

В номере

лекция

Миллер О., Мурсалимова А., Гендлин Г.,
Сторожаков Г.

Лечение инфекционного эндокардита

2

Залялова З.

Что мы знаем о треморе?

7

Чичкова Н., Гитель Е., Сулейманова Н.
**Бронхиальная астма и заболевания
верхних дыхательных путей:**

клинико-иммунологические параллели

11

Мельникова Е., Кадинская М.,
Герасименко Д., Ефимова И., Шмонин А.,
Тишков А., Гладской А.

**Патология гемостаза и системная
воспалительная реакция у пациентов
с ишемическим инсультом**

15

проблема

Морозов С., Кучерявый Ю.

**Монотерапия ингибиторами протонного
насоса при функциональной диспепсии**

18

новое в медицине

Горохова С., Атьков О., Сбоев А.
Генерозов Э., Мурасеева Е., Черный Н.,
Морошкина С., Копычева С.

**Новые технологии прогнозирования
риска развития ИБС**

22

Макеев О., Коротких С., Рахматуллин Р.,
Бурлуцкая О., Зверева А., Герасимов М.
**Перспективная биосовместимая матрица
для создания тканеинженерной конструкции
эпителия роговицы человека**

25

фармакология

Malacco E., Omboni S.

**Антигипертензивная эффективность
фиксированной комбинации
зофеноприл+гидрохлоротиазид
при метаболическом синдроме**

28

Остроумова О., Резникова К.
**Когнитивные нарушения при артериальной
гипертонии и возможности их коррекции**

33

Байда А.
**Фиксированная комбинация амлодипина и
лизиноприла в лечении артериальной
гипертензии**

39

Гордиенко А., Барсуков А., Сердюков Д.,
Таланцева М., Стариенко Е.

**Особенности медикаментозной терапии
у больных артериальной гипертензией.
Практические вопросы рациональной
антигипертензивной терапии**

41

Охлобыстин А., Буклис Э., Каленская Е.
**Лечение экзокринной недостаточности
поджелудочной железы у больных
хроническим панкреатитом**

44

Шмырёв В., Крыжановский С., Можаровская М.
**Профилактика повторного инсульта
у пациентов с высоким сосудистым риском**

49

Пчелинцев М.

**Возможности дротаверина (Но-шпы) в лечении
синдрома раздраженного кишечника**

52

Покровский А., Дан В., Зотиков А., Баскаева А.,
Зыбин А., Дзигасов С.

**Комплексное лечение больных с облитериру-
ющими заболеваниями артерий нижних
конечностей без критической ишемии**

57

фармакоэкономика

Соляник Е., Елисеева Е., Гельцер Б.
**Терапия стабильной стенокардии
органическими нитратами и ивабрадином
(клинико-экономические сопоставления)**

60

из практики

Лошакова О.

**ИБС у женщин: некоторые клинико-
морфологические особенности,
факторы риска и прогноз**

64

Максимов В., Яровой С., Странадо М.,
Мисякова О., Прохоров А.

**Особенности урологической помощи
ВИЧ-инфицированным пациентам**

68

Ваулин С.

Терапия суицидального поведения

72

Вербовой А., Ворожцова Е.

**Андрогенный дефицит у мужчин
с сахарным диабетом типа 2 и
ишемической болезнью сердца**

74

страницы истории

Ногаллер А.

**Терапия вчера и сегодня (воспоминания
выпускника 1-го МИИ им. И.М. Сеченова 1941 г.)**

76

Решением Президиума ВАК журнал «Врач» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

Журнал зарегистрирован Комитетом РФ по печати.
Регистрационный номер 0110326 от 23.02.93.

Выходит ежемесячно

Полное или частичное
воспроизведение или размножение
материалов, опубликованных
в журнале, допускается
только с письменного разрешения
Издательского дома «Русский врач»

Редакция не имеет возможности
возвращать рукописи

За содержание рекламных материалов
редакция ответственности не несет



Издатель: Издательский дом «Русский врач»
Генеральный директор Г. Зольникова

НОМЕР ГОТОВИЛИ:

Директор по маркетингу и рекламе В. Моисеева

Ответственный секретарь Н. Емельянова

Редакторы Г. Суворова, В. Шестопалова

Корректор М. Карнович

Верстка Н. Емельянова

Набор Т. Пониткова

Сдано в набор 24.10.11. Подписано в печать 30.11.11.

Формат 60х90/8. Бумага мелованная 80 г/м².

Печать офсетная. Печ. л. 10.

Тираж 14 000. Заказ 27. Отпечатано в ООО «Офсет Принт».
127550, Москва, Дмитровское ш., д. 39, корп. 1.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И.М. СЕЧЕНОВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РУССКИЙ ВРАЧ»

Главный редактор

академик РАМН И.Н. ДЕНИСОВ

Редакционная коллегия:

профессор Е.Н. БЕЛЯЕВ

академик РАМН В.Т. ИВАШКИН

академик РАМН Ф.И. КОМАРОВ

член-корреспондент РАМН В.И. МАКОЛКИН

академик РАМН Н.А. МУХИН

(заместитель главного редактора)

член-корреспондент РАМН Г.А. ОНОПРИЕНКО

профессор Г.М. ПЕРФИЛЬЕВА

академик РАМН В.И. ПОКРОВСКИЙ

академик РАМН А.Н. РАЗУМОВ

академик РАМН А.М. СТОЧИК

академик РАМН В.Д. ФЕДОРОВ

академик РАМН В.П. ФИСЕНКО

(заместитель главного редактора)

канд. фарм. наук Г.В. ШАШКОВА

профессор К.И. ГРИГОРЬЕВ

Редакционный совет:

академик РАМН А.А. БАРАНОВ

член-корреспондент РАМН В.М. БЕЗРУКОВ

профессор Б.С. БРИСКИН

профессор П.Г. БРЮСОВ

доктор медицинских наук Р.М. ГРИГОРЯН

член-корреспондент РАМН А.П. ГРОМОВ

академик РАМН И.И. ДЕДОВ

академик РАМН Н.Ф. ИЗМЕРОВ

профессор Ф.В. КОНДРАТЬЕВ

академик РАМН А.Ф. КРАСНОВ

доктор медицинских наук М.М. КУЗЬМЕНКО

академик РАМН В.Г. КУКЕС

академик РАМН М.А. МЕДВЕДЕВ

академик РАМН Р.Г. ОГАНОВ

академик РАН и РАМН Р.В. ПЕТРОВ

академик РАМН Г.А. РЯБОВ

академик РАМН Г.М. САВЕЛЬЕВА

профессор В.К. ТАТОЧЕНКО

академик РАМН Б.Л. ЧЕРКАССКИЙ

академик РАМН В.И. ЧИССОВ

академик РАМН А.Г. ЧУЧАЛИН

профессор В.И. ШУМСКИЙ

E-mail: redvrach@rusvrach.ru

Редакция: (499) 246-8486

Секретариат: (499) 246-8190, (495) 789-92-72

Отдел рекламы: (499) 246-8402

Отдел подписки: (499) 246-7983

Web-site: www.rusvrach.ru

Адрес редакции:

119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17
1-й этаж

Для корреспонденции:

119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17
1-й этаж

Подписной индекс по каталогу
«Роспечать» 71425

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

О. Миллер, кандидат медицинских наук, **А. Мурсалимова**,
Г. Гендлин, доктор медицинских наук, профессор
Г. Сторожаков, академик РАМН, профессор
 РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, ГКБ № 12
E-mail: camomile9@mail.ru

Обсуждаются современные подходы к консервативному лечению инфекционного эндокардита (ИЭ). Представлены разные схемы терапевтического лечения согласно последним рекомендациям отечественных специалистов по сердечной недостаточности, а также специалистов Европейского общества кардиологов. Намечены показания к кардиохирургическому лечению ИЭ.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, схемы консервативного лечения, кардиохирургическая коррекция, профилактика инфекционного эндокардита.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — тяжелое инфекционное системное заболевание, протекающее с разрушением клапанов сердца. Течение ИЭ часто осложняется эмболиями и поражением внутренних органов и характеризуется высокой летальностью. В большинстве случаев (приблизительно в 90%) заболевание вызывают бактерии. Источником бактериемии может быть локальный септический очаг. Микроорганизмы также могут появиться в кровотоке во время или после определенных медицинских процедур (экстракция зубов, катетеризация сосудов и полостей сердца, мочевого пузыря и т. д.) или при использовании нестерильных шприцев наркоманами.

В основе современного лечения ИЭ лежат длительная антимикробная терапия и (примерно в 50% случаев) хирургическая коррекция сформировавшегося порока пораженного клапана. Преимущества использования конкретной кардиохирургической процедуры (удаление клапана или его протезирование) недостаточно изучены в контролируемых исследованиях, что затрудняет принятие решения. Поэтому характер и оптимальный объем хирургического вмешательства до сих пор обсуж-

даются и могут различаться в зависимости от особенностей пациента и традиций различных школ.

Особенностью антибактериальной терапии эндокардита в XXI веке является раннее и длительное (не менее 4–6 нед) применение больших доз антибиотиков. В большинстве случаев начало терапии — эмпирическое, но следует пытаться определить флору, вызвавшую заболевание, и ее чувствительность. Необходимо применять принцип деэскалационной терапии, т. е. уже при эмпирическом лечении нужно использовать наиболее эффективные антибиотики в оптимальных дозах. В дальнейшем, после получения результатов посева крови и данных о чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, появляется возможность скорректировать терапию и перейти к применению антибиотиков более узкого спектра действия.

Приведем схемы антибиотикотерапии, представленные в последней редакции Рекомендаций Европейского общества кардиологов (ESC) (табл. 1–3) [10]. Обращаем внимание на то, что терапия ИЭ у пациентов с неустановленным возбудителем (отрицательная гемокультура и до получения результатов посева крови) должна быть согласована с инфекционистом.

Возможность непосредственного устранения источника инфекции и коррекции порока сердца привела к развитию хирургического лечения ИЭ. Первая успешная операция по поводу ИЭ была выполнена в 1961 г. J. Кау и соавт. [13], когда было произведено иссечение трикуспидального клапана. В 1963 г. Walles и соавт. выполнили протезирование аортального клапана (АК), а в 1965 г. те же авторы сообщили о протезировании митрального клапана (МК) при ИЭ [14]. Таким образом, история хирургического лечения ИЭ насчитывает уже более 40 лет. На первом ее этапе длительное время обсуждалась сама целесообразность выполнения хирургических вмешательств при ИЭ, и операции выполняли по жизненным показаниям у наиболее тяжелых больных, что отрицательно сказывалось на непосредственных результатах. В современных условиях по мере разработки новых способов санации камер сердца, внедрения в практику новых моделей искусственных клапанов и совершенствования методов кардиопротекции показания к оперативному лечению ИЭ стали расширяться. Сегодня основная тенденция — раннее оперативное вмешательство при минимальных внутрисердечных разрушениях.

В настоящее время большинство авторов считают, что кардиохирургическое вмешательство необходимо произ-

Схемы эмпирической терапии ИЭ нативного клапана (до получения результатов посева крови); ESC, 2009

Таблица 1

Антибиотик	Доза и путь введения	Длительность терапии, недели	Уровень доказательности
Ампициллин сульбактам или амоксициллин клавуланат	12 г/сут внутривенно в 4 приема	4–6	IIb C
в сочетании с гентамицином	12 г/сут внутривенно в 4 приема 3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2–3 приема	4–6 4–6	IIb C IIb C
<i>При непереносимости β-лактамовых антибиотиков</i>			
Ванкомицин	30 мг/кг/сут внутривенно в 2 приема	4–6	IIb C
в сочетании с гентамицином+ ципрофлоксацин	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2 или 3 приема 100 мг/сут перорально в 2 приема или 800 мг/сут внутривенно в 2 приема	4–6 4–6	