

Определенный ИЭ: 2 больших критерия или 1 большой + 3 малых критерия, или 5 малых критериев.

Возможный ИЭ: 1 большой + 1 малый критерий, или 3 малых критерия.

Отвергнутый ИЭ: точный альтернативный диагноз, или регрессирование симптомов болезни при антибиотикотерапии до 4 дней, или отсутствие патоморфологических признаков ИЭ в операционном или аутопсийном материале при антибиотикотерапии до 4 дней, или недостаточно критериев для вероятного ИЭ.

Данные критерии весьма совершенны в смысле специфичности (до 95%), более чувствительны по сравнению с ранее предлагавшимися схемами и общеприняты в настоящее время. Но в этой системе критериев основное значение отводится результатам параклинических исследований и подразумевает достаточно высокую оснащенность амбулаторного и стационарного звеньев медицинской помощи, что не всегда распространено и, к сожалению, оставляет желать лучшего.

Отличительными исследованиями были разработаны критерии подострого ИЭ, как наиболее часто встречающейся формы, где выделены максимально информативные клинические и параклинические признаки заболевания.

Хотелось бы отметить, что сложный и многогранный процесс диагностики ИЭ как и любого другого заболевания, невозможно уложить в рамки какой-либо схемы. Любая система критериев требует достаточно высокой врачебной квалификации, правильной интерпретации клинической симптоматики и данных дополнительных исследований. Решающая же роль в диагностике принадлежит опыту и суждениям клинициста.

Диагностические критерии подострого ИЭ

Клинические признаки	Параклинические признаки
<p><u>Основные:</u> Лихорадка Шум регургитации Спленомегалия Васкулит</p> <p><u>Дополнительные:</u> Гломерулонефрит Тромбоземболия</p>	<p>1. ЭхоКГ-подтверждение 2. Лабораторные показатели: • Положительная гемокультура и/или • Анемия и/или • Ускорение СОЭ (>30 мм/ч)</p>
<p>Диагностическое правило: ИЭ достоверный: 2 основных признака + 2 параклинических признака при обязательном наличии шума регургитации. ИЭ вероятный: более 2 основных клинических признаков или 2 основных + 1 дополнительный клинический признак при обязательном наличии шума регургитации во всех вариантах.</p>	

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Б. С. Инфекционный эндокардит (часть I). — Русский медицинский журнал, 2003 г., том 11, № 15.
2. Белов Б. С. Инфекционный эндокардит (часть II). — Русский медицинский журнал, 2003 г., том 11, № 18.
3. Салихов И. Г. Инфекционный эндокардит. Избранные лекции. Цикл «Кардиология». — КГМУ, Казань, 2000 г., 61 с.

К истории городского ревматологического центра

Р. Г. МУХИНА, Э. Л. ЮНУСОВА, Г. И. ЗАГИДУЛЛИНА

Городская клиническая больница № 1 г. Казани

С. П. ЯКУПОВА, Казанский медицинский университет, кафедра госпитальной терапии

В последние годы отмечено значительное увеличение частоты ревматологических заболеваний с аутоиммунными и иммунокомплексными механизмами патогенеза. За период с 1985 по 2005 годы она увеличилась с 353 до 395 на 100000 взрослого населения, т.е. на 12%. Показатель временной трудоспособности составляет 81,8 на 100 работающих, первичную инвалидность устанавливают у 70-80% больных, в основном молодого возраста. В структуре первичной инвалидности в 2005 году КМС занимали 7,6%, для сравнения ГБ и ИБС — соответственно 2,2 и 9,4%.

Впервые за все годы существования системы здравоохранения, развития ревматологической службы и науки, призванные оказывать ревматологическую помощь больным города и республики, по настойчивой инициативе зав. кафедрой внутренних болезней № 1 КГМУ, профессора И. Г. Салихова и Приказом Управления здравоохранения г. Казани № 364 от 13.06.1994 года был создан **городской ревматологический центр** при городской клинической больнице № 1 (главный врач к.м.н. Ф. Я. Халитов). В этом центре стало реальным воплощение научно-практических достижений кафедры и мировой науки.

Если обратиться к истории, то у истоков ревматологической службы Республики Татарстан стоял видный ученый, заслуженный деятель науки РТ, профессор **З. И. Малкин**. Именно ему принадлежит заключение, высказанное впервые в СССР: «Есть разный ревматизм: тот который имеет конец, и тот, который не имеет конца... Ревматизм может закончиться не только у больных с суставными атаками, но и с поражением митрального клапана». Научные труды под руководством З. И. Малкина, посвященные изучению ревматических заболеваний, а именно изучению

белкового обмена, реактивности организма, нейрогуморальных процессов, течения миокардитов (Н. Д. Морозова-Поздняк, С. И. Щербатенко, Н. В. Старкова).

Продолжила эти традиции профессор **Р. Ш. Абдрахманова**, которая заведовала кафедрой факультетской терапии с 1971 года по 1983 год. Разработанные профессором Р. Ш. Абдрахмановой и ее учениками (Г. М. Халфеева, Л. К. Бомбина, И. С. Тагиров, З. Н. Якубова, Р. Х. Шафиков и др.) методологические подходы к изучению, в первую очередь функционального состояния кардио-легочной системы при ревматических болезнях, получили в дальнейшем широкое применение в практике ревматологических школ Оренбурга, Москвы и других городов нашей страны.

С приходом на кафедру профессора **И. Г. Салихова** (1983 год) началась «новая эра» исследований патогенеза, клиники ревматических заболеваний, внедрений в практику новых методов диагностики и лечения. Научные исследования, проводимые учениками профессора И. Г. Салихова, в большинстве своем были одними из первых в стране, и имеют большое научное значение, актуальность и ценность для практической ревматологии. Например, сведения о состоянии патогенетически значимых функций клеточ эфektorов при ревматоидном воспалении, **выявление особенностей патофизиологического состояния нейтрофилов при ревматоидном артрите (РА)**, функциональная пластичность нейтрофилов при РА, ответе их на воздействие иммуноактивными препаратами; **выделение клинико-иммунологических вариантов течения ревматоидного синовита, обнаружение депрессии антиоксидантной системы при высокой степени активности РА как в плазме, так и в синовиальной жидкости**. На высоком методическом уров-



не проведено углубленное изучение функции нейтрофилов и сопряженных с ними реакций, состояния перекисного окисления липидов при различных клинических вариантах ревматоидного артрита (Л. Л. Фомина, А. И. Рахматуллина, К. Н. Агишева и др.). Эти заключения позволяли дифференцированно подходить в выборе терапии и контроля эффективности терапии.

Выделение изолированного **мышечного синдрома** в клинике ревматических заболеваний, предложение клинико-нозологической классификации этих поражений, методологии обследования поражения состояния скелетных мышц, научно обоснованные патогенетические методы лечения мышечного синдрома являются приоритетным направлением Казанской школы ревматологов. Впервые с клинических позиций и научных данных выявлены и охарактеризованы болезненные мышечные зоны вблизи пораженных суставов, характеризующиеся как алгическим компонентом, так и локальными уплотнениями в мышечной ткани, влияющими на функциональные возможности больных (И. Г. Салихов, Р. А. Хабиров). **Изучение состояния периартикулярной ткани, ультразвуковое исследование их** (Э. Р. Кириллова) являются ценными для практической ревматологии. Важным для исхода ревматических болезней, в частности системной красной волчанки, является поражение почек. Исследование иммунного статуса, стабильности мембран при **люпус-нефрите** потребует определенной коррекции в ведении этой группы больных (А. Н. Максудова, О. Н. Сигитова, Л. И. Мясоутова).

В работе ГРЦ активно используется богатый научный и практический опыт кафедральных сотрудников. Именно в ревматологии практика с теорией, практические врачи-ревматологи с сотрудниками кафедр и специалистами смежных специальностей переплетены так тесно и неразрывно.

В центре врачами-ревматологами широко используются предложенные в мировой ревматологии методы лечения и диагностики ревматических заболеваний, апробируются современные препараты, проводятся внутрисуставные манипуляции с применением новых технологий (ирригация суставов, дифференцированная локальная терапия синовита различных типов течения и др.). Значимым представляется апробация и внедрение в широкую ревматологическую практику оригинальных препаратов, синтезированных в Республике Татарстан — димексид, димефосфон, диуцифон, ксимедон (М. М. Мангушева, Р. А. Бодрова). Сотрудниками кафедры и ГРЦ (С. П. Якупова, Л. Л. Фомина, Л. И. Мясоутова, Г. И. Загидуллина, Э. Л. Юнусова, Р. Г. Мухина и др.) проводятся клинические наблюдения за действием новых противовоспалительных препаратов, хондропротекторов, цитостатиков и других препаратов.

Сотрудниками ГРЦ и кафедры разработаны показания и противопоказания к госпитализации, к этапному лечению в амбулаторной практике, в центральных районных больницах, адаптированные к условиям нашей республики.

Значительно увеличился и консультативный прием больных — с 1800 до 8000 больных в год. Показателями эффективности работы центра служат данные о снижении процента расхождения диагнозов поликлиники и стационара с 45,4% до 17,1% больных.

Организован прием ревматолога на амбулаторном этапе 6 дней в неделю. Ежегодно консультируются до 8000 больных, из них 60% — повторно. На приеме проводится контроль за терапией, решаются вопросы госпитализации и регоспитализации. Сложные клинические случаи на амбулаторном приеме, в стационаре, включая поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии, обсуждаются консилиумом при участии руководителя ГРЦ, профессора И. Г. Салихова, доцентов и ассистентов кафедры. На уровне амбулаторного приема и в отделении проводятся консультации по телефону для терапевтов и ревматологов города и самих пациентов.

В структуре городского ревматологического центра создано ревматологическое отделение на 40 коек. Ежегодно число прошедших через отделение больных в среднем составляет 1100, за счет высокого оборота койки (30 раз) в году. Среди нозологических форм ведущими являются ревматоидный артрит и остеоартроз (57,6% и 20% соответственно); системная красная волчанка и др.

В стационаре удалось снизить и стабилизировать средний койко-день пребывания больного до 13,2, адаптировав его к со-

временным условиям обследования и лечения. Это стало возможным, в том числе и за счет выделения группы нозологических форм с проведением высокотехнологических методов лечения с сокращением койко-дня с 20 до 5 (синхронная интенсивная терапия, антицитокиновая терапия). При этом достигнутый экономический эффект на одного пролеченного больного составил 2570 рублей. Госпитализация в отделении плановая. Разработана и внедрена в работу центра методика плановой регоспитализации больных, которая оправдала себя в ведении больных с ревматическими заболеваниями «личными кураторами».

За 15 лет в обследовании и лечении больных внедрены прогрессивные методы: открыта иммунологическая лаборатория, подготовлен врач-иммунолог; изучение свойств синовиальной жидкости проводится как клиническими анализами, так и биохимическими, иммунологическими.

В терапии ревматических заболеваний применяется индивидуальный подбор методов и средств терапии: нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов, «базисных» препаратов, рассчитанных на 2-5 лет и более. Учитывая клинические особенности течения, разработанные теоретические вопросы патогенеза заболеваний соединительной ткани наряду с традиционными способами лечения широко стали применяться агрессивные методы, направленные на купирование активности (программный плазмаферез, пульс-терапия, антицитокиновая терапия и др.). Открыт кабинет антицитокиновой терапии. Широко применяются методы локальной терапии (внутрисуставные и периартикулярные манипуляции, гирудотерапия, физиотерапевтические методы лечения, где осуществляется индивидуальный подход к каждому ревматологическому больному и к каждому суставу заведующей отделением А. И. Салиховой).

В центре сложился прекрасный коллектив. С самого начала работы надежным человеком в отделении является старшая мед. сестра Р. Х. Камалева. Понимание друг друга с полуслова в решении как лечебных, так и организационных вопросов позитивно отражается на работе всего Центра благодаря врачам Э. Л. Юнусовой, Г. И. Загидуллиной, Л. И. Мясоутовой, медсестрам Г. А. Ананьевой (виртуоза в проведении внутривенных, внутрисуставных манипуляций), Ф. К. Сергеевой, Г. М. Гафуровой, младшему мед. персоналу А. Х. Часниченко, Н. А. Гариевой, Н. А. Крис, Н. В. Орловой.

Очень важными являются вопросы социальной реабилитации, планирования беременности в семье, где кто-то из супружеской пары страдает ревматическим заболеванием и длительно получает базисный препарат-цитостатик. С такими проблемами пациенты обращаются в ревматологический центр и имеют возможность получить грамотный совет и помощь. В случае необходимости, по обращению врачей-гинекологов или самостоятельно врачи ГРЦ проводят консультации в родильных домах.

С целью повышения квалификации врачей в области ревматологии в 1996 году при ГРЦ создана «Общественная организация ревматологов РТ», в рамках которой проводятся заседания на актуальные темы с демонстрацией больных. Методические пособия, написанные сотрудниками центра по различным нозологическим формам с этиопатогенезом, диагностическими критериями, тактикой ведения и наблюдения, стали настольными книгами ревматологов и терапевтов. Созданы видеофильмы для ревматологов и больных по ЛФК, трудотерапии. В настоящее время подготовлена и утверждена программа «Ревматология» по первичной специализации и сертификации врачей.

При ГРЦ создана и активно работает школа ревматологических больных, основная деятельность которой направлена на психологическую и социальную реабилитацию пациентов. Наряду с обучением больных методам купирования боли, самоконтроля за терапией, воспитанием навыков самообслуживания (с этой целью разработан индивидуальный подбор набора столовых предметов и др.), силами пациентов проводятся и развлекательные программы, позволяющие ревматологическим больным, порой неделями или месяцами прикованным к постели, не чувствовать себя ограниченными в чем-либо.

На обучение пациентов направлены выступления в средствах массовой информации врачей. Активно используется в реабилитации больных трудотерапия. Наша гордость — стенд «Своими

руками», на котором выставлены вещи вышитые руками наших пациентов.

Установлена тесная связь с институтом ревматологии РАМН (г. Москва), сотрудники кафедры и центра активно участвуют в работе ежегодных научно-практических конференций, проводимых институтом ревматологии, где представляют результаты собственных научных исследований. Расширяются связи с зарубежными ревматологами. В мае 2005 года в Казани прошел VI съезд ревматологов России. Не случайно именно наш город был выбран

для проведения этого мероприятия. Творческие, научные, практические достижения наших ученых и медиков признаны во всем мире. Это было отмечено и в выступлении представителя ВОЗ.

Подводя итог 15-летней работы ГРЦ, необходимо отметить, что все наши успехи достигнуты тесным и плодотворным сотрудничеством организаторов здравоохранения, практических врачей и научных работников, и мы думаем это будет и в дальнейшем способствовать развитию ревматологической науки и практики в частности и медицины в целом.

Открытие центра антицитокиновой терапии

Р. Г. МУХИНА, Городская клиническая больница № 1 г. Казани

Воспалительные (аутоиммунные) ревматические заболевания широко распространены во всем мире и в нашей стране. Социальная значимость их определяется ранней инвалидизацией и уменьшением продолжительности жизни пациентов. Неблагоприятный прогноз для жизни обусловлен прогрессирующим поражением внутренних органов, связанным как с тяжестью самого патологического процесса, недостаточно контролируемого существующими методами лечения, так и неблагоприятным воздействием лекарственных средств.

Последние годы ознаменованы появлением в ревматологии новых классов лекарственных средств. Особый интерес вызывает применение биологически активных агентов — моноклональных антител к ФНО-а, которые оказывают селективное действие на отдельные звенья патогенеза иммуновоспалительных заболеваний и в минимальной степени нарушают физиологические механизмы функционирования иммунной системы. Это позволяет существенно снизить риск генерализованной иммуносупрессии, которая характерна для глюкокортикостероидов и цитостатических препаратов.

На сегодняшний день научно доказана роль ФНО-а как ключевого медиатора иммуновоспалительного процесса при ревматоидном артрите (РА) и наиболее важной мишени для противовоспалительной терапии. Первый препарат, блокирующий действие ФНО-а, используется в клинической практике с 1993 года. Основные показания к клиническому применению инфликсимаба — РА, анкилозирующий спондиллоартрит, псориазический артрит. В случаях противопоказаний к стандартной базисной терапии, препарат, ингибирующий ФНО-а, может быть

первым базисным лечебным средством. Казанскими ревматологами накоплен достаточный собственный опыт по применению данного препарата в условиях городского ревматологического центра и РКБ. Разработаны критерии отбора, методика проведения процедуры вливания препарата, постинфузионные (возможные) осложнения. Эффективность неоспорима в виде снижения активности болезни, повышения трудоспособности и улучшения качества жизни пациентов.

Биологическая терапия представляет собой новый этап в лечении ревматических заболеваний. Успех лечения препаратами моноклональных антител к ФНО-а, поверхностным рецепторам В-лимфоцитов заключается в необходимости контроля за подбором больных, грамотного определения дозы препарата, профилактики нежелательных явлений в период проведения терапии и послеинфузионном периоде, оценки возможности продолжения терапии, определения новых показаний (нозологических форм) к подобной терапии. Это делает актуальной концентрацию пациентов в едином центре, создание регистра получающих и планируемых на терапию биологическими агентами.

Для повышения эффективности применения высокотехнологических методов лечения по инициативе главного ревматолога МЗ РТ, профессора И. Г. Салихова на базе городского ревматологического центра (ГКБ №1 имени профессора А. Г. Терегулова, главный врач к.м.н. Ф. Я. Халитов) был открыт кабинет антицитокиновой терапии. Открытие данного кабинета является перспективным в снижении ранней инвалидизации, улучшении качества жизни и увеличении продолжительности жизни пациентов с ревматическими заболеваниями.

Ревматологические проявления остеопойкилии. Современное состояние проблемы

И. Г. САЛИХОВ, Л. К. БОМБИНА, С. А. ЛАПШИНА, Р. Г. МУХИНА,
И. И. ЧЕМБАРISOV, А. А. ГАЙБАРАН

Казанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии,
Городской ревматологический центр

Остеопойкилия (или остеопойкилоз, врожденная пятнистая множественная остеопатия, костная узорчатость, пятнистая

кость) — врожденное генерализованное поражение костной системы, сопровождающееся образованием в костях гомогенных