

электрокардиограммы с целью уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего ведения.

Литература

1. Белькова Т.А., Минаева Н.В., Зубов Е.В. и др. // *Современные технологии в педиатрии и детской хирургии : материалы V Российского конгресса.* — М., 2006. — С. 123-124.
2. Бокерия О.Л. // *Детские болезни сердца и сосудов.* — 2004. — М. — С. 5-13.
3. Бокерия О.Л. // *Анналы аритмологии.* — 2006. — МЗ. — С. 5-11.
4. Болсуновский В.А., Любомудров В.Г., Кунгурцев В.Л. и др. // *Вестник аритмологии.* — 2002. — М 25. — С. 105.
5. Глазырина Г.А., Волосников В.А., Козловская Н.А. // *Детская кардиология — 2004: Тезисы всероссийского конгресса.* — М., 2004. — С. 147-148.
6. Трысык Е.Е., Камаладинова Э.Г. // *Вестник аритмологии.* — 2002. — М15. — С. 122.
7. Мутафьян О.А. *Аритмии сердца у детей и подростков, клиника, диагностика и лечение.* — СПб. : Невский диалект; М.: БИНОМ, 2003.
8. Орлова Н.В., Солдаткин Э.В. *Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма и проводимости у детей.* — СПб.: СПбМАПО, 2001.
9. Приходько В.С., Сенаторова А.С., Вергелис И.В. и др. // *Вестник аритмологии.* — 2002. — М 25. — С. 108.

10. Страшок А.И., Приходько В.С., Хаин М.А. // *Вестник аритмологии.* — 2002. — М 25. — С. 110.
11. Школьников М.А. *Жизнеугрожающие аритмии у детей.* — М., 1999.
12. Школьников М.А., Осокина Г.Г., Капуцян О.В. и др. // *Вестник аритмологии.* — 2000. — М 15. — С. 120.
13. Яковлев В.Б. *Диагностика и лечение нарушений ритма сердца: пособие для врачей.* — М. : БИНОМ, 2003.
14. Sliz N, Johns J. // *Cardiol. Rev.* — 2000. — Vol. 8, No. 4. — P. 22-39.
15. Waish C.K., Krongrad E. // *Amer. J. Cardiol.* — 1983. — Vol. 51. — P. 557-561.

Поступила в редакцию 09.02.2007.

LIFE-THREATENING ARRHYTHMIAS IN CHILDREN AND TEENAGERS

Yu.A. Shastun, N. V. Gorelik,
G.S. Pershina

Regional Mother and Child center (Vladivostok),
Vladivostok State Medical University

Summary — The prevalence and structure of life-threatening arrhythmias in children till 18 years of age in Primorsky Krai is described. 1127 children with heart diseases are examined. Arrhythmias are revealed in 22.1% of cases. It is shown, that life-threatening bradyarrhythmias, in most cases - the syndrome of sinus node weakness — were typical at male teenagers. For clarifying the character of arrhythmias the 24-hours monitoring of the electrocardiogram is recommended.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 2, p. 66-68.

УДК 616.127-005.8-036.11-085.324

А.М. Кононова, Э.В. Полякова, О.Н. Хмелевская,
Ю.В. Кулаков, О.П. Моднова, Н.Н. Исакова,
Л.М. Молдованова, О.Г. Помоголова, В.А. Невзорова

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Владивостокский государственный медицинский университет,

Городская клиническая больница № 1
(г. Владивосток),

Городская клиническая больница № 4
(г. Владивосток)

Ключевые слова: инфаркт миокарда,
тромболитическая терапия, догоспитальный этап.

Инфаркт миокарда (ИМ) относится к одной из наиболее тяжелых форм коронарной болезни сердца. Распространенность ИМ в среднем составляет около 500 на 100000 мужчин и 100 на 100000 женщин. В 2001 г. более 160000 россиян перенесли это заболевание. Тромболитическая терапия является базисным методом лечения ИМ и относится к основным достижениям последних 30 лет [6—7, 9].

Исследование эффективности тромболитической терапии, выполненное более чем у 700 пациентов на протяжении 17 лет в отделении неотложной кардиологии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, показало значительное снижение летальности при трансмуральном ИМ [4]. Многоцентровые международные исследования свидетельствуют, что тромболитическая терапия с использованием альтеплазы, ретеплазы, тенектеплазы сопровождается рядом эффектов (реперфузионные аритмии, кровотечения и кровоизлияния). Это отражает наличие специфической активности и не является неожиданным или необычным, однако требует повышенного внимания к отбору больных [8, 10—12]. Самая прямая зависимость эффективности тромболитизиса от времени его начала дает основание считать целесообразным его использование на догоспитальном этапе [5, 11].

Проведен анализ 100 историй болезни пациентов с трансмуральным ИМ, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 1 и ГКБ № 4 Владивостока за 2005—2006 гг. Больные были разделены на две группы. В 1-ю вошли 50 человек, которым на догоспитальном этапе проводилась тромболитическая терапия альтеплазой (торговое название Actilyze) в дозе 100 мг: 15 мг — болюсно, 50 мг — инфузионно в течение 60 мин и 35 мг — инфузионно в течение 60 мин в условиях стационара. В состав 2-й (контрольной) группы было

Таблица 1

Клиническая характеристика больных в сравниваемых группах

Показатель		1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
Пол	Мужчины	32	62	29	58
	Женщины	18	38	21	42
Локализация ИМ	Передний	24	48	26	52
	Нижний	26	52	24	48
Характер ИМ	Первичный	39	78	38	76
	Повторный	11	22	12	24
Сопутствующие заболевания	Гипертоническая болезнь	21	42	35	70
	Сахарный диабет	6	12	7	14
Уровень артериального давления ¹ , мм рт. ст.	Систолическое	121,8	-	121,4	-
	Диастолическое	78,6	-	74,5	-
Частота сердечных сокращений ¹ , уд./мин		81,2	-	90,5	-

¹ При первичном осмотре.

Таблица 2

Динамика симптомов в первые 90 мин наблюдения

Симптом	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Купирование болевого синдрома	36	72	3	6
Снижение сегмента ST	25	50	0	0
Появление реперфузионных аритмий	24	48	9	18

Таблица 3

Некоторые показатели течения ИМ при разных видах терапии

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Постинфарктная стенокардия	8	16	10	20
Рецидив ИМ	1	2	7	14
Летальный исход	5	10	12	24

отобрано 50 пациентов, идентичных по полу, возрасту, факторам риска и локализации ИМ (табл. 1). Средний возраст больных в обеих группах — $60,1 \pm 1,2$ года.

Все больные в момент установления диагноза ИМ получали 325 мг аспирина внутрь с последующим его ежедневным приемом в дозе 162 мг, а также гепарин 60 ЕД/кг (но не более 5000 ЕД) болюсно, затем инфузионно с начальной скоростью 12 ЕД/кг • час (максимально 1000 ЕД в час) в течение 24 часов под контролем активированного частичного тромбопластинового времени [13]. Кроме того, 85% обследованных получали Р-адреноблокаторы, более 70% — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, статины.

Эффективность тромболизиса оценивали через 90 мин после начала внутривенного введения альтеплазы по следующим неинвазивным критериям: купирование болевого синдрома, снижение сегмента ST на электрокардиограмме более чем на 50%, появление реперфузионных аритмий (частая желудочковая экстрасистолия, неустойчивая желудочковая тахикардия, ускоренный идиовентрикулярный ритм) [4, 11]. Конечными точками исследования были случаи смерти в течение трех недель [1–4].

В 1-й группе больных полное купирование болевого синдрома спустя 90 мин от начала внутривенного введения тромболитика произошло в 36, во 2-й — в

3 случаях (табл. 2). Среди так называемых реперфузионных аритмий в 1-й группе в основном регистрировались частые желудочковые экстрасистолы — 46% наблюдений.

Ретроспективная оценка течения инфаркта миокарда проводилась в первые 25 дней. В 1-й группе больных значительно реже встречалась ранняя постинфарктная стенокардия и рецидивы инфаркта. Число летальных исходов разнилось более чем в 2 раза (табл. 3).

Таким образом, применение альтеплазы на догоспитальном этапе позволяет добиться раннего купирования болевого синдрома, уменьшает количество рецидивов и снижает летальность при инфаркте миокарда.

Литература

1. Аверков О.В., Явелов И.С. // Кардиология. — 1997. — № 7. — С. 22–27.
2. Арутюнов Г.Л. // Сердце. — 2002. — Т. 2, № 1. — С. 18–19.
3. Вышков Е.В., Столяров В.А., Буйное Г.А., Марков В.А. // Кардиология. — 1999. — № 3. — С. 35–39.
4. Голиков А.П. Актуальные проблемы неотложной кардиологии, 2004 [Электронный ресурс] <http://Irel.narod.ru.kardiology.html>.

5. Головенкин С.Е., Радионов В.В., Матюшин Т.В. и др. // Сердце. - 2006. - Т. 5, № 3. - С. 120-122.
6. Комаров А.М. // Сердце. - 2002. - Т. 1, № 1. - С. 120-122.
7. Моисеев В.С. // Клиническая фармакология и терапия. - 2004. - № 13. - С. 65-67.
8. Рекомендации 7-й конференции Американской коллегии торакальных врачей по антитромботической и тромболитической терапии // Клиническая фармакология. - 2005. - № 14. - С. 67-72.
9. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. // Кардиология. - 1996. - № 5. - С. 74-84.
10. Староверов И.И. // Русский медицинский журнал. - 2002. - Т. 10, № 19. - С. 896-898.
11. Сулимов В.А. // Сердце. - 2006. - Т. 5, № 1. - С. 12-17.
12. Шалаев С.В. // Сердце. - 2003. - Т. 2, № 1. - С. 6-9.
13. Шлант Р.К., Александер Р.В. Клиническая кардиология : краткое руководство. — М. : BINOM; СПб. : Невский диалект, 1998.

Поступила в редакцию 11.02.2007.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 2, p. 68-70.

УДК 378.147:615.03:378.661.(571.63):614.23

Е.В. Елисеева, И.И. Шмыкова, Т.Н. Седых,
А.В. Тыртышников, Е.Ф. Романченко

ПОСЛЕДИПЛОМНЫЙ ЭТАП ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ ВГМУ: ОРГАНИЗАЦИОННО- МЕТОДИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: клиническая фармакология, последипломная подготовка, дистанционное обучение.

Клиническая фармакология как отдельная область медицины существует более 40 лет и занимается изучением самых различных проблем лекарственной терапии, начиная с методологии клинических испытаний, метаболизма лекарственных средств и заканчивая молекулярной фармакогенетикой и фармакоэкономикой. Клиническая фармакология не только исследовательская дисциплина, но и клиническая специальность, задачей которой является забота о здоровье больных, основанная на рациональном использовании лекарственных препаратов... Для того, чтобы избежать дефицита клинических фармакологов в будущем, необходимо активно готовить молодых специалистов уже сейчас.

Ю.Б. Белоусов,
главный клинический фармаколог РФ.

Проблема рационального использования лекарственных средств (ЛС) является одной из самых актуальных для практического здравоохранения любой страны мира. Понятие «рациональное использование ЛС» весьма многогранно и включает в себя множество аспектов. В первую очередь внимание исследователей и клиницистов направлено на оценку безопасности лекарств, поскольку, несмотря на то

что разработка и испытание нового препарата требует до пятнадцати лет и более, а стоимость клинических исследований составляет сотни миллионов долларов, нет абсолютной гарантии, что полученное в конечном итоге ЛС будет иметь высокую эффективность и хороший профиль безопасности [1].

Одним из основополагающих принципов работы практикующего врача был и остается *Premium non nocere*. Между тем летальные осложнения, связанные с побочными действиями ЛС, исчисляются сотнями тысяч; в отдельных странах осложнения фармакотерапии занимают 4–6-е место в структуре смертности [5, 7]. Проблема осложнений лекарственной терапии связана с внедрением в медицинскую практику большого числа ЛС, обладающих высокой биологической активностью, сенсibilизацией населения к биологическим и химическим веществам, нерациональным использованием ЛС, медицинскими ошибками, применением некачественных и фальсифицированных препаратов [5].

Исследования последних лет показывают, что при назначении ЛС врачам не всегда удается установить разумный баланс между терапевтической пользой и риском развития осложнений фармакотерапии (в том числе потенциально летальных). Полипрагматизация — обычное явление для наших стационаров и амбулаторных учреждений. К сожалению, случаи, когда одному больному одновременно назначается семь, восемь и более ЛС одновременно, являются скорее правилом, чем исключением. Столь внушительное количество препаратов создается за счет необоснованного назначения нескольких ЛС одной группы, а также за счет назначения средств с недоказанной терапевтической эффективностью. До 80% назначений базируются на исторически сложившихся традициях, личных алгоритмах и устаревших сведениях; при