

5. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности. Метаболические основы. Анестезиология и реаниматология 2000; 3: 24 – 28.
6. Лященко Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспективы развития. Часть 1. История энтерального питания. Клиническое питание 2004; 3: 38 – 40.
7. Македонская Т.П., Пахомова Г.В., Попова Т.С., Селина И.Е. и др. Лечение синдрома кишечной недостаточности у больных с перитонитом. Хирургия 2004; №10: 31 – 33.
8. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях М.: ООО Издат. дом «М-Вести» 2002; с. 319-320.
9. Dabrowski G.P., Rombeau J.L. /Practical nutritional management in the trauma intensive care unit // Surg. Clin. North Am.- 2000. Jun; -№ 80 (3). - P. 921-932.
10. Schurink C.A., Tuynman H., Scholten P. et al: /Percutaneous endoscopic gastrostomy: complications and suggestion to avoid them // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 13:819, 2001.

УДК 616.12-008

© Е.Р. Багаутдинова, Р.М. Муратов, Ш.З. Загидуллин, Н.Ш. Загидуллин, 2010

Е.Р. Багаутдинова, Р.М. Муратов, Ш.З. Загидуллин, Н.Ш. Загидуллин
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ,
 ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР
 С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**
 ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Ретроспективно изучены истории болезни 636 больных, прошедших лечение в отделении кардиологии ГКБ №21 с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС). Установлена значительная гипердиагностика заболевания на догоспитальном этапе: в 51,8% случаев в стационаре в процессе дальнейшей диагностики и лечения диагноз был изменен, а в 9,2% случаев патология сердечно-сосудистой системы вообще была исключена. В 14,3% наблюдалось развитие острого инфаркта миокарда. Наиболее частыми уточненными диагнозами после первичного заключения ОКС явились: артериальная гипертензия, некоронарогенные поражения миокарда, остеохондроз и расстройство вегетативной нервной системы.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, гипердиагностика.

E.R. Bagautdinova, R.M. Muratov, Sh.Z. Zagidullin, N.Sh. Zagidullin
**DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ANGINA PECTORIS IN THE HOSPITALIZED
 PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME**

To study the 636 histories of diseases of patients, hospitalized in the municipal clinic № 21 with the diagnosis acute coronary syndrome (ACS). The significant hyperdiagnostics of ACS was determined: in 51,8% in the following period the diagnosis was changed and in 9,2% of the cases the cardiovascular diseases were excluded at all. In 14,3% ACS resulted in myocardial infarction.

Key words: acute coronary syndrome, myocardial infarction, hyperdiagnostics.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была выделена ВОЗ как самостоятельное заболевание лишь в 1965 г. В настоящее время ИБС широко распространена во всем мире, особенно в экономически развитых странах, и занимает ведущее место в структуре летальности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). ИБС – фактор риска внезапной сердечной смерти, на ее долю приходится 2/3 случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. В развивающихся странах увеличивается распространенность таких факторов сердечно-сосудистого риска как сахарный диабет, дислипидемия, гипертония, а также курение [1,2]. В Российской Федерации эта нозология прочно занимает первое место среди причин смерти, и поэтому ранняя диагностика заболевания является весьма важной задачей.

Термин «острый коронарный синдром» (ОКС) используется для обозначения обострения коронарной (ишемической) болезни сердца. Эксперты Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) приняли следующее определение ОКС и нестабильной стенокардии (2001 г.): «Острый коронарный синдром – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый ИМ или нестабильную стенокардию». ОКС включает в себя понятия острый ИМ, ИМ с подъемом сегмента ST, ИМ без подъема сегмента ST, ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, другим биомаркерам, поздним ЭКГ-признакам, и нестабильную стенокардию»[3].

Внедрение понятия ОКС связано прежде всего с возможной прогностической важностью диагноза ИБС и некоторых других острых клинических состояний (тромбоэмболия легочной артерии, расслаивающая аневризма аорты) для конкретного больного в ближайшее время, возможно, даже в часы и минуты. Точный диагноз дает возможность определения объема и своевременности адекватных лечебных вмешательств, поэтому все многообразие проявлений боли в грудной клетке следует рассматривать именно с этих позиций. Более 70% любой боли в груди обусловлены тремя основными причинами: ИБС, вертебромышечной патологией и психогенными причинами. При этом важно отметить, что ошибки в диагностике стенокардии (в основном в сторону гипердиагностики) в условиях поликлиники составляют, по данным литературы, от 33 до 60% [4].

Отделение кардиологии в ГКБ №21 г.Уфа открыто в 2002 году. На данный момент территория обслуживания охватывает поликлиники № 1, 21, 33, 36, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52. С 2007 по 2009 год в отделении ежегодно находилось на лечении от 1300 до 1500 больных. Основным показанием для лечения в отделении является острый коронарный синдром.

Целью данного исследования явилась оценка результатов клинико-диагностического обследования больных, поступивших в отделение кардиологии с первичным диагнозом острый коронарный синдром.

Материал и методы

Ретроспективно было изучено 636 историй болезни больных, госпитализированных с диагнозом ОКС в кардиологическое отделение, из них 55,8% мужчин и 44,2% женщины в возрасте от 17 до 94 лет. Диагноз острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, а также их осложнения устанавливали на основании критериев ВОЗ.

Результаты исследования

В отделении кардиологии из всех 636 пациентов, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром, диагноз прогрессирующая стенокардия в ближайшие 1-2 дня после госпитализации был установлен у 263 больных (41,3%, и из них 41,2% женщин в возрасте от 35 до 92 лет), инфаркт миокарда - у 44 (7% или 14,3% от всех случаев с установленным диагнозом ОКС), стабильная стенокардия напряжения - у 114 (18%, из них 45% женщины в возрасте от 40 до 84 лет). Таким образом, острый коронарный синдром при поступлении был верно диагностирован в 307

случаях из 636 (48,2%). Из всех случаев с нестабильной стенокардией в результате проведенной терапии в 85,7% больных были переведены в стабильную стенокардию. Другие причины болевого синдрома были определены в 33,8% случаев (215 пациентов). Среди них заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как дилатационная кардиомиопатия, ревматизм, врожденные пороки сердца, постмиокардитический кардиосклероз, нарушения ритма и проводимости констатированы в 14,5% случаев (возраст от 24 до 84 лет, 37,4% женщин), гипертоническая болезнь - у 10% (возраст от 36 до 84 лет, 54% женщины). В 9,3% случаев (из них 50% женщины) в возрасте от 17 до 81 года ухудшение состояния пациентов было связано с патологией других органов и систем: расстройством вегетативной нервной системы, цереброваскулярным заболеванием, панкреатитом, обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, тромбоэмболией легочной артерии, анемией, аспирационной пневмонией, лимфогрануломатозом, острым нефритом с нарушением азотовыделительной функции. В 52% случаев ОКС подозревался в связи с наличием изменений на ЭКГ, связанных с предыдущим поражением миокарда, например аневризмой левого желудочка и предшествующим инфарктом миокарда. Среди всех больных, поступивших в отделение, лица, перенесшие инфаркт миокарда в анамнезе составили 321 человек из 636 (50,5%), страдавшие сахарным диабетом - 61 (9,6%) и пароксизмами фибрилляции предсердий - 26 (7,2%) человек.

У 12,4% больных ОКС развивался при наличии факторов, усугубляющих ишемию миокарда (анемия, лихорадка, инфекция, гипотензия, неконтролируемая гипертензия, тахикардия, тиреотоксикоз, дыхательная недостаточность). Артериальная гипертензия определялась в 78,6%, сахарный диабет - в 10% наблюдений. Указание на инфаркт миокарда в анамнезе было у 50,9%, а на хирургическую коронароангиопластику у 0,8% пациентов (все мужчины).

В госпитальный период и в последующие сроки пациентам проводили общепринятую терапию: назначали нитраты (в основном нитросорбид в дозе 30-40 мг/сут) и при необходимости нитроглицерин. Во время дестабилизации состояния по показаниям нитраты вводили внутривенно; бета-блокаторы (преимущественно метопролол в дозе 25-200мг/сут, бисопролол в дозе 2,5-10 мг/сут); ингибиторы АПФ (престариум 4-8мг/сут, зо-

кардис 7,5-30 мг/сут, диротон 5-10мг/сут) антагонисты кальция (верапамил – 120-360 мг/сут, нормодипин 5-10 мг/сут); аспирин (200-375 мг/сут), гепарин (по 10000-20000 ед/сут) и другие медикаментозные средства в качестве симптоматической терапии в соответствии с общепринятыми рекомендациями.

Обсуждение

В Российской Федерации и в частности Республике Башкортостан, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является наиболее частой причиной в структуре летальности. Поэтому в клинике внутренних болезней дифференциальная диагностика между ОКС и кардиалгиями, вызванными другими причинами, является весьма важной задачей. Любая боль в области сердца должна быть оценена с позиции ее возможного ишемического происхождения. У лиц, обратившихся за медицинской помощью в связи с болью в области сердца, ее ишемическая природа в последующем подтверждается в 50–60% случаев [5,6]. Считается, что до 6% больных острым ИМ не имеют изменений на исходной электрокардиограмме (ЭКГ) [7]. В этой связи необходимо отметить, что изменения ЭКГ при остром ИМ могут существенно отставать от развития клинических признаков заболевания. Поэтому ЭКГ следует расценивать лишь как метод, дополняющий клинические ориентиры на этапе догоспитальной диагностики ОКС.

Нами было показано, что диагноз ОКС в процессе диагностических мероприятий был исключен у 33,8% госпитализированных пациентов, причём среди них наиболее частыми диагнозами являлись некоронарогенные поражения миокарда, артериальная гипертензия, остеохондроз, расстройство вегетативной нервной системы. В то же время наблюдались атипичные формы развития инфаркта миокарда, такие как астматический, абдоминальный, аритмический, цереброваскулярный варианты, безболевого форма ишемии,

которые могли приводить к расхождению диагноза. Поэтому особенно важно своевременно и тщательно обследовать на предмет ОКС тот контингент больных, где вероятность атипичного начала ИМ особенно велика, например у молодых лиц, престарелых, при повторных инфарктах миокарда, сахарном диабете.

Для уточнения экстракардиальной причины боли необходим поиск дополнительного синдрома на основании жалоб больного, собранного анамнеза, а также минимального физического обследования. После уточнения синдрома (патология органов пищеварения, дыхания, костно-мышечной системы и др.) круг диагностического поиска еще более сужается. В целях повышения качества диагностики и лечения данного синдрома их необходимо проводить на основании рекомендаций Европейского и Российского обществ кардиологов.

Выводы

1. У больных, поступающих в кардиологическое отделение крупной многопрофильной больницы с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС), данный диагноз подтвержден в 66,2% случаев.

2. У 7 % пациентов, поступающих с диагнозом ОКС, установлен острый инфаркт миокарда, что составляет 14,3% от диагностированных случаев ОКС.

3. В 85,7% случаев при остром коронарном синдроме в результате терапии нестабильная стенокардия переходит в стабильную.

4. Наиболее частыми уточненными диагнозами после первичного исключения острого коронарного синдрома являются артериальная гипертензия, некоронарогенные поражения миокарда, остеохондроз и расстройство вегетативной нервной системы.

Научная работа была выполнена при поддержке Госконтракта П1256 Федерального Агентства по Образованию в рамках ФЦП "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России".

Сведения об авторах статьи

Багаутдинова Елена Рафаиловна

врач ординатор ГКБ №21. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3

Муратов Рашид Маликович

к.м.н., зав. отд. кардиологии ГКБ №21. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3

Загидуллин Науфаль Шамильевич

к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3, nau36@ufranet.ru.

Загидуллин Шамиль Зарипович

д.м.н., профессор, зав. каф. пропедевтики внутренних болезней БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3,

ЛИТЕРАТУРА

1. Ключев, В.М., Ардашев, В.Н., Брюховецкий, А.Г., Михеев, А.А. Ишемическая болезнь сердца / В.М. Ключев, В.Н. Ардашев, А.Г. Брюховецкий, А.А. Михеев. М.: Медицина, 2004. - 224с.

2. Ballantyne C.M. Achieving greater reductions in cardiovascular risk: lessons from statin therapy on risk measures and risk reduction. *Am Heart J* 2004;148:7-15.
3. Всероссийское научное общество кардиологов. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. – М., 2007. – 89с.
4. Руда, М.Я. О системе лечения больных с острым коронарным синдромом // Кардиологический вестник. - 2006. - Т.1, №2. – С. 34-44.
5. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R. et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med.* 2000 Apr 20;342(16):1163-70.
6. Hargarten K, Chapman PD, Stueven HA et al. Prehospital prophylactic lidocaine does not favorably affect outcome in patients with chest pain. *Ann Emerg Med.* 1990 Nov;19(11):1274-9.
7. Slater DK, Hlatky MA, Mark DB, Harrell FE Jr, Pryor DB, Califf RM. Outcome in suspected acute myocardial infarction with normal or minimally abnormal admission electrocardiographic findings. *Am J Cardiol.* 1987 Oct 1;60(10):766-70.

УДК 616.24-002.3-036.11-078:576.8

© Г.А. Мавзютова, Л.Р. Мухамадиева, А.М. Авзалетдинов, А.Р. Мавзютов, Н.Р. Бикметова, 2010

Г.А. Мавзютова¹, Л.Р. Мухамадиева¹,
А.М. Авзалетдинов¹, А.Р. Мавзютов¹, Н.Р. Бикметова²
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ
ПОСТПНЕВМОНИЧЕСКИХ АБСЦЕССАХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

¹ГОУ ВПО «Бакинский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

²«Республиканская клиническая больница №2»; г. Уфа

Цель исследования: изучение этиологических факторов и иммунологических нарушений, приводящих к развитию абсцесса и оценка возможности иммунокоррекции.

Материалы и методы. Проведено микробиологическое и клинико-иммунологическое обследование 25 больных с острыми постпневмоническими абсцессами. Для верификации возбудителя применялись микробиологические методы – микроскопия, культуральное исследование мокроты, бронхиальных смывов и др.; иммунологические тесты включали определение факторов клеточного и гуморального иммунитета с использованием проточной цитометрии, иммунотурбидиметрии.

Результаты. Исследование показало участие в этиологии резистентной грамположительной, грам-отрицательной и ассоциированной микрофлоры на фоне значительных нарушений неспецифической резистентности, клеточного иммунитета, высокие уровни цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-α в сыворотке. Выявлено положительное клинико-иммунологическое влияние полиоксидония в комплексной терапии абсцессов.

Ключевые слова: острый абсцесс, иммунология, этиология, полиоксидоний.

G.A. Mavzyutova, L.R. Muckhamadyeva,
A.M. Avzaletdinov, A.R. Mavzyutov, N.R. Bikmetova
**IMMUNE DISTURBANCES AT THE ACUTE LUNG
POSTPNEUMONIC ABSCESS AND IT'S CORRECTION**

The aim is to study etiology and immune violations in the patients with acute lung postpneumonic abscess for it's correction.

Materials and methods. 25 patients with acute lung postpneumonic abscess was examined by microbiological tests – microscopy and cultural investigation of sputum and tracheobronchial lavage; immunological study included detection of innate and specific immunity factors by cytofluometric and immunoturbidimetric methods.

Results. The research showed resistant gram-positive, gram negative and associated microorganisms in the etiology of abscess and significant immune disturbances, mostly in cellular response, hypercytokine activity, that may lead to pneumonia complications as abscess. The use of polyoxidoniy resulted by clinico-immunological improvements.

Key words: acute lung abscess, etiology, immunity, polyoxidoniy

Проблема внебольничной пневмонии остается актуальной последние десятилетия в связи с растущей заболеваемостью, имеющей тенденцию к росту летальностью. Так, в России ежегодно пневмонией заболевают около 1,5 млн. человек, а показатель летальности колеблется от 1-3% у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии, до 15-30% у

пожилых лиц при наличии других заболеваний [2].

Одной из ведущих причин смертности при ВП является развитие тяжелых осложнений, в частности формирование абсцессов, летальность при которых достигает 20% [1]. Хотя, абсцесс легкого рассматривается в качестве хирургической патологии, в то же время развитие его на фоне некротизирующей