

1. При обследовании больных СКВ синдром артериальной гипертензии встречался в 35,5% случаев, а синдром хронической почечной недостаточности в 37,7% случаев.

2. У большинства больных мочевого синдром характеризовался умеренной протеинурией (75,5%), умеренной гематурией (73,3%) и лейкоцитурией (73,3%). В 84,5% случаев у пациентов наблюдался умеренный хронический нефритический синдром. Выраженность этих изменений увеличивается в зависимости от степени активности волчанки ($p < 0,01 - 0,001$).

3. Установлены положительные корреляционные связи ФНО- α и СРП с активностью СКВ, СОЭ, а также наличие отрицательной связи ФНО- α с уровнем гемоглобина, положительная, достаточно сильная корреляционная связь ФНО- α с уровнем креатинина и мочевины, что подтверждает участие описанных факторов в иммунном процессе волчаночного воспаления.

4. Достоверная отрицательная корреляция возраста больных с уровнем креатинина свидетельствует о более тяжелом течении болезни у молодых пациентов.

Литература:

1. Арзиманова Н.А. Клинико-лабораторные и иммунные особенности поражения почек у больных системной красной волчанкой. Ярославль 2009.

2. Шилов Е.М. Волчаночный нефрит: стратегия и лечение // Терапевтический архив. - 2006. - Т.78. - №5. - С. 76-85.

3. Елисеев М.С., Барскова В.Г., Насонов Е.Л. Роль фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) в развитии обменных нарушений и атеросклероза и влияние на них ингибиторов ФНО - α у больных ревматическими заболеваниями. // Научно-практическая ревматология. - 2009. - №2. - С. 67-72.

4. Тареева И.Е., Кутырина И.М., Николаев А.Ю., и др. Пути торможения развития хронической почечной недостаточности. // Терапевтический архив. - 2006. - Т.72. - № 6. - С. 9-14.

5. Раденска - Лоповок С.Г. Люпус - нефрит. Что нового в морфологической диагностике? // Научно - практическая ревматология. - 2008. - №4. - С. 27 - 30.

6. Чеботарева Н.В., Бобкова И.Н., Козловская Л.В. Молекулярные механизмы интерстициального фиброза при прогрессирующих заболеваниях почек. // Нефрология и диализ. - 2006. - Т. 8. - №1. - С. 26-35.

7. Jiménez-Morales S, Velázquez-Cruz R, Ramírez-Bello J, Bonilla-González E. et al. Tumor necrosis factor-alpha is a common genetic risk factor for asthma, juvenile rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus in a Mexican pediatric population. // Hum Immunol. - 2009. - V. 70 - №4. - P. 251-256.

УДК 616-01

С.Б. Холбаев., Ш.А. Хусинова., Н.Э. Юлдашова., Н.Э. Сулейманова

**ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ О ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В
УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА**

Кафедра по повышению квалификации и переподготовке врачей общей
практики.

Самаркандский медицинский институт
Самарканд Узбекистан

**S.B. Kholbaev., SH.A. Khusinova., N.E. Yuldashova., N.E. Suleymanova
ASSESSMENT OF KNOWLEDGE GENERAL PRACTITIONERS ABOUT
HEART FAILURE AND PRINCIPLES OF CARE PATIENTS
IN PRIMARY CARE**

Department of postgraduate education
Samarkand medical institution
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: sanjarkh@mail.ru

Аннотация. Проведено сравнение информированности врачей общей практики (ВОП) работающих в семейных поликлиниках (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП) о хронической сердечной недостаточности (ХСН). При оценке информированности врачей амбулаторного звена о ХСН и принципах ведения больных с ХСН доля правильных ответов составляла 68,7% у врачей общей практики СП и 62,9% — у ВОП СВП. Назначенная врачом общей практики терапия больным ХСН соответствовала стандарту только в 38,6 % случаев: 54,5% среди больных с «легкой» ХСН и 19% — с «тяжелой». Наиболее частыми причинами несоответствия стандартам лечения были: неназначение бета - адреноблокаторов и альдактона — по 35,0%, ИАПФ — у 28,5%, мочегонных — у 6,4% больных.

Annotation. Carry out comparison of knowle general practitioners working ambulatory medicine and rural settings about heart failure. Assesment of knowledge general practitioners about heart failure and principles of care patients with heart failure shows correct answers ratio compose 68,7 % of physician ambulatory medicine and 62,9% of physician rural settings. Prescription treatment by general practitioners was agreed to clinical practice standarts – 37,6%.

Ключевые слова: информированность, врачи общей практики, хроническая сердечная недостаточность, стандарт лечения

Keywords: knowledge, general practitioners, heart failure, clinical practice standarts.

Несмотря на успехи, достигнутые в медикаментозных и хирургических методах лечения, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) до сих пор остается одной из распространенных, прогрессирующих и прогностически

неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. Известно, что доля ХСН в структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляет в среднем 40,0-45,0% [2, 3,].

Основная задача по выявлению и лечению больных с ХСН ложится на врачей амбулаторно-поликлинической службы, так как известно, что почти 80% населения начинает и заканчивает обследование и лечение в первичном звене здравоохранения, и около 83% больных ХСН лечатся не у кардиологов, а у врачей первичного звена.

Сердечная недостаточность (СН) – состояние, при котором сердце не способно обеспечить кровоснабжение органов и тканей, соответствующее их метаболическим способностям, или обеспечивает его за счет повышенной работы. Симптомы СН обусловлены снижением минутного объема сердца и застоем крови в малом и большом кругах кровообращения. С помощью современных методов исследования (эхокардиография, катетеризация сердца) выявляют скрытую СН – снижение сократимости миокарда и повышение давления в полостях, которые не сопровождаются какими-либо клиническими проявлениями. Причинами СН могут быть нагрузка желудочков давлением (аортальный стеноз, артериовенозные шунты), поражение миокарда (миокардит, дилатационная кардиомиопатия), перикардит, повышение потребности тканей в притоке крови (гипертиреоз, анемия). Основными компенсаторными механизмами, обеспечивающими поддержание минутного объема на достаточном уровне, являются активация симпатико-адреналовой системы, приводящая к тахикардии. Гипертрофии миокарда и увеличению силы сокращений за счет перерастяжения миофибрилл в диастолу (закон Франка-Старлинга). В течение определенного времени компенсаторные механизмы обеспечивают насосную функцию сердца при снижении сократительной способности миокарда, однако, возможности их ограничены. При срыве компенсаторных механизмов нарастают гемодинамические изменения и появляются клинические признаки СН. Снижение минутного объема сердца приводит к спазму артериол и венул, за счет которого обеспечивается перераспределение кровотока в пользу жизненно важных органов. Уменьшение кровотока в почках способствует задержке натрия и воды в организме, возникновению отеков, прогрессирующая СН приводит к развитию дистрофических изменений в органах и тканях – сердечной кахексии. Снижение минутного объема сердца наблюдается при большинстве заболеваний сердца, сопровождающихся СН: врожденные и приобретенные пороки сердца, ревмокардит, артериальная гипертензия, ИБС, кардиомиопатии и т.д. Однако при некоторых заболеваниях СН может развиваться на фоне нормального или даже повышенного минутного объема сердца. К таким заболеваниям относятся, тиреотоксикоз, артериовенозные фистулы, Бери-Бери, болезнь Педжета, анемия.

Лечение СН должно быть в первую очередь направлено на устранение ее причины (протезирование клапанов при пороках сердца, перикардэктомия при

констриктивном перикардите, тиретоксические средства при гипертиреозе и т.д.) и провоцирующих факторов (аритмия, лихорадка, повышение АД).

Основные направления патогенетического лечения СН следующие:

1. Усиление сократительной способности миокарда. 2. Уменьшение задержки натрия и воды. 3. Снижение нагрузки на сердце.

Согласно исследованию проведенному в России «ЭПОХА-О-ХСН» (2002), целью которого было выявление больных ХСН по обращаемости в медицинские учреждения, оказалось, что каждый третий больной, приходящий в поликлинику или больницу, имеет признаки ХСН [4]. Исследование в России «ЭПОХА» (2002) показало, что в стране основные медицинские усилия направлены не на амбулаторное лечение начальных стадий ХСН и профилактику его прогрессирования и осложнений, а в сторону малоэффективного стационарного лечения уже терминальных стадий [4]. Связи с этим, повышение роли поликлинического звена в ранней диагностике и лечении амбулаторных больных ХСН будет способствовать улучшению ситуации с ХСН.

Таким образом, улучшение диагностики ХСН, оптимизация ведения и повышение качества лечения больных с данной патологией в условиях работы ВОП до сих пор являются актуальной задачей в практической медицине.

Цель исследования - оценить информированность врачей первичного звена о ХСН и возможности выявления проблемы диагностики и ведения больных ХСН среди них.

Материалы и объекты исследования.

Проведено сравнение информированности ВОП о хронической сердечной недостаточности работающие в семейных поликлиниках и СВП г. Самарканда на кафедре повышения квалификации ВОП ФУВ СамМИ. Было проведено определение информированности врачей первичного звена о ХСН с помощью анонимного анкетирования (54 ВОП семейных поликлиник и 16 ВОП из СВП). Средний возраст ВОП— 37,6±9,9 лет. Стаж работы по специальности у ВОП из СВП был равен 10,3±1,4 лет, у ВОП семейной поликлиники — 1,8±1,3 лет. Математическая обработка материала результатов исследования проводилась в Windows 2003 с использованием электронных таблиц Microsoft EXCEL 2003 и пакета прикладных программ статистической обработки Biostat.

Результаты исследования и их обсуждение.

Правильно информированы об основных этиологических причинах ХСН были 81,3% ВОП поликлиник и 94,4% ВОП работающие в СВП. Знали стандартизованные алгоритмы ведения больных с ХСН 82,8% ВОП поликлиник и 82,9% ВОП работающие в СВП. О том, что верапамил не показан как антиаритмический препарат при ХСН, знали 81,2% ВОП поликлиник и 85,2% ВОП СВП. Об ограничениях использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) знали 94,4% ВОП СВП и все ВОП поликлиники. О наиболее частых симптомах при ХСН правильно ответили 31,5% ВОП СВП и 43,7% ВОП поликлиники. Об ограничениях употребления

*I Международная (71 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

соли правильно ответили только 37,0% ВОП СВП и 56,2% ВОП поликлиники. Знали об уровне прибавки в весе больного, требующего срочного обращения к врачу, 62,5% ВОП поликлиники и 68,5% ВОП СВП. ВОП поликлиники по сравнению с ВОП СВП достоверно чаще называли диастолический тип нарушения ЛЖ наиболее распространенным видом среди больных ХСН (50,0% против 11,1%) ($p < 0,005$). Считали, что подбор препаратов до «целевых» доз не является показанием к госпитализации достоверно большее число ВОП поликлиники, чем ВОП СВП (93,7% против 55,6%) ($p < 0,05$). «Целевые» дозы основных препаратов, используемых в лечении ХСН, ВОП поликлиники знали лучше, чем ВОП СВП (соответственно эналаприла 79,6 против 62,5%; карведилола 62,5 против 59,3%; каптоприла 62,5% против 44,4% и метопролола ретарда 43,7 против 37,0%).

Считали себя хорошо информированными о ХСН 40,7% ВОП СВП и 37,5% ВОП поликлиники. В среднем ВОП СВП правильно ответили на 62,9% вопросов, семейные врачи — на 68,7% вопросов ($p = 0,898$). Таким образом, уровень знаний ВОП СВП о ХСН оказался не ниже, чем уровень знаний ВОП поликлиник, а по некоторым вопросам достоверно выше.

Таблица.

Результаты опроса

	ВОП поликлиник 54	ВОП в СВП 16
Правильно информированы об основных этиологических причинах ХСН	81,3%	94,4%
Знали стандартизированные алгоритмы ведения больных с ХСН	82,8%	82,9%
Верапамил не показан как антиаритмический препарат при ХСН	81,2%	85,2%
Об ограничениях использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) знали	100%	94,4%
О наиболее частых симптомах при ХСН	43,7%	31,5%
Об ограничениях употребления соли	56,2%	37,0%
Знали об уровне прибавки в весе больного, требующего срочного обращения к врачу	62,5%	68,5%
Достоверно чаще называли диастолический тип нарушения ЛЖ наиболее распространенным видом среди больных ХСН	50,0%	11,1%
Подбор препаратов до «целевых» доз не является показанием к госпитализации	93,7%	55,6%
«Целевые» дозы основных препаратов, используемых в лечении ХСН, соответственно эналаприла	79,6%	62,5%;
карведилола	62,5%	59,3%
каптоприла	62,5%	44,4%

метопролола ретарда	43,7 %	37,0%
Считали себя хорошо информированными о ХСН	37,5%	40,7%
правильно ответили на вопросы	68,7%	62,9%

Выводы:

1. При оценке информированности врачей амбулаторного звена о ХСН и принципах ведения больных ХСН доля правильных ответов составляла 68,7 % у врачей общей практики и 62,9% — у ВОП СВП). Назначенная врачом общей практики терапия больным ХСН соответствовала стандарту только в 38,6 % случаев: 54,5% среди больных с «легкой» ХСН и 19% — с «тяжелой». Наиболее частыми причинами несоответствия стандартам лечения были: неназначение БАБ и альдактона — по 35,0%, ИАПФ — у 28,5%, мочегонных — у 6,4% больных.

2. Причинами неадекватного лечения больных ХСН являются несоблюдение врачами общей практики стандартов терапии ХСН и низкая информированность ВОП о ХСН.

3. Результаты исследования показали необходимость регулярного проведения экспертизы качества лечения больных ХСН в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами терапии на уровне заведующих терапевтическими отделениями, руководителей поликлиник и организаторов управления здравоохранением для повышения эффективности лечения данной категории больных.

4. Необходимо выделять больных ХСН в качестве самостоятельной диспансерной группы для более качественного ведения данной категории больных.

Литература:

1. Меркушева Е.В. Обучение пациентов в практике семейного врача / Е.В. Меркушева, К.А. Похис. СПб.: СПбМАПО, 1998. 26 с.

2. Международное руководство по сердечной недостаточности / Под ред. С.Дж. Болла, Р.В.Ф. Кемпбелла, Г.С. Френсиса. М.: Медиа сфера, 1995. - 89 с.

3. Овчинников А.Г. Методические аспекты применения доплероэхокардиографии в диагностике диастолической дисфункции левого желудочка / А.Г. Овчинников, Ф.Т. Агеев, В.Ю. Мареев // Сердечная недостаточность. 2000. - № 2. - С. 66-70.

4. Гиляревский С.Р. Самоконтроль и самолечение больных с хронической сердечной недостаточностью: границы эффективности и безопасности / С.Р. Гиляревский, В.А. Орлов, Е. Середина // Сердечная недостаточность. 2002. - № 3. -С. 237-244.

5. Кириллов А.В. О некоторых особенностях в организации работы врачей общей практики в Нидерландах, Великобритании и России / А.В. Кириллов // Рос. семейный врач. 2001. — № 1. - С. 43-46.

6. Гиляревский С.Р. Эффективность применения современных технологий обучения больных с хронической сердечной недостаточностью / С.Р. Гиляревский // Сердечная недостаточность. 2004. - Спец. вып. - С. 7-11.

УДК 616.4

Н.С. Шилова

**ОПИСАНИЕ РЕДКОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ:
ПЕРВИЧНАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ**

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

N.S. Shilova

**DESCRIPTION OF A RARE CLINICAL CASE: A PRIMARY
CHRONIC ADRENAL INSUFFICIENCY WITH LETHAL OUTCOME**

Department of faculty therapy and endocrinology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: natashilowa@mail.ru

Аннотация. В статье описан клинический случай первичного гипокортицизма у мальчика 6 лет. Показана типичная клиническая картина, сложность диагностики, а также вариант исхода заболевания - смерть от острой надпочечниковой недостаточности.

Annotation. This article describes a clinical case of primary hypocorticism of the boy whose age is 6 years old. It shows a typical clinical picture, diagnosis complexity, as well as a variant of the disease outcome - death as a result of acute adrenal insufficiency.

Ключевые слова: эндокринология, надпочечниковая недостаточность.

Keywords: endocrinology, adrenal insufficiency.

Надпочечниковая недостаточность (НН, недостаточность коры надпочечников, гипокортицизм) - клинический синдром, обусловленный недостаточной секрецией гормонов коры надпочечника в результате нарушения функционирования одного или нескольких звеньев гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. НН подразделяется на первичную, являющуюся результатом деструкции самой коры надпочечников, и вторичную (гипоталамо-гипофизарную), возникающую вследствие недостаточности секреции АКТГ аденогипофизом. В клинической практике наиболее часто встречается первичная хроническая надпочечниковая недостаточность (95% случаев) [4].