

динамику сывороточных иммуноглобулинов выявило медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

**Выводы:** В комплексном лечении больных ХРБС рекомендуется применять методы иммунореабилитации, в том числе отечественные оригинальные лекарственные препараты ксимедон и димефосфон. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным по сравнению с ЛС иммуномодулирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

#### 060. ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Газизов Р.М., Климова Н.А., Ацель Е.А., Богоявленский В.Ф., Бейлина Н.И., Волчкова Н.С., Мингалеев А.А., Сайфутдинова Т.В., Субханкулова С.Ф.

Кафедра терапии и семейной медицины КГМА, Казань, Россия

Реальные шаги по созданию службы общеврачебной практики в Республике Татарстан были начаты после выхода Постановления Кабинета Министров Республики Татарстан от 20.01.2003 г. «О Республиканской целевой программе «Общеврачебная (семейная) практика». К моменту выхода Постановления Кабинета Министров РТ на стационарных циклах профессиональной переподготовки по общеврачебной практике на кафедре терапии и семейной медицины КГМА с 2001 года было подготовлено всего 65 врачей. В связи с необходимостью подготовки большого числа врачей в течение короткого времени было принято решение обучение врачей общей практики в период реализации Республиканской целевой программы проводить преимущественно на *выездных циклах* на базе медицинских учреждений, трансформированных в центры общеврачебной практики. К началу реализации Республиканской целевой программы «Общеврачебная (семейная) практика» опыта проведения *выездных циклов* профессиональной переподготовки «Общая врачебная практика» не было.

Целью работы является разработка и внедрение программы профессиональной переподготовки (ПП) врачей общей практики на *выездных циклах* на базе медицинских учреждений, трансформированных в центры общеврачебной практики.

В соответствии с Государственным стандартом сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины были разработана программа выездного цикла ПП объемом 504 часа, которой предусматривалось обучение участковых врачей-терапевтов, имеющих базовое образование по терапии и прошедших циклы общего усовершенствования по терапии за последние пять лет. В 2006 году в соответствии с требованиями Аккредитационно-лицензионной медицинской комиссии РТ сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины разработана программа ПП на *выездных циклах* по общей врачебной практике продолжительностью 864 часа (6 мес).

В подготовке врачей общей практики принимают участие сотрудники 17 кафедр академии (терапии и семейной медицины, общей и эндоскопической хирургии, акушерства и гинекологии № 1, педиатрии, инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии, неврологии и вертеброневрологии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии, психиатрии, наркологии и психотерапии, дерматовенерологии, офтальмологии, онкологии и хирургии, терапевтической и детской стоматологии, ортодонтии; оториноларингологии, общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением), в том числе 17 докторов медицинских наук, профессоров и 25 кандидатов медицинских наук, доцентов.

Обучение проводится в соответствии с Государственным стандартом специальности. Весь учебный материал циклов ПП по общеврачебной практике разделен на два блока. *Первый блок* – внутренние болезни – преподается сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины. *Второй блок* – смежные дисциплины – преподается сотрудниками профильных кафедр академии. В связи с тем, что основной состав обучающихся на циклах ПП по общеврачебной практике представлен участковыми врачами-терапевтами, большое внимание на практических занятиях уделяется освоению практических навыков диагностики и лечения больных с заболеваниями нетерапевтического профиля (оториноларингология, офтальмология, хирургия, неврология и др.), выполнению манипуляций в объеме первой врачебной помощи. В период проведения выездных циклов врачи проходят обязательную стажировку на рабочих местах в соответствующих кабинетах поликлиник. После окончания выездного цикла ежегодно для врачей общей практики проводятся выездные 1-2 дневные семинары по актуальным проблемам общеврачебной практики.

Наиболее важными и трудными вопросами были выработка единой стратегии преподавания на всех кафедрах. В результате 10-летней совместной работы сформировался коллектив высокопрофессиональных преподавателей новой дисциплины «общая врачебная практика».

На кафедрах, участвующих в подготовке врачей общей практики, большое внимание уделяется подготовке учебно-методической литературы. Большим достижением совместной работы коллективов кафедр, участвующих в подготовке врачей общей практики, является издание руководства «Неотложная помощь в практике семейного врача» (1-е издание – 2004; 2-е издание – 2008) и учебного пособия «Неотложные состояния в общеврачебной практике». Часть I (2008), Часть II (2009), 12 учебно-методических пособий.

С 2006 года значительный объем подготовки врачей общей практики проводится на выездных циклах в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье». С 2001 года на кафедре терапии и семейной медицины КГМА прошли обучение 1492 врача общей практики. В результате внедрения разработанной сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины программы подготовки врачей общей практики на *выездных циклах* на базе центров общеврачебной практики и в г. Саранске (Республика Мордовия)

подготовлено 1228 врачей, из них 585 на циклах ПП. В рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» в 2006-2009 гг. подготовлено 809 врачей общей практики (из них 506 на выездных 6-месячных циклах ПП).

Таким образом, одним из путей решения проблемы массовой подготовки врачей общей практики в период реформирования амбулаторно-поликлинической помощи является проведение выездных циклов профессиональной переподготовки. Благодаря внедрению выездной формы обучения удалось значительно ускорить подготовку кадров врачей общей практики в Республике Татарстан.

### 061. НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С СИСТЕМНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>2</sup>

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ»<sup>1</sup>

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава», г. Саратов<sup>2</sup>

**Актуальность.** Повышенная кардиоваскулярная заболеваемость и летальность среди больных псориазическим артритом (ПсА) по сравнению с общей популяцией может быть обусловлена как влиянием системного воспаления на раннее развитие атеросклеротического процесса, так и «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска. Известно, что хронический воспалительный процесс влияет на автономную регуляцию деятельности сердца, снижая вариабельность сердечного ритма (ВСР). Изменение вариабельности сердечного ритма расценивается как независимый фактор, влияющий на неблагоприятный прогноз сердечно – сосудистых заболеваний.

**Цель** - выявить нарушения вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных ПсА и возможную взаимосвязь с активностью системного воспаления и традиционными факторами сердечно-сосудистого риска.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 больных ПсА без кардиоваскулярной патологии (средний возраст 44,6 ± 11,6 года (M±SD), 52,3% обследованных составляли мужчины, средняя длительность заболевания - 10,3 ± 10,2 лет. Группу контроля составили 25 здоровых добровольца (средний возраст 40,3 ± 11,8 лет, мужчины составляли 49,1% обследованных). Анализировали временные и спектральные области ВСР. Активность ПсА определяли с помощью индекса DAS, модифицированного для ПсА, определения СОЭ, в/ч С-реактивного белка (в/ч СРБ), фибриногена. Учитывали факторы кардиоваскулярного риска: общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП), триглицериды (ТГ) сыворотки крови, артериальную гипертензию, индекс массы тела, семейный анамнез сердечно - сосудистых заболеваний. Критериями исключения из исследования являлось наличие артериальной гипертензии 3 стадии, сопутствующих заболеваний в стадии обострения,

хронической почечной недостаточности 2-3 степени, печеночной недостаточности, сахарного диабета, инфаркта миокарда, инфаркта мозга в анамнезе. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программ «Microsoft Excel», а также ППП «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США). Для описания нормального распределения количественных признаков использовали среднее значение признака и среднее квадратичное отклонение (M±SD); для описания распределения признаков, отличающегося от нормального распределения, указывались медиана, верхний и нижний квартили Me [Q<sub>25</sub>;Q<sub>75</sub>]. Для сравнения двух групп с нормальным распределением количественного признака определяли t-критерий Стьюдента, при отклонении распределения от нормального использовали метод Мана-Уитни. Корреляцию двух нормально распределенных количественных признаков изучали с помощью метода Пирсона (z Пирсона), при отклонении распределения от нормального, а также при анализе ассоциации качественных признаков использовали метод Спирмена (r Спирмена).

**Результаты.** Выявлено уменьшение всех показателей ВСР у больных ПсА в сравнении с показателями ВСР у лиц контроля: AMo 30,72±13,65 и 24,34±9,25, IN 76,82 [23,08; 96,81] и 30,46 [20,82;60,61], NN50 9,00[4;61] и 47,00[12;98], pNn50 2 [1;18] и 13 [3;28], TP 1292[688;1648] и 2014 [1222; 2560], HF 179 [70;461] и 422 [230;689], LF 392 [215;558] и 545 [201;1065], VLF 621,62±74,61 и 940±895,08, LF/HF 2,794±2,179 и 1,62±1,03, p< 0,01. При анализе взаимосвязи показателей ВСР с показателями активности ПсА выявлена значимая обратная взаимосвязь между AMo и СОЭ, СРБ, фибриногеном (r =-0,38; r =-0,21; r=-0,35; p<0,01, соответственно), а также между SDNN с СОЭ и СРБ (z =-0,25; z =-0,36; p<0,01), CV - с СОЭ, СРБ и фибриногеном (z =-0,32; z=-0,41; z=-0,3; p <0,001, соответственно). Имеется выраженная взаимосвязь между изменениями во временной области анализа ВСР и наличием энтезита: SDNN (r=+0,57, p<0,001), Cv (r=+0,46, p<0,001), RMSDNN (r= +0,59, p<0,005), NN50 (r=+0,36, p< 0,01), pNN50 (r=+0,39, p<0,05). Установлено наличие достоверной обратной взаимосвязи между классическими факторами сердечно-сосудистого риска (дислипидемией, возрастом, курением) - r<-0,25 (p<0,001) для каждого из факторов.

**Выводы.** У больных ПсА имеется нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности в виде снижения показателей ВСР и активации симпатической ее составляющей. Выявленные изменения связаны с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

### 062. АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И АКТИВНОСТЬЮ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>2</sup>

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ»<sup>1</sup>, г. Саратов