



Нами в целях улучшения результатов лечения больных с гнойно-некротическими формами СДС изучены иммунологические критерии распространения процесса и эффективности проводимой терапии.

Проведено исследование уровня концентрации провоспалительных (IL1₆, IL6) и противовоспалительных (IL4, IL10) интерлейкинов у 215 больных с СДС, осложненным влажной гангреной. В зависимости от распространенности процесса больные распределены на 4 группы: 1-я (n=57) – с гангреной одного или нескольких пальцев; 2-я (n=56) – с гангреной переднего отдела стопы; 3-я (n=53) – с гангреной проксимального отдела стопы и 4-я (n=49) с гангреной стопы и переходом процесса на голень.

Для определения уровня интерлейкинов использовали метод иммуноферментного анализа с помощью наборов реагентов ProCon IL1₆, ProCon IL6, ProCon IL4 и ProCon IL10 ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Интерлейкины определяли при поступлении больных в стационар в сыроворотке крови, взятой из ближайшей к очагу поражения вены и из вены соответствующего отдела на контралатеральной конечности.

При исследовании уровня интерлейкинов у больных с гангреной одного или нескольких пальцев стопы отмечалось равномерное повышение уровня провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов (IL1₆ – 421,7±1,8 пг/мл, IL6 – 433,2±1,2 пг/мл, IL4 – 362,1±1,1 пг/мл, IL10 – 378,1±1,2 пг/мл). У данной категории больных уровень интерлейкинов на контралатеральной конечности соответствовал показателям концентрации интерлейкинов у больных СД без трофических расстройств (IL1₆ – 48,3±1,3 пг/мл, IL6 – 46,3±1,1 пг/мл, IL4 – 57,3±0,6 пг/мл, IL10 – 59,2±0,3 пг/мл).

При распространении некротического процесса на передний отдел стопы имело место более интенсивное повышение уровня провоспалительных интерлейкинов на фоне некоторого увеличения концентрации противовоспалительных интерлейкинов в сравнении с 1-й группой больных (IL1₆ – 473,9±0,6 пг/мл, IL6 – 493,7±1,7 пг/мл, IL4 – 321,4±0,8 пг/мл, IL10 – 331,3±1,2 пг/мл). На контралатеральной конечности отмеча-

лось равномерное увеличение показателей интерлейкинов (IL1₆ – 60,3±1,3 пг/мл, IL6 – 72,3±1,1 пг/мл, IL4 – 84,4±1,7 пг/мл, IL10 – 93,2±2,3 пг/мл).

У пациентов с гангреной проксимальной части стопы выявлены еще более выраженные изменения в интерлейкиновом статусе на стороне пораженной конечности. Определено значительное повышение концентрации провоспалительных интерлейкинов (IL1₆ – 548,2±17,1 пг/мл, IL6 – 561,7±11,4 пг/мл). При этом показатели уровня противовоспалительных интерлейкинов были заметно снижены в сравнении с предыдущими группами больных (IL4 – 91,9±11,3 пг/мл, IL10 – 115,7±8,6 пг/мл). Концентрация интерлейкинов на контралатеральной конечности была равномерно повышена на фоне сравниваемых клинических групп (IL1₆ – 136,3±13,7 пг/мл, IL6 – 128,6±11,9 пг/мл, IL4 – 105,3±21,9 пг/мл, IL10 – 143,5±11,9 пг/мл).

При распространении процесса на голень дисбаланс в интерлейкиновом статусе еще более усугублялся. Уровень провоспалительных интерлейкинов был значительно повышен, а концентрация противовоспалительных интерлейкинов соответствовала субнормальным величинам, достоверно отличаясь от первых трех групп (IL1₆ – 563,1±2,4 пг/мл, IL6 – 571,2±1,9 пг/мл, IL4 – 71,1±0,5 пг/мл, IL10 – 95,7±1,4 пг/мл). При этом показатели провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов на контралатеральной конечности были значительно повышены (IL1₆ – 176,3±11,7 пг/мл, IL6 – 158,6±9,2 пг/мл, IL4 – 183±11,2 пг/мл, IL10 – 164,8±1,6 пг/мл).

Таким образом, распространение гнойно-некротического процесса на проксимальные отделы конечности сопровождается выраженным дисбалансом в интерлейкиновом статусе: избыточная продукция провоспалительных интерлейкинов на фоне снижения уровня противовоспалительных интерлейкинов. Исследование концентрации интерлейкинов у данной категории больных может служить одним из критериев тяжести гнойно-некротического процесса, его распространенности, что позволяет прогнозировать клиническое течение и эффективность проводимого лечения.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.24-002-08

А.А.Зайцев, И.А.Гучев, М.Б.Миронов, О.И.Клочков – Анализ знаний военных врачей о лечении внебольничной пневмонии.

Изучали уровень знаний врачей *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ) МО РФ о тактике лечения *внебольничной пневмонии*

(ВП). Была создана специальная анкета, в которой нашли отражение вопросы о лечении и диагностике ВП, а также социометри-



ческие показатели респондентов. Исследование проводили в ЛПУ МО РФ, расположенных в городах: Москва, Подольск, Нижний Новгород, Рязань, Тверь, Курск, Воронеж, Иваново, Тамбов, Владимир, Нарофоминск, Ковров и населенных пунктах: Мулино Нижегородской области, Селятино, Хлебниково и Алабино Московской области.

Анкетированию подверглись 144 врача терапевтических специальностей, 40,3% мужчин и 59,7% женщин, 26–67 лет (средний возраст $43,4 \pm 9,8$ года). Большинство из них обладали большим опытом практической деятельности – среднее количество лет после окончания вуза $18,9 \pm 9,5$ года (от 1 до 42 лет). Стаж работы терапевтом (пульмонологом) – от 1 до 36 лет (в среднем $13,5 \pm 9,0$ года). Важно, что срок от последнего усовершенствования врачей составил в среднем $2,9 \pm 2,5$ года (от 1 до 5 лет).

В качестве желаемых препаратов для стартовой антибактериальной терапии ВП большинство респондентов (43,7%) выделили бензилпенициллин, амоксициллин назвали 13,9% опрошенных, «защищенные» аминопенициллины – 4,2%, макролиды (эритромицин – 24,3%, азитромицин – 15,9%), гентамицин как антибиотик выбора отметили 4,9% респондентов, в 3,5% случаев врачи отдали предпочтение монотерапии доксициклином. В числе необходимых комбинаций препаратов для лечения ВП 21,5% отметили сочетание ампициллина с гентамицином, 2,8% считают необходимым комбинировать

амоксициллин с линкомицином, в 11,8% называлась комбинация цефалоспоринов с гентамицином. В 20,8% случаев врачи считают необходимым комбинировать амоксициллин с эритромицином.

В качестве критериев достаточности антибактериальной терапии 24,9% опрошенных назвали нормализацию рентгенологической картины заболевания, 17,8% – нормализацию показателей крови (содержание лейкоцитов, лейкоцитарная формула), 23,8% – отсутствие клинической симптоматики заболевания. И только лишь 16,7% респондентов к числу критериев достаточности антибиотикотерапии относят нормализацию температуры тела в течение 3 последних дней.

В числе необходимой дополнительной (неантибактериальной) терапии ВП 54,8% респондентов назвали бронхолитические препараты, 19,4% считают необходимым назначение иммуномодуляторов, 22,9% – нестероидных противовоспалительных средств, 32,6% – витаминов, а 23,6% – антигистаминных средств.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о существовании серьезных пробелов в знании военных врачей по вопросам лечения ВП в ЛПУ МО РФ. Прежде всего это необоснованный выбор антибиотиков, недостаточные знания критериев достаточности антибактериальной терапии, а также переоценка значимости второстепенных препаратов (антигистаминные, витамины и др.).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 612.822.3:355

А.В.Есипов, С.В.Суздальцев, А.В.Комаров – Особенности психомоторной координированности военнослужащих ВВС.

Тестирование психомоторной координированности военнослужащих ВВС и военнослужащих, выполняющих задачи, связанные с авиацией, проведено при помощи приборного комплекса КИД-3 («компьютерный измеритель движения» – вариант кинематографа Жуковского, разрешен к применению Минздравом РФ). В основную группу («летчики») вошли офицеры в возрасте 27–35 лет, находящиеся на действительной военной службе и не имеющие ограничений к летной работе по состоянию здоровья. В референтную группу («контроль») вошли прапорщики ФСБ в возрасте 23–36 лет, также не имеющие проблем со здоровьем. Оценивали следующие показатели.

1. Длительность цикла движения – отражает способность найти компромисс между скоростью и точностью выполняемого

движения, является показателем психомоторной координации.

2. Время переключения двигательного стереотипа – отражает способность реагировать на меняющиеся внешние стимулы, у здоровых испытуемых является показателем преимущественно уровня внимания.

3. Ошибка сенсорной коррекции флексоров и экстензоров – отражает точность выполнения движения и способность его коррекции как при визуальном контроле (при выполнении задания с открытыми глазами), так и по мышечным ощущениям (при выполнении задания с закрытыми глазами).

4. Моторная память – способность воспроизводить двигательный навык в заданных пределах точности движений без зрительного контроля.