

УЧРЕДИТЕЛИ

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

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

ООО Многопрофильный медицинский
центр «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА»

Журнал зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор),
№ свидетельства
ПИ ФС 77-41624 от 11.08.2010 г.

Подписной индекс журнала в каталоге
«Пресса России» 41628

Available on the WEB <http://www.e-library>

Адрес редакции и издателя:

420059, г. Казань,
ул. Оренбургский тракт, 132,
Клинический госпиталь МВД по РТ
Контактные телефоны:
(843) 291-26-76, (843) 277-88-84 (факс)
e-mail: vskmjournal@gmail.com

Отдел маркетинга — ММЦ «ОТЕЛЬ-
КЛИНИКА», г. Казань, ул. Горького, 3А
Контактные телефоны:
(843) 236-19-59, (843) 291-26-82,
(843) 238-82-84

Контактное лицо Рената Амирова
e-mail: renata1980@mail.ru

Доступен на сайтах:
<http://www.kgmu.kcn.ru>
<http://www.hospitalmvdrt.ru>
<http://www.mschmvdrt.ru>
<http://www.es.rae.ru.vskm>

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

Компьютерное сопровождение

Р.И. Шаймуратова
e-mail: rustem@gmail.ru

В авторской редакции. Обложка
художника *С.Ф. Сафаровой*. Техническая
редакция *Ю.Р. Валиахметовой*. Верстка
Т.Д. Торсуевой. Корректор *Н.А. Петрова*

Формат 60×84¹/₈. Подписано в печать
28.12.12. Усл. печ. л. 7,21. Тираж 1000 экз.
Заказ 12-212

Цена договорная

Оригинал-макет изготовлен
издательством «Медицина» ГАОУ «РМБИЦ».
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125.

Отпечатано отделом оперативной
полиграфии ГАОУ «РМБИЦ».
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125

© Медико-санитарная часть МВД
по РТ, 2011
© Казан. гос. мед. у-нт, 2011
© ООО ММЦ «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА», 2011

ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 5, выпуск 4 2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Н.Б. АМИРОВ, д.м.н., проф., акад. РАЕ, заслуженный врач РТ,
заслуженный деятель науки и образования, лауреат Гос. премии РТ
по науке и технике, e-mail: namirov@mail.ru

Заместитель главного редактора

А.А. ВИЗЕЛЬ, д.м.н., проф., зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ,
акад. АН РН, заслуженный врач РТ, лауреат Гос. премии РТ
по науке и технике, e-mail: lordara@mail.ru

Ответственный секретарь

З.М. ГАЛЕЕВА, к.м.н., доц. кафедры терапии КГМА, проф. РАЕ
e-mail: zarina26@bk.ru

Члены редколлегии

Н.Х. АМИРОВ, д.м.н., проф., зав. кафедрой медицины труда с курсом
медэкологии КГМУ, акад. РАМН; *А.Ю. АНИСИМОВ*, д.м.н., проф., зав. курсом
скорой мед. помощи кафедры медицины катастроф КГМА, зам. гл. врача
МУЗ ГБ СМП № 1; *А.С. ГАЛЯВИЧ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской
терапии КГМУ, чл.-корр. АН РТ, вице-президент ВНОК, заслуженный врач РТ;
Е.В. ЖИЛЯЕВ, д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО
«Московский государственный медико-стоматологический университет»
(Москва); *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., директор Института фундаментальной медицины и биологии,
чл.-корр. АН РТ; *М.В. ПОТАПОВА*, к.м.н., проф. РАЕ, начальник МСЧ МВД РФ
по РТ, полковник внутренней службы, заслуженный врач РТ; *А.С. СОЗИНОВ*,
д.м.н., проф., ректор КГМУ, лауреат Гос. премии РТ по науке и технике

Редакционный совет

Р.А. АБДУЛХАКОВ, д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии КГМУ;
С.Р. АБДУЛХАКОВ, к.м.н., зав. ЦНИЛ КГМУ; *В.Ю. АЛЬБИЦКИЙ*, д.м.н.,
проф., заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии правительства РФ в
области науки и техники, руководитель отдела социальной педиатрии РАМН
(Москва); *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; *А.В. ЖЕСТКОВ*,
д.м.н., проф., зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и аллергологии,
руководитель отделения пульмонологии и аллергологии клиник ГОУ ВПО
«Самарский ГМУ МЗ СР РФ», гл. аллерголог-иммунолог МЗ СР Самарской
обл., член исполкома РРО (Самара); *Ш.З. ЗАГИДУЛЛИН*, д.м.н., проф.,
зав. кафедрой терапии УГМИ (Уфа); *М. САДИХ*, проф., спец. по внутренним
болезням госпиталя Св. Марии Уотерберри, шт. Коннектикут (клиника Йельского
университета, Йель, США); *С.Д. МАЯНСКАЯ*, д.м.н., проф., проректор КГМУ
по науке и инновациям; *О.Н. МИЛЛЕР*, д.м.н., проф. кафедры неотложной
терапии ФПК и ППВ НГМУ (Новосибирск); *НЕЛЬСОН СЕВАКАМБО*, проф.,
директор колледжа медицинских наук, Макерера, Уганда; *Л.Ф. САБИРОВ*,
к.м.н., нач. Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ; *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 и РФ; *В.В. ТРУСОВ*, д.м.н., проф.,
зав. кафедрой терапии ИГМА (Ижевск); *Р.Г. ТУХБАТУЛЛИНА*, д.ф.н., директор
Казанского медико-фармацевтического училища; *И.В. ШУБИН*, к.м.н., гл.
терапевт военно-медицинского управления ГКВВ МВД России, полковник
мед. службы, заслуженный врач РФ, проф. РАЕ

СОДЕРЖАНИЕ

ХРОНИКА

Указ Президента Республики Татарстан от 23 ноября 2012 г. № УП-990 «О присуждении Государственных премий Республики Татарстан 2012 г. в области науки и техники» 5

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические аспекты применения *симвастатина* в комплексной терапии ишемического инсульта. **А.Ю. Малыгин, А.Л. Хохлов** 6

Диспансеризация больных лимфомами кожи. **Э.Ф. Гарифуллина** 13

Эпидемиология хронического гломерулонефрита у взрослого населения. **О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов** 19

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гипертрофическая кардиомиопатия. **Э.Б. Фролова, Г.А. Мухаметшина, Э.И. Мухитова, Ч.Н. Гарифуллина** 23

Редкий случай натальной травмы печени у новорожденного. **В.И. Морозов, А.А. Подшивалин, Г.Е. Чигвинцев** 29

Разрыв стенки левого желудочка как осложнение повторного инфаркта миокарда. Клинический случай. **О.Б. Ощепкова, Н.А. Цибульский, Э.Б. Фролова, О.Ю. Михопарова** 31

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сравнительный анализ работы кабинета ультразвуковой диагностики поликлиники

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» за 2007—2011 годы. **Л.И. Усманова, В.Ю. Казанцева, Т.С. Бессонова, Л.Р. Гинятуллина** 36

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Макролиды в лечении различных бактериальных инфекций. **Н.Б. Амиров, А.А. Визель** 40

Мочевой синдром: диагностический поиск. **Е.В. Архипов, О.Н. Сигитова** 43

СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

Обзор V Всероссийской научно-практической конференции врачей медико-санитарных частей МВД субъектов Российской Федерации и врачей Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике». **Н.Б. Амиров, Л.Р. Гинятуллина, М.В. Потапова** 48

Информация о VI Всероссийской ежегодной научно-практической конференции с участием врачей Республики Татарстан, врачей медико-санитарных частей МВД РФ и с международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике» 55

Правила оформления статей и тезисов для авторов в журнал и приложения «Вестник современной клинической медицины» 57

Порядок рецензирования рукописей, направляемых на публикацию в научно-практический журнал «Вестник современной клинической медицины» 61

Reviewed and abstracted
scientific-practical journal

Published since 2008 according to
resolution of academic council of KSMU and
experts council of MSU of MIA in TR

CONSTITUTORS

Federal State Institution of Health
Care «Medical-Sanitary Unit of Ministry
of Internal Affairs in Tatarstan Republic»

State budgetary Educational Institution
of Higher Professional Training
«Kazan State Medical University»

Multiprofile Medical Centre
«Hotel-Clinic» Ltd

Journal is registered by Federal
Service on Supervision in the Sphere
of Communication, Informational
Technologies and Mass Communications
(Roskomnadzor), certificate № ПИ ФС 77-
41624 of 11.08.2010

Subscription index of the journal in the
«Pressa Rossii» catalogue is 41628
Available on the WEB <http://www.e-library>

Editorial office and publishers address:

420059 Kazan,

Orenburgskiy Tract St., 132
Clinical hospital of MIA of TR

Contacts:

(843)291-26-76, (843)277-88-84 (fax)
e-mail: vskmjourn@gmail.com

Marketing department —

MMC «Hotel-Clinic»,
Kazan, Gorky St., 3A

Contacts:

(843)236-19-59, (843)291-26-82,
(843)238-82-84

Contact person: Renata Amirova

e-mail: renata1980@mail.ru

Accessible on sites:

<http://www.kgmu.kcn.ru>

<http://www.hospitalmvdrt.ru>

<http://www.mschmvdrt.ru>

<http://www.es.rae.ru.vskm>

*Editorial board of the journal may disagree
with authors' point of view on one or another
of the problems*

Computer support: R.I. Shaymuratov

e-mail: russtem@gmail.ru

Edited by authors. Cover's designer —

C.F. Safarova. Technical editing —

Yu.R. Valikhmetova. Page make-up —

T.D. Torsouyeva. Proofreader — N.A. Petrova

Format 60×84¹/₈. Signed for publication
28.12.12. Conventional printer's sheet 7,21.

Circulation — 1000 copies. Order 12-212

Free price

Original make-up page is made by the
publishing house «Medicina» of SAI «RMLIC»
420059 Kazan, Khady Taktash St., 125.
Printed by the department of operative
polygraphy of SAI «RMLIC».
420059 Kazan, Khady Taktash St., 125

© Medicosanitary unit of MIA of TR,
2011

© Kazan State Medical University, 2011

© Multiprofile Medical Centre «Hotel
Clinic» Ltd, 2011

ISSN 2071-0240 (Print)
ISSN 2079-553X (Online)

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

Volume 5, issue 4 2012

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief

N.B. AMIROV, doctor sci.(med.), prof., acad. of RANS, Honored Doctor of TR,
Honored man of science and education, laureate of the State prize,
e-mail: namirov@mail.ru

Deputy Editor-in-chief

A.A. VIZEL, doctor sci.(med.), prof., head of Phthiopulmonary Sub-faculty
of KSMU, acad. of AS of Russian Germans, Honored Doctor of TR,
laureate of the State prize, e-mail: lordara@mail.ru

Responsible Secretary

Z.M. GALEYEVA, cand.sci.(med.), senior lecturer of Therapy Sub-faculty
of KSMA, prof. RAE
e-mail: zarina26@bk.ru

Members of Editorial Board

N.KH. AMIROV, doctor sci.(med.), prof., head of Professional Medicine
Sub-faculty with the course of Medical Ecology of KSMU, acad. of RAMS;
A.YU. ANISIMOV, doctor sci.(med.), prof., head of the course of Emergency
Care of Disaster Medicine Sub-faculty of KSMA, deputy head physician of
MIH CH EC №1; A.S. GALYAVICH, doctor sci.(med.), prof., head of Faculty
Therapy Sub-faculty of KSMU, corresponding member of ASRT, vice-president
of VNOK, Honored Doctor of TR; E.V. ZHILYAYEV, doctor sci.(med.), prof.
of Hospital Therapy Sub-faculty №2 of SEI of HVT «MSMSU» (Moscow);
A.U. ZIGANSHIN, doctor sci.(med.), prof., head of Pharmacology Sub-
faculty of KSMU, pro-rector of KSMU on international activity, State Prize
Winner of TR; K.SH. ZIYATDINOV, doctor sci. (med.), prof., rector of KSMA;
A.P. KIYASOV, doctor sci.(med.), prof., director of the Institute of Fun-
damental Medicine and Biology, corresponding member of ASRT;
M.V. POTAPOVA, cand.sci.(med.), prof. RAE, chief of MSU MIA of TR, colonel of
internal service, Honored Doctor of TR; A.S. SOZINOV, doctor sci.(med.), prof.,
rector of KSMU, laureate of the State prize

Editorial Council

R.A. ABDULKHAKOV, doctor sci.(med.), prof. of Hospital Therapy Sub-faculty of
KSMU; S.R. ABDULKHAKOV, head of CSRL of KSMU; V.JU. ALBITSKIY, doctor
sci.(med.), prof., Honored man of science of RF, RF Government Prize Winner in
the sphere of science and technics, head of Social Pediatrics Department of RAMS
(Moscow); V.A. ANOKHIN, doctor sci.(med.), prof., head of Children's Infection Sub-
faculty of KSMU; I.F. AKHTYAMOV, doctor sci.(med.), prof., head of traumatology,
orthopedics and extremal states' Surgery Sub-faculty of KSMU, Honored Doctor of
TR; A.V. ZHESTKOV, doctor sci. (med.), prof., head of microbiology, immunology
and allergology Sub-faculty, chief pulmonology and allergology department of clinics
of SEI of HET «Samara SMU of MH SD RF», head allergologist-immunologist of
MH SD of Samara region, member of the Executive Committee of RRO (Samara);
SH.Z. ZAGIDULLIN, doctor sci.(med.), prof., head of therapy Sub-faculty of
USMI (Ufa); M. SADIGH, MD, Department of Internal Medicine and Infectious diseases,
Saint Mary's Hospital (Waterbury, CT, USA, Yale-affiliated); S.D. MAYANSKAYA,
doctor sci.(med.), prof., pro-rector of KSMU on science and innovations;
O.N. MILLER, doctor sci.(med.), prof. of Emergency Therapy Sub-faculty
of IPSD and PRD of NSMU (Novosibirsk); NELSON SEVAKAMBO, prof., director
of College of medical science, Mekerera, Uganda; L.F. SABIROV, chief of
clinical hospital of MSU MIA of TR; R.G. SAYFUTDINOV, doctor sci.(med.),
prof., head of therapy Sub-faculty of KSMA; O.N. SIGITOVA, doctor sci.(med.),
prof., head of General Practice Sub-faculty of KSMU, Honored doctor of TR
and RF; V.V. TRUSOV, doctor sci.(med.), prof., head of therapy Sub-faculty of
ISMA (Izhevsk); R.G. TUKHBATULLINA, doctor of pharmacology sci., director of
Kazan Medico-Pharmaceutical School; I.V. SHUBIN, chief therapist of military
medical administration Ministry of Home Affairs RF, colonel med. service, Honored
doctor of RF, prof. RAE

CONTENTS

CHRONICLE

Ukas of President of TR from 23.11.2012 № UP-990
«About awarding state prize of TR 2012 in the field
of science and technology»..... 5

ORIGINAL RESEARCHES

Clinical aspects of application of simvastatin in com-
plex therapy of the ischemic stroke. **A. Malygin,**
A. Khokhlov.....6

Prophylactic medical examination of patients skin
lymphoma. **E. Garifullina**..... 14

Epidemiology of chronic glomerulonephritis in adults.
O.N. Sigitova, E.V. Arkhipov 19

CLINICAL CASE

Hypertrophic cardiomyopathy. **E.B. Frolova,**
G.A. Muhametshina, E.I. Muhitova, Ch.N. Gari-
fullina.....23

An exceptional case of a natal injury of a liver at
the newborn. **V.I. Morozov, A.A. Podshivalin,**
G.E. Chigvintsev29

Rupture of left ventricular wall as complication
of acute myocardial infarction. Clinical case.
O.B. Oschepkova, N.A. Tcibulkin, E.B. Frolova,
O.Yu. Mikhoparova31

HEALTH CARE ORGANIZATION

Comparative analysis of cabinet ultrasound dia-
gnostics of polyclinica «MSU of the Ministry of inter-

nal affairs Russianon Republic Tatarstan» for 2007—
2011 years. **L.I. Usmanova, V.Y. Kazantseva,**
T.S. Bessonova, L.R. Giniatullina.....36

HELP FOR PRACTITIONER

Macrolides in treatment of differens bacterial infec-
tion. **N.V. Amirov, A.A. Vizel**40

Urine syndrome: diagnostic search. **E.V. Arkhipov,**
O.N. Sigitova.....43

CONFERENCE

Conference «Actual issues of diagnostics, treat-
ment and prevention in the General medical prac-
tice». **N.B. Amirov, L.R. Ginyatullina, M.V. Pota-**
pova48

Information on VI All-Russia annual scientific-
practical conference of doctors of medico-
sanitary units of the Ministry of Internal Affairs
of Russian Federation with the participa-
tion of doctors of Tatarstan Republic and with
the international participation: «Topical issues
of diagnostics, treatment and prophylaxis in ge-
neral medical practice»55

The bulletin of contemporary clinical medicine ISSN
2071-0240 (Print), issn 2079-553x (on line) the rules
for articles registration for authors.....59

Order of papers reviewing, sent for publication
in scientific-practical juornal «Bulletin
of Contemporary Clinical Medicine»61

**Указ Президента Республики Татарстан
от 23 ноября 2012 г. № УП-990
«О ПРИСУЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРЕМИЙ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН 2012 г.
В ОБЛАСТИ НАУКИ И ТЕХНИКИ»**

Рассмотрев предложения Комиссии при Президенте Республики Татарстан по Государственным премиям Республики Татарстан в области науки и техники, постановляю:

За значительный вклад в развитие естественных, технических и гуманитарных наук, разработку и внедрение принципиально новых технологий, выдающиеся производственные результаты, полученные на основе внедрения достижений науки и техники, присудить Государственные премии Республики Татарстан 2012 г. в области науки и техники и присвоить звание «Лауреат Государственной премии Республики Татарстан в области науки и техники»:

За работу «Совершенствование диагностики, лечения и организация помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан»:

Визелю Александру Андреевичу, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета, руководителю работы;

Созинову Алексею Станиславовичу, доктору медицинских наук, профессору, ректору Казанского государственного медицинского университета;

Фаррахову Айрату Закиевичу, кандидату медицинских наук, министру здравоохранения Республики Татарстан, доценту кафедры хирургических болезней №1 Казанского государственного медицинского университета;

Туишеву Ростиславу Ивановичу, директору Диспетчерского центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан;

Потанину Владимиру Петровичу, доктору медицинских наук, профессору, заведующему торакальным отделением Республиканского клинического онкологического диспансера;

Амирову Наилу Багауичу, доктору медицинских наук, профессору кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета;

Гусляковой Раисе Петровне, заместителю главного врача по медицинской части Республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан;

Сафину Индусу Нависовичу, кандидату медицинских наук, врачу-анестезиологу-реаниматологу Республиканской клинической больницы № 3 Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Президент Республики Татарстан

Р.Н. Минниханов

Казань, Кремль, 23 ноября 2012 года. №УП-990
Дата: 27.11.2012. Выпуск: № 236 (27393)

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИМВАСТАТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ МАЛЫГИН, канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реанимации
ГУЗ Ярославской области «Клиническая больница № 8», Ярославль, e-mail: doc_mal@rambler.ru
АЛЕКСАНДР ЛЕОНИДОВИЧ ХОХЛОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой клинической
фармакологии ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава РФ,
e-mail: al460935@yandex.ru

Реферат. В 12-месячном сравнительном рандомизированном исследовании оценена эффективность терапии симвастатином (40 мг), назначаемым пациентам в остром периоде ишемического инсульта. Назначение 40 мг симвастатины больным в острой фазе ишемического инсульта наряду с сопутствующей нейропротекторной и антигипертензивной терапией способствует уменьшению количества повторных сердечно-сосудистых катастроф, положительной динамике неврологического статуса и регрессу проявлений эндотелиальной дисфункции, ассоциированному с улучшением функции почек.

Ключевые слова: ишемический инсульт, симвастатин, эндотелиальная дисфункция, функциональное состояние почек, сердечно-сосудистые события.

CLINICAL ASPECTS OF APPLICATION OF SIMVASTATIN IN COMPLEX THERAPY OF THE ISCHEMIC STROKE

A.YU. MALYGIN, A.L. KHOKHLOV

Abstract. The efficacy of simvastatin (40 mg/day) therapy initiated in acute stage of ischemic stroke was evaluated in 12-month comparative randomized study. Simvastatin 40 mg/day prescribed along with neuroprotective and antihypertensive treatment in acute stage of ischemic stroke leads to lowering of recurrent cardiovascular events number, positive dynamics of neurological status, regression of endothelial dysfunction, associated with improved renal function.

Key words: ischemic stroke, simvastatin, endothelial dysfunction, renal function, cardiovascular events.

В последние годы отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний, в том числе острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Ежегодно в мире переносят инсульт около 6 млн человек. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям, в мире от инсульта ежегодно умирают 4,7 млн человек. В России ежегодно регистрируется около 450—500 тыс. новых случаев инсульта [5]. В большинстве стран инсульт занимает второе-третье место в структуре общей смертности населения, в нашей стране — второе, уступая лишь сердечно-сосудистой патологии [2].

Наиболее распространенным вариантом среди всех видов инсульта является ишемическое поражение головного мозга, составляющее 70—80% от общего числа острых нарушений мозгового кровообращения. Ишемический инсульт (ИИ) представляет собой гетерогенный клинический синдром. Важная роль в патогенезе ОНМК отводится атеротромбозу и изменениям реологических свойств крови. На долю атеротромботических инсультов приходится 30—50% от общего числа ишемических инсультов [6]. Одним из центральных звеньев патофизиологии является усиление гемостатической активации с изменением реологических свойств крови и эндотелиальная дисфункция [9]. Согласно современным представлениям, ключевым звеном в патогенезе атеросклероза считается эндотелиальная дисфункция,

которая проявляется нарушением баланса между основными функциями эндотелия — вазодилатацией и вазоконстрикцией, ингибированием и содействием пролиферации, антитромботической и протромботической, антиоксидантной и прооксидантной. Доказано, что функции эндотелия нарушаются раньше, чем появляются клинические и морфологические признаки атеросклероза. В настоящее время эндотелиальная дисфункция считается предиктором высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В многочисленных исследованиях показано, что неблагоприятное воздействие практически всех известных факторов риска атеросклероза реализуется через нарушение функции сосудистого эндотелия [12].

Многочисленные исследования влияния статинов на частоту сердечно-сосудистых событий [13] подтверждают безусловное лидерство этих препаратов в первичной и вторичной профилактике коронарной и цереброваскулярной болезни. Результаты исследований свидетельствуют, что применение статинов может снижать риск инсульта у пациентов с коронарной патологией и без таковой. Снижение уровня холестерина с помощью статинов должно проводиться на фоне модификации других факторов риска инсульта: артериальной гипертензии, курения, сахарного диабета. Важен тот факт, что статины снижают не только риск инсульта, но и общий сердечно-сосудистый риск [17].

Нарушения функции почек часто встречаются у пациентов с ССЗ: артериальной гипертензией, особенно в сочетании с сахарным диабетом, сердечной недостаточностью и др. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза распространенных в популяции заболеваний, прежде всего ССЗ, что вполне соответствует утвердившейся концепции кардиоренальных взаимоотношений [8]. Нарушения функции почек являются важным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска ССО и смерти, а также повторных осложнений у пациентов с ССЗ [11, 19]. Метаанализ 27 исследований с участием 39 704 пациентов показал, что статины могут незначительно уменьшать протеинурию и замедлить темп уменьшения СКФ, особенно у пациентов с ССЗ [18].

Цель исследования — оценить у пациентов с впервые возникшим ишемическим инсультом частоту повторных кардиоваскулярных событий, смертность, динамику эндотелиальной дисфункции, функционального состояния почек и неврологического дефицита при назначении *симвастатина* (зокор-форте 40 мг) в остром периоде болезни.

Материал и методы. В исследование включено 210 пациентов [мужчин — 95, женщин — 115; средний возраст — (65,55±8,2) года] с впервые возникшим ОНМК по типу ишемии в каротидной системе, верифицированным с помощью компьютерной томографии (КТ) или МРТ головного мозга в острый период заболевания (в течение 24–48 ч от момента появления первых симптомов). Уровень сознания пациентов на момент включения был от ясного до умеренного оглушения (13–15 баллов по шкале Глазго). Набор пациентов проводился в 2008–2011 гг. В исследование не включались пациенты с повторным ОНМК, геморрагическим инсультом, уровнем сознания менее 13 баллов по шкале Глазго, а также больные, имеющие прогностически неблагоприятные сопутствующие заболевания. В качестве комбинированной первичной конечной точки учитывались смерть больного, а также все случаи повторных сердечно-сосудистых событий и необходимость в повторной госпитализации. Вторичными конечными точками выступали летальность, динамика неврологического статуса и подсчет клеток десквамированного эндотелия. Протокол исследования и форма информированного согласия пациента были одобрены этическим комитетом ЯГМА. Пациенты, включенные в исследование, подписали информированное согласие.

Пациенты были рандомизированы методом конвертов на две группы наблюдения. В группу I было включено 105 пациентов, получавших стандартное лечение ишемического инсульта [мужчин — 47, женщин — 58, средний возраст — (65,77±8,9) года]. Группу II составили 105 человек [мужчин — 48, женщин — 57, средний возраст — (65,29±7,3) года]. Этим больным в дополнение к стандартной терапии инсульта было назначено 40 мг симвастатина (зокор-форте, MSD, Швейцария). Препарат применялся в вечерние часы один раз в сутки. Стандартная терапия включала антиагреганты (аспирин), нейротрофические препараты и нейромодуляторы, коррекцию артериальной гипертензии, фибрилляции предсердий и хронической

сердечной недостаточности (ХСН). Период наблюдения составил 12 мес, во время которых всем пациентам проводилось комплексное обследование в первые трое суток (визит включения), на 90, 180 и 360-й день исследования. Проводился контроль жизненно важных функций, отслеживалась динамика стандартных показателей крови, уровней общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и триглицеридов, неврологический статус оценивался по шкалам: Mini-Mental State Examination (MMSE), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Скандинавской. Всем пациентам в 1, 7, 21, 90, 180 и 360-й день проводился подсчет клеток десквамированного эндотелия в плазме. Для оценки функции почек определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с использованием формулы MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) [16]. Активность ферментов печени: аланиновую трансаминазу (АЛТ), аспарагиновую трансаминазу (АСТ), креатинфосфокиназу (КФК) определяли в первые трое суток (визит включения), на 30, 90, 180 и 360-й день исследования.

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики. Распределение вариантов изучаемых параметров было нормальным или близким к нормальному, что позволило применить параметрические критерии для статистического анализа. Для сравнения величин применяли *t*-тест Стьюдента, χ^2 для анализа таблиц сопряженности. Достоверными считались различия, если полученное значение *p* для данного критерия (теста) было ниже критического уровня значимости ($p < 0,05$). Статистическую обработку исследования проводили на IBM PC-совместимом компьютере с помощью программ Statistica® (Data analysis software system, StatSoft, Inc. 2004), версия 7.0.

Результаты и их обсуждение. В результате рандомизации пациенты были сопоставимы по основным демографическим и исследуемым показателям (табл. 1). Также не отмечалось различий по наличию сопутствующей патологии (табл. 2) и характеру проводимой терапии (табл. 3).

Из включенных в исследование 210 пациентов к 90-му дню наблюдения умерли 9 больных (6 в первой и 3 во второй группе). К середине наблюдения (180-е сут) эти показатели в группах составляли 11 и 8 человек соответственно ($p > 0,05$). В конце периода наблюдения смертность среди пациентов первой группы по-прежнему была выше, но эти различия не имели статистической значимости (19 умерших в первой группе и 16 — во второй). Повторные сердечно-сосудистые события наблюдались также в обеих группах и в течение года составили за период наблюдения в первой группе 21,9% ($n=23$) и во второй группе 16,19% ($n=17$), $p > 0,05$. Кроме того, в первой группе было госпитализировано по различным причинам 22 пациента, во второй группе — 16 пациентов. Таким образом, комбинированная конечная точка (смерть + повторные ССЗ + повторные госпитализации) была достигнута в 64 случаях в первой группе (60,9%) и в 49 (46,6%) — во второй, $p=0,037$ (рис. 1).

При поступлении изучаемые группы больных имели сходный липидный профиль и не различались по содержанию общего холестерина, ХС ЛПНП и триглицеридов в крови (см. табл. 1). На протяжении исследования в первой группе все показатели липидного спектра не менялись. На фоне терапии симвастатином во второй группе отмечено

Таблица 1

Рандомизация. Исходные показатели

Показатель	Группа I (n=105)	Группа II (n=105)	p I—II групп
Возраст, лет	65,77±8,9	65,29±7,3	0,9
Мужчины, n (%)	47 (44,7%)	48 (45,7%)	0,8
Женщины, n (%)	58 (55,2%)	57 (54,2%)	0,8
АД сист., мм рт.ст.	156,78±16,1	156,44±15,3	0,8
АД диаст., мм рт.ст.	84,63±10,1	83,91±9,7	0,5
ЧСС, уд/мин	86,09±12,2	85,90±12,6	0,9
ОХ, ммоль/л	5,16±1,64	5,46±1,38	0,15
ТГ, ммоль/л	1,9±0,2	1,15±0,4	0,4
Клетки десквамированного эндотелия, кол-во в поле зрения	17,51±5,8	17,67±6,5	0,8
СКФ (MDRD), мл/мин	76,2±21,8	75,8±19,1	0,8
NIHSS, баллы	9,19±3,74	9,02±4,03	0,7
MMSE, баллы	17,22±3,31	17,32±3,72	0,8
Скандинавская шкала, баллы	36,83±1,86	36,87±2,61	0,9

АД — артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений, ОХ — общий холестерин, ХС ЛПНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ТГ — триглицериды, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Таблица 2

Рандомизация. Сопутствующая патология

Заболевание	Группа I (n=105)	Группа II (n=105)	p I—II групп
АГ, n (%)	80 (76,1%)	77 (73,3%)	0,63
ИМ в анамнезе, n (%)	8 (7,6%)	9 (8,5%)	0,80
ФП, n (%)	15 (14,2%)	17 (18,3%)	0,70
ХОБЛ, n (%)	7 (6,6%)	6 (5,7%)	0,77
СД II, n (%)	13 (12,3%)	9 (8,5%)	0,36
Хрон.заболевания ЖКТ, n (%)	14 (13,3%)	10 (9,5%)	0,38

АГ — артериальная гипертензия, ИМ — инфаркт миокарда, ФП — фибрилляция предсердий, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, СД — сахарный диабет, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.

Таблица 3

Лекарственные средства, применявшиеся при лечении

Лекарственные средства	Группа I (n=105)	Группа II (n=105)	p I—II групп
Церебролизин, n (%)	18 (17,1%)	15 (14,2%)	0,56
Эуфиллин, n (%)	53 (50,4%)	54 (51,4%)	0,89
Винпоцетин, n (%)	70 (66,6%)	71 (67,6%)	0,88
Актовегин, n (%)	28 (26,6%)	20 (19,04%)	0,18
Эналаприл, n (%)	89 (84,7%)	93 (88,5%)	0,41
Метопролол, n (%)	73 (69,5%)	75 (71,4%)	0,76
Амиодарон, n (%)	5 (4,7%)	3 (2,8%)	0,47
Дигоксин, n (%)	8 (7,6%)	9 (8,5%)	0,80
Глицин, n (%)	105 (100,0%)	105 (100,0%)	1,0
Ацетилсалициловая кислота, n (%)	96 (91,4%)	98 (93,3%)	0,60
Дипиридамол, n (%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0,31
Клопидогрел, n (%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	1,0
Гепарин (5 тыс.—10 ед/сут), n (%)	14 (13,3%)	9 (8,5%)	0,26
Глиатилин, n (%)	20 (19,04%)	17 (16,1%)	0,58
Симвастатин 40 мг, n (%)	0 (0%)	105 (100%)	0,00

отчетливое снижение уровней ОХ, ТГ и ХС ЛПНП уже на 90-е сут наблюдения с последующим высокодостоверным достижением нормальных для больных высокого риска значений к 180-му и 360-му дню (табл. 4).

Динамику неврологического статуса больных оценивали с помощью шкал: Скандинавской, MMSE и NIHSS. По каждой из них исходный неврологический статус пациентов не имел достоверных различий между группами (см. табл. 1).

При оценке неврологического статуса по Скандинавской шкале (Scandinavian Stroke Study Group,

1985) учитывался уровень сознания, ориентированность, речь, движение глаз, паралич лицевого нерва, походка; сила в баллах в руке, кисти, ноге, стопе. Оценка этих показателей в исследуемых группах продемонстрировала позитивное влияние как стандартного, так и дополненного назначением статина лечения. В каждой из групп отмечалось достоверное нарастание баллов к 90-му и далее к 180-му и 360-му дню наблюдения. Однако это нарастание было более быстрым и выраженным у пациентов, получавших зокор-форте. Абсолютные показатели оценки в этой

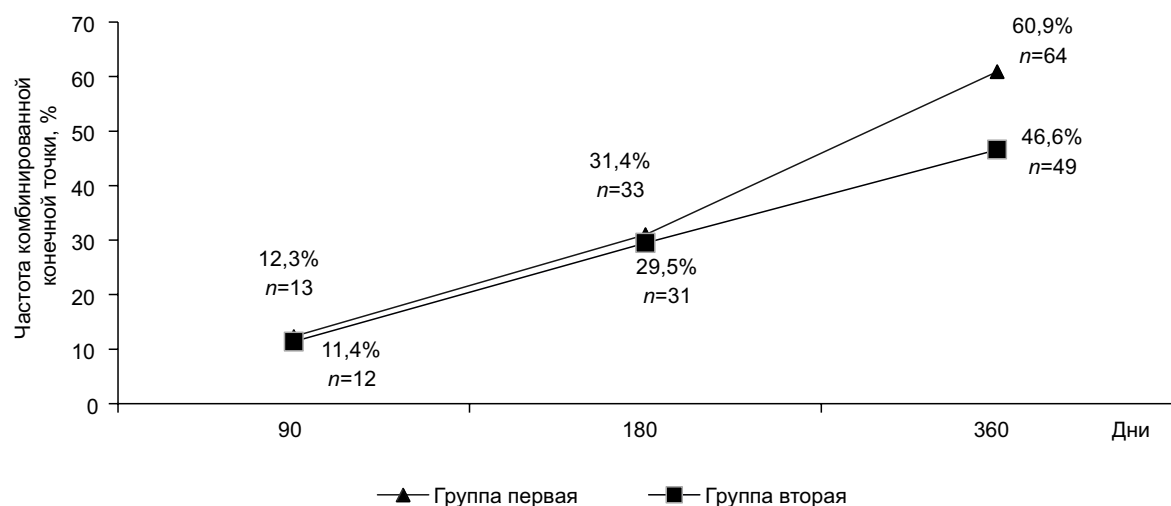


Рис. 1. Частота комбинированной конечной точки

Таблица 4

Динамика показателей липидного спектра (ммоль/л)

Показатель	День исследования	Группа I	Группа II
ОХ, ммоль/л	1	5,16±1,6	5,46±1,3
	90	5,0±1,08	5,22±1,0*
	180	5,06±0,7	4,91±1,2 ***
	360	5,07±0,7	4,72±0,7*** ††
ХС ЛПНП, ммоль/л	1	2,21±0,9	2,21±0,6
	90	2,17±0,5	2,04±0,4*
	180	2,25±0,4	1,94±0,7***†††
	360	2,12±0,4	1,83±0,8 *** †††
ТГ, ммоль/л	1	1,09±0,2	1,15±0,4
	90	0,96±0,3	1,07±0,3 *††
	180	0,94±0,3	0,99±0,4***
	360	1,02±0,3	0,96±0,4 ***

ОХ — общий холестерин, ХС ЛПНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ТГ — триглицериды; * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$ (по сравнению с исходными значениями); † $p<0,05$, †† $p<0,01$, ††† $p<0,001$ (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы).

группе были достоверно выше, чем в первой группе в конце исследования (рис. 2).

Шкала MMSE (Mini Mental State Examination; Folstein M. et al., 1985, адаптированная) оценивает в баллах основные показатели когнитивных функций (ориентация, восприятие, внимание и счет, память, речь, чтение и письмо), затем подсчитывается суммарный балл (может составлять от 0 до 30). Более высокий суммарный балл свидетельствует о более высокой сохранности когнитивных функций. При оценке ментальных функций включенных в исследование пациентов также отмечалось более раннее восстановление когнитивных способностей у больных, принимающих 40 мг симвастатина (рис. 3).

Шкала NIHSS оценивает уровень сознания и элементарные когнитивные функции (память, внимание), а также основные неврологические нарушения (парезы, нарушения зрения, чувствительность). В отличие от двух других шкал, в которых положительную динамику в состоянии больных с нарушением мозгового кровообращения отражает максимальное число баллов, позитивная оценка по NIHSS подразумевает их минимизацию. В нашем исследовании улучшение показателей по шкале NIHSS было зафиксировано также в каждой

из групп, но у пациентов второй группы это улучшение было более отчетливым. При этом межгрупповое различие показателей было достоверным ($p=0,04$) (рис. 4).

Число клеток десквамированного эндотелия подсчитывалось в динамике с использованием методики J. Hladovec [15]. На фоне стандартного лечения в первой группе наблюдалось достоверное уменьшение количества эндотелиоцитов через 1 и 3 нед лечения, в дальнейшем число их даже возросло хотя и оставалось статистически значимо ниже по отношению к исходному уровню. Напротив, во второй группе достоверное уменьшение числа клеток десквамированного эндотелия после недели приема симвастатина продолжало выраженно регрессировать и составило в конце периода наблюдения ($9,59\pm3,37$) клеток против ($17,67\pm6,5$) клеток от исходного ($p<0,001$). Динамика количества эндотелиоцитов в поле зрения представлена на рис. 5, который демонстрирует финальное снижение этого показателя на 45,7% в группе больных, лечившихся симвастатином, и только на 13,3% у пациентов на фоне стандартной терапии.

Для оценки функции почек в настоящем исследовании определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с использованием формулы MDRD [16]. Исходно

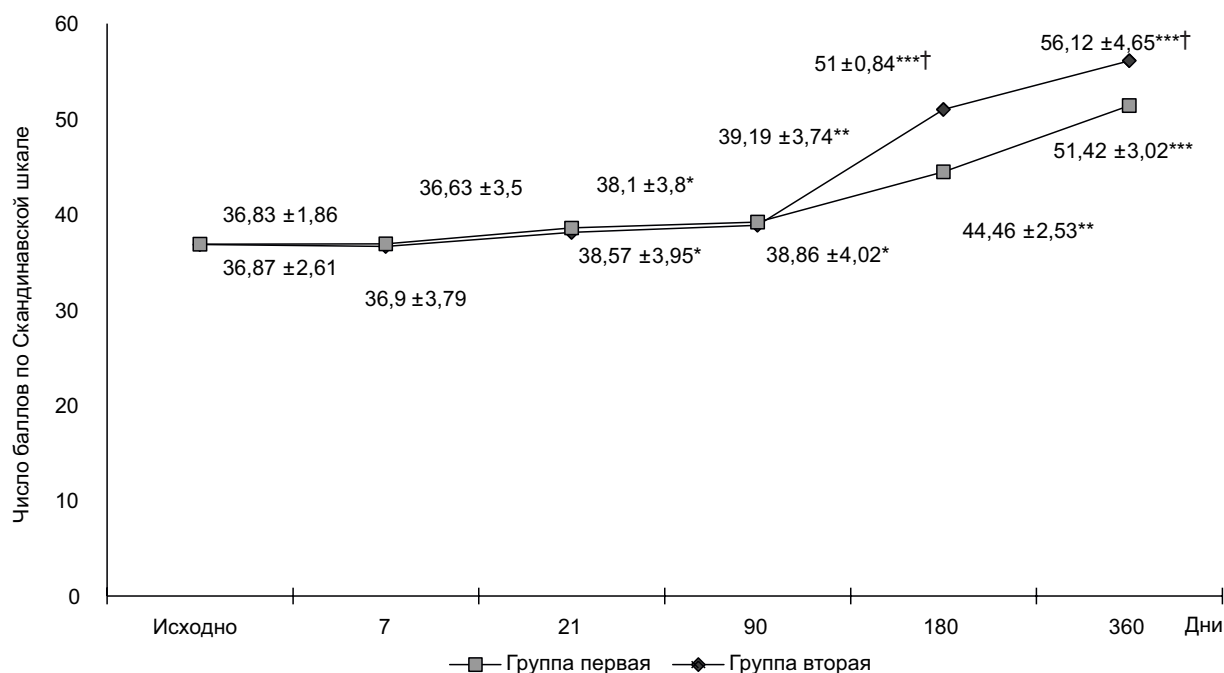


Рис. 2. Динамика неврологического статуса по Скандинавской шкале (баллы):
 * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ (по сравнению с исходными значениями);
 ***† $p < 0,05$ (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы)

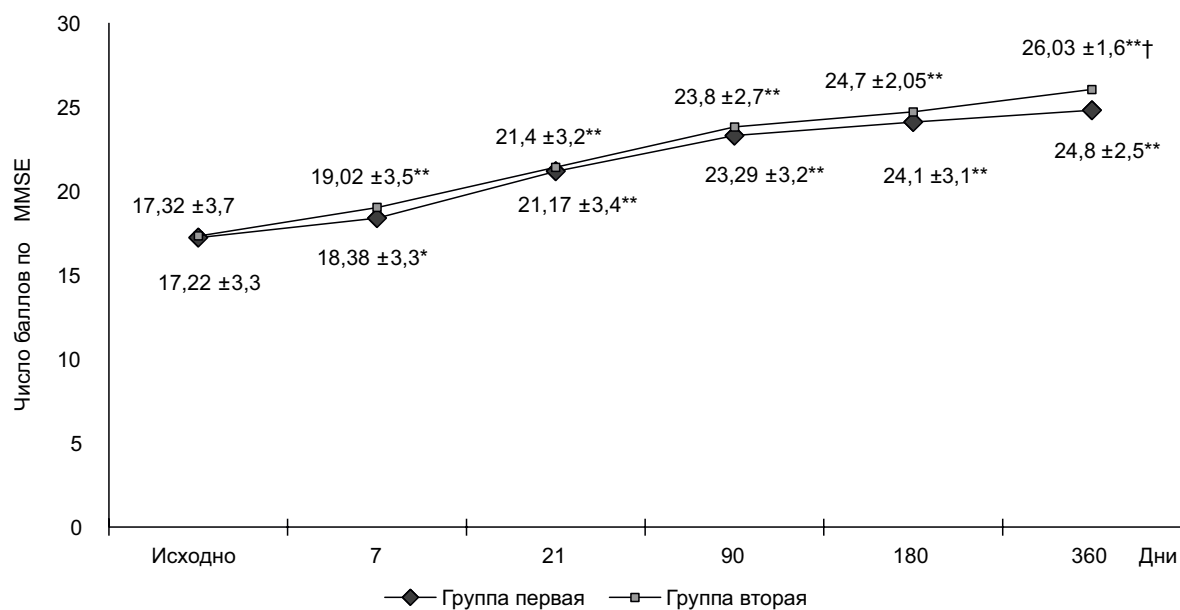


Рис. 3. Динамика неврологического статуса по шкале MMSE (баллы):
 * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$ (по сравнению с исходными значениями);
 ***† $p < 0,001$ (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы)

у пациентов обеих групп отмечалось незначительное снижение СКФ (MDRD) (см. табл. 1). На фоне стандартного лечения в первой группе наблюдалось некоторое увеличение СКФ к 90-м сут наблюдения при $p > 0,05$ с дальнейшим статистически незначимым ростом по отношению к исходному уровню. Во второй группе достоверное повышение данного показателя отмечено на протяжении всего периода наблюдения (рис. 6).

Статистически достоверных изменений средних значений АЛТ, АСТ и КФК не выявлено. Нежелательных побочных явлений, потребовавших отмены

препаратов за весь период наблюдения, не зарегистрировано.

В Российской Федерации, где ССЗ на почве атеросклероза приобрели характер эпидемии, рост числа фатальных осложнений атеросклероза остается одной из самых актуальных и нерешенных задач [1]. Среди ССЗ ведущее место занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС) (51%) и ишемический инсульт (27%) [10].

Недавние исследования установили наличие тесной связи между патологическими изменениями в сердце, сосудах и почках, а также подтвердили, что они обуслов-

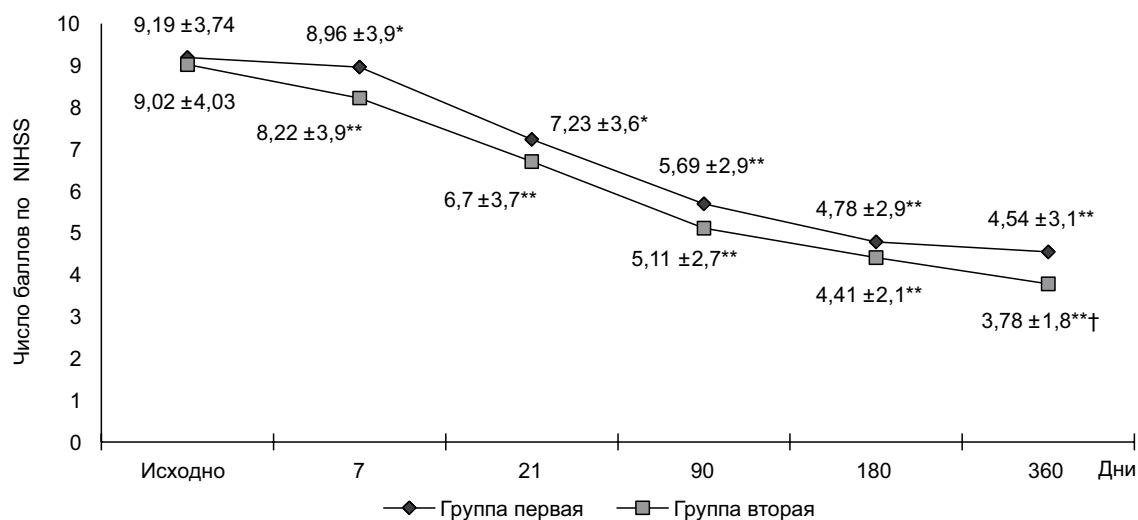


Рис. 4. Динамика неврологического статуса по шкале NIHSS (баллы):
 * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$ (по сравнению с исходными значениями);
 **† $p < 0,05$ (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы)

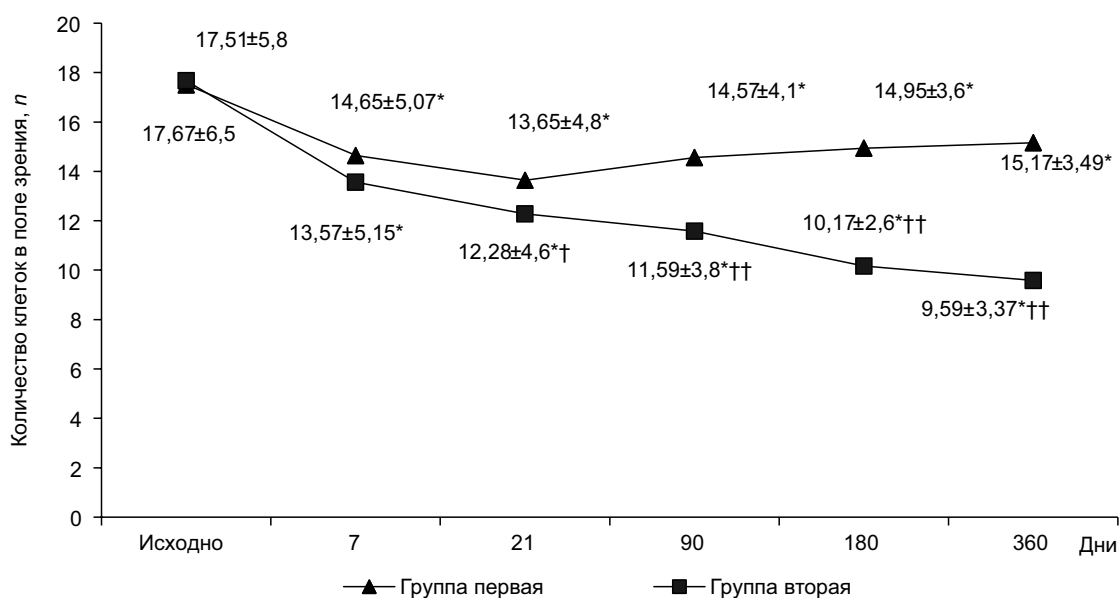


Рис. 5. Динамика числа клеток десквамированного эндотелия:
 * $p < 0,001$ (по сравнению с исходными значениями);
 *† $p < 0,05$, *†† $p < 0,001$ (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы)

лены одинаковыми факторами риска: АГ, гипергликемией, дислипидемией и ожирением. Механические и химические повреждения, обусловленные перечисленными факторами риска, ускоряют прогрессирование сосудистых изменений, начальными проявлениями которых являются эндотелиальная дисфункция и атеросклероз. В дальнейшем возникает протеинурия, гипертрофия миокарда левого желудочка сердца и преходящие нарушения мозгового кровообращения, а конечным итогом является хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инсульт. Эти изменения получили название кардиоваскулярно-ренального континуума. Эндотелиальная дисфункция — первое звено в патофизиологии кардиоваскулярно-ренального континуума, в основе которого лежит прогрессирующее поражение сосудов, усугубляющееся действием факторов риска

и ведущее к почечной недостаточности и обострению сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты проспективных исследований свидетельствуют, что эндотелиальная дисфункция периферических и коронарных сосудов является прогностическим фактором риска смерти от кардиоваскулярных причин. Немое течение атеросклероза у больных ХБП, с одной стороны, и высокий уровень смертности больных ХГПН от сердечно-сосудистой патологии — с другой, делают очевидной необходимость раннего выявления дисфункции эндотелия у больных на ранних стадиях хронической болезни почек [3,8]. Таким образом, существует гипотеза, согласно которой терапия с целью обратного развития эндотелиальной дисфункции может привести к уменьшению частоты кардиоваскулярных событий и почечной недостаточности [7].

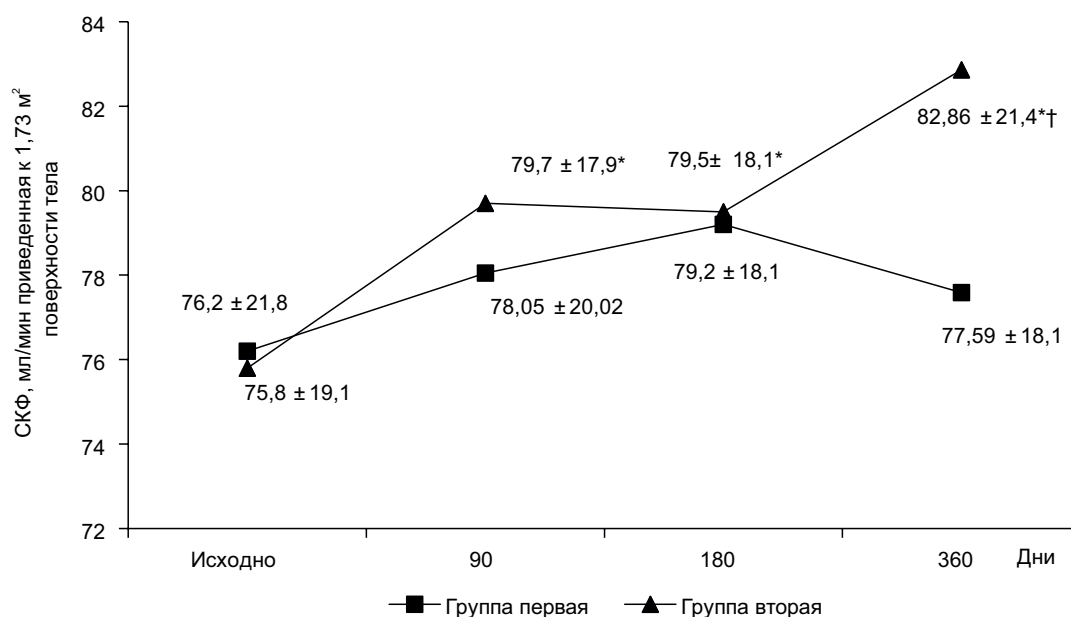


Рис. 6. Динамика скорости клубочковой фильтрации MDRD (мл/мин приведенная к 1,73 м² поверхности тела):

* $p < 0,05$ (по сравнению с исходными значениями);

*† $p < 0,05$ (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы)

Одним из маркеров повреждения эндотелия является степень его десквамации, которая оценивается по количеству циркулирующих (десквамированных) эндотелиоцитов в крови (Hladovets J., 1978). У пациентов, перенесших ишемический инсульт, выявлено увеличение числа циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов. Подобные результаты были получены и в работах других исследователей [4]. Все эти данные позволяют рассматривать увеличение числа циркулирующих эндотелиальных клеток как показатель степени повреждения сосудистой стенки [14]. Доказано, что статины обладают способностью восстанавливать функцию эндотелия и тем самым способствует нормальному вазомоторному ответу венечных и периферических артерий. Следует подчеркнуть, что это свойство статинов проявляется уже при малых дозах и для этого не требуется продолжительных сроков лечения [20].

Таким образом, решающее значение в снижении смертности и инвалидизации после перенесенного инсульта принадлежит первичной и вторичной профилактике, которая заключается в превентивном лечении бессимптомных больных с выраженными факторами риска развития инсульта и активным снижением риска повторного инсульта у уже переболевших пациентов.

Заключение. Стратегия вторичной профилактики цереброваскулярных нарушений заключается в выявлении ранних предикторов прогноза тяжести инсульта, в качестве которых может выступать определение числа десквамированных эндотелиальных клеток, в создании максимальной защиты сосудистой стенки от прогрессирования атеросклероза и воздействия на процессы тромбообразования.

В нашем исследовании раннее назначение 40 мг симвастатина больным в острой фазе ишемического инсульта наряду с сопутствующей нейропротектор-

ной и антигипертензивной терапией уже в периоде реабилитации (60-й день) привело к выраженным позитивным сдвигам, которые заключались в нормализации липидного спектра и улучшении неврологического статуса. Кроме того, активная гиполипидемическая терапия сопровождалась регрессом проявлений эндотелиальной дисфункции, что нашло отражение в значительном уменьшении количества циркулирующих в крови клеток десквамированного эндотелия, а также в улучшении функции почек. Важно, что зафиксированные к 60-му дню положительные характеристики нарастали в дальнейшем и статистически значимо отличались от таковых у больных первой группы.

Полагаем, что достигнутые результаты определяются как воздействием примененного препарата из группы статинов (высокодозного зокора-форте) на липидный обмен, так и, возможно даже в большей степени, его плейотропными эффектами — прежде всего способностью улучшать эндотелиальную функцию, антитромбическим и реопротекторным действием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, Д.Ю. Прогнозирование влияния статинов на прямые медицинские затраты при вторичной профилактике у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний / Д.Ю. Белоусов, Е.В. Афанасьева [и др.] // Качественная клиническая практика. — 2011. — № 1. — С.97—115.
Belousov, D.Yu. Prognozirovanie vliyaniya statinov na pryamyie meditsinskie zatraty pri vtorichnoi profilaktike u pacientov s vysokim riskom razvitiya serdechno-sosudistyh zabolevanii / D.Yu. Belousov, E.V. Afanas'eva [i dr.] // Kachestvennaya klinicheskaya praktika. — 2011. — № 1. — S.97—115.
2. Вахнина, Н.В. Лечение ишемического инсульта / Н.В. Вахнина // Русский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16, № 12. — С.1641.

- Vahnina, N.V. Lechenie ishemicheskogo insulta / N.V. Vahnina // Russkii medicinskii zhurnal. — 2008. — T. 16, № 12. — S.1641.
3. Волгина, Г.В. Факторы риска кардиоваскулярных заболеваний у больных хронической почечной недостаточностью / Г.В. Волгина, Ю.В. Перепечных, Б.Т. Бикбов [и др.] // Нефрология и диализ. — 2002. — № 4. — С.252—259.
Volgina, G.V. Faktory riska kardiovaskulyarnykh zabolevaniy u bol'nykh hronicheskoi pochechnoi nedostatochnost'yu / G.V. Volgina, Yu.V. Perepechnykh, B.T. Bikbov [i dr.] // Nefrologiya i dializ. — 2002. — № 4. — S.252—259.
 4. Гусев, Е.И. Проблемы инсульта в России / Е.И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — № 9. — С.3—5.
Gusev, E.I. Problemy insulta v Rossii / E.I. Gusev // Zhurnal neurologii i psikiatrii. — 2003. — № 9. — S.3—5.
 5. Исайкин, А.И. Патогенетические аспекты терапии ишемического инсульта / А.И. Исайкин // Трудный пациент. — 2010. — № 4. — С.21—25.
Isaikin, A.I. Patogeneticheskie aspekty terapii ishemicheskogo insulta / A.I. Isaikin // Trudnyi pacient. — 2010. — № 4. — S.21—25.
 6. Комиссарова, С.Д. Состояние агрегации тромбоцитов в острой стадии ишемического инсульта / С.Д. Комиссарова, А.В. Киселева, Г.Г. Лукашевич, Е.Д. Васенина // Медицина в Кузбассе. — 2009. — № 10. — С.40.
Komissarova, S.D. Sostoyanie agregatsii trombocitov v ostroi stadii ishemicheskogo insulta / S.D. Komissarova, A.V. Kiseleva, G.G. Lukashevich, E.D. Vasenina // Medicina v Kuzbasse. — 2009. — № 10. — S.40.
 7. Мовчан, Е.А. Дисфункция эндотелия и тромбоцитов при хронической болезни почек / Е.А. Мовчан // Бюллетень сибирской медицины. — 2008. — Прил. 2. — С.88—96.
Movchan, E.A. Disfunkciya endoteliya i trombocitov pri hronicheskoi bolezni почек / E.A. Movchan // Byulleten' sibirskoi mediciny. — 2008. — Pril. 2. — S.88—96.
 8. Мухин, Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации — общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза / Н.А. Мухин // Терапевт. архив. — 2007. — № 6. — С.5—10.
Muhin, N.A. Snizhenie skorosti klubochkovoi fil'tracii - obshchepopulyatsionnyi marker neblagopriyatnogo prognoza / N.A. Muhin // Terapevt. arhiv. — 2007. — № 6. — S.5—10.
 9. Суслина, З.А. Ишемический инсульт: кровь, сосудистая стенка, антитромботическая терапия / З.А. Суслина, М.М. Танашян, В.Г. Ионова. — М.: Мед. книга, 2005. — 248 с.
Suslina, Z.A. Ishemicheskii insult: krov', sosudistaya stenka, antitromboticheskaya terapiya / Z.A. Suslina, M.M. Tanashyan, V.G. Ionova. — M.: Med. kniga, 2005. — 248 s.
 10. Фонакин, А.В. Антитромбоцитарная терапия в лечении и профилактике ишемического инсульта / А.В. Фонакин, Л.А. Гераскина // Атмосфера. Нервные болезни. — 2011. — № 1. — С.2—7.
Fonyakin, A.V. Antitrombocitarnaya terapiya v lechenii i profilaktike ishemicheskogo insulta / A.V. Fonyakin, L.A. Geraskina // Atmosfera. Nervnye bolezni. — 2011. — № 1. — S.2—7.
 11. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска: рос. рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 7(6). — С.6. — (Прил. 3).
Funktsional'noe sostoyanie почек i prognozirovaniye serdechno-sosudistogo riska: ros. rekomendatsii // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. — 2008. — № 7(6). — S.6. — (Pril. 3).
 12. Хорева, М.А. Прогностическое значение маркеров дисфункции эндотелия у больных дисциркуляторной энцефалопатией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Хорева. — Иркутск, 2009. — 21 с.
Horeva, M.A. Prognosticheskoe znachenie markerov disfunkcii endoteliya u bol'nykh discirkulyatornoi encefalopatii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / M.A. Horeva. — Irkutsk, 2009. — 21 s.
 13. Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomized trials of statins // Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P.1267—1278.
 14. Halcox, J.P.J. Endothelial Function Predicts Progression of Carotid Intima-Media Thickness / J.P.J. Halcox, A.E. Donald, E. Ellins [et al.] // Circ. — 2009. — Vol. 119. — P.1005—1012.
 15. Hladovec, J. // Physiol. Bohemoslov. — 1978. — Vol. 27. — P.140—144.
 16. Levey, A.S. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group / A.S. Levey, J.P. Bosch, J.B. Lewis [et al.] // Ann. Intern. Med. — 1999. — Vol. 130. — P.461—470.
 17. Nassief, A. Statin therapy for stroke prevention / A. Nassief, J.D. Marsh // Stroke. — 2008. — Vol. 39. — P.1042—1048.
 18. Sandhu, S. Statins for improving renal outcomes: a meta-analysis / S. Sandhu, N. Wiebe, L.F. Fried, M. Tonelli // J. Am. Soc. Nephrol. — 2006. — Vol. 17. — P.2006—2016.
 19. Sarnak, M.J. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research / M.J. Sarnak, A.S. Levey, A.C. Schoolwerth [et al.] // Clinical Cardiology, Epidemiology and Prevention. Hypertension. — 2003. — Vol. 42. — P.1050—1065.
 20. Vane, J.R. Regulatory functions of the vascular endothelium / J.R. Vane, E.E. Anggard, R.M. Bunting // New England Journal of Medicine. — 1990. — Vol. 323. — P.27—36.

© Э.Ф. Гарифуллина, 2012

УДК 616.5-006.441-084

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ КОЖИ

ЭЛЬМИРА ФАНИСОВНА ГАРИФУЛЛИНА, аспирант кафедры дерматовенерологии

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», практикующий врач, Уфа,

тел. 8-937-475-23-67, e-mail: tef84@mail.ru

Реферат. Статья посвящена определению состояния диспансерной работы с больными, у которых диагностирована лимфома кожи, предложены методы по усовершенствованию этой работы. Сделано заключение о том, что для активной диагностики лимфом кожи необходимо проводить ежегодную диспансеризацию кожных больных и здоровых лиц, активизировать онкологическую настороженность врачей. А также в зависимости от гистологически диагностируемой формы и стадии лимфом кожи необходимо рекомендовать различные методы лечения, особое место следует отвести первичным профилактическим мероприятиям.

Ключевые слова: лимфомы кожи, диспансеризация, лечение, профилактика.

PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF PATIENTS SKIN LYMPHOMA

E. GARIFULLINA

Abstract. Article is devoted to work on prophylactics medical examination works on patients for which it is diagnosed skin lymphoma, methods on improvement of this work are offered. The conclusion that for active diagnostics skin lymphoma it is necessary to spend annual prophylactic medical examination of skin sick and healthy persons is made, to make active oncological vigilance of doctors. As well as depending on histological the diagnosed form and a stage skin lymphoma it is necessary to recommend various methods of treatment and special seat it is necessary to allocate to primary preventive actions.

Key words: skin lymphoma, prophylactic medical examination, treatment, preventive maintenance.

Введение. В Государственной программе развития Башкортостана охрана здоровья людей определена как дело первостепенной важности. Правительство ставит задачу добиться повсеместного и полного удовлетворения потребностей городских и сельских жителей во всех видах высококвалифицированной медицинской помощи, повышения ее качества, всеобщей диспансеризации населения [5, 7]. Несмотря на большие достижения здравоохранения в области профилактики заболеваний, охват диспансеризацией населения, в том числе больных, еще далеко не полный [4, 6, 8]. В России ежегодно регистрируется около 20 млн больных с кожными заболеваниями, а охвачено диспансеризацией менее 10% зарегистрированных больных [9, 14]. Особую актуальность этот вопрос приобретает в регионах с экологически неблагоприятной обстановкой [3, 15]. В литературе работы по диспансеризации больных лимфомами в современном их понимании в соответствии с классификацией ВОЗ-EORTC не представлены, что затрудняет организацию диспансерного наблюдения [16]. Часть больных эпизодически лечится у дерматологов, нередко с другими диагнозами, часть больных лимфомой кожи высокой степени злокачественности — у онкологов [4, 10, 13]. Нет действенной связи между дерматологическими и онкологическими учреждениями в отношении этих больных. До настоящего времени научно обоснованной диспансеризации таких больных ни у дерматологов, ни у онкологов не существует. В то же время длительное течение лимфом кожи с медленной опухолевой прогрессией требует постоянной сдерживающей терапии, которая невозможна без диспансерного наблюдения.

Цель исследования — определить состояние диспансерной работы с больными, у которых диагностирована лимфома кожи, предложить методы по совершенствованию этой работы.

Материал и методы исследования. Изучены амбулаторные карты пациентов с диагнозом лимфомы кожи, ранее получавших стационарное лечение в Республиканском кожно-венерологическом диспансере (РКВД). Проанализированы статистические талоны для записи заключительных (уточненных) диагнозов (ф.025/29), контрольные карты диспансерного наблюдения (ф.30), отчетная документация (ф.7.12).

Результаты и их обсуждение. Взятые нами на диспансерный учет больные лимфомой кожи согласно классификации ВОЗ-EORTC [3, 11, 12] были разделены на 2 подгруппы: *первая* — *Т-клеточные лимфомы*, при которых иммунофенотип клеток инфильтрата состоял из $CD_{45}RO^+$, CD_{3}^+ , CD_{43}^+ , CD_{30}^+ -лимфоцитов с клональной перестройкой TCR. Гистологически определялись изменения эпидермиса и проникновение в него клеток инфильтрата, в дерме были выражены полиморфно-клеточные инфильтраты; *вторая* — *В-клеточные*, где

эпидермис сохранял нормальное состояние, и клетки пролиферата не обладали эпидермотропизмом. Иммунофенотип клеток инфильтрата был представлен $CD_{45}RA^+$, CD_{20}^+ , CD_{79}^+ -лимфоцитами с клональной перестройкой TCR.

Т-клеточные лимфомы кожи наблюдали у 28 больных (мужчин — 20, женщин — 8), средний возраст которых составил 49,8 года. По роду занятий больные распределились следующим образом: сельхозработники — 10, рабочие химической, металл- и нефтеперерабатывающей промышленности (ХНП) — 10, строители — 8. Как видно, большая часть больных Т-клеточными лимфомами кожи (61,7%) по роду своей деятельности была занята работами на открытом воздухе и подвергалась действию продолжительной экологической инсоляции на фоне воздействия других факторов производства. Различным вредным факторам строительной, химической промышленности, сельского хозяйства (цементу, хлорфенолу, растворителям, пестицидам) отводится провоцирующая роль в возникновении лимфом кожи [9]. К аллергенам и экзоантигенам также относят нерациональное использование медикаментов (особенно антигистаминных средств, которые дают иммунодисрегуляторный эффект) [24]. Все обследованные больные указывали, что принимали различные лекарственные средства, в том числе антигистаминные, в среднем в течение 5—8 лет, предшествующие гистологически диагностируемой лимфоме кожи; получали физиотерапевтическое лечение 78% обследуемых. Клиническая манифестация после гиперинсоляции была замечена в 51,1% случаев, после облучения кварцевой лампой (УФО) — в 12,6%, после воздействия инфракрасного облучения (сталелитейщики в горячих цехах и на вредных производствах) — в 5,0%. У 7,6% больных первые очаги поражения возникли после стрессовых ситуаций и нервного перенапряжения, у 14,5% — после перенесенной в тяжелой форме острой респираторной вирусной инфекции, 3,1% больных указать причину заболевания не смогли.

Нами было установлено, что лимфомы кожи развивались на фоне хронических воспалительных заболеваний других барьерных лимфоэпителиальных органов: желудочно-кишечного тракта — у 44,33%, легких — у 13,4%, лимфоидной ткани глоточного кольца — у 12,37%, мочевыделительных органов — у 4,12%.

Клиническая картина больных Т-клеточными лимфомами кожи характеризовалась полиморфизмом высыпаний: наличием пятен, папул, бляшек застойно-красного или синюшно-багрового цвета, с шероховатой, нередко шелушащейся поверхностью, отдельных фолликулярных элементов или инфильтрацией различных размеров и форм. Общее состояние больных в начальных стадиях заболевания не нарушалось, увеличение периферических лимфоузлов

отмечалось у 48,9% больных. В группе Т-клеточных лимфом кожи преобладали больные грибвидным микозом (рис. 1), наблюдались и другие морфологические варианты лимфом: синдром Сезари (рис. 2),

первичная анапластическая крупноклеточная лимфома кожи (рис. 3), первичная кожная агрессивная CD_8^+ -Т-клеточная лимфома кожи (рис. 4), лимфоматозный папулез (рис. 5).

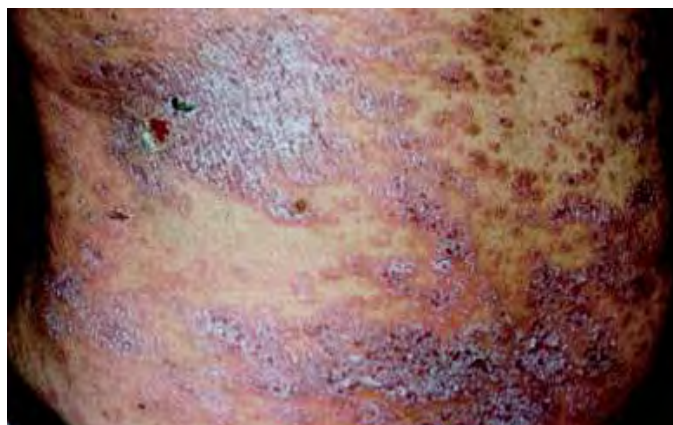


Рис. 1. Грибвидный микоз: полиморфизм клинических высыпаний, наличие папул, сливающихся в бляшки, покрытые серебристыми чешуйками

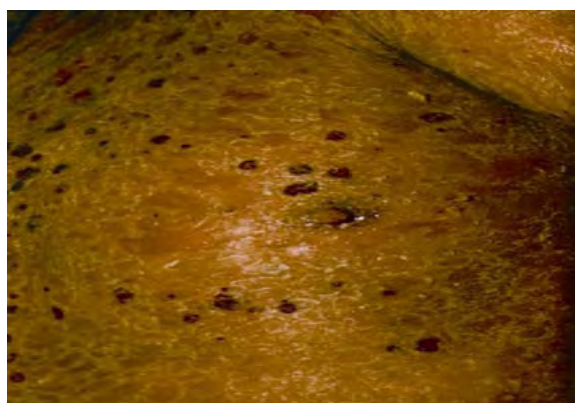


Рис. 2. Синдром Сезари: эритродермия, отек, инфильтрация, лихенификация всего кожного покрова, пластинчатое шелушение

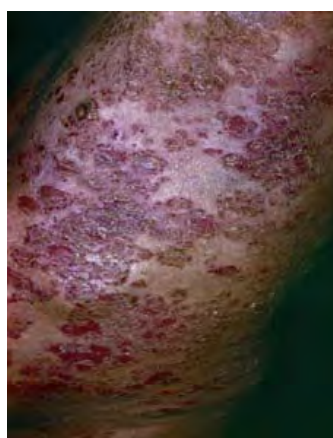


Рис. 3. Первичная кожная анапластическая крупноклеточная лимфома CD_{30}^+ : папулы, узелки, бляшки, сливающиеся между собой

Рис. 4. Первичная кожная агрессивная CD_8^+ -Т-клеточная лимфома кожи: эритематосквамозные элементы, сливающиеся в бляшки, покрытые серебристо-серыми корочками и чешуйками

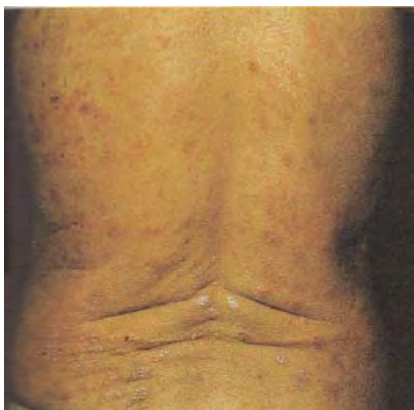


Рис. 5. Лимфоматоидный папулез: папулы, папуловезикулы с чешуйками, корочками, участками некроза на поверхности

Клинико-морфологическая характеристика больных лимфомами кожи представлена в табл. 1.

В-клеточные лимфомы кожи наблюдались у 18 больных (мужчин — 10, женщин — 8), средний возраст

которых составил 50,5 года, средняя продолжительность заболевания — 2,6 года. Распределение больных по роду занятий было следующим: сельскохозяйственные — 8, рабочие ХНП — 5, строители — 3, водители — 2. Обострение или начало заболевания в весенне-летне-осенний период наблюдалось у 10, в зимний — у 8 пациентов.

Большинство больных (15) локализацию первоначальных очагов поражения отмечали на закрытых участках тела (груди и животе, спине и ягодицах). Взаимосвязи рода деятельности, интенсивной инсоляцией, сезонности с развитием заболевания в группе больных В-клеточными лимфомами кожи нами не установлено. Для В-клеточных лимфом кожи был характерен ограниченный кожно-патологический процесс, начинающийся с синюшных пятен, бляшек, на фоне которых развивались опухолевые элементы, не сливающиеся между собой, плотноэластической консистенции. Отмечалось нарушение общего состояния, увеличение периферических лимфоузлов, отсутствие зуда. Клинико-морфологические варианты В-клеточных лимфом представлены в табл. 1 и на рис. 6.

Таблица 1

Клинико-морфологическая характеристика больных лимфомами кожи в соответствии с классификацией ВОЗ/EORTC (2005)

Клинико-морфологический диагноз	Количество больных	Средний возраст	Средняя давность заболевания	Преобладающие элементы	Локализация и состав пролиферата, его иммунофенотип
Т-клеточные лимфомы кожи	32	49,8	6,7		
Грибовидный микоз, всего	17			Эритемоквамозные элементы, бляшки, опухоли с распадом	В верхней трети дермы полиморфный инфильтрат, содержащий CD ₃ ⁺ , CD ₄₅ ⁺ RO ⁺ , CD ₄ ⁺ , CD ₈ ⁺ , CD ₅ ⁺ , CD ₇ ⁺ , CD ₄₃ ⁺ ; клональная перестройка TCR
I стадия	5				
II стадия	8	56,2	5,9		
III стадия	4				
Синдром Сезари	5	49,5	3,2	Эритродермия	
Первичная анапластическая крупноклеточная лимфома кожи	5	46,1	5,6	Эритемоквамозные и фолликулярные элементы, папулы, бляшки	В верхнесредних отделах дермы полиморфный диффузный инфильтрат, содержащий CD ₃ ⁺ , CD ₃₀ ⁺ , CD ₄₃ ⁺ , AG(EMA) ⁺ ; клональная перестройка TCR
Первичная кожная агрессивная CD ₈ ⁺ -Т-клеточная лимфома кожи	1	54,0	3	Эритемоквамозные элементы, бляшки, опухоли с распадом	В средненижних отделах дермы полиморфный диффузный инфильтрат, содержащий CD ₈ ⁺ , CD ₄₅ ⁺ RO ⁺ -лимфоциты
Лимфоматоидный папулез	4	34	5	Папулы, папуловезикулы, бугорки, некротические корки	В эпидермисе незначительный акантоз, в дерме отек. Разволокнение структур, нодулярный клинообразный инфильтрат, состоящий из CD ₃ ⁺ , CD ₄ ⁺ , CD ₂₅ ⁺ , CD ₃₀ ⁺ с клональной перестройкой TCR, HLA-DR ⁺
В-клеточные лимфомы кожи	18	50,5	2,6		
Первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны	10	54,7	1,4	Опухоли без распада	По всей толще дермы мнорморфный инфильтрат, состоящий из CD ₁₉ ⁺ , CD ₂₀ ⁺ , CD ₂₂ ⁺ , CD ₇₉ ⁺ A ⁺ , CD ₅ ⁺ , CD ₁₀ ⁺ , CD ₂₃ ⁺ -лимфоцитов
Первичная кожная В-лимфома из клеток фолликулярного центра	5	57,5	1,6	Пятна, фолликулярные узелки, опухолевые элементы, не сливающиеся между собой	По всей толще дермы мнорморфный инфильтрат, состоящий из CD ₁₉ ⁺ , CD ₂₀ ⁺ , CD ₇₉ ⁺ A ⁺ -лимфоцитов
Первичная кожная диффузно-крупно-В-клеточная лимфома, тип нижних конечностей	3	52,0	2,0	Ограниченные бляшки с четкими контурами, некротизирующиеся опухоли	Экспрессия bcl-2, Mum-1/IRF4



Рис. 6. Первичная кожная В-клеточная лимфома кожи маргинальной зоны: гладкие пятна, бляшки, очаги некроза, возникающие на видимой здоровой коже спины, живота, ягодиц, причудливой формы, без признаков шелушения

Хроническое воздействие на кожу солнечных лучей, профессиональных вредных факторов приводит к формированию гиперчувствительности замедленного типа (фотосенсибилизация, контактная гиперчувствительность, сенсибилизация к солям тяжелых металлов и т.п.), морфологически проявляющаяся пролиферацией эпидермиса и лимфоидной инфильтрацией дермы. На наш взгляд, эти реакции являются компенсаторно-приспособительными (стартовыми), дальнейшее течение патологического процесса может идти различными путями в зависимости от состояния иммунокомпетентной системы кожи и общей реактивности организма. В связи с этим большое значение приобретает диспансеризация больных, длительно страдающих хроническими дерматозами. Особое место следует отвести первичным профилактическим мероприятиям с использованием всех возможных методов защиты от воздействия вредных профессиональных факторов, начиная с перевода на другую работу и правильного проведения досуга до ношения защитной одежды и наружного применения защитных средств.

Лечение больных проводили в соответствии с формой и стадией заболевания, которые устанавливали с учетом клинических и морфологических особенностей процесса. Лечение включало курсовую и поддерживающую терапию. Курсовую терапию проводили 50 больным с различными формами лимфом кожи при выраженных клинко-морфологических проявлениях заболевания с индивидуальной регулярностью. Назначались цитостатические препараты проспидин, циклофосфан, винкристин, в ряде случаев эти препараты сочетали с преднизолоном, интерферонами, ретиноидами. В необходимых случаях цитостатики комбинировали с другими глюкокортикостероидными препаратами. Поддерживающее лечение назначали между курсами (препараты-адаптогены, бифунгин, при некоторых формах глюкокортикостероидные препараты), а также препараты, корректирующие электролитный обмен и работу внутренних органов. Это увеличивало продолжительность эффекта и позволяло осуществлять принцип перманентности терапии. Клиническая ремиссия (37,2%) и значительное улучшение состояния (30,9%) были достигнуты у 68,1% больных лимфомами кожи, которые находились на активном диспансерном наблюдении (АДН), тогда как у не состоявших на АДН больных положительный эффект отмечен всего лишь

у 33,3%, т.е. в 2 раза меньше. Частота рецидивов у наблюдаемых нами групп была снижена на 46,8%.

В результате проводимых организационных и лечебно-профилактических мероприятий охват диспансеризацией населения увеличился на 17%, выявляемость болезней кожи при первичной обращаемости и профосмотре улучшилась на 35%, дерматологическая заболеваемость снизилась на 11%. Значительно улучшилась динамика дерматологической заболеваемости, о чем свидетельствовали индикаторы диспансерной работы.

Таким образом, систематически контролируемое в процессе диспансеризации лечение больных позволило замедлить темп опухолевой прогрессии, увеличить продолжительность ремиссий, сохранить трудоспособность больных. Диспансеризация облегчает психологическую адаптацию к болезни. После окончания лечения больной должен находиться под диспансерным наблюдением: первый осмотр проводится через 4—6 нед, затем через 3, 6 мес, 1 год, а затем ежегодно в течение всей оставшейся жизни, что необходимо для раннего выявления рецидивов и успешного их лечения. Схема активного динамического наблюдения представлена в табл. 2.

Выводы:

1. Для активной диагностики лимфом кожи необходимо проводить ежегодную диспансеризацию кожных больных и здоровых лиц (основной метод скрининга — осмотр кожных покровов пациента); активизировать онкологическую настороженность участковых терапевтов, врачей общей практики и других специальностей, позволяющую своевременно выявлять и направлять пациента к дерматологу или онкологу.

2. Клинический полиморфизм лимфопролиферативных заболеваний и саркомы Капоши создает определенные трудности в диагностике этих нозологий, в связи с чем рекомендуем в каждом конкретном случае проведение биопсии и гистологических исследований с целью установления окончательного диагноза.

3. В зависимости от гистологически диагностируемой формы и стадии лимфом кожи необходимо рекомендовать различные методы лечения: ретиноиды, интерлейкины, цитостатики, кортикостероиды внутрь и наружно, проводимые в стационарных условиях, неспецифическая иммунокоррекция и кортикостероиды наружно в условиях поликлиники.

Схема активного динамического наблюдения за больными лимфомами кожи, подлежащих диспансеризации у врача-дерматовенеролога

Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и инструментальных исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
4—6 раз в год	Терапевт, онколог, иммунолог, эндокринолог, невропатолог, 3 раза в год. Другие специалисты по показаниям	Клинический, биохимический, иммунологический анализы крови, общие анализы кала и мочи 2 раза в год. УЗИ внутренних органов, рентгенография легких, МРТ — 2 раза в год. Гистологические, иммуноморфологические, серологические исследования. Другие исследования по показаниям	Режим, закаливание, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение экзо- и эндофакторов риска. Десенсибилизирующее лечение, кортикостероидная мазевая терапия. Цитостатики, иммунокорректирующие препараты, ПУВА-терапия, ретиноиды	Уменьшение частоты и тяжести рецидивов, дней временной нетрудоспособности. Уменьшение летальности, инвалидности, стремление достичь, как минимум, 5-летней выживаемости с клинически установленным диагнозом

4. При диспансеризации больных, длительно страдающих хроническими дерматозами, особое место следует отвести первичным профилактическим мероприятиям с использованием всех возможных методов защиты от солнца и воздействия вредных профессиональных факторов, начиная с перевода на другую работу и правильного проведения досуга до ношения защитной одежды и наружного применения защитных средств.

ЛИТЕРАТУРА

- Белоусова, И.Э. Современные подходы к диагностике и лечению первичных лимфом кожи на основе новой ВОЗ-ЕОRTC классификации В-клеточных лимфом кожи / И.Э. Белоусова, Д.В. Казаков, Ю.А. Криволапов // Архив патологии. — 2007. — № 6. — С.48—50.
Belousova, I.E. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju pervichnyh limfom kozhi na osnove novej VOZ-EORTC klassifikacii V-kletocnyh limfom kozhi / I.E. Belousova, D.V. Kazakov, Ju.A. Krivolapov // Arhiv patologii. — 2007. — № 6. — S.48—50.
- Богущ, П.Г. Дерматоонкологическая помощь населению: актуальные задачи / П.Г. Богущ, И.Г. Богущ, Г.Д. Селицкий [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2003. — № 6. — С.7—9.
Bogush, P.G. Dermatoonkologicheskaja pomow' naseleniju: aktual'nye zadachi / P.G. Bogush, I.G. Bogush, G.D. Selisskij [i dr.] // Vestnik dermatologii i venerologii. — 2003. — № 6. — S.7—9.
- Валиева, Э.Т. Современные подходы к оценке состояния условий труда и здоровья лаборантов нефтехимических производств / Э.Т. Валиева, М.К. Гайнуллина, А.Х. Якупова // Медицинский вестник Башкортостана. — 2007. — № 2. — С.15—18.
Valieva, Je.T. Sovremennye podhody k ocenke sostojanija uslovij truda i zdorov'ja laborantov neftehimicheskikh proizvodstv / Je.T. Valieva, M.K. Gajnullina, A.H. Jakupova // Medicinskij vestnik Bashkortostana. — 2007. — № 2. — S.15—18.
- Дубенский, В.В. Некоторые аспекты патогенеза новообразований кожи и их комплексное лечение / В.В. Дубенский, А.А. Гармонов, Н.Н. Слюсарь // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2004. — № 4. — С.4—7.
Dubenskij, V.V. Nekotorye aspekty patogeneza novoobrazovanij kozhi i ih kompleksnoe lechenie / V.V. Dubenskij, A.A. Garmonov, N.N. Sljusar' // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2004. — № 4. — S.4—7.
- Игликов, В.А. Анализ качества дерматологической помощи на амбулаторно-поликлиническом и госпитальном этапах в условиях обязательного медицинского страхования / В.А. Игликов, Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, Ю.С. Сорокина // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2004. — № 3. — С.55—58.
Igl'ikov, V.A. Analiz kachestva dermatologicheskoy pomowi na ambulatorno-poliklinicheskom i gospital'nom jetapah v uslovijah objazatel'nogo medicinskogo strahovanija / V.A. Igl'ikov, N.V. Kungurov, N.V. Zil'berberg, Ju.S. Sorokina // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2004. — № 3. — S.55—58.
- Измеров, Н.Ф. Здоровье трудоспособного населения / Н.Ф. Измеров // Медицина и ПЭ. — 2005. — № 11. — С.3—7.
Izmerov, N.F. Zdorov'e trudospobnogo naselenija / N.F. Izmerov // Medicina i PE. — 2005. — № 11. — S.3—7.
- Кулагин, В.И. Диспансеризация в дерматовенерологии, ее историческое прошлое и дальнейшие перспективы / В.И. Кулагин, Б.А. Пономарев, П.Г. Богущ, Г.Д. Селицкий [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2002. — № 1. — С.62—64.
Kulagin, V.I. Dispanserizacija v dermatovenerologii, ee istoricheskoe proshloe i dal'nejshie perspektivy / V.I. Kulagin, B.A. Ponomarev, P.G. Bogush, G.D. Selisskij [i dr.] // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2002. — № 1. — S.62—64.
- Кунгуров, Н.В. Актуальные проблемы совершенствования специализированной помощи больным хроническими дерматозами / Н.В. Кунгуров, Н.М. Герасимова, М.М. Кохан, Н.П. Малишевская [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2002. — № 5. — С.75—76.
Kungurov, N.V. Aktual'nye problemy sovershenstvovanija specializirovannoj pomowi bol'nym hronicheskimi dermatozami / N.V. Kungurov, N.M. Gerasimova, M.M. Kohan, N.P. Malishevskaja [i dr.] // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2002. — № 5. — S.75—76.
- Кунгуров, Н.В. Актуальные вопросы повышения доступности и качества дерматовенерологической помощи / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, М.М. Кохан, М.А. Уфимцева [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — № 1. — С.71—76.
Kungurov, N.V. Aktual'nye voprosy povyshenija dostupnosti i kachestva dermatovenerologicheskoy pomowi / N.V. Kungurov, N.V. Zil'berberg, M.M. Kohan, M.A. Ufimceva [i dr.] // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2007. — № 1. — S.71—76.
- Лезвинская, Е.М. Особенности реабилитации больных злокачественными лимфомами кожи / Е.М. Лезвинская, Г.В. Овсянникова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — № 5. — С.43—48.
Lezvinskaja, E.M. Osobennosti rehabilitacii bol'nyh zlokachestvennymi limfomami kozhi / E.M. Lezvinskaja,

G.V. Ovsjannikova // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2007. — № 5. — S.43—48.

11. Молочков, В.А. Т-клеточные лимфомы кожи: современные подходы к клинко-морфологической диагностике согласно классификации WHO/EORTC (2006): ч. I / В.А. Молочков, А.М. Ковригина, Г.В. Овсянникова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 2. — С.4—15.
Molochkov, V.A. T-kletochnye limfomy kozhi: sovremennye podhody k kliniko-morfologicheskoy diagnostike soglasno klassifikacii WHO/EORTC (2006): ch. I / V.A. Molochkov, A.M. Kovrigina, G.V. Ovsjannikova // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2009. — № 2. — С.4—15.
12. Молочков, В.А. В-клеточные лимфомы кожи: современные подходы к клинко-морфологической диагностике (согласно классификации ВОЗ/EORTC) и лечению: ч. II / В.А. Молочков, А.М. Ковригина, Г.В. Овсянникова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 3. — С.4—9.
Molochkov, V.A. B-kletochnye limfomy kozhi: sovremennye podhody k kliniko-morfologicheskoy diagnostike (soglasno klassifikacii VOZ/EORTC) i lecheniju: ch. II / V.A. Molochkov, A.M. Kovrigina, G.V. Ovsjannikova // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. — 2009. — № 3. — С.4—9.
13. Овсянникова, Г.В. Злокачественные лимфомы кожи / Г.В. Овсянникова, Е.М. Лезвинская. — М., 2009. — С.157—159.
14. Потекаев, Н.С. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005—2006 годы: стат. материалы / Н.С. Потекаев. — М., 2007. — С.80—82.
Potekaev, N.S. Resursy i dejatel'nost' kozhno-venerologicheskikh uchrezhdenij. Zaboлеваemost' za 2005—2006 gody: stat. materialy / N.S. Potekaev. — М., 2007. — С.80—82.
15. Сулейманов, Р.А. Динамика заболеваемости трудоспособного населения, проживающего в районе расположения Башкирского биохимкомбината / Р.А. Сулейманов, И.Г. Абдулнугимов // Медицинский вестник Башкортостана. — 2007. — № 2. — С.11—14.
Sulejmanov, R.A. Dinamika zaboлеваemosti trudosposobnogo naselenija, prozhivajuwegо v rajone raspolozhenija Bashkirsogo biohimkombinata / R.A. Sulejmanov, I.G. Abdunagimov // Medicinskij vestnik Bashkortostana. — 2007. — № 2. — С.11—14.
16. Ястребов, В.В. Диспансеризация и лечение больных лимфомами кожи / В.В. Ястребов // Материалы I конгресса дерматологов России. — М., 2006. — 146 с.
Jastrebov, V.V. Dispanserizacija i lechenie bol'nyh limfomami kozhi / V.V. Jastrebov // Materialy I kongressa dermatologov Rossii. — М., 2006. — 146 s.
17. Burg, G. Cutaneous lymphomas, pseudolymphomas and related disorders / G. Burg, O. Braun-Falco. — Berlin: Springer-Verlag, 2010. — P.115.

© О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов, 2012

УДК 616.61-002.2-036.22(470.41)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА СИГИТОВА, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, e-mail: osigit@rambler.ru
ЕВГЕНИЙ ВИКТОРОВИЧ АРХИПОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Реферат. В статье представлены данные об эпидемиологии хронических гломерулонефритов у взрослого населения Республики Татарстан по обращаемости за 2000—2010 гг.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, эпидемиология, взрослое население.

EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS IN ADULTS

O.N. SIGITOVA, E.V. ARKHIPOV

Abstract. The article reviews the data on epidemiology of chronic glomerulonephritis in adults, living in Tatarstan and applying for medical aid in 2000-2010.

Key words: chronic glomerulonephritis, epidemiology, adults.

Уточнение закономерностей эпидемиологии заболеваний почек способствует разработке методов профилактики и консервативной терапии, позволяющие контролировать течение болезни, отдалить начало заместительной почечной терапии или уменьшить количество летальных осложнений [8].

Гломерулонефрит (ГН) — иммуновоспалительное заболевание, имеющее волнообразное течение с исходом в нефросклероз. Несмотря на относительно невысокую распространенность хронического ГН (ХГН) в популяции, прогрессирующее течение заболевания является причиной того, что больные ХГН составляют основной контингент отделений нефрологии, гемодиализа и трансплантации почки. Прогрессирование

нефрита и развитие почечной недостаточности зависит от активности процесса, не всегда клинически выявляемой. Поэтому диагноз ХГН нередко впервые устанавливается на терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП).

С позиции практической медицины исход ХГН в значительной степени зависит от своевременного выявления заболевания, эффективности иммуносупрессивной терапии, подавляющей активность и позволяющей достичь ремиссии, и от эффективности нефропротекции, замедляющей прогрессирование. Диагноз ХГН может быть достоверно установлен лишь при гистоморфологическом исследовании нефробиоптата, однако в большинстве случаев устанавливается клинически,

поскольку нефробиопсия не всегда доступна. ХГН встречается значительно чаще, чем ОГН.

Сведения об эпидемиологии ХГН относятся преимущественно к 1960—1990-м годам прошлого столетия. Распространенность ХГН в России по обращаемости в 1963—1976 гг. составляла 11,2—14,8 случая, в 1980—1990 гг. — 13—50 на 10 тыс. населения. ХГН в 1960—1990-е годы прошлого столетия занимал 3—4-е место в структуре распространенности заболеваний почек и мочевых путей после пиелонефрита и мочекаменной болезни [9] и продолжает занимать одно из первых мест в структуре причин терминальной ХПН [13]. В США в 1960—1980 гг. доля ХГН на стадии терминальной ХПН достигала 37—81% (в среднем 28,8%), пиелонефрита — с 6 до 25%; причем на ХГН приходилось до 20,9% новых случаев терминальной ХПН [12]. В структуре терминальной ХПН в 70-е годы доля ХГН снизилась до 10,8%, возросла доля сахарного диабета до 31,2%, гипертонии — до 27,5% [4]. В Республике Татарстан в 1996—1998 гг. количество взрослых больных с терминальной ХПН составило (в пересчете на 1 млн жителей) 269—355 и в последнее десятилетие превышает 600 человек на 1 млн населения [6].

Публикации последнего десятилетия по эпидемиологии заболеваний почек в основном посвящены распространенности ХПН и/или ХБП. Уровень распространенности заболеваний почек и ХПН по данным нефрологических регистров Москвы, Республики Татарстан и Российской Федерации ежегодно растет [1, 2, 3, 5, 10]. Патология почек и мочевых путей занимает 12-е место среди причин смерти и 17-е — как утрата трудоспособности [8, 11]. Количество больных с терминальной ХПН в мире, получающих заместительную почечную терапию, в течение последних 20 лет возросло более чем в 4—5 раз [1, 2, 7, 10].

Однако распространенность ХГН по обращаемости не всегда отражает истинный уровень, так как заболевание нередко имеет латентное течение и диагностируется на стадии ХПН или протекает под маской других заболеваний почек. Так, по данным нефрологического отделения РКБ МЗ РТ за период с 1999—2005 гг., диагноз ХГН у 9—12% больных впервые выявлен на стадии ХПН [6].

Первичный хронический ГН наблюдают в 2—3 раза чаще у мужчин, чем у женщин; при вторичном ГН частота зависит от основного заболевания. Хронический ГН может развиваться в любом возрасте, однако наиболее часто возникает у детей 3—7 лет и взрослых 20—40 лет.

Цель исследования — изучить распространенность ХГН, возрастно-половые аспекты заболевания, закономерности эпидемиологии в динамике за период с 1996 по 2010 г. у взрослого населения Республики Татарстан.

Материал и методы исследования. Официальные формы отчетности по обращаемости по классу заболеваний почек и мочевыводящих путей в соответствии с МКБ-9 и МКБ-10 дополнены за период 1999—2010 гг. данными специально разработанных дополнительных отчетных форм, утвержденных МЗ РТ.

Результаты и их обсуждение. В 1996—1998 гг. в соответствии с МКБ-9 учет заболеваний почек и мочевых путей осуществлялся по 3 группам: 1. Нефриты и нефрозы. 2. Инфекции почек. 3. Мочекаменная болезнь. Полученные данные о заболеваемости и распространенности по 1-й группе, в которую вошли не только гломерулярные, но и интерстициальные заболевания почек, представлены в *табл. 1*.

Заболеваемость по группе «нефриты и нефрозы», в которую вошли гломерулонефриты, составила 2,4—2,1 случая на 10 тыс. населения, болезненность — 17,2—14,5. Однако полученные данные нельзя отнести к распространенности только гломерулонефритов ввиду вхождения в эту группу нефрозов.

С 1999 г. учет заболеваемости стал проводиться по МКБ-10. Заболевания почек были объединены в 3 группы учета: 1. Гломерулярные и тубулоинтерстициальные заболевания. 2. Почечная недостаточность. 3. Мочекаменная болезнь. Заболевания клубочков в данной классификации, как и в МКБ-9, объединены в одну группу с заболеваниями интерстиция, причем в нее вошли и инфекции мочевых путей, поэтому уровень заболеваемости по аналогичной группе, в которую вошли ГН, оказался в 10 раз выше (*табл. 2*), чем в период 1996—1998 гг. по МКБ-9. Полученные данные оказались несопоставимыми с таковыми по МКБ-10 и не дали истинной информации об эпидемиологии ХГН.

В связи с этим были разработаны дополнительные формы отчетности по группе «заболевания почек и мочевыводящих путей», утвержденные МЗ РТ, в которые, кроме других заболеваний почек и мочевых путей, вошли первичные ГН, быстропрогрессирующий гломерулонефрит и некоторые вторичные ГН. Данные формы ежегодно корректировались, а с 2011 г. после утверждения приказа МЗ РТ от 31.12.10 № 1689 «Порядок оказания медицинской помощи по профилю

Таблица 1

Заболеваемость/болезненность по группе нефриты и нефрозы взрослого населения РТ по обращаемости за 1996—1998 гг. (на 10 тыс. населения)

Группа заболеваний	Заболеваемость			Болезненность		
	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Нефриты и нефрозы	2,4	2,4	2,1	17,2	15,8	14,5

Таблица 2

Заболеваемость/болезненность почек у взрослого населения РТ по обращаемости за 1999—2001 гг. (на 10 тыс. населения)

Группа заболеваний	Заболеваемость/болезненность в 1999—2001 гг.		
	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Гломерулярные и тубулярные болезни	31/122,0	31/138,1	37/159,4
ХПН (на 1 млн населения)	65,9/253	74/289	82/338

«нефрология» в дополнительные формы отчетности была введена классификация ХБП.

При анализе данных отчетных форм за 2000—2010 гг. выявлена тенденция к росту распространенности ХГН (табл. 3): число больных ХГН выросло с 1 340 до 2 181, или с 6,7 случая на 10 тыс. населения в 2000 г., до 15,8 — в 2010 г. (в 2,4 раза). Заболеваемость ГН за изучаемый период также выросла с 0,98 до 1,62 на 10 тыс. населения; доля вновь заболевших ХГН составила 9,9—14,9%. Уровень распространенности ХГН достиг нижней границы уровня в России и за рубежом, что говорит об улучшении диагностики ГН.

Распространенность ГН с 2000 по 2005 г. составила 8,3 на 10 тыс. населения. Доля ГН в структуре заболеваний почек составила 4,9%. В структуре распространенности гломерулонефриты заняли 4-е место после тубулоинтерстициальных нефритов (1-е место),

мочекаменной болезни (2-е место) и прочих заболеваний (3-е место) (табл. 4).

За период 2006—2010 гг. уровень распространенности ГН вновь вырос с 8,3 до 12,7 на 10 тыс. населения, т.е. в 1,5 раза. Доля ГН в структуре заболеваний почек выросла с 4,9% в предшествующее пятилетие до 6,8% в 2006—2010 гг. В структуре распространенности за 2006—2010 гг. (табл. 5) ГН переместились на 3-е место после МКБ (2-е место) и тубулоинтерстициальных нефритов (1-е место), что отражает тенденцию к увеличению доли ХГН среди заболеваний почек за анализируемый период.

Уровень распространенности ХГН в Республике Татарстан за 2000—2005 гг. оказался ниже уровня в России и за рубежом, что говорит о гиподиагностике и наметившейся тенденции к ее улучшению в 2006—2010 гг. [5]. Рост распространенности ХГН за период с 2001 по 2005 г. составил 34,3% при ежегодном при-

Таблица 3

Распространенность ХГН в РТ за 2000—2010 гг. (на 10 тыс. населения)

ХГН	Распространенность ХГН в РТ в 2000–2010 гг.										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Абс. число на 10 тыс.	6,7	6,7	8	9,1	9,8	9	9,1	11	12,2	11,8	15,8
Число больных	1340	1382	1613	1828	1955	1840	2151	2034	2143	2284	2181

Таблица 4

Уровень распространенности ХГН и структура заболеваний почек за 2000—2005 гг. (на 10 тыс. населения)

Заболевания почек	Распространенность ГН и место в структуре заболеваний почек		
	Распространенность, %	Структура заболеваний почек, %	Место в структуре
1. Гломерулонефриты	8,3	4,9	4
2. Тубулоинтерстициальные нефриты (в том числе пиелонефриты)	81,8	48,8	1
3. Острая почечная недостаточность	0,2	0,1	10
4. Хроническая почечная недостаточность	5,0	3,0	7
5. Мочекаменная болезнь	45	26,9	2
6. Диабетическая нефропатия	7,2	4,3	6
7. Амилоидоз почек	0,1	0,06	11
8. Волчаночный нефрит	0,5	0,3	9
9. Гипертоническая нефропатия	8,1	4,8	5
10. Пороки развития	2,8	1,7	8
11. Прочие	9,0	5,3	3
ХБП (всего)	167,5	100%	—

Таблица 5

Уровень распространенности ХГН и структура заболеваний почек за 2006—2010 гг. (на 10 тыс. населения)

Заболевания почек	Распространенность и структура ХБП		
	Распространенность, %	Доля в структуре ХЗП, %	Место в структуре ХЗП
1. Гломерулонефриты	12,7	6,8	3
2. Тубулоинтерстициальные нефриты (в том числе пиелонефриты)	94	50,5	1
3. Острая почечная недостаточность	0,14	0,08	10
4. Хроническая почечная недостаточность	9,9	5,3	5
5. Мочекаменная болезнь	54,1	29,1	2
6. Диабетическая нефропатия	10,0	5,4	4
7. Амилоидоз почек	0,4	0,2	8
8. Волчаночный нефрит	0,34	0,18	9
9. Гипертоническая нефропатия	1,7	0,9	7
10. Пороки развития	2,6	1,4	6
11. Прочие	0,1	0,05	11
ХБП (всего)	186,1	100%	—

росте 6,9% и превысил рост распространенности заболеваний почек в целом, который за этот же период составил 7,8% при ежегодном приросте 1,6% в год. Этот факт говорит о том, темпы роста заболеваемости и распространенности ХГН превышают таковые по группе заболеваний почек в целом. Распространенность терминальной ХГН в случаях выросла на 84,8% при ежегодном приросте 16,9%.

В структуре хронических заболеваний почек на додиализной стадии ХГН заняли 4-е место и 2-е место — в структуре причин терминальной ХГН (23,6% по данным отделений гемодиализа). Тенденция к увеличению доли ХГН в структуре заболеваний почек по мере снижения функции почек отражает его прогрессирующее течение. По данным обращаемости при ХГН преобладают мужчины (1,4:1). Средний возраст больных ХГН в РТ составил 39,7 лет.

Заключение. Анализ эпидемиологии ХГН по обращаемости за 2000—2010 гг. выявил рост распространенности ХГН в 2,4 раза: с 6,7 случая на 10 тыс. населения в 2000 г. до 15,8 в 2010 г., заболеваемости — с 0,98 до 1,62. Доля гломерулонефритов в структуре распространенности заболеваний почек увеличивается по мере снижения функции почек, отражая прогрессирующий характер течения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов, Б.Т. Состояние заместительной почечной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998—2005 гг. / Б.Т. Бикбов, Н.А. Томилина // *Нефрология и диализ*. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 6—72.
Bikbov, B.T. Sostojanie zamestitel'noj pochechnoj terapii bol'nyh s hronicheskoj pochechnoj nedostatochnost'ju v Rossijskoj Federacii v 1998—2005 gg. / B.T. Bikbov, N.A. Tomilina // Nefrologija i dializ. — 2007. — T. 9, № 1. — S. 6—72.
2. Бикбов, Б.Т. Состояние заместительной почечной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998—2007 гг. / Б.Т. Бикбов, Н.А. Томилина // *Нефрология и диализ*. — 2009. — Т. 1, № 3. — С. 144—219.
Bikbov, B.T. Sostojanie zamestitel'noj pochechnoj terapii bol'nyh s hronicheskoj pochechnoj nedostatochnost'ju v Rossijskoj Federacii v 1998—2007 gg. / B.T. Bikbov, N.A. Tomilina // Nefrologija i dializ. — 2009. — T. 1, № 3. — S. 144—219.
3. Ведерникова, С.Л. Распространенность и структура заболеваний почек у пациентов по данным амбулаторно-поликлинического приема / С.Л. Ведерникова, Н.В. Сайгак, А.В. Алехнович // *Нефрология и диализ*. — 2010. — Т. 12, № 2. — С. 111—114.
Vedernikova, S.L. Rasprostranennost' i struktura zabolevanij pochk u pacientov po dannym ambulatorno-poliklinicheskogo priema / S.L. Vedernikova, N.V. Sajgak, A.V. Alehnovich // Nefrologija i dializ. — 2010. — T. 12, № 2. — S. 111—114.
4. Николаев, А.Ю. Лечение почечной недостаточности / А.Ю. Николаев, Ю.С. Милованов. — М.: МИА, 1999. — 362 с.
Nikolaev, A.Ju. Lechenie pochechnoj nedostatochnosti / A.Ju. Nikolaev, Ju.S. Milovanov M.: MIA, 1999. — 362 c.
5. Сигитова, О.Н. Уровень, причины и частота развития хронической почечной недостаточности у взрослого населения Республики Татарстан / О.Н. Сигитова, В.А. Закирова, Л.Ф. Закирова [и др.] // *Нефрология и диализ*. — 2007. — Т. 9, № 3. — С. 263.
Sigitova, O.N. Uroven', prichiny i chastota razvitiya hronicheskoj pochechnoj nedostatochnosti u vzroslogo naselenija Respubliki Tatarstan / O.N. Sigitova, V.A. Zakirova, L.F. Zakirova [i dr.] // Nefrologija i dializ. — 2007. — T. 9, № 3. — S. 263.
6. Анализ заболеваемости хронической почечной недостаточностью в Республике Татарстан / О.Н. Сигитова, Р.А. Надеева, В.А. Закирова [и др.] // *Казан. мед. журнал*. — 2008. — Т. LXXXIX, № 4. — С. 553—557.
Analiz zabolevaemosti hronicheskoj pochechnoj nedostatochnost'ju v Respublike Tatarstan / O.N. Sigitova, R.A. Nadeeva, V.A. Zakirova [i dr.] // Kazan. med. zhurnal. — 2008. — T. LXXXIX, № 4. — S. 553—557.
7. Сигитова, О.Н. Хроническая болезнь почек у взрослого населения Республики Татарстан / О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов, Э.И. Бикмухаметова [и др.] // *Актуальные вопросы нефрологии и заместительной почечной терапии: сб. науч. тр. V Поволжской межрегион. конф. РДО, 23—24 мая 2011 г.* — Казань, 2011. — С. 95—96.
Sigitova, O.N. Hronicheskaja bolezni' pochk u vzroslogo naselenija Respubliki Tatarstan / O.N. Sigitova, E.V. Arhipov, Je.I. Bikmuhametova [i dr.] // Aktual'nye voprosy nefrologii i zamestitel'noj pochechnoj terapii: sb. nauch. tr. V Povolzhskoj mezhhregional'noj konferencii RDO, 23—24 maja 2011 g. — Kazan', 2011. — S. 95—96.
8. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков [и др.] // *Нефрология*. — 2006. — Т. 10, № 1. — С. 7—13.
Jepidemiologija i social'no-jekonomicheskie aspekty hronicheskoj bolezni pochk / A.V. Smirnov, V.A. Dobronravov, I.G. Kajukov [i dr.] // Nefrologija. — 2006. — T. 10, № 1. — S. 7—13.
9. Тареев, Е.М. Гломерулонефриты. Общие вопросы, этиология, классификация / Е.М. Тареев // *Руководство по нефрологии: в 2 т.; под ред. И.Е.Тареевой*. — М.: Медицина, 1995. — Т. 2. — С. 5—20.
Tareev, E.M. Glomerulonefrity. Obwie voprosy, jetiologija, klassifikacija / E.M. Tareev // Rukovodstvo po nefrologii v 2 t.; pod red. I.E. Tareevoj. — M.: Medicina, 1995. — T. 2. — S. 5—20.
10. Томилина, Н.А. Эпидемиология хронических заболеваний почек по данным Московского нефрологического центра почечной недостаточности / Н.А. Томилина, Б.Т. Бикбов // *Нефрология и диализ*. — 2005. — Т. 7, № 3. — С. 281—282.
Tomilina, N.A. Jepidemiologija hronicheskix zabolevanij pochk po dannym Moskovskogo nefrologicheskogo centra pochechnoj nedostatochnosti / N.A. Tomilina, B.T. Bikbov // Nefrologija i dializ. — 2005. — T. 7, № 3. — S. 281—282.
11. Coresh, V. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey / V. Coresh, B.C. Astor, T. Green [et al.] // *Am. J. Kidney Dis.* — 2003. — Vol. 41 (1). — P. 1—12.
12. Parsone, F.M. Pielonephritis and chronic renal failure / F.M. Parsone [et al.] // *Proc. EDTA*. — 1972. — Vol. 9. — P. 3—7.
13. Schiepati, A. Renal disease as a public health problem. Epidemiology, social and economic implications / A. Schiepati, G. Remmuzi // *Kid ol.* — 1968. — P. 7—10.

© Э.Б. Фролова, Г.А. Мухаметшина, Э.И. Мухитова, Ч.Н. Гарифуллина, 2012
УДК 616.127-009.51

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. начальника по лечебной работе ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: frolova.67@mail.ru

ГУЗЕЛЬ АГЗАМОВНА МУХАМЕТШИНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, врач-кардиолог ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: guzel.muhametshina.71@mail.ru

ЭЛЬЗА ИЛХАМОВНА МУХИТОВА, врач-ординатор кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, e-mail: inanna00787@mail.ru

ЧУЛПАН НАИЛЕВНА ГАРИФУЛЛИНА, врач-кардиолог Осиновской ЦРБ, e-mail: chqarifullina@mail.ru

Реферат. Описан клинический случай гипертрофической кардиомиопатии, демонстрация которого представляет большой интерес для клиницистов с точки зрения актуальности заболевания.

Ключевые слова: гипертрофическая кардиомиопатия, обструкция, стеноз, аорта.

HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY

E.B. FROLOVA, G.A. MUHAMETSHINA, E.I. MUKHITOVA, CH.N. GARIFULLINA

Abstract. Described a clinical case for HCM. The demonstration, which is of great interest to clinicians in terms of the relevance of the disease.

Key words: hypertrophic cardiomyopathy, obstruction, stenosis, aorta.

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) — это генетически обусловленное заболевание, вызванное аномалиями белковых компонентов, саркомеров и проявляющееся массивной гипертрофией стенок левого желудочка, приводящее к уменьшению размеров его полости, нарушению диастолической функции и нередко сопровождающееся развитием обструкции выходного отдела у больного без признаков заболеваний, которые могли бы привести к столь выраженной гипертрофии (АГ, пороки сердца и т.д.).

Этиология. В настоящее время роль генетических факторов в возникновении ГКМП неопровержимо установлена. Обнаружены протеины, мутация которых обуславливает развитие данной патологии.

К ним относят:

- тяжелую цепь кардиального β -миозина (14-я хромосома);
- кардиальный тропонин Т (1-я хромосома);
- связанный с миозином протеин С (11-я хромосома);
- тропомиозин (15-я хромосома);
- миозин легких цепей;
- титин;
- α -актин;
- сердечный тропонин I;
- тяжелую цепь кардиального α -миозина.

Патогенез. Микроскопические изменения миокарда при ГКМП характеризуются гипертрофией мышечных волокон и нарушением их взаимной ориентации, волокна хаотически располагаются под углом друг к другу, пересекаются или образуют завихрения. Такое беспорядочное расположение волокон создает морфологический субстрат для возникновения циркуляции и повторного

входа волны возбуждения (re-entry), предопределяя возникновение пароксизмальных нарушений ритма.

Изменения геометрии ЛЖ и морфологии миокарда приводят к:

- нарушению диастолического наполнения ЛЖ;
- формированию динамического градиента в путях оттока ЛЖ;
- ускоренному изгнанию крови в аорту, которое втягивает створки и хорды митрального клапана в выносящий тракт ЛЖ, приводя к его значительному сужению (рис. 1).

Современная классификация заболеваний:

- Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз.
- Асимметричная гипертрофия перегородки без изменений со стороны аортального и митрального клапанов, без обструкции выходного тракта ЛЖ.
- Верхушечная ГКМП с ограничением зоны гипертрофии областью верхушки.
- Симметричная ГКМП с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ.

Последние 3 формы встречаются редко и не сопровождаются развитием обструкции выносящего тракта ЛЖ.

Классификация ГКМП Нью-Йоркской ассоциации сердца:

I степень — градиент давления не выше 25 мм рт.ст.

II степень — градиент давления от 25 до 36 мм рт.ст.

III степень — градиент давления от 36 до 44 мм рт.ст.

IV степень — градиент давления 45 мм рт.ст.

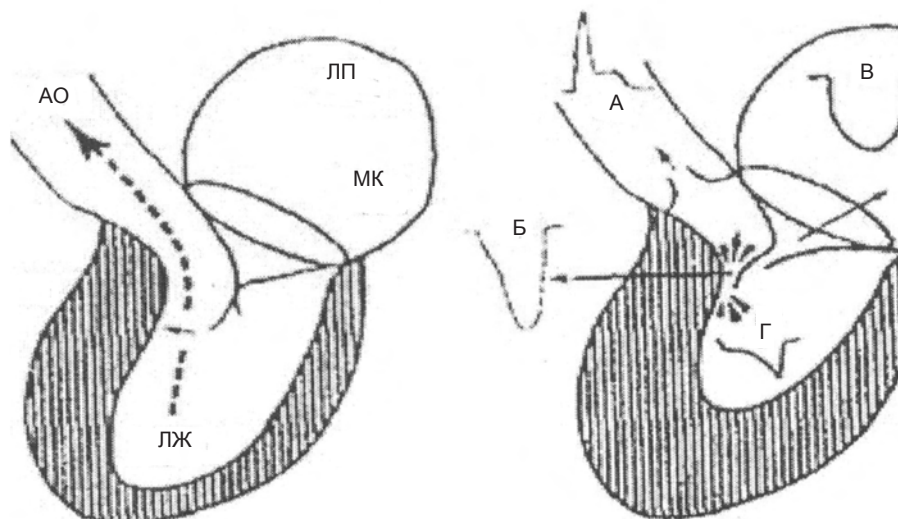


Рис. 1. Изгнание крови (пунктир) с большой скоростью вследствие гипердинамического сокращения левого желудочка и сужения его пути оттока из-за гипертрофии базальной части межжелудочковой перегородки, втягивающих переднюю и заднюю створки МК в просвет выносящего тракта по направлению к межжелудочковой перегородке

Классификация по степени гипертрофии:

- умеренная — толщина гипертрофии 15—20 мм;
- средняя — толщина гипертрофии 21—25 мм;
- выраженная — толщина гипертрофии более

25 мм.

Клиника ГКМП

Характерная клиническая картина ГКМП представлена триадой:

- стенокардия;
- аритмии;
- синкопальные состояния.

Типичным является сочетание этих симптомов с систолическим шумом, изменениями ЭКГ и указаниями на случаи ГКМП или внезапной смерти среди родственников.

Стенокардия возникает даже в отсутствие коронаросклероза. Почему? Во-первых, возрастает повышенная потребность в кислороде резко гипертрофированной сердечной мышцы, особенно в период нагрузки; во-вторых, имеющиеся в миокарде при ГКМП мышечные мостики сдавливают во время систолы и в ранней диастоле коронарные артерии сами по себе нормальные или даже расширенные. Причиной синкопальных состояний может быть уменьшение сердечного выброса и недостаточное кровоснабжение головного мозга в результате обструкции выносящего тракта ЛЖ или эпизоды тахикардий. Появляются ощущения резкой слабости, головокружение, потемнение в глазах; приступы сердцебиения различной продолжительности, короткие эпизоды сердцебиения могут протекать бессимптомно, в этом случае необходимо проведение холтеровского мониторирования ЭКГ; спектр обнаруживаемых аритмий чрезвычайно широк: желудочковые экстрасистолы различных градаций, желудочковые тахикардии (двунаправленные «пируэт»-тахикардии), фибрилляции желудочков, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии, мерцания и трепетания предсердий, инспираторная одышка, а в терминальной стадии — признаки правожелудочковой недостаточности (гепатомегалия, отеки, анасарка).

Физикальные симптомы:

- прерывистый толчкообразный пульс (*pulsus bifidus*), обусловленный быстрым подъемом пульсовой волны при изгнании крови из ЛЖ в начале систолы с последующим резким спадом при развитии обструкции;
- пальпируются в прекардиальной области усиленные сокращения левого предсердия;
- парадоксальное расщепление II тона;
- систолический шум выслушивается на верхушке и в III или в IV межреберье вдоль левого края грудины. Шум имеет дующий характер, проводится в аксиллярную область.

Инструментальные методы диагностики:

1. Электрокардиография (ЭКГ).

В 66% случаев ГКМП на ЭКГ имеется картина гипертрофии миокарда ЛЖ с несимметричными инвертированными зубцами Т и косонисходящей депрессией сегмента ST (рис. 2).

В 30% случаев регистрируются атипичные зубцы Q, глубокие и узкие (в отличие от инфарктных зубцов Q) в отведениях II, III, aVF, а также в V₄ и V₅. Эти зубцы Q отражают резкое утолщение МЖП. Также наблюдаются нарушения ритма: суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, мерцательная аритмия, трепетание предсердий, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, при которой выявляется корреляция между частотой желудочковой тахикардии (ЖТ) и патологическими зубцами Q на ЭКГ, фибрилляция желудочков, ведущая к внезапной смерти, проводимости (синоаурикулярная блокада различной степени, БЛНПГ) (рис. 3).

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ.

Холтеровское мониторирование ЭКГ выполняют для оценки нарушений ритма и проводимости, выявления нестойкой ЖТ, ФП, признаков ишемии миокарда, что свидетельствует о повышенном риске внезапной смерти.

3. Эхокомпьютерная сонография (ЭхоКС) (рис. 4).

Классическими ЭхоКС-признаками ГКМП являются:

- асимметричное утолщение МЖП, при котором отношение толщины перегородки к толщине противо-

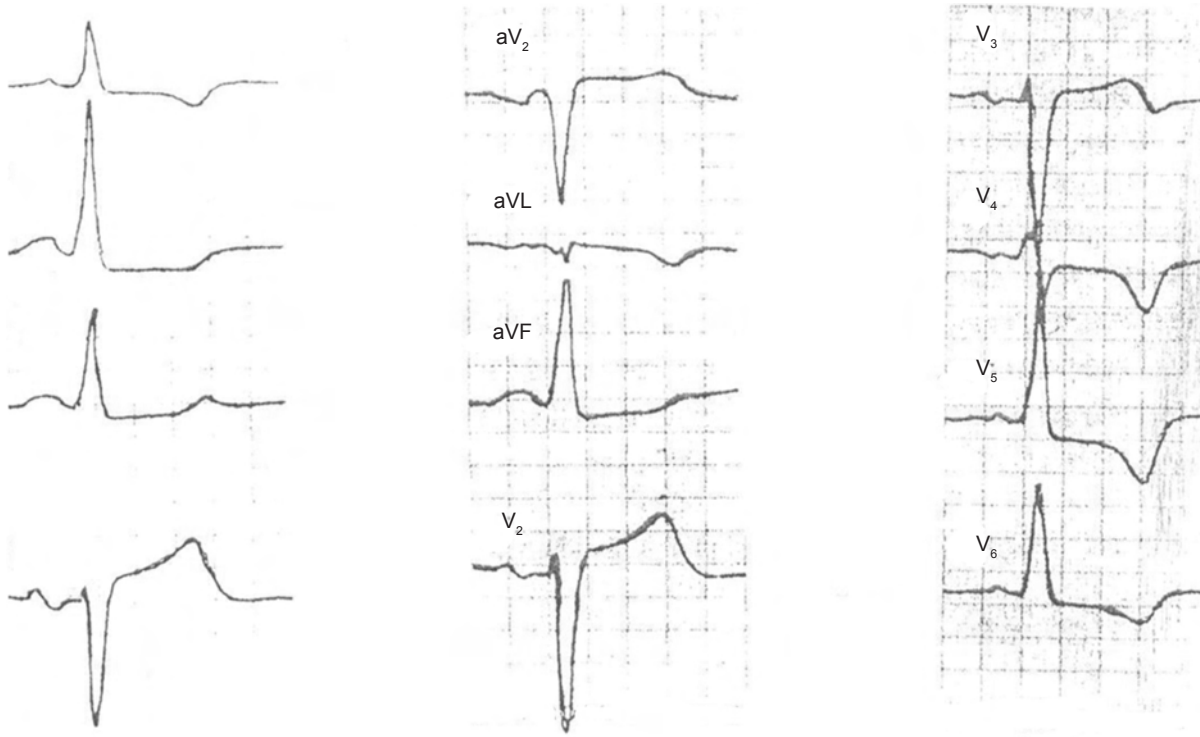


Рис. 2. ЭКГ 1

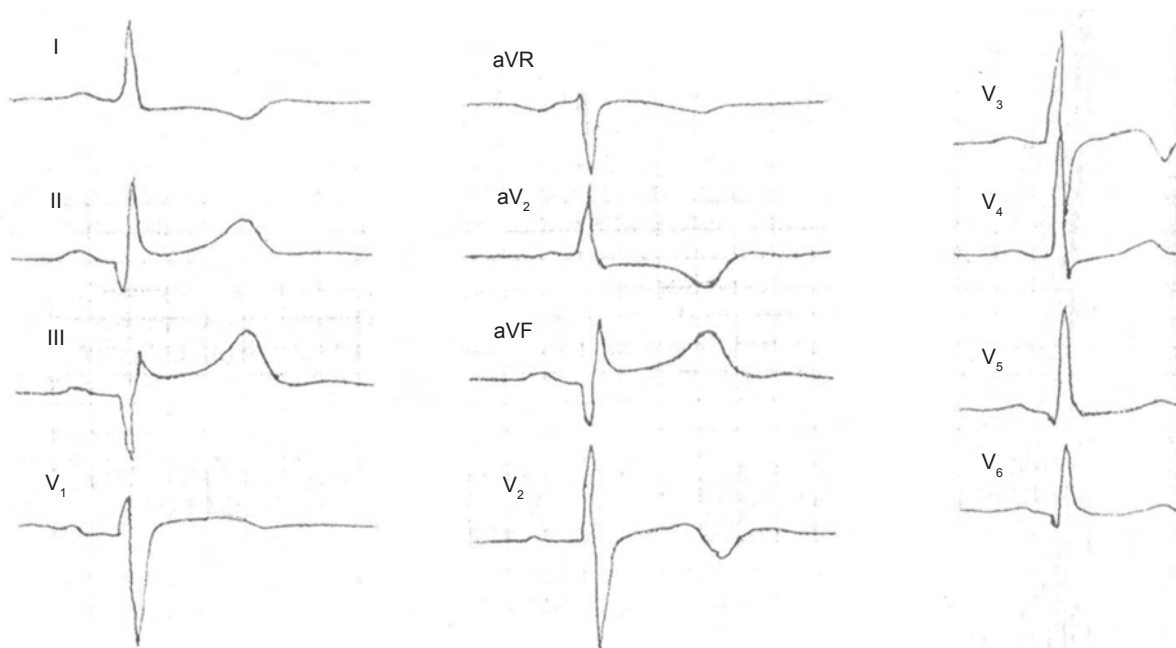


Рис. 3. ЭКГ 2

лежащей части задней стенки ЛЖ составляет 1,3 и более (до 2,5—3,0);

- гипокинезия МЖП (амплитуда ее смещения во время сердечного сокращения менее 3 мм);
- уменьшение полости ЛЖ, особенно выраженное во время систолы;
- значительное повышение показателей сократимости ЛЖ, среди которых особенно выражено увеличение ФВ;
- расширение полости левого предсердия.

4. Коронарография.

Коронарную ангиографию выполняют при ГКМП с частыми приступами стенокардии у лиц старше 40 лет, у лиц с факторами риска ИБС, у лиц с установленным диагнозом ИБС перед инвазивным вмешательством (например, септальная миоэктомия).

Дифференциальная диагностика

1. ИБС и ГКМП. Помощь — ЭхоКГ, при которой у ряда больных ИБС определяются нарушения сегментарной сократимости, умеренная дилатация ЛЖ и сни-

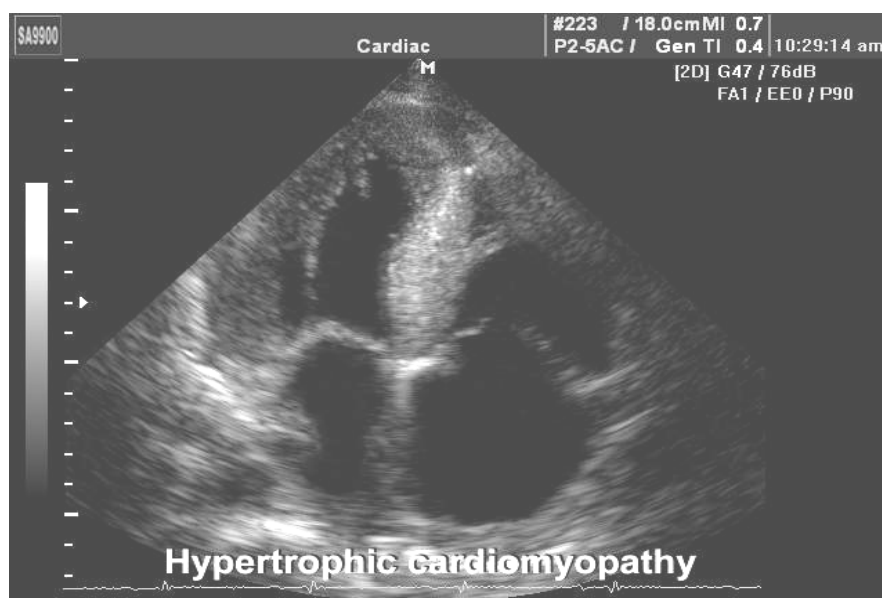


Рис. 4. ЭхоКГ

жение его фракции выброса (ФВ), в пожилом возрасте возможен кальциноз АК, ГЛЖ весьма умеренная и чаще носит симметричный характер. Помощь — коронарография. Подтвердить диагноз ГКМП позволяет обнаружение при доплер-эхокардиографии признаков субаортальной обструкции.

2. Стеноз устья аорты и ГКМП. Стеноз устья аорты имеет много общего с ГКМП. Вместе с тем на вероятный стеноз устья аорты указывают изменения II тона во II межреберье справа и проведение систолического шума на сосуды шеи при аускультации, наличие постстенотического расширения восходящей части аорты и признаков фиброза и кальциноза АК при рентгенографии и ЭхоКГ. Подтвердить диагноз позволяет обнаружение градиента систолического давления на уровне АК при доплер-эхокардиографии и катетеризации сердца.

3. Артериальная гипертензия и ГКМП. Артериальная гипертензия часто сопровождается гипертрофией миокарда ЛЖ. Однако при гипертоническом сердце толщина стенки редко превышает 20 мм и отношение толщины перегородки к толщине задней стенки обычно бывает не более 1,5 мм, что часто встречается при ГКМП (15—16 мм).

Лечение ГКМП

Общие лечебные мероприятия:

- ограничение значительных физических нагрузок и занятий спортом;
- снижение избыточной массы тела;
- отказ от употребления алкоголя и курения;
- профилактика инфекционного эндокардита.

Медикаментозная терапия.

В-адреноблокаторы: симптоматический эффект в отношении основных клинических проявлений: одышки, сердцебиения, болевого синдрома, что обусловлено уменьшением потребности миокарда в кислороде. Конкор 2,5—5 мг в сут. Благодаря отрицательному инотропному действию и уменьшению активации симпатoadреналовой системы (САС) β-блокаторы улучшают наполнение ЛЖ за счет уменьшения частоты сердечных сокращений и предупреждения ишемии сердечной мышцы.

Блокаторы кальциевых каналов: благодаря отрицательному инотропному действию верапамила (изоптин) уменьшается выраженность диастолической дисфункции ЛЖ, ишемии миокарда. Дозировка — 20—40 мг/сут. Преобладанием вазодилатирующего свойства над отрицательным инотропным эффектом может приводить к увеличению градиента обструкции, отеку легких и кардиальному шоку. Применять с осторожностью у пациентов с обструкцией в покое!

Антиаритмическая терапия: дигопирамид (ритмилен 100—200 мг 4 раза в день), который относится к антиаритмикам IA класса, обладающими выраженным отрицательным инотропным эффектом; амиодарон (кордарон 600—1200 мг/сут); дигоксин при постоянной форме фибрилляции предсердий в сочетании с верапамилом или конкором.

Применение нитратов, иАПФ, сердечных гликозидов противопоказано при обструктивной форме ГКМП!

Хирургическое лечение.

С тех пор как в 1958 г. группа хирургов под руководством W.P. Cleland впервые провела трансаортальное удаление гипертрофированной части МЖП у больного ГКМП, хирургическое лечение обструктивной формы ГКМП стало важной частью общей стратегии лечения таких пациентов. В НЦССХ им. А.Н. Бакулева под руководством академика Л.П. Бокерия разработана оригинальная методика иссечения зоны гипертрофированной МЖП из конусной части ПЖ. Этот способ хирургической коррекции обструктивной ГКМП является высокоэффективным. Осложнения: развитие БЛНПГ или полной поперечной блокады, перфорация МЖП. Имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов проводится при устойчивой желудочковой тахикардии и больным, у которых имелся успешно леченный эпизод внезапной смерти.

Пять основных вариантов течения и исходов:

- 1) стабильное, доброкачественное течение;
- 2) внезапная смерть;
- 3) прогрессирующее течение: усиление одышки, слабости, утомляемости, болевого синдрома (атипичные боли, стенокардия), появление пресинкопальных

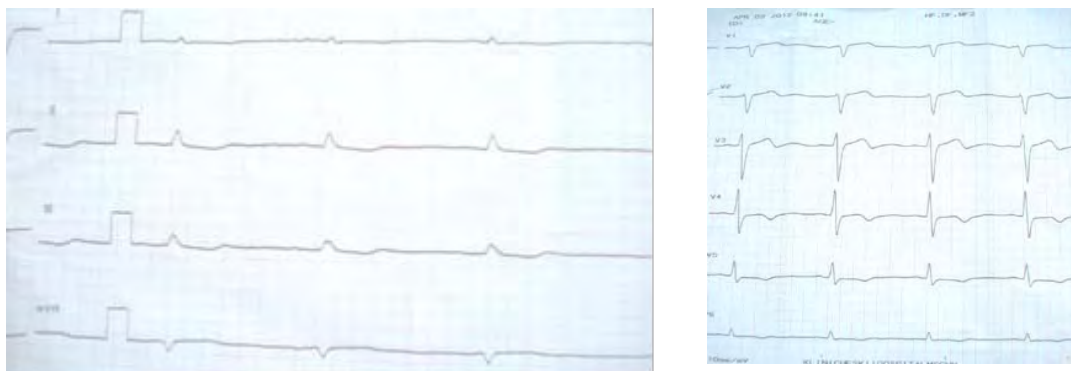


Рис.5. Электрокардиограмма пациента

и синкопальных состояний, нарушений систолической дисфункции ЛЖ;

4) «конечная стадия»: дальнейшее прогрессирование явлений застойной сердечной недостаточности (СН), связанной с ремоделированием и систолической дисфункцией ЛЖ;

5) развитие фибрилляции предсердий и связанных с ней осложнений, в частности тромбоэмболических.

Осложнения

Инфекционный эндокардит встречается у 3—9% больных. Поражается митральный, аортальный клапаны или в эндокарде МЖП в месте ее контакта со створками МК. В результате развивается аортальная недостаточность или усугубляется митральная недостаточность. Тромбоэмболии осложняют течение ГМКП в 2—9% случаев. Тромбоэмболии локализуются, главным образом, в мозговых артериях и значительно реже — в периферических. Как правило, они возникают независимо от наличия или отсутствия обструкции при МА и встречается почти у 40% таких больных, что сопоставимо с их частотой при митральном стенозе.

Прогноз

Прогноз относительно неблагоприятный, летальность составляет до 5% в год. Прогностически неблагоприятными факторами являются: большая масса миокарда ЛЖ; желудочковые аритмии высоких градаций по Lowin; синкопальные состояния; случаи внезапной смерти среди родственников.

Клинический случай

Мужчина М., 55 лет, в апреле 2012 г. находился на стационарном лечении в клиническом госпитале МВД.

Поступил с жалобами на выраженную слабость, головокружение при физической нагрузке, одышку при ходьбе в ускоренном темпе, подъеме по лестнице на 3-й этаж.

Из анамнеза: считает себя больным около 20 лет. По данным амбулаторной карты — гипертрофическая кардиомиопатия с 1993 г. (МЖП до 2,4 см). Нарушение ритма по типу предсердной экстрасистолии. Умеренная легочная гипертензия. ХСН I ФК II. Амбулаторно принимает корвитол 12,5 мг 2 раза в день, магнерот — 2 табл. на ночь (курсами). Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Курит с 16 лет по пачке в день. Употребление алкоголя отрицает.

Объективные данные: состояние удовлетворительное. Астеник. Рост 165 см, вес 48 кг. ИМТ 17,6. Кожные покровы физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, 4 экстрасистолы в минуту, приглушены.

Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1 см. Верхушка сердца смещена влево и книзу на 1 см. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 78 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные исследования: ОАК с лейкоформулой, биохимический анализ крови, ОАМ в пределах нормы.

Инструментальные исследования.

ЭКГ от 02.04.12: синусовый ритм, ЧСС 67 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Депрессия сегмента ST на 1 мм во II, III, aVF-отведениях. Подъем сегмента ST на 1 мм в V₂, V₃-отведениях. Зубец Т отрицательный во II, III, aVF-отведениях. Единичные предсердные экстрасистолы. Снижен вольтаж зубцов желудочкового комплекса в стандартных, усиленных от конечностей отведениях. Зубец Т двухфазный (±) в V₂-отведении. Зубец Т отрицательный в V₄, V₅-отведениях. Зубец Т слабо отрицательный в V₆-отведении (рис. 5).

Эхокардиоскопия от 04.04.12: выраженная асимметрическая гипертрофия ЛЖ без обструкции выносящего тракта, полости ЛЖ. Гипертрофия правого желудочка. Эктопическая хорда в нижней трети левого желудочка. Начальные признаки диастолической дисфункции левого желудочка. Сократительная функция ЛЖ сохранена. ФВ = 50% (по Симпсону). Увеличение правых камер. Уплотнение стенок аорты, створок МК с пролабированием передней створки I степени (2,7 мм). Недостаточность митрального клапана I—II степени, ТК — I степени. Давление в легочной артерии 23 мм рт.ст. Гипертрофическая кардиомиопатия? Хроническое легочное сердце? (таблица).

Эхокардиоскопия

Показатель	4 апреля 2012 г.	
Аорта	3,5 см	
ЛП	2,8 см	
ЛЖ КДР	4,2—4,6 см	
ЛЖ КСР	3,1—3,3 см	
ФВ	54%	
ТМЖП	2,29 см↑	
ТЗСЛЖ	1,1 см	
АК	2,1 см	
ПЖ: ПЗР	1,9 см	
Признаки ЛГ	Умеренные	
Признаки недостаточности	МК	I—II степени
	ТК	I степени

3. Холтеровское мониторирование ЭКГ от 05.04.12: синусовый ритм, средняя ЧСС 82 уд/мин. Регистрируются частые (всего за сутки 393, макс. в час — 28) желудочковые и единичные суправентрикулярные экстрасистолы. В 7 ч утра зарегистрирован эпизод (до 7 с) фибрилляции предсердий со средней частотой желудочковых сокращений 164 уд/мин, с возникновением тахизависимой блокады левой ножки пучка Гиса. Максимальное ускорение синусового ритма до 134 уд/мин отмечается в 10 ч утра. При минимальной ЧСС 56 уд/мин в 2 ч ночи интервал QT составляет 446 мс. В течение всего периода суточного мониторирования ЭКГ регистрируется медленная косонисходящая депрессия сегмента ST до -1,0—1,5 мм независимо от физических нагрузок и субъективных ощущений. Зубец Т двухфазный (+, -) по второму каналу и отрицательный по третьему каналу (рис. 6).

4. Рентгенография ОГК от 06.04.12: на обзорной рентгенограмме органов грудной полости справа до-

бавочная доля *v. azygos*. Небольшое уменьшение в объеме нижней доли правого легкого. Деформация легочного рисунка. Корни структурны. Границы сердца не расширены. Аорта уплотнена. Заключение: хроническая обструктивная болезнь легких.

5. Функция внешнего дыхания от 13.04.12: ЖЕЛ в пределах нормы, снижение вентиляционной способности легких 2-й степени. Легкая степень нарушения бронхиальной проходимости. Значительные нарушения проходимости мелких бронхов (рис. 7).

Консультации

1. Консультация профессора Р.Г. Сайфутдинова от 11.04.12. Диагноз: ИГСС без явной обструкции выносящего тракта. Нарушения ритма в виде редкой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолы, пароксизмов фибрилляции предсердий. Преходящая полная блокада левой ножки пучка Гиса. ХСН I ФК II. ХОБЛ. ДН I—II. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. Рекомендован конкор 1,25 мг/сут.

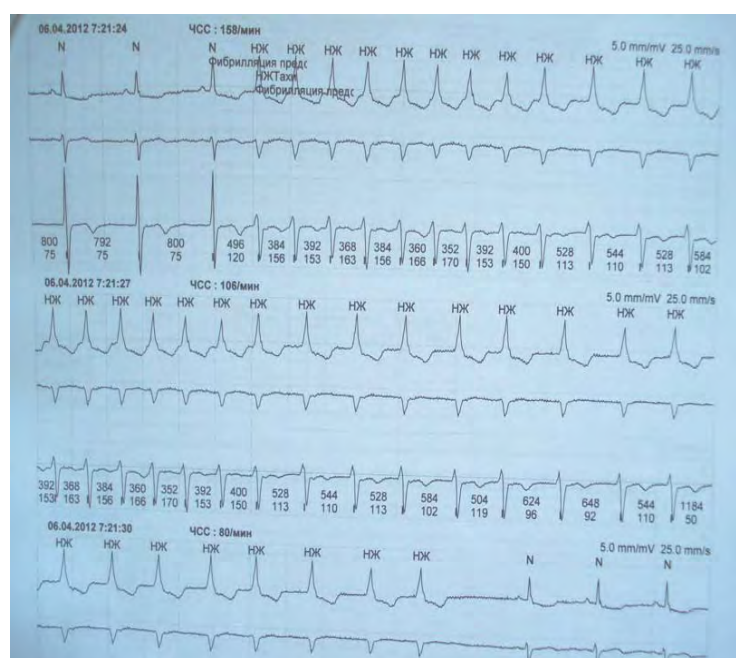


Рис.6. Холтеровское мониторирование ЭКГ

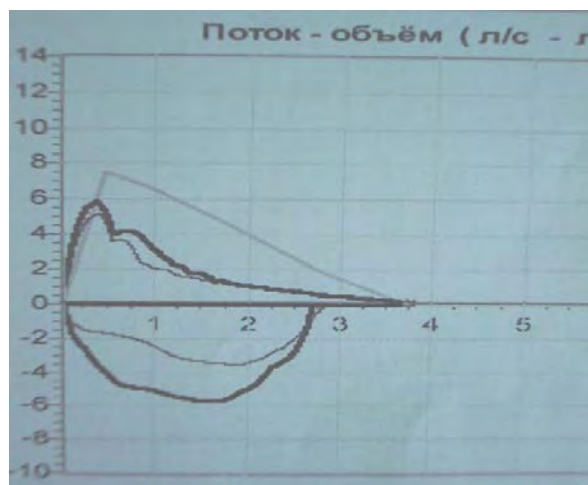


Рис. 7. Функция внешнего дыхания

2. Консультация профессора А.А. Визеля от 12.04.12. Диагноз: ХОБЛ, средней степени тяжести. ДН II. Рекомендовано: атровент-Н по 2 вдоха 2 раза в день или спирива 1 раз в день постоянно, отказ от курения.

На основании жалоб, объективного осмотра, результатов лабораторных и инструментальных исследований, консультаций специалистов пациенту выставлен диагноз: гипертрофическая кардиомиопатия. Нарушения ритма в виде редкой наджелудочковой и желудочковой экстрасистол, пароксизмов фибрилляции предсердий. Преходящая полная блокада левой ножки пучка Гиса. ХСН I ФК II. ХОБЛ средней степени тяжести. ДН II. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При выписке даны следующие рекомендации:

1. Отказ от курения.
2. Наблюдение кардиолога и пульмонолога по месту жительства.

3. Амбулаторно прием препаратов:
аспирин 100 мг на ночь;
конкор 1,25 мг 1 раз в сут;
атровент Н по 2 вдоха 2 раза в день;
омез 20 мг 2 раза в день.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосова, Е.Н. Кардиомиопатии / Е.Н. Амосова. — Киев: Книга плюс, 1999.
Amosova, E.N. Kardiomiopatii / E.N. Amosova. — Kiev: Kniga plus, 1999.
2. Горбаченков, А.А. Хронические болезни миокарда / А.А. Горбаченков, Ю.М. Поздняков. — М., 2005.
Gorbachenkov, A.A. Hronicheskie bolezni miokarda / A.A. Gorbachenkov, Yu.M. Pozdnyakov. — M., 2005.
3. Джанашия, П.Х. Кардиомиопатии и миокардиты / П.Х. Джанашия, В.А. Круглов, В.А. Назаренко, С.А. Николenco. — М.: РГМУ, 2000.
Dzhanashiya, P.H. Kardiomiopatii i miokardity / P.H. Dzhanashiya, V.A. Kruglov, V.A. Nazarenko, S.A. Nikolenko. — M.: RGMU, 2000.

© В.И. Морозов, А.А. Подшивалин, Г.Е. Чигвинцев, 2012

УДК 616.36-001-053.31

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАТАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО

ВАЛЕРИЙ ИВАНОВИЧ МОРОЗОВ, докт. мед. наук, доцент, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ

АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ПОДШИВАЛИН, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ

ГРИГОРИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ЧИГВИНЦЕВ, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ

Реферат. Описан редкий случай натальной травмы печени у новорожденного ребенка, рожденного в отягощенных родах в условиях ЦРБ.

Ключевые слова: натальная травма, печень, гематома, кровотечение, гипоксия, центральная нервная система, брюшная полость.

AN EXCEPTIONAL CASE OF A NATAL INJURY OF A LIVER AT THE NEWBORN

V.I. MOROZOV, A.A. PODSHIVALIN, G.E. CHIGVINTSEV

Abstract. An exceptional case of a natal injury of a liver at the newborn is described in current article.

Key words: natal trauma, liver, hematoma, bleeding, hypoxemia, central nervous system, abdominal cavity.

Среди всех хирургических заболеваний травматическое повреждение внутренних органов до настоящего времени считается малоизвестной нозологией. Лишь в 90-х годах в зарубежной, а позже и отечественной литературе, появились упоминания о травматических повреждениях внутренних органов у детей в процессе родов. При этом наиболее часто повреждается печень новорожденного [1, 2, 3]. К сожалению, наиболее часто данная патология не диагностируется прижизненно, а обнаруживается только при аутопсии. Упоминания о сочетанном повреждении центральной нервной системы и какого-либо висцерального органа новорожденного в процессе родов в литературе мы не встречали. Заслуживает внимания клиническое наблюдение в практике детских хирургов-неонатологов отделения хирургии новорожденных ДРКБ МЗ РТ.

Новорожденный ребенок М. Масса тела 3680 г, рост 55 см, окр. головы 35 см, рожден в ЦРБ от 6-й беременности, 2 срочных родов. Матери 34 года: ХФПН, гидронефроз правой почки, низкое прикрепление плаценты, ЖДА. Роды в головном прилежании, быстрые (5 ч), амниотомия, «выдавливание» плода в родах, обвитие пуповины вокруг туловища. Родился в асфиксии (6—7 баллов по шкале Вирджинии Апгар). Состояние при переводе в детское отделение средней степени тяжести.

На следующий день 8.30 утра состояние ближе к удовлетворительному. Ребенок передан матери для кормления грудью.

11.00 утра: состояние резко ухудшилось на фоне снижения всех витальных функций (кожа цианотична, приглушено сердцебиение, ослаблено дыхание, брадикардия меньше 100 уд/мин).

Вызван консультант — детский реаниматолог ДРКБ: интубация, ИВЛ, установлен пупочный катетер для перфузии. Начата инфузионная гемостатическая терапия, перелито 80+30 мл эритромаксы.

19.45 вечера: состояние крайне тяжелое, не в сознании, ИВЛ, зрачки широкие, периодические клонико-тонические судороги. Живот вздут, увеличен в размерах, выражен сосудистый рисунок на коже. Газы не отходят, стула нет, мочи нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 57 г/л; лейкоциты $12,9 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты $1,76 \times 10^{12}/\text{л}$; тромбоциты $231 \times 10^3/\text{л}$; гематокрит 18%.

Повторно через час: гемоглобин 46 г/л; эритроциты $1,39 \times 10^{12}/\text{л}$; гематокрит 46%.

Консультирован дежурным хирургом ЦРБ, рекомендован перевод в ДРКБ г. Казани, продолжить инфузионную гемостатическую терапию.

Проведено УЗИ печени: контуры четкие ровные, структура однородная. В надпеченочной области слева и справа определяется свободная жидкость в количестве 50 мл. Направлен в ДРКБ г. Казани.

Направительный диагноз при переводе в ДРКБ г. Казани: геморрагический шок гипоксически-ишемического генеза? Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Подкапсульная гематома печени?

Источник не выявлен. Высокий риск ВУИ и внутрибрюшного кровотечения. Ребенок оставлен в ЦРБ ввиду нетранспортабельности.

На следующий день 17.40: транспортировка в ДРКБ г. Казани продолжительностью 1 час. В 18.41 поступает в отделение реанимации ДРКБ. Состояние очень тяжелое, ИВЛ, по назогастральному зонду геморрагическое отделяемое, живот вздут, мочи нет, газы не отходят. Осмотрен неонатологом ДРКБ, выставлен диагноз: подкапсульная гематома печени. Осложнения: ДВС-синдром с массивным внутрибрюшным кровотечением, кровоизлияние в надпочечники. Постгеморрагическая анемия. Ишемическая нефропатия. ОПН. Церебральная ишемия II ст., СДР III ст.

Консультация детского хирурга ДРКБ. Проведена обзорная рентгенография брюшной полости: тотальное затенение.

УЗИ брюшной полости: определяется большое количество жидкости (кровь?) в боковых каналах, гематома в паренхиме правой доли печени.

Решено выполнить лапароцентез. По дренажной трубке из брюшной полости струйно выделилось 180 мл темной несворачивающейся крови.

Продолжена инфузионная, гемостатическая терапия, переливание эритромаксы.

2.00 ночи: состояние очень тяжелое, диагностирован пневмоторакс справа.

Плевральная пункция — удалено 20 мл воздуха. По зонду из брюшной полости скопилось 50 мл темной крови. Гемоглобин 78 г/л.

Признаков продолжающегося кровотечения нет.

8.00 утра: консилиум детских хирургов и зам. гл. врача по хирургии. Показаний к операции не выявлено.

8.00—11.15 утра: состояние ребенка терминальное, кардиореспираторная депрессия. АД не фиксируется. Проводятся реанимационные мероприятия. Состояние временно стабилизировалось.

21.40 вечера: вновь резкое ухудшение состояния, брадикардия до 64 уд/мин. Реанимационные мероприятия в течение 30 мин безуспешны. В 22.10 зафиксирована смерть.

Диагноз при направлении на аутопсию: подкапсульная гематома печени с разрывом капсулы, внутрибрюшное кровотечение. ДВС-синдром с кровоизлияниями в кожу, желудочно-кишечный тракт, надпочечники. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Шок. Полиорганная недостаточность. Ишемическая нефропатия. ОПН. Церебральная ишемия тяжелой степени. ВУИ? ООП. ОАП. ГС.ТИМ.

Патолого-анатомический диагноз:

I. Родовая травма: подкапсульная гематома диафрагмальной поверхности правой доли печени (площадью 8×10 см, толщиной до 1,5 см), кровоизлияния в паранефральную клетчатку, забрюшинной клетчатке, вероятные кровоизлияния в капсуле селезенки (по данным медицинской документации — тугое обвитие пуповины вокруг туловища).

II. Разрыв капсулы печени в области гематомы у переднего края правой доли (размер дефекта $2,2 \times 1,5$ см). Кровоизлияние в брюшную полость (по данным секции жидкой крови 15 мл, сгустков 15 мл).

Дренирование брюшной полости.

Геморрагический шок: массивные некрозы паренхимы печени, распространенные кортикостероидные некрозы тканей почек, множественные некрозы (инфаркты) надпочечников с кровоизлияниями, перивентрикулярная лейкомаляция, локальный эпидермолиз в области голеностопного сустава слева. Расхождение костей черепа по сагитальному шву 6 мм.

Очаговые кровоизлияния в альвеолы легких, очаговый «белковый» альвеолярный отек легких. Небольшие очажки акцинарной пневмонии в зонах кровоизлияний.

Тромбофлебит пупочной вены с колониями микробов в стенках вены и тромбах.

Катетеризация яремной вены справа.

III. Кровоизлияния в мягких тканях волосистой части головы и в апоневроз. Кровоизлияния в твердой мозговой оболочке.

ДМПП вторичный 1 мм, ОАП 2 мм.

По данному случаю летального исхода новорожденного была проведена экспертная оценка главного специалиста-эксперта — детского хирурга.

Выводы эксперта.

Диагностические и лечебные мероприятия ребенку с данной патологией во время его пребывания в ЦРБ были выполнены недостаточно своевременно и не в полном объеме.

Имеет место причинно-следственная связь развития натальной травмы печени с образованием подкапсульной гематомы с действиями медицинских работников в процессе родоразрешения.

Других возможных причин, обусловивших развитие подкапсульной гематомы печени, у ребенка нет.

Смерть ребенка, возможно, была бы предотвращена в случае иного алгоритма проведения лечебно-диагностических мероприятий в условиях ЦРБ. После диагностирования профузного внутрибрюшного кровотечения (по клинико-лабораторным и результатам УЗИ) показано было экстренное оперативное вмешательство по экстренным показаниям в условиях хирургического отделения ЦРБ. При этом не исключалось и участие детского хирурга-неонатолога ДРКБ, которого не вызвали на консультацию в ЦРБ по санации вместе с реаниматологом-неонатологом (была осуществлена только консультация). Раннее оперативное вмешательство предотвратило бы необратимые изменения

жизненно важных органов, которые привели к летальному исходу. Необходимо отметить, что даже в случае раннего оперативного лечения ребенка в условиях ЦРБ, прогноз заболевания был бы сомнительным вследствие тяжести развившихся после повреждения печени осложнений и отягощенного преморбидного фона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов, В.И. Нейрогенные дисфункции висцеральных органов у детей (хирургические и педиатрические аспекты) / В.И. Морозов, Л.Ф. Рашитов, Д.В. Морозов. — Казань, 2008. — 152 с.

Morozov, V.I. Nejrogennye disfunkcii visceral'nyh organov u detej (hirurgicheskie i pediatricheskie aspekty) / V.I. Morozov, L.F. Rashitov, D.V. Morozov. — Kazan', 2008. — 152 s.

2. Педиатрия: руководство / под ред. Р.Е. Бермана, В.К. Вогана; пер. с англ. С.С. Никитиной. — М.: Медицина, 1991. — Кн. 2.
Pediatrija: rukovodstvo / pod red. R.E. Bermans, V.K. Vogana; per. s angl. S.S. Nikitinoj M.: Medicina, 1991. — Kn. 2.
3. Робертон, Н.Р.К. Практическое руководство по неонатологии / Н.Р.К. Робертон; пер. с англ. Л.Д. Шакиной. — М.: Медицина, 1998. — 474 с.
Roberton, N.R.K. Prakticheskoe rukovodstvo po neonatologii / N.R.K. Roberton; per. s angl. L.D. Shakinoj. — M.: Medicina, 1998. — 474 s.

© О.Б.Ощепкова, Н.А.Цибулькин, Э.Б.Фролова, О.Ю.Михопарова, 2012

УДК 616.124.2:616.127-005.8

РАЗРЫВ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ОЛЬГА БОРИСОВНА ОЩЕПКОВА, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, e-mail: oschepkova.kazan@mail.ru

НИКОЛАЙ АНАТОЛЬЕВИЧ ЦИБУЛЬКИН, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, e-mail: diagnost@ksu.ru

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. начальника по лечебной работе Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, тел. (843)291-26-84, e-mail: frolova.67@mail.ru

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА МИХОПАРОВА, начальник кабинета функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, тел. (843)291-26-96, e-mail: olga-michoparova@rambler.ru

Реферат. В статье рассматривается клинический случай разрыва миокарда в качестве раннего осложнения острого повторного инфаркта. Данный случай демонстрирует характерное клиническое течение наружного разрыва миокарда на фоне прогрессирующей отрицательной электрокардиографической динамики в сочетании с определенными факторами, в большей или меньшей степени предрасполагающими к его возникновению. Также представлены основные прогностические признаки, позволяющие клиницисту выявлять пациентов с острым инфарктом, имеющих повышенный риск развития данного осложнения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, осложнения, разрыв миокарда, факторы риска.

RUPTURE OF LEFT VENTRICULAR WALL AS COMPLICATION OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. CLINICAL CASE

O.B. OSCHEPKOVA, N.A. TSIBULKIN, E.B. FROLOVA, O.YU. MIKHOPAROVA

Abstract. The article presents a clinical case of myocardial rupture as an early complication of acute infarction. The case demonstrates typical clinical picture of myocardial rupture with progressive electrocardiography changers and factors that determine its development. The basic prognostic signs are also presented that indicate patients with increased risk of myocardial rupture.

Key words: myocardial infarction, complications, myocardial rupture, risk factors.

Актуальность и факторы риска. Сердечно-сосудистые заболевания справедливо называют эпидемией XXI в. В течение многих лет они являются ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах, в том числе и в России, составляя 55—56% от общей смертности [4, 6]. Согласно статистике последних лет, в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 85,5% приходится на долю ишемической болезни сердца (46,8%) и мозгового инсульта (38,7%). Инфаркт миокарда (ИМ) как наиболее прогностически неблагоприятная форма ИБС часто приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений, одним из которых является разрыв миокарда.

Разрывы миокарда занимают третье место среди причин смерти больных инфарктом миокарда после

кардиогенного шока и отека легких. В свою очередь и кардиогенный шок, и отек легких сами могут быть клиническими проявлениями неполного разрыва миокарда. Учитывая, что не всем умершим больным ИМ выполняется патолого-анатомическое исследование, об истинной частоте разрывов сердечной мышцы судить сложно. Разрывы миокарда подразделяются на наружные (разрыв стенки левого желудочка с возникновением гемоперикарда) и внутренние (разрыв межжелудочковой перегородки или папиллярных мышц).

Разрывы миокарда обычно происходят в период острой фазы инфаркта и имеют два пика частоты возникновения — в первые сутки и на 4—7-й день от начала заболевания. У подавляющего числа больных с разрывом миокарда летальный исход наступает в течение нескольких минут от фибрилляции желудочков,

электромеханической диссоциации или тампонады сердца. Летальность при разрыве миокарда остается чрезвычайно высокой, а случаи благоприятного исхода являются скорее исключениями и относятся чаще всего к небольшим разрывам в области МЖП.

Несмотря на совершенствование медикаментозной терапии, чрескожных вмешательств и хирургических технологий, летальность вследствие разрывов миокарда остается очень высокой. В разных группах больных она составляет от 8 до 54% в структуре смертности и от 1 до 16% среди всех пациентов с инфарктом миокарда [9, 21, 33]. В клинической практике существенное значение имеет выявление больных ИМ с высоким риском развития разрыва еще в самом начале заболевания, что позволит скорректировать лечебные мероприятия и предотвратить развитие данного осложнения. Попытка решения проблемы разрывов сердечной мышцы у больных ИМ может быть основана прежде всего на их прогнозировании и предотвращении.

С высоким риском развития разрыва миокарда связаны следующие факторы:

- пожилой возраст;
- женский пол;
- первый инфаркт у данного пациента;
- передняя локализация инфаркта;
- трансмуральный некроз;
- обширность поражения (более 20% миокарда);
- окклюзирующий тромбоз инфарктзависимой артерии;
- слабое развитие коллатерального кровообращения;
- дискинезия зоны инфаркта на фоне гипердинамического синдрома;
- сохранность кровоснабжения смежных зон миокарда;
- наличие артериальной гипертензии;
- сопутствующий сахарный диабет;
- несоблюдение режима в острый период инфаркта;
- тромболитическая терапия позже 14 ч от начала инфаркта;
- высокая скорость некротизации в 1-е сут.

Клинический случай

Пациентка Н., 62 лет, доставлена бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, плохо купирующиеся нитроглицерином. Боли сопровождались чувством нехватки воздуха, резкой общей слабостью, головокружением.

Давящие боли в груди в покое появились накануне, временно купировались аэрозолем нитроглицерина. Ночью боли усилились, стали носить нестерпимый характер. Утром следующего дня пациентка была госпитализирована в палату интенсивной терапии. В анамнезе: сахарный диабет II типа около 20 лет; инфаркты миокарда в 2002 и 2009 гг.; артериальная гипертензия в течение 18 лет. Амбулаторно принимала монокислот продленного действия, ингибитор АПФ, бета-блокатор, аспирин, пролонгированный инсулин.

Объективно: больная гиперстенического телосложения, ожирение (ИМТ = 38 кг/см²). При поступлении состояние тяжелое, некупируемый болевой синдром, кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД 19 в мин. Границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны ритмичные, глухие. АД 100/65 мм рт.ст.,

ЧСС 68 уд/мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий безболезненный при пальпации, печень увеличена. Периферических отеков нет, физиологические отправления в норме.

ЭКГ. Синусовый ритм, ЧСС 75 уд/мин, ЭОС отклонена умеренно влево; QS и подъем сегмента ST на 1,5 мм в III, aVF; депрессия ST в I, aVL; переходная зона в V₂, зубец T изоэлектричен в V₁-V₃, слабо положительный в V₄-V₆. Признаки рубцовых изменений на нижней стенке левого желудочка и, вероятно, острого инфаркта той же локализации.

Предварительный диагноз: ИБС, ОКС с подъемом сегмента ST, ПИКС (от 2002, 2009 гг.); гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, инсулинотребная стадия, субкомпенсированный. Ожирение 3-й степени.

В ПИТ: больная взята на мониторный контроль гемодинамики, ЧСС и насыщения O₂; обеспечен венозный доступ; начата ингаляция увлажненного кислорода через носовую катетер; проведено обезболивание промедолом 2% 1,0 мл п/к; начата в/в инфузия изокета 10,0; гепарин по 5 тыс. ед. 4 раза в день, перорально — аспирин, бета-блокатор; инсулин короткого действия. На фоне терапии состояние улучшилось, боль в груди купировалась, сохранялась умеренная одышка и жабы на общую слабость.

В течение суток на фоне инфузии изокета повторялись неинтенсивные боли за грудиной, которые купировались в/м инъекциями спазгана 5,0 мл, сохранялась общая слабость. Гемодинамика оставалась стабильной: АД 110/70 — 115/60 мм рт.ст., ЧСС 67—70 уд/мин; в нижних и средних отделах легких появились влажные хрипы; ЧДД 20 в мин, в динамике выявлено нарастание лейкоцитоза до 16,7×10⁹/л, ускорение СОЭ до 23 мм/ч.

По данным рентгенографии ОГК, выявлен интерстициальный отек легких, на УЗИ плевральных полостей — двусторонний гидроторакс. Дополнительно назначена диуретическая и антибактериальная терапия.

На ЭхоКГ: диаметр аорты 2,8 см, левое предсердие 3,6 см, КДР ЛЖ 5,1 см, КСР ЛЖ 4,1 см, ФВ 41%, давление в легочной артерии 38 мм рт.ст. Заключение: уплотнение стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов; митральная регургитация III ст., трикуспидальная регургитация I ст.; обширные зоны гипокинезии заднего, заднебокового, бокового, переднебокового сегментов в базальных и средних отделах левого желудочка, снижение сократительной функции ЛЖ, умеренная легочная гипертензия.

В течение следующих суток состояние оставалось стабильно тяжелым: умеренная одышка в покое, сухой кашель, гемодинамика оставалась стабильной: АД 110/70 мм рт.ст.; в легких влажные хрипы в нижних и средних отделах с обеих сторон, ЧДД 20 в мин; диурез соответствовал проводимой диуретической терапии.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 100 уд/мин, резкое снижение амплитуды желудочкового комплекса в отведениях от конечностей; в отведениях III, aVF—QS, сегмент ST на изолинии, T изоэлектричен; высокоамплитудный R в V₁-V₂, слабоотрицательный T в V₅-V₆; неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости. Признаки крупноочагового трансмурального инфаркта нижней локализации, возможно, с распространением на заднюю и боковую стенки левого желудочка (рис. 1).

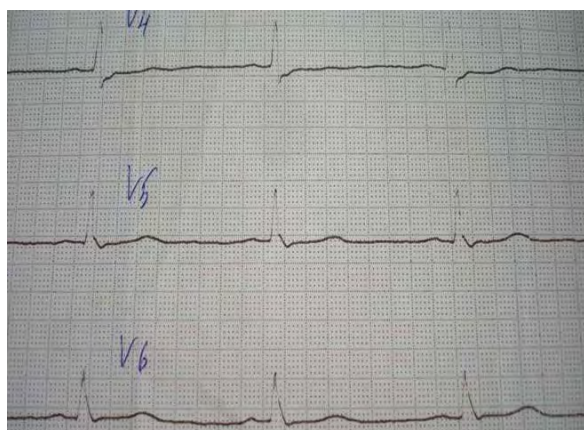
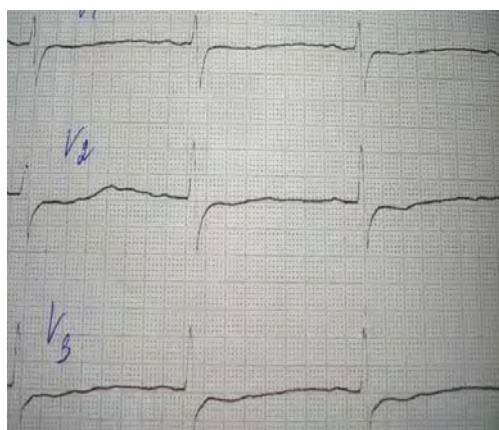
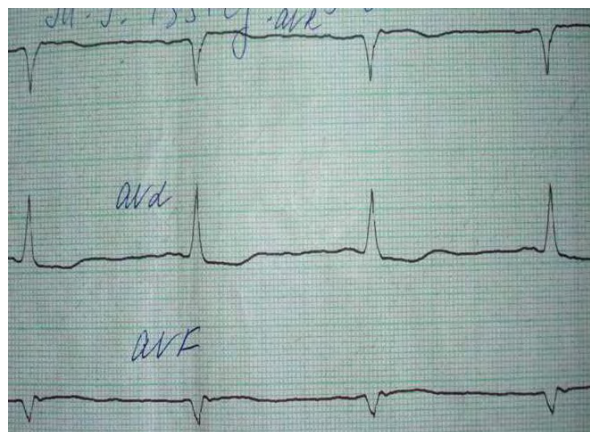
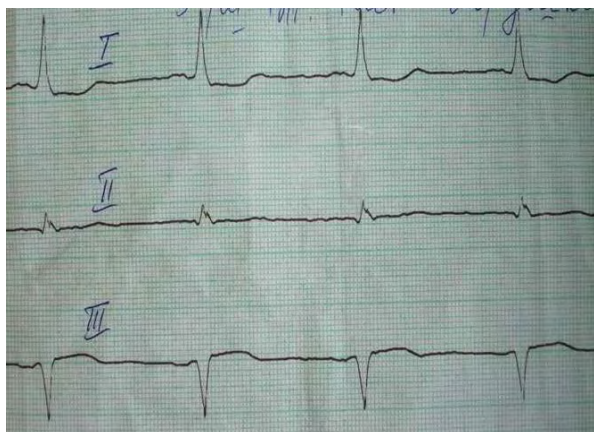


Рис. 1. Пояснения в тексте

Клинический диагноз: ИБС, острый повторный нижний инфаркт миокарда с вероятным распространением на заднюю и боковую стенки левого желудочка; ПИКС нижней локализации (2002, 2009 гг.); атеросклероз аорты, аортального и митрального клапанов; недостаточность митрального клапана III ст., трикуспидального клапана I ст.; острая левожелудочковая недостаточность, интерстициальный отек легких, застойная пневмония, двусторонний гидроторакс. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, инсулинопотребная стадия, субкомпенсированный. Ожирение 3-й стадии.

Терапия и наблюдение были продолжены.

В 23.00 того же дня, на 3-и сут заболевания, состояние резко ухудшилось: больная потеряла сознание, зрачки расширены, на свет не реагируют, гипотония мышц; цианоз губ, багрово-синюшный цвет кожных покровов, пульс и АД не определялись, дыхание отсутствовало. Реанимационные мероприятия были не эффективны, в 24.00 зафиксирована смерть.

Направительный диагноз на патолого-анатомическое исследование: ИБС, острый повторный инфаркт миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка, ПИКС (2002, 2009 гг.); атеросклеротическое поражение клапанов аорты и митрального клапана: недостаточность аортального клапана I ст., митрального III ст.; гипертоническая болезнь III ст.; острая левожелудочковая недостаточность, отек легких; застойная пневмония; двусторонний гидроторакс; тромбоэмболия легочной артерии? Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, декомпенсированный. Направительный диа-

гноз на патолого-анатомическое исследование соответствовал клиническому, в качестве возможной причины летального исхода была предположена тромбоэмболия легочной артерии.

Патолого-анатомический диагноз. Основной. ИБС. Трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку с миомаляцией. Осложнения. Сердечно-сосудистая недостаточность. Тампонада сердца. Разрыв нижней стенки левого желудочка. Гипостатическая пневмония. Двусторонний гидроторакс. Сопутствующие. Гипертоническая болезнь. Гипертрофия миокарда. Общий атеросклероз. Постинфарктный коронарокардиосклероз. Панкреосклероз. Сахарный диабет. Гепатит. Ожирение 3-й степени.

Патолого-анатомический эпикриз. Больная Н., 62 лет, при жизни страдала гипертонической болезнью, общим атеросклерозом, ИИБС, постинфарктным коронарокардиосклерозом, панкреосклерозом, сахарным диабетом, гепатитом, ожирением 3-й степени. На этом фоне развился трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку с миомаляцией, разрывом и тампонадой сердца. Смерть наступила от сердечно-сосудистой недостаточности. Данный случай рассматривается как совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов.

Результаты и их обсуждение. Приведенный клинический случай представляет собой характерный пример развития и течения ИБС. При жизни у пациентки имелось несколько значимых факторов риска данной

патологии: гипертоническая болезнь, субкомпенсированный сахарный диабет, выраженные метаболические нарушения в виде ожирения. Атеросклеротическим процессом оказались поражены не только коронарные артерии, но и стенки аорты, а также аортальный и митральный клапаны. К факторам, повышающим риск развития сердечно-сосудистых осложнений, можно также отнести выраженную гипертрофию миокарда левого желудочка и очаги кардиосклероза от ранее перенесенных инфарктов.

В данном случае острый повторный инфаркт, приведший к летальному исходу, развился в нижней стенке ЛЖ, где уже имелся крупноочаговый кардиосклероз от ранее перенесенных инфарктов. Отрицательная динамика клинической картины и ЭКГ в период госпитализации свидетельствует о прогрессивном расширении зоны инфаркта несмотря на проводимое лечение. Третий по счету инфаркт, вероятно, исчерпал компенсаторные резервы миокарда и уже с первых суток своего возникновения привел к развитию острой левожелудочковой недостаточности в виде интерстициального отека легких. Вероятным исходом такого состояния могла стать ХСН IIб—IIIа по смешанному (лево- и правожелудочковому) типу, однако разрыв миокарда привел к летальному исходу.

Первоначальная оценка электрокардиографической картины была неоднозначна, так как незначительность подъема сегмента ST в отведениях III и aVF затрудняла диагностику острой фазы инфаркта в зоне уже

существовавшего постинфарктного кардиосклероза. В дальнейшем наблюдалось снижение амплитуды желудочкового комплекса в отведениях от конечностей при сохранении QS в отведениях III и aVF, появились признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости. Увеличение амплитуды R в правых грудных отведениях и формирование отрицательных T в левых грудных было расценено как возможное расширение зоны инфаркта на соответствующие стенки, что косвенно подтверждалось утяжелением клинического состояния (рис. 2).

Данный случай демонстрирует условия как способствовавшие формированию разрыва миокарда, так и не вполне характерные для данного осложнения. Трансмуральное поражение, рецидивирующее течение инфаркта и сахарный диабет в сочетании с прочими метаболическими нарушениями явились, возможно, наиболее важными факторами, предрасполагавшими к разрыву миокарда. Постинфарктный кардиосклероз в зоне развития острого инфаркта, напротив, снижал вероятность разрыва, как и тот факт, что в течение всего периода госпитализации у пациентки сохранялась умеренная гипотензия и поддерживался постельный режим в связи с тяжестью состояния.

Разрыв произошел в типичное время, на третьи сутки острого инфаркта, когда миомаляция достигает своего максимума. Клиническая картина разрыва также достаточно характерна: внезапное резкое ухудшение состояния, потеря сознания, остановка сердечной

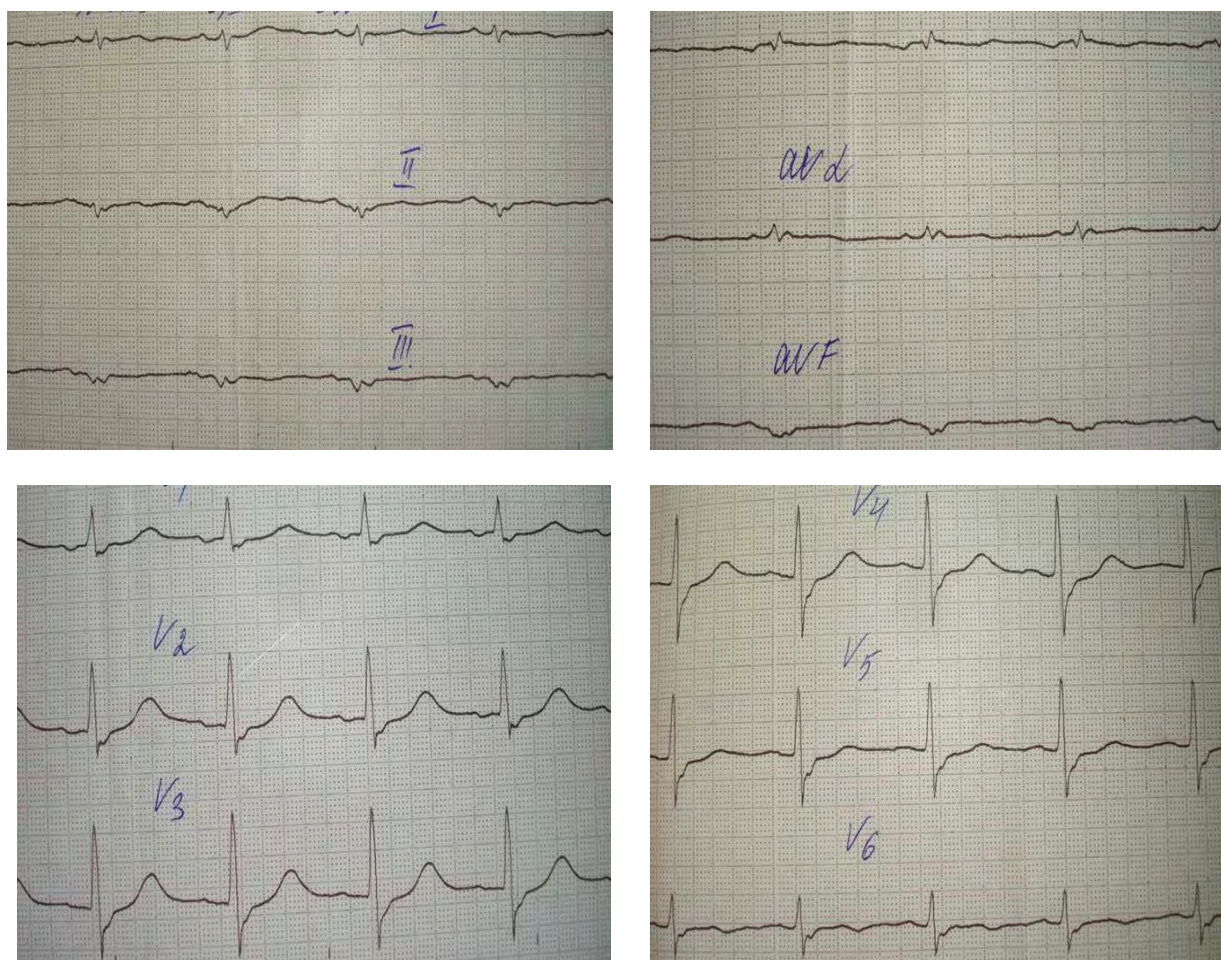


Рис. 2. Пояснения в тексте

деятельности. Воспалительные признаки в периферической крови могли рассматриваться как проявления застойной пневмонии, однако тот факт, что они не сопровождались повышением температуры, позволяет ретроспективно трактовать их как проявления резорбтивного процесса на фоне массивной миомаляции в зоне инфаркта. Вероятно, предположение о разрыве миокарда также следовало включить в направительный диагноз на патолого-анатомическое исследование наряду с легочной тромбоэмболией. В то же время очевидно, что данное предположение, или даже его прижизненное подтверждение, не привело бы к изменению в исходе заболевания.

Заключение. Представленный случай демонстрирует пример возникновения разрыва миокарда как осложнения острого инфаркта, развившегося в зоне ранее существовавшего крупноочагового постинфарктного кардиосклероза. Сахарный диабет, нарушение липидного обмена и прогрессивное расширение зоны инфаркта обусловили повышенную вероятность формирования разрыва. В то же время наличие кардиосклероза в зоне острого инфаркта и умеренная гипотензия в течение всего периода госпитализации не вполне характерны для данного осложнения. Данные ЭКГ в сочетании с результатами эхокардиографии позволили достаточно точно определить локализацию острого инфаркта. Избранная терапевтическая тактика максимально снижала риск возникновения разрыва миокарда, однако не могла устранить его полностью. Характер клинической картины терминального состояния и вышеизложенные клинические и анамнестические данные позволили предположить разрыв миокарда в качестве одной из возможных причин летального исхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зелтынь-Абрамов, Е.М.* Клинико-инструментальные предикторы угрожающего разрыва сердца у больных острым инфарктом миокарда / Е.М. Зелтынь-Абрамов, А.Э. Радзевич, Н.И. Белафина [и др.] // Вестник РУДН. — 2008. — № 2. — С.76—82. — (Серия «Медицина»).
2. *Зелтынь-Абрамов, Е.М.* Kliniko-instrumental'nye prediktory ugrozhajuwegogo razryva serdca u bol'nyh ostrym infarktom miokarda / E.M. Zel'tyn'-Abramov, A.Je. Radzevich, N.I. Belavina [i dr.] // Vestnik RUDN. — 2008. — № 2. — С.76—82. — (Serija «Medicina»).
3. *Смолянников, А.В.* К морфологии и механизму разрыва сердца при инфаркте миокарда / А.В. Смолянников, Т.А. Наздачина // Клиническая медицина. — 1968. — № 8. — С.79—85.
4. *Смолянников, А.В.* K morfologii i mehanizmu razryva serdca pri infarkte miokarda / A.V. Smol'jannikov, T.A. Nazdachina // Klinicheskaja medicina. — 1968. — № 8. — С.79—85.
5. *Трофимов, Г.А.* Разрыв сердца в остром периоде инфаркта миокарда, прогнозирование и пути профилактики / Г.А. Трофимов, В.Н. Андрашев // Клиническая медицина. — 1994. — № 6. — С.22—25.
6. *Trofimov, G.A.* Razryv serdca v ostrom periode infarkta miokarda, prognozirovanie i puti profilaktiki / G.A. Trofimov, V.N. Andrashev // Klinicheskaja medicina. — 1994. — № 6. — С.22—25.
7. *Шульман, В.А.* Разрывы сердца при инфаркте миокарда: частота и предрасполагающие факторы (15-летнее наблюдение) / В.А. Шульман, С.Е. Головенкин, В.В. Радионов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2007. — № 2. — С.6—10.
8. *Shul'man, V.A.* Razryvy serdca pri infarkte miokarda: chastota i predispolagajuwie faktory (15-letnee nabljudenie) / V.A. Shul'man, S.E. Golovenkin, V.V. Radionov [i dr.] // Racional'naja farmakoterapija v kardiologii. — 2007. — № 2. — С.6—10.
9. *Трусов, В.В.* Острый инфаркт миокарда, осложненный разрывом сердца: особенности клиники, течения / В.В. Трусов, Д.Н. Кузнецов, И.А. Казакова // Современные наукоемкие технологии. — 2008. — № 5 — С.7—8.
10. *Trusov, V.V.* Ostryj infarkt miokarda, oslozhnennyj razryvom serdca: osobennosti kliniki, techenija / V.V. Trusov, D.N. Kuznecov, I.A. Kazakova // Sovremennye naukoemkie tehnologii. — 2008. — № 5 — С.7—8.
11. *Разрыв сердца при инфаркте миокарда / В.А. Кузнецов, Д.В. Криночкин, Н.И. Кузнецова [и др.] / Кардиология. — 1996. — № 10. — С.10—13.*
12. *Razryv serdca pri infarkte miokarda / V.A. Kuznecov, D.V. Krinochkin, N.I. Kuznecova [i dr.] / Kardiologija. — 1996. — № 10. — С.10—13.*
13. *Bueno, H.* Effect of thrombolytic therapy on the risk of cardiac rupture and mortality in older patients with first acute myocardial infarction / H. Bueno, M. Martinez-Selles, E. Perez-David, R. Lopez-Palop // Eur. Heart J. — 2005. — Vol. 26. — P.1705—1711.
14. *Markowicz-Pawlus, E.* Cardiac rupture risk estimation in patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention / E. Markowicz-Pawlus, J. Nożyński, A. Sędowska [et al.] // Cardiology Journal. — 2007. — Vol. 14, № 6. — P.538—543.
15. *Результаты ретроспективного анализа случаев разрыва сердца в остром периоде инфаркта миокарда // Российский кардиологический журнал. — 2010. — № 4.*
16. *Rezultaty retrospektivnogo analiza sluchaev razryva serdca v ostrom periode infarkta miokarda // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. — 2010 — № 4.*
17. *Yip, H.K.* Cardiac Rupture Complicating Acute Myocardial Infarction in the Direct Percutaneous Coronary Intervention Reperfusion Era / H.K. Yip, C.J. Wu, H.W. Chang [et al.] // Chest. — 2003. — Vol. 124. — P.565—571.
18. *Голиков, А.П.* Некоторые итоги и перспективы развития неотложной кардиологии / А.П. Голиков // Кардиология. — 1998. — № 12. — С.51—52.
19. *Golikov, A.P.* Nekotorye itogi i perspektivy razvitiya neotlozhnoj kardiologii / A.P. Golikov // Kardiologija. — 1998. — № 12. — С.51—52.

© Л. И. Усманова, В. Ю. Казанцева, Т.С. Бессонова, Л.Р. Гинятуллина, 2012

УДК 614.2:616-073.432.19(470.41)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИКЛИНИКИ ФКУЗ «МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН» ЗА 2007—2011 ГОДЫ

ЛЕНА ИЛЬТУЗАРОВНА УСМАНОВА, врач ультразвуковой диагностики поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Казань, тел. (843) 291-37-11

ВАЛЕНТИНА ЮРЬЕВНА КАЗАНЦЕВА, врач ультразвуковой диагностики поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Казань, тел. (843) 291-37-11, e-mail: kvyu25@mail.ru

ТАТЬЯНА СЕМЕНОВНА БЕССОНОВА, зам. начальника по клинко-экспертной работе, врач-терапевт поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Казань, тел. (843) 291-20-03

ЛЯЙСАН РАФКАТОВНА ГИНЯТУЛЛИНА, зам. начальника, врач организационно-методического и лечебно-профилактического отдела ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», майор внутренней службы, Казань, тел. (843) 291-31-49, e-mail: 1610med@mail.ru

Реферат. Отражена деятельность кабинета ультразвуковой диагностики поликлиники МСЧ МВД России по РТ за 5-летний период. Установлено, что при отсутствии противопоказаний (потеря сознания, судороги и др.) ультразвуковые методы являются быстрыми и достоверными методами установления диагноза. Рассматриваются возможности УЗ-исследований как метода выбора для скрининг-диагностики заболеваний.

Ключевые слова: ультразвуковые исследования, анализ деятельности, поликлиника, заболеваемость.

COMPARATIVE ANALYSIS OF CABINET ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF POLYCLINICA «MSU OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS RUSSIAN ON REPUBLIC TATARSTAN» FOR 2007—2011 YEARS

L.I. USMANOVA, V.YU. KAZANTSEVA, T.S. BESSONOVA, L.R. GINIYATULLINA

Abstract. Cover the activity of the US-department in policlinica of the Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 5-year period. Found that in the absence of contraindications US-methods are fast and reliable method of diagnosis. The possibilities of US-departments as a screening method of choice for diagnostics.

Key words: US-departments, policlinica, analysis.

Специфика профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел связана с эмоциональными, психическими нагрузками и воздействием особых климатических условий, которые могут оказать отрицательное воздействие на состояние соматического и психоэмоционального здоровья. Поликлиническая помощь является первым звеном в системе организации ведомственного здравоохранения МВД. В условиях поликлиники своевременная и качественная диагностика заболеваний органов и систем была и остается одной из основных задач для поддержания трудоспособности и боеготовности сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, работников МЧС и ФСИН, других силовых ведомств, для поддержания здоровья пенсионеров МВД и членов их семей.

Ультразвуковая диагностика отмечается доступностью, безопасностью для пациентов, высокой достоверностью и информативностью получаемых результатов, возможностью исследований в динамике.

Особую информативность ультразвуковые исследования несут для диагностики экстренных ситуаций:

1) почечная колика (определение уровня конкремента и степени уростаза);

2) острые панкреатиты и обострения хронического панкреатита (признаки выпота в полость малого сальника, ранняя диагностика деструкции паренхимы железы и др.);

3) приступы желчнокаменной болезни с определением уровня обструкции (при холестазах);

4) определение наличия асцита, портальной гипертензии;

5) при травмах живота — определение целостности внутренних органов, наличия свободной жидкости в брюшной полости и полости малого таза;

6) в гинекологии — при внематочной беременности, апоплексии яичников, маточных кровотечениях и др.

Подготовка больного к УЗИ несложная.

УЗИ органов брюшной полости производится натощак. Перед исследованием органов пищеварения в течение трех дней необходимо исключить из рациона питания молочные продукты, сырые овощи и зелень, фрукты, черный хлеб. Можно рекомендовать прием активированного угля за день до исследования из расчета 1 таблетка на 10 кг веса больного или эспумизан 10 капсул за день, и в день исследования 4 капсулы утром. Голодание накануне УЗИ противопоказано.

УЗИ органов малого таза проводится при трансабдоминальном исследовании на полный мочевой

пузырь (за 1,5—2 ч до исследования необходимо выпить 500—800 мл жидкости и не мочиться). При трансвагинальном и транскректальном исследовании мочевого пузыря должен быть пустой.

УЗИ щитовидной и молочных желез проводится без специальной подготовки. Молочные железы рекомендуют обследовать на 7—12-й день менструального цикла.

УЗИ почек также специальной подготовки не требует.

УЗИ после ФГДС, колоноскопии проводится не ранее чем через сутки, после рентгенконтрастного исследования пищеварительного тракта не ранее чем через 2—3 сут (при отсутствии контрастного вещества в кишечнике).

УЗИ в неотложных ситуациях проводится безотлагательно и без специальной подготовки.

В кабинете УЗИ поликлиники МСЧ МВД России по РТ проводятся следующие исследования:

1) УЗИ органов гепатобилиарной системы;

2) УЗИ функции желчного пузыря с приемом холекинетического завтрака;

3) УЗИ функции желчевыводящих протоков и косвенно сфинктера Одди с применением холекинетического завтрака при постхолецистэктомическом синдроме;

4) УЗИ почек, мочевого пузыря, мочеточников и надпочечников;

5) УЗИ органов малого таза у женщин и мужчин ТА, TV, TR;

6) УЗИ органов мошонки и вен мошонки с доплерографическим исследованием вен для исключения или подтверждения варикоцеле;

7) УЗИ молочных желез;

8) УЗИ щитовидной железы;

9) УЗИ беременных в I триместре;

10) УЗИ мягких тканей, ребер;

11) УЗИ плевральной полости и полости перикарда;

12) УЗИ лимфатических узлов в брюшной полости и забрюшинного пространства;

13) УЗДГ-исследование сосудов нижних и верхних конечностей, почечных артерий;

14) УЗ-ЦДК и УЗ-ЭДК органов и объемных образований.

УЗ-исследования можно повторять многократно, не причиняя вреда больному, поэтому широко используется при динамическом наблюдении за больным. При УЗИ протокол заканчивается «заключением», а «диагноз» выставляется лечащим врачом на основании анализа всех диагностических, клинических и лабораторных данных. Во многих случаях при проведении УЗИ выявляется сочетанная патология, в основном хронические формы заболеваний.

Сравнительный анализ работы кабинета УЗИ поликлиники ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ за период с 2007 по 2011 г. (за 5 лет) представлен ниже в табл. 1—7.

Таблица 1

Количество принятых пациентов и проведенных исследований

Год	Осмотрено всего больных (количество человек)	Проведено всего исследований
2007	4505	14 567
2008	5084	17 249
2009	6220	23 623
2010	7595	35 559
2011	9511	47 616

С 2010 г. в кабинете прием ведут всего два врача, поэтому количество обследованных больных и проведенных исследований значительно выросло и с каждым годом нагрузка увеличивается.

Таблица 2

Структура обследованных больных в поликлинике

Сотрудники	2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%
Всего осмотренных больных (количество человек)	4 505	100	5 084	100	6 220	100	7 595	100	9 511	100
Из них:										
Аттестованные сотрудники	1 998	44	2 210	43,5	3 142	50,5	4 064	53	4 991	52
Сотрудники ФСИН	—	—	—	—	447	7	724	9,5	945	10
Сотрудники МЧС	—	—	—	—	290	4,5	343	4,5	547	6
Пенсионеры МВД	—	—	—	—	903	14,5	1 465	19	1 661	17,5
Члены семей	—	—	—	—	811	13	478	6	798	8,5
Вольнонаемные сотрудники	—	—	—	—	366	6	416	5,5	426	4,5
Курсанты КЮИ	—	—	—	—	43	0,6	22	0,5	68	0,7
Платные услуги	—	—	—	—	218	3,5	83	2	75	0,8

Из табл. 2 видно, что наибольший процент обследованных пациентов приходится на аттестованных сотрудников и составляет за последние годы около 50%. Увеличился процент обследованных сотрудников ФСИН, МЧС.

Таблица 3

Сравнительный анализ количества исследований на 100 человек амбулаторного приема

Год	Количество исследований на 100 человек амбулаторного приема
2007	4,5
2008	6,4
2009	5,4
2010	4,7
2011	5,0

Из табл. 3 видно, что количество исследований на 100 человек амбулаторного приема практически на одном уровне и высокое.

Из табл. 4 видно, что объем исследований на одного пациента с каждым годом возрастает, что может характеризовать улучшение качества обследования.

Из табл. 5 видно, что значительный процент исследований приходится на органы гепатобилиарной системы (40—46%), почек и мочевыводящих органов

Таблица 4
Сравнительный анализ количества исследований
на одного обследованного больного

Год	Количество исследований на 1 пациента
2007	3,2
2008	3,4
2009	3,8
2010	4,6
2011	5,0

(21—25%). За последние годы вырос процент трансректальных исследований предстательной железы (до 59—66%), процент трансвагинальных исследований остается высоким (97—98%).

Из табл. 6 видно, что значительный процент выявленной патологии приходится на заболевания гепатобилиарной системы — 40—46%, заболевания почек и

мочевыводящей системы — 19—15%, органов малого таза у женщин — 24—26%.

Из табл. 7 видно, что значительный процент выявленной патологии у аттестованных сотрудников составляют заболевания гепатобилиарной системы, почек и мочевыводящих путей, органов малого таза у женщин и щитовидной железы. Выявляется тенденция к увеличению выявленной патологии органов малого таза и мошонки у мужчин (с 26 до 45%). Количество выявленной патологии у аттестованных сотрудников достигает 49%.

Выводы:

1. В работе кабинета УЗИ отмечается ежегодная тенденция к увеличению обследованных больных и проведенных исследований.

2. Наличие ЦДК и ЭДК позволяет проводить дифференцирование опухолевых образований.

3. Трансвагинальное и трансректальное УЗИ органов малого таза у женщин и мужчин позволяет проводить более точное исследование и помогает в

Таблица 5
Структура проведенных исследований по органам и системам по поликлинике за 2007—2011 гг.

Исследование	2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Кол-во исслед.	%	Кол-во исслед.	%	Кол-во исслед.	%	Кол-во исслед.	%	Кол-во исслед.	%
Проведено исследований, всего	14 567	100	17 249	100	23 623	100	35 559	100	47 616	100
Из них:										
органы гепатобилиарной системы	6 666	46	7 469	43	11 298	48	14 637	41	17 398	36,5
почки, надпочечники, мочевой пузырь	3 264	22	43 88	25	4 533	19	7 696	21	11 103	23
органы малого таза у мужчин	293	2	364	2	373	11,5	464	1,3	616	1,3
из них TR-исследования	80	27	109	30	120	32	307	66	362	59
органы малого таза у женщин	1 160	8	1 030	6	1 263	5	1 422	4	2 699	5,7
из них TV-исследования	1 109	98	981	95	1 240	98	1 393	98	2 629	97,5
беременные	41		49		52		29		81	
щитовидная железа	739	5	750	4	911	4	1 196	3	1 464	3
молочные железы	70	0,5	290	2	273	1	359	1	473	1
исследование функции желчного пузыря	6		8		4		5		4	
сфинктера Одди	1		2		1		1		1	
УЗДГ сосудов	511	3,5	590	3,5	675	3	236	0,6	154	0,3
ЦДК	—		—		1 942	8	2 444	7	3 569	7,5
Прочие исследования	324	2	862	5	3 050	13	7 099	20	10 135	21
Всего осмотрено больных (кол-во чел.)	4 505		5 084		6 220		7 595		9 511	

Таблица 6
Структура выявленной патологии по органам и системам органов за 2007—2011 гг.

Патология	2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%	Кол-во случаев	%
Выявлено заболеваний	7 121	100	8 095	100	10 047	100	12 292	100	14 660	100
Из них:										
органы гепатобилиарной системы	2 840	40	3 158	39	4 367	43	5 364	43,5	6 833	46
почки, надпочечники, мочевой пузырь	976	14	892	11	1 367	14	2 323	19	2 159	15
органы малого таза у мужчин	399	5,6	485	6	520	5	709	5,7	788	5
из них TR-исследования										
органы малого таза у женщин	1 693	24	2 125	26	2 240	22	2 180	18	3 196	24
из них TV-исследования										
беременные										
щитовидная железа	718	10	710	9	869	9	1 169	9,3	1 358	8,6
молочные железы	28	0,4	65	0,8	99	1	144	1	187	1,3
УЗДГ сосудов	404	5,7	613	7,5	524	5	388	3	56	0,3
Прочие исследования	63	0,8	47	0,5	61	0,6	15	0,1	83	0,5

Структура выявленной патологии по органам и системам органов у аттестованных сотрудников за 2007—2011 гг.

Патология	2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Всего/ аттесто- вано	%	Всего/ аттесто- вано	%	Всего/ аттесто- вано	%	Всего/ аттесто- вано	%	Всего/ аттесто- вано	%
Выявлено заболеваний	7 121/ 3 179	45	8 095/ 3 221	40	10 047/ 4 790	48	12 292/ 5 874	48	14 660/ 7 131	49
Из них: органы гепато- билиарной системы	2 840/ 1 001	35	3 158/ 1 176	37	4 367/ 2 389	55	5 364/ 2 533	47	6 833/ 3 293	48
почки, надпочечники, мочевой пузырь	976/ 403	41	892/ 339	38	1 367/ 677	50	2 323/ 1 157	50	2 159/ 1 001	46
органы малого таза у мужчин, из них TR- исследования	399/ 103	26	485/ 192	39	520/ 214	41	709/ 318	45	788/ 354	45
органы малого таза у женщин, из них TV- исследования, беременные	1 693/ 1 010	60	2 125/ 841	40	2 240/ 999	45	2 180/ 1 146	53	3 196/ 1 730	54
щитовидная железа	718/ 397	55	710/ 355	50	869/ 214	25	1 169/ 487	42	1 358/ 611	45
молочные железы	28/ 11	39	65/ 17	26	99/ 30	30	144/ 49	34	187/ 93	50
УЗДГ сосудов	404/ 183	45	613/ 269	44	524/ 238	45	388/ 186	48	56/ 20	36
Прочие исследования	63		47		61		15		83	

дифференциальной диагностике заболеваний в сочетании с ЦДК и ЭДК.

4. Количество исследований на 100 человек амбулаторного приема сохраняется на высоком уровне.

5. Количество исследований на одного обследованного пациента ежегодно растет.

6. Количество выявленной патологии у аттестованных сотрудников остается высокой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рысс, Е.С. Критическая оценка возможностей УЗ-диагностики заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы / Е.С. Рысс, Ю.И. Фицизин.
Ryss, E.S. Kriticheskaya ocenka vozmozhnostei UZ-dagnostiki zaboolevanii zhelchnogo puzyrya i podzheludochnoi zhelezy / E.S. Ryss, Yu.I. Ficizin.
2. Пацков, С.И. УЗ-диагностика заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы, селезенки в практике военного врача / С.И. Пацков, Е.И. Ткаченко.
Packov, S.I. UZ-dagnostika zaboolevanii zhelchnogo puzyrya i podzheludochnoi zhelezy, selezenki v praktike voennogo vracha / S.I. Packov, E.I. Tkachenko.
3. Мухарлямов, Н.М. Клиническая УЗ-диагностика / Н.М. Мухарлямов.
Muharlyamov, N.M. Klinicheskaya UZ-dagnostika / N.M. Muharlyamov.
4. Зубарев, А.Р. УЗ-диагностика заболеваний вен нижних конечностей / А.Р. Зубарев, В.Ю. Богачев, В.В. Митьков.
Zubarev, A.R. UZ-dagnostika zaboolevanii ven nizhnih konechnostei / A.R. Zubarev, V.Yu. Bogachev, V.V. Mit'kov.
5. Савельев, В.С. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский [и др.].
Savel'ev, V.S. Flebologiya: rukovodstvo dlya vrachei / V.S. Savel'ev, V.A. Gologorskiy [i dr.].
6. Ткаченко, Е.И. УЗ-методы исследований в гастроэнтерологии / Е.И. Ткаченко.
Tkachenko, E.I. UZ-metody issledovaniy v gastroenterologii / E.I. Tkachenko.
7. Литвяков, А.М. Эхография в диагностике циррозов печени / А.М. Литвяков.
Litvyakov, A.M. Ehografiya v diagnostike cirrozov pecheni / A.M. Litvyakov.
8. Ткаченко, Е.И. Диагностическое и прогностическое значение выявленной портальной гипертензии у больных диффузными заболеваниями печени / Е.И. Ткаченко, С.С. Бочитов, С.А. Иноземцев.
Tkachenko, E.I. Diagnosticheskoe i prognosticheskoe znachenie vyavlennoi portal'noi gipertenzii u bol'nyh diffuznymi zaboolevaniyami pecheni / E.I. Tkachenko, S.S. Bositov, S.A. Inozemcev.
9. Демидов, В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии / В.Н. Демидов, Б.И. Зыбких.
Demidov, V.N. Ul'trazvukovaya diagnostika v ginekologii / V.N. Demidov, B.I. Zybkih.
10. Заболотский, В.С. Ультразвуковая маммография / В.С. Заболотский, Н.В. Заболотская.
Zabolotskii, V.S. Ul'trazvukovaya mammografiya / V.S. Zabolotskii, N.V. Zabolotskaya.

МАКРОЛИДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО

«Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

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

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Реферат. В статье рассматриваются антибиотики группы макролидов, показания к назначению макролидов, особенности применения.

Ключевые слова: макролиды, антибиотики.

MACROLIDES IN TREATMENT OF DIFFERENS BACTERIAL INFECTION

N.V. AMIROV, A.A. VIZEL

Abstract. The article deals with macrolide antibiotics, indications for macrolides, application features.

Key words: macrolides, antibiotics.

В борьбе с различными инфекционными бактериальными заболеваниями первое место принадлежит антибиотикам.

В переводе с греческого слово «антибиотики» означает «против жизни» [2]. В медицинской практике антибиотическими препаратами называют вещества природного либо полусинтетического происхождения, которые обладают свойством подавлять рост некоторых живых клеток.

В настоящее время известно более шести тысяч антибиотиков различных групп. Однако только не более 8—10% из них являются эффективными и безопасными при лечении различных инфекций человека [3].

Макролиды — одна из групп антибиотических препаратов, которые достаточно широко применяются для лечения инфекционных заболеваний в пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии и других отраслях медицины.

Классификация макролидов		
14-членные	15-членные (азакиды)	16-членные
Природные		
Эритромицин		Спирамицин
		Джозамицин
		Мидекамицин
Полусинтетические		
Кларитромицин	Азитромицин	Мидекамина ацетат
Рокситромицин		

Представителей этой группы антибиотиков принято считать самыми безопасными антибактериальными препаратами.

Отличительной чертой этих препаратов является то, что данная группа практически не вызывает аллергии, как, к примеру, это часто отмечается после приема антибиотиков группы пенициллина или цефалоспоринов.

Макролиды не только безопасны, но и достаточно эффективны [6, 7, 8]. Им присущ высокий потенциал

антимикробной активности, а также внутриклеточное фармакокинетическое действие, которое дает возможность намного легче переносить их воздействие на макроорганизм.

Самым первым антибиотиком группы макролидов стал эритромицин. Через 3 года были выпущены еще два препарата — спирамицин и олеандомицин.

На сегодняшний день в арсенале врача имеются более современные антибиотики данной группы: рокситромицин, джозамицин, азитромицин, кларитромицин и некоторые другие.

Большинство макролидов получают благодаря штаммам бактерий, главным образом, актиномицетов и стрептомицетов.

Из подобных веществ больше известны олеандомицин, эритромицин.

Подобные макролиды получают из культуральных фильтратов посредством экстракции органических растворителей и очищают хроматографическими способами. Существуют также подобные вещества, которые получают посредством бактерий, после чего их модифицируют биохимическим или химическим способом, например триацетилолеандомицин. Химический синтез данных веществ похожий на тот, какой осуществляют бактерии, очень труден. Макролидные антибиотики останавливают рост грамположительных пенициллинрезистентных микоплазм и стафилококков, грамотрицательных спирохет и кокков.

Фармакокинетика макролидов. В желудочно-кишечном тракте (ЖК) макролиды всасываются поразному, так как весь процесс непосредственно зависит от типа препарата, лекарственной формы и наличия пищи. Наличие пищи в ЖКТ сильно снижает биодоступность эритромицина, в меньшей степени снижается биодоступность азитромицина, рокситромицина и мидекамина. Наличие пищи в ЖКТ в основном не воздействует на биодоступность джозамицина, кларитромицина, спирамицина.

Макролиды — это тканевые антибиотики, поскольку их концентрация в сыворотке крови мала и неодинакова у различных лекарств. Повышенные сывороточные концентрации наблюдаются у рокситромицина, затем у кларитромицина, а самые низкие — у азитромицина.

Данные препараты в различной степени соединяются с белками плазмы крови. Самое высокое связывание с белками плазмы происходит у рокситромицина (более 90%), самое низкое — у спирамицина (менее 20%). Макролиды при приеме внутрь благополучно распределяются в организме человека, формируя повышенные концентрации в различных тканях и органах (это относится и к предстательной железе), а также при воспалении. В этом случае макролиды проникают внутрь клеток и формируют высокие внутриклеточные концентрации. Не так хорошо макролиды проникают через гематоофтальмический и гематоэнцефалический барьеры. Однако они проникают через плаценту и всасываются в грудное молоко.

Метаболизируются данные вещества в печени посредством микросомальной системы цитохрома Р-450, метаболиты в основном выходят преимущественно с желчью. Один из метаболитов кларитромицина имеет выраженную антимикробную активность, почечная экскреция равна 5—10%. Срок полувыведения лекарства находится в пределах 55 ч. При почечной недостаточности у множества макролидов (помимо кларитромицина и рокситромицина) данный параметр не изменяется. При циррозе печени вероятно сильное увеличение срока полувыведения эритромицина и джозамицина.

Сравнительная активность макролидов

Первое поколение макролидов оказалось довольно действенным в отношении грамположительных микроорганизмов, по силе антимикробного воздействия они не уступают мощности природного пенициллина. Отличительным свойством данных антибиотиков стало то, что к ним оказались чувствительны различные грамположительные микроорганизмы, не чувствительные к пенициллину, тетрациклину и т.д. Из-за этих свойств макролиды в борьбе с инфекциями отнесены в разряд резервных антибиотиков. Возникновение новых поколений этих лекарств только усилило позицию данной фармакологической группы антибактериальных препаратов. Тем не менее это не говорит о полном отказе от применения всем хорошо известного в клинических условиях эритромицина. Эритромицин до сих пор продолжает оставаться пригодным к использованию в отношении большого количества видов микроорганизмов [9].

Особо важным становится выбор макролидных антибиотиков, принимая во внимание возбудитель, особенности клинических проявлений и хода болезни. Особенностью макролидных препаратов первого поколения стала недостаточная результативность в отношении грамотрицательных бактерий, в том числе грибов, бруцелл, нокардий. Новые поколения этих лекарств более результативны в борьбе против грамотрицательных микроорганизмов.

Некоторые особенности применения макролидов

Эритромицин обычно влияет на состояние желудочно-кишечного тракта, может вызывать тошноту и рвоту, а при больших дозах и боли в желудке. В таких случаях больше подходят новые макролиды (рокситромицин, азитромицин, а особенно кларитромицин,

который является наиболее активным при лечении инфекций ЖКТ). Они лучше всасываются и активны в отношении гемофильной палочки, обладают более продолжительным сроком полувыведения.

В наше время новые макролиды становятся эффективной заменой эритромицину, особенно при его непереносимости или неэффективности. Макролидные препараты обычно применяются при пенициллин-резистентных стафилококковых заболеваниях, микоплазменной инфекции, аллергии к пенициллину, легионеллезной и риккетсиозной инфекции. При внебольничных пневмониях макролиды являются антибиотиками первого ряда, а при тяжелом течении — в сочетании с β -лактамами.

Большой интерес представляет азитромицин. С одной стороны, это один из безопасных макролидов, опыт применения которого при бронхолитах исчисляется месяцами. В последние годы он изучен в трансплантологии, где проявил себя как эффективное средство, предупреждающее развитие тяжелого бронхообструктивного синдрома. Применение азитромицина при бронхиальной астме позволяет рассматривать его как антибактериальное средство в терапии внутриклеточных патогенов, но в то же время и как препарат, обладающий иммуномодулирующим действием.

Показания к применению макролидов

Наиболее часто пациентам назначают макролиды при лечении внебольничной пневмонии, обострении хронического бронхита, при инфекциях верхних дыхательных путей, синусите, ангине, а также при существующей непереносимости пенициллинов и цефалоспоринов.

Эритромицин — это антибиотик, который следует принимать при легионеллезе, с целью профилактики острой ревматической лихорадки (при невозможности применения пенициллина), деконтаминации кишечника перед началом колоректальных операций.

Кларитромицин также используют для терапии и профилактики оппортунистических заражений при СПИДе, вызванных некоторыми атипичными микобактериями, при инфекциях кожи и мягких тканей, а также для эрадикации *Helicobacter pylori* при болезнях ЖКТ (кларитромицин входит в схемы эрадикационной терапии).

Кларитромицин является полусинтетическим 14-членным макролидом. По сравнению с эритромицином он обладает повышенной кислотостабильностью и улучшенными антибактериальными и фармакокинетическими свойствами. Важной особенностью кларитромицина является образование в организме активного метаболита — 14-гидроксикларитромицина, который также обладает антибактериальной активностью. В отношении многих возбудителей кларитромицин и его метаболит проявляют аддитивный эффект, а в отношении *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Legionella spp.* — синергидный. Как считают некоторые исследователи, кларитромицин оказывает «сбалансированный» антибактериальный эффект, проявляя активность против патогенов, как с вне-, так и с внутриклеточной локализацией. В то же время другой макролид — азитромицин хорошо действует на внутриклеточные патогены, но слабее на микроорганизмы, находящиеся во внеклеточной среде, а амоксициллин (как и другие β -лактамы) оказывает влияние только на внеклеточно локализирующуюся микрофлору.

Кларитромицин является высокоэффективным макролидным антибиотиком, который может применяться как внутрь, так и парентерально. Он имеет следующие преимущества перед эритромицином:

- устойчивость в кислой среде;
- более стабильные показатели биодоступности, не зависящие от пищи;
- меньшая кратность приема (1—2 раза в день, в зависимости от лекарственной формы);
- эффективность против атипичных микобактерий.

Одним из важных свойств кларитромицина является его способность влиять на биопленки, образуемые такими микроорганизмами, как синегнойная палочка, стафилококк, стрептококк. Это делает данные патогены уязвимыми для других антибиотиков в присутствии кларитромицина. Кроме того, этот макролид способен тормозить репликацию вирусов гриппа А, а также улучшать свойства мокроты (это снижает потребность в муко регуляторах).

Спирамицин используют для терапии токсоплазмоза, в частности у беременных женщин.

Джозамицин также может применяться при лечении различных болезней дыхательных путей (в том числе и внебольничных пневмоний), инфекций мягких тканей и др.

Допускается использование джозамицина во время беременности и во время вскармливания грудью по показаниям.

Все макролиды рекомендуется принимать внутрь.

Положительными моментами в пользу выбора назначения кларитромицина, спирамицина, рокситромицина, мидекамицина и джозамицина перед эритромицином являются более качественная фармакокинетика (кларитромицин и 14-ОН-метаболит хорошо распределяются в тканях и жидкостях организма), лучшая переносимость и меньшая кратность употребления [10]. Позитивные результаты многих контролируемых клинических исследований дают возможность более широко использовать кларитромицин при инфекциях верхних и нижних отделов дыхательных путей у взрослых и детей.

Эффективность кларитромицина при обострении хронического бронхита и внебольничной пневмонии показана и в наших работах еще в 2001 г. [1, 4, 5].

Безусловно, дозировка кларитромицина 500 мг с интервалом в 12 ч в лечении респираторных инфекций является наиболее рациональной. Относительно недавно появилась новая, пролонгированная форма кларитромицина, которая может назначаться один раз в сутки из-за матричной структуры таблетки, которая позволяет поддерживать терапевтическую концентрацию препарата в течение 24 ч.

Кларитромицин представляет особый интерес для терапии урогенитальных инфекций, вызываемых внутриклеточными микроорганизмами, так как эффективно сочетает в себе способность создавать наиболее оптимальные подавляющие концентрации для этих патогенов и почечный путь выведения. Это единственный макролид, который выводится преимущественно с почками, что позволяет ему достигать наиболее высоких концентраций в органах и тканях мочеполового тракта. Кларитромицин сравнительно недавно начал широко и успешно применяться для лечения урогенитального хламидиоза и микоплазмозов. Кроме того, по кларитромицину была получена внушительная доказательная база, свидетельствующая о его положительном

влиянии на гуморальный и клеточный иммунитет, и о ряде противовоспалительных свойств, близких к тем, которыми обладают НПВС.

Следует помнить, что макролиды проходят через плаценту, всасываются в грудное молоко.

Побочные действия. Данные препараты неплохо переносятся и являются одной из самых безвредных групп противомикробных лекарств.

Группа макролидов подразделяется на природные антибиотики (олеандомицин, эритромицин, спирамицин и др.) и полусинтетические препараты (азитромицин, рокситромицин, кларитромицин и др.).

Базой химической структуры данных препаратов является лактонное кольцо, которое состоит у разных антибиотиков из 14—16 атомов углерода. К лактонным кольцам прикреплены разнообразные заместители, сильно воздействующие на качество отдельных соединений. Главной особенностью полусинтетических макролидов стали более качественные фармакокинетические свойства при повышенной (широкого спектра) антибактериальной активности. Они отлично всасываются и образуют в крови и тканях долго сохраняющуюся высокую концентрацию, что помогает уменьшить количество приемов в день до одного или двух раз, снизить длительность курса, периодичность и выраженность побочных явлений. Они результативны при инфекциях дыхательных путей, болезнях половых органов и мочевыводящих путей, мягких тканей, кожи и при прочих болезнях, которые возникли из-за инфицирования грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, атипичных бактерий, разных анаэробов.

В настоящее время данные препараты бывают 14-, 15- и 16-членные. Всего известно четырнадцать препаратов, из них в России зарегистрировано и продается восемь представителей данного класса антибиотиков.

Включение в лактонное кольцо атома азота вызвало синтез азалидов, т.е. более активных в отношении грамотрицательных бактерий на фоне эритромицина и выделения азалидов в новый класс антибиотиков, не похожих на макролиды.

Одна из новейших разработок — кларитромицин пролонгированного высвобождения. Особенность этого препарата — матричная структура таблетки, которая позволяет кларитромицину постепенно высвобождаться в двенадцатиперстной кишке, а затем всасываться в тонком кишечнике. Пролонгированный препарат кларитромицин успешно прошел испытания и зарегистрирован в США. Новый препарат позволяет пациенту принимать кларитромицин один раз в день, что повышает комплаентность и эффективность терапии. Из-за сниженных пиковых концентраций препарата его переносимость заметно улучшилась. Количество жалоб на побочные эффекты пролонгированной лекарственной формы кларитромицина меньше, чем на обычный препарат. Пролонгированный кларитромицин выпускается в дозе 500 мг, что позволяет одной таблетке заменить два приема препарата по 250 мг, а двум таблеткам одновременно — заменить два приема в день 500 мг обычного кларитромицина.

Особенности применения макролидов при некоторых состояниях

Беременность. Данных, доказывающих безвредность кларитромицина, рокситромицина и мидекамицина для плода, не существует, поэтому их не советуют принимать в период беременности.

Эритромицин, спирамицин, азитромицин, джозамицин отрицательного воздействия на плод не имеют, и поэтому их можно принимать беременным женщинам.

Кормление грудью. Большинство макролидов всасываются в грудное молоко (по азитромицину сведений не имеется). Сведения о безопасности для малыша, которого кормят грудным молоком, существуют лишь для эритромицина. Использование остальных макролидов женщинам, которые кормят грудью, следует максимально сократить.

Педиатрия. Сведения о вреде или пользе кларитромицина для детей до полугода не известны. Срок полувыведения рокситромицина у малышек может быть повышен до 20 ч.

Герiatrics. Каких-либо запретов для использования макролидов людям пожилого возраста не выявлено, но следует помнить тот факт, что вероятны возрастные изменения в функции печени и почек, а также имеется высокий риск ухудшения слуха при использовании эритромицина.

Нарушение функции почек. При уменьшении клиренса креатинина менее 30 мл/мин срок полувыведения кларитромицина способен подняться до 20 ч, а его активный метаболит — до 40 ч. Срок полувыведения рокситромицина способен увеличиться до 15 ч при понижении клиренса креатинина до 10 мл/мин. В подобных случаях может потребоваться изменение режима дозирования подобных макролидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амиров, Н.Б.* Диагностика и комплексная медикаментозно-лазерная терапия пневмоний / Н.Б. Амиров, А.А. Визель. — Казань: Медицина, 2002. — 108 с.
Amirov, N.B. Diagnostika i kompleksnaja medikamentozno-lazernaja terapija pnevmonij / N.B. Amirov, A.A. Vizel'. — Kazan': Medicina, 2002. — 108 s.
2. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — Смоленск: МАКМАХ, 2007. — 464 с.
Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoj himioterapii / pod red. L.S. Strachunskogo, Ju.B. Belousova, S.N. Kozlova. — Smolensk: MAKMAH, 2007. — 464 s.
3. Рациональная антимикробная фармакотерапия: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. В.П. Яковлева, С.В. Яковлева. — М.: Литтерра, 2003. — 1008 с.

Racional'naja antimikrobnaja farmakoterapija: rukovodstvo dlja praktikujushih vrachej / pod obshch. red. V.P. Jakovleva, S.V. Jakovleva. — M.: Litterra, 2003. — 1008 s.

4. *Амиров, Н.Б.* Оценка клинической эффективности кларитромицина при обострении хронического бронхита и внебольничной пневмонии / Н.Б. Амиров, А.А. Визель, Р.Ф. Хамитов [и др.] // Человек и лекарство: VIII Рос. нац. конгресс. — М., 2001. — С.124.
Amirov, N.B. Ocenka klinicheskoy jeffektivnosti klaritromicina pri obostrenii hronicheskogo bronhita i vnebol'nicnoj pnevmonii / N.B. Amirov, A.A. Vizel', R.F. Hamitov [i dr.] // Chelovek i lekarstvo: VIII Ros. nac. kongress. — M., 2001. — S.124.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению внебольничных пневмоний у взрослых: монография / Р.Ф. Хамитов, А.А. Визель, Н.Б. Амиров [и др.]. — Казань, «Orange-k», 2011. — 98 с.
Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju vnebol'nicnyh pnevmonij u vzroslyh: monografija / R.F. Hamitov, A.A. Vizel', N.B. Amirov [i dr.]. — Kazan', «Orange-k», 2011. — 98 s.
6. *Дмитриев, Г.А.* Урогенитальная хламидийная инфекция. Подходы к диагностике и терапии / Г.А. Дмитриев. — URL: <http://medi.ru/doc/102904.htm>
Dmitriev, G.A. Urogenital'naja hlamidijnaja infekcija. Podhody k diagnostike i terapii / Dmitriev G.A. — URL: <http://medi.ru/doc/102904.htm>
7. *Потекаев, Н.С.* Кларитромицин в терапии урогенитального хламидиоза. Кремлевская медицина / Н.С. Потекаев, Н.Н. Потекаев // Клинический вестник. — 1998. — № 1.
Potekaev, N.S. Klaritromicin v terapii urogenital'nogo hlamidioza. Kremlyovskaja medicina / N.S. Potekaev, N.N. Potekaev // Klinicheskij vestnik. — 1998. — № 1.
8. *Фесенко, В.* О противовоспалительных свойствах макролидов / В. Фесенко, Н. Чичкова // Врач. — 2005. — № 2. — С.56—58.
Fesenko, V. O protivovospalitel'nyh svojstvah makrolidov / V. Fesenko, N. Chichkova // Vrach. — 2005. — № 2. — S.56—58.
9. *Рачина, С.А.* Кларитромицин: есть ли потенциал для клинического использования в XXI веке? / С.А. Рачина [и др.] // Клиническая микробиол. антимикроб. терапия. — 2005. — Т. 7, № 4.
Rachina, S.A. Klaritromicin: est' li potencial dlja klinicheskogo ispol'zovanija v XXI veke? / S.A. Rachina [i dr.] // Klinicheskaja mikrobiol. antimikrob. terapija. — 2005. — T. 7, № 4.
10. Регистр лекарственных средств России РЛС: энциклопедия лекарств. — М.: РЛС-МЕДИА, 2010. — Вып. 19. — 1368 с.
Registr lekarstvennyh sredstv Rossii RLS: jenciklopedija lekarstv. — M.: RLS-MEDIA, 2010. — Vyp. 19. — 1368 s.

© Е.В. Архипов, О.Н. Сигитова, 2012

УДК 616.633-07

МОЧЕВОЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

ЕВГЕНИЙ ВИКТОРОВИЧ АРХИПОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, e-mail: jekaland@mail.ru
ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА СИГИТОВА, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Реферат. В статье представлены механизмы развития, клиническая картина и алгоритм дифференциально-диагностического поиска при мочевоом синдроме.

Ключевые слова: мочевоый синдром, протеинурия, лейкоцитурия, гематурия.

URINE SYNDROME: DIAGNOSTIC SEARCH

E.V. ARKHIPOV, O.N. SIGITOVA

Abstract. The article presents the mechanisms of development, clinical and differential diagnostic methods for search by the urine syndrome.

Key words: urine syndrome, proteinuria, pyuria, haematuria.

Мочевой синдром (МС) в широком понимании включает в себя все изменения мочи, в более узком (изолированный МС) — изолированные изменения осадка мочи: эритроцитурия/гематурия, лейкоцитурия/пиурия, протеинурия, цилиндрурия, кристаллурия, бактериурия. МС может сочетаться с артериальной гипертензией (АГ), тубулярными дисфункциями, нефролитиазом, обструкцией мочевых путей, инфекцией мочевых путей (ИМП), острой (ОПН) и хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Наиболее частыми причинами изолированного МС могут быть гломерулонефрит (ГН), диабетическая нефропатия (ДН), подагрическая нефропатия, туберкулез мочевыводящей системы, амилоидоз почек, пиелонефрит и мочекаменная болезнь (МКБ).

Механизм развития

Лейкоцитурия нейтрофильная обусловлена миграцией лейкоцитов в очаг инфекции, *лимфоцитарная* — имеет иммунный генез (первичный ГН, трансплантат почки, вторичные нефропатии при системных заболеваниях соединительной ткани и васкулитах).

Эритроцитурия является следствием нарушений:

- целостности сосудистой стенки при инфекционных (ИМП, ГППС, инфекционный эндокардит), иммунных (ГН, геморрагический васкулит, васкулиты при системных заболеваниях соединительной ткани) и токсических повреждениях;
- свертываемости крови (гемофилия, тромбоцитопения, тромбоцитопеническая пурпура, терапия антикоагулянтами) либо повышенной проницаемости базальных мембран клубочков и канальцев (узелковый периартериит, волчаночный нефрит);
- сосудистой стенки (рак, травма почки, МКБ, туберкулез, некротический папиллит, гидронефроз, варикозное расширение вен, разрыв кист, форникальное кровотечение).

Протеинурия (ПУ) — выделение с мочой белка более 50 мг/сут у взрослых, это самый частый признак поражения почек; имеет либо клубочковое происхождение (ГН, гипертоническая нефропатия, ДН, амилоидоз почек), либо канальцевое (интерстициальные нефропатии, пиелонефрит, поликистоз почек, подагрическая нефропатия и др.), либо смешанное (ГН с тубулоинтерстициальным компонентом).

Бактериурия (БУ) обусловлена попаданием микробов в мочу чаще восходящим путем и реже гематогенным путем из отдаленных очагов инфекции.

Кристаллурия — выпадение солей в осадок при канальцевых дисфункциях, характеризующихся избыточным подкислением или ощелачиванием мочи, или при экстраренальных заболеваниях.

Клинические проявления часто отсутствуют и изменения в моче выявляются случайно. Целенаправленное исследование мочи при МС следует проводить у лиц, имеющих хронические заболевания, при которых возможно вторичное вовлечение почек, и у лиц, обратившихся с целью профилактического осмотра.

При сочетании МС с АГ, отеками, тубулоинтерстициальными изменениями, ОПН, ХПН выявляются клинические проявления данных синдромов:

- при АГ — головная боль, одышка, гипертрофия левого желудочка, ангиоретинопатия;
- при *тубулоинтерстициальных изменениях* — полиурия, никтурия, слабость, гипостенурия, ощелачивание мочи, почечно-канальцевый ацидоз;

- при ОПН — олигурия, боли в пояснице, отеки, увеличение размеров почек и снижение их экзогенности, снижение функции почек;

- при ХПН — полиурия, жажда, зуд, АГ, сухость и бледность кожи, анемия, изостенурия, уменьшение размеров почек и повышение их экзогенности.

ПУ клинически не проявляется, массивная (нефротическая) сопровождается развитием отеков. В анамнезе функциональной ПУ можно отметить указания на физическую нагрузку, лихорадку, стресс, переохлаждение; при физикальном обследовании — ожирение или лордоз. ПУ патогномична для ГН: увеличивается при обострении и уменьшается в ремиссию, свидетельствуя об эффективности иммуносупрессивной терапии. Нарастает постепенно при прогрессировании неиммунных заболеваний почек (амилоидоз, ДН, миеломная нефропатия).

При выявлении *гематурии* необходимо выяснить:

- условия возникновения;
- степень, характер и длительность гематурии: *инициальная гематурия* — источник в уретре (воспаление, инородное тело, опухоль, ожог и др.); *терминальная* — в шейке мочевого пузыря, простате или мочевом пузыре (острый цистит, простатит, камни и опухоли); *тотальная* — в почке, мочеточнике или мочевом пузыре (пиелонефрит, нефроптоз, камни, туберкулез почки, опухоли, геморрагический цистит, гиперплазия предстательной железы, некроз почечных сосочков и др.);
- наличие в моче сгустков крови, их форма: *червеобразная форма* — формирование сгустков происходит в мочеточнике (иногда червеобразные сгустки выделяются при поликистозной деформации и камнях почки, в последнем случае им предшествует почечная колика); *бесформенные сгустки* — кровотечение из мочевого пузыря;
- наличие болей: боли в поясничной области без/с иррадиацией по ходу мочевых путей (при нарушении пассажа мочи) — мочекаменная болезнь, сгустки крови; *безболевая гематурия*, в том числе с последующим развитием почечной колики, — опухоль почки или верхних мочевых путей;
- наличие или отсутствие дизурических явлений;
- наличие травмы почек, мочевого пузыря, уретры;
- уточнить наличие заболеваний, которые могут быть причиной гематурии.

При *опухоли почки* гематурия может быть первым и длительное время единственным симптомом заболевания, как правило, безболезненная, но при профузном кровотечении с образованием сгустков возникают тупые, реже коликообразные боли в поясничной области. При *опухолях мочевого пузыря* гематурия носит профузный характер без образования сгустков, безболезненная. При *туберкулезе почек* в самых ранних стадиях процесса наблюдается тотальная гематурия. При *доброкачественной гиперплазии простаты* гематурия возникает без видимой причины, либо при катетеризации мочевого пузыря вследствие нарушения целостности уретры. При *остром цистите и простатите* терминальная гематурия отмечается на фоне выраженной дизурии. При МКБ гематурия развивается вслед за приступом почечной колики, струя мочи может внезапно прерываться во время мочеиспускания. Появление гематурии одновременно с повышением АД и отеками свидетельствует об остром или обострении хронического ГН.

При общих (системных) заболеваниях отмечаются повышение температуры, поражение кожи, костно-суставной системы, внутренних органов, повышение АД.

Диагностический поиск. Лабораторная диагностика. При впервые выявленном МС или отдельных симптомов (лейкоцитурия, эритроцитурия, ПУ, БУ), прежде всего, следует исключить экстраренальное его происхождение (патологические примеси с кожи и слизистых наружных половых органов, из кишечника, гениталий). Далее следует уточнить источник патологических изменений в моче по локализации с проведением трех- или двухстаканной (у женщин) пробы: верхние мочевые пути (почки, чашечно-лоханочная система — патологический осадок во всех трех порциях мочи), нижние (мочевой пузырь, уретра — первая порция мочи), мужские половые органы (предстательная железа — изменения, главным образом, в третьей порции мочи).

В пользу заболеваний почек, в отличие от заболеваний нижних мочевых путей и мужских половых органов, свидетельствуют почечные функциональные нарушения (поли- или олигоанурия; гипо-, гипер- или изостенурия; изменения pH мочи) и наличие экстраренальных проявлений (отеки, анемия, повышение АД, гипертрофия левого желудочка, ангиоретинопатия).

Обнаруживаемые в моче эритроциты могут быть *измененными (свежими)* и *неизмененными*. Лучше детализировать морфологию эритроцитов и их фрагментов в осадке мочи позволяет фазово-контрастная микроскопия: выявление в моче более 80% структурно измененных (дисморфных) эритроцитов с неравномерной разорванной мембраной указывает на гломерулярный генез гематурии (ГН, ДН). При изолированной *эритроцитурии* нередко показана нефробиопсия, так как она может быть первым проявлением разных заболеваний почек (рис. 1). Во всех случаях макрогематурии, за исключением воспалительных заболеваний (острый

цистит, уретрит, простатит), проводится цистоскопия для определения характера и источника кровотечения.

Эритроцитурия в сочетании с асептической лейкоцитурией и минимальной ПУ при неблагоприятном эпиданамнезе, перенесенном туберкулезе органов дыхания требует исключения *туберкулеза мочевых путей*. При МС с эритроцитурией и ПУ, эпизодах выделения темной мочи и наличии симптомов системных заболеваний соединительной ткани необходимо исключить *системную красную волчанку, узелковый периартериит, геморрагический васкулит, септический эндокардит*. При эритроцитурии в сочетании со снижением диуреза, геморрагическими высыпаниями на коже и слизистых, наличии в анамнезе контакта с мышами-полевками и фебрильной лихорадки до снижения диуреза и появления изменений в моче следует исключить *ГЛПС*.

При обнаружении *лейкоцитурии* необходимо выяснить ее источник (нижние мочевые пути или верхние — почки) и генез (инфекционная или асептическая). Об инфекционном происхождении лейкоцитов из почки свидетельствует одновременное выявление при микроскопии мочи бактериурии, лейкоцитарных и зернистых цилиндров. Оценка любой лейкоцитурии как инфекционной может повлечь за собой ошибки в диагностике и необоснованное назначение антибактериальных средств.

Инфекционная лейкоцитурия характерна для ИМП, однако при обструкции мочевыводящих путей может отсутствовать. Для разграничения инфекционной и асептической лейкоцитурии имеет значение бактериологическое исследование мочи. Выявление БУ более 1×10^5 в 1 мл мочи указывает на инфекционный генез лейкоцитурии. Тем не менее посев мочи при ИМП в 20—30% случаев может быть отрицательным (интермиттирующий характер БУ, наличие протопластов и L-форм бактерий).

Лейкоцитурия с бактериурией, минимальной/умеренной ПУ в сочетании с дизурией, болями в пояснице или в надлобковой области, лихорадкой, потливостью, слабостью, а также с рецидивами ИМП в анамнезе может говорить как о *неспецифической*, так и *специфической ИМП*.

При обнаружении ПУ необходимо уточнить ее характер (функциональная или органическая), степень (суточная потеря белка с мочой) и источник (клубочковая или канальцевая) (рис. 2). Для разграничения *функциональной* (не более 50 мг/сут; у беременных — не более 200 мг/сут) и *органической* ПУ проводятся тесты с физической нагрузкой, на лордотическую протеинурию с переразгибанием позвоночника (руки за головой или палка за спиной), ортостатическая проба с исследованием ПУ до и после проведения проб. У пациентов с лихорадкой до и после нормализации температуры, после устранения стресса или холодового фактора. Органическая ПУ сохраняется до и после нагрузки, а также после устранения этиологического фактора. *Минимальная* ПУ (до 1 г в сут) характерна для пиелонефрита, тубулоинтерстициального нефрита, поликистоза почек, подагрической нефропатии, туберкулеза почек, латентной формы ГН, начальных стадий ДН, амилоидоза почек, миеломной нефропатии; *умеренная* (от 1 до 3,5 г) — при обострении ГН, ДН, миеломной и амилоидной нефропатии; *массивная (нефротическая)* — при нефротической и смешанной формах ГН, амилоидозе почек, миеломной нефропатии, гестозе беременных, ДН, паранео-

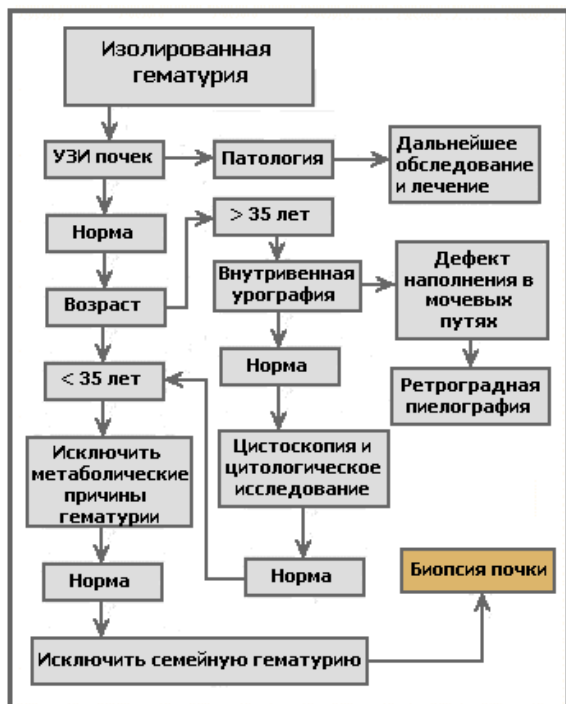


Рис. 1. Алгоритм диагностики при изолированной гематурии (Jacobson H. et al., 1995)

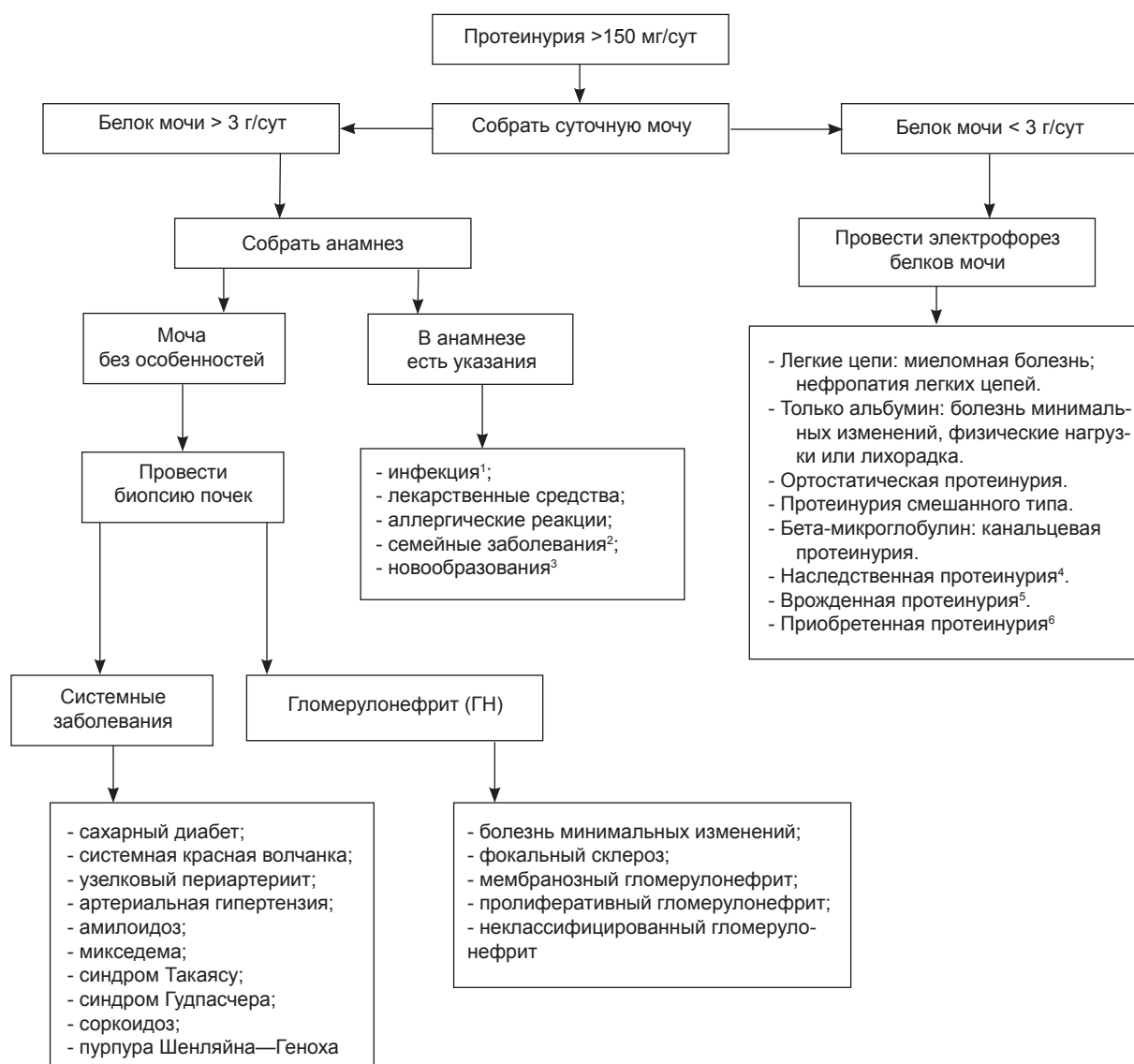


Рис. 2. Диагностический алгоритм при протеинурии (Harrison's Principles of Internal Medicine, 14th ed.)

Примечание:

¹постстрептококковый гломерулонефрит; бактериальный эндокардит; нефрит, связанный с сосудистыми протезами; сифилис;

²синдром Альпорта; серповидно-клеточная анемия; болезнь Фабри;

³онкогематология, опухоль Вильмса, феохромоцитома; вторичное повреждение клубочков при раке легких, молочных желез, толстого кишечника;

⁴болезнь Вильсона—Коновалова, цистиноз, оксалоз, ювенильный нефронофтиз;

⁵все формы синдрома Фанкони, почечный канальцевый ацидоз;

⁶отравления солями тяжелых металлов, радиационный нефрит, интоксикация витамином D; пиелонефрит, интерстициальный нефрит, обструктивная уропатия.

бластическом нефротическом синдроме). ПУ более 3 г/сут свидетельствует о поражении клубочков. Изолированная ПУ является показанием для проведения нефробиопсии.

Инструментальные исследования позволяют выявить изменения в почках и мочевых путях (размеры, контуры, расположение, экзогенность, диффузный или очаговый характер изменений), симметричность (ГН, ДН, амилоидоз почек и др.) или асимметрию данных изменений (пиелонефрит, туберкулез почек, кисты, конкременты, опухоли и др.).

С помощью УЗИ почек выявляются очаги повышенной экзогенности (камни, соли, опухоль) или пониженной

(абсцесс), анэхогенные образования (кисты). Экзогенность ткани почек повышена при болезнях отложения (амилоидоз почек, подагрическая и миеломная нефропатия, нефрокальциноз), ХПН. Увеличение размеров почек определяется при амилоидозе почек, тромбозе почечных вен, застойной нефропатии, ОПН, остром пиелонефрите, поликистозе почек, удвоении почек; уменьшение размеров — при сморщивании почек, аномалиях развития (гипоплазии, дисплазии).

При обзорной и экскреторной урографии — уменьшение или увеличение размеров почек, деформация контуров (пиелонефрит, ХПН, опухоль), расширение чашечно-лоханочной системы и мочевых путей, гидро-

нефроз и гидрокаликоз (нарушения уродинамики, синдром обструкции мочевых путей); асимметрия функции почек и очаговые изменения (пиелонефрит, туберкулез, новообразования почки, поликистоз, гидронефроз), снижение интенсивности и/или позднее контрастирование, замедление выведения контраста.

Компьютерная урография — уточнение очаговых изменений, диагностика новообразований; радиоизотопная рено- и сцинтиграфия — уточнение функции почек; ангиография — заболевания сосудов, ишемическая болезнь почек.

Специальные исследования при подозрении на общие или системные заболевания: сцинтиграфия костей (миеломная болезнь, подагра, ревматоидный артрит, туберкулез почек); рентгенография плоских костей и стерильная пункция (миеломная нефропатия, болезни крови).

ЛИТЕРАТУРА

1. Батюшин, М.М. Нефрология. Ключи к трудному диагнозу / М.М. Батюшин. — Элиста: ЗАО НПП «Джангар», 2009. — 168 с.
Batjushin, M.M. Nefrologija. Kljuchi k trudnomu diagnozu / M.M. Batjushin. — Jelista: ZAO NPP «Dzhangar», 2009. — 168 s.
2. Тареева, И.Е. Нефрология: руководство для врачей / И.Е. Тареева; под ред. И.Е. Тареевой. — М.: Медицина, 2000. — 688 с.
Tareeva, I.E. Nefrologija: rukovodstvo dlja vrachej / I.E. Tareeva; pod red. I.E. Tareevoy. — M.: Medicina, 2000. — 688 s.
3. Шилов, Е.М. Гематурия / Е.М. Шилов, В.В. Фомин // Врач. — 2005. — № 6. — С. 9—13.
Shilov, E.M. Gematurija / E.M. Shilov, V.V. Fomin // Vrach. — 2005. — № 6. — S. 9—13.
4. Bansal, V.K. Treatment of lupus nephritis: a meta-analysis of clinical trials / V.K. Bansal, J.A. Veto // Am. J. Kidney Dis. — 1997. — Vol. 29. — P.193—199.
5. Kshirsagar, A.V. Effect of ACE inhibitors in diabetic and nondiabetic chronic renal disease: a systematic overview of randomized placebo-controlled trials / A.V. Kshirsagar, M.S. Joy, S.L. Hogan [et al.] // Am. J. Kidney Dis. — 2000. — № 35. — P.695—707.
6. Michel, B.A. Hypersensitivity vasculitis and Henoch-Schenlein purpura: A comparison between the 2 disorders / B.A. Michel, G.G. Hunder, D.A. Bloch, L.H. Calabrese // J. Rheumatol. — 1992. — № 19. — P.721.
7. Pillebout, E. Henoch-Schonlein purpura in adults: Outcome and prognostic factors / E. Pillebout, E. Thervet, G. Hill [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. — 2002. — № 13. — P.1271.
8. Topham, P.S. Glomerular disease as a cause of isolated microscopic haematuria / P.S. Topham, S.J. Harper, P.N. Furness [et al.] // Q. J. Med. — 1994. — Vol. 87. — P.329.

ОБЗОР V ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ МВД СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, 19–20 ОКТЯБРЯ 2012 Г., КАЗАНЬ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Б.АМИРОВ, Л.Р.ГИНЯТУЛЛИНА, М.В.ПОТАПОВА

19–20 октября в Культурном центре МВД по Республике Татарстан состоялась V ежегодная Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция врачей медико-санитарных частей МВД субъектов Российской Федерации и врачей Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике».

Конференция организована Медико-санитарной частью МВД России по РТ и кафедрой общей врачебной практики КГМУ при поддержке руководства МВД по Республике Татарстан и Министерства здравоохранения РТ. Спонсорскую помощь в проведении конференции оказали фармацевтические компании Берлин Хеми, Биокад, КРКА, MSD, Никомед, Тева и др.

В работе конференции приняли участие более 300 врачей различных специальностей г. Казани, лечебно-профилактических учреждений Республики Татарстан, Медико-санитарной части МВД по РТ и регионов РФ. Так, среди делегатов конференции присутствовали профессор, доктор и кандидаты медицинских наук, руководители медико-санитарных частей МВД, врачи-практики из многих регионов России: Москвы и Московской области, республик Марий Эл, Удмуртии, Чувашии, Нижегородской и Новгородской областей и других регионов.

Цель данной конференции — обмен опытом в вопросах ведомственного и муниципального здравоохранения, а также широкое освещение передовых медицинских технологий и современных подходов в решении общемедицинских проблем.

В настоящее время в 82 регионах Российской Федерации медицинское обеспечение сотрудников

правоохранительных органов, пенсионеров и членов их семей осуществляют медико-санитарные части МВД России. В Республике Татарстан задача по сохранению и укреплению здоровья сотрудников ОВД возложена на Медико-санитарную часть МВД. Это учреждение является одним из крупных динамично развивающихся лечебно-профилактических учреждений, третьим по мощности среди ведомственных медико-санитарных частей Российской Федерации. В 2010 г. заслуги коллектива Медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан в вопросах повышения качества и доступности медицинских услуг признаны на правительственном уровне вручением премии Правительства РТ за качество в номинации «Услуги».

Документальный фильм о становлении медицинской службы МВД России явился своеобразным докладом о достижениях и дальнейших перспективах развития ведомственной медицинской службы Министерства внутренних дел РТ.

В работе президиума конференции участвовали: заместитель министра внутренних дел по РТ полковник внутренней службы Динниулов Дамир Равильевич, начальник Управления здравоохранения г. Казани Ахметов Рамиль Уелович, начальник Медико-санитарной части МВД России по РТ полковник внутренней службы, кандидат медицинских наук Потапова Марина Вадимовна, ректор КГМУ, д.м.н., профессор Созинов Алексей Станиславович, профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ Амиров Наиль Багауевич (председатель конференции).



М.В. Потапова

Конференцию открыла начальник Медико-санитарной части МВД России по РТ, полковник внутренней службы, кандидат медицинских наук *Потапова Марина Вадимовна*.



Д.Р. Динниулов

С приветственным словом к участникам конференции обратился заместитель министра внутренних дел по РТ *Динниулов Дамир Равильевич*. Он отметил, что Медико-санитарная часть МВД по РТ, являясь одной из лучших медико-санитарных частей МВД России, на высоком уровне организует медицинское обеспечение сотрудников правоохранительных органов, пенсионеров и членов семей прикрепленного контингента. Одним из значительных достижений является симбиоз медицинской науки и практического здравоохранения. На базе Медико-санитарной части МВД России по РТ работают кафедры медицинского университета и медицинской академии, в течение пяти лет выпускается научно-практический журнал «Вестник современной клинической медицины». От имени министра внутренних дел по РТ Д.Р. Динниулов поздравил сотрудников и ветеранов ведомственной медицинской службы с профессиональным праздником — Днем медицинской службы МВД России, всем участникам конференции пожелал дальнейшей плодотворной работы.



Р.У. Ахметов

От имени Министерства здравоохранения РТ с приветственным словом выступил начальник Управления здравоохранения г. Казани *Ахметов Рамиль Уелович*. Он отметил, что в МСЧ МВД России по РТ большое внимание уделяется повышению качества и доступности медицинских услуг, внедрению высокотехнологичных методов лечения.



А.С. Созинов

От имени КГМУ к участникам конференции обратился ректор медицинского университета, профессор *Созинов Алексей Станиславович*. Он отметил, что история развития и становления медицинской службы системы МВД неразрывно связана с историей Российского государства. На базе МСЧ МВД России по РТ плодотворно работают научные клинические кафедры КГМУ и КГМА. Постоянную консультативную помощь оказывают профессора КГМУ Н.Б. Амиров, А.А. Визель, О.Н. Сигитова, на базе Клинического госпиталя МВД под руководством профессора И.Ф. Ахтямова проводятся высокотехнологичные операции по эндопротезированию крупных суставов.

Председатель конференции доктор медицинских наук, профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ *Амиров Наиль Багауевич* выступил с докладами на актуальные темы профилактики и лечения кардиоваскулярных заболеваний.

Ведущие специалисты Татарстана и России выступили с проблемными докладами по различным направлениям современной медицинской науки.

В ходе конференции медицинские работники МСЧ МВД России по РТ совместно с Диабетической ассоциацией РТ провели традиционную акцию «Объединимся в борьбе с диабетом». В рамках акции врачи — участники конференции были обследованы на наличие сахарного диабета и нарушений обмена веществ.

19 октября на пленарном заседании, которое проходило под председательством профессора Н.Б. Амирова и профессора И.В. Шубина выступили с докладами:

Потапова Марина Вадимовна, начальник МСЧ МВД России по РТ, канд. мед. наук, профессор РАЕ «Организационно-методические и научные основы эффективности деятельности крупной медико-санитарной части (анализ деятельности МСЧ МВД России по РТ за 5 лет)». В докладе были отражены современные управленческие и организационные подходы, внедренные за последние годы в деятельность МСЧ МВД России по

РТ, а также основные положительные тенденции в состоянии показателей здоровья среди личного состава МВД по РТ и прикрепленного контингента.



Л.Ф. Сабиров

В докладе **Сабирова Ленера Фаррахутдиновича**, начальника Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, канд. мед. наук «Медицинское обеспечение ограниченного контингента сотрудников МВД России по РТ, командированных в СКР» были освещены вопросы организации медицинской помощи в полевых условиях, вопросы межведомственного взаимодействия, а также отражена структура заболеваемости среди личного состава.



Л.Н. Шайхутдинова

Шайхутдинова Любовь Николаевна, зам. руководителя Управления Росздравнадзора по Республике Татарстан, канд. мед. наук в докладе «Основные направления контрольно-надзорной деятельности в здравоохранении» осветила основные требования, предъявляемые контролирующим органом к ЛПУ, действующую нормативно-правовую базу по основным разделам деятельности.

Доклады **Амирова Наиля Багауевича**, докт. мед. наук, профессора «Современные подходы к лечению гипертонической болезни» и «К вопросу о лечении атеросклероза: 2 взгляда на 1 проблему» отразили тактику лечения пациентов с АГ в зависимости от степени тяжести, стадии заболевания и отягчающих



Н.Б. Амиров

состояний, алгоритм выбора наиболее эффективного гипотензивного средства, принципы лечения статинами, а также меры профилактики кардиоваскулярных заболеваний.



З.М. Галеева

Доклады **Галеевой Зарины Мунирович**, канд. мед. наук, профессора РАЕ «Язвенная болезнь сегодня: пути оптимизации лечения» и «Синдром холестаза: тактика ведения пациента» осветили современные подходы к диагностике и лечению язвенных поражений ЖКТ с позиций рекомендаций Маастрихт-4. Также была показана тактика ведения пациентов с синдромом холестаза на примере клинического случая пациентки с циррозом печени, возникшего по причине хронической интоксикации препаратами витамина А.

В докладе **Визель Ирины Юрьевны**, канд. мед. наук, профессора РАЕ «Саркоидоз: подходы к лечению и прогнозированию» была показана современная классификация саркоидоза, а также отражены данные диспансерного наблюдения за пациентами с данным заболеванием в течение 10 лет.

В докладе **Галаяутдинова Геншата Салахутдиновича**, докт. мед. наук, профессора «Повышенная кровоточивость: междисциплинарные аспекты и современная терапия» была дана классификация геморрагических диатезов, вопросы подготовки па-



И.Ю. Визель

циентов к хирургическим вмешательствам с целью профилактики тяжелых постгеморрагических анемий, возможности использования препаратов эритропоэтина для этих целей. Второй доклад Г.С. Галяутдинова «Острый коронарный синдром: на что еще следует обратить внимание при лечении» отразил современную стратегию ведения и принципов лечения пациентов с острым коронарным синдромом, возможности современной кардиопротекции при ишемии миокарда.



Р.Ф. Хамитов

В докладе «Лечение респираторных вирусно-бактериальных микст-инфекций» канд. мед. наук, профессора РАЕ, главного терапевта Военно-медицинского Управления Главного командования внутренних войск МВД России, полковника **Шубина Игоря Владимировича** были освещены факторы риска осложнений при гриппе, базисная противовирусная терапия, подходы к эмпирической антибактериальной терапии в лечении осложнений гриппа в амбулаторной практике.



Г.С. Галяутдинов

Далее конференция продолжила свою работу под председательством профессора Г.С. Галяутдинова и профессора О.В. Булашовой.

В докладе «Современные подходы к терапии респираторных инфекций» докт. мед. наук, зав. кафедрой госпитальной терапии КГМУ **Хамитова Рустема Фидагиевича** была показана высокая заболеваемость ОРВИ и гриппом в РФ, отражены вопросы дифференциальной диагностики, основные показания к антимикробной терапии при этих заболеваниях.

В докладе «Рекомендации Европейского общества кардиологов по лечению острой и хронической сердечной недостаточности, Мюнхен, 2012. Что нового?» докт. мед. наук, профессор, **Маянская Светлана Дмитриевна** осветила тенденции персонализированного подхода к проблемам кардиоваскулярных заболеваний, использование современных знаний о геноме человека, в том числе в кардиологии.



С.Д. Маянская



И.В. Шубин



Р.Г. Сайфутдинов

В докладе «Гастроэнтерология сегодня. По следам 18-й Гастронедели» докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии КГМА **Сайфутдинов Рафик Галимзянович** показал возможности исследования пациентов с использованием эндоскопической видеокапсулы, особенности современных подходов к лечению лекарственных гепатитов, а также данные применения мезенхимальных стволовых клеток в лечении циррозов печени.



О.В. Булашова

Большой интерес аудитории вызвал доклад «Аллопатический и гомеопатический опрос пациента: что общего и в чем отличие?» докт. мед. наук, профессора **Булашовой Ольги Васильевны**. В данном докладе была отражена деятельность Казанского гомеопатического центра, а также роль гомеопатии в повышении адаптации организма человека к внешним и внутренним условиям.

Были представлены доклады сотрудников Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ:

«Изучение взаимосвязи параметров центральной гемодинамики и внешнего дыхания больных с хронической сердечной недостаточностью с целью оптимизации проводимой терапии» **Фроловой Эльвиры Бакиевны**, зам. начальника Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ.



Э.Б. Фролова

«Контактная уретеролитотрипсия аппаратом LMA Stone breaker™ (LMA Urology, Jersey. C1)» **Строитель Ивана Анатольевича**, врача-уролога хирургического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ.



И.А. Строителей

«Метаболический синдром: взгляд кардиолога» **Мухаметшиной Гузель Агзамовны**, канд. мед. наук, врача-кардиолога Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ.

«Метаболический синдром: взгляд гастроэнтеролога» врача-гастроэнтеролога Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ **Гималетдиновой Ирины Анатольевны**.



Г.А. Мухаметшина



И.А. Гималетдинова



О.Г. Лазаренко

В конце первого рабочего дня конференции состоялась дискуссия, была проведена беспроигрышная лотерея и фуршет для участников конференции.

Второй день конференции проходил под председательством профессора Н.Б. Амирова и профессора О.Н. Сигитовой.

В докладе «Современные подходы к терапии аллергических заболеваний кожи» канд. мед. наук, **Камашевой Гульнары Рашидовны** показан рост заболеваемости детей в РТ аллергическими дерматозами, состояние их иммунного статуса, освещены современные подходы к диагностике и лечению данных заболеваний.



Г.Р. Камашева



В.С. Мороков

Доклад «Грипп сегодня» канд. мед. наук, доцента **Лазаренко Ольги Георгиевны** отразил современную классификацию гриппа, эпидемиологическую ситуацию в России и Татарстане, принципы лечения и профилактики вирусных инфекций.

В докладе «Профилактика и ранняя диагностика малярии» канд. мед. наук, доцент **Мороков Всеволод Сергеевич** представил клинические случаи малярии в РТ, а также вопросы неспецифической профилактики данного заболевания.

Доклад «Диабетическая нефропатия в общеврачебной практике: возможности нефропротекции на догоспитальном этапе» докт. мед. наук, профессора **Сигитовой Ольги Николаевны** отразил вопросы па-



О.Н. Сигитова

тогенеза, классификации данного заболевания, а также возможности нефропротекции при сахарном диабете в современных условиях.

В докладе «Головокружения, нарушения равновесия и ходьбы как междисциплинарная проблема» **Хузина Гульнара Рашидовна**, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии КГМА осветила медико-социальные аспекты данной проблемы, вопросы классификации, алгоритм диагностической тактики и ведения пациентов.



Г.Р. Хузина

Конференция прошла на высоком научно-практическом уровне. Были затронуты актуальные проблемы по многим направлениям современной медицины. После завершения конференции со-

стоялась дискуссия. По многочисленным просьбам участников конференции президиум решил принять ряд докладов и сообщений к публикации в рецензируемом научно-практическом журнале «Вестник современной клинической медицины», который издается при поддержке МСЧ МВД России по РТ ежеквартально и доступен для врачей Республики Татарстан и РФ.

VI Всероссийская научно-практическая конференция врачей медико-санитарных частей МВД РФ и Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общеклинической практике» намечена на май 2013 года.

Подготовка к проведению конференции уже начата.

Оргкомитет конференции приглашает всех заинтересованных врачей, организации, фармфирмы к сотрудничеству в подготовке конференции и к участию в ней.

Все ваши замечания и пожелания будут учтены при составлении программы и мероприятий последующих конференций.

 МИНИСТЕРСТВО ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (МВД России) Главное командование внутренних войск ул. Красноказарменная, 9а, Москва, 111250 № 11.2012 г. № 4/25- 95/2 на № _____ от _____ О проведении конференции	Министру внутренних дел по Республике Татарстан генерал-майору полиции А.В. Хохорину ул. Дзержинского, д.19, г. Казань, 420111
--	---

Уважаемый Артём Валерьевич!

В октябре 2012 года в г. Казани на базе ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» состоялась 5-я юбилейная ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция медико-санитарных частей МВД России «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике».

Активное участие в работе конференции принимают офицеры медицинской службы внутренних войск МВД России. В работе всех пяти конференций принимал участие главный терапевт внутренних войск России полковник медицинской службы И.В. Шубин.

Хочу отметить высокий уровень организации, слаженную и чёткую работу оргкомитета конференции во главе начальником ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» профессором РАЕ, полковником внутренней службы М.В. Потаповой и председателем конференции, академиком РАЕ, профессором Н.Б. Амировым.

Выражаю уверенность в том, что следующие конференции также будут интересными и плодотворными, а приобретённые во время их работы профессиональные знания позволят личному составу медицинской службы МВД России сохранять здоровье прикреплённого контингента на высоком уровне.

Также хочу выразить благодарность за организацию оказания медицинской помощи личному составу воинских частей Приволжского регионального командования внутренних войск МВД России, дислоцированных в Республике Татарстан.


 Заместитель главнокомандующего внутренними войсками
МВД России по тылу – начальник штаба
генерал-лейтенант

Н.В. Любченко

ИНФОРМАЦИЯ О VI ВСЕРОССИЙСКОЙ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С УЧАСТИЕМ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, ВРАЧЕЙ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ МВД РФ И С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Конференция состоится 17—18 мая 2013 г. с 8.00 до 18.00 в Культурном центре МВД по РТ им. Менжинского по адресу г. Казань, ул. Карла Маркса, 26.

Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения РТ,
МВД России, МВД России по РТ,
Медико-санитарная часть МВД России по РТ,
Казанский государственный медицинский университет,
Кафедра общей врачебной практики КГМУ,
ООО «Отель-клиника».

Оргкомитет конференции:

Министр здравоохранения Республики Татарстан Фаррахов Айрат Закиевич.

Заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан Осипов Сергей Альбертович.

Потапова Марина Вадимовна, канд. мед. наук, профессор РАЕ, заслуженный врач РТ.

Председатель конференции — профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ, заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ, заслуженный врач РТ **Амиров Наиль Багауевич.**

Сопредседатель конференции — зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, профессор, академик АН РН, заслуженный врач РТ **Визель Александр Андреевич.**

Секретарь конференции — доцент кафедры терапии КГМА, канд. мед. наук, профессор РАЕ **Галеева Зарина Мунировна.**

Зав. кафедрой общей врачебной практики КГМУ, профессор, заслуженный врач РТ **Сигитова Ольга Николаевна.**

Начальник Клинического госпиталя МВД по РТ, канд. мед. наук **Сабиров Ленар Фарахович.**

Начальник поликлиники МСЧ МВД по РТ, старший лейтенант внутренней службы **Хисамеев Рустем Шагитович.**

Начальник информационного центра МВД по РТ, подполковник внутренней службы **Нижельская Ирина Алексеевна.**

Заместитель начальника МСЧ МВД России по РТ, майор внутренней службы **Хабирова Лилия Мирсаитовна.**

Начальник организационно-методического и лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД России по РТ, подполковник внутренней службы **Павлова Гульнара Шамильевна.**

Старший инспектор-врач МСЧ МВД России по РТ, майор внутренней службы **Гинятуллина Ляйсан Рафкатовна.**

Заявки на участие в конференции, тезисы и статьи принимаются **до 01.04.2013 г.** в приемной начальника МСЧ МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Лобачевского, 13, тел. +7 (843) 291-36-87 или в приемной начальника Клинического госпиталя МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел/факс +7 (843) 277-88-84.

Адрес проведения конференции: г. Казань, ул. Карла Маркса, 26. Культурный центр МВД по РТ им. Менжинского.

Контактные телефоны: (843) 277-88-84, 291-26-76, 291-26-76, факс: 277-88-84,

e-mail: namirov@mail.ru, zarina26@bk.ru, lordara@mail.ru.

Будет выпущен очередной номер рецензируемого научно-практического журнала «Вестник современной клинической медицины» vskmjournal@gmail.com и приложение к журналу «Материалы конференции» (см. правила оформления статей и кратких сообщений для авторов на сайтах www.kgmu.kcn.ru, www.es.rae.ru/vskm, www.mschmvdrt.ru и www.hospitalmvdrt.ru).

Программа конференции формируется и будет выслана дополнительно.

По всем вопросам согласования программы конференции обращаться к председателю конференции **Амирову Наилю Багауевичу;**

контактные телефоны: +7 843 291 26 76 (служ.); +7 9053 130 111 (сот.);

e-mail: namirov@mail.ru

Информация для фирм-спонсоров конференции.

Спонсорский взнос составляет от 20 000 до 70 000 рублей. В рамках взноса возможны следующие мероприятия: размещение баннеров на сцене, 1—2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотерей. Проведение сателлитных симпозиумов.

Ниже приведены расценки с учетом налога.

20 000 — один выставочный стол.
40 000 — 2 выставочных стола.
60 000 — 2 выставочных стола + организация викторин и лотереи.
70 000 — Генеральный спонсор — размещение баннеров на сцене, 2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи.
50 000 — Сателлитный симпозиум.

Победители викторин и лотереи будут награждаться в конце 1-го дня работы конференции.
Компании могут приготовить для участников конференции конкурсы вопросов и ответов, сюрпризы, сертификаты участника, награды за статьи в журнале и тезисы в сборнике конференции и т.д.

Расчетный счет для финансирования конференции.

Полное наименование: Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан»

Краткое наименование: «ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан»

Источник финансирования: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ВНЕБЮДЖЕТ

ИНН 1655104997, КПП 165501001

УФК по РТ р.счет 40503810200001000001 в ГРКЦ НБ Респ.Татарстан банка России г. Казань

л/счет 03111822490

БИК 049205001

ОКПО 08811212

ОКОГУ 13110

ОКАТО 92401367000

ОКОПФ81

ОКФС-12

ОГРН 1061655009217

Код дохода: 18830399010010000180 Пожертвование

Учредительный документ: Устав

Электронная почта: Lechexp@mvdrt.ru

Начальник: Потапова Марина Вадимовна

Главный бухгалтер: Закирова Эльмира Равиловна

Альтернативный расчетный счет для спонсорского финансирования конференции и размещения рекламы в журнале «Вестник современной клинической медицины» представляет ООО «Многопрофильный медицинский центр «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА».

Контактное лицо — генеральный директор Наиль Багауевич Амиров,

контактный телефон: +7 9053 130 111 (моб.).

Реквизиты:

Общество с ограниченной ответственностью «ММЦ «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА».

Фактический адрес:

420015 РТ г. Казань, ул. Горького, д.3.

Директор — **Амиров Наиль Багауевич**,

моб. тел. +7 9053 130 111.

ИНН 1657063658, КПП 165701001

Р/счет 40702810200000009476

в АКБ «ЭНЕРГОБАНК» БИК 049205770

К/счет 30101810300000000770

Главный бухгалтер **Зимурова Ирина Алексеевна**

Тел. (843) 238-71-26 (раб.);

моб.тел. +7 905 317 45 16.

Отдел маркетинга и организации финансирования конференции — ММЦ «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА»:

Амирова Рената Наилевна,

г. Казань, ул. Горького, д.3А,

тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84;

моб.тел. +7 903 307 99 47

e-mail: renata1980@mail.ru

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ ДЛЯ АВТОРОВ В ЖУРНАЛ И ПРИЛОЖЕНИЯ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line)

1. Статья должна быть набрана в текстовом редакторе Word 2003, шрифт Times New Roman, 12, междустрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, в таблицах междустрочный интервал 1,0. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа форматом А4. Поля: сверху 25 мм, снизу 20 мм, слева 30 мм, справа 15 мм. Стиль 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, З.М. Галеева, 2012);

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, флеш). 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. Дискуссии. 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. Статьи объемом до 6 страниц могут быть размещены в рубрике «Короткие сообщения».

Содержание статьи:

- введение, обосновывающее постановку задач исследования;

- материал и методы исследования;

- результаты и их 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 иностран-

ном языках). После фамилии автора(ов) указываются названия работ, место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуск, страницы (от — до).

Для вхождения в базу данных Scopus необходимо подавать список цитируемой русскоязычной литературы также и в романской транскрипции. Для этого можно воспользоваться сайтом: <http://translit.ru>.

Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ И СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ

© А.Д. Протасов, А.А. Рыжов, А.В. Жестков, М.П. Костинов, 2012

УДК 616.24-036.12:576.8.097.3

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ, ГЕМОФИЛЬНОЙ ТИПА В ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Андрей Дмитриевич Протасов, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, тел. 8-927-744-41-26, e-mail: crosss82@mail.ru

Алексей Анатольевич Рыжов, канд. мед. наук, лаборатория вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва, e-mail: vaccine@bk.ru

Александр Викторович Жестков, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Самара, тел. (846) 260-33-61, e-mail: zhestkovav@yandex.ru

Михаил Петрович Костинов, заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор, зав. лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва, e-mail: vaccine@bk.ru

Реферат. Статья посвящена анализу клинического эффекта сочетанного применения вакцин против пневмококковой, гемофильной типа В инфекций и гриппа у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сравнении с невакцинированными пациентами. I гр. — 48 пациентов с ХОБЛ, одномоментно вакцинированных против пневмококковой, гемофильной типа В инфекций и гриппа [средний возраст — (61,46±1,17) лет]. II гр. — 80 невакцинированных пациентов с ХОБЛ [средний возраст (54,65±0,6) лет]. После вакцинации у больных ХОБЛ частота обострений заболевания снизилась в 3,7 раза, а проведенных курсов антимикробной химиотерапии — в 4,3 раза.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, хроническая обструктивная болезнь легких.

THE INFLUENCE OF COMPLEX VACCINATION AGAINST PNEUMOCOCCUS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B INFECTIONS AND INFLUENZA IN THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

A. Protasov, A. Ryzhov, A. Zhestkov, M. Kostinov

Abstract. This article analyzes the clinical effect of combined use of vaccines against Pneumococcal, Haemophilus influenzae type b infections and influenza in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) compared with unvaccinated patients. I group — 48 patients with COPD, simultaneously vaccinated against Pneumococcal, Haemophilus influenzae type b infections and influenza [mean age — (61,46±1,17) years]. II group — 80 non-vaccinated patients with COPD [mean age — (54,65±0,6) years]. In patients with COPD the frequency of exacerbations of the disease decreased by 3,7 times after vaccination, and conducted courses of antimicrobial chemotherapy — 4,3 times.

Key words: vaccination, chronic obstructive pulmonary disease

Текст статьи...

Литература

1. *Синопальников, А.И.* Инфекционное обострение хронической обструктивной болезни легких / А.И. Синопальников, А.Г. Романовских // Пульмонология. — 2006. — № 1.

References

1. *Sinopal'nikov, A.I.* Infekcionnoe obostrenie hronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkih / A.I. Sinopal'nikov, A.G. Romanovskih // Pul'monologija. — 2006. — № 1.

14. *Соодаева, С.К.* Окислительный стресс и антиоксидантная терапия при заболеваниях органов дыхания / С.К. Соодаева // Пульмонология. — 2006. — № 5. — С.122—26.

15. *Loukides, S.* The relationships among hydrogen peroxide in expired breath condensate, airway inflammation, and asthma Severity / S. Loukides, D. Bouros, G. Papatheodorou [et al.] // Chest. — 2002. — Vol. 121, № 2. — P.338—346.

11. **Краткие сообщения** предоставляются объемом не более 1—4 страниц машинописного текста через 1 интервал без иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **название — ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ.** С новой строки — **Ф.И.О. автора(ов) полностью.** С новой строки — **учреждение, город, страна.** С новой строки через интервал — **цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы (заключение).** При оформлении кратких сообщений в сокращенном виде редакция оставляет за собой право опубликовать их в приложении к журналу.

12. Сокращение 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**, включая распространение произведений 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 целей исследования). **Материал и методы. Результаты. Обсуждение. Выводы.**

16. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

17. **С аспирантов** (единственный автор) за публикацию рукописей **плата не взимается.**

18. **Правила** оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК. Следить

те за изменениями на сайтах: www.kgmu.kcn.ru и www.hospitalmvdrt.ru, www.es.rae.ru/vskm, www.mschmvdrt.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 редколлегия журнала и по e-mail: vskmjournal@gmail.com, namirov@mail.ru, zarina26@bk.ru, lordara@mail.ru

По возникающим вопросам обращаться в редколлегия журнала: Амиров Наиль Багауевич (главный редактор), **e-mail: namirov@mail.ru**, Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), **e-mail: lordara@mail.ru**, Галеева Зарина Мунировна (ответственный секретарь редколлегии), **e-mail: zarina26@bk.ru**, Шаймуратов Рустем Ильдарович (компьютерное сопровождение журнала), **e-mail: russtem@gmail.ru**.

Телефон редакции: +7 (843) 291-26-76, факс +7 (843) 277-88-84.

По вопросу размещения рекламы в журнале обращаться в Отдел рекламы ММЦ «Отедь-Клиника». Контактное лицо: Амирова Рената Наилевна, Казань, ул. Горького, д. 3А, тел.: (843)236-19-59, (843)238-82-84; **e-mail: renata1980@mail.ru**

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line) THE RULES FOR ARTICLES 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 of A4 format. Printing fields should be 25 mm from the top, 20 mm from the bottom, 30 mm from the left, 15 mm from the right. Article style should be laconic and clear.

2. At the beginnig of the first page of the article it should be indicated the followings (through blank):

1) **© initials and surnames of all the authors through comma, year** (for example: ©N.B. Amirov, A.A. Vizel, Z.M. Galeeva, 2012);

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 (no more than 850 symbols) and English;

6) **key words** in Russian (no more than 6) and their translation into English;

7) **articles written in English** are accepted for publishing according to all the rules for articles in Russian, but with back translation correspondingly.

3. The article should be sent with the official letter from the institution in which the work was performed, signed by the supervisor of studies, with the stamp of the institution sending the article to the Editorial Board of the journal. If the work is submitted by several institutions a covering letter is required, from each of

them confirming the submit of the article for publication in the journal (unnecessary if there are no conflicts of interests between the institutions). You may note in the letter if the article is a thesis.

4. Each author of the article should sign at the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in institution, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.

5. 2 copies of the typewritten article should be mailed for reviewing to the Editorial Board with electronic copy (CD-R, CD-RW, flash). **This file should be named by the first author.** If the first author sends several articles they will be consecutively numbered, for example: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. Sending of a photo of the first author in jpg-format is welcomed.

6. Rubrication of articles collections: Leading article. Original articles (clinical and theoretical papers). Surveys. Lectures. Brief information. Reviews. Discussions. Congresses, symposiums, conferences, meetings, societies. Anniversary and historical dates, history of medicine. Clinical trials — for clinical medicine, clinical observations and etc.

Volume of articles referring to «Original investigations» rubric should not exceed 15 pages and number of pictures 5—6, **tables** must be set presentable, titled (interline interval in the tables — 1, all **illustrations** should be numbered and titled under. Text: all parts of article (tables, illustrations and etc.) should be presented in corresponding place of article. All figures, results, percentage in tables should be thoroughly checked by author and meet figures in text. It is necessary to show references to tables and

illustrations and their ordinal numbers. Article should be thoroughly edited and checked by author.

Article content:

- **introduction** grounding the formulation of tasks of investigation;

- **materials and methods** of investigation;

- **results** of investigation;

- **discussion**;

- **conclusion(s)**;

- **list** of cited literature.

Illustrations and tables are included in the general volume of article.

7. **The title** of the article must reflect the main content of paper and **necessarily** should be presented in the **Russian and English languages**. **Abstract** (should content no more than 850 symbols) and **key words** (no more than 6 words) **should be presented in the Russian and English languages** (key words should be put after abstract).

8. In rubrication «From practical experience» papers reflecting authors' original experience in medical practice are accepted. The volume of article is no more than 6 pages of typewritten text.

9. Volume of the articles of «Theoretical review» and «Clinical lectures» suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.

10. Bibliographic references in the text of the article should be given in square brackets with numbers according to the list of literature. *Example:* ... according to the data [11]

At the end of the article the list of literature should be given in accordance with State Standard (ГОСТ 7.1—2003) «Bibliographic description of document» (for reviews — no more than 50, for original articles — no more than 20 resources), in which the cited authors are followed in alphabetical order (at first in Russian, then in foreign languages). After surname of author(s) the titles of the papers, place of edition, publishing house, editorial year, number of volume and issue, pages (from — to).

Note: Order of literature list according to citation could be allowed.

11. Short reviews should not exceed 1—2 pages without pictures, interval of 1, tables and literature made and abstracts. **TITLE.**

(New line) **Names of the author(s).**

(New line) **Institution, city, country.**

(New line) **Aim of the study, materials and methods, results and discussion, conclusion.**

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 *Système International* (SI) units.

13. Editorial Board keeps rights to shorten and edit received articles (in agreement with authors). Papers already published and sent for publishing to other publications 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! As the articles and information in the articles**, published in the scientific-practical journal «Bulletin of Modern Clinical Medicine», **will be included** in the leading Russian and world bibliographic and abstract publications, **in electronic information systems**, disseminated by means of putting their electronic copies in the data base of Scientific Digital Library (**SDL**), presented as scientific information resource of Internet: www.elibrary.ru, and also be included into one of the three systems of citation Web of Science: Science Citation Index Expanded (base on natural sciences), Social Sciences Citation Index (base on social sciences), Arts and Humanities Citation Index (base on Art and Humanities), the authors of original versions of articles free of charge, to keep international rules of constructing publications and summary to them. The structure of articles includes the following sections:

Introduction (showing at the end of it the aims of investigation). **Materials and methods. Results. Discussions. Conclusions.**

16. The articles made out of required rules will be returned back to authors without consideration.

17. Publication for **post-graduate students** is **free**.

18. **Rules** of articles design can be improved in accordance with requirements AAC. Follow the changes at: www.kgmu.kcn.ru and www.hospitalmvdrt.ru, and also in the last edition of the journal.

Articles in typewritten form in 2 copies and in digital carriers should be sent to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, to Editorial Board of journal and e-mail: vskmjournal@gmail.com, namirov@mail.ru, zarina26@bk.ru, lordara@mail.ru.

For more information you may apply to Editorial Board of journal: Amirov Nail Bagaouovich (editor-in chief), Vizel Alexander Andreyevich (deputy editor-in-chief), Galeeva Zarina Mounirovna (responsible secretary of Editorial Board).

Computer support: Shaymuratov R.I., e-mail: russtem@gmail.com

Telephone of editorial office: +7(843)291-26-76, Fax: +7(843)277-88-84; www.kgmu.kcn.ru; www.hospitalmvdrt.ru

Marketing department: «Hotel-Clinic», 3A, Gorkiy str., Kazan-city, Republic of Tatarstan, Russia 420015. Renata N. Amirova, tel.: (843)236-19-59, (843)238-82-84; e-mail: renata1980@mail.ru

ПОРЯДОК РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ПУБЛИКАЦИЮ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

1. Принимаются только рецензии от доктора наук — специалиста той области науки, которой посвящена статья и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

2. Все статьи оцениваются рецензентами по следующим параметрам:

- оригинальность статьи;
- значимость статьи;
- качество статьи;
- способ представления материала;
- адекватность цитируемых источников;
- степень соответствия рубрикам журнала.

ПРИМЕРНАЯ СТРУКТУРА РЕЦЕНЗИИ НА СТАТЬЮ

В редакцию журнала «Вестник современной клинической медицины»
«__» _____ 20__ г.

РЕЦЕНЗИЯ

на статью: <авторы, название>

Статья посвящена решению актуальной задачи <...>

В ней рассматривается <...>; предлагается <...>

По статье можно сделать следующие замечания <...>

Статья содержит новые результаты, представляет интерес для специалистов в области <...> и может быть рекомендована к публикации в научном журнале «Вестник современной клинической медицины».

В случае отрицательного мнения рецензента о возможности публикации необходимо обоснование или рекомендации по доработке рукописи.

Должность, ученая степень, ученое звание

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

О себе (рецензент) сообщаю:

Фамилия _____

Имя, отчество _____

Организация _____

Ученая степень _____

Звание, должность _____

E-mail _____@_____

Служ.тел. (с кодом города) _____

Факс (с кодом города) _____ моб. тел. или дом. тел. _____

Почтовый адрес (с индексом) _____

Личная подпись рецензента: _____

Уважаемые коллеги!

Направляя рецензию на статью для научного журнала «Вестник современной клинической медицины», вы тем самым удостоверяете, что данная статья содержит новые интересные результаты и заслуживает публикации.

Редакция журнала благодарит вас за сотрудничество.

«ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
ПОДПИСКА НА 2013 ГОД

Вестник современной
клинической медицины

форма № ПД-4

ММЦ «Отедь-Клиника»

(наименование получателя платежа)
1 6 5 7 0 6 3 6 5 8
(ИНН получателя платежа)

в АКБ «Энергобанк» БИК: 0 4 9 2 0 5 7 7 0
(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа: 3 0 1 0 1 8 1 0 3 0 0 0 0 0 0 0 7 7 0
подписка на журнал «Вестник современной
клинической медицины» (2013 г.)

(наименование платежа)
Ф.И.О. плательщика

Адрес плательщика

Сумма платежа: руб. коп. Сумма платы за услуги: руб. коп.
Итого: руб. коп. " " 201 г.
С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за
услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись плательщика

Кассир

БЛАНК ЗАКАЗА

Я подписываюсь на 4 номера журнала «Вестник современной клинической медицины», выходящие в 2011 г.

Сообщаю все необходимые сведения о себе для занесения в базу данных и доставки корреспонденции:

1. ФИО

2. Место работы, адрес, телефон

3. Должность

4. Специальность

5. Дата рождения

Адрес доставки:

1. Индекс

2. Район, регион, область

3. Город

4. Улица

5. Дом корпус

квартира/офис

6. Телефон

Вестник современной
клинической медицины

ММЦ «Отедь-Клиника»
(наименование получателя платежа)

1 6 5 7 0 6 3 6 5 8
(ИНН получателя платежа)

в АКБ «Энергобанк» БИК: 0 4 9 2 0 5 7 7 0
(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа: 3 0 1 0 1 8 1 0 3 0 0 0 0 0 0 0 7 7 0
подписка на журнал «Вестник современной
клинической медицины» (2013 г.)

(наименование платежа)
Ф.И.О. плательщика

Адрес плательщика

Сумма платежа: руб. коп. Сумма платы за услуги: руб. коп.
Итого: руб. коп. " " 201 г.

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за
услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись плательщика

Квитанция

Кассир