

59,5 ± 3,3% врачей назначают альтернативный препарат, 44,9 ± 3,3% назначают АБС, имеющийся в наличии в ОЗ, но не указанный в клиническом протоколе, 24,2 ± 2,8% врачей рекомендуют пациенту приобрести АБС за собственные средства.

Значительная часть респондентов – 48 ± 3,3% при проведении АБТ не учитывают результаты антибиотикограмм, 9,5 ± 1,9% врачей – ориентируются не всегда. Трудности при интерпретации результатов микробиологических исследований возникают у 15 ± 2,4% врачей, а 25,1 ± 2,9% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос. Объем и результаты работы бактериологической лаборатории удовлетворяют менее чем 1/3 опрошенных (29,1 ± 3%) врачей, а 26,4 ± 2,9% опрошенных затруднились ответить на данный вопрос.

Необходимость в консультации врача-клинического фармаколога в клинической практике возникает часто – у 73,1 ± 2,9% врачей, однако 48 ± 3,3% врачей не имеют этой возможности, так как в штате ОЗ нет врача-клинического фармаколога.

Вывод. Основными проблемами при проведении антибактериальной терапии в госпитальной практике являются, нерациональный закуп и ограниченные ресурсные возможности организаций здравоохранения, дефицит знаний у врачей в области клинической фармакологии и клинической микробиологии, несовершенство микробиологической службы. Требуется разработка комплекса мероприятий по оптимизации антибактериальной терапии в стационарах, направленных на разработку образовательных программ для врачей по рациональной антибактериальной терапии, совершенствование лекарственного обеспечения, развитие служб клинической микробиологии и клинической фармакологии, надлежащая разработка клинических рекомендаций, протоколов диагностики и лечения с учетом данных доказательной медицины и изучения антибиотикорезистентности актуальных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний.

МАРКЕРЫ МИОКАРДИОФИБРОЗА В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Медведев Н.В., Горшунова Н.К.

*Курский государственный медицинский
университет, Курск, e-mail: gorsh@kursknet.ru*

Старение – запрограммированный процесс, неизбежным атрибутом которого служит сокращение численности функционально – активных клеток в различных органах и системах с замещением соединительной тканью. Морфологические изменения сердечной мышцы, развивающи-

ся на фоне длительного течения артериальной гипертензии (АГ), выражаются в гипертрофии кардиомиоцитов, активации фибропластических процессов [Bradford C. et al. 2007], которые по мере прогрессирования приводят к хронической сердечной недостаточности (ХСН). Клинико-инструментальная оценка выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), ассоциирующейся с высоким риском сердечно-сосудистой смертности, имеет важное значение в определении прогноза АГ и ХСН. Встречаемость указанного поражения органов-мишеней при АГ прогрессивно увеличивается по мере развития инволютивных изменений у людей старших возрастных групп. Усиление пролиферации кардиальных фибробластов, прогрессирующее по мере старения на фоне гипоксических изменений в гипертрофированном миокарде, приводящее к избыточному накоплению интерстициального коллагена, снижая эластичность и повышая жесткость миокарда, определяет тем самым развитие диастолической дисфункции, которая признается ранней патофизиологической стадией формирования ХСН. Роль фиброобразования в миокарде при старении мало изучена вследствие низкой доступности неинвазивных информативных методов его диагностики. Вместе с тем, для оценки прогноза течения ХСН у больных АГ старшей возрастной группы могут быть применены и другие, более доступные методы диагностики миокардиального фиброза.

Целью исследования послужила количественная оценка выраженности признаков интерстициального фиброобразования миокарде в при различных функциональных классах ХСН, развившейся на фоне АГ у больных пожилого возраста. Проведено клинико-инструментальное обследование 198 лиц пожилого возраста – 60-74 лет, средний возраст – 67,4 ± 2,3 года, страдающих АГ II ст. Всеми пациентами была выполнена нагрузка в виде теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), по результатам которого был установлен функциональный класс ХСН. С целью определения вида дисфункции ЛЖ проведено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с применением УЗ сканера MyLab15 (Esoate/PieMedical, Италия) в М и В-режимах по методике Американского общества по эхокардиографии (ASE). Измерены толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), его конечный систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры. На основании указанных измерений рассчитаны конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, фракция выброса, масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), определенной по методике Devereux R.B., 1977. С помощью доплеровского анализа оценены показатели, характеризующие трансмитральный диастолический поток

(ТМДП): скорости раннего (V_{E_2}) и позднего (V_A) диастолического наполнения ЛЖ и их отношение (V_{E_2}/V_A), время изоволюмического расслабления (ИВР), верифицирующие наличие диастолической дисфункции ЛЖ. Оценка содержания объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде выполнена расчетным методом Shirani J. et al. (1992), учитывающим показатели суммарного вольтажа электрокардиографического комплекса QRS в мм, зарегистрированной в 12 стандартных отведениях, роста, ММЛЖ. Нормальным признавался уровень ОФИК в 2%. Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью методов описательной статистики, достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критерию Стьюдента при $p < 0,05$. Для оценки силы связей между исследуемыми показателями выполнен корреляционный анализ по Пирсону.

По результатам выполнения ТШХ у 58 человек установлен I ФК ХСН, II – у 94, III – у 46 больных. Признаки диастолической дисфункции (ДДЛЖ) выявлены у 192 обследованных лиц, среди которых – 64 пациента с гипертрофическим, 128 – с псевдонормальным типом.

Прогрессирование ХСН сопровождалось повышением показателя ОФИК – $3,6 \pm 0,8\%$ при I ФК, $5,4 \pm 0,9\%$ у больных с II ФК и $8,2 \pm 1,2\%$ при третьем ФК ХСН, с высокой достоверностью различия между пациентами с I и II ФК, $p < 0,01$. Корреляционный анализ между ФК ХСН и показателем ОФИК в миокарде у больных ГБ пожилого возраста выявил прямую связь средней силы ($r = 0,42$, $p < 0,01$), указывающую на сопряженность процессов фиброобразования в миокарде и его функционального состояния.

Таким образом, определение степени выраженности миокардиального фиброза, отражающего толерантность к физической нагрузке больных пожилого возраста, страдающих АГ, позволяет судить о прогнозе ХСН.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Эльбаева А.Д.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, e-mail: ajqueen24@yandex.ru

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее часто встречающееся нарушение ритма сердца, которое составляет до 40% всех случаев и может привести к развитию инсульта, сердечно-сосудистых осложнений, в том числе и застойной сердечной недостаточности. Терапия ФП

предусматривает назначение антиаритмических препаратов в целях сохранения синусового ритма (стратегия контроля ритма) или препаратов, снижающих ЧСС (стратегия контроля частоты).

Цель работы – сравнить эффективность и безопасность антиаритмического препарата III класса амиодарона и нового препарата дронедарона [www.Medlinks.ru] у больных с ФП на основании ретроспективного мета-анализа нескольких клинических исследований. Работа выполнена в условиях ГУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР.

Амиодарон является йод – содержащим структурным аналогом тиреоидных гормонов, активно вмешивается в секреторную функцию щитовидной железы. Его применение нередко сопровождается побочными эффектами. **Дронедарон** (торговое название Multaq®) – это блокатор кальциевых, калиевых и натриевых каналов, обладает антиадренергическими свойствами. Формула дронедарона не содержит молекулы йода и в клинических испытаниях не выявлено его токсического действия на щитовидную железу или легкие. Клиническое исследование пациентов с ФП «ATHENA» [(Multaq®).mht], проведенное в 550 центрах 37 стран с участием в 4628 пациентов, показало, что дронедарон достоверно снижает риск госпитализаций по сердечно-сосудистым причинам и риск смерти пациентов на 24%. При этом наиболее частыми побочными эффектами были желудочно-кишечные расстройства, дерматологические сыпи и повышение уровня креатинина в крови. Однако управление по контролю за пищевыми и лекарственными продуктами США (FDA) указывает на возможность редких, но тяжелых случаев гепатоцеллюлярного поражения печени у пациентов, принимающих дронедарон [www.fda.gov]. По данным мета-анализа, включающего 9 исследований [Piccini et al., 2009], амиодарон статистически значимо превосходит дронедарон в отношении риска рецидива ФП. Применение амиодарона позволяет сохранить синусовый ритм дополнительно 228 пациентам из 1000 пролеченных. Количество событий, потребовавших отмены препарата чаще в группе амиодарона по сравнению с дронедароном. Таким образом, сравнение антиаритмического эффекта амиодарона и дронедарона дает основания считать, что для поддержания синусового ритма более эффективен препарат амиодарон. При антиаритмической терапии у больных с ФП с заболеваниями легких, щитовидной железы, со склонностью к гипер- или гипотиреозу препарат дронедарон более предпочтителен, так как имеет меньше побочных эффектов.