

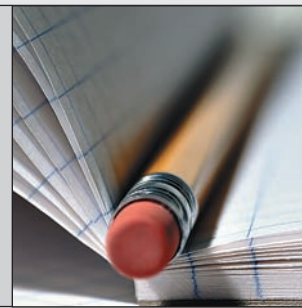


ВОПРОС-ОТВЕТ

Уважаемые читатели!

На ваши вопросы, касающиеся разнообразных аспектов клинической практики, отвечают ведущие специалисты в различных областях медицины.

Мы ждем вопросов по электронному адресу: vorpos@medvestnik.ru или по почте: 117420, Москва, а/я 1. Просьба указывать имя и фамилию, врачебную специализацию, регион (город, район, область).



В литературе часто упоминается понятие «кардиальный синдром Х», расскажите о нем поподробнее.

На вопрос отвечает завкафедрой госпитальной терапии № 1 МГМСУ доктор медицинских наук, профессор Елена Юрьевна МАЙЧУК:

Сочетание характерных для стенокардии болей в области сердца с изменениями конечной части желудочкового комплекса ЭКГ при пробе с физической нагрузкой и отсутствие гемодинамически значимых изменений при проведении коронарографии характерно для кардиального синдрома Х. Несмотря на появление этого термина в середине прошлого столетия, отсутствует единое понимание этиологии и патогенеза данного патологического явления.

В литературе нет четких представлений, объясняющих причины сердечной боли, не связанной со значимым сужением коронарного русла, которая встречается от 27 до 32% наблюдений и получила название «синдром Х». В работах последних лет отражены возможные патогенетические механизмы ее возникновения. Выявленные признаки микроваскулярной дисфункции, изменения миокарда при стресс-сцинтиграфии, данные биопсии миокарда подтверждают наличие той или иной степени выраженности органических изменений миокарда и коронарного русла. В ряде работ определена ведущая роль дисбаланса вегетативной нервной системы, получены данные о более низком пороге восприятия боли у пациентов с синдромом Х. Показано несоответствие между выраженностью ишемических изменений и особенностью болевого синдрома. Высокоразрешающие как инвазивные, так и неинвазивные методики позволили расширить современные представления о патогенезе данного синдрома и выявили существенные его отличия от ИБС. Была подтверждена роль гипервентиляции и психического стресса, выявлены нарушения метаболизма аденозина, провоцирующие и поддерживающие болевой ответ. Изучение психологического статуса больных синдромом Х показало, что, несмотря на наличие болей за грудиной, они ведут активный образ жизни, не считают себя тяжелобольными. Почти у половины обследованных выявлены панические расстройства, и применение психокорректирующей терапии существенно ослабило клинические проявления.

Показана роль циркадного изменения активации адренергических структур, определяющих тонус вазомоторов как важнейшей патофизиологической причины в генезе ишемии миокарда при синдроме Х. Более высокая дневная ЧСС при синдроме Х обусловлена повышенным тонусом симпатической нервной системы, что подтверждено результатами суточного ЭКГ-мониторирования. Наличие на ЭКГ покоя инверсии зубца Т свидетельствует о более серьезных вазомоторных нарушениях, нежели его отсутствие, что, несомненно, повышает значимость «невинных», псевдоишемических изменений.

Синдром Х имеет благоприятный прогноз, за исключением пациентов с блокадой левой ножки пучка Гиса, рискующих развитием дилатационной кардиопатии. Путем проведения серии коронарограмм показано возникновение у пациентов с данной патологией быстрых атеросклеротических изменений, тем самым предполагается, что синдром Х является своеобразным ранним проявлением ИБС.

Как уже упоминалось, синдром Х рассматривается как достаточно разнородная группа заболеваний, однако наличие у большинства пациентов благоприятного прогноза позволяет расценивать их как пациентов с преимущественно функциональными расстройствами. В связи с вышеизложенным особое внимание в последние годы уделяется изучению нарушений болевого восприятия и изменениям психологического статуса пациентов с кардиальным синдромом Х. Так, было показано, что данный синдром следует рассматривать в рамках нарушений ноцицепции в целом. Этим пациентам свойственно ощущать гораздо больше болевых эпизодов в сочетании с изменениями сегмента ST, чем пациентам с документированной ИБС. У пациентов с синдромом Х показаны достоверно более низкие пороги болевой чувствительности, худшая переносимость болевых ощущений, чаще возникают боли в сердце при проведении катетеризаций и других инвазивных манипуляций, зарегистрирована большая восприимчивость к введению таких веществ, как аденозин или эпинефрин. Хотя наличие более выраженной болевой чувствительности (как кардиальной, так и общей) у данной категории пациентов не вызывает сомнения, не вполне объяснимы механизмы, их обуславливающие. Обсуждаются влияние повышенного тонуса симпатической нервной системы, более активное высвобождение аллогенных субстанций, аномальное возбуждение болевых рецепторов, а также патологическая передача афферентных импульсов с внутренних органов в центральную или периферическую нервную систему.

Таким образом, диагноз кардиального синдрома Х у данной пациентки представляется обоснованным, вместе с тем неопределенные к настоящему времени аспекты этиологии данного состояния требуют дальнейшего динамического наблюдения.



Какие основные принципы рациональной антибиотикотерапии у детей с внебольничными инфекциями, учитывая, что использование неэффективных антибактериальных средств приводит к росту резистентности патогенной флоры?

На вопрос отвечает доцент кафедры педиатрии МГМСУ кандидат медицинских наук Хадиджа Муратовна ЭМИРОВА:

При назначении терапии следует учитывать остроту, тяжесть заболевания, наличие предшествующей антибактериальной терапии. Необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию бактериальной резистентности к антибиотикам, нежелательным лекарственным реакциям. В идеале необходимо выявить возбудителя и определить его чувствительность к тем или иным антибиотикам. Но поскольку часто необходимо назначить лечение до получения результатов, то предпочитают использовать АБ широкого спектра действия, в частности АБ группы защищенных пенициллинов. Например, для часто болеющего ребенка с рецидивирующей среднетяжелой формой заболевания препаратом выбора является надежный, проверенный практикой антибиотик Аугментин (амоксциллин/клавулановая кислота).

Аугментин в качестве базисного препарата в педиатрической практике наиболее часто применяется при заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей

(особенно при лор-патологии), инфекции мочевыводящих путей, инфекции кожи и мягких тканей.



С проблемой назначения препаратов интерферона часто сталкиваются врачи-педиатры при лечении ОРВИ. На сегодняшний день рост респираторных инфекций представляет глобальную проблему здравоохранения. Актуальность профилактики ОРЗ и ОРВИ не вызывает сомнений, особенно в связи с задачей воспитания здорового поколения.

С вопросами о современных подходах к интерферонотерапии у детей мы обратились к профессору кафедры клинической иммунологии и аллергологии ФГОУ Института повышения квалификации ФМБА Татьяне Петровне МАРКОВОЙ и кандидату медицинских наук лауреату премии РАМН им. В.Д. Тимакова, аллергологу-иммунологу НМЦ «МедБиоСпектр» Геннадии Николаевне ЧУВИРОВОУ.

Насколько безопасно назначение препаратов интерферона?

Назначение препаратов ИФН должно контролироваться врачом, необходимо помнить о возможности побочных реакций со стороны отдельных органов и систем организма:

- сердечно-сосудистая система (отеки, гипертонические кризы, аритмия);
- желудочно-кишечный тракт (тошнота, рвота, диарея, анорексия, боли в животе);
- центральная нервная система (головные боли, нарушения сна, депрессия, нейтропения, тремор мышц);
- мочевыводящая система (протеинурия, альбуминурия);
- кожа (зуд, гиперемия, выпадение волос);
- суставы (артралгия).

Расскажите о механизмах действия ИФН при вирусных инфекциях.

Наиболее часто ИФН используются в лечении и профилактике вирусных инфекций. Развитие противовирусного иммунитета состоит из двух стадий:

1 стадия — не связана с антигенами вирусов, а прежде всего связана с факторами естественной резистентности и врожденного иммунитета (активация ЕК-клеток, макрофагов, синтез ИФН, цитокинов, белков «острой фазы»);

2 стадия — специфическая, связанная с продукцией вируснейтрализующих антител В-клетками и активацией специфического Т-клеточного ответа (CD4⁺, CD8⁺-клетки, клеток-киллеров (ЕК-клетки, ТЕК-клетки).

Синтез ИФН является одной из первых защитных реакций на проникновение вирусов в организм, предотвращая диссеминацию вирусной инфекции. При острых вирусных инфекциях (оспа, грипп, полиомиелит и др.) после инфицирования клеточной мишенью развивается цитопатогенный эффект и их гибель, при диссеминации процесса может наступить смертельный исход. При латентных инфекциях (хронические, медленные) вирусы, содержащие дезоксирибонуклеиновую или рибонуклеиновую кислоту, персистируют в геноме клеток хозяина, их воздействие может проявляться периодически и не всегда сопровождается выраженными клиническими симптомами. Происходящие мутации вирусных штаммов приводят к развитию резистентности и неэффективности противовирусной терапии.

При оценке ИФН-статуса человека можно выделить три основных типа по уровню сывороточного ИФН и способности клеток к синтезу альфа- и гамма-ИФН. Например, у матерей, родивших детей без признаков внутриутробной инфекции, на 5-е сутки после родов синтез ИФН активируется, а у матерей, родивших детей с внутриутробной инфекцией, в зависимости от тяжести проявлений синтез ИФН угнетен.

Какие показания к назначению ИФН?

Показания к назначению ИФН расширяются, что связано, прежде всего, с распространенностью вирусных и оппортунистических инфекций, многие из которых передаются внутриутробно и оказывают влияние на плод. Например, цитомегаловирусная инфекция часто приводит к гибели плода и привычным выкидышам у женщин.

Показания к назначению инъекционных форм ИФН связаны с более тяжелыми вирусными и бактериальными инфекциями, заболеваниями (онкология, аутоиммунные заболевания, резистентные к терапии оппортунистические инфекции, тяжелые пневмонии, рассеянный склероз), и у детей данный вопрос решается в каждом конкретном случае.

Показания к назначению альфа-2В-ИФН:

- гепатит В, С,
- хронический активный;
- клещевой энцефалит,
- волосатоклеточный лейкоз,
- хронический миелолейкоз,
- почечно-клеточная карцинома,
- саркома Капоши,
- Т-клеточная лимфома (грибовидный микоз),
- злокачественная меланома.

Показания к назначению бета-1В-ИФН: рассеянный склероз. Не рекомендован к назначению до 18 лет, так как нет достаточных сведений о его безопасности.

Широко используется альфа-2В-ИФН у беременных, в акушерской практике, у недоношенных, новорожденных и детей различного возраста. Его эффективность изучена в комплексной терапии различных заболеваний: острый и хронический вирусный гепатит В, С, D; бронхиальная астма; грипп и ОРВИ, осложненные бактериальной инфекцией; инсулинзависимый сахарный диабет; эпидемический паротит; новорожденные (недоношенные) дети с острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмонией, менингитом, сепсисом, внутриутробной инфекцией, хламидиозом, цитомегаловирусной инфекцией; часто болеющие дети и др.

Широкие показания к назначению ИФН связаны, с одной стороны, с противовирусным эффектом, а с другой — с влиянием на врожденный и адаптивный иммунитет.

Осеннее-зимний период связан с повышением заболеваемости острыми респираторными заболеваниями. Препараты ИФН и индукторы его выработки отнесены на сегодня к средствам экстренной профилактики острых респираторных заболеваний и гриппа в период подъема заболеваемости, особенно если проведение вакцинации невозможно.

Таким образом, ИФН занимают достойное место в терапии различных заболеваний у детей благодаря комплексному воздействию на синтез цитокинов, показатели врожденного и адаптивного иммунитета, возможности применения у беременных, детей различного возраста и сочетание с различными лекарственными средствами.