекции проводимой терапии. Именно для реализации такого подхода с больными 1-й группы осуществлялся дополнительный активный телефонный контакт. Различия между больны-

ми двух групп при динамическом наблюдении вылилось в разную приверженность терапии, в разную частоту приема препаратов, что отражено в *табл. 2*. Кроме указанных в таблице препаратов, все больные получали антиагрегантную терапию, 80% обследуемых принимали нитраты с учетом имеющейся у них стенокардии напряжения III—IV функционального класса, 1 пациент принимал сердечные гликозиды и только 3 больных — ингибиторы рецепторов ангиотензина II.

Таблица 2

Частота приема препаратов пациентами с ХСН при динамическом наблюдении (%)

Препараты	Группа	Нулевая нед	24-я нед	52-я нед
иАПФ	1-я	100	100	90
	2-я	100	62	62
β-блокаторы	1-я	95	90	90
	2-я	92,8	62	62
Антагонисты альдостерона	1-я	60	60	60
	2-я	60	41	41
Мочегонные	1-я	15	3	1
	2-я	17	16*	7
Статины	1-я	95	85	85
	2-я	95	50	50

Примечание: * $p < 0,05$ — достоверность различий между группами.

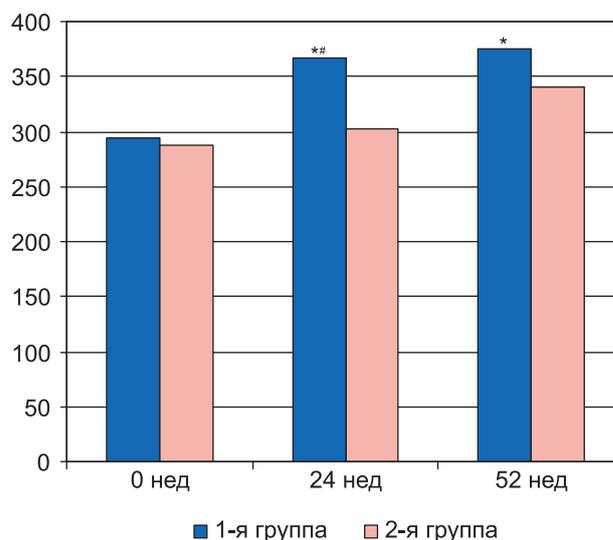
Больные группы активного наблюдения в течение первых 24-х нед принимали иАПФ в 100%, что обусловлено тем, что лизиноприл предоставлялся пациентам; при этом была отмечена хорошая переносимость и безопасность этого препарата. К 52-й нед наблюдения двое больных перестали принимать иАПФ из-за снижения артериального давления. В 1-й группе β-блокаторы принимали 90% пациентов, антагонисты альдостерона — 60% больных, статины — 85% пациентов.

В группе обычного ведения приверженность пациентов к терапии была значительно хуже. Одна треть больных не принимала иАПФ и β-блокаторы, половина пациентов — статины, на 20% снизился прием верошпирана. При этом потребность в мочегонных (фуросемид, торасемид, гипотиазид) у больных этой группы существенно выросла к 24-й нед наблюдения.

Таким образом, обучение и динамический контроль за выполнением пациентами рекомендаций врача позволили реально сохранить достаточно высокую приверженность пациентов терапии. Каким образом это сказалось на течении заболевания и его исходах?

При оценке клинического состояния, дистанции 6-минутной ходьбы исходные данные больных обеих групп были практически идентичны, но в процессе наблюдения и лечения были выявлены существенные различия (*рисунк*).

У больных 1-й группы значительно улучшилась переносимость физической нагрузки. Дистанция 6-минутной ходьбы у больных активного ведения к 24-й и 52-й нед существенно увеличилась по сравнению с исходной дистанцией. У пациентов 2-й группы со стандартным ведением отмечена только тенденция к увеличению дистанции 6-минутной ходьбы, но пророст величины дистанции статистически незначим. При этом дистанция 6-минутной ходьбы у больных 1-й группы на 24-й



Результаты теста 6-минутной ходьбы у больных активного (1-я группа) и стандартного (2-я группа) ведения в динамике

Примечание. * $p < 0,05$ — достоверность различий дистанции 6-минутной ходьбы у больных 1-й группы относительно исходной дистанции (нулевая нед).

$p < 0,05$ — достоверность различий дистанции 6-минутной ходьбы у больных 1-й группы и больных 2-й группы на 24-й неделе наблюдения.

нед наблюдения достоверно больше, чем у больных 2-й группы.

Улучшение качества жизни (КЖ) по данным Миннесотского опросника КЖ в группе активного наблюдения к 24-й нед отмечено на 14,7%, а к 52-й нед — уже на 28% по сравнению с исходными данными. У больных 2-й группы также выявлено улучшение КЖ, но только на 8 и 15% соответственно.

Таким образом, у больных ХСН, находившихся под активным наблюдением, на фоне проводимой терапии установлено существенно лучшее функциональное состояние и большая переносимость физических нагрузок по сравнению с пациентами, прошедшими только обучение.

Достаточная продолжительность настоящего исследования позволила получить доказательства возможности сдерживания прогрессирования процессов ремоделирования сердца при проведении адекватной терапии. На момент включения в исследование у больных обеих групп отмечались значительные морфофункциональные изменения сердца (*табл. 3*). У всех включенных в исследование пациентов имелась выраженная дилатация полостей сердца, тяжелая диастолическая дисфункция и нарушение систолической функции (ФВ < 45%).

У больных группы активного наблюдения к 24-й нед отмечено существенное улучшение таких параметров, как конечно-систолический размер левого предсердия (КСР ЛП), конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) по сравнению с параметрами больных группы стандартного ведения. При этом у больных 1-й группы фракция выброса (ФВ) стала достоверно больше, чем ФВ у больных 2-й группы. При дальнейшем наблюдении у больных 2-й группы сохраняется неблагоприятная динамика изменений эхокардиографических параметров, особенно повышение давления в легочной артерии.

Таблица 3

Динамика эхокардиографических показателей у больных ХСН ($M \pm SD$)

Параметры	Группа	Нулевая нед	24-я нед	52-я нед
УО, мл	1-я	78,4±20,1	78,9±19,8	74,8±15,5
	2-я	78,2±14,8	78,3±14,7	79,2±15,2
КСР ЛП, см	1-я	4,4±0,4	4,3±0,3	4,4±0,4
	2-я	4,5±0,4	4,6±0,5*	4,7±0,4
КСР ЛЖ, см	1-я	5,0±0,8	4,9±0,8	5,1±0,8
	2-я	5,2±1,0	5,4±0,8*	5,5±1,2
КДР ЛЖ, см	1-я	6,2±0,7	6,3±0,8	6,4±0,7
	2-я	6,4±0,8	6,5±0,9	6,7±1,0
ФВ, %	1-я	39,3±6,6	40,2±5,0	39,2±6,2
	2-я	38,1±7,1	36,4±7,3*	35,6±9,6
СДЛА, мм рт. ст.	1-я	45,8±9,3	45,6±9,8	47,5±11,2
	2-я	48,4±10,4	52,6±10,1*	66,5±11,4
ИММ ЛЖ, г/м ²	1-я	160,3±46,9	158,4±47,3	161,1±49,6
	2-я	159,5±47,5	167,8±46,9	173,6±48,9

Примечание: * $p < 0,05$ — достоверность различий между показателями у больных двух групп.

УО — ударный объем;

КСР ЛП — конечно-систолический размер левого предсердия;

КСР ЛЖ — конечно-систолический размер левого желудочка;

КДР ЛЖ — конечно-диастолический размер левого желудочка;

ФВ — фракция выброса;

СДЛА — систолическое давление в легочной артерии;

ИММ ЛЖ — индекс массы миокарда левого желудочка.

Таким образом, соблюдение больными лечебных рекомендаций позволяет в реальной клинической практике добиться определенного вмешательства в процессы ремоделирования сердца.

Влияет ли различная тактика ведения больных ХСН на их прогноз, развитие неблагоприятных событий? Да, даже за такой относительно непродолжительный период отмечены различия в результатах лечения больных. Общее число неблагоприятных событий в группе стандартного ведения достоверно выше, чем в группе активного наблюдения как на 24-й нед, так и к 52-й нед наблюдения (табл. 4).

Таблица 4

Развившиеся неблагоприятные события у больных ХСН обеих групп

Параметры	Группа	От 0 до 24-й нед	От 24 до 52-й нед	От 0 до 52-й нед
Общее число неблагоприятных событий	1-я	7	9	16
	2-я	18*	20*	38*
Ухудшение ХСН	1-я	2	4	6
	2-я	12*	9	21*
Нестабильная стенокардия	1-я	4	4	8
	2-я	5	5	10
Повторный инфаркт миокарда	1-я	1	0	1
	2-я	1	3	
Смерть	1-я	0	1	1
	2-я	0	3	3

Примечание: * $p < 0,05$ — достоверность различий между группами.

На 24-й нед у больных группы стандартного ведения преобладают неблагоприятные события, обусловленные ухудшением течения ХСН. Число случаев декомпенсации ХСН к 6-му мес наблюдения достоверно больше в группе стандартного ведения (у 12 пациентов) по сравнению с группой активного наблюдения (у 2 больных).

К 24-й нед наблюдения число больных в обеих группах с развившейся нестабильной стенокардией и повторным инфарктом миокарда было сопоставимым. В первые 6 мес наблюдения фатальных исходов среди обследованных пациентов не было.

К 52-й нед наблюдения в группе больных стандартного ведения также преобладали неблагоприятные события, обусловленные ухудшением течения ХСН. В группе стандартного ведения было 9 больных с декомпенсацией ХСН, а в группе с активным наблюдением — только 4 пациента ($p > 0,05$). В период с 24-й по 52-ю нед в группе активного наблюдения нестабильная стенокардия зафиксирована у 4 пациентов, повторных инфарктов миокарда не было, зарегистрирован один случай смерти как исход инфаркта миокарда. В группе стандартного ведения за аналогичный период нестабильная стенокардия развилась у 5 пациентов, повторный инфаркт миокарда — у 3 больных, зарегистрировано 3 летальных исхода. Причиной фатальных осложнений в этой группе были в двух случаях повторный инфаркт миокарда и внезапная коронарная смерть.

В течение одного года наблюдения у пациентов в группе стандартного ведения неблагоприятные события развились у 92,4% больных, у 55,2% пациентов — ухудшение ХСН, у 37,4% пациентов — дестабилизация ИБС. За этот же период в группе активного наблюдения неблагоприятные события зафиксированы у 40% пациентов, у 15% — ухудшение ХСН, у 25% больных — дестабилизация ИБС.

Таким образом, более активное наблюдение больных ХСН позволило в течение года уменьшить количество неблагоприятных событий как за счет уменьшения числа ухудшений ХСН, так и дестабилизации ИБС. Учитывая, что ухудшением ХСН считали нарастание симптомов сердечной недостаточности, повлекшее госпитализацию, то более активное ведение пациентов является экономически эффективным за счет снижения числа госпитализаций.

Пациенты обеих групп в одинаковой степени проходили обучение в группе и индивидуально, различия заключались в организации амбулаторного наблюдения. В качестве объяснений причин низкой приверженности к лечению больные 2-й группы высказывали следующие: отсутствие кардиолога в поликлинике, неназначение всех групп лекарственных средств врачом поликлиники, недооценка степени тяжести своего состояния пациентом, утрата знаний, полученных при терапевтическом обучении.

Напротив, сочетание обучения и амбулаторного наблюдения за больными ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, привело к высокой приверженности пациентов к терапии. Назначение лизиноприла в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата, что подтверждено международным клиническим исследованием ATLAS [6]. Высокая комплаентность пациентов привела к уменьшению выраженности симптомов ХСН, увеличению физической активности, повышению качества жизни, замедлению процессов

ремоделирования миокарда, уменьшению числа неблагоприятных событий.

Выводы

1. Проводимая программа обучения и амбулаторного наблюдения у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, способствует повышению приверженности пациентов к медикаментозной терапии, уменьшению числа неблагоприятных событий в течение года и улучшению прогноза.

2. Назначение лизиноприла в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата.

3. Показана экономическая эффективность используемой программы, что подтверждается снижением числа госпитализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков, Ю.Н. Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни и показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты Российской программы «Шанс» / Ю.Н. Беленков, Ф.Т. Агеев, Г.Т. Банщиков [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2007. — № 3. — С.112—116.

2. Никулина, Н.Н. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных ХСН с III—IV функциональным классом: клинические и инструментальные доказательства / Н.Н. Никулина, С.С. Якушин, Н.В. Зайцева [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2004. — № 5. — С.240—243.
3. Фомин, И.В. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации / И.В. Фомин, Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев // Сердечная недостаточность. — 2006. — № 3. — С.112—115.
4. Gonseth, J. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patient with heart failure: a systematic review and meta — analysis of published reports / J. Gonseth, P.Guallar-Castillon [et al.] // Eur. Heart J. — 2004. — № 25 (18). — P.1570—1595.
5. Long, P. Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized and mortality for heart failure: a population — based study / P. Long, E. Vowinkel, P.P. Liu [et al.] // Arch. Intern. Med. — 2002. — № 162 (15). — P.1689—1694.
6. Packer, M. Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group / M. Packer, P.A. Poole-Wilson, P.W. Armstrong [et al.] // Circulation. — 1999. — Vol. 100. — P.2312—2318.
7. Rumsfeld, I.S. Heart Failure disease management works, but will it succeed? / I.S. Rumsfeld, F.A. Masoudi // Eur. Heart J. — 2004. — № 25 (18). — P.1565—1567.

© Н.А.Андреичев, Е.Н.Андреичева, Л.В.Балеева, 2009

УДК 616.12-073.7

БЛОКАДА ПЕРЕДНЕВЕРХНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ

НАИЛЬ АЛЕКСАНДРОВИЧ АНДРЕИЧЕВ, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА АНДРЕИЧЕВА, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЛАРИСА ВАСИЛЬЕВНА БАЛЕЕВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Изучены амплитудные показатели комплекса QRS с помощью электрокардиотопографии у 42 практически здоровых лиц и у 53 больных с блокадой передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВВ). Для БПВВ характерно перераспределение зон I и II половины кругового движения диполя, уменьшение зон перекрытий, появление зоны qr справа в верхнепередних отделах грудной клетки, снижение амплитуды зубца R на передней поверхности грудной клетки и увеличение ее сзади в верхнелевых отделах, увеличение амплитуды зубца S по нижнему уровню регистрации спереди слева, более частое появление мультиполярности с регистрацией добавочного максимума по электропозитивности, снижение амплитуды всех зубцов комплекса QRS. Выработан дополнительный критерий диагностики БПВВ, обладающий высокими чувствительностью, специфичностью и информативностью.

Ключевые слова: блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса, электрокардиотопография, электропозитивность, электронегативность, нулевые зоны, усредненная топограмма.

LEFT ANTERIOR HEMIBLOCK BY DATA OF ELECTROCARDIOTOPOGRAPHY

N.A.ANDREICHEV, E.N.ANDREICHEVA, L.V.BALEYEVA

Abstract. Amplitude parameters of QRS complex are studied by means of electrocardiotopography in 42 healthy persons and 53 patients with left anterior hemiblock (LAH). For LAH redistribution of zones of I and II half of dipole circular motion, reduction of overlapping zones, appearance of qr zone in the right upper-anterior part of the chest, decreasing of amplitude of R wave on the anterior surface and increasing on the posterior upper-left area, increasing of amplitude of S wave on the lower anterior-left level of registration, more frequent appearance of multipolarity with registration of additional maximum of electropositivity, decreasing of the amplitude of all waves of QRS complex are typical. New additional diagnostic criterion of LAH is proposed, with high sensitivity, specificity and informativity.

Key words: left anterior hemiblock, electrocardiotopography, electropositivity, electronegativity, zero zone, average topogram.

Среди нарушений проводимости наиболее часто встречаются блокады в системе Гиса—Пуркинье [8, 9, 10], которые обнаруживаются примерно у 1—2%

взрослых людей как у практически здоровых (идиопатические блокады), так и при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС). Наиболее часто

(1—4,9%) встречается блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВВ) [4, 14]. В работах ряда авторов [1, 2, 3, 6, 7, 11] были описаны качественные изменения электрического поля сердца (ЭПС) при данной патологии, но подробного количественного анализа ранее не проводилось.

Цель исследования — изучить качественные и количественные параметры ЭПС при БПВВ с помощью электрокардиографии (ЭКГ).

Задачи исследования — изучить особенности ЭПС при БПВВ с помощью амплитудных показателей комплекса QRS методом ЭКГ.

Материал и методы. ЭКГ проведена у 42 практически здоровых лиц (КГ) и 47 больных с БПВВ на фоне различных заболеваний ССС. Электрокардиографическое исследование в 12 классических отведениях (ЭКГ-12) и регистрация ЭКГ проводилась на аппарате «Mingograf-720» («Siemens») при скорости движения ленты 50 мм/с и 1 мВ=10 мм. Для анализа ЭКГ-12 использовались общепринятые критерии оценки. Для построения электрокардиограмм использовались монополярные отведения по Wilson с записью электрокардиограмм со 104 точек поверхности грудной клетки, располагающихся на 6 горизонтальных уровнях по основным 18 вертикальным анатомическим линиям. При анализе данных ЭКГ оценивались характер ЭПС, величина и локализация максимумов по электропозитивности (ЭП) и электронегативности (ЭН), площадь нулевых зон, соотношение зон I и II половин кругового движения диполя, амплитуды зубцов Q, R, S, T и количественные критерии оценки метода ЭКГ (134 показателя) [2, 5, 12, 13]. После изучения индивидуальных ЭКГ были составлены усредненные топограммы (УТ). Проведен анализ качественных и количественных параметров ЭПС.

Для построения ЭКГ и обсчета количественных показателей использовалась программа АГ-1, для статистического анализа использовались критерии Стьюдента с определением уровня значимости (p) на программе «Fwstat», разработанной Н.А. Андреичевым и А.А. Галеевым на базе программ «Framework-3», «Surfer-4.06» и «K-robot» [5].

КГ состояла из 42 чел., которые были разделены на подгруппы в зависимости от положения электрической оси сердца (ЭОС): подгруппы 1.1 — лица с нормальным положением (НП) ЭОС — 18 чел. (15 муж. и 3 жен.), 1.2 — лица с вертикальным положением (ВП) ЭОС — 20 чел. (12 муж. и 8 жен.), 1.3 — лица с горизонтальным положением (ГП) ЭОС — 4 чел. (3 муж. и 1 жен.). Больные с БПВВ были разделены на две подгруппы. Подгруппа 2.1 — с углом от -30° до -60° — 47 чел. (30 муж. и 12 жен.), 2.2 — с углом от -60° до -90° — 6 чел. (4 муж. и 2 жен.). Такая нумерация групп обусловлена тем, что данный материал является частью большого комплексного исследования и исходные порядковые номера групп были заложены в компьютерную программу.

Результаты и их обсуждение. В норме рельеф ЭПС имеет дипольный тип распределения потенциалов. Наибольшее значение максимума ЭП при ГП ЭОС — $21,63 \pm 0,69$. В группе с НП ЭОС его значение на 1,9% меньше и составляет $20,61 \pm 1,29$, в группе с ВП ЭОС — $15,98 \pm 1,15$. Баланс максимумов по ЭП и ЭН больше 1 во всех группах.

Максимум по ЭП преобладает над максимумом по ЭН и расположен в точке V-9 (соответствует отведению V4) независимо от положения ЭОС. Максимум по ЭН при НП

ЭОС расположен в точке IV-7 (отведение V2), при ГП и ВП ЭОС он сдвигается правее — в точку IV-6. Площадь зон перекрытия (зон с зубцами r и r' или q и s) как по ЭП, так и по ЭН максимальна при НП ЭОС и составляет по ЭП $17,56 \pm 2,19$, а по ЭН — $(9,56 \pm 1,23)$ отведений. При ВП и ГП ЭОС зона перекрытия по ЭП уменьшается и смещается вверх на I—II уровни регистрации. Зона перекрытия по ЭН также уменьшается по площади и при ВП ЭОС занимает нижние уровни регистрации (IV—VI), а при ГП ЭОС она перемещается на более высокие уровни регистрации (II—IV).

При ГП ЭОС возрастает суммарный потенциал зубца R, который составляет $408,95 \pm 43,41$ против $381,15 \pm 23,65$ при НП и $316,98 \pm 22,1$ при ВП ЭОС. При ГП ЭОС увеличивается амплитуда зубца Q по задней поверхности грудной клетки, особенно в верхнеправом ее отделе. Зубец Q в виде зоны qg появляется при этом спереди в левом верхнем отделе, чего не наблюдается при НП и ВП ЭОС.

Нулевые зоны на УТ отсутствуют, а на индивидуальных топограммах занимают не более 1—2 отведений и соответствуют полюсам вращения.

На карте зубца T преобладает по площади зона отрицательного T. Баланс площадей составляет $nT+/nT- < 1$ (от 0,71 до 0,94). По сумме потенциалов, наоборот, преобладает положительный потенциал (отношение $sum T+/sum T-$ составляет от 2,31 до 2,45). Положение ЭОС существенного влияния на распределение зон положительного и отрицательного зубца T не оказывает.

Нами были обследованы 53 больных с органической и функциональной патологией ССС. С учетом расхождения взглядов в литературе на величину угла α , характеризующую БПВВ, мы сгруппировали больных следующим образом: группа 2.1 — больные с полной БПВВ (угол α от -30° до -60°) — 47 чел.; группа 2.2 — больные с полной БПВВ (угол α от -60° до -90°) — 6 чел.

Выделенные группы больных сравнивались с группами 1.1 и 1.3 нормы, а также между собой с использованием критерия t Стьюдента.

Группа 2.1 — больные с полной БПВВ (угол α от -30° до -60°) — 47 чел. в возрасте от 22 до 80 лет (средний возраст 57,5 лет). Средний угол $\alpha = -41,2^\circ$.

При оценке УТ (рис. 1) видно, что ЭПС характеризуется дипольным типом распределения потенциалов, однако при изучении индивидуальных топограмм в 25,53% случаев (12 чел.) регистрируется добавочный максимум по ЭП, т.е. ЭПС имеет мультиполярный характер. На карте ЭП максимум амплитуд расположен так же, как и в норме, в точке V-9. Его среднее значение равно $(15,5 \pm 0,73)$ мм, что достоверно ($p < 0,001$) меньше максимальной амплитуды R в норме при ГП ЭОС.

Добавочный максимум по ЭП располагается на левой половине грудной клетки сзади по 12, 14, 15-й линиям. Величина его в среднем равна $(7,0 \pm 1,1)$ мм. Градиент потенциалов по ЭП равен $9,85 \pm 0,72$, что на 31,98% меньше, чем при ГП ЭОС, и на 20,7% меньше, чем при НП ЭОС.

Происходит достоверное ($p < 0,05$) по сравнению со всеми группами нормы уменьшение площади зон, относящихся к I половине КДД ($n EP+I$ равно $53,6 \pm 1,23$), за счет увеличения площади зон II половины КДД ($n EP+II$ равно $50,4 \pm 1,23$). Сумма зубцов R и R' I половины КДД равна $184,39 \pm 10,12$, что на 32,59% меньше, чем при ГП ЭОС, и на 11,18% меньше, чем при НП ЭОС. Сумма EP+II равна $190,29 \pm 10,67$, что на 6,7% больше, чем при ГП ЭОС. Баланс сумм $EP+I/EP+II = 1,16 \pm 0,11$, что

		R-R'																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 R	*	1,49	1,56	1,51	1,54	1,35	2,13	3,04	3,67	4,54	*	5,11	4,23	3,81	3,35	2,94	2,24	1,90	
1 R'						,63				,04									
2 R	*	1,08	,88	,94	1,01	1,59	2,66	4,13	5,14	6,29	*	5,56	4,63	4,02	3,58	2,81	2,22	1,75	
2 R'				,41	,54	,61	,46												
3 R		,60	,79	,90	1,24	1,57	2,91	4,32	6,05	8,51	9,58	6,80	5,89	4,83	4,17	3,56	2,59	1,93	1,42
3 R'																			
4 R		,59	,71	,95	1,33	1,69	3,37	5,18	8,86	11,64	11,10	6,71	5,58	4,51	3,70	3	2,12	1,44	,95
4 R'																			
5 R		,70	,80	1,12	1,53	1,97	3,52	6,36	9,39	12,92	10,10	5,67	5,15	3,49	2,82	2,38	1,69	1,10	,81
5 R'																,01			
6 R		,72	,91	1,22	1,58	1,90	3	5,11	7,95	9,95	7,32	4,50	3,96	2,75	2,05	1,78	1,15	,78	,75
6 R'																			
		Q-S																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 Q	*	1,77	1,62	1,61	1,51	1,20	,67	,63	,74	,72	*	,88	,98	1,26	1,49	2,08	2,15	2,08	
1 S																			
2 Q	*	1,54							,48	,62	,68	*	,86	1,01	1,25	1,60	2,27	2,35	2,25
2 S										2	1,21								
3 Q				2,29	2,49	2,62	2,57	2,80	2,83	,50	,70	,66	,75	,92	1,31	1,73	2,11	2,31	2,08
3 S	2,05	2,81	3,80	4,23	4,99	6,60	8,06	7,12	5,88	2,96	,85								
4 Q										,51	,51	,51	,76	1,10	1,61	2,11	1,75	1,10	
4 S	2,69	3,55	4,54	5,48	7,12	11,75	12,10	10,50	7,99	3,64	1,21								1,75
5 Q														,60	,94	1,46	2,05	1,39	
5 S	3,15	3,87	5,08	6,50	8,23	12,68	14,01	12,14	9,15	4,46	2,12	1,48							2,60
6 Q														,38	,65	1,31	1,35		
6 S	3,29	3,95	5,39	6,67	8,25	10,94	11,77	11,79	9,32	5,06	2,77	2,35						2,57	3,29
		T																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 T	*	-,89	-,89	-,89	-,76	-,47	-,09	0	0	,38	*	0	-,18	-,42	-,74	-,80	-,93	-,89	
2 T	*	-,73	-,75	-,66	-,35	0	1,18	1,54	1,29	1,05	*	0	0	-,32	-,58	-,75	-,93	-,92	
3 T		-,55	-,68	-,43	-,26	0	1,98	3	3,10	2,85	2,03	1,21	,71	0	-,22	-,48	-,71	-,81	-,85
4 T		-,47	-,48	-,22	0	,68	2,84	3,98	4,36	3,61	2,14	1,26	,95	,52	-,08	-,32	-,58	-,75	-,55
5 T		-,30	-,30	-,10	0	,80	2,27	3,65	3,80	3,03	1,85	1,25	1,13	,72	,15	-,27	-,40	-,60	-,57
6 T		-,14	-,11	0	,42	,80	1,68	2,72	2,98	2,25	1,49	1,04	1,21	,78	,38	-,13	-,30	-,43	-,40

Рис.1. Усредненная топограмма больных с полной БПВВ (угол α от -30° до -60°)

на 18,97% меньше по сравнению с группой 1.3. Такое значительное снижение сумм EP+I и гораздо менее выраженное увеличение сумм EP+II объясняется: а) снижением амплитуды зубца R на передней поверхности грудной клетки в зоне RS: sum R (RS) равна $155,5 \pm 9,16$, что на 43,7% меньше, чем при горизонтальном положении ЭОС ($p < 0,1$). Sum R (RS)/EP+ составляет $0,42 \pm 0,02$, что на 23,8% меньше соответственно ($p < 0,01$). Соотношение sum R/sum S в зоне RS равно $0,61 \pm 0,04$, что на 36% меньше, чем в группе 1.3; б) возрастанием амплитуды зубца R по трем верхним уровням регистрации на левой половине задней поверхности грудной клетки (в зоне qR). Сумма амплитуд зубца R двенадцати отведений по 12—15-й линиям I—III уровням регистрации больше суммы R тех же отведений в норме на 74,9% и равна $52,74 \pm 3,41$.

Общая сумма амплитуд зубца R всей карты ЭП+ равна $362,67 \pm 13,73$, что на 12,76% меньше по сравнению с ГП ЭОС.

Нулевых зон на УТ нет, но на индивидуальных картах они встречаются в 53,19% случаев (25 чел.), занимая в среднем ($2,69 \pm 0,66$) отведений, располагаясь преимущественно в зонах: II уровень — 3—5-я линии, III уровень — 1, 2-я линии, IV уровень — 1, 18-я линии. Зона минимального потенциала на УТ ЭП находится в точке IV-1.

Зона перекрытия по ЭП по сравнению с КГ заметно уменьшается по площади, занимая в среднем

($9,12 \pm 1,24$) отведения, что на 17,87% меньше, чем при ГП ЭОС. В процентном отношении ко всему количеству регистрируемых точек она составляет ($8,77 \pm 1,2$)%. Сумма потенциалов начальной части зоны перекрытия (sum r) равна $10,32 \pm 1,99$, сумма потенциалов конечной части (sum r') равна $12,00 \pm 1,94$. Баланс этих сумм составляет $0,69 \pm 0,07$. Общая сумма потенциалов r и r' зоны rgr' — $22,33 \pm 3,77$, что достоверно не отличается от группы нормы с ГП ЭОС. Сумма амплитуд зубца S зоны rgr' равна $29,85 \pm 4,62$, что достоверно ($p < 0,02$) меньше, чем при ГП ЭОС (в 2,02 раза). Отношение sm S (RSR')/EN— также в 1,75 раза меньше, чем при ГП ЭОС и равно $0,08 \pm 0,01$.

На карте ЭН максимум расположен в точке V-7, т. е. ниже и левее, чем в группе с ГП ЭОС. Среднее значение максимума ЭН $15,85 \pm 0,82$, что на 10,4% меньше, чем в группе 1.3, и на 2,33% меньше, чем в группе 1.1. Отношение max R/max S составляет $1,13 \pm 0,11$, что на 12,39% меньше, чем при ГП ЭОС. Градиент потенциалов по ЭН $9,05 \pm 0,88$, что на 34,03% меньше, чем при ГП ЭОС, и на 10,17% меньше, чем при НП ЭОС. Баланс градиентов Gr R/Gr S = $1,39 \pm 0,14$.

Нулевых зон на УТ нет, но на индивидуальных топограммах они встречаются в 68,09% случаев (32 чел.) и занимают в среднем ($1,88 \pm 0,33$) отведения, располагаясь преимущественно в точках V-13, I-7,8. Зона минимального потенциала на УТ по ЭН располагается в точке V-13.

Зона перекрытия по ЭН занимает в среднем ($8,10 \pm 0,86$) отведений, что в процентном отношении составляет ($7,78 \pm 0,83$)% ко всему числу регистрируемых точек. Сумма потенциалов начальной части зоны равна $8,35 \pm 1,2$, что на 71,25% больше, чем в группе 1.3. Сумма потенциалов конечной части зоны равна $26,41 \pm 3,88$, что на 84,7% больше, чем при ГП ЭОС. Баланс этих сумм $0,43 \pm 0,08$. Общая сумма зубцов q и S зоны qrs равна $34,76 \pm 4,89$, что достоверно ($p < 0,05$) больше, чем при горизонтальном положении ЭОС. Отношение $\text{sum}(Q+S)$ (QRS)/ $EN-$ равно $0,08 \pm 0,01$, что соответственно в 2 раза выше. Среднее значение зубца R в зоне qrs равно $6,96 \pm 0,53$, что на 67,5% меньше, чем в группе 1.3, и на 38,2% меньше, чем в группе 1.1.

Соотношение n $EN-I/n$ $EN-II$ равно $0,98 \pm 0,04$, что достоверно ($p < 0,01$) превышает значение этого показателя во всех группах нормы. Отражением перераспределения зон ротации диполя является появление зубца q справа на передней поверхности грудной клетки, в то время как в группах нормы при НП- и ВП-положениях ЭОС зубец q вообще не регистрируется спереди, а при ГП ЭОС зона qr появляется только в области левого плечевого сустава по I уровню регистрации.

Сумма амплитуд зубца q в указанной зоне значительно возрастает, а сумма амплитуд зубца S резко снижается. В то же время амплитуда зубца q в верхнеправом отделе грудной клетки сзади снижается. Максимум зубца q по сравнению с нормой сдвигается правее — в область II-III-17, значение его равно $4 \pm 0,27$, что на 37,5% меньше, чем в группе 1.3.

Значительно возрастает амплитуда зубца S по нижним уровням регистрации спереди, особенно слева. При этом, в отличие от всех групп нормы, отношение $\text{sum SVI},5-11/\text{sum SIV},5-11$ больше 0,9. В норме этот показатель меньше 0,9.

На УТ зубца T зоны положительного и отрицательного потенциалов расположены в целом так же, как и в норме. Баланс площадей $T(+)/T(-)$ составляет 0,82. Обращает на себя внимание заметное снижение потенциала: сумма положительных амплитуд зубца T равна $75,06 \pm 1,6$, что в 2,2 раза меньше, чем в группе 1.3, и в 1,39 раза меньше, чем в группе 1.1. Сумма отрицательных потенциалов T равна $26,43 \pm 1,48$, что в 2,7 раза меньше, чем в группе 1.3, и в 1,6 раза меньше, чем в группе 1.1. Отношение сумм $T(+)/T(-)$ равно 2,84.

Максимум положительного зубца T расположен так же, как и в норме — в точке IV-8 значение его равно $4,36$ мм, что в 2,24 раза меньше, чем в группе 1.3, и в 1,29 раза меньше, чем в группе 1.1. Максимум отрицательного T смещен в левую подключичную область, в точки I, II-17, величина его 0,93, что в 2,69 и в 1,8 раза меньше, чем в группах 1.3 и 1.1 соответственно. Баланс максимумов $T(+)/T(-)$ равен 4,69.

При проведении корреляционного анализа данных классической ЭКГ и ЭКТГ в группе 2.1 выявлена следующая закономерность: при регистрации комплекса типа QRS в отведениях $V_2—V_3$ зона qr спереди справа практически отсутствует, занимая лишь верхние отделы передней поверхности грудной клетки в левой ее половине.

Все интегральные топограммы группы 2.1 разделили на 4 подгруппы:

1) с малыми (площадь менее 7 отведений) зонами перекрытия и по ЭП, и по ЭН — 19 (40,43%) чел.;

2) с относительно большими (площадь более 7 отведений) зонами перекрытия по ЭП+ и по ЭН — 12 (25,53%) чел.;

3) с малыми зонами перекрытия по ЭП+ и относительно большими по ЭН — 8 (17,02%) чел.;

4) с относительно большими зонами перекрытия по ЭП+ и малыми по ЭН — 8 (17,02%) чел.

Группа 2.2 — больные с полной блокадой передне-верхней ветви левой ножки (угол α от -60° до -90°), 6 чел. в возрасте от 43 до 74 лет (средний возраст 61,8 лет). Средний угол $\alpha = -68,6^\circ$.

На УТ (рис. 2) рельеф ЭПС имеет мультиполярный характер.

Основной максимум по ЭП располагается выше, чем в группах 2.1 и 1.3, в точке IV-9. Среднее значение этого максимума — $12,6 \pm 2,74$, что на 71,61% меньше ($p < 0,02$), чем в группе с ГП ЭОС, и на 23,02% меньше, чем в группе 2.1. Добавочный максимум по ЭП появляется и на УТ (в отличие от группы 2.1), среднее его значение — $5,7 \pm 0,89$, локализация — точка I-14. На индивидуальных топограммах локализация добавочного максимума не столь однозначна, в основном это I—II уровни регистрации с 12-й по 17-ю линию — в различных участках этой зоны добавочный максимум занимает 1—2 отведения и встречается с равной частотой.

Градиент потенциалов по ЭП+ равен $7,9 \pm 1,95$, что на 64,56; 50,5 и 24,6% меньше, чем в группах 1.3, 1.1 и 2.1 соответственно.

Амплитуда зубца R на передней поверхности грудной клетки с увеличением отрицательных величин угла α имеет тенденцию к снижению. Так же, как и в группе 2.1, возрастает амплитуда зубца R в левой половине задней поверхности грудной клетки. Сумма R 12 отведений по 12—15-й линиям I—II уровня равна $48,6 \pm 6,94$, что на 61% больше, чем при горизонтальном положении электрической оси и на 123,14% больше, чем при НП электрической оси. Уменьшение значения этой суммы по сравнению с группой 2.1 объясняется общим уменьшением амплитуды R .

Амплитуда зубца R на передней поверхности грудной клетки с увеличением отрицательных величин угла α имеет тенденцию к снижению. Так же, как и в группе 2.1, возрастает амплитуда зубца R в левой половине задней поверхности грудной клетки.

Сумма R 12 отведений по 12—15-й линиям I—II уровня равна $48,6 \pm 6,94$, что на 61% больше, чем при ГП ЭОС, и на 123,14% больше, чем при НП ЭОС. Уменьшение значения этой суммы по сравнению с группой 2.1 объясняется общим уменьшением амплитуды R .

Так же, как и в группе 2.1, происходит относительное перераспределение потенциала между I и II половинами кругового движения. Соотношение $\text{sum EP}+I/\text{sum EP}+II$ равно $1,17 \pm 0,12$, т.е. практически не отличается от группы 2.1.

Нулевых зон на УТ нет, но на индивидуальных топограммах они встречаются в 66,7% случаев, занимая в среднем ($4,6 \pm 2,82$) отведения, располагаясь в правой подмышечной области.

Зона минимального потенциала по ЭП смещается в точки VI-1, VI-18, т.е. в правую подмышечную область по нижним уровням регистрации (нижний полюс вращения диполя).

Зоны перекрытия по ЭП еще больше уменьшаются по площади и составляют в среднем ($6 \pm 3,48$) отведений, что на 34,21% меньше, чем в группе 2.1, и на 44,19% меньше, чем при ГП ЭОС, и в 2,93 раза меньше, чем при НП ЭОС.

В процентном отношении ко всему количеству регистрируемых отведений площадь этой зоны составляет

		R-R'																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 R	*	2,22	2,10	2	1,80	2	2,30	1,80	2,20	2,30	*	3,20	4,20	4,80	4,10	4	3,80	2,42	
1 R'																			
2 R	*	1,64	1,44	1,56	1,30	2,30	3,20	2,34	2,80	4,30	*	3,50	4,70	4,30	4,30	4,10	3,20	2,40	
2 R'																			
3 R	1,24	1,04	1,24	1,54	1,80	2,70	4	4,30	6,50	8,10	4,30	4,30	4,40	3,50	3,30	3	2,90	2,04	
3 R'		,70	,60	,60															
4 R	,84	,80	,86	1,50	1,80	3,30	5,10	4,30	9,30	8	4,30	4,10	3,30	2,30	2,80	2,32	1,80	1,60	
4 R'	,40																		
5 R	,74	,84	1	2	2,60	3,70	6,40	8,90	8,70	5,70	3,80	3,50	2,50	2,04	2,70	1,80	1,50	,90	
5 R'	,40																		
6 R	,42	,58	1,04	1,24	2,50	3,70	5	7,30	9,20	5,80	3,70	2,80	1,50	1,20	1,60	,90	,40	,46	
6 R'																			
		Q-S																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 Q	*	1,60	1,64	1,44	1,34	,84	,80	,94	,74	,60	*	,80	1,30	1,50	1,60	2,10	1,90	2	
1 S																			
2 Q	*	1,90	1,60	1,10	,80	,80					*	,84	1,14	1,30	1,60	2,20	2,10	1,90	
2 S							4,20	2,10	1,90	2,20									
3 Q	1,40												,70	1,20	1,20	1,60	2	2	1,90
3 S		2,50	3,20	4,70	5,80	10,10	12	7,10	6,60	4,50	1								
4 Q														,80	,94	1,40	1,90	1,70	1,70
4 S	1,40	2,40	3,70	5,60	8,40	13,20	14,70	11,70	10,40	4,20	1,54	,80							
5 Q													,74	,90	1,50	2,10	2,20	1,10	
5 S	1,80	3,80	4,60	6,20	8,70	12,50	15,40	14,30	11,80	6	3,30	2						,90	
6 Q														,60	1,30	1,70	,80	,80	
6 S	2,10	3,50	4,50	5,30	7,20	11	14	13	11,40	5,70	3,70	3	,80				,90	1	
		T																	
1 T	*	-,50	-,60	-,60	-,80	-,24	-,10	0	-,06	,10	*	,40	0	-,20	-,40	-,50	-,70	-,60	
2 T	*	-,50	-,60	-,54	-,75	0	,74	1	,90	,80	*	0	0	-,10	-,30	-,40	-,40	-,40	
3 T	-,50	-,40	-,50	-,24	0	1,50	2	1,90	1,30	1,30	,80	,70	0	0	-,30	-,40	-,40	-,40	
4 T	-,40	-,20	-,30	-,10	0	1,83	2,60	1,90	1,80	1,25	,80	,70	,40	0	0	-,34	-,30	-,30	
5 T	-,30	-,10	0	0	0	,66	1,10	1,30	,76	,60	,90	,70	,60	,30	-,10	-,30	-,30	-,30	
6 T	-,20	-,10	-,10	0	,46	,80	1,30	,88	1,16	1,25	,90	,70	,60	0	-,10	-,20	-,20	-,20	

Рис. 2. Усредненная топограмма больных с полной БПВВ (угол α от -60° до -90°)

($5,77 \pm 3,34$)%. Сумма потенциалов начальной части зоны перекрытия равна $6,48 \pm 4,26$, что на $37,21\%$ меньше, чем в группе 2.1, сумма потенциалов конечной части зоны rsr' равна $8,5 \pm 5,6$, что на $29,17\%$ соответственно меньше. Баланс этих сумм составляет $0,46 \pm 0,19$.

Общая сумма потенциалов r и r' зоны rsr' равна $14,98 \pm 9,86$, что на $32,92\%$ меньше, чем в группе 2.1. Сумма амплитуд зубца S в зоне rsr' равна $18,46 \pm 11,98$ — на $38,54\%$ меньше, чем в группе 2.1.

На УТ максимум по ЭН расположен в точке V-7, т.е. там же, где и в группе 2.1. Амплитуда его в среднем равна $17,8 \pm 2,63$. Отношение $\max R/\max S = 0,76 \pm 0,16$, что достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем в группе с ГП ЭОС, и меньше ($p < 0,1$), чем в группе 2.1. Градиент потенциалов по ЭН равен $8,8 \pm 1,27$, что на $37,84\%$ меньше, чем в группе 1.3, и практически не отличается от группы 2.1. Баланс градиентов $Gr R/Gr S$ равен $0,99 \pm 0,26$.

На УТ нулевых зон нет, но на индивидуальных топограммах они встречаются в $68,09\%$ случаев (32 чел.), занимая в среднем площадь ($2,6 \pm 1,69$) отведения, располагаясь преимущественно в левой подмышечной области.

Зона минимального потенциала на УТ ЭН расположена в точке I-10 (верхний полюс вращения диполя), т.е. несколько смещена влево по сравнению с группами 2.1 и 1.3.

Зона перекрытия по ЭН значительно уменьшена по площади и составляет в среднем ($3,6 \pm 2,66$) отведения, что в $2,66$, $1,74$ и $2,25$ раза меньше, чем в группах 1.1,

1.3 и 2.1 соответственно. По отношению ко всему количеству регистрируемых отведений эта зона занимает ($3,46 \pm 2,55$)%. Сумма потенциалов начальной части равна $2,9 \pm 2,3$, что в $2,88$ раза меньше, чем в группе 2.1. Сумма потенциалов конечной части зоны равна $12,7 \pm 11,01$, что в $2,07$ раза меньше, чем в группе 2.1. Баланс этих сумм составляет $0,21 \pm 0,1$, что в $2,05$ раза меньше, чем в группе 2.1. Общая сумма амплитуд зубцов q и S зоны qrs равна $15,6 \pm 13,31$.

Перераспределение зон I и II половины КДД, выявленное на топограммах в группе 2.1, имеет место и в данной группе исследуемых: $n EP+I$ и $n EP-II$ равно $51,8 \pm 1,88$ достоверно ($p < 0,05$) меньше у больных с БПВЛНПГ, а $n EP+II$ и $n EN-I = 32,2 \pm 1,88$ соответственно больше ($p < 0,05$) в этой группе по сравнению с группой 1.3. Соотношение $n EP+I/n EP+II$ равно $1,00 \pm 0,07$ в данной группе, что также достоверно меньше ($p < 0,05$), чем при ГП ЭОС. Соотношение $n EN-I/n EN-II$ равно $1,02 \pm 0,07$, что больше ($p < 0,05$), чем при ГП ЭОС, но не отличается достоверно от группы 2.1.

Так же, как и в группе 2.1, зубец q регистрируется в верхнепередних отделах грудной клетки справа. Суммы амплитуд зубцов q и S по I и II уровням регистрации спереди со 2-й по 8-ю линию следующие: $\sum qI = 8,6 \pm 4,32$; $\sum SI = 1,96 \pm 1,1$; $\sum qII = 6,54 \pm 3,92$; $\sum SII = 15,6 \pm 4,23$. Здесь выражены те же тенденции, что и в группе 2.1, т.е. резкое возрастание амплитуды q по I уровню регистрации, появление его на II уровне, резкое снижение амплитуды зубца S на этих двух

уровнях. При сравнении этих показателей с группой 2.1 происходит еще большее увеличение амплитуды q на II уровне (на 45,01%) и почти полное исчезновение зубца S по I уровню регистрации. Сумма S_{II} также снижается (на 9,74%).

На задней поверхности грудной клетки амплитуда зубца q уменьшается. Максимум его равен $3,4 \pm 0,81$, что на 17,6 и 61,8% меньше, чем в группах 2.1 и 1.3 соответственно. Амплитуда зубца S по нижним уровням регистрации на передней поверхности грудной клетки слева достоверно ($p < 0,05$) возрастает по сравнению с группой 2.1.

Еще больше, чем в группе 2.1, возрастает амплитуда зубца S по нижним уровням регистрации спереди слева. $\sum S_{VI,5-11}$ равно $66 \pm 11,33$, $\sum S_{IV,5-11}$ равно $64,14 \pm 9,59$, что на 10,18 и 18,12% больше, чем в группе 2.1. Баланс этих сумм равен $1,02 \pm 0,07$. На основании характерных для БПВВ изменений амплитуды зубца S на нижних уровнях регистрации предлагается следующий электрокардиографический критерий:

$$\sum S_{VI,5-11} / \sum S_{IV,5-11} > 0,9.$$

Чувствительность данного критерия — 91,67%, специфичность — 78,95%, информативность — 81,82%. Этот показатель может служить дополнением к общепринятым критериям диагностики БПВВ.

На УТ зубца T по сравнению с группами 2.1 и 1.3 увеличена зона нулевого потенциала и снижена амплитуда T . Расположение зон положительных и отрицательных значений зубца T практически не меняется. Баланс площадей $T(+)/T(-)$ равен 0,8. Сумма положительных потенциалов зубца T равна $39,69 \pm 4,71$, что в 4,15 раза и в 1,9 раза меньше, чем в группах 1.3 и 2.1 соответственно. Сумма отрицательных потенциалов зубца T равна $16,84 \pm 5,86$, что в 4,2 раза и в 1,6 раза меньше, чем в группах 1.3 и 2.1 соответственно. Баланс сумм $T(+)/T(-)$ равен 2,36. Максимум $T(+)$ смещен чуть правее — в точку IV-7 и равен 2,6 мм, максимум $T(-)$ находится в точке I-5 и равен 0,8 мм.

Выводы:

1. Выявлены закономерности, позволяющие получить более полное представление о характере ЭПС, изменении КДД и объяснить вариабельность электрокардиографической картины в грудных отведениях классической ЭКГ в виде появления в ряде случаев в отведениях V_2-V_3 комплексов типа qrs, rsr' , что подтверждают мнение о преимущественно органическом генезе данной блокады.

2. Для улучшения диагностики БПВВ предложен следующий критерий:

$\sum S_{VI, 5-11} / \sum S_{IV, 5-11} > 0,9$ с чувствительностью 91,67%, специфичностью 78,95%, информативностью 81,82%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амиров, Р.З.* Интегральные топограммы периода QRS в норме / Р.З. Амиров, И.Н. Минаева // *Электроника и химия в кардиологии: сб.* — Воронеж, 1971. — Вып.6. — С.88—93.
2. *Амиров, Р.З.* Интегральные топограммы потенциалов сердца / Р.З. Амиров. — М.: Наука, 1973. — 108 с.
3. *Амиров, Р.З.* Актуальные вопросы электрокардиографии / Р.З. Амиров // *Кардиология.* — 1986. — № 6. — С.14—17.
4. *Андреев, В.М.* О внутрижелудочковых блокадах / В.М. Андреев, А.М. Бродская, И.Н. Угарова // *Казан. мед. журнал.* — 1983. — № 5. — С.376.
5. *Андреичев, Н.А.* Перспективы компьютерной обработки множественных отведений ЭКГ / Н.А. Андреичев, А.А. Галеев // *Материалы II Международного Славянского конгресса по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца.* — СПб., 1995. — С.11—12.
6. *Андреичева, Е.Н.* Блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса по данным интегральной топографии / Е.Н. Андреичева // *Казан. мед. журнал.* — 1996. — № 4. — С.250—253.
7. *Гусев, А.И.* Диагностика нарушений внутрижелудочковой проводимости методом интегральной топографии / А.И. Гусев, Н.Е. Смагина // *Материалы Международного симпозиума по электрокардиологии.* — Ялта, 1979. — С.63—64.
8. *Маев, И.В.* Изменения гемодинамики при блокадах ножек пучка Гиса / И.В. Маев, Е.С. Вьючнова // *Кардиология.* — 1992. — № 4. — С.80—83.
9. *Остапюк, Ф.Е.* Блокады сердца / Ф.Е. Остапюк. — М., 1975.
10. *Успенская, М.К.* Клинико-гемодинамическая характеристика и прогностическая значимость идиопатических блокад ножек / М.К. Успенская // *Диагностика и лечение аритмий и блокад сердца.* — Л., 1986. — С.33—36.
11. *Ходжаева, Д.К.* К изучению электрической активности миокарда при нарушении внутрижелудочковой проводимости / Д.К. Ходжаева, Н.А. Андреичев // *Физиология и патология сердечно-сосудистой системы и почек: сб.* — Чебоксары, 1982. — С.118—120.
12. *Amirov, R.Z.* A quantitative and classification of integral topograms / R.Z. Amirov, R.R. Teregulov // *International Symposium on Body Surface Potentials Mapping.* — Tokyo, Japan, 1994.
13. *Laszki-Szczachor, K.* Changes of ventricular activation time in patients with left anterior fascicle block and bifascicular block / K. Laszki-Szczachor, J. Jagielski, L. Rusiecki [et al.] // *Pol. Arch. Med. Wewn.* — 2006. — № 116(6). — P.1162—1171.
14. *Rosenbaum, M.B.* Left anterior hemiblock obscuring the diagnosis of right bundle branch block / M.B. Rosenbaum, J. Yeshuron, J.O. Lazzari [et al.] // *Circulation.* — 1973. — Vol. 48, № 2. — P.298—303.

© Р.Р.Сайфутдинов, 2009

УДК 616.12-005.4-07-097

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ

РИНАТ РАФИКОВИЧ САЙФУТДИНОВ, аспирант кафедры терапии № 1
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрав»,
Республиканская клиническая больница № 3 МЗ РТ г. Казани (rgsbancorp@mail.ru)

Реферат. Были исследованы антитела к фосфолипидам (аФЛ) у больных с ИБС (стенокардия напряжения и инфаркт миокарда). У всех пациентов выявлены аФЛ. Тяжесть осложнений имеет прямую зависимость от величины титра IgG в крови пациентов. Чем выше уровень аФЛ, тем серьезнее осложнения ожидаются у пациента. При наличии невысокого уровня титра IgG в крови осложнения бывают редки.

Ключевые слова: антитела к фосфолипидам, ИБС, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда.

RETROSPECTIVE EXAMINATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND THE INCREASED LEVEL OF ANTIBODIES TO PHOSPHOLIPIDS

R.R. SAIFOUTDINOV

Abstract. Antibodies to phospholipids at patients with ischemic heart disease are investigated. At them increase of a level antibodies to phospholipids is revealed. The above the level antibodies to phospholipids, the is expected in the subsequent of complications more.

Key words: ischemic heart disease, angina pectoris, antibodies to phospholipids.

Антитела к фосфолипидам (аФЛ) — гетерогенная популяция аутоантител, реагирующая с отрицательно заряженными, реже нейтральными фосфолипидами (глицерофосфолипидами) или фосфолипидсвязывающими сывороточными белками.

История изучения аФЛ началась с разработки А. Wassermann лабораторного метода диагностики сифилиса [9].

В 1941 г. было установлено, что основным антигенным компонентом в реакции Вассермана является фосфолипид, названный кардиолипином [7].

В 1952 г. в сыворотке больных системной красной волчанкой (СКВ) был обнаружен фактор, ингибирующий *in vitro* реакцию свертывания крови, легко абсорбирующийся из сыворотки с помощью фосфолипидов [5]. Этот ингибитор был выявлен не только при СКВ, но и при других заболеваниях (исключая сифилис) [2]. Хотя его присутствие в сыворотке ассоциировалось не с кровоточивостью, а с тромбозами, он получил название «волчаночный антикоагулянт» (ВА). ВА представляет собой иммуноглобулин, влияющий на комплекс протромбин—тромбин, взаимодействуя с фосфолипидной порцией протромбин-активаторного комплекса. Активностью ВА обладают IgG- и IgM-фракции иммуноглобулинов. Развитие у пациентов с ВА геморрагических осложнений связано с сопутствующей тромбоцитопенией или дефицитом протромбина [1].

В 1990 г. было показано, что аФЛ, выявляемые в сыворотках больных с антифосфолипидным синдромом (АФС), связываются с кардиолипином только в присутствии кофактора β_2 -гликопротеин-I (β_2 -ГП-I) [3].

β_2 -ГП-I — одноцепочечный гликопротеин с молекулярной массой 42 кДа, состоящий из 326 аминокислот. Он циркулирует в крови в комплексе с липопротеидами (ЛП) и входит в состав хиломикронов, ЛПВП, а также ЛП(а). Поэтому он также обозначается, как аполипопротеин H [8].

В настоящее время аФЛ изучают не только при АФС, изучают и их влияние на тромбозы при развитии другой сосудистой патологии. Появились работы по изучению АФС в кардиологии, неврологии, гематологии, нефрологии и гастроэнтерологии.

Цель — изучить уровень аФЛ у мужчин, больных ИБС, и наличие осложнений у них через 2 года.

Материал и методы. Уровень аФЛ был изучен у 86 мужчин с ИБС [средний возраст (58,3±1,02) лет], куда входили больных стенокардией напряжения (СН) ($n=36$, средний возраст 57±1,3) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) ($n=49$, средний возраст 60±1,5). Кровь забирали утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 800 g в течение 12 мин на центрифуге фирмы «Дастан» (Россия). Антитела к фосфолипидам (нг/мл) определяли на иммуноферментном анализаторе «Сапфир» (Россия). Использовали наборы для иммуноферментного анализа фирмы «Orgentec» (Германия). В последующем через 2 года

был проведен опрос обследованных пациентов, отклик составил 75%.

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных пациентов были обнаружены аФЛ: у пациентов со стенокардией напряжения IgG составил 14,4±2,27, у пациентов с ОИМ IgG — 17,13±6,31. Было выявлено, что количество и тяжесть осложнений напрямую зависят от уровня аФЛ в крови. Данные представлены *таблице*.

Зависимость тяжести осложнений от титра IgG у обследованных пациентов ИБС

Кол-во пациентов, <i>n</i>	Осложнения	Норма	IgG
11	Смерть	8,8±0,3	45,17±17,3
12	ОИМ или повторный ОИМ		19,21±2,47
33	Без осложнений		8,6±0,79
	<i>p</i>		1,2<0,01; 1,3<0,01; 2,3<0,05

Как мы видим, тяжесть осложнений напрямую зависит от уровня титра аФЛ. Из всех больных СН с высоким титром IgG 10% впоследствии умерло, а у 55% развился повторный ОИМ. В то же время из больных ОИМ, имеющих изначально высокий уровень титра IgG в крови, умерло 18,2%

Немногочисленные литературные данные говорят, что наличие высокого уровня аФЛ приводит в дальнейшем к более тяжелому течению ИСБ. Так, А. Hamsten, R. Norberg, M. Bjorkholm (1989) определяли в динамике антитела к кардиолипину (аКЛ) у 62 больных, перенесших ОИМ в возрасте до 45 лет, и обнаружили увеличение концентрации антител у 21% больных. Больные с аФЛ и без аФЛ не различались по частоте основных факторов риска ИБС, данным коронарографии, однако у больных с аФЛ в постинфарктном периоде достоверно чаще развивались осложнения, связанные с тромбозами. В течение 36—64 мес наблюдения у 2/3 больных с аФЛ отмечались такие сосудистые осложнения, как инсульт, тромбоз артерий нижних конечностей, повторный ОИМ, тромбозомболия легочной артерии и тромбоз глубоких вен голени [4].

К.Е. Morton et al. (1986) определяли аКЛ в крови у 83 больных ИБС перед операцией аортокоронарного шунтирования (АКШ), через 7—10 дней, затем через 3 и 11—13 мес после операции. Авторы отметили определенную связь между повышением уровня аКЛ и развитием поздней окклюзии шунта. Кроме того, повышенный титр аКЛ выявлялся у 80% больных после АКШ и особенно у больных, перенесших ОИМ [6].

Таким образом, изначально высокий уровень титра IgG в крови больных является фактором риска более тяжелого течения заболевания.

Выводы:

1) тяжесть осложнений имеет прямую зависимость от величины титра IgG в крови пациентов;

2) чем выше уровень аФЛ, тем серьезнее осложнения ожидаются у пациента;

3) при наличии невысокого уровня титра IgG в крови осложнения бывают редки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекберова, З.С.* Клиническое значение определения волчаночного антикоагулянта и антител к кардиолипину / З.С. Алекберова, Е.Л. Насонов, Л.З. Прудникова // *Терапевт. архив.* — 1988. — № 10. — С.84—86.
2. *Feinstein, D.I.* Acquired inhibitors of blood coagulation / D.I. Feinstein, S.I. Rapaport // *Prog. Hemostasis Thromb.* — 1972. — Vol. 1. — P.75—95.
3. *Galli, M.* Anticardiolipin antibodies (FCF) directed not to cardiolipin but to plasma protein cofactor / M. Galli, H. Comfurius, M. Hemker // *Lancet.* — 1990. — Vol. 335. — P. 952—953.
4. *Hamsten, A.* Antibodies to cardiolipin in young survivors of myocardial infarction: an association with recurrent cardiovascular events / A. Hamsten, R. Norberg, M. Bjorkholm // *Lancet.* — 1989. — Vol. 2. — P.486—489.
5. *Lee, S.L.* A disorder of blood coagulation in systemic lupus erythematosus / S.L. Lee, M.A. Sanders // *J. Clin. Invest.* — 1955. — Vol. 34. — P.1814—1822.
6. *Morton, K.E.* Coronary artery bypass graft failure — an autoimmune phenomenon? / K.E. Morton, T.P. Gavaghan, S.A. Krilis [et al.] // *Lancet.* — 1986. — Vol. 11. — P.1353—1357.
7. *Pangborn, M.C.* A new serologically active phospholipid from beef heart / M.C. Pangborn // *Proc. Soc. Exp. Biol.* — 1941. — Vol. 48. — P.484—486.
8. *Polz, E.* Investigations on beta2-glycoprotein-1 in the rat: isolation from serum and demonstration in lipoprotein density fractions / E. Polz, H. Wurm, G.M. Kostner // *J. Biochem.* — 1980. — Vol. 11. — P.265—270.
9. *Wassermann, A.* Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis / A. Wassermann, A. Neisser, C. Bruck // *Deutsche Med Wochenschr.* — 1906. — № 32. — P.745—746.

© И.А.Латфуллин, А.А.Подольская, Г.П.Ишмурзин, 2009

УДК 616.127-005.8-085.22(Mildronat)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛДРОНАТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ИЛЬДУС АНВАРОВИЧ ЛАТФУЛЛИН, докт. мед. наук, проф. кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА ПОДОЛЬСКАЯ, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ГЕННАДИЙ ПЕТРОВИЧ ИШМУРЗИН, ассистент кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Целью исследования явилось изучение влияния терапии милдронатом на клинико-функциональные показатели в остром периоде инфаркта миокарда с оценкой качества жизни у 80 пациентов. Установлено, что применение милдроната в комплексном лечении инфаркта миокарда благоприятно влияет на динамику сегмента ST и зубца T в остром периоде, что позволяет повысить толерантность к физическим нагрузкам, улучшению сократительной способности миокарда левого желудочка, повышает качество жизни больных и хорошо переносится больными.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, милдронат, качество жизни.

EFFICACY OF MILDRONATE IN THE ACUTE PERIOD OF MYOCARDIAL INFARCTION

I.A.LATFOULLIN, A.A.PODOLSKAYA, G.P.ISHMOURZIN

Abstract. Study focused on the effect of mildronate therapy on clinical and functional parameters in the acute period of myocardial infarction (MI) with an assessment of life quality at 80 patients. It is fixed that including of mildronate to the complex therapy of MI congenially influences to the ST segment dynamics in the acute period MI, allows to increase tolerance to patients with moderate, promotes improvement of systolic ability of a left ventricle, improvement life quality and well tolerated by patients.

Key words: myocardial infarction, mildronate, life quality.

Основным патофизиологическим механизмом ишемической болезни сердца (ИБС) и, в частности, острого инфаркта миокарда (ОИМ) является острое нарушение равновесия между уровнем коронарного кровотока и потребностью миокарда в кислороде вследствие атеросклеротического процесса в коронарных артериях. При ишемии на фоне выраженной окклюзии кровеносных сосудов возможности вазодилатационной терапии ограничены, что требует дополнительного снижения как возбудимости миокарда, так и частоты сердечных сокращений. Все перечисленное приводит к развитию сердечной недостаточности и существенному снижению качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда. По этой причине в настоящее время в лечении

больных ОИМ наряду с традиционными антиангинальными, антиагрегантными и антикоагулянтными средствами стали использовать миокардиальные протекторы [2]. К этой группе относятся препараты: *триметазидин*, *милдронат*.

Препараты этого класса обеспечивают уменьшение потребности ишемизированного миокарда в кислороде за счет оптимизации энергообмена при определенном остаточном уровне кровоснабжения (в том числе в перинфарктной зоне) путем уменьшения окисления жирных кислот в митохондриях и стимуляции гликолиза, требующего на 13% меньше молекул кислорода. Это позволяет сохранить жизнеспособность миокарда в зоне ишемии [2].

В условиях гипоксии процессы ишемического повреждения миокарда усугубляются под влиянием повышенного выброса катехоламинов при физическом и эмоциональном напряжении, которые активизируют свободнорадикальное окисление жирных кислот с накоплением промежуточных продуктов, опасных для организма (ацилкарнитина, ацил-СоА), так как они повреждают клеточную мембрану и блокируют доставку аденозинтрифосфата (АТФ) к органеллам клетки из митохондрий. В результате этого происходит апоптоз клеток, даже если запасов АТФ достаточно для их функционирования в течение некоторого времени. Для предотвращения этого процесса необходимо либо улучшение их кровоснабжения, либо ограничение синтеза карнитина как основного фактора, определяющего интенсивность использования длинноцепочечных жирных кислот.

Милдронат тормозит транспорт свободных жирных кислот (СЖК) к месту их окисления внутри митохондрий. Это достигается путем обратимого ингибирования γ -бутиробетаингидроксилазы, которая контролирует биосинтез переносчика СЖК — карнитина. Таким образом, милдронат предотвращает накопление опасных метаболитов СЖК, которые способны ингибировать саркоплазматическую Ca^{2+} -АТФазу, изофосфатидилхолинтрансацилазу и саркоплазматическую Na^+ , K^+ -АТФазу, нарушая транспорт ионов в кардиомиоцитах, а также адениннуклеотидтранслоказу (насос АТФ) и нормализует функции ионных насосов и насоса АТФ [2].

В результате предотвращения милдронатом фрагментов активированных жирных кислот активизируется более интенсивное использование глюкозы, в частности, за счет повышения активности гексокиназы. Наряду с этим милдронат стимулирует аэробный гликолиз, что не сопровождается накоплением в тканях лактата, так как система пируватдегидрогеназы обеспечивает быстрое дальнейшее окисление глюкозы.

Целесообразное применение милдроната для лечения сердечно-сосудистых заболеваний было продемонстрировано в ряде клинических исследований [1, 3—8].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения милдроната в остром периоде инфаркта миокарда.

Задачи исследования:

- влияние милдроната на липидный спектр крови: общий холестерин (ОХ), β -липопротеиды (β -ЛП), триглицериды (ТГ), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП);
- влияние милдроната на сократимость миокарда и фракцию выброса;
- влияние милдроната на клиническое состояние пациентов, качество жизни и толерантность к физической нагрузке.

Материал и методы. В исследование были включены 80 пациентов, которые были разделены на 4 группы: 1-я группа — больные ОИМ с зубцом Q или комплексом QS [16 мужчин и 4 женщины в возрасте ($44 \pm 2,4$ — $76,9 \pm 0,8$) года]; 2-я группа — больные ОИМ без зубца Q [12 мужчин и 8 женщин в возрасте ($42 \pm 1,3$ — $75,4 \pm 1,6$) года]; 3-я группа — больные ОИМ с зубцом Q или комплексом QS на стандартной терапии [11 мужчин и 9 женщин в возрасте ($36 \pm 1,3$ — $76 \pm 1,1$) года]; 4-я группа — больные ОИМ без зубца Q на стандартной терапии [13 мужчин и 7 женщин в возрасте ($39 \pm 2,4$ — $73,9 \pm 0,8$) года].

Оценивали субъективные ощущения (уменьшение основных симптомов: количество ангинозных присту-

пов, одышка, слабость, сердцебиение, переносимость физической нагрузки) и объективный статус пациентов (осмотр, показатели жизненно важных органов, параметры гемодинамики). Качество жизни оценивали по опроснику Ю.В. Мареева.

Критериями включения являлись пациенты обоих полов старше 18 лет с длительностью болевого синдрома более 30 мин, с подъемом сегмента ST более 1 мм в двух и более отведениях от конечностей, либо более 2 мм в двух и более смежных грудных отведениях, либо впервые или предположительно впервые возникшая блокада левой ножки пучка Гиса. В исследование не включались пациенты с повышенной чувствительностью к препарату, с повышенным внутривенным давлением, с гипертонией и с диагностированными злокачественными новообразованиями.

Пациенты всех групп получали стандартную терапию ИМ: аспирин, β -адреноблокаторы, нитраты, иАПФ. 1-я и 2-я группы пациентов получали на фоне стандартного лечения милдронат по следующей схеме: 0,5—1,0 г в день внутривенно в течение 10 дней, затем по 500 мг 2 раза в день внутрь в течение 18 дней.

Диагноз ОИМ верифицирован согласно рекомендациям ВНОК (2008). Эффективность милдроната оценивалась по субъективным ощущениям пациентов (количество ангинозных приступов, одышка, слабость, сердцебиение, переносимость физической нагрузки), параметрам гемодинамики (ЧСС, АД), показателям липидного спектра крови — общий холестерин (ОХС), ХС липидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицериды (ТГ), ХС липидов высокой плотности (ХС ЛПВП), данные ЭКГ и ЭхоКГ в динамике.

Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica v. 6.0. Оценивали стандартное отклонение, критерий Стьюдента для проверки гипотезы о равенстве средних значений.

Результаты и их обсуждение. При лечении милдронатом существенного влияния на ЧСС не наблюдалось ($p > 0,05$), достоверной динамики АД как систолического ($p > 0,05$), так и диастолического ($p > 0,05$) зарегистрировано не было.

Анализ данных ЭКГ динамики ОИМ у пациентов групп сопоставления позволил установить, что средние сроки формирования подострой стадии ОИМ (возвращение сегмента ST к изолинии) были на 5,4 сут ОИМ у пациентов групп лечения милдронатом и на 5,5 сут заболевания — у пациентов на стандартной терапии. Достоверная динамика также выявлена в сроках формирования зубца T на ЭКГ: у пациентов 1-й и 2-й групп это время составило 1,2 сут, тогда как в группах сравнения — 2,3 сут ($p = 0,049$).

У пациентов при лечении милдронатом в течение 1 мес достоверного уменьшения КДР ЛЖ выявлено не было, но наметилась тенденция к повышению ФВ ЛЖ с 52,9 до 54,8%. Однако полученный результат не достоверен ($p > 0,05$). Других существенных изменений по данным ЭхоКГ выявлено не было.

Выраженного влияния на липидный спектр в исследуемых группах по сравнению с группами сравнения также не наблюдалось.

Количество ангинозных приступов на стандартной терапии и с включением милдроната отличались достоверно. Так, в 1-й группе частота ангинозных приступов составила 8, во 2-й группе — 5 в первые 7 дней; в 3-й и 4-й группах — 11 и 9 соответственно. Количество приема нитроглицерина сублингвально недостоверно было

больше (в среднем на 2 таблетки) в группах на стандартной терапии ИМ (особенно у пожилых пациентов). В группах лечения милдронатом не было зафиксировано тяжелых повторных ангинозных приступов, в отличие от групп сравнения (у 3 пациентов с ОИМ с зубцом Q и у 1 пациента с ОИМ без зубца Q развилась ранняя постинфарктная стенокардия).

Анализ качества жизни выявил недостоверное повышение показателей, ограничивающих социальную активность, и уменьшение слабости, повышение переносимости физической нагрузки, улучшение памяти у пациентов в основных группах.

Таким образом, наши исследования дополнили ранее установленные эффекты милдроната. Несомненно, что препарат является перспективным и достаточно эффективным средством цитопротекции при заболеваниях, где имеется ишемия тканей. Среди них, безусловно, основное место занимают сердечно-сосудистые заболевания, в частности, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Вместе с тем милдронат не является средством скорой помощи, но, несомненно, его следует включать в схемы лечения больных с ишемизацией тканей, так как он обеспечивает экономное использование клетками кислорода, что очень важно при ИМ. Учитывая безопасность и хорошую переносимость препарата, его также можно использовать с целью улучшения когнитивных функций головного мозга и при повышенных физических нагрузках.

Выводы:

- включение в комплексную терапию ОИМ милдроната позволяет ускорить динамику ЭКГ;
- повышает качество жизни пациентов;
- терапия милдронатом не выявила случаев аллергических реакций и хорошо переносится больными.

© Н.С.Волчкова, С.Ф.Субханкулова, 2009

УДК 616.1-084

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА ВОЛЧКОВА, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии и семейной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

САИДА ФАРИДОВНА СУБХАНКУЛОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии и семейной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Реферат. В данной статье отражены сведения о раннем выявлении сердечно-сосудистых заболеваний, факторах риска и их профилактике.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, факторы риска.

PREVENTION OF CARDIO-VASCULAR DISEASES

N.S. VOLCHKOVA, S.F. SOUBKHANKULOVA

Abstract. In given article data on early revealing cardio-vascular diseases, risk factors and their preventive maintenance are reflected.

Key words: cardio-vascular diseases, prevention, risk factors.

В последние годы наметилась тенденция к снижению смертности населения России, однако в целом ее уровень продолжает оставаться одним из самых высоких в Европе. Отмечается существенное увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в трудоспособном возрасте, которая увеличилась у мужчин с 53 до 61%, а у женщин с 61 до 70%. Основной причиной значительного роста этих показателей остаются ишемическая болезнь сердца

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арутюнов, Г.П.* Опыт применения препарата милдронат для лечения острого инфаркта миокарда / Г.П. Арутюнов, Д.В. Дмитриев, А.С. Мелентьев / Клиническая геронтология. — 1996. — № 1.
2. *Дамброва, М.* Биохимические механизмы действия милдроната в условиях ишемического стресса / М. Дамброва, Д. Дайя, Э. Лиепиньш [и др.] // Врачебное дело. — 2004. — № 2.
3. *Карпов, Р.С.* Клиническая эффективность и безопасность милдроната при лечении хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца / Р.С. Карпов, О.А. Кошельская, А.В. Врублевский // Кардиология. — 2000. — № 6. — С.69—74.
4. *Сергиенко, И.В.* Антиангинальная и антиишемическая эффективность милдроната в комплексном лечении больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения / И.В. Сергиенко, В.В. Малахов, В.Г. Наумов // XII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: тез. — 2005. — С.544.
5. *Сорока, Н.Ф.* Эффективен ли милдронат в комплексном лечении сердечной недостаточности у больных ИБС? / Н.Ф. Сорока, О.В. Ласкина, А.М. Борис [и др.] // Рецепт. — 2000. — Т. 5, № 14. — С.131—134.
6. *Ярохно, Н.Н.* Эффективность метаболической терапии в комплексном лечении инфаркта миокарда / Н.Н. Ярохно, А.А. Рифель, А.А. Бураков [и др.] // Бюллетень СО РАМН. — 2006. — № 3. — С.107—112.
7. *Skarda, I.* Modulation of myocardial energy metabolism with mildronate — an effective approach in the treatment of chronic heart failure / I. Skarda, D. Klincare, V. Dzerve [et al.] // Proc. Latvian. Acad. Sci., Sect. B. — 2001. — Vol. 55, № 2/3. — P.73—79.
8. *Vetra, A.* Combined treatment of neurologic patients: enhancement of early rehabilitation results due to inclusion of mildronate / A. Vetra, M. Sefere, I. Skarda [et al.] // Proc. Latvian. Acad. Sci., Sect. B. — 2001. — Vol. 55, № 2/3. — P.80—85.

пациенты»), которые имеют те или иные факторы риска (ФР), требующие врачебного вмешательства, и при общении с которыми имеются принципиальные отличия от общения с больными людьми.

Для осуществления вторичной профилактики необходимо выявлять уже заболевших людей и затем использовать все имеющиеся методы лечения, направленные на замедление прогрессирования заболевания и снижение риска осложнений.

Под **факторами риска** (ФР) понимают различные биологические характеристики человека (уровень липидов, глюкозы, мочевого кислоты в крови, АД, масса тела) и особенности его образа жизни (курение, низкая физическая активность, переизбыток, злоупотребление алкоголем), приводящие к увеличению риска развития заболеваний.

Для улучшения профилактических мероприятий при каждом обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение врачу необходимо собрать информацию о ФР. С помощью краткого опроса о привычках, а также при измерении АД, роста и массы тела можно выявить лиц с тремя основными ФР (курение, повышение АД, ожирение).

Проведение, кроме того, дополнительных методов обследования, таких как исследование крови на содержание липидов (как минимум общего холестерина, а наиболее целесообразно — ХС ЛВП и триглицеридов), уровня глюкозы позволит более полно выявить группы риска по развитию ССЗ.

Особое внимание следует уделить лицам с наследственной предрасположенностью к различным заболеваниям, особенно у тех, кто имеет ФР.

Комитет экспертов ВОЗ сформулировал наиболее важные **факторы риска** для развития ССЗ:

1. Дислипидемия (повышенный уровень холестерина и особенно ХС ЛПНП, низкий уровень ХС ЛВП, повышенный уровень триглицеридов).
2. Артериальная гипертензия.
3. Гипергликемия и сахарный диабет.
4. Ожирение.
5. Низкая физическая активность.
6. Наследственная предрасположенность.

Приоритетные группы для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике:

1. Больные с атеросклерозом коронарных, периферических и церебральных сосудов.
2. Пациенты группы высокого риска, имеющие:
 - а) множественные факторы риска, определяющие вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$ в течение 10 лет (или при экстрополяции на 60-летний возраст по таблице SCORE);
 - б) резко повышенный уровень одного фактора риска: холестерин ≥ 8 ммоль/л (320 мг%), холестерин ЛПНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг%), АД $\geq 180/110$ мм рт. ст.;
 - в) сахарный диабет I и II типа с микроальбуминурией.
3. Близкие родственники больных с ранними сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДИСЛИПИДЕМИЯ

Нарушения липидного обмена, главное проявление которого — повышение уровня холестерина в крови

(особенно ХС ЛПНП) — основной фактор развития атеросклероза и ИБС [10].

Целевые (оптимальные) уровни липидов крови

Т а б л и ц а 1

Липидные параметры	Ммоль/дл	Мг/дл
Общий холестерин	<5,0	<190
ХС ЛПНП	<3,0	<115
ХС ЛВП	>1,0 (у мужчин) >1,2 (у женщин)	>40 (у мужчин) >46 (у женщин)
ТГ	<1,7	<150

Немедикаментозная коррекция дислипидемии

Немедикаментозные меры предусматривают назначение диеты, коррекцию веса, повышение физической активности, отказ от курения, чрезмерного употребления алкоголя и др.

Рекомендуется потреблять не более 2000 калорий в сутки. Пищу желательно принимать не реже 4—5 раз в день, распределяя ее по калорийности рациона примерно так: завтрак до работы — 30%, второй завтрак — 20%, обед — 40%, ужин 10%. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2—3 часа до сна.

Медикаментозная терапия дислипидемии

Медикаментозную терапию нужно начинать у лиц с высоким и очень высоким риском развития фатальных осложнений одновременно с немедикаментозными мероприятиями по профилактике.

В настоящее время влияние на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и риск развития этих осложнений доказан только для статинов. Снижение уровня холестерина на 1 ммоль/л при лечении статинами в течение 5 лет приводит к снижению риска смерти на 25—30%, а у больных сахарным диабетом — на 22—37% [5].

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Артериальная гипертензия (АД 140/90 мм рт.ст. и выше) — патологическое состояние, которое наряду с курением и дислипидемией является основным фактором риска ИБС. Повышение АД отмечают примерно у 40% взрослого населения России. Около четверти больных не знает об имеющемся у них заболевании, а лечатся эффективно не более 15% больных. Четверть больных не лечилась никогда, хотя имели многолетнюю историю повышения АД [8, 9].

Согласно последним рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ, профилактическое вмешательство требуется начинать:

- Если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертензии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД.
- Если индекс массы тела Кетле равен 29,0 и более.
- Если уровень общего ХС крови натощак составляет 250 мг/дл (или 6,5 ммоль/л) и более; уровень триглицеридов (ТГ) достигает 200 мг/дл (или 2,3 ммоль/л), и более; уровень ХС ЛВП падает до 39 мг/дл (или

1 ммоль/л) и ниже у мужчин и 43 мг/дл (или 1,1 ммоль/л) и ниже у женщин.

- При регулярном курении даже по одной сигарете в сутки.

- При низкой физической активности, т.е. когда более половины рабочего времени приходится сидеть, а на досуге ходьба, подъем тяжестей и т.п. занимают менее 10 часов в неделю.

В общей популяции целевое АД, которое позволит снизить смертность от мозговых инсультов и ИБС, должно составлять <140/90 мм рт.ст. При отсутствии симптомов решение о необходимости антигипертензивной терапии зависит не только от уровня АД, но и общего сердечно-сосудистого риска и наличия поражения органов-мишеней.

Таблица 2

Немедикаментозные методы снижения АД и их эффективность

Вид изменения	Рекомендации	Эффективность снижения АД, мм рт.ст.
Снижение повышенной массы тела	Поддержание нормальной массы тела	5—20
Диета	Овощи, фрукты (300 г/сут), нежирные молочные продукты, уменьшение потребления насыщенных жиров	8—14
Уменьшение потребления натрия	Потребление поваренной соли с пищей менее 3,8 г	2—8
Физическая активность	Регулярная аэробная физическая активность (ходьба, плавание — не менее 30 мин в день 5 раз в нед)	4—9
Алкоголь	Не более 20—30 г этанола в день. Для женщин и людей с низким весом доза в 2 раза меньше	2—4

При неэффективности немедикаментозных методов воздействия прибегают к гипотензивной терапии.

Цели гипотензивной терапии:

- Предупредить возникновение поражения органов-мишеней и способствовать их обратному развитию (гипертрофия миокарда, поражение сосудов клетчатки, почек и др.).

- Уменьшить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (инсульт, ИМ, аритмии, сердечная недостаточность) и увеличить продолжительность жизни больных АГ.

- Адекватная гипотензивная терапия снижает риск развития ИМ на 20—25%, инсульта на 35—40%, сердечной недостаточности — на 50%.

- Целевой уровень АД составляет менее 140/90 мм рт.ст., а у больных сахарным диабетом и патологией почек, ИБС и мозговым инсультом — менее 130/80 мм рт.ст.

- Достижение этих целей требует коррекции всех модифицируемых факторов риска (курение, дислипидемии, СД), а также лечения всех ассоциированных клинических состояний — ИБС, ХСН, нефропатии и т.д.

- Снижение АД менее 110/70 мм рт.ст. не рекомендуется.

На выбор препарата оказывают влияние многие факторы:

- Наличие факторов риска у больного.

- Поражение органов-мишеней.

- Ассоциированные клинические состояния, поражения почек, СД.

- Непереносимость препарата и возможные противопоказания к различным группам препаратов.

- Социально-экономический фактор (стоимость лечения).

Ингибиторы АПФ и БРА доказали свою эффективность в уменьшении ГЛЖ, а также микроальбуминурии и снижении функции почек. Из всех иАПФ только рамиприл и периндоприл продемонстрировали существенное снижение вероятности развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечно-сосудистой смерти, ХСН, нефропатии не только у больных артериальной гипертензией, но и у лиц с нормальным АД.

Для β-блокаторов доказана высокая эффективность по снижению риска ССО у больных АГ. Бесспорным показанием для назначения β-блокаторов является вторичная профилактика у кардиологических больных, перенесших инфаркт миокарда. Кроме того, β-блокаторы назначают больным АГ в сочетании со стабильной стенокардией, ХСН, тахикардией, глаукомой и беременностью. Предпочтение отдается высокоселективным, липофильным β-блокаторам — бисопрололу, метопрололу, а также карведилолу, мебивололу, имеющим дополнительное сосудорасширяющее свойство.

Антагонисты кальция и тиазидовые диуретики имеют преимущество при назначении больным изолированной систолической артериальной гипертензией и АГ пожилого возраста. Таким пациентам рекомендуется назначение препаратов с длительным 24-часовым действием для приема 1 раз в сут.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

При нарушении углеводного обмена определяется глюкоза крови натощак и через 2 ч после приема 75 г глюкозы — оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ). При выявлении повышенного уровня глюкозы натощак необходим **повторный тест**. Пациенты, у которых уровень глюкозы натощак колеблется между 6,1 и 7 ммоль/л или после ОГТТ составляет от 7,8 до 11,1 ммоль/л, входят в группу риска по развитию диабета в будущем.

У пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе модификация образа жизни позволяет предотвратить или задержать развитие сахарного диабета (СД).

Адекватный метаболический контроль у больных сахарным диабетом I и II типа предупреждает развитие микрососудистых осложнений и может способствовать профилактике сердечно-сосудистых осложнений. У больных сахарным диабетом II типа лечение начинают с немедикаментозных методов (диета, снижение избыточной массы тела и увеличение физической активности).

Если эти меры не приводят к необходимому снижению гипергликемии, добавляют сахароснижающие средства. Рекомензуемые цели лечения сахарного диабета II типа приведены в *табл. 3*.

Т а б л и ц а 3

	ЕИ	Цель
Гликозилированный гемоглобин	HbA1c (%)	≤6,5
Уровень глюкозы в плазме крови	натощак — ммоль/л (мг/дл) после еды — ммоль/л (мг/дл)	<6,0 (110) <7,5 (135)
Артериальное давление	мм рт.ст.	≤130/80
Общий холестерин	ммоль/л (мг/дл)	<4,5 (175) — муж. <4,0 (155) — жен.
ХС ЛПНП	ммоль/л (мг/дл)	<2,5 (100) — муж. <2,0 (80) — жен.

Первичная профилактика СД

Первичная индивидуальная профилактика — это, прежде всего, беседы врача со здоровыми людьми, особенно с членами семей, где имеются больные сахарным диабетом;

- эффективная профилактика энтеровирусной инфекции, вируса краснухи, кори (имеющие тропность к поджелудочной железе);
- улучшение экологии и условий труда;
- борьба с гиподинамией, переизбытком и т.д.

Вторичная профилактика СД

Вторичная профилактика направлена на пациентов с факторами риска и предупреждение у них развития СД. Врачи всех специальностей должны направлять своих пациентов на определение уровня глюкозы в крови, знать ранние клинические проявления СД, а также болезни и состояния, при которых он развивается:

- ожирение, панкреатит, холецистит, гепатит;
- наличие близких родственников, больных диабетом;
- крупноплодная беременность.

Третичная профилактика СД

Предусматривает раннюю диагностику СД, предупреждение прогрессирования болезни (развитие ангиопатий), АГ и ИБС.

ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА

Профилактика ожирения, или снижение избыточной массы тела, имеют важное значение. Больным с ожирением (ИМТ >30 кг/м²), или избыточной массой тела (ИМТ 25—30 кг/м²), а также пациентам с абдоминальным ожирением (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин) необходимо добиться ее снижения.

Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, как правило, тесно связаны с неправильными привычками и характером питания, поэтому их коррекция предполагает, прежде всего, комплекс диетических рекомендаций, в основе которого лежит принцип рационального питания. У лиц, не контролирующих свой рацион, в два-три раза чаще развивается избыточная масса тела [6].

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийных диет. Пациенты с избыточной массой тела, когда еще нет клинической формы ожирения, уже нуждаются в квалифицированных диетических рекомендациях с использованием психотерапевтических подходов, так как чаще всего эти лица не имеют достаточной мотивации к снижению веса. Коррекция пищевого рациона должна сводиться к сниже-

нию потребления углеводов и животных жиров. Суточную калорийность следует ограничить 1800—2000 ккал. Лицам с клиническими формами ожирения (индекс массы тела 29,0 и выше) необходимо более значительное уменьшение калорийности: до 1200—1800 ккал в сут с назначением одного-двух разгрузочных дней (кефирных, творожных, яблочных) в неделю.

Однако при недостаточной эффективности немедикаментозного лечения, возникает необходимость в медикаментозной или даже хирургической коррекции массы тела.

Для лечения ожирения в настоящее время рекомендованы препараты орлистат и сибутрамин.

КУРЕНИЕ

Наиболее распространенным фактором риска среди трудоспособного населения, особенно у мужчин, является курение [1,2].

Диагностику степени никотиновой зависимости осуществляют при помощи балльного теста Фагерстрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Вопрос	Ответ	Баллы
Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6—30 мин	2
Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где оно запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая утром	1
	Все остальные	0
Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11—20	1
	21—30	2
	31 и более	3
Вы курите чаще в первые часы после пробуждения утром, чем в течение последующего дня?	Да	1
	Нет	0
Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Степень никотиновой зависимости определяют по сумме баллов:

- 0—2 — очень слабая зависимость;
- 3—4 — слабая зависимость;
- 5 — средняя зависимость;
- 6—7 — высокая зависимость;
- 8—10 — очень высокая зависимость.

Все курильщики должны получить профессионально убедительный совет о необходимости полного отказа от курения любых разновидностей табака.

На этом пути реализуйте принцип пяти «А»:

А — ASK (осведомляйтесь): систематически выявляйте курильщиков при каждой возможности.

А — ASSES (определите): определите степень никотиновой зависимости пациента и его готовность отказаться от курения.

А — ADVISE (советуйте): недвусмысленно посоветуйте курильщику отказаться от курения.

А — ASSIST (содействуйте): помогите больному в прекращении курения с помощью поведенческого кон-

сультирования, никотинзаместительной терапии или другого медикаментозного лечения.

A — ARRANGE (договаривайтесь): запланируйте последующие контрольные визиты.

Необходимо объяснить, что отказ от курения приносит пользу независимо от стажа курения в любом возрасте, снижая смертность и заболеваемость, в том числе и сердечно-сосудистую, даже в возрасте старше 60—65 лет. Иногда приходится прибегнуть к седативной и другой симптоматической терапии, а в случаях физиологической зависимости — к специфическому медикаментозному лечению [4].

АЛКОГОЛЬ

По данным ВОЗ, опасно употребление более 8 л алкоголя в год, каждый лишний литр сокращает продолжительность жизни у мужчин на 11 мес, а у женщин на 4 мес. В России среднее употребление алкоголя на душу населения составляет 14—15 л в год [2, 7].

Избыточное употребление способствует быстрому прогрессированию ИБС, прежде всего, за счет потенцирования других факторов риска. В частности установлено, что злоупотребление алкоголем приводит к повышению массы тела, уровню триглицеридов крови и повышению АД. При ИБС повышается вероятность внезапной смерти, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии. Доказано, что зависимость между количеством употребляемого алкоголя и смертности от ИБС носит U-образный характер: смертность наиболее высока у лиц, не употребляющих алкоголь и злоупотребляющих им. Согласно рекомендациям ВОЗ, ежедневное употребление алкоголя у мужчин не должно превышать 30 г/сут, а у женщин — 15 г/сут.

Однако, учитывая широкую распространенность алкоголизма в России, рекомендации приема алкоголя даже в умеренных дозах в советах врача неуместны.

НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Низкая физическая активность — важная проблема здоровья современного общества. Известно, что низкая физическая активность является фактором риска ИБС, АГ, СД, остеопороза [1].

Режим и методы повышения физической активности следует выбирать совместно с пациентом, учитывая реальные условия его труда, быта, сложившиеся стереотипы. Физическая активность должна сопровождаться положительными психоэмоциональными установками и не обременять пациента. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

- до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;
- от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ;
- старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки после проведения пробы с физической нагрузкой.

Необходим самоконтроль нагрузки: она не должна приводить к учащению пульса выше возрастного предела, который определяется как «180 – возраст в годах». Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки.

Физические нагрузки следует выполнять по крайней мере по 30 мин 4—5 раз в нед, хотя более умеренная активность также приносит пользу для здоровья.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Известно, что стрессы (социальные, бытовые, профессиональные и пр.) могут влиять на возникновение и обострение ИБС, способствовать появлению или усилению других факторов риска (усиление курения, передания, стресс-индуцированной артериальной гипертонии).

Пациентам часто не удается улучшить свой образ жизни, однако им не следует отказываться от новых попыток. Повышенное внимание следует уделить пациентам с низким социально-экономическим положением; одиноким пожилым людям; лицам, испытывающим стрессы в семье и на работе; склонным к депрессивным реакциям.

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для оценки общего риска смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет рекомендуется использовать систему SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation — Систематическая оценка коронарного риска). Критерием высокого риска является вероятность смерти от сердечно-сосудистых осложнений $\geq 5\%$ [8].

Когда врачу следует определять кардиоваскулярный риск?

- Если больной просит об этом.
- Если на консультации:
 - курящий человек средних лет;
 - имеется абдоминальное ожирение;
 - имеется один или более ФР (>АД, >ХС или > глюкозы в крови);
 - имеется наследственная отягощенность;
 - имеются симптомы возможного наличия ССЗ.

В каких случаях следует назначать другие кардиопротективные средства?

Помимо антигипертензивных, гиполипидемических и сахароснижающих средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике может быть использована ацетилсалициловая кислота (75—150 мг/сут) фактически у всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При непереносимости препарата может быть рекомендован клопидогрел по 75 мг/сут, который предупреждает следующую сердечно-сосудистую катастрофу после перенесенного инфаркта или приступа нестабильной стенокардии [1, 7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В повседневные задачи врачей входит не только эффективное лечение больных с уже имеющейся патологией, которое обеспечивает профилактику осложнений, но и раннее выявление «здоровых пациентов», имеющих факторы риска и планирование на этой основе профилактических мероприятий. Неотъемлемой частью мероприятий по профилактике ССО должно стать повышение образовательного уровня пациентов. При принятии решения в отношении конкретного больного личный опыт врача имеет огромное значение, однако оно не должно противоречить Международным и Российским рекомендациям, отраженным в настоящей статье.

Люди, которые хотят быть здоровыми

0 3 5 140 5 3 0

0 — не курят;

3 — ходят по 3 км в день или занимаются умеренной физической нагрузкой по 30 мин в день;

5 — употребляют 5 порций овощей и фруктов в день;

140 — имеют уровень систолического АД < 140 мм рт.ст.;

5 — имеют общий холестерин < 5 ммоль/л;

3 — имеют ХС ЛПНП < 3 ммоль/л;

0 — не страдают сахарным диабетом или избыточным весом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беленков, Ю.Н.* Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Рабочая тетрадь врача: рекомендации / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов. — М., 2006. — 53 с.
2. *Карпов, А.М.* Самозащита от саморазрушения / А.М. Карпов. — М.: Мед-Пресс, 2005. — С.60—84.
3. *Крулев, К.А.* Заболевания сердца и сосудов. Профилактика и лечение / К.А. Крулев. — СПб.: Питер Пресс, 2008. — 157 с.
4. *Левшин, В.Ф.* Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 7, № 14. — С.917—921.
5. *Марцевич, С.Ю.* Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов / С.Ю.Марцевич, Н.П.Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2009. — № 4. — С.80—84.
6. *Недогода, С.В.* Ожирение и артериальная гипертензия. Часть I. Снижение веса и нормализация артериального давления / С.В. Недогода, И.Н. Барыкина, У.А. Брель, Л.В. Бутрина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 5. — С.105—115.
7. *Оганов, Р.Г.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 211 с.
8. *Шальнова, С.А.* Артериальная гипертония и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертонии / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, В.В. Константинов [и др.] // Consilium Medicum. — 2007. — № 9 (11). — С.31—34.
9. *Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 6. — 30 с. (прил. 2).*
10. *Диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — № 6. — 54 с. (прил. 3).*

© Н.В. Овсянников, Н.В. Багишева, С.М. Ищенко, 2009

УДК 616.248-085.234(Biasten)+615.032.23

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА БИАСТЕН В КАЧЕСТВЕ ЕДИНОГО ИНГАЛЯТОРА

НИКОЛАЙ ВИКТОРОВИЧ ОВСЯННИКОВ, канд. мед. наук, главный пульмонолог г. Омска, зав. пульмонологическим отделением МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»
НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА БАГИШЕВА, канд. мед. наук, врач-пульмонолог, МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»
СЕРГЕЙ МИХАЙЛОВИЧ ИЩЕНКО, зам. генерального директора ЗАО «Пульмомед», Омск

Реферат. Цель исследования — изучение эффективности, переносимости и удобства применения комбинированного препарата *биастен* у 36 пациентов, страдающих бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести, при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии. Исследование включало клиническую и функциональную оценку симптомов. Доказано, что использование единого ингалятора *биастен* в эквивалентных дозах значительно сокращает выраженность одышки, кашля, частоту приступов удушья, улучшает показатели ОФВ1 при хорошей переносимости препарата.

Ключевые слова: бронхиальная астма, концепция «единого ингалятора», эффективность лечения.

EFFICIENCY AND SAFETY OF APPLICATION OF DOMESTIC COMBINED PREPARATION *BIASTEN* AS THE UNIFORM INHALER FOR THERAPY OF THE BRONCHIAL ASTHMA

N. V. OVSYANNIKOV, N. V. BAGISHEVA, S. M. ISHCENKO

Abstract. Studying of efficiency, shipping and convenience of application of a preparation of the combined preparation of *biasten* at 36 patients, easy bronchial asthma easy, average and heavy severity level at its use as a uniform inhaler for basic and symptomatic therapy was a research objective. Research included a clinical and functional estimation of symptoms. It is proved that use of a uniform inhaler of *biasten* in adequate doses considerably reduces expressiveness of a short wind, cough, frequency of attacks of asthma, improves indicators ОФВ1 at good shipping of a preparation.

Key words: a bronchial asthma, the concept of «a uniform inhaler», efficiency of treatment.

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, тяжелым социальным и экономическим бременем, ложащимся на плечи общества [5]. В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн больных БА [6]. Иммунное воспаление, являющееся главным механизмом патогенеза БА, обуславливает возникновение симптомов

этого заболевания. Контроль над степенью выраженности воспаления обеспечивает контроль над симптомами, а значит и «контроль БА». Это новое понятие задачи терапии предложено в редакции GINA 2006 г.

Вопросы рациональности терапии, направленной на обеспечение контроля БА, становятся все более актуальными, поскольку увеличение распространен-

ности заболевания и смертности от него происходит одновременно с увеличением потребления противоастматических препаратов [14].

Независимо от использованных критериев оценки уровень контроля БА в клинических исследованиях составляет 25—68% [8, 10]. В повседневной клинической практике уровень контроля БА существенно ниже. Так, даже в странах Западной Европы с высокоразвитой системой здравоохранения он приближается к 5%. В России «золотой стандарт» контроля над симптомами БА достигнут у 6,6% больных, получавших базисную терапию, и у 3,3%, получавших только симптоматическую терапию [3, 4]. Различия между результатами клинических исследований и реальной клинической практикой имеет множество причин, важнейшими из которых являются: а) низкий комплаенс больных, которые отдают предпочтение сиюминутному эффекту от β_2 -агониста короткого действия регулярному приему ингаляционных глюкокортикостероидных препаратов (иГКС); б) фармакологические особенности этих групп препаратов, в том числе и не вызывающие расслабление гладких мышц дыхательных путей.

К таким эффектам β_2 -агонистов относят уменьшение экссудации плазмы и уменьшение отека слизистой оболочки бронхов за счет воздействия на клетки эндотелия посткапиллярных венул, стабилизацию тучных клеток и уменьшение высвобождения медиаторов воспаления, торможение выделения активных форм кислорода. В то же время терапия β_2 -агонистами сопровождается развитием эффекта тахифилаксии, что связано с десенситизацией и интерконверсией β_2 -рецепторов.

Ингаляционные ГКС являются основными препаратами, ингибирующими иммунное воспаление при БА. Этот эффект иГКС реализуется через активацию ГКС-рецепторов в цитоплазме клеток эпителия бронхов, супрессию воспалительных генов, активированных провоспалительными факторами транскрипции. При этом эти эффекты иГКС реализуются быстро (за часы).

В то же время при лечении иГКС развиваются микотические поражения слизистой оболочки полости рта, гортани, пищевода, урогенитальный микоз, при лечении системными ГКС чаще возникают комбинированные (по локализации) поражения слизистых [7, 9].

Доказано положительное взаимодействие при совместном применении иГКС и β_2 -агонистов. В частности, ГКС способствуют повышению экспрессии β_2 -рецепторов на поверхности клеток, предупреждают развитие down-регуляции β_2 -рецепторов легких, восстанавливают сопряжение β_2 -рецепторов после длительной терапии β_2 -агонистами. β_2 -агонисты в свою очередь усиливают транслокацию ГКС-рецепторов, усиливают противовоспалительные эффекты ГКС в клетках гладких мышц дыхательных путей. Существующая двусторонняя взаимосвязь этих групп препаратов способствует увеличению эффективности терапии при снижении нежелательных эффектов, обусловленных ею [15].

Разработка и внедрение в клиническую практику комбинированных ингаляторов, содержащих иГКС и β_2 -агонисты, позволили добиться улучшения контроля БА при использовании меньших доз иГКС и β_2 -агонистов. Такая комбинация эффективна и с точки зрения повышения комплаенса больных БА, поскольку обеспечивает регулярный прием иГКС. Разработанная концепция «единого ингалятора», применяемого в режиме SMART (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy) за счет использования «окна возможностей», показала сокраще-

ние числа тяжелых обострений БА [2, 16]. В то же время такая терапия является более безопасной [1, 11].

В 2003 г. в НИИ пульмонологии Минздрава РФ было проведено исследование комбинированного препарата отечественного производства *биастен*, содержащего 100 мкг иГКС будесонида и 200 мкг β_2 -агониста короткого действия сальбутамола гемисукцината. В качестве средства доставки препарата использовался индивидуальный порошковый ингалятор циклохалер. Исследование было открытым, параллельным, в нем участвовало 10 взрослых больных БА среднетяжелого течения. Исследование показало высокую клиническую эффективность и безопасность этого препарата [12, 13]. Однако в то время этот комбинированный ингалятор не позиционировался как единый для базисной терапии и купирования приступов удушья. Развитие представлений о терапии БА последних лет позволило предположить возможность использования *биастена* как единого ингалятора для лечения БА.

Целью настоящего исследования явилось сравнение эффективности, переносимости и удобства применения препарата *биастен* в различных соотношениях будесонида/сальбутамола гемисукцината 100 мкг/200 мкг и 400 мкг/100 мкг у пациентов, страдающих БА легкой, средней и тяжелой степени тяжести при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА.

Материал и методы. В исследовании приняли участие пациенты, соответствующие следующим критериям:

- в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести;

- отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний;

- способность правильно выполнять рекомендации врача.

Критериями исключения были:

- острые инфекции дыхательных путей (пневмонии, синуситы, отиты);

- повышенная чувствительность к компонентам препарата;

- беременность, лактация;

- наличие онкологических, эндокринологических, сердечно-сосудистых заболеваний, почечной, печеночной недостаточности и других тяжелых сопутствующих заболеваний.

Во время исследования разрешался прием следующих препаратов:

• β_2 -агонисты короткого действия;

• М-холинолитики короткого или длительного действия;

• отхаркивающие препараты;

• препараты для коррекции сопутствующих заболеваний (ИБС, АГ).

Запрещался прием:

• теofilлинов;

• системных ГКС;

• β -блокаторов;

• НПВП.

Исследование имело проспективный открытый дизайн. Период наблюдения составил 4 нед. Исследование включало 2 периода:

1. Клинико-диагностический период (2 нед).

2. Период наблюдения (4 нед).

Во время первого периода проводилось дополнительное обследование больных с целью уточнения

степени тяжести, характера и эффективности ранее проводимой терапии, при необходимости — купирование обострения. Далее в зависимости от степени тяжести пациенты были разделены на 2 группы, I группа принимала *биастен* 100/200, II группа — *биастен* 400/100 течение 4 нед. Препарат *биастен* на период наблюдения был предоставлен всем пациентам компанией ЗАО «Пульмомед».

Исследование проводилось на базе городского пульмонологического центра МУЗ «ОГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова» г. Омска, Областной клинической больницы г. Омска и МУЗ «ГКБ № 11» с наблюдением в круглосуточном стационаре, дневном пульмонологическом стационаре и амбулаторно. Перед началом использования порошкового ингалятора с каждым больным врачом проводилось индивидуальное занятие по обучению технике проведения ингаляции с последующим неоднократным контролем в течение первых дней.

Контрольные визиты проводились каждые 2 нед в течение периода наблюдения с клинической оценкой субъективного состояния, мониторинга дневных и ночных симптомов, спирографии, потребности в ингаляциях β_2 -агонистов короткого действия, оценкой переносимости, удобства применения и наличия побочных эффектов.

Исключение из исследования предусматривалось при:

- отказе больного от участия на любом из этапов;
- развитии побочных эффектов;
- ухудшении состояния пациента, требующем госпитализации или назначения системных ГКС;
- присоединении ОРВИ или обострении сопутствующей патологии, делающими невозможным явки больного на контрольные визиты или проведение индивидуального мониторинга.

Измерения

Клиническое исследование проводилось на контрольных визитах (2-я, 4-я нед) и включало:

- субъективную оценку кашля пациентами по 4-балльной шкале: 0 баллов — нет симптомов, 1 — незначительно выраженные симптомы, 2 — умеренно выраженные симптомы, 3 — значительно выраженные, ограничивающие жизнедеятельность и требующие обращения за медицинской помощью симптомы;
- одышку по 10-балльной шкале (10 баллов — максимальная выраженность, 0 баллов — отсутствие одышки);
- приступы удушья (количество в сут).

Объективная оценка функции внешнего дыхания проводилась с помощью компьютерной спирографии (в начале и по окончании наблюдения), где использовались показатели, определяющие состояние бронхиального дерева: объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1). Оценка полученных результатов проводилась в сравнении с должными величинами.

Оценка уровня контроля над симптомами БА со стороны пациента проводилась с помощью индивидуального теста по контролю над астмой (АСТ), который заполнялся пациентами самостоятельно и предусматривал ответы на 5 вопросов:

1. Как часто за последние 4 нед астма мешала выполнять обычный объем работы или учебы?
2. Как часто за последние 4 нед Вы отмечали у себя затруднение дыхания?
3. Как часто за последние 4 нед Вы просыпались ночью из-за симптомов астмы?

4. Как часто за последние 4 нед Вы использовали быстродействующий ингалятор?

5. Как Вы оценивали, насколько хорошо Вам удалось контролировать астму?

Ответы предусматривали оценку состояния по 5-балльной шкале (при максимуме — 25 баллов, минимуме — 5 баллов).

Оценка переносимости, удобства применения препарата и побочных эффектов проводилась при каждом визите и оценивалась по 4-балльной шкале (0 баллов — отличная, 1 — хорошая, 2 — удовлетворительная, 3 — плохая).

Статистический анализ

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «BIOSTAT» и «EXEL». Данные представлены как $mean \pm SD$. Достоверность различий количественных показателей между группами определялась с помощью критериев χ^2 и Манна—Уитни, достоверность различий внутри одной группы определялась с помощью парного *t*-критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Характеристика больных. В исследование было включено 40 больных, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести (легкая, среднетяжелая и тяжелая). Завершили 4-недельный курс наблюдения 36 (90%) человек, 4 были исключены из-за невыполнения рекомендаций врача и неявки на контрольные визиты. Мужчин было 16, женщин — 20 в возрасте от 21 до 74 лет [средний возраст (50,64±1,69) года]. По степени тяжести: легкая — 5 (13,9%) человек, среднетяжелая — 26 (72,2%), тяжелая — 5 (13,9%) больных. Средняя длительность заболевания по анамнезу от появления первых симптомов бронхообструкции до настоящего времени составляла от 1 до 20 лет [в среднем — (10,47±2,07) года], с частотой обострений от 1 до 5 в год.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю вошли 19 больных БА легкой и средней степени тяжести. Во 2-ю — 17 больных среднетяжелой и тяжелой БА (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Характеристика больных

Показатели	1-я группа (биастен 100/200)	2-я группа (биастен 400/100)
Кол-во больных	19	17
Мужчин/женщин	6/13	10/7
Средний возраст, лет	53,63±4,5	46,18±4,2
Длительность заболевания по анамнезу, год	10,79±1,8	10,12±0,9
Степень тяжести БА:		
легкая	5	0
среднетяжелая	14	12
тяжелая	0	5

Клиническая эффективность. В течение всего периода наблюдения у большинства больных отмечена положительная динамика (в разной степени выраженности) со стороны клинических симптомов. Пациенты отмечали уменьшение выраженности приступообразного сухого кашля, одышки, частоты приступов удушья, потребности в дополнительных ингаляциях *биастена* «по требованию» (табл. 2).

Оценка клинических симптомов (в баллах) на фоне лечения биастеном

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)				2-я группа (биастен 400/100)			
	Легкая БА		Среднетяжелая БА		Среднетяжелая БА		Тяжелая БА	
Время наблюдения	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед
Кашель	1,2	1	2,14	0,93*	2,08	0,75*	1,6	0,8*
Одышка	3,8	2,5*	3,78	2,14	6,67	1,83*	9,2	4,8*
Приступы удушья (кол-во в день)	1,8	1	2,57	0,71*	4,08	0,92*	8,4	2,2*
Потребность в дополнительных ингаляциях биастена (кол-во в день)	0,71	0,4	3,64	1,14*	3,08	0,5*	8,8	2,8*

* $p < 0,05$.

Таблица 3

Оценка клинических симптомов (в баллах) на фоне лечения биастеном

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)				2-я группа (биастен 400/100)			
	Легкая БА		Среднетяжелая БА		Среднетяжелая БА		Тяжелая БА	
Время наблюдения	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед
АСТ-тест, баллы	13	17,25*	18,14	20,21	13,58	20,33*	13,8	17,4*
ОФВ1, %	70,8	86,2	52,6	58,76	57,5	69,58	34,2	38,0

* $p < 0,05$.

Таблица 4

Переносимость биастена у пациентов, страдающих бронхиальной астмой

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)		2-я группа (биастен 400/100)	
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Переносимость, баллы	2	1	1,67	1,2
Побочные эффекты, баллы	1,8	0,07	0,92	0
Удобство применения, баллы	2	1,07	1,58	1,4

Таблица 5

Побочные эффекты, связанные с приемом биастена

Признаки	Кол-во больных			
	1-я (биастен 100/200)		2-я (биастен 400/100)	
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Кашель	2	0	4	0
Першение в горле	2	0	1	0
Приступы удушья	0	0	1	0
Сердцебиение	0	1	0	0

В исследовании участвовали врачи из городских и областных лечебных учреждений амбулаторного и стационарного звена (табл. 6).

Таблица 6

Учреждения, где наблюдались пациенты

Учреждение	Кол-во наблюдаемых больных	
ОКБ (стационар)	10	
МУЗ «ОГКБ № 1 им. А.Н.Кабанова»	(стационар)	5
	(поликлиника)	10
МУЗ «ГКБ № 11» (стационар)	11	

В стационаре наблюдение проводилось врачами-пульмонологами, в поликлинике — терапевтами. Городские и областные лечебные учреждения имеют различное финансирование и уровень обеспечения лекарственными препаратами. Из-за этого требования, предъявляемые к лекарственным препаратам со стороны врачей, различны. Использование порошковых ингаляторов требует

Следует отметить значительное сокращение приступов удушья и сокращение суточной потребности в дополнительных ингаляциях биастена (с 8 до 2 в среднем ингаляций в сутки) у пациентов с тяжелой БА, без превышения допустимых суточных доз ИГКС и КДБА.

С целью объективной оценки состояния пациентов нами проводились спирография и АСТ-тест (табл. 3).

Во всех группах отмечено увеличение уровня контроля БА по АСТ-тесту. У пациентов со среднетяжелой БА в обеих группах удалось достичь хорошего уровня контроля. Кроме того, у 2 пациентов 46 и 74 лет, имеющих стаж приема сГКС более 10 лет, на фоне приема биастена за 4 нед удалось снизить дозу сГКС на 50%. Следовательно, регулярный прием в качестве базисной терапии комбинированных препаратов позволяет повысить уровень контроля над заболеванием.

Во время исследования по 4-балльной шкале оценивались переносимость препарата, наличие побочных эффектов и удобство применения исследуемого препарата.

Большая часть пациентов оценивали удобство и переносимость как хорошую или удовлетворительную. Учитывая выраженный положительный бронхолитический и противовоспалительный эффект, некоторые неудобства или неприятные ощущения при приеме биастена не повлекли за собой отмены препарата.

Во время исследования побочные эффекты, связанные с приемом биастена были отмечены у 8 пациентов (табл. 5) и проявлялись кашлем, першением в горле, приступами удушья. Наибольшее количество их встречалось в 2-й группе у среднетяжелых больных.

особого подхода к использованию и контролю техники выполнения ингаляций пациентом, что требует дополнительного времени и определенного настроя от врача для достижения партнерского отношения с пациентом. Количество побочных эффектов (табл. 7), развившихся у пациентов различных лечебных учреждений на один и тот же препарат, отражает особенности субъективного восприятия врачей и больных БА процесса лечения.

Таблица 7

Частота встречаемости побочных эффектов у пациентов различных лечебных учреждений

Учреждение	Кол-во больных, у которых развились побочные эффекты	% от числа пролеченных в данном ЛПУ
ОКБ (стационар)	8	80
МУЗ «ОГКБ № 1»	(стационар)	1
	(поликлиника)	10
ГБ № 11 (стационар)	1	9

Заключение. Данные, полученные в результате проведенного исследования, показывают эффективность и безопасность использования комбинированного препарата биастен (будесонид+сальбутамол) отечественного производства в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА. Различные варианты дозировок иГКС и β_2 -агониста короткого действия в комбинированном препарате биастен удобны для подбора дозы при проведении ступенчатой терапии согласно рекомендациям GINA. Субъективные пристрастия врачей могут иметь значение в оценке эффективности и безопасности применения конкретного препарата.

ЛИТЕРАТУРА

- Архипов, В.В. Насколько безопасны современные агонисты β_2 -адренорецепторов? / А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Бронхиальная астма. Новые решения.* — М., 2007. — С.133—147.
- Архипов, В.В. Новые концепции терапии бронхиальной астмы: применение одного ингалятора для базисной терапии и устранения симптомов заболевания / А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Бронхиальная астма. Новые решения.* — М., 2007. — С.103—132.
- Белевский, А.С. По следам публикации / А.С. Белевский // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2005. — № 2 (17). — С.40—41.

- Белевский, А.С. Проблемы контроля бронхиальной астмы у больных, получающих регулярную базисную терапию / А.С. Белевский, Н.А. Вознесенский // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2005. — № 4 (19). — С.42—44.
- Биличенко, Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы / Т.Н. Биличенко // *Бронхиальная астма: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина.* — М., 1997. — Т. 1. — С.400—424.
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 / пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. — М.: *Атмосфера*, 2007. — 103 с.
- Голевцова, З.Ш. Проблема аллергических пневмомикозов в практике врача-интерниста / З.Ш. Голевцова, Л.В. Овсянникова, Н.В. Овсянников // *Омский научный вестник.* — 2000. — № 10. — С.124—126.
- Овсянников, Н.В. Исследование эффективности безфреонового бекламетазона дипропионата в форме ингалятора Легкое Дыхание у больных бронхиальной астмой / Н.В. Овсянников, Н.В. Багишева, Т.А. Проскура // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2006. — № 3 (22). — С.56—60.
- Овсянникова, Л.В. Оппортунистические микозы у больных бронхиальной астмой на фоне базисной терапии / Л.В. Овсянникова, З.Ш. Голевцова, Н.В. Овсянников // *Проблемы медицинской микологии.* — 2003. — Т. 5, № 2. — С.32—33.
- Овсянников, Н.В. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы в практике участкового терапевта / Н.В. Овсянников [и др.] // *Пульмонология.* — 2007. — № 1. — С. 100—105.
- Смоленов, И.В. Безопасность ингаляционных глюкокортикостероидов: новые ответы на старые вопросы / И.В. Смоленов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2002. — № 3. — С.10—14.
- Соколов, А.С. Биастен — комбинированный отечественный препарат для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, Т.Н. Гаркавая // *Пульмонология.* — 2003. — № 5. — С.97—99.
- Соколов, А.С. Эффективность и безопасность Биастена — комбинированного препарата для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, В.М. Павлов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2004. — № 2 (13). — С.58.
- Федосеев, Г.Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. — СПб.: *Нордмедиздат*, 2006. — 308 с.
- Barnes, P.J. Scientific rationale for using a single inhaler for asthma control / P.J. Barnes // *Eur.Respir. J.* — 2007. — Vol. 29. — P.587—595.
- O'Byrne, P.M. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma. The OPTIMA randomized trial / P.M. O'Byrne, P.J. Barnes, R. Rodrigues-Roisin [et al.] // *Amer. J. Respir. Crit. Care. Med.* — 2000. — Vol. 164. — P.1392—1397.

© Р.Г.Сайфутдинов, З.М.Галеева, З.А.Шайхутдинова, Д.Г.Исхакова, А.Р.Гилязова, 2009

УДК 616.33-002.44

К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

РАФИК ГАЛИМЗЯНОВИЧ САЙФУТДИНОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»
ЗАРИНА МУНИРОВНА ГАЛЕЕВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»
ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА ШАЙХУТДИНОВА, зам. гл. врача по медицинской части МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани», главный внештатный гастроэнтеролог Управления здравоохранением г. Казани
ДИЛЯРА ГАБДРАШИТОВНА ИСХАКОВА, заведующая отделением гастроэнтерологии МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани»
АЛЬБИНА РАШИДОВНА ГИЛЯЗОВА, клинический ординатор кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Реферат. В данной статье описывается клинический случай длительно незаживающей язвы желудка, тактика обследования и ведения данной категории пациентов.

Ключевые слова: длительно незаживающие язвы желудка, диагностика, лечение, цитопротекторы.

TO THE QUESTION OF NON-HEALING GASTRIC ULCERS

R. G. SAYFOUDINOV, Z. M. GALEYEVA, Z. A. SHAIKHOUDINOVA, D. G. ISKHAKOVA, A. R. GILYAZOVA

Abstract. In the article the clinical case report of long not healing stomach ulcer, tactics of examination and treating these category of patients is described.

Key words: it is long not healing stomach ulcers, diagnostics, treatment, cytoprotectors.

На сегодняшний день, несмотря на совершенствование диагностических алгоритмов, применение современных схем эрадикационной терапии, язвенная болезнь желудка продолжает оставаться одной из наиболее частых патологий желудочно-кишечного тракта. Особый интерес представляют так называемые длительно незаживающие язвы желудка. Несмотря на кажущееся решение большинства вопросов, связанных с хроническими язвами желудка, ко многим из них приходится возвращаться в связи с накоплением новых данных по диагностике и лечению такого рода больных, у которых заживление происходит длительно или не происходит вообще на протяжении продолжительного времени.

Определенный интерес представляют сведения о том, какие язвы необходимо считать длительно незаживающими, т.е. раскрывающие сущность термина «длительно незаживающая язва». Проведенные исследования с использованием эндоскопического метода позволяют серьезно обсуждать реальные сроки заживления язвенных поражений желудка. Например, средние сроки рубцевания язв желудка согласно данным исследованиям составляют: язва кардиального отдела — 30—60 дней; язва тела желудка — 70—90 дней. Таким образом, большинство язв желудка заживает за 2 мес, что можно рассматривать как обычные сроки. Но, по данным некоторых авторов [1, 2, 3, 4], до 85% язв желудка заживает за 6 мес. Эти язвы с позиций этих авторов нельзя рассматривать как длительно незаживающие, правильнее их считать медленно заживающими, так как нередко заживление язв желудка не укладывается в сроки до 2 мес. Таким образом, говоря о сроках заживления язв желудка целесообразно придерживаться следующей терминологии:

- язвы, заживающие в обычные сроки (на протяжении 2 мес);
- длительно заживающие язвы (на протяжении 2—6 мес);
- длительно незаживающие язвы (на протяжении 6 мес и более).

В отечественной литературе крайне мало данных об особенностях длительно незаживающих язв, поэтому в данной статье мы решили подробнее осветить данный вопрос на основании обзора имеющихся источников литературы. Для длительно незаживающих язв желудка характерны следующие особенности:

- преобладают пациенты мужского пола;
- возраст чаще 30—40 лет и старше;
- язвы имеют преимущественно средние и большие размеры, различной глубины; чаще всего располагаются в теле желудка и в антрально-пилорическом отделе;
- в основном язвы одиночные, округлой или полигональной формы;
- размеры от 1,5—2 см и более; преобладают язвы округлой формы;
- изъязвления преимущественно глубокие;
- края язвы в большинстве случаев ровные, белесоватого цвета, возвышающиеся над окружающей сли-

зистой оболочкой, отмечается подрытость и пологость краев, консистенция краев плотная;

- дно язвы гладкое, покрыто толстым слоем некротического налета, сосуды не видны;
- стенка органа деформирована, отмечаются множественные перигастральные спайки;
- осложняются кровотечением, редко трансформируются в рак;
- кислотообразующая функция желудка в основном сохранена, реже повышена или понижена;
- у 8,5% пациентов возникновению язвы желудка предшествует язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК);
- поражение желудка протекает на фоне сопутствующих заболеваний: атеросклероза различной локализации, ИБС, гипертонической болезни, эмфиземы легких, пневмосклероза, ГПОД, дискинезии желчного пузыря.

Данные язвы также имеют особенности болевого синдрома в зависимости от локализации. При язве проксимального отдела желудка (кардиальный или субкардиальный отделы, верхняя и средняя треть желудка) интенсивность боли и диспептических расстройств бывает менее выражена по сравнению с язвами, локализующимися в дистальном отделе желудка (верхняя треть тела желудка, антральный и пилорический отделы), где болевой синдром и диспептические расстройства носят выраженный характер. Чаще всего боль локализуется в эпигастральной области (76,5%), реже под мечевидным отростком (12,5%) и в правом и левом подреберье (11,0%). Среди эндоскопических особенностей данных язв можно отметить:

- бледность слизистой оболочки с просвечиванием мелких сосудов, преимущественно в дистальной трети органа;
- сохранность ширины складок слизистой оболочки;
- язвы чаще средних и больших размеров;
- язвы имеют достаточно большую глубину и длительно сохраняющееся периульцерозное воспаление различной степени выраженности;
- часто сочетаются с регургитацией содержимого двенадцатиперстной кишки;
- часто язвам сопутствуют острые или хронические эрозии;
- конвергенция складок слизистой оболочки выражена в различной степени.

При гистологическом исследовании выявляются черты классической язвы, но с рядом особенностей: на дне язвы, помимо экссудата, широкой и глубокой зоны фибриноидного некроза и грануляционной ткани, имеются зоны резко выраженного склероза, распространяющегося за пределы изъязвления до серозной оболочки, мощные фиброзные перигастральные сращения, мышечный слой обычно разорван и склерозирован, отмечаются эндартерииты, эндофлебиты с облитерацией просвета мелких и крупных сосудов, а также образование большого количества артериовенозных анастомозов. В пилорическом отделе, как правило, у всех больных выявляется атрофический гастрит, в фундальном отделе — структура клеток чаще сохранена.

Необходимо отдельно отметить вклад отечественных ученых в изучение особенностей длительно незаживающих язв. Так, В.М. Майоров и соавт. (1999) при изучении желудочной секреции у ряда больных с незаживающими язвами на протяжении 10 лет, затем зажившими, показали некоторое уменьшение показателей секреторной функции желудка при их заживлении. Н.И. Белостоцкий (1999) установил снижение активности пепсинов желудочного сока при язвенной болезни желудка (ЯБЖ), наиболее выраженную у пациентов с длительно незаживающими язвами. Автор отмечает снижение удельной активности пепсинов в зонах локализации желудочных протеаз на фоне повышенного количества ферментного белка фракций пепсинов. А.Ю. Барановский (1998) разработал универсальную программу прогнозирования течения ЯБЖ, позволяющую с высокой достоверностью предвидеть возможность формирования длительно незаживающих язв (в 78,8% случаев). Автором сформулировано положение об определяющем значении функционально-морфологического состояния и уровня метаболических процессов периульцерозной зоны и края язвы желудка. Предикторами длительного заживления язвы, по А.Ю. Барановскому, являются:

- наличие симптомокомплекса предъязвенного состояния (58,2%);
- постепенное нарастание симптомов (90,2% случаев) с наличием болей ноющего характера (89,1%) и локализацией в эпигастральной области (69,4%);
- большое число случаев (53,6%) с высокими значениями показателя соотношения стимулированной и базальной кислотной продукции;
- прогрессирующий иммунодефицит в виде снижения Т-лимфоцитов;
- большие размеры кратера, превышающие 1,0 см в диаметре, глубокие язвы (73,6%);
- асимметрия периульцерозной зоны по отношению к краю язвы, достоверное существенное увеличение площади периульцерозной зоны, длительно сохраняющееся выраженное периульцерозное воспаление (повышение содержания лимфоцитов, плазматических клеток, нейтрофилов, понижение эозинофилов — 59,9%);
- выраженное угнетение муцинообразования по результатам гистологического исследования, падение адгезивной способности слизи в виде неравномерного распределения в периульцерозной зоне (66,2%);
- снижение тучных клеток более чем в 2 раза в крае язвы и качественное их изменение: представлены незрелыми и слабогранулированными клетками;
- снижение содержания в слизистой оболочке желудка креатинфосфата более чем на 50%, НАД-Н и окисленных форм флавопротеидов в периульцерозной зоне, отражающие глубокие тканевые метаболические расстройства.

К л и н и ч е с к и й с л у ч а й.

Пациент С., 52 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение ГКБ № 7 8 сентября 2009 г. с жалобами на отсутствие аппетита, на похудание (на 20 кг за последние 8 лет), на боли ноющего характера в эпигастрии умеренной интенсивности, не связанные с приемом пищи; на рвоту желудочным содержимым; на бессонницу, раздражительность, подавленность настроения; на онемение в пальцах рук; на периодические болезненные стягивания в мышцах ног; на повышение артериального давления максимально до 190/110 мм рт.ст., рабочее — 120/80 мм рт.ст.

История развития настоящего заболевания. Больным себя считает с начала ноября 2007 г., когда впервые

появились боли в эпигастральной области, интенсивные, неиррадирующие, возникающие независимо от приема пищи; рвота «кофейной гущей» от 2 до 3 раз в день на высоте болевого синдрома; резко похудел (на 5 кг за 2 мес). Обратился к участковому терапевту. Был направлен в городскую онкологический диспансер, где было проведено обследование. При проведении ФГДС была обнаружена язва в области угла желудка, ассоциированная с *Helicobacter pylori*. Проходил стационарное лечение в ГКБ № 7 с 30.11.07 г. по 17.12.07 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *Helicobacter pylori* (язва угла желудка 1,0×0,4 см), впервые выявленная. Анемия легкой степени тяжести. Проведен курс тройной эрадикационной терапии, были даны рекомендации по изменению образа жизни.

После выписки на амбулаторном этапе пациент рекомендации не соблюдал. Ухудшение самочувствия — через 3 нед после выписки в виде возобновления болевого синдрома и рвоты. Повторная госпитализация в ГКБ № 7 с 31.01.2008 г. по 12.02.2008 г., где принимал антисекреторную терапию, антациды, витаминотерапию.

С февраля по июнь 2008 г. боли не беспокоят, самочувствие хорошее. В июле 2008 г. — обострение заболевания. Вновь находится на стационарном лечении в ГКБ № 7 (03.07.2008.—16.07.2008). Получаемая терапия: ингибиторы протонной помпы, спазмолитики, витамин В₁₂, препараты железа. После выписки наступает ремиссия, следующее обострение — в сентябре 2009 г. Таким образом, у данного пациента за период с 2007 г. по 2009 г. регистрируется четыре госпитализации.

Перенесенные заболевания: перелом нижней челюсти (1994), травма позвоночника (2005), артериальная гипертензия (с 2006). Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность отягощена: язвенная болезнь желудка со стороны матери.

История жизни: образование среднее; жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Семейное положение: женат, 2 детей. Работает сборщиком-клепальщиком на «КАПО им. Горбунова». Имеются профессиональные вредности: шум, вибрация. Питается нерегулярно, не завтракает, пьет очень мало жидкости. В армии не служил. Вредные привычки: курит более 20 лет около 20 сигарет в день; алкоголь не употребляет в течение последних 10 лет, до этого злоупотреблял. Принимаемые ЛС: лизиноприл — нерегулярно.

Данные объективного исследования: при беседе с пациентом обращает на себя внимание повышенный уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость настроения. Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, астеническое, рост 170 см, вес 52 кг, ИМТ — 17,9. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система: сильно деформирован позвоночный столб на протяжении, при пальпации безболезненный. Органы дыхания: перкуторно легочной звук; при аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются; ЧДД — 19 в мин. Сердечно-сосудистая система: границы сердца не расширены; тоны приглушены, ритмичные; АД — 150/90 мм рт.ст.; пульс — 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Система органов пищеварения: обращает на себя внимание отсутствие множества зубов; язык влажный, густо обложен белым налетом; живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в области эпигастрия; печень не увеличена; селезенка не пальпируется. Система мочевыделения: при осмот-

ре поясничной и надлонной областей патологические изменения не выявляются; симптом Пастернацкого отсутствует с обеих сторон.

На основании жалоб пациента, данных анамнеза заболевания и данных объективного исследования выставлен предварительный диагноз: язвенная болезнь желудка, часто рецидивирующее течение, обострение. Артериальная гипертензия I стадии, риск 2.

Динамика некоторых лабораторно-инструментальных методов обследования за период с 2007 г. по 2009 г. представлены в (табл. 1, 2, 3, 4).

Таблица 1

Динамика показателей общего анализа крови за период с 2007 г. по 2009 г.

Показатели	2007, декабрь	2008, январь	2008, июль	2009, сентябрь
Hb, г/л	69	76	85	109
Eg, $\times 10^{12}$ /л	3,23	3,41	3,52	4,23
ЦП	0,64	0,67	0,72	0,78
Leu, $\times 10^9$ /л	6,0	9,8	9,7	4,6
СОЭ, мм/ч	48	36	25	28

Таблица 2

Динамика показателей биохимического анализа крови 2007—2009 гг.

Показатель	2007, декабрь	2008, январь	2008, июль	2009, сентябрь
Ві, мкмоль/л	10,0	10,0	10,0	12,0
Общий белок, г/л	68,9	81	74	69
ПТИ, %	83%	94%	94%	67%
Глюкоза, ммоль/л	5,3	4,0	4,0	3,4
FE сыворотки	5,1	5,8	6,9	6,5

Таблица 3

Лабораторно-инструментальные исследования в стационаре при последней госпитализации

Общий анализ крови

Показатель	09.09.09 (при поступлении)	25.09.09 (при выписке)
Hb, г/л	109	114
Eg, $\times 10^{12}$ /л	4,23	4,12
ЦП	0,78	0,83
Leu, $\times 10^9$ /л	4,6	5,0
L-формула, %	П-1, С-75, Э-0, М-1, Л-23%	П-2, С-72, Э-0, М-2, Л-24%
СОЭ, мм/ч	28	28

Биохимическое исследование крови в динамике

Показатель	09.09.09 (при поступлении)	25.09.09 (при выписке)
Билирубин общий, мкмоль/л	12	15
АЛТ, усл. ед.	23	38,5
АСТ, усл. ед.	40,5	41,1
Мочевина, ммоль/л	9,9	6,7
Креатинин, мкмоль/л	113	83
ЩФ, усл. ед.	204	235
Амилаза, г/ч*л	76	78
Холестерин, ммоль/л	3,9	4,1

Общий анализ мочи: моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, удельный вес — 1031, белок — 0,03%, сахар отрицательный; при микроскопии: эпителий плоский — 3—4 в поле зрения, лейкоциты — 1—2 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 200, эритроциты — 0.

Таблица 4

Динамика ФГДС за период с 2007 г. по 2009 г.

Отдел ЖКТ	2007, декабрь	2008, январь	2008, июль	2009, сентябрь
Пищевод	Проходим	Проходим, в нижней трети — эрозии с наложением фибрина	Проходим, в нижней трети — эрозии с наложением фибрина	Проходим
Кардиальный жом	Сомкнут, гипотоничный	Зияет, гипотоничный	Зияет, гипотоничный	Сомкнут, гипотоничный
Желудок	Атрофический гастрит, в области угла язва 1,0×0,4 см	Атрофический гастрит, в области угла язва 1,5×1,0 см	Атрофический гастрит, в области угла язва 3,0×1,0 см	Атрофический гастрит, на большой кривизне язва 2,0×2,0 см, гиперплазия слизистой вокруг язвы
Привратник	Циркулярно изъязвлен	Непроходим, рубцово деформирован	Непроходим, стенозированный	Деформирован; непроходим для аппарата 9,8 мм; язва 2,5×2,0 см, циркулярно поражающая привратник

Во время проведения контрольной ФГДС была взята множественная биопсия для исключения признаков злокачественной неоплазии. Часть биопсийного материала была исследована морфологическим методом, часть для более точного анализа направлена на проточно-цитологический анализ. Морфологическое заключение: хронический, глубокий *Helicobacter pylori* (*Нр*), ассоциированный гастрит в стадии эрозивно-язвенного обострения с участками фовеоальвеолярной гиперплазии, кишечной метаплазии и легкой степени дисплазии эпителия; *Нр* — отрицательный (при амбулаторном исследовании до поступления в стационар *Нр* обнаруживались).

При исследовании биопсийного материала методом проточной цитометрии (метод, позволяющий оценить количественное содержание клеток в различные фазы клеточного цикла) было обнаружено: увеличение фракции клеток в S-фазу клеточного цикла, которая составила 21,16%. В норме слизистая желудка содержит не более 10% клеток в S-фазу митоза. Таким образом, у пациента имеется повышенная регенераторная активность клеток в S-фазе митоза.

Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы при поступлении: печень с чет-

кими, ровными контурами; правая доля — 133 мм, левая — 65 мм. Паренхима с явлениями диффузного стеатоза, изоэхогенная. Желчный пузырь: 51×23 мм, перегиб в области тела; стенки гиперэхогенные, содержимое гомогенное. Конкрементов нет. Холедох 5 мм, v.portae 9 мм. Поджелудочная железа: контуры ровные, границы четкие, структура неоднородная, изогиперэхогенная. Размер в области головки 23 мм, тела 16 мм.

Ультразвуковое исследование почек при поступлении: контуры ровные, границы четкие, положение не изменено, дыхательная экскурсия не нарушена. Размеры: левая почка — 103×44 мм, правая почка — 78×45 мм. Дифференциация слоев паренхимы не нарушена, эхогенность ЧЛС повышена. В проекции ЧЛС с обеих сторон гиперэхогенные структуры до 2—3 мм. Пирамидки с обеих сторон до 9—10 мм.

Ввиду наличия у пациента повышенного уровня тревожности, эмоциональной лабильности, раздражительности, подавленности настроения была назначена консультация невролога. Заключение: ЦВБ, хроническая ишемия головного мозга с рассеянной микроорганической симптоматикой, астеновегетативным синдромом. Рекомендуемая терапия: амитриптилин 1/4 табл. на ночь, пираретам, трентал; показана консультация психиатра.

Таким образом, у нашего пациента имелись все классические признаки, характерные для длительно незаживающих язв желудка. На основании всех вышеописанных клиничко-инструментальных методов исследования был выставлен клинический диагноз: язвенная болезнь желудка (язва на большой кривизне 2,0 ×2,0 см, язва привратника 2,5 ×2,0 см), ассоциированная с *Нр*, осложненная стенозом выходного отдела желудка в стадии декомпенсации. Анемия легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь I стадии, риск 2. ЦВБ. Хроническая ишемия головного мозга с рассеянной микроорганической симптоматикой, астеновегетативным синдромом.

Проведенное лечение: флемоксин солютаб 1,0 г 2 раза в день; де-нол 240 мг 2 раза в день; фуразолидон 400 мг 2 раза в день; ультоп 40 мг 2 раза в день; курс лечения 14 дней. Также пациент получал дротаверин 2,0 мг 2 раза в день в/м; лизиноприл 5 мг 2 раза в день. За время лечения пациент отметил улучшение общего самочувствия, уменьшение болевого синдрома. При выписке даны следующие рекомендации: соблюдение диеты; прием ингибиторов протонной помпы; консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении; ультразвуковое исследование желудка с послойным изучением характера поражений; консультация онколога.

Рассматривая вопросы лечения длительно незаживающих язв желудка, следует учитывать:

- степень выраженности болевого синдрома;
- величину и глубину язвы;
- локализацию язвы;
- продолжительность отсутствия заживления язвы;
- уровень желудочной секреции;
- характер предшествующей терапии;
- сопутствующие заболевания;
- необходимость исключения опухолевого роста.

Уместным будет вспомнить цитату Л.И. Аруина о том, что «качество заживления язв связано не только с состоянием новообразованной слизистой оболочки, но и, главным образом, с состоянием подлежащей ткани,

так как именно оно определяет трофику слизистой оболочки и создает условия для возникновения рецидивов». Кроме того, Л.И. Аруин подчеркивает, что особенно при локализации язвы на малой кривизне всегда имеется недостаточное кровоснабжение зоны изъязвления и отмечается усиленная пролиферация эпителиальных клеток в краях длительно незаживающих язв. В связи с этим пути совершенствования терапии данной категории пациентов мы считаем следующие:

- индивидуальный подход к лечению, часто выходящий за пределы «стандартов» лечения;
- учитывать ранее использованную терапию;
- раннее назначение цитопротекторов;
- учитывать наличие дуоденогастрального рефлюкса;
- оценивать вклад сопутствующих заболеваний в течение язвенного процесса;
- проводить оценку иммунного статуса пациентов;
- повышать приверженность пациентов к лечению.

Среди всех используемых цитопротекторов особого внимания заслуживает препарат *де-нол*, так как именно цитопротекторы стабилизируют защитные свойства слизистой оболочки ЖКТ за счет снижения факторов агрессии и/или повышения факторов защиты, способствуют заживлению эрозий и язв с формированием качественного рубца. Кроме того, *де-нол* воздействует многогранно и имеет множество точек приложения на различных уровнях, а именно:

- на уровне предэпителиального барьера:*
 - увеличивает секрецию слизи и ионов гидрокарбоната, затрудняя проникновение кислоты к эпителию, защищая здоровую слизистую;
 - селективно связывается со слизью и белками дна язвы и создает защитный слой на поверхности поврежденной слизистой;
 - способен связывать желчные кислоты;
- на уровне эпителиального барьера:*
 - снижает продукцию и активность пепсина, предохраняя эпидермальные факторы роста от распада;
 - усиливает регенерацию эпителия и улучшает ультраструктуру слизистой оболочки;
 - увеличивает синтез простагландинов;
- на уровне постэпителиального барьера:*
 - стимулирует ангиогенез;
 - усиливает кровоток в слизистой оболочке и улучшает трофику тканей;
 - обладает антиоксидантным действием;
 - подавляет продукцию цитокинов клетками воспалительного инфильтрата;
 - уничтожает *H.pylori*;
 - связывается с некротизированными участками и образует пленку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салупере, В.П. Сроки и условия заживления язвы при язвенной болезни / В.П. Салупере, Х.И.Г. Маароос, А.П. Калликорм // Терапевтический архив. — 1998. — Т. 53, № 2. — С.19—20.
2. Майоров, В.М. Длительно незаживающие язвы желудка / В.М. Майоров, Т.С. Сверчкова, Б.Г. Степанян. — М.: Наука, 1998. — 72 с.
3. Аруин, Л.И. Регенерация слизистой оболочки желудка и ее клиническое значение / Л.И. Аруин // Клиническая медицина. — 1999. — Т. 59, № 2. — С.55—63.
4. Барановский, А.Ю. Прогнозирование течения, исходов и осложнений язвенной болезни желудка: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Ю. Барановский.

ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ (на примере ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»)

РУЗАЛИЯ ГАБДУЛХАКОВНА ТУХБАТУЛЛИНА, докт. фарм. наук, директор ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»

ЗАРИНА МУНИРОВНА ГАЛЕЕВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

АЛСУ МУНИРОВНА КУЗНЕЦОВА, преподаватель правового обеспечения профессиональной деятельности ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»

МАРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА УГАРОВА, психолог ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»

Реферат. Представлен анализ состояния здоровья студентов 1-го курса по материалам медицинского осмотра, проведенного в 2008—2009 г. силами преподавателей, врачей-терапевтов и педиатров, а также результатам психологического тестирования студентов. По полученным материалам среди поступивших студентов 24% признаны здоровыми, 86% имеют функциональные отклонения и хронические заболевания. Внедрена система мониторинга уровня психического и соматического здоровья, психолого-педагогической поддержки, позволяющая получать текущую информацию о качестве образования в любом звене непрерывного образования и своевременно осуществлять коррекцию учебного процесса в образовательном учреждении.

Ключевые слова: здоровье, студенты, среднее учебное заведение, качество подготовки.

HEALTHFORMING TECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF PROVIDING THE QUALITY IN TRAINING OF SPECIALISTS IN SECONDARY EDUCATIONAL INSTITUTIONS (at example of Federal State Educational Institution of Secondary Professional Education «Kazan Medico-Pharmaceutical School of Health Ministry of Russia»)

R. G. TOUKHBATOUULLINA, Z. M. GALEYEVA, A. M. KOUZNETSOVA, M. A. UGAROVA

Abstract. The analysis of medical examination of health condition of first-year students of 2008—2009 is present by the coordinated efforts of teachers-doctors and based on the results of their psychological tests. According to these findings about 24% of arrived students are healthy, 86% have some functional abnormalities and chronic disorders. The system is introduced the monitoring level of psychic and somatic health and psychologic-pedagogical supporting allows to get current information about the quality of training at any link of persistent education and put into practice the correction of academic year in educational institutions in time.

Key words: health condition, students, secondary educational institutions, system of providing the quality in training.

Современное российское общество предъявляет к системе образования новые требования, связанные с необходимостью подготовки специалистов к жизни в эпоху кризисов и социальных перемен. Поэтому становится очевидным, что подготовка должна заключаться не только в формировании у студента суммы знаний в различных научных областях, но и должна включать в себя работу, направленную на формирование ценностной установки на укрепление и совершенствование личного и общественного здоровья. В 1946 г. в Париже всеми странами, вошедшими в ВОЗ, был одобрен проект Конвенции, гласящий: «Здоровье — это состояние физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие недомогания или болезней».

Исследования последних лет убедительно показали, что на современном этапе развития российского общества решающую роль в формировании здоровья нации играет не ранний возраст, а подростковый — от 10—19 лет. Именно в подростковом возрасте возникают многие проблемы здоровья трудоспособного населения. Это и репродуктивная составная здоровья: проблема аборт, репродуктивного поведения, гинекологической и андрологической заболеваемости. Это и психологическая,

социальная составная здоровья: наркомания, вредные привычки, саморазрушительное отношение к своему здоровью. Это и соматическая составная здоровья: по данным специальных исследований, до 80% подростков имеют хроническую патологию [5].

В современных условиях освоение профессии требует больших умственных и физических затрат, студентам приходится адаптироваться к новым условиям проживания и обучения, формированию межличностных отношений вне семьи, поэтому студенты средних учебных заведений относятся к группе повышенного риска развития заболеваний.

Одним из направлений проведения комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья является проведение силами преподавателей-врачей медицинского осмотра студентов 1-го курса. Целью этого обследования является оценка и сравнение фактического состояния здоровья поступивших в училище студентов с данными представленных медицинских справок.

В 2008—2009 г. нами обследованы 189 студентов 1-го курса. Установлено, что здоровыми являются 24% детей, а по справкам, представленным при поступлении, здоровыми считались 80% детей.

Перечень заболеваний, выявленных при медицинском осмотре: заболевания сердечно-сосудистой системы — 37,6%, заболевания ЖКТ — 10%, нейрососудистая дистония — 9,2%, заболевания нервной системы — 6,8%, нарушения опорно-двигательного аппарата — 6,8%, нарушения обмена веществ — 6,6%, нарушения зрения — 3,5%, хирургические заболевания — 3,5%, заболевания мочевыделительной системы — 2%.

Из представленных данных видно, что студенты уже при поступлении имеют серьезные нарушения здоровья, которые, естественно, будут оказывать влияние на дальнейшее обучение и развитие, поэтому нами разрабатывается план действий, направленный на улучшение показателей здоровья, образования, среды обитания подрастающего поколения, создание благоприятных условий подготовки конкурентоспособного специалиста на основе формирования культуры здоровья субъектов образовательного процесса. Для достижения этой цели одним из направлений является внедрение системы мер, связанных с улучшением организации питания, психологической помощи и создания системы мониторинга уровня психического и соматического здоровья, социальной адаптации студентов и преподавателей с анализом негативного воздействия.

Психологическая поддержка направлена на выявление основных проблем и определение причин их возникновения, содействие личностному и интеллектуальному развитию, формированию способностей к саморазвитию, содействие в приобретении студентами психологических знаний, умений и навыков, необходимых для овладения профессией. Это направление осуществляется путем психологического просвещения, психологической диагностики, психологической коррекции, консультативной деятельности.

Реализация этого направления осуществляется психологом учебного заведения совместно с классными руководителями групп.

В 2008—2009 гг. на 1-м курсе всех отделений было проведено психологическое тестирование с целью выявления особенностей темперамента детей (табл. 1), уровня сплоченности (табл. 2), лидеров (табл. 3).

Таблица 1

Особенности темперамента у детей

Группа	Холерики	Флегматики	Меланхолики	Сангвиники
1-я	7	1	9	0
2-я	20	4	3	4
3-я	6	0	10	8
4-я	8	1	4	2
5-я	6	1	4	2
6-я	11	9	6	1
7-я	14	0	2	0
8-я	10	1	2	12
9-я	15	3	3	0
Всего	97	20	43	29

Исследование показало, что большинство студентов имеют холерический тип темперамента, они импульсивны, не равнодушны, увлекающиеся делом, инициативны и принципиальны. Студенты способны к творческой деятельности и активно участвуют в мероприятиях учебной и профессиональной направленности.

Таблица 2

Результаты социометрического исследования студентов

Группа	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	6-я	7-я	8-я	9-я
Сплоченность	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,9	0,9	0,6	1,6

Групповая сплоченность коллектива определяется делением суммы взаимных выборов на общее возможное число выборов. Хорошая групповая сплоченность соответствует индексу 0,6—0,7 баллов. В 1-й, 2-й, 3-й, 8-й группах хорошая сплоченность.

Выявление относительного авторитета членов группы по признакам симпатии и антипатии. В каждой группе выявлены лидеры, предпочитаемые, пренебрегаемые и изолированные студенты. Внутригрупповые сплоченные образования во главе с неформальными лидерами выявлены не были. По результатам исследования, кураторам групп были даны рекомендации по оказанию помощи социализации студентов в коллективе. Благоприятный прогноз развития имеют все группы. Хорошим показателем является большое число предпочитаемых студентов и «звезд», которые являются в процессе учебы активом группы и направляют деятельность студентов (см. табл. 3).

Таблица 3

Таблица авторитета членов групп

Тип авторитета	Группа									
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	6-я	7-я	8-я	9-я	10-я
«Звезды»	1	3	1	1	2	2	3	8	1	0
Предпочитаемые	5	9	11	5	3	11	4	9	10	16
Пренебрегаемые	21	17	11	16	5	17	9	8	16	0
Изолированные	4	3	2	0	4	2	2	1	0	0
Всего опрошено	31	32	25	22	14	32	18	26	27	16

В процессе обучения одним из факторов риска нарушения здоровья у студентов является стрессовая ситуация оценивания и интенсификация учебного процесса. Для уменьшения влияния этих факторов на студентов мы применяем на разных этапах учебного процесса психологическую поддержку с проведением тестирования по определению утомляемости, подавленности или синдрома хронической усталости. Было продиагностировано 156 студентов, из них хорошее самочувствие выявлено у 82,1% студентов 1-го курса, легкое переутомление — у 16,6%, подавленность диагностирована у 1,3% студентов. Эмоционального истощения у студентов не выявлено.

На старших курсах мы проводили исследования по самооценке, мотивов выбора профессии, тест конфликтного реагирования по Томасу. На 3-м курсе применяем методику ценностных ориентаций Рокича, методику диагностики личности как субъекта межличностных отношений, исследование профессионально значимых качеств специалиста системы «человек—человек» и другие методики.

Создание формирующей здоровьесберегающей образовательной среды в средних учебных заведениях является важным фактором получения профессионального образования и основой для совершенствования личности в физическом и духовном плане. Особое внимание нами уделяется формированию здорового образа жизни, особенно на

профилактику курения, алкоголизма и наркотизации, так как эта проблема охватила все слои современного общества. В учебном заведении проводятся лекции и беседы по профилактике наркомании, алкоголизма, курения среди учащихся. Эти вопросы находят отражение при проведении родительского собрания.

Ежегодно в рамках Постановления Кабинета министров Республики Татарстан от 25.08.2008 г. № 612 «Об организации мониторинга наркотической обстановки в Республике Татарстан» проводятся наркологические осмотры учащейся молодежи. По результатам осмотра студентов, употребляющих наркотические и психотропные вещества, в нашем учебном заведении не выявлено.

Должное внимание уделяется физическому воспитанию и спорту, способствующие гармоничному развитию личности. Гармоничность личности проявляется в целостности ее структуры, в ее готовности к позитивному жизненному проживанию, активному и целенаправленному стремлению к достижению состояния социального благополучия. Подготовка успешного студента возможна только при достижении активности им во всех сферах бытия, в том числе участием студентов в общественной жизни учебного заведения, в работе кружков, в составе совета студенческого самоуправления. В нашем училище работают кружки по предметам, вокальный, танцевальный, драматический, которые способствуют развитию гармоничной личности, а также устойчивому социальному развитию и обеспечению

социально-психологического благополучия человека в течение всей жизни.

Таким образом, внедрение системы мониторинга уровня психического и соматического здоровья и систему психолого-педагогической поддержки позволяет получать текущую информацию о состоянии здоровья студента и своевременно осуществлять коррекцию учебного процесса в образовательном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Науменко, Ю.В.* Проектирование здоровьесформирующего образования / Ю.В. Науменко // Стандарты и мониторинг в образовании. — 2004. — № 5 (сентябрь-октябрь). — С.46—50.
2. *Масленникова, В.Ш.* Психолого-педагогическая модель социально ориентированной личности студента / В.Ш. Масленникова // Реализация модели социально ориентированной личности в процессе воспитательной деятельности: материалы Межрегион. науч.-практ. конф., 28 февраля 2006 г. — Казань: ИПП ПО РАО, 2006. — 144 с.
3. *Тухбатуллина, Р.Г.* Пути повышения качества подготовки специалистов со средним фармацевтическим образованием / Р.Г. Тухбатуллина // Материалы Всерос. науч.-практ. конф., 21—22 мая 2009 г. — Казань, 2009. — С.82—83.
4. *Тухбатуллина, Р.Г.* Социальное партнерство в образовании и практике / Р.Г. Тухбатуллина // Материалы Межрегион. науч.-практ. конф., 26 февраля 2009 г. — Ижевск, 2009. — С.6.
5. *Альбицкий, В.Ю.* Социальный фактор в формировании здоровья российского подростка / В.Ю. Альбицкий, Т.И. Садыхова // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2005. — № 3—4 — С.11.

© А.Р.Гайнутдинов, Г.А.Иваничев, О.А.Алексеева, 2009

УДК 612.833+616.748-009.613

РЕФЛЕКТОРНАЯ ВОЗБУДИМОСТЬ СТВОЛА МОЗГА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

АЛЬФРЕД РИЗВАНОВИЧ ГАЙНУТДИНОВ, докт. мед. наук, проф. кафедры неврологии и рефлексотерапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ГЕОРГИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИВАНИЧЕВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой неврологии и рефлексотерапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ОКСАНА АЛЕКСАНДРОВНА АЛЕКСЕЕВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Реферат. Проведено клиническое и электромиографическое обследование 58 больных синдромом беспокойных ног (СБН). Рефлекторную активность ствола мозга изучали методом регистрации и анализа раннего (R1) и позднего (R2) ответов мигательного рефлекса (МР). Анализ амплитудно-временных параметров мигательного рефлекса больных СБН позволил сделать заключение, что у больных с «постоянным» клиническим вариантом СБН имеет место нарушение рефлекторной возбудимости супраспинальных отделов нервной системы.

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, мигательный рефлекс, рефлекторная активность, ствол мозга.

THE REFLEX ACTIVITY OF THE BRAIN STEM OF THE PATIENTS WITH RESTLESS LEGS SYNDROME

A. R. GAINOUTDINOV, G. A. IVANICHEV, O. A. ALEKSEYEVA

Abstract. A clinical and electromyographical trial of 58 patients with syndrome of fidgety legs (SFL) was carried out. A reflex activity of a brainstem was investigated with the method of registration and analysis of early (R1) and late (R2) responses of a wink-jerk (WJ). The analysis of the amplitude-temporal factors of SFL-patients allows to make a conclusion that the patients with «constant» clinical variant of SFL have a breach of a reflex excitability of supraspinal department of nervous system.

Key words: restless legs syndrome, blink reflex, reflex activity, brain stem.

Введение. Синдром беспокойных ног (СБН) — это симптомокомплекс в виде неприятных ощущений, преимущественно в нижних конечностях, возникающий в покое, обычно когда больной укладывается

спать, и уменьшающийся при активных движениях [2]. СБН не является редким заболеванием. Только в США число страдающих данным синдромом достигает 12 млн. Широкомасштабные исследования, проведенные канад-

скими учеными в 1994 г., позволили сделать вывод, что частота данного синдрома в обследуемой ими популяции составляет 10—15% [4].

Несмотря на тот факт, что синдром беспокойных ног относится в определенной степени к группе заболеваний, в основе которых лежит нарушение организации движения, до настоящего времени остается открытым вопрос о функциональном состоянии сегментарных и супрасегментарных структур, обеспечивающих координацию рефлекторной деятельности локомоторной системы.

Целью исследования явилось изучение рефлекторной активности мозга у больных синдромом беспокойных ног.

Материал и методы. Материалы настоящего исследования получены в результате клинического и нейрофизиологического обследования 58 больных синдромом беспокойных ног (17 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 21 до 52 лет. В первую группу вошли 26 пациентов со «стойким» синдромом беспокойных ног (22 женщины и 4 мужчины). Вторую группу составили 32 больных с «эпизодическим» вариантом синдрома беспокойных ног (13 мужчин и 19 женщин).

В качестве контрольной группы было обследовано 28 здоровых лиц: 11 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 до 42 лет.

Рефлекторную активность ствола мозга изучали методом регистрации и анализа мигательного рефлекса (МР), который является кратковременным сокращением круговой мышцы глаза в ответ на электрическое раздражение краниальных нервов. В настоящем исследовании МР регистрировался поверхностными электродами в круговой мышце глаза при электрической стимуляции первой ветви тройничного нерва в области надглазничного отверстия. Параметры стимуляции: длительность импульса — от 0,1 до 1 мс, сила тока — до 5—15 мА, частота — от 0,1 до 0,4 Гц.

С целью определения нейродинамических особенностей рефлекторной активности ствола мозга всем обследуемым проводились функциональные нагрузочные пробы с форсированным дыханием, резистивной нагрузкой и гипервентиляцией.

Результаты и их обсуждение. При электрической стимуляции надбровья в проекции выхода надглазничного нерва вызывала в круговых мышцах глаза рефлекторные разряды, состоящие из двух компонентов: раннего (R1), дисинаптического, и позднего (R2), являющегося по своим характеристикам полисинаптическим. Латентные периоды R1 и R2 составили в среднем 9,8 мс и 45,7 мс соответственно. Длительность рефлекторного ответа для R1 не превышала 8—10 мс, при этом его амплитуда составила (312±9,3) мкВ. В свою очередь, длительность R2 находилась в пределах (40,7±0,9) мс, а значения его амплитуды — (460±12,3) мкВ. Необходимо также отметить, что у 24 (75%) испытуемых в инспираторную фазу наблюдалась тенденция к уменьшению длительности R2, а при выдохе — его облегчение.

Более отчетливая дыхательная модуляция позднего рефлекторного ответа, в частности, в виде уменьшения длительности R2 на (25,3±1,5)% ($p<0,01$) была отмечена нами в ходе выполнения испытуемыми маневра форсированного вдоха. В этих условиях динамика латентного периода R2 имела также тенденцию к увеличению (–7,8%, $p<0,05$). В свою очередь, форсированный выдох значительно чаще сопровождался облегчением R2 с

уменьшением латентного периода и увеличением его амплитудно-временных характеристик. Что касается R1, то форсированные маневры вызывали разнонаправленную динамику его амплитуды при сохранении значений латенции, но все же чаще мы наблюдали увеличение (+9,4%, $p<0,05$) его амплитудных значений.

Проба с резистивной нагрузкой вызывала в 72% случаев (20 испытуемых) уменьшение латентного времени R2 в среднем до (33±0,8) мс ($p<0,01$) с отчетливым увеличением его длительности [(57±1,6) мс; $p<0,01$]. Как правило, такая перестройка R2 сохранялась лишь на протяжении первых 30—40 с от начала пробы, затем его временные значения стремились к исходным величинам. Динамика характеристик R1 была менее наглядной, так средний прирост его амплитуды и длительности составил соответственно 14,2 и 11,7% ($p<0,05$).

Проба с гипервентиляцией, как правило, вызывала уменьшение латентного времени R2 [(28,5±1,8) мс; $p<0,01$] и его длительности [(34,3±1,5) мс; $p<0,05$]. Достоверной динамики амплитудно-временных характеристик R1 при гипервентиляции не отмечалось.

Аналогичная электрическая стимуляция надглазничного нерва у больных СБН с эпизодическим вариантом течения заболевания также вызывала в круговых мышцах глаза рефлекторные разряды, состоящие из двух компонентов: раннего дисинаптического (R1) и позднего полисинаптического (R2). Амплитудно-временные характеристики в стандартных условиях проведения электромиографического исследования не имели достоверных различий с аналогичными параметрами мигательного рефлекса контрольной группы. Однако мы практически не наблюдали у данных больных столь характерной, как для группы здоровых, дыхательной модуляции позднего компонента мигательного рефлекса. Лишь у 5 (15,6%) больных отмечалось незначительное ослабление R2 в фазу инспирации.

Проба с дополнительной резистивной нагрузкой хотя и вызывала у данных больных увеличение длительности R2, все же не имела тенденции к снижению, в отличие от контрольной группы, после 30—40 с от начала нагрузочной пробы.

В отличие от контрольной группы, проба с гипервентиляцией вызывала у 17 (53,1%) больных СБН данной группы растормаживание R2. При этом длительность R2 составляла в среднем (89±9,2) мс ($p<0,01$), а значения амплитуды — (528±21) мс ($p<0,01$). При этом имела также тенденция к уменьшению латентного времени R2 [(33,2±2,6) мс; $p>0,05$].

Для больных с постоянным вариантом СБН на фоне уменьшения амплитуды R1 [(190±10,2) мкВ; $p<0,01$] наблюдалось отчетливое растормаживание R2. Так, амплитуда его составляла в среднем (540±15) мкВ ($p<0,01$), длительность — (117±2,2) мс ($p<0,01$), в 6 случаях достигая 200 мс. При этом латенция R2 уменьшалась в среднем до (32±1,4) мс ($p<0,01$). Необходимо подчеркнуть, что у 5 больных данной группы регистрировался дополнительный сверхпоздний компонент МР с латенцией (87±6,2) мс.

Ранее было установлено, что рефлекторная дуга МР включает афференты первой ветви тройничного нерва, эфференты лицевого нерва, ядра этих черепных нервов (R1), а также проприореткулярные нейроны мозгового ствола — R2 [1]. Известно, что в реализации сверхпозднего полисинаптического ответа (R3) принимают участие не только интернейронные ансамбли ретикулярной формации ствола головного мозга но и структуры

ноцицептивного контроля на уровне околоводопроводного серого вещества и ядер шва. Супрасегментарные регулирующие влияния на МР в определенной степени осуществляются также со стороны корковых структур и базальных ядер [3].

Несмотря на тот факт, что у больных с «эпизодическим» вариантом СБН параметры МР достоверно не отличались от аналогичных показателей контрольной группы, проведенные нами функциональные дыхательные пробы позволили нам выявить явное растормаживание позднего компонента МР. Данный факт, вероятнее всего, свидетельствует о слабости механизмов тормозного контроля на уровне бульбарных и супрабульбарных отделов мозга, которые проявляются при минимальных функциональных пробах.

Анализ электромиографических параметров МР у больных с постоянным вариантом СБН показал, что даже в стандартных условиях регистрации рефлекса наблюдается достоверное уменьшение латентного времени и увеличение амплитудно-временных характеристик позднего (R2) рефлекторного ответа и появление

у части пациентов сверхпозднего (R3) рефлекторного разряда.

Заключение. Выявленные электромиографические особенности поздних компонентов МР у больных с постоянным вариантом синдрома беспокойных ног позволяют предположить наличие гиперрефлексии проприоретикулярных нейронов ствола мозга и слабости тормозного контроля со стороны ряда супрабульбарных образований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лиманский, Ю.П. Физиология боли / Ю.П. Лиманский. — Киев: Здоровье, 1986. — 94 с.
2. Ekbom, K.A. Restless legs syndrome / K.A. Ekbom // Neurology. — 1960. — Vol. 10, № 3. — P.868—873.
3. Esteban, A. A neurophysiological approach to brainstem reflex. Blink reflex / K.A. Ekbom // Neurophysiol. Clin. — 1999. — Vol. 29, № 2. — P.7—38.
4. Wallers, A.S. A questionnaire study of 138 patients with restless legs syndrome: the «Night-Walkers» survey / A.S. Wallers, K. Hickey, J. Maltzman // Neurology. — 1996. — Vol. 46, № 1 — P.92—95.

© И.А.Латфуллин, Г.П.Ишмурзин, З.Ф.Ким, А.Н.Ардышев, Л.М.Аскарова, Л.Р.Каримуллина, 2009

УДК 616.127-005.8-036.11-085.22(Zofenopril)+616.12-008.331.1-07

ЗОФЕНОПРИЛ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ИЛЬДУС АНВАРОВИЧ ЛАТФУЛЛИН, докт. мед. наук, проф. кафедры внутренних болезней № 2 ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,

МУЗ «Государственная больница скорой медицинской помощи № 1», Казань

ГЕННАДИЙ ПЕТРОВИЧ ИШМУРЗИН, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЗУЛЬФИЯ ФАРИТОВНА КИМ, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ АРДЫШЕВ, студент 6-го курса педиатрического факультета

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЛАНДЫШ МУЛЛАХМАТОВНА АСКАРОВА, студентка 6-го курса педиатрического факультета

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЛЕЙСАН РАЙСОВНА КАРИМУЛЛИНА, студентка 6-го курса педиатрического факультета

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. В статье изложены новые данные о влиянии зофеноприла на вариабельность ритма сердца (ВРС), поздние потенциалы желудочков (ППЖ) и качество жизни больных в остром периоде инфаркта миокарда в сочетании с гипертонической болезнью.

Ключевые слова: зофеноприл, вариабельность ритма сердца, поздние потенциалы желудочков, инфаркт миокарда.

ZOFENOPRIL IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND HYPERTENSION

I.A.LATFOULLIN, G.P.ISHMOURZIN, Z.F.KIM, A.N.ARDYSHEV, L.M.ASKAROVA, L.R.KARIMOULLINA

Abstract. In the article expounded new information about influencing of zofenopril on heart rate variability, ventricular late potentials and quality of life of patients with acute myocardial infarction and hypertension.

Key words: acute myocardial infarction, ventricular late potentials, zofenopril, heart rate variability.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) синтезированы уже более 30 лет и широко применяются при заболеваниях сердечно-сосудистой системы как препараты с кардиопротективным эффектом. В частности, при ишемической болезни сердца (ИБС) данные доказательной медицины свидетельствуют о высокой их эффективности в плане конечных точек при первичной и вторичной профилактике. Учитывая эти свойства иАПФ, сегодня их рекомен-

дуют назначать всем пациентам с ИБС при отсутствии противопоказаний. Среди широкого круга препаратов этой группы на мировом фармацевтическом рынке относительно недавно появился препарат *зофеноприл*, который характеризуется селективным ингибированием сердечного АПФ, высокой липофильностью, антиоксидантным и органопротективным свойствами. Антиоксидантный эффект зофеноприла связан с содержанием в его молекуле SH-группы, участвующей в захвате

свободных радикалов. Важным эффектом зофеноприла является его способность блокировать именно тканевое звено ренин-ангиотензиновой системы (РАС). Известно, что как раз при остром инфаркте миокарда (ОИМ) тканевой АПФ селективно активируется в миокарде, что приводит к различной степени выраженности дисфункции миокарда [1, 2].

Первый положительный клинический опыт применения зофеноприла при ОИМ был получен в пилотном исследовании SMILE-I, итогом которого было достоверное улучшение как краткосрочных, так и долгосрочных исходов при раннем назначении препарата при передней локализации ОИМ и продолжении лечения в течение 6 нед. В этом же исследовании было показано, что назначение зофеноприла в первые часы ОИМ ослабляет возможное развитие хронической сердечной недостаточности и ее клинических последствий.

В качестве одного из методов, позволяющих оценить противоишемическую активность препарата, могут выступать поздние потенциалы желудочков (ППЖ), выявляемые электрокардиографией высокого разрешения (ЭКГ ВР). В настоящее время установлено, что субстратом возникновения и регистрации ППЖ служат электрофизиологическая и анатомическая неоднородность миокарда, когда здоровые кардиомиоциты перемежаются с ишемизированными или участками некроза и фиброза.

Математический анализ сердечного ритма, лежащий в основе кардиоинтервалографии (КИГ), является принципиально новым методологическим подходом к оценке функционального состояния различных звеньев регуляции в живом организме. Ритм сердца при этом рассматривается как универсальный индикатор нейровегетативных реакций. Клиническое значение variability ритма сердца (ВРС) было впервые оценено в 1965 г., когда E.H. Hon и S.T. Lee отметили, что дистрессу плода предшествовала альтернация интервалов между сокращениями до того, как произошли какие-либо различимые изменения в собственно сердечном ритме. Двадцать лет спустя B.M. Sayers и соавт. обратили внимание на присутствие физиологических ритмов в сигнале сердечбиения. В конце 1970-х гг. D.J. Ewing и соавт. предложили несколько простых тестов, с помощью которых по кратковременным изменениям RR-интервалов выявлялась вегетативная нейропатия у больных сахарным диабетом. Взаимосвязь большего риска смерти у больных, перенесших ИМ со сниженной ВРС, была впервые продемонстрирована M.M. Wolf и соавт. в 1977 г. Сегодня определение ВРС представляется перспективным методом в плане объективного метода изучения влияния различных препаратов на течение и прогноз при многих болезнях.

Методологической концепцией метода КИГ является установка, что более высокие уровни управления ингибируют активность более низких уровней, а период колебаний ритма сердца тем больше, тем выше уровень управления. При оптимальном регулировании управление ритма сердца происходит в автономном контуре, который характеризуется повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС). При этом четко выявляется дыхательная аритмия, вклад недыхательного компонента невелик. Централизация управления сердечным ритмом характеризуется усилением тонуса симпатического отдела ВНС, активацией более высоких уровней управления. При

этом усиливается недыхательный компонент, появляются медленные волны с большими периодами.

Количественная оценка степени централизации управления ритмом сердца возможна на основе изучения зависимостей между предыдущими и последующими кардиоинтервалами. В зависимости от применяемого метода могут быть изучены либо особенности деятельности синусового узла (корреляционная ритмография), либо характер центральных влияний (автокорреляционный анализ). Для количественной оценки скрытой периодичности вариаций сердечного ритма необходимо применение спектрального анализа. В доступной литературе имеются только короткие сообщения о влиянии на ВРС и АПФ: они уменьшают активность симпатической НС и повышают вклад высокочастотного спектра ВРС.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния *зофеноприла* (*зокардис*, Берлин Хеми Менарини) и *эналаприла* на variability ритма сердца и поздние потенциалы желудочков сердца у больных ОИМ и гипертонической болезнью (ГБ), а также качество их жизни на фоне лечения.

Материал и методы. Основную группу составили 13 больных ОИМ (6 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 43 до 86 лет [(62,6±0,44) года]. У 5 (38,46%) больных диагностирован ОИМ без зубца Q, у 8 (61,54%) — с зубцом Q; для 3 (23,08%) пациентов ОИМ оказался повторным. Из них ИМ передней стенки левого желудочка — 8 (61,5%) больных, нижней — 5 (38,5%) пациентов. Всем пациентам после стабилизации гемодинамики (в среднем через 12 ч от начала болевого синдрома) в стандартную терапию ОИМ (анальгетики, прямые антикоагулянты, β-адреноблокаторы, статины, дезагреганты, нитраты) был добавлен зофеноприл в стартовой дозе 7,5 мг; при необходимости дозу препарата титровали до 15 и 30 мг/сут. Группу сравнения составили 13 пациентов с ОИМ и ГБ, где был назначен другой ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) — эналаприл в среднесуточной дозе 10—20 мг. Для определения ВРС нами использовалась система, состоящая из датчика пульса, персонального компьютера фирмы IBM с пакетом прикладных программ. Программа предусматривала выполнение вариационной пульсометрии и спектрального анализа. Регистрировали не менее 300 RR-интервалов на 1, 3, 7 и 11-й дни болезни, за исключением эктопических. В эти же сроки (на 1, 3, 7 и 14-е сут госпитализации) всем пациентам проводили регистрацию компьютерной ЭКГ с последующим анализом и исследованием ППЖ без временного и пространственного усреднения кардиосигналов. ППЖ диагностировали при выявлении 2 из предложенных ниже критериев (Simpson M.B.):

1. Продолжительность фильтрованного комплекса QRS после усреднения (FQRSd > 114 мс).
2. Продолжительность сигнала малой амплитуды ниже 40 мкВ (LAS 40), более 38 мс.
3. Среднеквадратичное значение напряжения в последние 40 мс комплекса QRS (RMS40), менее 25 мкВ [3].

Для исследования качества жизни пациентов применяли «Опросник Миннесотского университета» в 1-е и 10-е сут госпитализации. Результаты оценивали в баллах, при этом 0 баллов соответствовал идеальному качеству жизни пациента, а 105 — самому плохому. Кроме того, учитывали изменения потребности в нитратах и количестве приступов стенокардии до лечения и на его фоне.

Результаты и их обсуждение. Назначение препарата в первые сутки не выявляла достоверной разницы

по длительности RR-интервалов (M, с), которая в контрольной группе составила $M=(0,78\pm 0,02)$ с и в основной группе $(0,72\pm 0,04)$ с. Достоверно не отличались группы и по частоте сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин): в контрольной группе ЧСС= $(84\pm 1,8)$ уд/мин и в основной группе — $86,4\pm 3$, ($p>0,05$). Различия были выявлены по показателю активности процессов регуляции (ПАПР, у.е.), отражающему процессы напряжения в центральном контуре управления сердечным ритмом: в контроле — $(32,3\pm 2,8)$ у.е., в основной — $(75,4\pm 5,6)$ у.е., причем в большей степени при передней локализации инфаркта. На третий день приема препарата статистическая достоверность ЧСС в группах по длительности RR-интервалов не выявлялась, но по сравнению с первым днем ЧСС снизилась до $63,01\pm 5,6$ и $67\pm 4,3$ соответственно (все пациенты получали β -адреноблокаторы). ПАПР сохранялась статистически достоверной в основной группе по сравнению с контрольной группой. На 7-е и 11-е сут назначения препарата исчезли все достоверные различия показателей математического анализа ВРС в исследуемых группах. Спектральный анализ показал, что зокардис оказывал достоверное влияние на общую мощность (S, mc^2), которая увеличивалась по дням приема препарата: $S1=(47,7\pm 3,6)$ mc^2 ; $S3=(66,7\pm 7,0)$ mc^2 ; $S7=(88,8\pm 4,7)$ mc^2 ; $S11=(96,8\pm 4,9)$ mc^2 . Достоверно повышалась и плотность высоких частот (Sb , mc^2), отражающих снижение влияния симпатической нервной системы на синусовый узел: $Sb1=(25,6\pm 0,08)$ mc^2 ; $Sb3=(27,6\pm 0,23)$ mc^2 ; $Sb7=29,8$ mc^2 ; $Sb11=32,4$ mc^2 ($p<0,05$).

ППЖ зарегистрированы у 11 (42,31%) пациентов: 6 (46,15%) — в основной группе и 5 (38,46%) — в контрольной. При разделении больных на подгруппы по степени поражения миокарда выяснилось, что ППЖ несколько чаще встречались у пациентов с перенесенным ранее ИМ (53,85%) и ОИМ с зубцом Q (46,15%). В случае развития ОИМ без зубца Q ППЖ зарегистрированы в 30,77% случаев, также как и при гипертрофии левого желудочка (30,77%) и при нарушениях сердечного ритма (26,92%).

Частота регистрации ППЖ динамична и уменьшается на фоне медикаментозной терапии и восстановления гомогенности электрофизиологических свойств миокарда. При поступлении в стационар ППЖ обнаружены у 9 (34,62%) пациентов с ОИМ и ГБ. Еще у 2 пациентов ППЖ обнаружены лишь на 3-и сут госпитализации. Таким образом, исходно (на 1—3-и сут госпитализации) ППЖ выявлены у 11 (42,31%) человек. На фоне медикаментозного лечения и стабилизации состояния частота регистрации ППЖ уменьшилась до 30,77% (8 человек) к 7-м сут и до 23,08% (6 пациентов) — к 14-м сут госпитализации.

Заметим, что исходная частота выявления ППЖ (в 1—3-и сут госпитализации) сопоставима в обеих группах. На фоне проводимой терапии доля пациентов с замедленной фрагментированной активностью желудочков в группе зофеноприла значительно отличается от контрольной группы — 23,08% против 38,46% на 7-е сут и 15,39% против 30,77% — на 14-е сут ОИМ.

При анализе динамики частоты приступов стенокардии выяснилось, что к 10-м сут госпитализации у пациентов группы зофеноприла потребность в нитроглицерине значительно ниже. Так, более половины больных (53,85%), принимавших зофеноприл, испытывали ангинозный приступ менее 1 раза в нед, тогда как в группе сравнения боли за грудиной беспокоили 1—2 раза в нед 30,77% пациентов и столько же (30,77%) — более 3 раз в нед ($p>0,05$).

Такая же закономерность прослеживалась и при анализе динамики ограничения физической активности пациентов. К 10-м сут госпитализации «умеренное ограничение активности» отметили 30,77% пациентов группы зофеноприла и 38,46% — эналаприла, «отчасти» — 38,46 и 30,77% соответственно. Доля пациентов с «легким» ограничением активности в обеих группах была одинакова — 30,77%.

Если при поступлении в стационар среднее количество баллов, оценивающих качество жизни, составило 54,9 и 55,1, то к 10-м сут госпитализации выявлено улучшение этого показателя, более выраженное в группе зофеноприла — 36,1 против 42,4 в группе сравнения. Напомним, что количество баллов обратно коррелирует с качеством жизни больного.

Полученные данные математического анализа ВРС согласуются с предшествующими исследованиями. Так, однозначно можно указать, что как в контрольной, так и в основной группах достоверных различий по ЧСС обнаружено не было. Снижение ЧСС мы рассматриваем как эффект β -адреноблокаторов в комплексном лечении ИМ, но не иАПФ. Достоверных различий также не было выявлено по показателю активности процессов регуляции в центральном контуре управления сердечным ритмом в исследуемых группах. Спектральный же анализ показал увеличение вклада высокочастотного спектра в общую мощность, что косвенно указывает на увеличение влияния парасимпатического отдела ВНС на ВРС, возможно, за счет липофильности зофеноприла и способности проникновения через гематоэнцефалический барьер по сравнению с группой эналаприла.

По нашим данным, ППЖ зарегистрированы у 42,31% больных, причем преимущественно у пациентов с перенесенным ранее ИМ и ОИМ с зубцом Q. То есть субстратом появления замедленной фрагментированной активности желудочков у больных ОИМ и ГБ чаще является очаговое поражение миокарда.

В настоящее время доказана высокая кардиопротективная активность зофеноприла [4, 5], что в нашем исследовании подтвердилось более выраженным уменьшением возникновения ППЖ (с 46,15 до 15,39%) у пациентов с зокардисом по сравнению с группой эналаприла (с 38,46 до 30,77%). Обнаруженное улучшение показателей ЭКГ высокого разрешения у больных ОИМ и ГБ при стабилизации состояния на фоне терапии зофеноприлом мы объясняем восстановлением функции ишемизированного миокарда и уменьшением неомогенности его электрофизиологических свойств вследствие более выраженного и более длительного торможения препаратом активности тканевого ангиотензинпревращающего фермента в сердце. Кроме того, для зофеноприла характерно мощное антиоксидантное влияние, что ослабляет повреждение миокарда и ослабляет нарушение его сократительной функции в условиях ишемии-реперфузии [6].

Продемонстрированное результатами исследования более выраженное снижение потребности пациентов в нитратах на фоне применения зофеноприла может быть обусловлено вазопротективным воздействием препарата. Так, установлено, что зофеноприл способствует более быстрому восстановлению сократительной способности левого желудочка в условиях ишемии, ослабляет реперфузионное повреждение эндотелия коронарных артерий, что проявляется быстрым восстановлением коронарного кровотока во время репер-

фузии [6]. Наличие сульфгидрильной группы обеспечивает способность препарата ослаблять дисфункцию эндотелия и потенцировать сосудорасширяющее действие эндогенного и экзогенного оксида азота, что предотвращает инактивацию оксида азота, усиливает антиишемическое действие нитратов и предупреждает развитие толерантности к ним [6].

Выводы. Зокардис обладает выраженной кардиопротективной и противоишемической активностью, что проявляется в:

- уменьшении электрической нестабильности миокарда и частоты регистрации ППЖ;

- уменьшении количества ангинозных приступов на 75% (тогда как эналаприл уменьшает количество приступов лишь на 50%).

- зокардис не влияет на ЧСС и, увеличивая вклад парасимпатической нервной системы, способствует увеличению толерантности пациентов к физической и эмоциональной нагрузке и улучшает прогноз при ИМ.

Полученные результаты позволяют рекомендовать зокардис для лечения больных ОИМ и ГБ в качестве антигипертензивного, кардиопротективного, противоишемического средства, а также для профилактики ремоделирования сердечно-сосудистой системы и возможного развития хронической сердечной недостаточности.

© Р.Ф.Хамитов, З.Н.Якупова, 2009

УДК 616.24-002-036.88(470.41-25Казань)

ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ЛИЦ

РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ ХАМИТОВ, докт. мед. наук, проф., зав.кафедрой внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЗУХАЙРА НАФКАТОВНА ЯКУПОВА, канд. мед. наук, доц. кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Был проведен анализ летальных исходов от внебольничных пневмоний в основных стационарах г. Казани в 2008 г. с оценкой качества оказания медицинской помощи и факторов, повлиявших на развитие данного исхода. Были выявлены дефекты анамнеза, объективного осмотра, лабораторно-инструментального обследования пациентов. Ведущую роль в угрозе развития последующего летального исхода играли поздняя госпитализация, недооценка тяжести состояния пациентов, сопутствующая патология и неадекватная антибактериальная терапия.

Ключевые слова: внебольничные пневмонии, лечение, летальные исходы.

FATAL OUTCOMES OF INPATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

R.F.KHAMITOV, Z.N.IAKOUPOVA

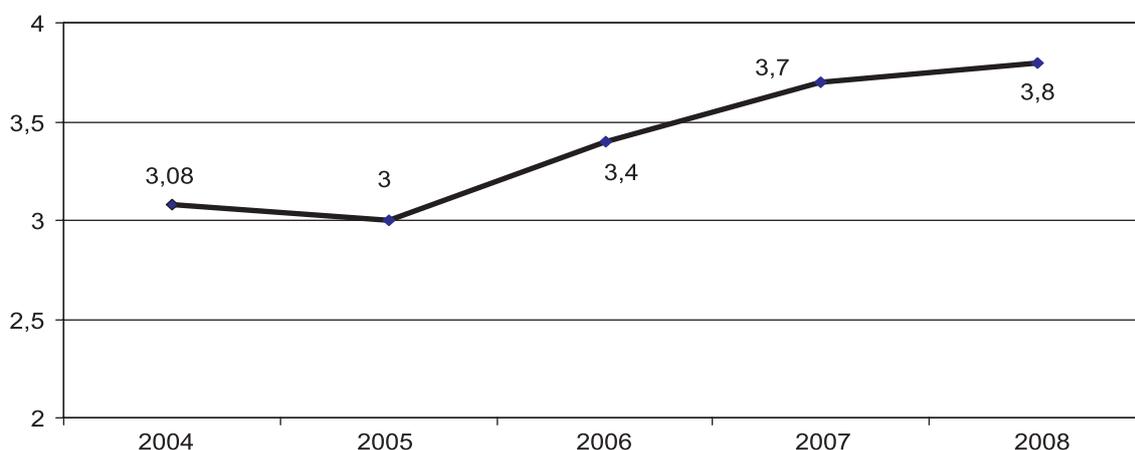
Abstract. The analysis of fatal outcomes from community acquired pneumonia in the main hospitals of Kazan in 2008 with an estimation of medical help quality and the factors which have affected development of the given outcome has been done. Defects of the anamnesis, objective and laboratory investigation of patients have been revealed. The leading role in the development of the subsequent fatal outcome was played by late hospitalization, underestimation of the patients severity, an accompanying pathology and inadequate antibacterial therapy.

Key words: community acquired pneumonia, treatment, fatal outcomes.

Заболеемость болезнями органов дыхания взрослого населения РТ в 2008 г. увеличилась на 10,7% и составила 174,5 на 1000 населения (2007 г. — 162,1). Высокие значения показателей первичной заболеваемости (239,6) и распространенности болезней органов дыхания (317,5) с тенденцией к росту зарегистрированы в 2008 г. и в Казани. Заболеваемость пневмонией в Республике Татарстан последние годы имела тенденцию к росту (*рисунки*). Данная нозологической единице, а

ЛИТЕРАТУРА

1. Данковцева, Е.Н. Применение зофеноприла при остром инфаркте миокарда / Е.Н. Данковцева, Д.А. Затеишиков // Фарматека. — 2008. — № 8. — С.25—28.
2. Кобалава, Ж.Д. Зофеноприл: клинико-фармакологические аспекты / Ж.Д. Кобалава, Г.К. Киякбаев. — М.: ООО «Мед-Эксперт-Пресс», 2006.
3. Клиническая значимость сигнал-усредненной электрокардиографии (по материалам 17-го и 18-го конгрессов Европейского общества кардиологов) // Российские медицинские вести. — 1997. — № 1. — С.42—45.
4. Преображенский, Д.В. Зофеноприл — кардиопротективный ингибитор ангиотензинпревращающего фермента: клиническая фармакология и опыт применения при лечении артериальной гипертензии / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, Т.В. Скавронская [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2006. — № 1. — С.87—94.
5. Преображенский, Д.В. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в остром периоде инфаркта миокарда: место зофеноприла / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, И.В. Першуков [и др.] // Кардиология. — 2006. — № 5. — С.89—94.
6. Бугримова, М.А. Зофеноприл (Зокардис) — кардиоселективный ингибитор ангиотензинпревращающего фермента: особенности клинической фармакологии и перспективы применения при лечении сердечно-сосудистых заболеваний / М.А. Бугримова, С.А. Патарая, Д.В. Преображенский [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 4. — С.296—304.



Заболеваемость пневмонией в Республике Татарстан (на 1000 взрослого населения). По данным отчета МЗ РТ «О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения РТ в 2008 г. и о задачах на 2009 г.»

Объект исследования составили 56 пациентов (45 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 21 до 74 лет [(44,28±1,64) лет в среднем].

26 (46%) пациентов поступили в отделения общетерапевтического профиля, 6 (11%) — в специализированные пульмонологические отделения, 24 (43%) больных были сразу госпитализированы в отделение реанимационно-интенсивной терапии (ОРИТ).

2 (4%) пациента обратились за помощью в стационар самостоятельно, в основном же госпитализация происходила в экстренном порядке (96%). 5 (9%) больных были доставлены в приемный покой перевозкой по направлению участковых терапевтов, 10 (18%) пациентов с диагнозом пневмонии были переведены из других ЛПУ. В 71% случаев доставку пациентов в стационар осуществляла бригада скорой неотложной медицинской помощи (СНМП).

По данным литературы, гиподиагностика пневмоний в РФ на догоспитальном этапе может достигать до 80% [1]. В 2 случаях врачи СНМП расценили нозологическую проблему пациентов как острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в 11 (19,6%) — как острую хирургическую патологию с соответствующей первичной транспортировкой. В связи с этим полное совпадение направительных и клинических диагнозов имело место лишь в 68%.

Большое значение в выживаемости пациентов с ВП имеет своевременная диагностика заболевания и начало адекватной терапии, в первую очередь антибактериальной. В связи с этим представлял интерес дальнейший анализ значимости госпитализации пациентов в выходные/праздничные дни или после 16.00, т.е. при обстоятельствах, когда основная тяжесть диагностики и лечения ложится на плечи дежурного персонала (нередко в качестве которого выступают совместители). И если первичные результаты не выявили такой взаимосвязи [7], настоящее исследование, основанное на анализе более репрезентативной выборки, отчетливо показало значение первого контакта пациента с дежурным врачом: хотя были госпитализированы в будние дни 37 (66%) больных, но 64% поступили после 16.00.

Первые симптомы заболевания появились у пациентов в среднем за (5,5±0,61) дней до госпитализации. При этом следует напомнить, что к поликлинической помощи прибегли лишь 5 (9%) пациентов. Остальные либо вообще не лечились, либо лечились самостоятельно. Данные обстоятельства для миллионного города Казани с достаточно развитой амбулаторно-поликлинической сетью следует признать ненормальными.

Только 5 из 56 больных получали до госпитализации антибактериальную терапию (АБТ). Из препаратов упоминаются в основном пероральные формы азитромицина, амоксициллина, ампициллина, рифампицина и внутримышечные инъекции цефтриаксона. И если назначение амоксициллина, азитромицина и цефтриаксона в амбулаторных условиях возможно при нетяжелой ВП пациентам в возрасте до 60 лет [4], то назначение рифампицина нельзя признать адекватным ни при каких обстоятельствах ввиду туберкулоустатической активности и угрозы просмотра туберкулеза. В 10 (18%) историях болезни в анамнезах врачи не указывали факт возможного приема антимикробных препаратов, что также следует признать существенным дефектом, затрудняющим своевременный выбор оптимальной АБТ.

Клинический диагноз пневмонии был выставлен на титульном листе истории болезни в течение первых суток в 43%, на второй день — в 30% случаев. У 9 (16%) больных отсутствовали даты постановки клинического диагноза.

Выставленный клинический диагноз ВП полностью соответствовал требованиям классификации лишь в 39%. К серьезным ошибкам, возможно имеющим отношение к последующему летальному исходу, следует отнести отсутствие указания на тяжесть течения пневмонии (43%) и степень выраженности дыхательной недостаточности (ДН) (57%) или их недооценку (у 2 пациентов в ортопноэ и одышкой в покое определена ДН II ст.). Указание тяжести течения ВП и возможного осложнения ДН являются важным условием адекватного формулирования клинического диагноза и, в первую очередь, необходимо для оптимального выбора режимов и условий проведения терапии (в том числе антимикробной и кислородотерапии, а также показаний к переводу в ОРИТ и/или на ИВЛ) [3]. Следует признать ошибочным и совмещение различных степеней ДН: у 5 (9%) больных была выставлена ДН II—III ст. Это негативно сказывается, в первую очередь, на организационно-методических подходах к лечению, когда пациент с пневмонией, осложненной ДН III ст., должен быть незамедлительно переведен в ОРИТ.

Правосторонний характер пневмонии имел место у 10 (18%) пациентов, левосторонний — у 8 (14%), в 59% была диагностирована двусторонняя пневмония. Таким образом, двусторонний характер пневмонического инфильтрата у пациента с выраженной клинической симптоматикой является очевидным предиктором летального исхода. В данном исследовании у 4 (7%) больных сто-

рона поражения не была указана, т.е., видимо, этому не предавалось значения.

Следует отметить, что часто некоторым пациентам в амбулаторных условиях при нетяжелой пневмонии рентгенологи описывают двустороннее сгущение легочного рисунка и выставляют двустороннюю пневмонию. На деле нередко это оказывается вообще не пневмонией, а обострением хронического бронхита.

Структура сопутствующей патологии, верифицированной наряду с диагнозом пневмонии при патолого-анатомическом вскрытии, выполненном у 49 (87,5%) пациентов из 56, выглядела следующим образом. Лидировали заболевания желудочно-кишечного тракта (80%): хронический панкреатит с явлениями жировой дегенерации и/или очагами некроза, жировой гепатоз с явлениями холестаза, эрозивные гастродуодениты и эзофагиты, признаки цирроза печени. На втором месте (52%) была сердечно-сосудистая патология (в первую очередь, дилатационная кардиомиопатия, а также миокардиодистрофия). Третье место по частоте (27%) занимали почечная патология (преимущественно очаговый некроз и дистрофия канальцевого эпителия). В 20% отмечались признаки отека головного мозга. Несмотря на факт курения, у всех мужчин в секционных протоколах хронический бронхит фигурировал лишь у 8 (14%). По всей видимости, это не отражает истинную картину распространенности хронического бронхита, так как отсутствие описания в секционном заключении состояния трахеобронхиального дерева встречалось с завидной регулярностью.

Если обратить внимание на сопутствующую патологию и соотнести ее с данными анамнеза, не будут казаться удивительными факты хронического злоупотребления алкоголем у половины пациентов и пристрастие к наркотическим веществам в 23%. 7 пациентов были ВИЧ-инфицированными. К сожалению, врачи не всегда уделяют должное внимание сопутствующей патологии, которая, в свою очередь, оказывает весьма существенное влияние на течение пневмонии и лечебные подходы. Так, сопутствующий алкоголизм увеличивает вероятность аспирации и последующего развития тяжелой пневмонии, вызванной *Klebsiella pneumoniae* или фузобактериями, со склонностью к деструктивным осложнениям. Аспирационные пневмонии также нередки в постоперационном периоде, у пациентов после интубационного наркоза (синдром Мендельсона), после ОНМК, длительно обездвиженных пациентов (тяжелых формах ревматоидного артрита). Пневмония у наркоманов чаще протекает по типу стафилококковой деструкции легких. Наличие сопутствующей бронхоэктатической болезни увеличивает этиологическую вероятность синегнойной палочки и грамотрицательной кишечной инфекции.

Лишь в 6 (11%) случаях отсутствие анамнестических данных имело объективную причину: пациенты поступали с нарушениями сознания.

Переходя к объективному осмотру, следует остановиться на неадекватной оценке тяжести состояния пациентов (особенно часто при первичном осмотре), по всей видимости, являющейся существенным предиктором летального исхода в силу своей значимости в определении последующих лечебных подходов: у 1 пациента состояние было неадекватно оценено как удовлетворительное, у 3 — как среднетяжелое. У крайне тяжелого больного состояние оценили как тяжелое и это послужило причиной задержки своевременного перевода его в ОРИТ.

Пациента, транспортабельность которого вызывала большие сомнения, с некупированным пароксизмом наджелудочковой тахикардии, отягощающим течение пневмонии, из ОРИТ переправляли в другой стационар к токсикологам. В результате больного вернули обратно, но эти поездки (потеря времени) не могли не сказаться на его прогнозе. Неадекватная оценка (недооценка) тяжести состояния послужила причиной отказа в переводе в ОРИТ одного пациента и госпитализации сначала в отделение, а потом уже в ОРИТ (с потерей времени) трех больных. Следует отметить, что территориальная удаленность ОРИТ от соматических отделений (порой располагающихся в других зданиях, а иногда даже на другой улице) также оказывает весьма неблагоприятное влияние на выживаемость пациентов.

Недооценка клинических данных как один из важнейших факторов ошибочной диагностики ВП указывается и в отечественной литературе [1].

Говоря о дефектах физикального осмотра, следует отметить одновременное выявление врачами в одних и тех же областях «жесткого, ослабленного дыхания» или «тупого, коробочного перкуторного звука». Неоднократно встречаются в историях болезни «крепитирующие хрипы». У 6 больных в день смерти врачи в дневниках описывали везикулярное дыхание, у пациента с 4 л экссудата в плевральной полости при жизни не было найдено никаких перкуторных отклонений, не обращалось внимания на двустороннее ослабление дыхания в нижних отделах легких, что помешало выставить при жизни диагноз пневмонии.

Совпадение диагноза, выставленного при поступлении пациента в стационар, и заключительного клинического диагноза имело место в 74%. Значимую роль здесь сыграли дефекты лабораторно-инструментального обследования.

Следует отметить важность исследования гемокультуры у всех пациентов с тяжелой пневмонией и, в первую очередь, у внутривенных наркоманов. На практике неоднократно приходилось сталкиваться с пессимистическим отношением врачей к данному исследованию: «все равно ничего не высется». К сожалению, часто это являлось результатом нарушений техники забора и транспортировки материала и прочих методических особенностей.

Биохимические исследования крови способны помочь в своевременном выявлении тех или иных нарушений функций печени и почек и тем самым привлечь внимание к сопутствующей патологии, существенно отягощающей течение самой пневмонии. Также нередко приходится сталкиваться с ситуациями, при которых некоторые клинические и биохимические анализы не повторяют перед выпиской из стационара, напирая на значимую клиническую динамику, или повторяют клинический анализ крови без лейкоформулы, забывая о возможной аллергизации пациента на фоне проводимой терапии, что может проявляться нарастанием эозинофилии.

Встречаются случаи, когда у пациента лаборатория дает резкое улучшение того или иного показателя (например, снижение СОЭ или уровня лейкоцитоза). Очень часто эти анализы больше не повторяются, при этом забывается, что такая необычная динамика, скорее всего, является технической ошибкой лаборатории. Конечно, в условиях современного здравоохранения нельзя забывать об экономии средств, нельзя перегружать параклинические службы ненужными исследованиями,

не оказывающими никакого влияния на последующую лечебную тактику (например, исследованиями функции внешнего дыхания у пациента, не имеющего сопутствующей бронхообструктивной патологии, с определенным диагнозом пневмонии), но там, где это действительно необходимо, лабораторный контроль в динамике должен быть осуществлен обязательно.

ЭКГ-исследование показано всем пациентам с тяжелым течением пневмонии, пациентам с сопутствующей кардиоваскулярной патологией. Кроме того, не следует забывать о возможном влиянии некоторых антимикробных препаратов на интервал QT.

Выявление рентгенологических признаков пневмонии с последующим контролем в процессе лечения является абсолютно необходимым. В связи с этим все врачи, осуществляющие диагностику и лечение ВП, должны самостоятельно уметь трактовать соответствующие снимки. На практике все оказывается не таким уж очевидным. У 3 (5%) больных, даже несмотря на имеющееся описание рентгенологом массивной полисегментарной инфильтрации легочной ткани, врачи (в одном случае целый врачебный консилиум) не выставляют диагноз пневмонии и соответственно не корректируют лечение. В другом случае диагноз не выставляется до проведения рентгенологического исследования [с проведением которого также не спешат (2%)]. У 3 пациентов рентгенологическое исследование органов грудной клетки так и не было проведено.

Конечно, при всем уважении к рентгендиагностике пневмоний не следует, тем не менее, забывать, что данный метод исследования является пусть и наиболее важным, но все же вспомогательным. Это, в первую очередь, необходимо помнить врачам амбулаторно-поликлинического звена, где выявляется наибольший процент рентгенологической гипердиагностики пневмоний.

Для систематизации плана обследования и последующего лечения внебольничных пневмоний врачи в РТ должны использовать «Протоколы ведения больных пневмониями (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан» (приказ МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424) [3].

Весьма важным условием, определяющим выживание пациентов с пневмонией, является адекватность инициальной антибактериальной терапии (АБТ) [4]. При оценке данного критерия в исследуемых случаях были выявлены следующие моменты. Наиболее распространенной ошибкой следует признать нерациональные пути введения антимикробных препаратов: в/м вместо в/в (в 32%) и перорально вместо в/в (12,5%). Последнее, в первую очередь, относится к макролидам, которые, несмотря на тяжелый характер пневмонии, в комбинации с цефалоспорином назначались перорально. В 4% в/в инфузия эритромицина назначалась струйно, тогда как для данного препарата рекомендован в/в капельный способ введения ввиду сильного раздражающего действия на вены. Пациенту с тяжелой пневмонией, страдающему помимо этого наркозависимостью, в течение 10 дней все препараты вводились в/м и лишь после перевода в ОРИТ был установлен в/в катетер.

В 27% (15 случаев) при тяжелой ВП АБТ начиналась в виде монотерапии, что следует признать абсолютно недопустимым. Тем более, что при этом в 7% суточные дозы антибиотиков были недостаточными. Нерациональные комбинации (цефтриаксона с амписидом — два бета-лактама) встречались единично, однако у 10 (18%) пациентов с тяжелой ВП дозы препаратов даже

в оптимальных комбинациях были заниженными (например, перорального кларитромицина, назначаемого по 250 мг 2 раза в сут, или цефтриаксона в суточной дозе 1—2 г). Следует также отметить встречающуюся достаточно часто путаницу мг и мл в указаниях доз препаратов. В первую очередь это относится к парентеральным формам метронидазола (флакон 500 мг в 100 мл) и ципрофлоксацина (флакон 200 мг в 100 мл). Поэтому необходимо взять за правило все дозировки указывать только в мг, а если в мл, то обязательно сопровождать указанием на концентрацию раствора. Эти обстоятельства весьма немаловажны, так как в некоторых ЛПУ бытует практика, когда средний персонал самостоятельно переносит данные из истории болезни в лист назначений, и может возникнуть «эффект испорченного телефона».

Известно, что эффективность АБТ можно повысить за счет увеличения для некоторых препаратов разовых доз (аминогликозиды), для других — частоты введения (беталактамы, макролиды). Несмотря на это, у 2 пациентов цефотаксим и эритромицин были назначены 1 раз/сут, а цефтриаксон и гентамицин у 3 — 3 раза/сут.

При неэффективности инициальной АБТ произошла ее смена, в 5% — нерациональная (например, в ОРИТ сульперазон был заменен цефтриаксоном; если для общетерапевтического отделения целесообразность такой замены еще можно обсуждать, но не для ОРИТ).

В 14% инициальный выбор антимикробных препаратов следовало признать нерациональным для тяжелой пневмонии. Это касалось назначений цефазолина, канамицина, оксациллина при отсутствии подозрений на стафилококковую инфекцию, метронидазола при отсутствии подозрений на аспирационный генез пневмонии.

В 11% пациенты не получали необходимую АБТ (вообще отсутствовала до получения результатов рентгенологического исследования, не назначался метронидазол у алкоголизованных пациентов и больных, доставленных без сознания, с высокой угрозой аспирации). При этом в 9% также встречалось избыточное назначение различных препаратов (зуфиллина при отсутствии признаков бронхальной обструкции, дигоксина при отсутствии признаков сердечной недостаточности), в том числе в 4% и антимикробных препаратов (у ВИЧ-инфицированного пациента с пневмонией одновременно было назначено 6 химиотерапевтических препаратов, не считая специального лечения).

Несколько слов следует сказать о так называемом «синдроме консультанта», также способном оказать неблагоприятное воздействие на течение и исходы заболевания. Суть его в следующем: ЛПУ приглашает к пациенту консультанта, в первую очередь для того, чтобы для последующих проверок зафиксировать его запись в истории болезни. При этом особого внимания на рекомендации консультанта не обращается. Однако встречается и другая крайность, когда приглашенный извне консультант ощущает меньшую по сравнению с лечащими врачами ответственность и оставляет краткую формальную запись, состоящую из общих фраз или пожеланий сложного и поэтому малоосуществимого дообследования. В данном исследовании упомянутый «синдром» в различных вариациях встретился у 5 (7%) пациентов и последствия его были серьезными: не была произведена рекомендованная смена антимикробного препарата, пациент своевременно не был переведен в ОРИТ и т.д.

Как уже говорилось, крайне тяжелое течение ВП является показанием для продолжения лечения пациентов в условиях реанимационного отделения [3]. Несмотря на наличие отделений данного профиля во всех задействованных в анализе ЛПУ, 12 (21%) пациентов умерли в условиях терапевтических отделений. Лишь в 55% случаев перевод в ОРИТ был осуществлен в течение первых суток. Как раз в эти сроки отмечался самый высокий уровень летальности (45%). На наш взгляд, это является как следствием отсутствия своевременной адекватной оценки тяжести состояния пациента, так и (по собственному опыту прошлых лет) чрезмерно буквальным переводом названия своей службы некоторыми реаниматологами, принимающими порой на свою койку только пациентов в предагональном состоянии.

19 (34%) пациентов умерли в сроки 3 и более суток от момента госпитализации.

По литературе ошибки при диагностике пневмоний в России составляют около 30% [6]. В проведенном исследовании совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов имело место в 70% случаев, что полностью соответствовало литературным данным. В 12,5% вскрытие не было произведено.

Проведенный сплошной анализ летальных исходов ВП в стационарах г. Казани позволяет сделать следующие **выводы**.

1. Неблагоприятными факторами угрозы летального исхода ВП являются:

- поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания);
- недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре;
- сопутствующая соматическая патология и двусторонний характер пневмонии;
- нерациональное использование методов рентгенологической диагностики пневмоний;
- неадекватные режимы начальной АБТ.

2. Актуальными ошибками начальной АБТ умерших пациентов явились нерациональность путей введения препаратов (49%), неадекватность режима монотерапии (27%), неадекватные суточные дозы (25%) и частота введения препаратов (9%).

3. Первичная недооценка тяжести госпитализированных пациентов определила неправильное формирование клинического диагноза без указания тяжести течения пневмонии (43%) и степени дыхательной не-

достаточности (57%) с последующим отражением на лечебных подходах.

4. Крайне тяжелое и тяжелое течение пневмонии нередко может протекать под маской острой хирургической (19,6%) и неврологической патологии.

5. Наиболее распространенной сопутствующей патологией умерших пациентов являлись желудочно-кишечная (80%), сердечно-сосудистая (52%) и почечная (27%) патологии, в первую очередь алиментарно-токсического происхождения (86%). Половина пациентов хронически злоупотребляли алкоголем, 23% страдали наркозависимостью, 12,5% были ВИЧ-инфицированы.

6. Проведение первичного осмотра пациентов, поступивших на госпитализацию после 16.00, дежурным врачом было сопряжено с повышенным риском последующего развития летального исхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова, Л.И. Ошибки диагностики внебольничных пневмоний на разных этапах оказания медицинской помощи / Л.И. Волкова, Е.И. Христоролюбова // Сибирский консилум. — 2008. — № 1 (64). — С.22—26.
2. Волкова, О.А. Предикторы и особенности клиники внебольничных пневмоний с тяжелой формой течения острого инфекционного воспалительного процесса / О.А. Волкова, А.С. Димов, Н.И. Максимов, Л.А. Лещинский // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 89, № 2. — С.146—149.
3. «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) и Протоколов ведения больных хронической обструктивной болезнью легких (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан». Приказ МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424.
4. Синопальников, А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. — М.: ООО «ПАГРИ», 2006. — 63 с.
5. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2000—2004 годы): учеб.-метод. пособие / КГМА, РМИАЦ МЗ РТ; сост.: К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский [и др.]; под ред. И.Г. Низамова. — Казань, 2005. — 256 с.
6. Федеральная целевая программа «Концепция развития пульмонологической службы России на 2002—2007». — URL: <http://www.minzdrav-rt.ru> (дата обращения 04.01.2007).
7. Хамитов, Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний у лиц трудоспособного возраста / Р.Ф. Хамитов // Казанский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С.729—733.

© Р.Г.Тухбатуллина, З.М.Галеева, А.М.Кузнецова, 2009

УДК 61:377.5:615.15

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В «КАЗАНСКОМ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ УЧИЛИЩЕ РОСЗДРАВА»

Рузалия Габдулхаковна Тухбатуллина, докт. фарм. наук, директор ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»

Зарина Мунировна Галеева, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Алсу Мунировна Кузнецова, преподаватель правового обеспечения профессиональной деятельности ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрава»

Реферат. В учебном заведении разработана организационно-функциональная модель обеспечения качества подготовки специалистов, основанная на системно-процессном и личностно ориентированном подходах. Описываются применяемые технологии, направленные на формирование у будущих специалистов профессиональных компетенций.

Ключевые слова: организационно-функциональная модель, качество подготовки, специалисты.

MAIN TRENDS OF WORKING TO IMPROVEMENT THE QUALITY OF TRAINING SPECIALISTS AT «KAZAN MEDICO-PHARMACEUTICAL SCHOOL OF HEALTH MINISTRY OF RUSSIA»

R. G. TOUKHBATULLINA, Z. M. GALEYEVA, A. M. KOUZNETSOVA

Abstract. At our educational institution the organizational-functional model of providing the quality of specialists' training is developed which based on system-process and person-focused points of view. Applying technologies are described which turn to forming the professional competences of future specialists.

Key words: organizational-functional model, quality of specialists' training.

Предстоящее внедрение новых образовательных стандартов, основой которых должно стать практико-ориентированное обучение, предусматривающее подготовку специалистов, удовлетворяющих потребности отрасли в целом и отдельного работодателя. Особое значение придается умениям, позволяющим действовать в новых, неопределенных проблемных ситуациях, т.е. компетентном подходе, когда перечень компетенций определяется в соответствии с запросами работодателей, поэтому важную роль играет качество подготовки специалиста.

Наше училище осуществляет подготовку почти 90 лет, с 1921 г., и является одним из старейших престижных учебных заведений России. За этот период подготовлено более 9000 фармацевтов, 600 медицинских сестер, 500 лаборантов. На отделении «Фармация» имеются два уровня подготовки: базовый и повышенный. Повышенный уровень подготовки осуществляется по 2 направлениям: организация и экономика фармации и прикладная фармакология. В 2008 г. был осуществлен первый выпуск специалистов, подготовленных в соответствии с Государственным образовательным стандартом по специальности «Фармация» (повышенный уровень) по квалификации «Фармацевт с углубленной подготовкой».

Образовательный процесс мы рассматриваем как открытую динамично развивающуюся систему, представляющую собой совокупность взаимосвязанных элементов, изменение свойств любого из которых неизбежно влечет изменение характеристик всей системы в целом. С учетом факторов в каждом учебном заведении своя выработанная система построения образовательного процесса исходя из организации учебно-методической работы, квалификационного состава преподавателей, связей с работодателями, установившимися традициями.

Определимся с понятием «качество» в системе образования. Есть определение этого понятия в стандарте ИСО 9000-2000:

Качество есть степень соответствия присущих характеристик требованиям, под которыми понимается потребность или ожидание установленное, предполагаемое или являющееся обязательным. Качество можно трактовать с позиции государства, родителей, работодателей, как объект дискуссии заинтересованных сторон. Мы в учебном заведении рассматриваем качество со стороны работодателей, органов управления, преподавателей, студентов, родителей. Для достижения качества необходимо учитывать сформулированные требования к системе образования от каждой заинтересованной стороны, которые необходимо преобразовать в цели и задачи образовательной деятельности.

Под качеством образования мы понимаем содержание образования, т.е. качество самой образовательной программы.

Обеспечение качества — это факторы, условия, ресурсы, позволяющие достичь целей по качеству. Это учебно-методическая среда, материальная база, способности персонала, подготовленность и мотивация студентов, финансовое обеспечение, информационное обеспечение.

Качество подготовки выпускников — это уровень подготовки по дисциплинам и специальности, уровень образованности и воспитанности, творческое мышление, компетенции [1].

В училище разработана организационно-функциональная модель обеспечения качества подготовки специалистов, основанная на системно-процессном подходе, ориентированном на совершенствование процесса управления качеством подготовки специалистов и на вовлечение всех педагогических кадров в деятельность по улучшению качества образования и личностно ориентированный подход, направленный на методологическую ориентацию в педагогической деятельности, позволяющую обеспечивать и поддерживать процессы самопознания, самореализации и индивидуальности обучаемого (*рисунки*).

Основными принципами модели являются: непрерывность профессионального образования, преемственность обучения, диагностическое сопровождение учебного процесса, единство требований по созданию учебно-методических комплексов по предметам с обязательным наличием межпредметных связей.

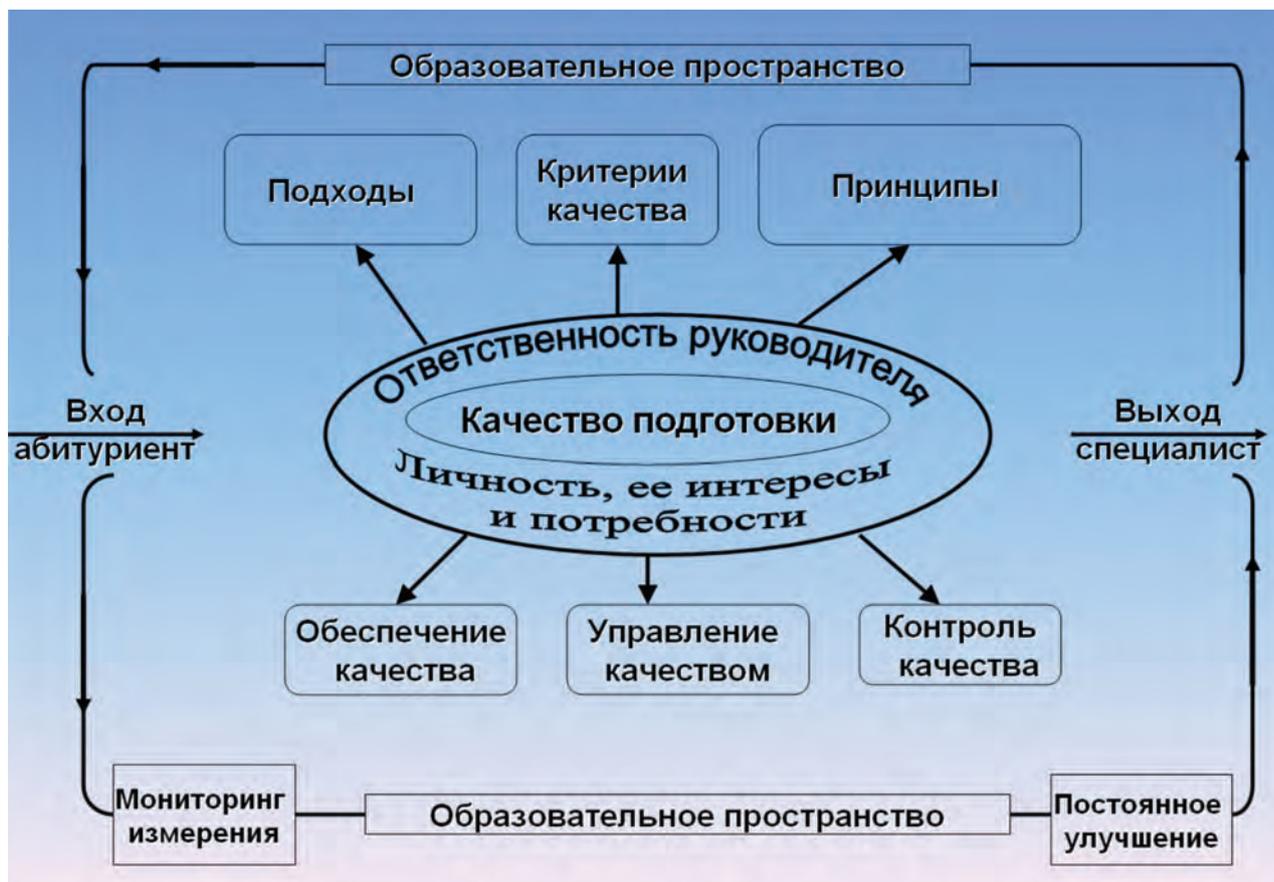
Центральным звеном этой модели является личность, ее интересы и желания, вокруг которой строится образовательное пространство, реализующее идею личностной ориентации.

Управление качеством основано на оценочном методе, который реализуется путем систематического проведения самооценки с целью выявления слабых и сильных сторон деятельности учебного заведения, положительных и отрицательных факторов его развития и базируется на:

- полноценной реализации образовательных программ;
- квалифицированной разработке учебных планов, программ по дисциплинам и производственной практике;
- в формировании требований к выпускным квалификационным работам.

Контроль качества включает в себя:

- традиционные методы оценки уровня знаний и умений студента (фронтальный, письменный, рубежный контроль на теоретических и практических занятиях);
- результаты контрольных работ, зачетов, экзаменов, курсовых работ;
- отчеты по производственной практике;
- конкурсы научно-исследовательских работ;
- инновационная форма в виде мониторинга качества практических умений, который проводится 2 раза в год.



Организационно-функциональная модель обеспечения качества подготовки специалистов

Эта форма включает в себя разработанные билеты по практическим умениям. В области фармацевтической технологии проверяется умение студента правильно заполнить паспорт письменного контроля, оформить лекарственную форму, соблюсти правила взвешивания и т.д.

В области организации и экономики фармации проверяется умение правильности приема, таксировки рецепта, а также отпуска лекарственных средств по рецепту и без рецепта, умение по заполнению отчетной документации и т.д. После проведения мониторинга качества выполнения практических умений председатели цикловых методических комиссий намечают пути преодоления трудностей, имевших место при его проведении.

Считаем ключевым моментом в организации качественного подхода к образовательной деятельности профессиональную компетентность педагогического коллектива, которая достигается путем разработки по единым требованиям учебно-методических комплексов по занятиям с обязательным отражением межпредметных связей. Также надо отметить профессионализм педагогов и любовь к своей профессии, которую они передают из поколения в поколение, так как 80% преподавателей — выпускники нашего учебного заведения.

Одним из направлений по формированию конкурентоспособного специалиста является социальное партнерство, которое мы рассматриваем как механизм способствующий качеству образования. Наше учебное заведение проводит конференции с руководителями производственной практики, с руководителями фарма-

цевтических организаций и работниками практического здравоохранения (Управление по фармации и медицинской технике при МЗ РТ), где осуществляется обмен мнениями по совершенствованию подготовки специалистов с учетом запроса работодателей. Система построения и освоения учебных программ, в том числе профильных дисциплин, выстраивается согласно основным этапам профессионально-личностного развития будущих специалистов с учетом факта опережающего встраивания производственной практики в образовательный процесс учебного заведения.

Учебным заведением в процессе подготовки специалистов применяются и реализовываются формы и методы обучения, направленные на развитие умения студентов проектировать разнообразные ситуации и процесс своей будущей профессиональной деятельности в целом, на способность осуществлять профессиональное самопознание, продуктивно встраивать межличностные и деловые отношения, оптимально взаимодействовать с социокультурной и профессиональной средой с различными системами ценностей. При этом ведущим принципом реализации образовательной поддержки выступает идея самоопределения студента в образовании, осознанный и лично принимаемый выбор профессиональной самореализации и самоактуализации.

Для развития многосторонних практических умений у студентов, например фармацевтического профиля, мы используем следующие технологии: имитация торгового зала аптеки с установленными кассовыми аппаратами, что позволяет развивать умение общения специалистов с пациентами, умение слушать и слышать пациента. На

занятиях по психологии происходит импровизация психологического общения специалиста и клиента.

С помощью этого оборудования по дисциплине «Организация и экономика фармации» отрабатываются навыки по основам мерчандайзинга, проведению кассовых операций, деонтологические принципы общения; по фармакологии отрабатываются знания фармакологических свойств препаратов, аналогов, замены лекарственных средств, а также культура общения и обслуживания. Кроме этого подхода, используется программа РЛС, по фармакогнозии студенты учатся консультированию покупателей по БАДАМ, лекарственным сборам и травмам и другим аспектам профессиональной деятельности.

Для достижения желаемого качества подготовки специалистов большое внимание уделяется разработке и внедрению в процесс обучения мультимедийных технологий и компьютерного обеспечения. Имеется 2 компьютерных класса с выходом в систему Интернет, где проводятся занятия по информатике и итоговое тестирование студентов по всем дисциплинам, а также самостоятельная работа студентов с электронными учебниками и пособиями. Мультимедиа в учебном процессе представлено компьютерными программами, электронными учебниками, веб-страницами в сети Интернет, сайтом училища.

Во время учебных занятий студент не просто изучает курс информатики, а учится информационному обеспечению профессиональной деятельности. Так, например, у студентов фармацевтического профиля мы учитываем, что во всех аптечных организациях активно внедряются и используются компьютерные технологии, поэтому нами приобретена лицензионная компьютерная программа 1С «Предприятие. Конфигурация. Склад+торговля», которая позволяет студентам отрабатывать знания по дисциплинам организации и экономики фармации, бухгалтерскому учету.

В процессе подготовки специалистов большое значение имеет уровень преподавания лингвистических дисциплин, способствующих дальнейшему самообразованию и саморазвитию учащихся. Они рассматриваются нами как инструмент обогащения национальной научной культуры в изучаемой предметной области.

Знания татарского и русского языков необходимы студентам для развития навыков работы с населением и фармацевтического консультирования, включающего в себя психологический и социальный аспекты.

Одним из основных направлений повышения качества подготовки является умение студентов выполнять самостоятельную работу, способствующую оптимальному усвоению учебного материала, развитию интеллектуальных способностей, овладению методами познания, формированию потребности в самообразовании. Для активизации самостоятельной работы студента предусмотрено обеспечение каждого студента информационными ресурсами: справочниками, учебными пособиями, пакетами прикладных программ, методическими материалами, возможностью публичного выступления самостоятельно выполненной исследовательской работы. По каждой дисциплине разработаны календарно-тематические планы самостоятельной работы студента, где ему предложены различные виды самостоятельной работы. Результаты планирования самостоятельной работы студентов отражаются в учебно-методической документации каждого преподавателя, а именно: в учебно-методическом комплексе дисциплины в разделе «Задания для самостоятельной работы студентов».

С целью отработки навыков и умений выступать перед аудиторией нами широко применяются защиты курсовых работ, итоговые стажировки студентов, организации конференций с приглашением работодателей. Так, например, на повышенном уровне подготовки после изучения дисциплины «Организация и экономика фармации» проводится конференция по теме «Бизнес-планирование». В группах студенты распределяются на группы по 4 человека и импровизируют свою созданную фирму, для которой разрабатывают бизнес-план. Защита проходит в виде ролевой игры, где студенты выполняют различные функциональные обязанности директора, зам. директора по развитию, бухгалтера и т.д., где штатную структуру тоже разрабатывают сами студенты. Применение формы деловой игры рассматривается нами как профессиональный модуль, дающий возможность студенту освоить профессиональные компетенции, необходимые фармацевту в условиях, имитирующих профессиональную деятельность. Работодатели дают оценку представленным проектам бизнес-планов и выбирают лучший проект с последующим награждением разработчиков. Такие же ролевые игры проводятся и по предметам «Организация и экономика фармации», «Клиническая фармакология». Разделение студентов на группы по функциональным обязанностям: поставщик, заведующий отделом, инспектор, заведующий аптекой, позволяет развить у студентов навыки свободного использования накопленных теоретических знаний, а также профессиональный практический опыт, навыки по пониманию профессиональных проблем и поиска подходов к их решению, умение самостоятельно или в команде использовать имеющиеся знания для решения проблемных ситуаций в условиях, моделирующих профессиональную деятельность. Игра активизирует мыслительную деятельность студентов, направляет их творческий потенциал на овладение профессиональной ситуацией, способствует адаптации к будущей профессии, так как студент решает задачу, требующую применения профессиональных компетенций.

Важным фактором, оказывающим влияние на достижение качества образования, является любовь к выбранной профессии, т.е. формирование у студента положительного образа профессии. Для этого проводятся экскурсии и практические занятия по дисциплинам и «Введение в специальность» в музее училища, используя импровизацию, что позволяет обогатить новым содержанием традиционные формы образовательной деятельности: лекции, семинары, использовать видео и мультимедийные технологии, формировать ответственность у будущих специалистов и умение наблюдать, эмоционально переживать, анализировать, сравнивать и обобщать свои исследования. Также используются специальные формы и методы работы с коллекциями: демонстрация отдельных музейных предметов на лекциях, научное описание и обработка материалов исследования во время практических занятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Двойников, С.И. Система менеджмента качества в образовании / С.И. Двойников, Л.А. Карасева // Научно-практическая конференция «Система менеджмента качества в образовательном учреждении»: сб. тез. докл., 22—23 ноября 2007 г. — 2007. — Ч. 2. — С. 3—5.
2. Тухбатуллина, Р.Г. Пути повышения качества подготовки специалистов со средним фармацевтическим образованием

- / Р.Г. Тухбатуллина // Всероссийская научно-практическая конференция: сб., 21—22 мая 2009 г. — 2009. — С.82—85.
3. *Тухбатуллина, Р.Г.* Подготовка высококвалифицированных кадров — вклад в будущее/ Р.Г. Тухбатуллина // Медико-фармацевтический вестник. — 2008. — № 16 (342).
 4. *Тухбатуллина, Р.Г.* Социальное партнерство в образовании и практике / Р.Г. Тухбатуллина, О.М. Таныгина // Социальное партнерство как фактор формирования позитивного имиджа учреждения СПО в образовательном пространстве региона: межрегион. науч.-практ. конф.: сб., 26 февраля 2009 г. — Ижевск, 2009. — С.6—10.

© Р.Ф.Хамитов, 2009
УДК 616.24-002-082-039.57

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И СТАЦИОНАРЕ: МНЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ ХАМИТОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой внутренних болезней № 2
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Было проведено анкетирование 181 врача поликлиник и стационаров г. Казани и Республики Татарстан по диагностике и лечению внебольничных пневмоний. В целом врачи показали достаточно высокий уровень знаний по данной проблеме. Разбор распространенных ошибок позволит и дальше совершенствовать лечебно-диагностические подходы к ведению этой распространенной патологии.

Ключевые слова: анкета, внебольничные пневмонии, диагностика, лечение.

MANAGEMENT OF THE OUTPATIENTS AND INPATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA: OPINIONS OF THE PRACTITIONERS

R. F. KHAMITOV

Abstract. Questioning 181 doctors of polyclinics and hospitals of Kazan and Tatarstan Republic on diagnostics and treatment of community acquired pneumonia has been done. As a whole doctors have shown high enough level of knowledge of the given problem. Analysis of the widespread mistakes will allow to improve further medical-diagnostic approaches to management of this pathology.

Key words: questionnaire, community acquired pneumonia, diagnostic, treatment.

В структуре заболеваемости взрослых ведущее значение на сегодняшний день имеет респираторная патология. Внебольничные пневмонии (ВП) являются одной из ведущих причин смерти среди респираторной патологии нижних дыхательных путей. В 2006 г. в РФ было официально зарегистрировано 414,3 пневмоний на 100 000 населения [2]. По всей видимости, в реальности число больных пневмониями еще выше. Для своевременной диагностики, адекватного лечения и тем самым уменьшения летальных исходов пневмоний большое значение имеет высокий профессиональный уровень лечащих врачей.

Целью проведенного исследования явилась оценка знаний врачей лечебных учреждений г.Казани и РТ по ведению больных ВП.

Была разработана скрининговая анкета из 9 вопросов. Анкетирование прошли 181 врач, 123 из которых работали в лечебных учреждениях г. Казани, а 58 — в ЛПУ РТ. Большинство респондентов составили амбулаторно-поликлинические врачи — 97 (54%): участковые терапевты — 43 (24%), заведующие терапевтическими отделениями в поликлиниках — 22 (12%) и врачи общей практики — 32 (18%). 34 врача терапевтических стационаров составили 19%, 8 пульмонологов — 4%. В обычной практике к пульмонологам попадает лишь небольшая часть тяжелых, осложненных пневмоний. Немаловажное значение имел факт, что в анкетировании принимали участие 35 начмедов, осуществляющих контроль качества и организацию лечебной помощи в медицинских учреждениях (рис. 1). 73% опрашиваемых имели стаж лечебной работы более 10 лет (рис. 2).

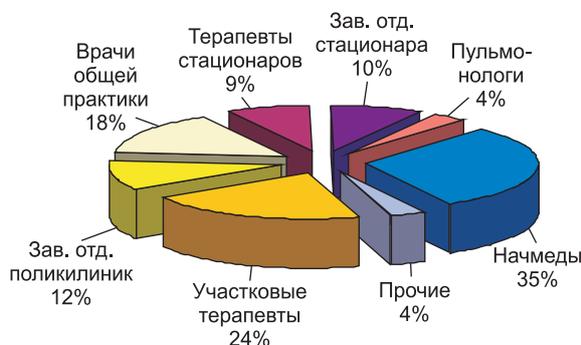


Рис. 1. Структура анкетированных врачей, %

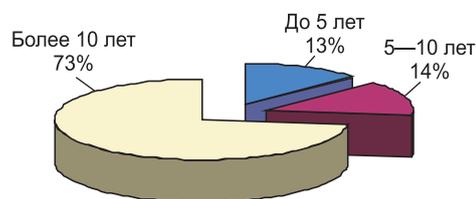


Рис. 2. Стаж врачей, %

86% врачей курировали в своей повседневной практике больных с пневмониями, 6% осуществляли экспертный контроль лечения пневмоний.

Практические врачи амбулаторно-поликлинической сети и стационаров, занимающиеся на сегодняшний день в Татарстане диагностикой и лечением пневмоний, осуществляют свою деятельность, в первую очередь,

в соответствии с двумя документами: приказом МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424 «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) в медицинских учреждениях РТ» и федеральными «Практическими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике внебольничных пневмоний у взрослых» в редакции 2006 г. [1, 4]

Клиническая диагностика ВП основана на так называемом «золотом стандарте»: остром начале с высокой температурой, кашле, при тяжелом течении — одышке и плевральных болях. Лабораторно-инструментальные составляющие «золотого стандарта» — лейкоцитоз более 10 000 в мкл (при тяжелом течении > 20 000 в мкл или лейкопения < 4000 в мкл), рентгенологическое выявление инфильтрации легочной ткани.

Данные признаки в большей степени характерны для пневмонии пневмококковой этиологии. В связи с актуализацией в последние годы в этиологической структуре заболевания «атипичных возбудителей» (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*) необходимо отметить некоторые клинические особенности таких пневмоний. Это часто подострое начало, миалгии, головные боли, непродуктивный характер кашля, несоответствие физикальных (скудных) и рентгенологических данных [5].

Рентгенологический метод исследования является важнейшим параклиническим методом диагностики пневмоний. Подавляющее большинство врачей (93%) прекрасно осведомлены об этом (рис. 3).

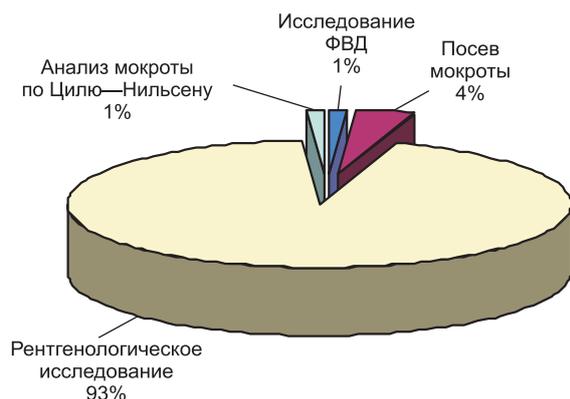


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос: «Без чего не может быть установлен диагноз ВП?», %

Результаты посева мокроты на рост микрофлоры (4% врачей) будут получены не ранее 7—10 дней. Конечно, диагностика пневмонии на этих сроках уже не актуальна, и данное исследование в сочетании с определением чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам может лишь помочь скорректировать антимикробную терапию при ее недостаточной эффективности на этих сроках. Предварительные данные можно получить уже в первые 2 дня госпитализации при микроскопии мазка мокроты, окрашенного по Граму. Следует отметить, что по существующим рекомендациям верифицированная этиологическая диагностика пневмоний в условиях поликлиники признана нецелесообразной.

В связи с большой актуальностью дифференциальной диагностики пневмоний с туберкулезом проводится микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Цилю—Нильсену на кислотоупорные микобактерии. К сожалению, 17% респондентов не связали данную классическую реакцию с возбудителем туберкулеза (рис. 4), и данный факт должен вызывать тревогу.

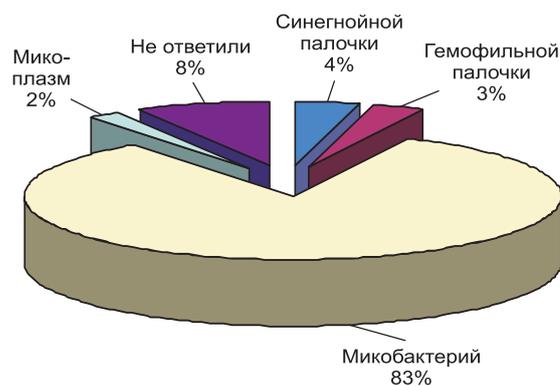


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Какая окраска мокроты по Цилю—Нильсену направлена на выявление..?», %

После постановки нозологического диагноза пневмонии перед врачом встают два главных вопроса, которые требуют незамедлительного решения: госпитализировать пациента или лечить его амбулаторно; с какого препарата начать антибактериальную терапию (АБТ).

Считается, что более чем в половине случаев пневмония можно успешно лечить амбулаторно. При этом следует также учитывать, что львиная доля всех расходов при ВП приходится именно на стоимость госпитализации (для США этот показатель превышает 90%).

Показания для госпитализации российских пациентов с пневмониями можно сгруппировать как абсолютные:

- клинико-лабораторные признаки среднетяжелого и тяжелого течения;
- невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях;
- неэффективность стартовой антибактериальной терапии;

и как относительные:

- возраст старше 60 лет;
- наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания);
- желание пациента и/или членов его семьи.

Следующий вопрос анкеты касался именно проблемы адекватной оценки возможности амбулаторного лечения больного с ВП и был особенно актуален с учетом большого удельного веса среди респондентов поликлинических врачей. 94% сделали правильный выбор (рис. 5). Неосложненная ВП среднетяжелого течения в некоторых ситуациях также могла бы лечиться амбулаторно, однако наличие сопутствующей алкоголизации как фактора угрозы неблагоприятного, в том числе и летального, исхода определяет необходимость госпитализации такого больного. Тяжелое течение пневмонии — это безусловное показание для госпитализации и обсуждаться может лишь место, куда этот пациент должен быть направлен: в общетерапевтическое или специализированное пульмонологическое отделение.

АБТ амбулаторного пациента (до 70% лиц младше 60 лет с нетяжелой ВП) должна базироваться на следующих принципах:

Во-первых, это монотерапия с использованием перорального препарата с доказанной в отношении предполагаемого возбудителя клинической эффективностью.

Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

Особенности нозологической формы	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая ВП у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i>	Амоксициллин внутрь (флемоксин солютаб®) или макролиды внутрь ¹ (зитролид®)	Фторхинолоны с усиленной антипневмококковой активностью [левофлоксацин (флорацид®), моксифлоксацин] внутрь ²
Нетяжелая ВП у пациентов 60 лет и старше и/или с сопутствующими заболеваниями	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин /клавуланат внутрь (флемоклав солютаб®)	Фторхинолоны с усиленной антипневмококковой активностью [левофлоксацин (флорацид®), моксифлоксацин] внутрь

Примечания: ¹Макролиды являются препаратами выбора при непереносимости бета-лактамов или подозрении на *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydothyla pneumoniae*. Следует отдавать предпочтение макролидным антибиотикам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (азитромицину, кларитромицину).

²Доксициклин может назначаться исключительно при подозрении на *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydothyla pneumoniae*, при этом следует учитывать высокий (>25%) уровень резистентности к нему пневмококков в России.

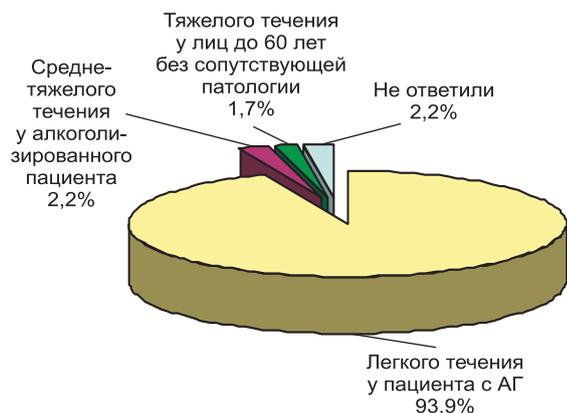


Рис. 5. Распределение ответов на вопрос: «Какие ВП могут лечиться в амбулаторных условиях?», %

Во-вторых, проводится с учетом предварительной вероятностной этиологической диагностики. Спектр активности выбранного антибиотика должен соответствовать наиболее вероятным патогенам.

В-третьих, является клинико-экономически невыгодным назначением препарата, ориентированного, главным образом, против внутрибольничных инфектов.

В-четвертых, выбранный препарат должен обладать выгодными фармакокинетическими параметрами (в том числе прием 1—2 раза в сут), быть безопасным, обладать минимальным региональным уровнем резистентных штаммов.

Таким образом, несмотря на то что микробиологическая верификация этиологии амбулаторной пневмонии признана экономически нецелесообразной, врач поликлиники должен владеть принципами вероятностной этиологической диагностики, знать уровень региональной резистентности актуальных патогенов, хорошо ориентироваться в антимикробном спектре используемых препаратов.

Принципы антимикробной терапии ВП в амбулаторных условиях представлены в табл. 1.

На знание этих принципов и был ориентирован следующий вопрос анкеты. Правильный ответ дали 82% врачей (рис. 6).

Сегодня в арсенале российских врачей есть амоксициллин/клавуланат в инновационной лекарственной форме «Флемоклав Солютаб®». Вместе с удобством применения и последующей высокой комплаентностью оптимизация фармакокинетики уменьшает риск нежелательных реакций со стороны ЖКТ и, как было показано в некоторых исследованиях, по частоте нежелательных лекарственных реакций препарат выгодно отличается даже от оригинального.

Альтернативную группу препаратов представляю фторхинолоны с усиленной антипневмококковой активностью, называемые также респираторными фторхинолонами. Название «альтернативные» точно отражает их место, так как альтернатива обозначает выбор, тогда как нередко врачи трактуют эти препараты как средства второй очереди. В России хорошо зарекомендовавшим себя представителем этой группы является отечественный фторхинолон III поколения флорацид®, не уступающий по антимикробной активности оригинальному левофлоксацину, вместе с тем благоприятно отличающийся от него по стоимости.

Адекватный клинический эффект при амбулаторном лечении ВП может быть получен при применении перо-

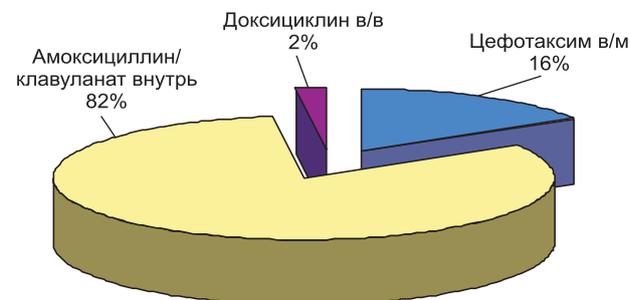


Рис. 6. Распределение ответов на вопрос: «Каким будет препарат выбора для амбулаторной терапии нетяжелых ВП у пациентов старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями?», %

ральных форм препаратов (категория доказательств С). Парентеральные антибиотики в амбулаторных условиях не имеют доказанных преимуществ перед пероральными. Они могут применяться лишь в единичных случаях (например, при отказе или невозможности своевременной госпитализации, предполагаемой низкой комплаентности при приеме пероральных препаратов). При этом у молодых пациентов (<60 лет) при отсутствии значимых сопутствующих заболеваний предпочтение следует отдавать бензилпенициллину прокаиному, у пациентов 60 лет и старше рекомендуется цефтриаксон. Преимущество цефтриаксона перед цефотаксимом для амбулаторной практики, в первую очередь, состоит в возможности однократной инфузии в сутки. Внутривенная форма доксициклина также является привлекательной для

амбулаторно-поликлинических условий ввиду возможности однократной инфузии в сутки, однако высокий уровень резистентности пневмококков в РФ к тетрациклину не позволяет его рекомендовать в широкой практике [3].

У госпитализированных пациентов целесообразно начинать терапию с парентеральных антибиотиков. При этом необходимо учитывать причины неэффективности антимикробной терапии, проведенной на амбулаторном этапе [7].

Препаратами выбора инициальной АБТ в стационаре у пациентов с нетяжелой пневмонией являются парентеральные бета-лактамы (природные и полусинтетические пенициллины, в том числе ингибиторозащитные, цефалоспорины III генерации) в возможной комбинации с пероральными макролидами (табл. 2).

Таблица 2

Антибактериальная терапия нетяжелых ВП у госпитализированных пациентов

Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Бензилпенициллин в/в, в/м ± макролид внутрь. Ампициллин в/в, в/м ± макролид внутрь. Амоксициллин/клавуланат в/в ± макролид внутрь (зитролид®). Цефуроксим в/в, в/м ± макролид внутрь. Цефотаксим в/в, в/м ± макролид внутрь. Цефтриаксон в/в, в/м ± макролид внутрь	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в, азитромицин в/в

Знание этого положения должен был проверить вопрос анкеты. Ответы распределились следующим образом (рис. 7).

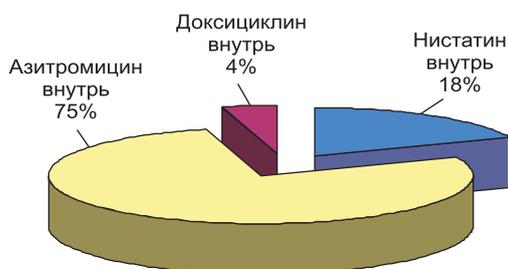


Рис. 7. Распределение ответов на вопрос: «Какой вы выберете антибактериальный препарат для назначения в комбинации с в/в введением цефтриаксона при нетяжелой ВП у госпитализированных пациентов?», %

О доксициклине уже много говорилось, и большинство врачей знают о высоком уровне резистентности к нему пневмококков, а вот дополнительное назначение нистатина действительно встречается чаще. При этом в федеральных рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых от 2006 г. данная комбинация отнесена к наиболее распространенным ошибкам АБТ при внебольничной пневмонии из-за отсутствия доказательств эффективности нистатина у пациентов без иммунодефицита и необоснованности затрат [1].

Хорошо знаком российским и особенно татарстанским врачам отечественный азитромицин зитролид®, высокая эффективность и безопасность которого в ле-

чении нетяжелых ВП была доказана в общероссийском многоцентровом исследовании [6]. Прекрасно сочетается с цефалоспорином III, ничуть не уступая оригинальному препарату по основным параметрам, зитролид® выгодно отличается от него по цене. Кроме того, на российском фармацевтическом рынке на сегодняшний день еще не было выявлено случаев фальсификации этого препарата.

У пациентов, госпитализированных в терапевтические отделения с тяжелой пневмонией, инициальная АБТ проводится в/в комбинациями ингибиторозащитных аминопенициллинов или цефалоспоринов III с макролидами. Альтернативу представляют в/в респираторные фторхинолоны (табл. 3).

Таблица 3

Антибактериальная терапия тяжелых ВП у госпитализированных пациентов

Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин/клавуланат в/в + макролид в/в. Цефотаксим в/в + макролид в/в. Цефтриаксон в/в + макролид в/в	Респираторные фторхинолоны в/в (левофлоксацин, моксифлоксацин) + цефалоспорины III в/в

Только 78,5% врачей сумели дать правильный ответ (рис. 8). Не исключено, что на результаты повлияло участие в анкетировании небольшого количества врачей стационаров — 34 (19%) человека.

Назначение одновременно двух бета-лактамов является необоснованной комбинацией, сочетание меропенема с метронидазолом показано пациентам с тяжелым и крайне тяжелым течением пневмонии в условиях специализированного пульмонологического отделения или ОРИТ, у которых подозревается факт аспирации; показание для ванкомицина в России на сегодняшний день — это вызванные метициллинрезистентными штаммами *S. aureus* внутрибольничные пневмонии. Амикацин, аминогликозид III генерации, также не предусмотрен существующими Стандартами лечения внебольничных пневмоний.

Таким образом, проведенное анкетирование показало достаточно высокий уровень знаний врачей

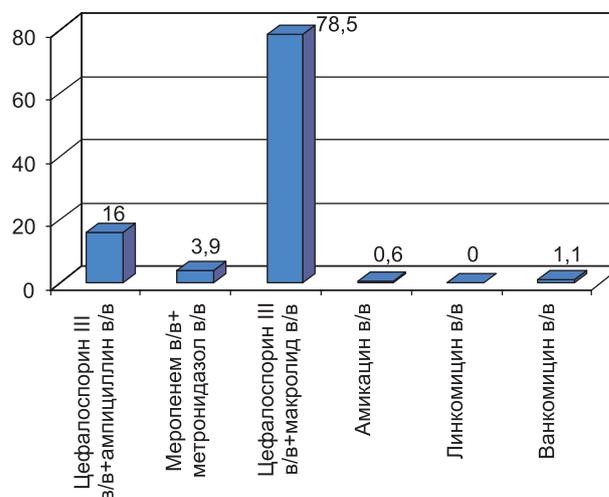


Рис. 8. Распределение ответов на вопрос: «Что необходимо для начальной терапии тяжелой ВП у пациента, госпитализированного в отделение терапии?», %

г. Казани и Республики Татарстан в области диагностики и лечения ВП. Необходимо отметить, что данное анкетирование обычно проводилось перед началом научно-практических конференций для врачей, на которых потом освещались современные подходы к диагностике и лечению основной респираторной патологии и разбирались ошибки, допущенные аудиторией при ответе на вопросы анкеты. Поэтому можно предположить, что имеющие место ошибки запоминались врачами по «горячим следам». Следует и дальше продолжать широкую разъяснительную работу среди врачей со свежим анализом дефектов качества оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / под ред. А.Г. Чучалина [и др.]. — М.: ООО Издат. дом «М-Вести», 2006. — 76 с.
2. Какорина, Е.П. Заболеваемость населения России в 2006 году: стат. материалы / Е.П. Какорина, Л.А. Михайлова, Е.В. Огрызко [и др.]. — М., 2007. — Ч. I. — С.121.
3. Козлов, Р.С. Антибиотикорезистентность *Streptococcus pneumoniae* в России в 1999—2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-I и ПеГАС-II / Р.С. Козлов, О.В. Сивая, К.В. Шпынев [и др.] // Клин. микробиология антимикробной химиотерапии. — 2006. — Т. 8, № 1. — С.1—15.
4. «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) и Протоколов ведения больных хронической обструктивной болезнью легких (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан». Приказ МЗ РТ № 1424 от 15.11.2004 г.
5. Хамитов, Р.Ф. Пневмонии: современный взгляд на проблему: практ. руководство для врачей / Р.Ф. Хамитов. — Казань: Изд-во «Бриг», 2005. — 67 с.
6. Хамитов, Р.Ф. Результаты многоцентрового исследования: зитролид® (азитромицин) при внебольничной пневмонии нетяжелого течения / Р.Ф. Хамитов, Т.Н. Сулбаева, Е.С. Попова [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 7 (288). — С.604—607
7. Хамитов, Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний у лиц трудоспособного возраста / Р.Ф. Хамитов // Казанский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С.729—733.

СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОСТИНФАРКТНОГО СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА

РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ ХАМИТОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой внутренних болезней № 2
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ИЛЬДУС АНВАРОВИЧ ЛАТФУЛЛИН, докт. мед. наук, проф. кафедры внутренних болезней № 2
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,

МУЗ «Государственная больница скорой медицинской помощи № 1», Казань

ЗУЛЬФИЯ ФАРИТОВНА КИМ, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 2
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Описано клиническое наблюдение синдрома Дресслера, развившегося у больного с рецидивирующим инфарктом миокарда. Представлены электрокардиограммы, рентгенограммы, томограммы пациента, а также методы лечения.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, постинфарктный синдром Дресслера.

CASE OF AUTOIMMUNE POSTINFARCTION DRESSLER SYNDROME

R.F.KHAMITOV, I.A.LATFOULLIN, Z.F.KIM

Abstract. We describe the clinical observation of a patient with Dressler syndrome and recurrent myocardial infarction. We presented electrocardiograms, radiograms, tomograms and the disease treatment.

Key words: acute myocardial infarction, postinfarction Dressler syndrome.

Синдром впервые описан в 1955 г. американским врачом Дресслером (William Dressler, 1890—1969) как осложнение острого инфаркта миокарда (ОИМ). Симптомокомплекс сопровождается, как правило, крупноочаговый и трансмуральный некроз миокарда и проявляется через 2—6 нед после перенесенного ОИМ (постинфарктный синдром), после комиссуротомии (посткомиссуротомный синдром), кардиотомии (посткардиотомный синдром) и тяжелых травм сердца. Деструкция миокардиальных белков приводит к сенсибилизации организма, развитию аутоиммунных нарушений (повышение титра антисиновиальных, реже антимиокардиальных антител, снижение антителообразования клеточно-опосредованной цитотоксичности, уменьшение числа Т- и В-лимфоцитов, снижение уровня иммуноглобулинов (особенно IgG) и гистологических изменений (пролиферация гистиоцитов и периваскулярная круглоклеточная инфильтрация в пораженных тканях, скопление эозинофилов в экссудате).

По данным разных авторов, заболевание в 3,5 раза чаще развивается у мужчин и встречается примерно в 3—5,8% случаев инфаркта миокарда. Распространенность атипичных, малосимптомных, а следовательно, недиагностируемых форм может достигать 15—23% [1, 2].

Клиническая картина синдрома Дресслера в классическом варианте складывается из полисерозита (плеврит и/или перикардит) и поражения плечевого сустава (синдрома руки и плеча), сопровождающихся лихорадкой, лейкоцитозом, эозинофилией, увеличением СОЭ. Симптоматика заболевания может быть дополнена атипичными проявлениями: пневмонит, монополиартриты, васкулиты, гломерулонефрит, гепатит, бронхообструктивный синдром и другими возможными проявлениями поздних аутоаллергических реакций. Причем в каждом

клиническом варианте возможно различное сочетание вышеперечисленных симптомов.

На ранних сроках заболевания полисерозит носит характер сухого, позже (через 2—4 дня) возможна его трансформация в выпотной. Выпот серозный, в нем могут быть обнаружены лейкоциты, в большинстве случаев преобладали эозинофилы. Такие осложнения, как тампонада сердца, развиваются крайне редко, формирование констриктивного перикардита нехарактерно. Плеврит чаще всего левосторонний, хотя возможно формирование и право-, и двустороннего процесса. В течение нескольких недель плевральный выпот может осумковаться. Крайне редко, но возможно, вовлечение брюшины с формированием умеренно выраженного локального перитонита.

Принадлежность аутоаллергического артрита плечевого сустава к типичным проявлениям синдрома Дресслера некоторыми авторами оспаривается: высказывается предположение о связи его формирования с поздней активацией больных ОИМ [1].

Из атипичных клинических проявлений чаще всего встречается изолированный пневмонит, напоминающий очаговую пневмонию. Развитие этого варианта осложнения нередко служит основанием для назначения антибактериальной терапии, неэффективность которой заставляет врача задуматься об ином генезе симптоматики.

Синдром Дресслера может быть ранним — при появлении первых симптомов в течение 7 дней после перенесенного ОИМ, или поздним — с формированием клинической картины позже 2 мес. В случае длительной ишемии или повторного инфаркта миокарда возможно очень позднее (через несколько месяцев) развитие симптомокомплекса. В некоторых случаях встречается рецидивирующее течение синдрома Дресслера.

Невысокая распространенность данной патологии, отсутствие специфических проявлений, значительная вариабельность клинической картины, складывающейся из различных сочетаний симптомов, а также небольшое количество публикаций в доступной литературе побудили нас поделиться следующим *клиническим наблюдением*.

Больной П., 60 лет, поступил в стационар с купированным болевым синдромом на 5-е сут ОИМ. При осмотре общее состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски и влажности. Грудная клетка правильной формы, не деформирована. Границы сердца не расширены. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, патологические шумы не выслушиваются. АД 112/64 мм рт.ст., пульс 72 уд/мин удовлетворительных качеств. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям аускультации, хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

На ЭКГ (рис. 1) — признаки нижнебокового ИМ без зубца Q на фоне перенесенного переднеперегородочного ИМ с зубцом Q (2001). По сравнению с ЭКГ из амбулаторной карты появилась депрессия ST по нижнебоковой стенке ЛЖ.

На 12-е сут заболевания развился рецидив ОИМ: рано утром внезапно появились давящие, сжимающие и жгучие боли за грудиной, холодный пот. При аускультации ниже угла лопатки слева появились локальные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, глухие, выслушивается III тон. АД 90/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 104 в мин. Температура тела не повышена.

На ЭКГ (рис. 2) зарегистрирован подъем сегмента ST в левых грудных отведениях (до 1—1,5 мм) с переходом в положительный зубец T; снизилась амплитуда зубца R в V₅.

На рентгенограмме органов грудной клетки (рис. 3) легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, синусы свободны, левая граница сердца чуть расширена, отмечается уплощение кривизны верхушки за счет снижения тонуса миокарда.

Изменения в анализах крови подтвердили некроз миокарда: выявлены лейкоцитоз $15,1 \times 10^9/\text{л}$ с умеренным регенераторным сдвигом лейкоформулы (до 9%) и сохранной СОЭ (5 мм/ч), а также повышение уровня АСТ до 392,6 ммоль/л.

На 17-й день болезни (6-е сут от рецидива) появились жалобы на непродуктивный кашель, затрудненное дыхание, умеренную одышку смешанного характера, «дистанционные» влажные хрипы, умеренные ноющие боли в левом плечелопаточном суставе (указывал лишь при прицельном расспросе), чувство дискомфорта за грудиной. При аускультации выявлен грубый шум трения перикарда, усиливающийся в положении сидя и наклоне вперед и не выслушивающийся в положении стоя и лежа. Слева ниже угла лопатки появилось большое количество мелко- и среднепузырчатых хрипов.

В анализе крови лейкоцитоз $13,8 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоформуле: палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные 83%, эозинофилы 1%, моноциты 6%, лимфоциты 6%, СОЭ 38 мм/ч, фибриноген 6,0 г/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки (рис. 4) на фоне выраженных явлений двустороннего застоя/отека легких справа в верхней зоне, слева в средней и базальной зонах выявлено снижение пневматизации за счет инфильтрации. Корни легких широкие, бесструктурны,

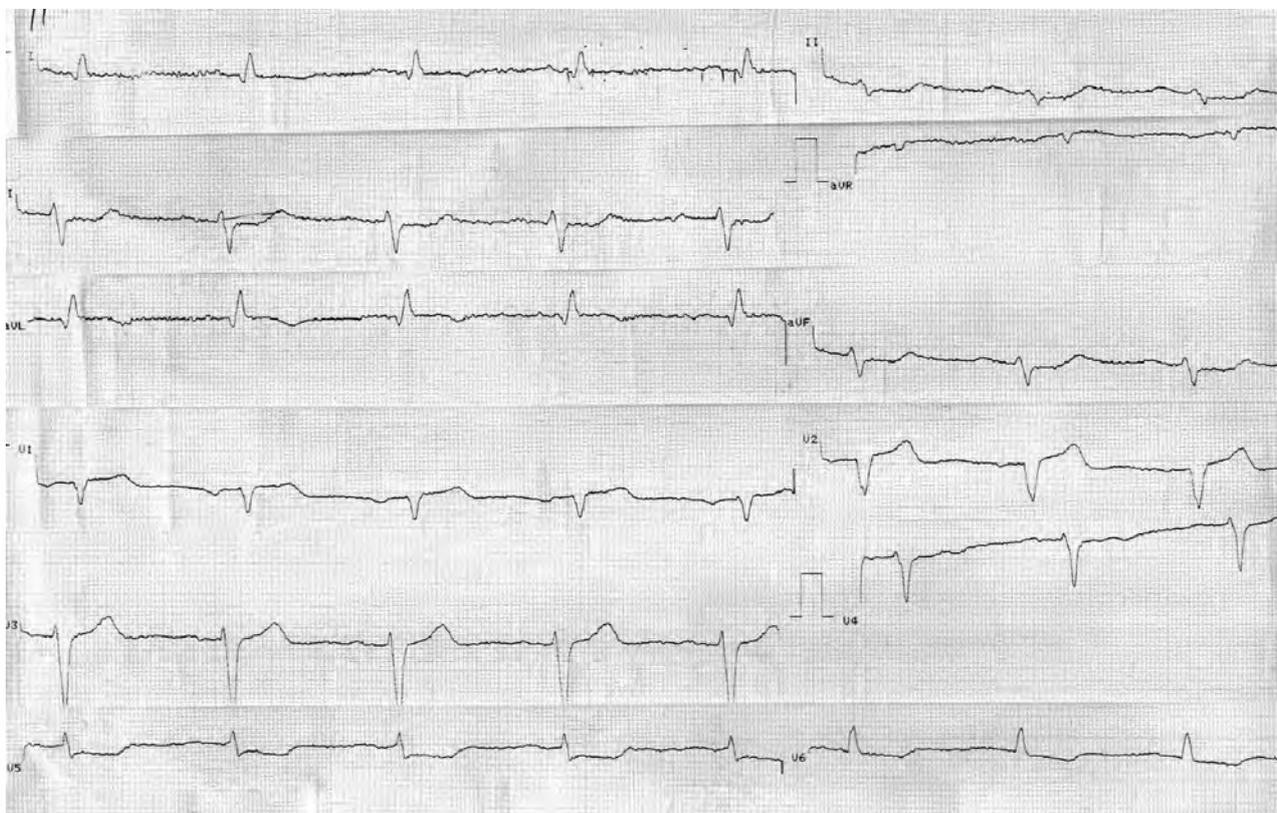


Рис. 1. ЭКГ больного П. при госпитализации

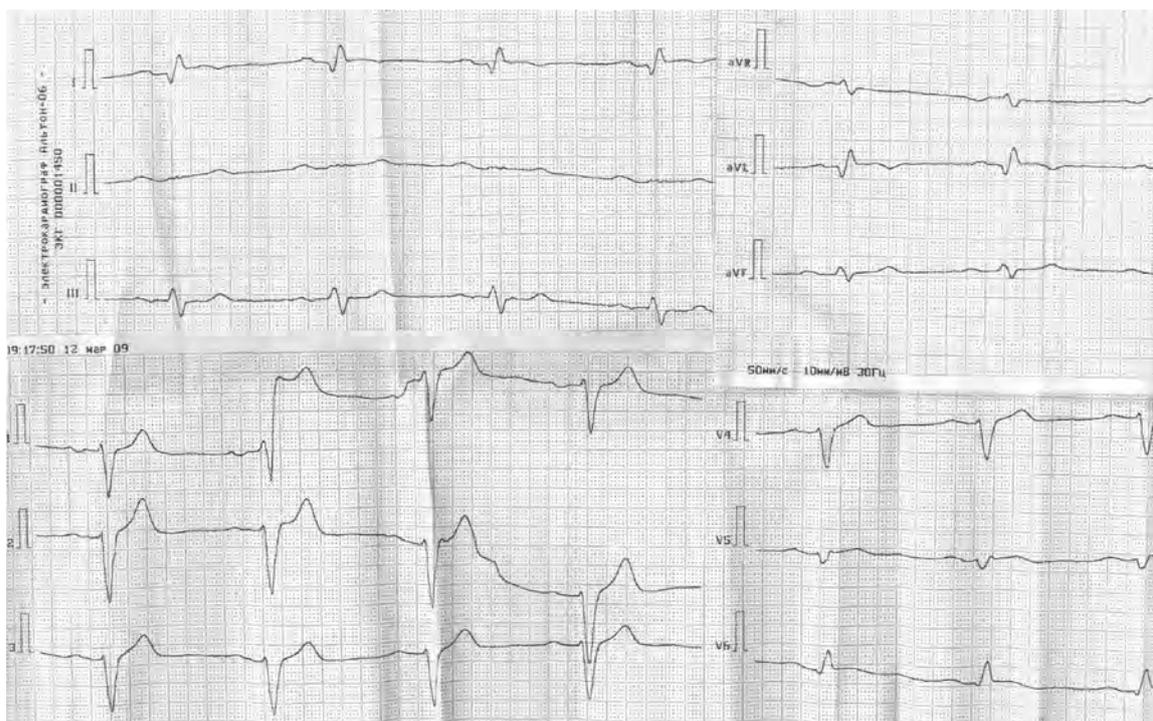


Рис. 2. ЭКГ больного П. на 12-е сут заболевания (рецидив ОИМ)



Рис. 3. Рентгенограмма больного П. на 12-е сут заболевания (рецидив ОИМ)



Рис. 4. Рентгенограмма органов грудной клетки больного П. на 17-е сут заболевания

в левом костодиафрагмальном синусе выпот. Границы сердца расширены в обе стороны.

Аускультативные признаки сухого перикардита, артралгии, лабораторные данные свидетельствовали в пользу возможного формирования синдрома Дресслера, даже в отсутствие температурной реакции и при нормальном количестве эозинофилов в периферической крови. Однако длительно сохраняющиеся хрипы в нижних отделах левого легкого, а также результаты рентгенологического исследования требовали применения антибактериальных препаратов. Дополнительно к проводимой терапии пациенту были назначены в/в инфузии 125 мг гидрокортизона и цефтриаксона 2,0 в сут.

На фоне проводимой терапии ингибиторами АПФ, бета-блокаторами, диуретиками и дезагрегантами у пациента сохранялись жалобы на непродуктивный кашель, усиливающийся при небольшой физической нагрузке и в горизонтальном положении, инспираторную одышку, сердцебиение. При объективном осмотре: температура тела в пределах нормы, сохраняются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких и ослабление дыхания в верхней доле правого легкого. Шум трения перикарда стал менее грубым и более переменчивым.

Лейкоцитоз уменьшился до $9,1 \times 10^9/\text{л}$ (эозинофилы 0%), фибриноген до 3 г/л. Сохранялось ускоренное СОЭ 48 мм/ч. На ЭКГ (рис. 5): снижение амплитуды зубцов желудочкового комплекса в стандартных и усиленных отведениях, симптом «провала» зубца R в V_{1-4} , патологический зубец Q в I, II, aVL и V_{5-6} -отведениях, тенденция к подъему сегмента ST в отведениях II, III, V_6 с переходом в отрицательный зубец T.

На рентгенограмме отмечалась отрицательная динамика (рис. 6). Данные явления были трактованы как неэффективность антибактериальной терапии «застойной

пневмонии» в постинфарктном периоде, в связи с чем к цефтриаксону добавлен зитролид (500 мг/сут), а затем комбинация заменена на моксифлоксацин в суточной дозе 400 мг *per os*.

На контрольной рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции (рис. 7) на 13-й день антибактериальной терапии сохраняются инфильтративные тени и выпот с обеих сторон.

Клинический статус пациента, а также торpidность данных лабораторно-инструментальных исследований послужили показанием для проведения рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) легких с целью исключения центрального новообразования. Заключение РКТ (рис. 8): «Легочные поля правильной формы, в верхней доле правого легкого, прикорневых зонах обоих легких инфильтраты легочной ткани, на фоне которых дифференцируются просветы бронхов, участки локального повышения плотности легочной ткани, утолщения междольковых перегородок преимущественно в верхних зонах, увеличение диаметра сосудов. Трахея и крупные бронхи хорошо прослеживаются, правильной формы. Сердце: расширены левые камеры, крупные сосуды средостения нормальных размеров, обычно расположены. Аорта с обызвествленными стенками. Признаки атеросклероза коронарных артерий. В обеих плевральных полостях с затеком по междольвым бороздам наблюдается большое количество выпота (справа до 1,5 л, слева до 1 л). Клетчатка средостения не изменена. Увеличения лимфоузлов не выявлено». Таким образом, была отвергнута гипотеза о параканкрозном характере возможной пневмонии.

Учитывая отсутствие динамики клинических, инструментальных и лабораторных данных, длительно сохраняющуюся инспираторную одышку и непродуктивный кашель, аускультативную картину, отсутствие темпера-

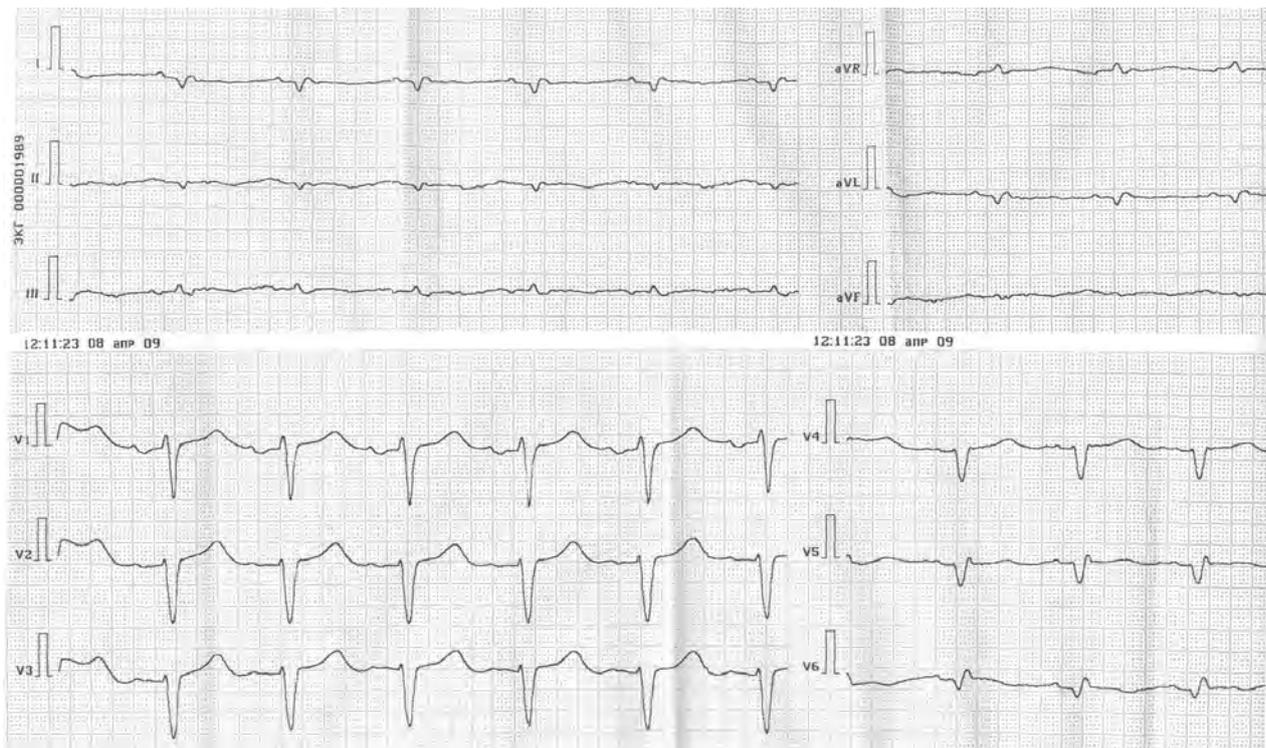


Рис. 5. Электрокардиограмма больного П. на 24-е сут заболевания



Рис. 6. Рентгенограмма органов грудной клетки больного П. на 24-е сут заболевания



Рис. 7. Рентгенограмма органов грудной клетки больного П. на 30-е сут заболевания



Рис. 8. РКТ больного П. на 31-е сут заболевания

турной реакции, умеренный персистирующий лейкоцитоз ($9,1\text{--}14,4 \times 10^9/\text{л}$), нарастающую эозинофилию (до 7%), стойко увеличенную СОЭ, отсутствие рентгенологической динамики легочных проявлений заболевания, неэффективность адекватной антибактериальной терапии, легочный процесс был трактован как пневмонит и плеврит в рамках синдрома Дресслера. Пациенту назначен курс преднизолона в суточной дозе 30 мг.

При плевральной пункции эвакуировано 2000 мл жидкости светло-желтого цвета. При анализе выпота было выявлено следующее: цвет желтый, мутный; pH щелочная (8,0); проба Ривальта отрицательная; белок 5,06 г/л, глюкоза 7,7 ммоль/л. Микроскопия осадка: лей-

коциты 4—5—7 в поле зрения (преимущественно лимфоциты), эритроциты 30—40—50 в поле зрения, клетки мезотелия 2—3—6 в поле зрения, лежащие отдельно и встречающиеся скоплениями по 5—6—8 с признаками пролиферации, но без признаков атипии, перстневидные клетки 0—1—2—3 в поле зрения.

На фоне приема 30 мг преднизолона имела место четкая положительная динамика клинической симптоматики и лабораторно-инструментальных данных: уменьшение кашля и одышки, снижение количества лейкоцитов (до $4,9 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилов (0%), СОЭ (до 21 мм/ч) и фибриногена (4,5 г/л). На рентгенограмме (рис. 9) пневматизация правого легочного поля заметно

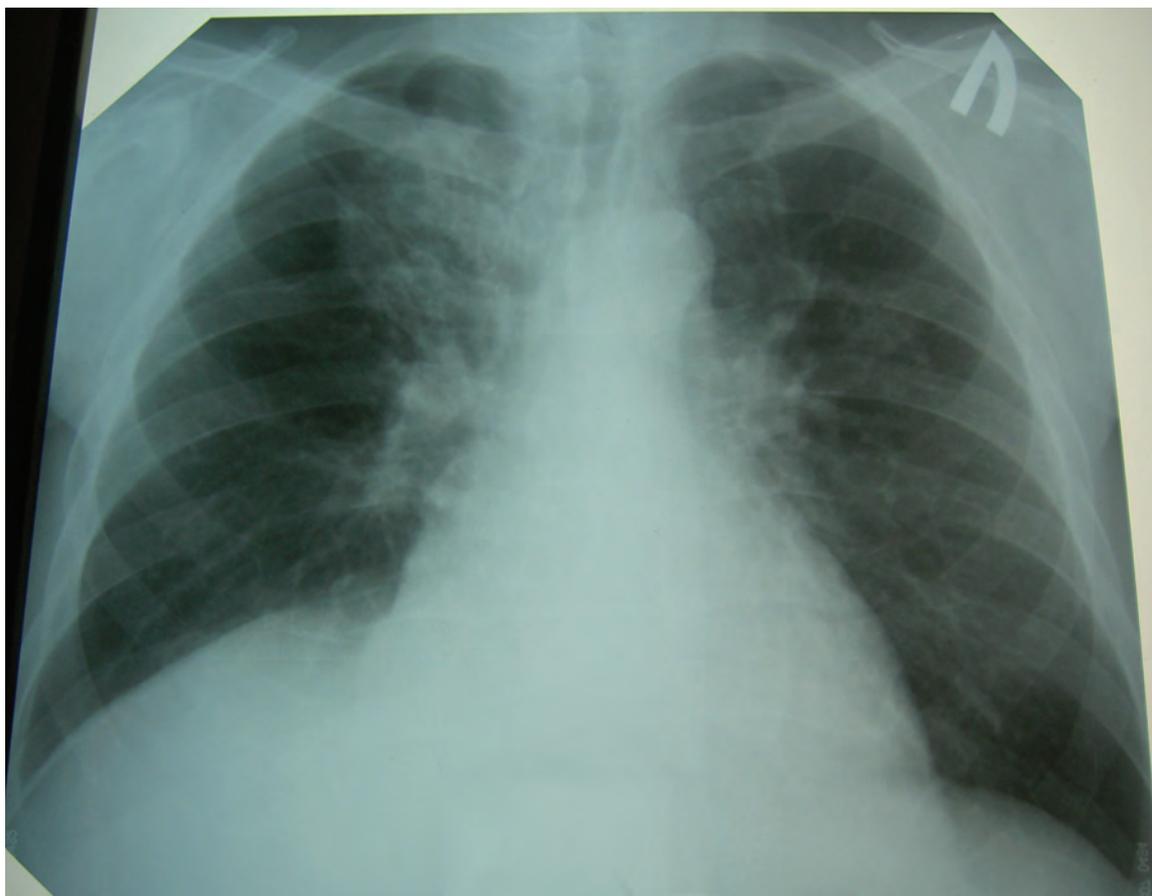


Рис. 9. Рентгенограмма органов грудной клетки больного П. на 12-й день приема преднизолона 30 мг/сут

восстановлена, слева полностью нормализована, синусы свободны.

Больной был выписан на 44е сут заболевания с рекомендациями амбулаторного снижения дозы преднизолона по 2,5 мг каждые 3 дня вплоть до полной отмены препарата.

Таким образом, мы встретились со случаем клинически нечетко очерченного аутоаллергического постинфарктного синдрома Дресслера, развившегося на 17-й день ОИМ (6-е сут рецидива), потребовавшего приема 30 мг преднизолона с последующей постепенной отменой препарата.

Тщательный комплексный анализ клинических симптомов, выходящих за рамки привычного течения пост-

инфарктного периода, эффекта применяемой терапии, а также внимательное, динамическое наблюдение за пациентом позволило своевременно диагностировать столь «многоликий» синдром, назначить адекватную патогенетическую терапию и тем самым обеспечить последующую успешную физическую и социальную реабилитацию пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руда, М.Я. Инфаркт миокарда / М.Я. Руда, А.П. Зыско. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1981. — 288 с.
2. Овчаренко, С.И. Плевральный выпот: вопросы диагностики / С.И. Овчаренко, Е.А. Сон // Справочник поликлинического врача. — 2009. — № 1. — С.31—37.

© Н.Б.Амиров, А.А.Визель, Л.Ф.Сабиров, 2009

УДК 61:061.3(470.41)«2009»

II ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ МВД И ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН (16—17 октября 2009 года, г. Казань)

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, проф. кафедры общей врачебной практики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ ВИЗЕЛЬ, докт. мед. наук, проф., зав.кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЛЕНАР ФАРАХОВИЧ САБИРОВ, начальник клинического госпиталя МВД по РТ, Казань

II ALL-RUSSIA CONFERENCE OF PHYSICIANS OF MEDICO-SANITARY STATIONS THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS AND PHYSICIANS OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN (October 16—17, 2009, Kazan)

N.B.AMIROV, A.A.VIZEL, L.F.SABIROV

16 октября в большом конференц-зале культурного центра МВД по РТ состоялось открытие ежегодной II Всероссийской научно-практической конференции врачей медико-санитарных частей МВД РФ и врачей Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, клиники и лечения в клинике внутренних болезней», посвященная 25-летию со дня открытия клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ.

Конференция была организована руководством МВД по РТ, руководством МСЧ МВД по РТ и кафедрой общей врачебной практики КГМУ. Спонсорскую помощь в проведении конференции оказали фармацевтические компании: Шеринг-Плау, КРКА, Фармстандарт, Тева, Гленмарк Импекс, Пфайзер, Сотекс, Берингер.

В работе конференции приняли участие более 220 врачей различных специальностей. Из них более 100 врачей — представители медицинской общности г. Казани, более 50 врачей — из лечебно-профилактических учреждений Республики Татарстан, более 50 врачей из медико-санитарной части МВД по РТ и более 20 врачей приехали из различных регионов РФ, включая Республику Адыгея, Башкирию, Чечню и др., города Москву, Санкт-Петербург, Новосибирск и др.

В президиуме конференции участвовали: председатель комитета Государственного совета РТ по законности и порядку, генерал-майор милиции Нугуманов Рафил Габрафикович; заместитель министра здравоохранения РТ Залалдинов Ринат Сагитович, начальник медико-санитарной части МВД по РТ, полковник внутренней службы, канд. мед. наук Потапова Марина Вадимовна, начальник управления здравоохранения исполнительного комитета муниципального образования г.Казани Ахметов Рамиль Уелович; проректор КГМУ, докт. мед. наук, проф. Ибрагимов Анис Исмагилович и проректор КГМА, докт. мед. наук, проф. Анохина Антонина Васильевна.

Конференцию открыла начальник медико-санитарной части МВД по РТ, полковник внутренней службы, канд. мед. наук Потапова Марина Вадимовна.

С приветственным словом к участникам конференции обратился председатель комитета Государственного совета РТ по законности и порядку, генерал-майор милиции Нугуманов Рафил Габрафикович.

От имени Министерства здравоохранения РТ выступил заместитель министра Залалдинов Ринат Сагитович и от имени Управления здравоохранения г. Казани — начальник управления Ахметов Рамиль Уелович.





Выступает проф. А.Ю. Анисимов (Казань), в президиуме — проф. И.Г. Низамов; проф. Н.Б. Амиров (председатель конференции); начальник МСЧ МВД по РТ М.В. Потапова; проректор КГМА, проф. А.В. Анохина; проректор КГМУ, проф. А.И. Ибрагимов

Сопредседателями конференции были доктора медицинских наук, профессора КГМУ Амиров Наиль Багаувич и Визель Александр Андреевич.

В начале конференции был показан документальный фильм о медико-санитарной части МВД по РТ, подготовленный к юбилею службы.

С научно-практическими докладами по проблемам организации здравоохранения выступили: начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы, канд. мед. наук Потапова Марина Вадимовна — «Направления оптимизации охраны здоровья населения силами ведомственного и государственного здравоохранения. Достижения и перспективы развития»; начальник клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ Сабилов Ленар Фарахович — «Перспективные направления развития клинического госпиталя МВД по РТ»; заведующий кафедрой организации здравоохранения КГМА, докт. мед. наук, проф. Низамов Ильдус Галеевич — «Приоритетные направления охраны здоровья экономически активного населения».

Ведущие специалисты Татарстана и России выступили с проблемными докладами по различным направлениям современной медицинской науки. С до-

кладом «Современные аспекты диагностики и лечения синдрома портальной гипертензии» выступил заведующий курсом скорой медицинской помощи кафедры медицины катастроф, заместитель главного врача больницы скорой медицинской помощи № 1 г. Казани, докт. мед. наук, проф. Анисимов Андрей Юрьевич. Доклад отличала большая наглядность, участники конференции просмотрели видеоролики операций, проведенных докладчиком.

«Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома» — такова была тема выступления главного пульмонолога Москвы, докт. мед. наук, проф. кафедры пульмонологии РГМУ Росздрава Андрея Станиславовича Белевского. Он привлек внимания слушателей широтой понимания проблемы обструкции дыхательных путей, отметил значимость такого диагноза, как бронхоолит, который редко выставляется в работе врача общей практики

С докладами «Современные подходы к диагностике и лечению ИБС» и «Диагностика и лечение АГ, рекомендации 2008 года» выступил докт. мед. наук, проф. кафедры ОВП ГОУ ВПО «КГМУ», акад. РАЕ, заслуженный врач РТ Наиль Багаувич Амиров. Высокая распространенность



Сопредседатель конференции, проф. А.А. Визель (Казань)



Выступает проф. А.С. Белевский (Москва)



Выступает проф. Н.Б. Амиров (Казань)



Выступает проф. Е.В. Жильяев
(Москва)



Выступает проф. Р.С. Фассахов
(Казань)



Выступает проф. Р.Г. Сайфутдинов
(Казань)

сердечной патологии в общей популяции населения, современные возможности повышения качества жизни и контроля над артериальным давлением были главными темами сообщений. В своих докладах Н.Б. Амиров опирался на последние редакции рекомендаций ВНОК и новые данные, полученные на Всероссийском конгрессе кардиологов в октябре 2009 г.

С докладом «Терапевтическое ведение плановых хирургических больных» выступил главный терапевт главного клинического госпиталя МВД РФ (Москва), докт. мед. наук, проф. Жильяев Евгений Валерьевич. Представленная тема редко звучит на клинических конференциях, поэтому вызвала большой интерес собравшихся.

С докладом «Лекарственная аллергия» выступил зав. кафедрой клинической аллергологии и иммунологии КГМА, докт. мед. наук, проф., главный аллерголог Минздрава РТ Рустем Салахович Фассахов. Эмоционально и четко изложил он основные проблемы развития аллергических реакций в клинике внутренних болезней, рассказал о характерных ошибках при развитии и купировании аллергических реакций при применении современных лекарственных средств.

Кардиологическая тематика была одной из доминирующих на конференции. С докладом «Ишемическое прекондиционирование — миф или реальность» выступил зав. кафедрой терапии КГМА, докт. мед. наук, проф. Сайфутдинов Рафик Галимзянович. Доклад вызвал большой интерес, который перерос в дискуссию в конце конференции.

«Ведение больных после перенесенного инфаркта миокарда» — такова была тема доклада главного внештатного кардиолога МЗ РТ и Управления здравоохра-

нения г. Казани, зав. кафедрой факультетской терапии КГМУ, чл.-корр. АН РТ, докт. мед. наук, проф. Гальявич Альберта Сарваровича. В своем сообщении он изложил последние рекомендации по тактике лечения этой группы больных.

Главный внештатный пульмонолог Минздрава РТ, зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, докт. мед. наук, проф. Александр Андреевич Визель два своих выступления посвятил вопросам респираторных инфекций («Диагностика и лечение инфекций нижних дыхательных путей») и их этиотропной терапии. В своем докладе он рассказал о происхождении ряда молекул, обладающих антимикробными свойствами, проследил их путь от вещества к лекарству, рассказал об инновационных технологиях в антибиотикотерапии. Второй его доклад «Противовоспалительная терапия в пульмонологии» также был основан на ключевых позициях патофизиологии воспаления в дыхательных путях. Он обосновал нецелесообразность применения в пульмонологии нестероидных противовоспалительных препаратов, рассказал об иммуномодулирующих свойствах макролидов и фторхинолонов, коснулся оптимизации базисной терапии бронхиальной астмы.

С докладом «Хирургическое лечение поражений крупных суставов при системных заболеваниях» выступил заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний, докт. мед. наук, проф. Ахтямов Ильдар Фоатович.

С докладом «Мерцательная аритмия в общемедицинской практике» выступила докт. мед. наук, проф. кафедры терапии Новосибирского медицинского института Миллер Ольга Николаевна. Ее сообщение вызвало



Выступает проф. А.С. Гальявич
(Казань)



Выступает проф. А.А. Визель
(Казань)



Выступает проф. И.Ф. Ахтямов
(Казань)

неподдельный интерес аудитории, так как проблема фибрилляции предсердий не только часто встречающаяся патология, но и достаточно сложная в подборе адекватной терапии.

С докладом «Консервативная литокинетическая терапия камней почек в общеврачебной практике» выступил главный уролог МСЧ МВД по РТ Хасанов Владимир Владимирович (Казань). В его сообщении был проанализирован собственный опыт лечения больных мочекаменной болезнью растительными препаратами. Докладчику были заданы вопросы о применении препарата «Пролит», являющегося биологически активной добавкой, который находится в стадии регистрации как лекарственный препарат.

С докладом «Проблема асцита в общеклинической практике» выступила главный гастроэнтеролог МВД РФ, начальник IV терапевтического отделения главного клинического госпиталя МВД РФ, заслуженный врач РФ, канд. мед. наук Пенкина Татьяна Васильевна (Москва). В своем сообщении она отразила современные подходы к тактике лечения этой патологии.

Очень интересным, эмоциональным и содержательным был доклад «Неишемические заболевания миокарда. Миокардиты», с которым выступила зав. кафедрой кардиологии и ангиологии КГМА, докт. мед. наук, проф. Маянская Светлана Дмитриевна.

С красочно оформленным и содержательным докладом «Билиарный сладж. Лечить или не лечить» выступила начальник гастроэнтерологического отделения Главного госпиталя МВД РФ, канд. мед. наук, доц. кафедры пропедевтики внутренних болезней Московского медико-стоматологического института Дичева Диана Тодоровна.

Завершила конференцию очень интересным и содержательным докладом «Постхолецистэктомический синдром. Тактика ведения больных» самая молодая и очаровательная докладчица — ассистент кафедры терапии КГМА, канд. мед. наук Галеева Зарина Мунировна, в котором она отразила современные подходы к диагностике и ведению больных этой категории пациентов.

Конференция прошла на высоком научно-практическом уровне. После докладов раздавались аплодисменты в адрес докладчиков. Докладчикам были заданы интересные вопросы и не только по теме докладов, на которые аудитория получила исчерпывающие ответы. Из зала поступили просьбы к докладчикам опубликовать ряд своих лекций в рецензируемом научно-практическом

журнале «Вестник современной клинической медицины», который выходит 4 раза в год и доступен не только для врачей Республики Татарстан, но и по всей России.

После завершения конференции состоялась дискуссия. Были разыграны призы лотереи для участников конференции, которые многих приятно удивили. И в заключение участники конференции приняли участие в дружеском фуршете, где в неформальной обстановке смогли пообщаться как врачи, так и докладчики.

17 октября во второй день проведения II Всероссийской конференции врачей медико-санитарных частей МВД и врачей Республики Татарстан был организован «круглый стол» для делегатов конференции из различных регионов Российской Федерации, на котором обсуждались следующие вопросы: совершенствование оказания медицинской помощи; внебюджетная деятельность; платные медицинские услуги; клинические исследования и ряд других актуальных вопросов организации здравоохранения и клинической медицины.

Среди делегатов конференции из различных регионов Российской Федерации присутствовали профессора, доктора и кандидаты медицинских наук, начальники и заместители начальников медико-санитарных частей МВД из многих регионов России: Москву представляли Белевский Андрей Станиславович, главный пульмонолог Москвы, докт. мед. наук, проф. кафедры пульмонологии РГМУ Росздрава; Жилев Евгений Валерьевич, полковник в/с, главный терапевт Главного клинического госпиталя МВД РФ, докт. мед. наук, проф.; Дичева Диана Тодоровна, начальник гастроэнтерологического отделения Главного госпиталя МВД РФ, доц. кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ, канд. мед. наук; Пенкина Татьяна Васильевна, полковник в/с, главный гастроэнтеролог МВД России, канд. мед. наук, начальник 4-го терапевтического отделения Главного клинического госпиталя МВД РФ, заслуженный врач РФ. Санкт-Петербург и Ленинградскую область представляли Лейчинский Сергей Валентинович, зам. начальника клинического госпиталя ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, полковник в/с. Республику Адыгея — Васильев Андрей Григорьевич, начальник медико-санитарной части МВД по Республике Адыгея и подполковник в/с, докт. мед. наук, проф. Ручкин Александр Семенович. Башкирию — Фазлыев Марат Мадарисович, начальник госпиталя медико-санитарной части МВД по Республике Башкортостан, докт. мед. наук, проф., майор в/с. Республику Чувашия — Михайлов Юрий Харистанфович, начальник медико-санитарной части МВД по Чувашской Республике, заслуженный врач РФ, академик Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка, докт. мед. наук, проф., полковник медицинской службы; Щербакова Наталья Витальевна, врач-инспектор ОМилП отделения МСЧ МВД по Чувашии, ст. лейтенант в/с. Ульяновскую область — Корженевич Владимир Исаакович, начальник медико-санитарной части УВД по Ульяновской области, докт. мед. наук. Великий Новгород — Агафонцева Наталья Николаевна, начальник госпиталя медико-санитарной части УВД по Новгородской области, капитан в/с. Пензу — Евстигнеев Сергей Валентинович, начальник медико-санитарной части УВД по Пензенской области; Секерко Светлана Александровна, и.о. начальника госпиталя медико-санитарной части, майор в/с; Додонова Екатерина Николаевна, зам. начальника медико-санитарной части, капитан в/с. Тверь — Захаров Василий Васильевич, начальник ФГУЗ медико-санитарной части УВД по Тверской области,



Докладчики в перерыве конференции, слева направо: Т.В. Пенкина, О.Н. Миллер, С.Д. Маянская, Д.Т. Дичева, З.М. Галеева

полковник в/с; Чекесов Михаил Иванович, начальник госпиталя МСЧ УВД по Тверской области, подполковник в/с. Чеченскую Республику — Альдебиров Рамзан Юсупович, начальник ФГУЗ «МСЧ МВД по Чеченской Республике», капитан в/с. Самару — Гусев Олег Владимирович, начальник медико-санитарной части УВД по Самарской области, полковник в/с; Николаев Александр Евгеньевич, начальник госпиталя МСЧ, майор в/с.

В этот же день, чтобы познакомиться с организацией работы стационарной службы ФГУЗ «Медико-санитарная часть МВД по РТ», участники конференции были приглашены в ее структурное подразделение — Клинический госпиталь МВД по РТ. Ознакомившись с расположением госпиталя, представители МСЧ регионов РФ направились к центральному входу учреждения, где их встретили полковник внутренней службы М.В. Потапова, начальник госпиталя Л.Ф. Сабиров, сотрудники госпиталя.

Гостям было предложено ознакомиться с расположением гастроэнтерологического и реабилитационного корпуса, пройти в отделения госпиталя. У центрального входа в корпус М.В. Потапова рассказала об истории создания госпиталя, проблемах и достигнутых успехах. В последующем слово было предоставлено начальнику госпиталя, который рассказал о недавнем торжественном открытии отделения для реабилитации аттестованных сотрудников МВД с участием министра внутренних дел Республики Татарстан А. Сафарова. Положительные отзывы и мнения о необходимости такого рода отделения высказали ряд делегатов. В ходе посещения отделений гастроэнтерологии и реабилитации гости задавали интересующие вопросы начальникам отделений (Абселямовой Лейле Равильевне, Гинсбург Раиле Фоатовне), врачам отделений и медицинским сестрам. Для обмена опытом предлагались свои подходы к организации от-

делений, оснащению и их оформлению. После осмотра трех этажей корпуса гости направились в центральное здание госпиталя и ознакомились с организацией работы учреждения, его вспомогательных зданий и корпусов. Осмотр центрального здания госпиталя начался с диагностических служб, расположенных на первом этаже. Начальники диагностических отделений рассказали гостям об исследованиях, которые проводятся в госпитале, ответили на все интересующие вопросы. В продолжение ознакомления делегация направилась в хирургическое отделение, где их встретил начальник отделения Александр Геннадьевич Агеев. Он рассказал о работе отделения, количестве больных и основных оперативных вмешательствах, которые здесь проводятся. В дополнение к сказанному М.В. Потапова рассказала о планах госпиталя совместно с кафедрой травматологии и ортопедии развивать работу по эндопротезированию суставов. Такое направление вызвало живой интерес гостей, было задано немало вопросов, на которые были получены исчерпывающие ответы. Следующим отделением, куда направилась делегация, стало кардиологическое. Начальник отделения Лия Ильгизовна Горнаева рассказала о работе отделения, количестве коечного фонда, основных нозологических формах госпитализируемых. Гостям также были продемонстрированы палаты повышенной комфортности, расположенные в данном отделении. Затем гости направились в терапевтическое отделение, где его начальник Лилия Хатимовна Сафаргалеева рассказала об оснащении, количестве больных, ежегодно проходящих лечение в отделении. Делегация осмотрела палаты, пост медицинской сестры, процедурные кабинеты. В ходе ознакомления с госпиталем заключительным отделением стало неврологическое. Закирова Дилара Ринатовна, начальник отделения,



рассказала гостям о наиболее часто встречающихся диагнозах, гости обменялись опытом лечения ряда заболеваний, осмотрели отделение, палаты, побеседовали с пациентами и обслуживающим персоналом.

После ознакомления с организационной структурой госпиталя, его отделениями и службами состоялся «круглый стол» для обсуждения основных проблем, которые имеют место в работе ведомственных медико-санитарных частей. В ходе обсуждения были затронуты вопросы, касающиеся организации оказания платных услуг населению. Делегаты конференции выслушали сообщение Л.Ф. Сабирова о наиболее актуальных вопросах, возникающих в процессе организации платных услуг населению в госпитале МВД по РТ. Обсуждение началось с проблемы нормативно-правового обеспечения организации платных услуг в системе МВД. Руководители МСЧ регионов России рассказали об общих приказах по Российской Федерации и региональных особенностях данного вида услуг. Обсуждение продолжилось бурными дебатами по организационным проблемам и эффективным подходам к внедрению платных услуг населению в системе МСЧ. Представители регионов в качестве обмена опытом рассказали об организации платных услуг в подведомственных им учреждениях. Общим мнением было принято решение об организации взаимных поездок для ознакомления с работой на местах. Затем участники конференции были приглашены на дружеский фуршет, на котором гостям были вручены памятные подарки.

В заключение Потапова Марина Вадимовна поблагодарила участников за то, что они смогли найти время

и приняли участие в работе конференции, за очень интересные доклады, вопросы и их обсуждение. В свою очередь начальник МСЧ Ульяновской области от лица гостей поблагодарил МВД по РТ, МСЧ МВД по РТ, Марину Вадимовну за организацию конференции, которая прошла на очень высоком научно-практическом уровне, за приглашение принять в ней участие, за гостеприимность и созданную дружескую атмосферу.

После обеденного перерыва делегаты конференции получили возможность посетить с экскурсией Казанский Кремль, мечеть Кул Шариф и Раифский монастырь. По отзывам участников конференции, большое впечатление осталось от посещения Казанского Кремля, который является мировым культурным наследием и находится под охраной ЮНЕСКО.

Следующая ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция врачей медико-санитарных частей МВД РФ и врачей Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, клиники и лечения в общемедицинской практике» намечена на сентябрь-октябрь 2010 г.

Подготовка к проведению следующей конференции уже начата.

Оргкомитет конференции приглашает всех заинтересованных врачей, организации, фармфирмы к участию как в подготовке конференции, так и участию в ней.

Все ваши замечания и пожелания будут учтены при составлении программы мероприятий последующих конференций.

*От имени оргкомитета
Н.Б.Амиров, А.А.Визель, Л.Ф.Сабиров*

УДК 61(092)Сагитова

ПРОФЕССОР СИГИТОВА ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА

PROFESSOR SIGITOVA OLGA NIKOLAYEVNA

Сигитова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики № 1 ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», заслуженный врач Республики Татарстан 13 ноября 2009 г. отметила свой юбилей.

О.Н. Сигитова в 1973 г. с отличием окончила лечебный факультет КГМИ, в 1974 г. — интернатуру по терапии, с 1974 г. по 1982 г. работала терапевтом в Альметьевском районе Республики Татарстан. С 1982 г. по 1984 г. — ординатор кафедры внутренних болезней КГМИ. С 1984 г. по 1985 г. — зав. отделением поликлиники № 6 г. Казани. С 1985 г. — ассистент, с 1991 г. — доцент кафедры внутренних болезней КГМИ; в 2001 г. избрана профессором кафедры госпитальной терапии КГМУ. С 2003 г. по настоящее время — заведующая кафедрой общей врачебной практики КГМУ.

В 2000 г. выиграла международный грант ИОО (фонд Сороса) на оснащение учебного центра общей врачебной практики, который позволил укомплектовать кафедру учебным оборудованием, тренажерами для качественной подготовки и переподготовки врачей общей практики в ординатуре, на циклах первичной переподготовки и повышения квалификации и оснастить клиническую базу кафедры (отделение общей врачебной практики поликлиники № 20 г. Казани) диагностическим оборудованием.

В 1999 г. О.Н. Сигитова защищает докторскую диссертацию «Клеточно-воспалительные механизмы активности/прогрессирования гломерулонефрита». Под руководством профессора О.Н. Сигитовой защищены 5 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Член диссертационного совета при Ижевской государственной медицинской академии с 2001 г. О.Н. Сигитова неоднократно участвовала в международных, российских и республиканских научных конференциях и съездах с докладами. В 2006 г. выиграла грант НИОКР Академии наук Республики Татарстан «Механизмы почечной смерти при хронических заболеваниях почек». Научных публикаций — 172, из них более 10 — в сборниках конгрессов международной и Европейской ассоциаций нефрологов.

С 1995 г. — главный внештатный нефролог МЗ РТ, с 2004 г. — главный нефролог управления здравоохранения г. Казани. Член Правления Всероссийского научного общества нефрологов с 1994 г. (избиралась в 1994 г., 2000 г., 2005 г.). Член редакционной коллегии Российского журнала «Вестник семейной медицины». Член ученого совета ГОУ ВПО КГМУ, член ученого совета ФПДО. С 2004 г. — председатель научно-медицинской общественной организации терапевтов Республики Татарстан.

Редколлегия журнала ВСКМ сердечно поздравляет Ольгу Николаевну с юбилеем и желает крепкого здоровья, счастья и дальнейших успехов в работе.



Имеет высшую квалификационную категорию врача-терапевта и врача-нефролога. За успехи в работе награждена почетными грамотами МЗ РТ (2004 г.), КГМА (2004 г.), РКБ МЗ РТ (2004 г.) и Ижевской ГМА (2006 г.). В 2001 г. присвоено почетное звание заслуженный врач Республики Татарстан.

Научное направление — изучение механизмов формирования хронической почечной недостаточности и разработка методов нефропротекции при хронических заболеваниях почек, совершенствование методов организации и лечения заболеваний в условиях общей врачебной практики.

Автор 29 методических пособий и рекомендаций, среди которых «Пиелонефрит — современные представления». Казань, 2000 (30 с.). «Гломерулонефриты». Казань, 2001 (71 с.). «Схема обследования пациента в общей врачебной практике»: учеб.-метод. пособие (гриф УМО; № 287 от 12.05.05). Казань, 2006 (128 с.). «Организация и качество оказания медицинской помощи сельскому населению РТ в 1999—2005 гг.» (7 пособий). Казань, 2006 (203 с.). «Протоколы ведения больных с инфекциями мочевых путей» (метод. рекомендации). Приказ МЗ РТ от 13.09.2006 № 916. Казань, 2006 (21 с.). «Типовой перечень оснащения мед. техникой и оборудованием рабочих мест мед. учреждений РТ». Приложение к приказу МЗ РТ от 21.06.05 № 553. Отдел медицинской техники. Отдел качества мед. помощи и отраслевой стандартизации (метод. реком.). Казань, 2005. «Нарушения липидного обмена при хронических заболеваниях почек и их коррекция». 2006 (15 с.). «Артериальная гипертензия». Казань, 2006 (71 с.).

Автор раздела «Нефрология» в руководствах федерального уровня. «2000 болезней от А до Я. Руководство для врачей»: справочник-путеводитель практикующего врача / ред. И.Н. Денисов, Ю.Л. Шевченко. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. «Клинические рекомендации»: фармакологический справочник / ред. И.Н. Денисов, Ю.Л. Шевченко. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. «Клинические рекомендации»: новый терапевтический справочник / ред. И.Н. Денисов, Н.А. Мухин, А.Г. Чучалин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. «Российский терапевтический справочник» / ред. А.Г. Чучалин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. «Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных». — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. Нац. проект «Здоровье»: руководство по ПМСП. — М.: АСМОК; ГЭОТАР-Медиа, 2006.

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

АРИНА ГЕННАДЬЕВНА ЩЕРБАКОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

DEPARTMENT OF GENERAL MEDICAL PRACTICE OF THE KAZAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

N.B. AMIROV, A.G. SHCHERBAKOVA

Кафедра общей врачебной практики факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Казанского государственного медицинского университета была создана по приказу ректора КГМУ от 28.12.2002 № 938. Кафедра реорганизована из курса общей врачебной практики, который был создан в 1993 г. при кафедре внутренних болезней лечебного факультета (зав. кафедрой профессор И.Г.Салихов). Создание кафедры имело целью подготовку для первичного звена медицинской помощи врача новой формации — общепрактикующего (семейного) врача в связи с решением реорганизации первичной медицинской помощи по принципу общей врачебной практики (приказ МЗ РФ от 26.08.1992 № 237).

В настоящее время кафедра проводит обучение врачей на бюджетной основе по следующим направлениям:

1. Общая врачебная практика (профессиональная переподготовка и общее усовершенствование).

2. Терапия (общее и тематическое усовершенствование).

3. Нефрология (общее и тематическое усовершенствование).

На внебюджетной основе:

1. Общая врачебная практика (профессиональная переподготовка и общее усовершенствование).

2. Нефрология (профессиональная переподготовка, общее и тематическое усовершенствование).

3. Терапия (тематическое усовершенствование).

Заведующей курсом, а после его реорганизации — кафедрой, является профессор Сигитова Ольга Николаевна.

В штате кафедры 10 сотрудников: докт. мед. наук, проф. Н.Б. Амиров; канд. мед. наук, доц. В.С. Мороков; канд. мед. наук, асс. С.Р. Абдулхаков; канд. мед. наук, асс. А.Г. Щербакова; канд. мед. наук, асс. Р.А. Надеева; канд. мед. наук, асс. С.В. Сафиуллина; канд. мед. наук, асс. Р.М. Латыпов; асс. Е.В. Архипов; асс. Е.В. Сигитова.

Кроме штатных преподавателей, в подготовке врачей общей практики принимают участие преподаватели смежных дисциплин кафедр: профессора, доктора мед. наук А.А. Визель (фтизиатрия, пульмонология); В.В. Сафронов (педиатрия); В.Н. Цибулькина (иммунология); Р.А. Алтунбаев (неврология), К.К. Яхин (психиатрия); доценты, кандидаты мед. наук Р.М. Нурсаитова (оториноларингология), А.И. Курбангалеев (хирургия), Ф.С. Амирова (офтальмология), Ф.Ш. Ахметзянов (онкология).

Врач общей практики оказывает многопрофильную первичную медико-социальную помощь населению независимо от пола, возраста, расы, на протяжении всей жизни, владеет методами профилактики и формирования здорового образа жизни. Академик Е.М. Тареев считал, что



Коллектив кафедры общей врачебной практики КГМУ

«узкая специализация — большое горе для врача, для здравоохранения, для больного и общества». Доказано, что здоровье населения повышается из года в год там, где работает врач общей практики, поскольку улучшается ранняя диагностика заболеваний, качество лечения, снижается госпитализация, частота рецидивов заболеваний и неотложных состояний, растет продолжительность жизни. С позиции доказательной медицины здоровье населения выше в тех регионах, где доля врачей общей практики среди всех врачей преобладает. Несомненно, за общей врачебной практикой (семейной медициной) — будущее, поскольку врач общей практики наиболее близок к населению, знает проблемы семьи, нацелен не только на лечение заболеваний, но и на профилактику, формирование здорового образа жизни.

Кафедра общей врачебной практики ведет активную учебную работу. Осуществляется подготовка врачей в ординатуре по специальности «Общая врачебная практика». За период 2003—2009 гг. обучено 33 ординатора, закончило обучение 25 ординаторов, продолжают обучение 11 ординаторов. Кроме того, кафедра проводит обучение врачей на бюджетной основе по специальностям: общая врачебная практика (профессиональная переподготовка и общее усовершенствование); терапия и нефрология (общее и тематическое усовершенствование). На внебюджетной основе по общей врачебной практике (профессиональная переподготовка и общее усовершенствование), нефрологии (профессиональная переподготовка, общее и тематическое усовершенствование), терапии (тематическое усовершенствование).

За период 2003—2008 гг. было проведено 74 цикла, обучено 1 747 врачей. Выдано 940 сертификатов, продлено 198.

Сотрудниками кафедры осуществляется научная работа. Данные результатов исследований представлены в материалах научных форумов России и СНГ (51) и в материалах научных форумов международного уровня (6). Защищено 8 кандидатских диссертаций: А.Г. Щербакова, С.И. Сафиуллина, Э.А. Гурьянова, Р.А. Субаева, А.И. Абдрахманова, Л.В. Исламова, Г.Р. Насретдинова, Р.М. Латыпов.

Осуществлено руководство 6 кандидатскими диссертациями (5 — проф. О.Н. Сигитова, 1 — проф. Н.Б. Амиров), в 2 кандидатских работах — научное консультирование (проф. Н.Б. Амиров). Сотрудником кафедры д.м.н., профессором Н.Б. Амировым организовано издание рецензируемого журнала «Вестник современной клинической медицины», в котором он является главным редактором, сотрудник кафедры С.Р. Абдулхаков — ответственным секретарем.

Сотрудники кафедры постоянно пополняют свой уровень знаний и подготовки. В 2003—2008 гг. получено 15 грантов. 2 гранта на обучение за рубежом, 1 грант — в России, 1 грант на оснащение кафедры учебным оборудованием; 11 грантов на обучение врачей по национальному проекту. Осуществляется взаимопосещение занятий, организация клинических и патологоанатомических конференций, стажировка за рубежом и в вузах РФ, научные заграникомандировки.

По итогам работы по рейтинговой оценке КГМУ в 2007 г. и в 2008 г. кафедра заняла 2-е место.

2 сотрудника кафедры — проф. О.Н. Сигитова и проф. Н.Б. Амиров — заслуженные врачи Республики Татарстан. Проф. О.Н. Сигитова — член правления Всероссийского научного общества нефрологов; председатель научного общества терапевтов РТ, главный нефролог МЗ РТ.

Учебное оборудование кафедры соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта, дополнительное оборудование получено по гранту ИОО Сороса в период с 11.01.2001—2004 гг. (грант завершен 29.03.2004 г.), включает полный перечень медицинского оборудования, тренажеров, инструментов, аппаратов для обучения врачей. Обеспечение учебными пособиями и руководствами достаточное, перечень постоянно пополняется. Кафедра имеет собственную библиотеку.

Кафедра расположена на 1-м этаже стационара Республиканской клинической больницы по адресу: ул. Оренбургский тракт, д. 138. Клинические базы кафедры: Республиканская клиническая больница (поликлиника и стационар), ул. Оренбургский тракт, д. 138; Клинический госпиталь медико-санитарной части МВД по РТ, ул. Оренбургский тракт, д. 132; городская поликлиника № 20, ул. Сахарова, д. 23; ЗАО Клинико-диагностический центр Авиастроительного района, ул. Копылова, д. 4А.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ ДЛЯ АВТОРОВ В ЖУРНАЛ И ПРИЛОЖЕНИЯ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

1. Статья должна быть набрана в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, 12, междустрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, в таблицах междустрочный интервал 1,0 должна быть напечатана на одной стороне листа форматом А4. Поля: сверху 25 мм, снизу 20 мм, слева 30 мм, справа 15 мм. Стилль статей должен быть ясным и лаконичным.

2. В начале первой страницы статьи указывают (через пробел между ними):

1) ©, **инициалы и фамилии всех авторов через запятую, год** (например: © Н.Б. Амиров, А.А. Визель, С.Р. Абдулхаков, З.М. Галеева, 2009)

2) **код по УДК**;

3) **название статьи (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ)** на русском и английском языках;

4) **имя, отчество и фамилию(и) автора(ов)** полностью, после каждой фамилии указать ученую степень, ученое звание, занимаемую должность, полное название кафедры (подразделения), учреждения города, где работает (ют) автор(ы), контактный телефон или e-mail на русском языке и их перевод на английский язык;

5) **реферат** на русском языке (не более 850 знаков) и перевод реферата на английский язык;

6) **ключевые слова**, отражающие смысловую часть статьи (не более 6), на русском языке и их перевод на английский язык;

7) принимаются к опубликованию **статьи на английском языке**, при этом должны быть выполнены все требования для русскоязычных статей, но с обратным переводом соответственно.

3. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя, направление должно быть скреплено печатью учреждения, направляющего работу в редакцию журнала. Если работа представляется от нескольких учреждений, необходимо сопроводительное письмо, подтверждающее направление статьи для публикации в журнале, от каждого из них (необязательно, если нет конфликта интересов между учреждениями). В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

4. В конце статьи должны быть подписи всех авторов с указанием ученой степени и звания, полностью указаны фамилия, имя, отчество, место работы и должности всех авторов, контактный адрес, номер телефона и адрес электронной почты одного из авторов.

5. Высылать статью в печатном виде в 2 экземплярах (статьи направляются на рецензирование) и одновременно представлять статью в электронном виде на магнитном носителе (CD-R, CD-RW, флэш). **Файл называется по фамилии первого автора**. Если у первого автора несколько статей, то им присваиваются номера после фамилии, например: Амиров Н.Б.-1, Амиров Н.Б.-2 и т.д. Приветствуется направление фото первого автора в формате jpg.

6. Рубрификация журнала: Передовая статья. Оригинальные статьи (клинико-теоретические публикации). Обзоры. Лекции. Краткие сообщения. Рецензии. Дискуссионные. Съезды, конференции, симпозиумы, общества. Из практического опыта. Юбилейные и исторические даты, история медицины. Экспериментальные исследования — клинической медицине. Клинические наблюдения и др.

Объем статей в рубрику «Оригинальные исследования» не должен превышать 15 страниц, число рисунков — не более 5—6; **таблицы** должны быть построены наглядно, иметь название над таблицей, их заголовки должны точно соответствовать содержанию графа (междустрочный интервал в таблицах — 1); **рисунки** должны иметь номер и название под рисунком. Текст: все части статьи (таблицы, рисунки и т.п.) должны быть приведены полностью в соответствующем месте статьи. Все цифры, итоги, проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и должны соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать ссылки на таблицы и рисунки и их порядковые номера. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором.

Содержание статьи:

• **введение**, обосновывающее постановку задач исследования;

• **материалы и методы** исследования;

• **результаты** исследования;

• **обсуждение**;

• **заключение** (выводы);

• **перечень** цитируемой литературы.

Рисунки и таблицы входят в общий объем статьи.

7. **Название** статьи должно отражать основное содержание работы и **обязательно** должно быть представлено на **русском и английском языках**. **Реферат** (должен содержать не более 850 знаков) и **ключевые слова** (не более 6 слов) **должны быть** представлены на **русском и английском языках** (ключевые слова должны стоять после реферата).

8. В рубрику «Из практического опыта» принимаются статьи, освещающие оригинальный опыт авторов в медицинской практике. Объем статьи — не более 6 страниц машинописного текста.

9. Объем **обзорно-теоретических статей** и статей в рубрику «**Клинические лекции**» заранее согласовываются с редакцией журнала.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи надо давать в квадратных скобках с указанием номера согласно списку литературы: Например: ...согласно данным [11]...

В конце статьи приводится список литературы в соответствии с ГОСТ 7.1—2003 «Библиографическое описание документа» (для обзоров — не более 50, для оригинальных статей — не более 20 источников), в котором цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). После фамилии автора(ов) указываются на-

звания работ, место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуск, страницы (от — до).

Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.

11. **Краткие сообщения** предоставляются объемом не более 1—2 страниц машинописного текста **без** иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **название — ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ**. С новой строки — **Ф.И.О. автора(ов)**. С новой строки — **учреждение, город, страна**. С новой строки **через интервал — цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы (заключение)**.

12. Сокращения слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений физических мер, химических и математических величин и терминов) не допускаются. Единицы измерений должны быть приведены в системе СИ.

13. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи (по согласованию с авторами). Не допускается направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или направленных для печати в другие издания.

14. **При формировании материалов конференций и съездов в приложение к Журналу принимаются тезисы.** Правила оформления тезисов такие же, как для коротких сообщений.

15. **Уважаемые коллеги!** В связи с тем, что **статьи и сведения в статьях**, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник современной клинической медицины», **будут помещаться** в ведущих российских и мировых библиографических и реферативных изданиях, **в электронных информационных системах**, распространяться посредством размещения их электронных копий в базе данных Научной электронной библиотеки (**НЭБ**), представленной в виде научного

информационного ресурса сети Интернет www.elibrary.ru, а также включаться в одну из трех систем цитирования Web of Science: Science Citation Index Expanded (база по естественным наукам), Social Sciences Citation Index (база по социальным наукам), Arts and Humanities Citation Index (база по искусству и гуманитарным наукам), авторы оригинальных статей должны предоставлять на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий статей, соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним. В структуру статей входят разделы: **Введение** (с указанием в конце его целей исследования). **Материалы и методы. Результаты. Обсуждение. Выводы.**

16. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

17. **С аспирантов** за публикацию рукописей **плата не взимается.**

18. **Правила** оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК. Следите за изменениями на сайтах: www.kgmu.kcn.ru и www.hospitalmvdrt.ru, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде в 2 экземплярах и на электронных носителях направлять по адресу: 420059, Казань ул. Оренбургский тракт, 132, в редколлегию журнала и по e-mail: edition_bccm@mail.ru, namirov@mail.ru, sayarabdul@yandex.ru, zarina26@bk.ru

По возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Амиров Наиль Багаевич (главный редактор), Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), Абдулхаков Сайяр Рустемович (ответственный секретарь редколлегии), Галеева Зарина Мунировна (ученый секретарь редколлегии).

Телефон редакции: +7 (843) 291-26-76, факс +7 (843) 277-88-84.

THE RULES FOR ARTICLE REGISTRATION FOR AUTHORS

1. The article should be edited in Word, Times New Roman, letter size of 12, interval of 1,5, in width formatting, non carrying, interval in tables of 1 only on one side of the sheet. Printing fields should be 25 mm from top, 20 mm from the bottom, 30 mm from left, 15 mm from right. Non numbered pagers. Article style should be laconic and clear.

2. Please, register on the first page of article the followings: (through the blank):

1) © initials and surname of all authors, year (*for example*: ©N.B. Amirov, A.A. Vizel, S.R. Abdulkhakov, Z.M. Galeeva, 2009);

2) code of the UDC;

3) title of article (IN CAPITAL LETTERS) in Russian and English;

4) names of authors (full); scientific degrees, position, full name of the department, institution, contact phone number and e-mail address (in Russian and English);

5) abstracts of the article in Russian (not more than 850 symbols) and English;

6) key words in Russian (not more than 6) in Russian and English;

7) article written in English are accepted for publishing (according to the same rules with the abstract and key words translated into Russian).

3. The article should be referred by official letter from Institution where the basic material for article was performed with stamp and signed by research director. If article referred from the few foundations letters of recommendation should be applied from each foundation. Please, mention if article reflects materials from thesis.

4. Each author of the article should sign in the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in foundation, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.

5. 2 copies of the article should be mailed to the Editorial Committee with electronic copy (floppy 3,5» 1,44 MB, CD-R, CD-RW). This copy should be named by first author. If the first author sends a few articles they will be consecutively numbered, *for example*: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. The direction of a photo of the first author in jpg format is welcomed.

6. Rubrication of articles collection: 1. Leading article. 2. Original articles (clinical and theoretical papers). 3. Surveys. 4. Lectures. 5. Brief information. 6. Reviews. 7. Discussions. 8. Conventions, symposiums, conferences, Meetings, Societies. 9. Jubilee dates, History of Medicine. 10. Clinical trials.

Volume of paper referring to «Original investigations» should not exceed 15 pages and numbers of pictures 5—6, tables must be set presentable, clearly titled, according to the text (with interval of 1). All parts of the text should be brought on it's own place. All figures and results, in tables must be thoroughly checked by authors and meet figures in text. All tables should be placed in the right order.

Article content:

- Introduction with aim and tasks of the investigation.
- Materials and methods.
- Results.
- Discussion.
- Conclusion (s).
- Refereeing Literature.

Pictures and tables are included in article volume.

7. The title of the article must reflect the content of the article and written in Russian and English. Abstract should not exceed S page (not more than 200 words) including Title and Key words, reflecting the main contents of investigation in Russian and English. Key words follows the Abstract.

8. In rubrication «From Practical experience» papers reflecting authors original experience in medical practice are accepted in volume of not more than 6 pages.

9. Short reviews should not exceed 1—2 pages without pictures, tables and literature made and abstracts. **TITLE.**

(new line) **Names of the athor(s).**

(new line) **Institution, city, country.**

(new line) **Aim of the study, materials and methods, results and discussion, conclusion.**

10. Volume of the articles of «theoretical review» and «Clinical lectons» suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.

11. Bibliographic references in text should be given in numbers in square brackets according to the list of the literature. *Example:* ...according to the data [11]...

Literature list should be given in the end of the article (for Reviews not more than 50 sources, for Original papers not more than 20). Cited authors should be followed by alphabetical order (first in Russian, then in foreign languages

(English). After authors names the title of the article, place of edition, editorial year, source volumes, numbers and pagers should be given. (in accordance with ГОСТ 7.1—84 «Bibliographic description of documents»).

Note: List of the literature according to citation could be allowed.

12. Words, names and titles abbreviation (except terms, rates and values widely used in physics, chemistry, mathematic) not allowed. Measuring units ought to be in the C-system.

13. Editorial Committee keeps rights to reduce and edit articles (in coordination with authors). Articles already published or directed in (to) other Editions are not accepted.

14. Abstracts of the conferences and congresses are accepted to the Supplement of the Journal. Rules for the abstracts are the same as for the Brief Information.

15. Dear colleagues! Contents of published articles in ICDC collection will be located in worldwide known bibliographic editions and electronic information systems, that's why authors should keep international rules for registration of articles and abstracts. Papers should always consist of Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion.

Abstracts in Russian and English should not exceed 200 words and consist of Title, authors names, Name of Foundation and Key words (in Russian and English, not more than 6).

16. Articles made out of required rules wouldn't be considered and returned back to authors.

17. Publication for post-graduate students is free.

Articles in electronic carrier should be directed to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, e-mail: lechexp@mvdrt.ru, namirov@mail.ru, sayarabdul@yandex.ru, zarina26@bk.ru. Phone +7 (843) 2912676, fax +7 (843) 2778884.

www.kgmu.kcn.ru, www.hospitalmvdrt.ru