



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.127-005.8-06:616.24-002-036.1

Данько А.А. (*andreida@mail.ru*)¹, **Хрупкин В.И.**¹, **Белков С.А.**¹, **Овчинников Ю.В.**², **Матвеев А.А.**³, **Палченкова М.В.**³, **Данько А.О.** (*prof.dao@mail.ru*)¹ — Особенности течения внебольничной пневмонии у больных инфарктом миокарда.

¹Городская клиническая больница № 23 им. «Медсантруд», Москва; ²Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ³Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, Москва

Danko A.A., Khrupkin V.I., Belkov S.A., Ovchinnikov Yu.V., Matveev A.A., Palchenkova M.V., Danko A.O. — Peculiarities of community-acquired pneumonia in patients with myocardial infarction. The results of the hospital survey of 57 patients with myocardial infarction is presented: the 1st group consisted of 27 patients with myocardial infarction combined with community-acquired pneumonia; the 2nd group was the control group and consisted of 30 patients with myocardial infarction. It was established that the timely diagnosis of community-acquired pneumonia with comorbidity, competent antibiotic therapy allow to achieve complete clinical and radiological cure of community-acquired pneumonia in 94% of cases, with an average duration of therapy of 10–14 days. In elderly patients, the inflammatory process in the lungs can remain unrecognized. Recommended to investigate the arterial blood gases to clarify the need for the timely holding of oxygen or respiratory therapy.

Key words: community-acquired pneumonia, myocardial infarction, comorbidity, elderly age, causative agents of community-acquired pneumonia, proinflammatory cytokines.

Изучение особенностей течения внебольничной пневмонии (ВП) у пожилых больных с сопутствующей патологией внутренних органов остается актуальной проблемой клинической медицины.

По результатам многолетних наблюдений в городской клинической больнице примерно у 7% больных острым инфарктом миокарда (ИМ) при поступлении в стационар диагностировалась ВП. Течение сочетанной патологии имело клинические особенности. При проведении патологоанатомических исследований умерших в первые 48 ч с момента поступления на лечение больных легочное воспаление было выявлено уже в 22% случаев.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения легочного воспаления у больных ИМ в сочетании с ВП.

Обследованы 57 больных с верифицированным ИМ, среди которых были 48 мужчин и 9 женщин. Средний возраст составил 74,6±4,1 года. Все больные поступали в стационар по каналу скорой медицинской помощи с диагнозом ИМ и были разделены на 2 рандомизированных по полу и возрасту группы: в 1-ю вошли 27 больных с ИМ в сочетании с ВП, 2-я группа являлась контрольной и составила 30 больных ИМ.

При госпитализации в блок кардиореанимации (БКР) у 88% больных 1-й группы определялись аускультативные признаки воспалительных изменений в легких. Можно предположить, что осложненный коморбидный фон, пожилой возраст, тяжесть кардиальной симптоматики у больных ИМ затрудняли диагностику ВП.

При поступлении в БКР пациентам с ИМ, субфебрильной температурой и наличием физических признаков уплотнения легочной ткани проводилась рентгенография органов

грудной клетки, при которой односторонние изменения в легких были выявлены в 59%, а двусторонние в 41% случаев, преимущественно в переднебазальных, наружнобазальных и заднебазальных сегментах нижних долей. Двусторонняя пневмония чаще наблюдалась у больных ИМ с зубцом Q.

Возбудители заболевания ВП у обследованных больных по анализам мокроты были выявлены в 26% случаев. Чаще всего высевались *S. pneumoniae* (Гр+) – 57%, *H. influenzae* (Гр-) – 28%, *S. aureus* (Гр+) – 4%, *Enterobacteriaceae* (Гр-) – 11%. Ассоциация грамположительной и грамотрицательной флоры имела место в 26% случаев.

Клиническое течение ВП у больных ИМ характеризовалось относительной скудностью и изменчивостью аускультативных феноменов, преимущественно субфебрилитетом, преобладанием симптоматики со стороны сердечно-сосудистой системы (нарастание сердечной недостаточности, развитие аритмий и др.). Вместе с тем у многих больных отмечалось затяжное течение пневмонии, в ряде случаев с развитием пневмофиброза.

Для лечения сопутствующей пневмонии у больных ИМ наиболее часто использовались аминопенициллины и ингибиторозащитные пенициллины – в 74% случаев, цефалоспорины III–IV-го поколения и респираторные фторхинолоны – в 22% случаев. Реже использовались макролиды – 4% случаев.

У больных 1-й группы по сравнению с пациентами 2-й группы отмечалась выраженная системная воспалительная реакция, ассоциированная с тяжелым течением заболевания, которую отражали высокие уровни циркулирующих провоспалительных IL-1β (p<0,05), IL-6 (p<0,05) и противовоспалительного IL-17 маркеров (p<0,001).



Полученные нами данные позволили предположить, что причинами повышенной концентрации содержания провоспалительных цитокинов у больных ИМ в сочетании с ВП является системная гипоксия и воспалительный синдром. Высокие уровни у больных 1-й группы провоспалительных интерлейкинов TNF- α ($p < 0,05$), IFN- γ ($p < 0,05$), СРБ, иммуноглобулинов G и M (в 1,2 раза, $p < 0,001$) не исключают, что этиологический инфекционный фактор при ВП у больных ИМ может быть дополнительным механизмом активации провоспалительных цитокинов.

Проведение адекватной и своевременной антибактериальной терапии пневмонии у больных 1-й группы сопровождалось достоверным снижением концентрации интерлейкинов IL-6 ($p < 0,05$), а также соотношений IL-6/IL-10 и IL-6/IL-17, что может указывать на способность антибактериальной терапии модулировать выраженность системной воспалительной реакции у больных ИМ в сочетании с ВП. Степень выраженности синдрома системного воспалительного ответа, оцениваемая при помощи измерения концентрации маркеров воспаления в плазме крови, коррелировала с тяжестью состояния больных ИМ с ВП. У больных с сочетанным течением заболевания в легких ухудшились вентиляция и газообмен, причем, чем выше был уровень давления в легочной артерии (РАР), тем меньше напряжение кислорода в крови РаО₂ ($r = -0,42$; $p < 0,05$).

Таким образом, своевременная диагностика ВП при сочетанной патологии у больных ИМ, грамотная рациональная тактика выбора и ве-

дения антибактериальной терапии обеспечивают успешное ее лечение. У пациентов с ИМ, преимущественно пожилого возраста, с признаками преобладания клинических проявлений декомпенсации кровообращения, воспалительный процесс в легких способен протекать без развития характерных клинических симптомов и оставаться нераспознанным. В данной ситуации ошибки в диагностике ВП на фоне основного заболевания (ИМ) могут явиться результатом неправильной трактовки клинических данных и привести к позднему назначению адекватной антибактериальной терапии.

Современная антибактериальная терапия ВП у больных с сопутствующим ИМ позволяет в 94% случаев добиться полного клинко-рентгенологического разрешения ВП при средней длительности терапии 10–14 дней. При сочетании ИМ и тяжело течения ВП в условиях стационара целесообразно исследовать газы артериальной крови (РаО₂, РаСО₂) для уточнения необходимости своевременного проведения кислородотерапии или респираторной поддержки.

Указанные особенности течения и трудности диагностики ВП могут быть во многом обусловлены застойными явлениями в малом круге кровообращения, развившимися при ИМ. С этих позиций представляется целесообразным проведение повторного рентгенологического обследования на следующий день после госпитализации больных с острым коронарным синдромом после выполнения мероприятий по купированию сердечной недостаточности.

© С.Ф.ГОРИН, А.Б.ГОРЯЧЕВ, 2014
УДК 615.276.035:33

Горин С.Ф. (gorin.sf@mail.ru)¹, **Горячев А.Б.** (abgor61@gmail.com)² – Анализ экономической эффективности использования лекарственных средств на примере группы нестероидных противовоспалительных препаратов.

¹Северо-Кавказский филиал ЗАО «Сандоз», г. Ставрополь; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Gorin S.F., Goryachev A.B. – An analysis of economic efficiency in the use of drugs at a group of non-steroidal anti-inflammatory drugs. The results of comparative pharmacoeconomic analysis of drug therapy of inflammatory diseases of the same drug from the group of non-steroidal anti-inflammatory drugs, showing imaginary save money when used to treat not expensive drugs, but has a more pronounced side effects.

К е у в о р д с: pharmacoeconomic analysis, the direct cost of medication and drugs.

Доступность лекарственной помощи в военно-медицинских организациях Министерства обороны РФ, оказывающих медицинскую помощь военнослужащим, военным пенсионерам, членам их семей и другим категориям граждан в стационарных условиях, чаще всего оценивается с позиции стоимости лекарственных средств (ЛС).

Основным экономическим регулятором ценообразования на ЛС в Российской Федерации (РФ) является фармацевтический рынок. Однако в целях сдерживания роста цен на социально значимые ЛС и их государственного регулирования Правительством РФ ежегодно утверждается Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов