



Светя другим, сгораю сам

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

БОБРУЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «БОБРУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА»

## С наступающими Новым годом и Рождеством !



Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

От всей души поздравляю Вас с наступающим Новым годом и светлым праздником Рождества Христова!

Канун Нового года — лучшее время для подведения итогов, оценки результатов и построения планов.

Уходящий 2019-й год войдет в историю нашего здравоохранения, как год напряженной и продуктивной работы. Было сделано немало. Введен в эксплуатацию рентгенодиагностический аппарат, компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, рентгеновский маммограф, обновлен автопарк скорой помощи, проведена структурная реорганизация регистратур поликлиник, продолжена реконструкция детской больницы, возводится ангиографический кабинет.

Выражаю слова благодарности Всем работникам здравоохранения за ежедневное плодотворное сотрудничество и взаимопонимание. Для всех специалистов отрасли 2019 год был наполнен ежедневным трудом, направленным на спасение жизней и сохранения здоровья людей. Только благодаря совместной работе мы смогли добиться таких результатов! Уверен, что наступающий год будет не менее плодотворным.

В новый год мы вступаем с новыми планами и надеждами, уверенностью в своих силах и желанием сделать мир лучше, привнести в него частицы добра, любви и согласия.

Пусть радостные дни, переливающиеся яркими огнями, станут символом счастья и благополучия в наступающем году, придадут уверенность в будущем, подарят тепло встреч и дружеского общения.

От всей души желаю, чтобы наступающий год стал годом счастья, радости и успехов!

С уважением, Главный врач  
УЗ «Бобруйская центральная больница» Владимир Гацко

### Уважаемые коллеги!

Примите самые искренние и сердечные поздравления с наступающим Новым годом и светлым праздником Рождества Христова!

Новый год – праздник нашего детства и волшебства, чудес и счастья, ярких дней и нежной грусти. Уходящий год подарил нам новые встречи и открытия, маленькие и большие победы, достижения и уверенность в завтрашнем дне.

Пусть все хорошее, что было в уходящем году, даст заряд жизненной энергии для исполнения задуманного в наступающем.

Пусть Вашими лучшим начинаниям всегда сопутствует творческое вдохновение и созидательная инициатива, а Ваша энергия и смекалка служат залогом успешного выполнения намеченных планов!

Перемены к лучшему, достижения и победы – всегда результат серьезной работы.

Искренне желаем Вам упорства и настойчивости, поддержки друзей и коллег, понимания родных!

Счастья, здоровья, любви и благополучия Вам и Вашим близким в Новом году!

С уважением, правление общественного объединения  
«Бобруйское научное общество врачей»



## ОТКРЫТИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО МАММОГРАФА «МАММОСКАН» НА БАЗЕ УЗ «БОБРУЙСКИЙ МЕЖРАЙОННЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

6 ноября в УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер» в торжественной предпраздничной обстановке открыт новый рентгеновский маммограф «Маммоскан». На торжественной церемонии открытия присутствовали председатель горисполкома Александр Студнев, председатель городского Совета депутатов Михаил Желудов, главный врач УЗ «Бобруйская центральная больница» Владимир Гацко, главный врач онкодиспансера Игорь Шарф и медицинский персонал онкодиспансера.



Как подчеркнул городской глава Александр Студнев, этот аппарат позволит более оперативно проводить нужные исследования и сохранять здоровье бобруйчан.

Рентгеновский маммограф «Маммоскан» является современной цифровой рентгеновской маммографической системой, предназначенной для получения цифровых рентгенографических изображений молочной железы с целью скрининга, т.е. ранней диагностики онкологических заболеваний молочной железы в возрастной категории женщин от 50 до 70 лет, поскольку вероятность рака молочной железы в этом возрасте вырастает. Маммографические обследования женщинам проводятся по показаниям.

Рентгеновский маммограф уже есть в онкологическом диспансере, однако наличие второго, отметил врач-маммолог Сергей Никитин, повысит пропускную способность и даст возможность проведения пункционной биопсии:

– Принципиальная особенность аппарата в том, что он оснащен диагностической приставкой для биопсии непальпируемых образований. И поскольку аппарат не пленочный, а цифровой, это снижает стоимость исследования и увеличивает пропускную способность.



*Справочно: МАММОСКАН – единственная сканирующая маммографическая система, способная выполнять процедуру стереотаксической биопсии. Эта опция преобразует МАММОСКАН в полнофункциональный диагностический аппарат в любом месте его размещения. Ход процедуры биопсии контролируется рабочей станцией оператора, которая обеспечивает автоматизированный процесс обследования в ходе деликатной процедуры и позволяет оператору сосредоточиться на пациентке.*

*С диагностическим решением цифровой маммограф МАММОСКАН обеспечивает улучшенную визуализацию молочной железы, создавая, таким образом, условия для более достоверного обнаружения опухолей и микрокальцинатов. Пространственное разрешение предоставляет дополнительные возможности в процессе диагностики по сравнению с другими доступными на рынке системами цифровой маммографии.*



**Заместитель главного врача по медицинской части  
УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»  
Марина Вайнерчук**



## СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКО- ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПА- ЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБО- ЛЕВАНИЯМИ

*«Боль – властелин человечества  
даже более страшный,  
чем сама смерть»  
Альберт Швейцер*

Паллиативная помощь – активная всесторонняя помощь гражданам, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни прогрессирующими заболеваниями, и их ближайшему окружению, основными задачами которой являются купирование боли и других патологических симптомов, сопровождающих заболевание, решение психологических, социальных и духовных проблем. Понятие паллиативная медицина/помощь происходит от латинского слова «pallium» и означает покрывало, покров. Иными словами, это покрывающая или окружающая заботой и опекой сопровождающая пациента помощь.

Одна из главнейших задач паллиативной помощи и медицины – это уменьшение страданий пациента за счет купирования хронического болевого синдрома.

От 14 до 100% пациентов страдающих злокачественными заболеваниями испытывают острую или хроническую боль:

20-75% - при установлении онкологического диагноза

17-57% - при проведении специального лечения

23-100% - при распространении и генерализации опухолевого процесса.

Боль – интегративная функция многих систем организма для защиты от вредоносного фактора. Они включают сознание, ощущение, память, мотивацию, вегетативные механизмы, поведенческие реакции и эмоции.

Боль - это неприятное ощущение, которое может ассоциироваться с реальным или потенциальным повреждением ткани и может включать физический и эмоциональный компоненты (Международная Ассоциация по изучению боли – IASP, 1994 г.).

Боль всегда субъективна, ее ко-

нечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом. Выраженность боли может не соответствовать тяжести повреждения, поскольку определяющим в интерпретации болевого ощущения является психоэмоциональное состояние индивидуума.

У онкологических пациентов этот феномен обычно проявляется в виде хронического болевого синдрома (далее – ХБС). Боль, отягощающая жизнь онкологического пациента, представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Качество жизни и результаты любого лечения в онкологии невозможно оценить без учета динамики хронического болевого синдрома.



### Почему онкологические пациенты страдают от боли?

Возникновение и поддержание онкологической боли, обусловлено активацией ноцицепторов такими медиаторами как простагландины (ПГ), внеклеточные ионы водорода H<sup>+</sup>, эндотелин-1 (ЕТ-1), субстанция Р, интерлейкины (ILs), и фактор некроза опухоли (TNF). Особенностью формирования онкологической боли является способность болевых рецепторов возбуждаются не только в ответ на взаимодействие с воспалительными агентами, но и при специфическом воздействии опухолевых факторов, что способствует усилению восприятия и проведения болевых импульсов при онкологической боли.

Причины ХБС у пациентов страдающих злокачественными заболеваниями:

1. Боли вызванные самой опухолью (поражение костей, мягких тканей, кожи, внутренних органов, окклюзия сосудов, органов пищеварительного тракта и др.);

2. Боли при осложнениях опухолевого процесса (патологический перелом, некроз, изъязвление, воспаление, инфицирование тканей и органов, тромбозы);

3. Боли при паранеопластическом синдроме (артро-, нейро- и миопатии);

4. Боли при последствиях астенизации (пролежни, трофические язвы, запоры);

5. Боли обусловленные противоопухолевым лечением:

При осложнениях хирургического лечения рака (фантомная боль, боли при спайках, рубцах, анастомозитах, отеках);

При осложнениях химиотерапии (стоматит, полинейропатия, генерализованная миалгия, асептический некроз, артралгии);

При осложнениях лучевой терапии (поражение кожи, костей, фиброз, плексит, неврит, миелопатия и др.).

### Как классифицируется боль у онкологических больных?

По патофизиологическим механизмам развития боли выделяют следующие виды боли:

1. Ноцицептивная – обусловлена активацией ноцицепторов:

– соматическая – поражение мягких тканей, поражение костей, мышечный спазм;

– висцеральная – канцероматоз серозных оболочек, гидроторакс, асцит, перерастяжение стенок полых органов и капсулы паренхиматозных органов, запор, хроническая кишечная непроходимость.

2. Нейропатическая – обусловлена структурными и/или функциональными изменениями периферической или центральной нервной системы.

3. Психогенная – любое хроническое заболевание, в том числе опухолевый процесс, влияет на эмоции и поведение личности.

4. Смешанной этиологии.

«У 70% пациентов с генерализованной формой опухолевого процесса выявляются более двух патофизиологических видов болевых ощущений».

По степени тяжести:

- Слабая;
- Умеренная;
- Сильная.

По временным параметрам:

- Острая;
- Хроническая.

Боль встречается в медицинской практике постоянно, и знание принципов ее устранения необходимо каждому врачу. В последние годы в разных странах был проведен ряд исследований и опубликованы практические рекомендации по наиболее эффективному лечению хронической боли. К сожалению, до настоящего времени не существует объективных тестов, позволяющих измерить боль, поэтому главным источником информации остаются жалобы пациента, правильно собранный анамнез. Полезным инструментом, позволяющим оценивать интенсивность боли и эффективность лечебных мероприятий, являются общепринятые оценочные шкалы (в виде ряда пиктограмм, числовые, вербальные, визуально-аналоговые и т.п.), которые должны подбираться с учетом возраста и уровня образования пациента.

### **Какая существует стратегия терапии хронического болевого синдрома?**

Стратегия терапии хронического болевого синдрома разработана и изложена экспертами ВОЗ.

Прежде всего, все терапевтические меры делятся на две большие группы:

- Немедикаментозная терапия (акупунктура, физиотерапия, ароматерапия, поддерживающая терапия и т.д.)

- Медикаментозная терапия (использование неопиоидных анальгетиков, опиоидов, адьювантных средств и других препаратов).

Основные принципы ведения ноцицептивных и нейропатических болей, сформулированные ВОЗ в

1986 году, были положены в основу национального протокола лечения хронического болевого синдрома у онкологических пациентов в терминальной стадии заболевания.

Данный стандарт представлен в виде «обезболивающей лестницы», где в качестве основной терапии предлагается использовать ненаркотические и наркотические анальгетики, а также препараты-адьюванты, позволяющие достичь лучшего контроля над болью.

При назначении обезболивающего лечения должны соблюдаться основные принципы:

- «По часам»;
- «По восходящей»;
- «Оптимальный способ введения»;
- «Индивидуальный подход»;
- Инициация обезболивания – препаратами «короткого» действия;
- Поддерживание обезболивания – препаратами пролонгированного действия (или короткого действия);

#### *Принцип «по часам»*

Означает, что лекарственные средства должны приниматься регулярно с учётом времени действия препарата до возникновения боли, а не по необходимости. Дозы лекарственных препаратов, предотвращающие появление боли, гораздо ниже тех, которые необходимы для снятия уже возникшего болевого ощущения.

#### *Принцип «по восходящей»*

Предусматривает не только непрерывный приём препарата в зависимости от интенсивности боли, но и замену этого препарата более сильным, если не удаётся достичь адекватного обезболивания, т.е. переход от максимальной дозы слабо-действующего анальгетика к минимальной дозе сильнодействующего анальгетика.

При соблюдении этого принципа нужно помнить, что в отличие от парацетамола и НПВС, чистые агонисты опиоидных рецепторов (морфин, фентанил) не имеют «потолочных», т.е. максимальных доз, что позволяет увеличивать их дозу до тех пор, пока не будет достигнут контроль над болью или, что крайне редко, не разовьётся токсическое действие лекарства, требующее замены его на альтернативный препарат из этой категории.

#### *Принцип «оптимальный способ введения»*

Обеспечивает не только улучшение качества жизни больного (лекарственные препараты должны вводиться наиболее эффективным и в то же время наименее болезненным способом), но и создает условия для поддержания стабильного терапевтического коридора – адекватной концентрации лекарственного средства в плазме крови.

Предпочтительным должен быть прием препаратов per os или в виде пластырей, из парентеральных путей – подкожный и, в редких случаях, при необходимости быстрой стабилизации боли – внутривенный. Внутримышечный способ не приемлем для постоянного обезболивания.

#### *Принцип «индивидуального подхода»*

Означает, что эффективное обезболивание достигается путем подбора анальгетика и его адекватной дозы, обеспечивающей обезболивание до приема следующей дозы.

Не существует единой дозы и комбинации препаратов, универсальных для всех. Кроме того, когда-то эффективная доза препарата для одного и того же пациента в определенный момент могут стать не эффективны из-за прогрессирования заболевания, нарушения всасывания, развития толерантности (при использовании наркотических анальгетиков), что является основанием для очередного подбора схемы обезболивания.

### **Какие лекарственные препараты используются для купирования хронического болевого синдрома?**

Для системной фармакотерапии хронического болевого синдрома используются следующие лекарственные препараты:

- Неопиоидные анальгетики:
  - ◆ Ацетоминофен;

- ◆ Метамизол;
- ◆ Нестероидные противовоспалительные средства – НПВС (лорноксикам, кетопрофен, кеторолак, диклофенак, индометацин, ибупрофен);
- Опиоидные анальгетики:
  - ◆ Слабые опиоиды (трамадол, дигидрокодеин/ДГК-континус, просидол);
  - ◆ Сильные опиоиды (бупренорфин, фентанил, морфин, омнопон);
- Адьювантные препараты:
  - ◆ Трициклические антидепрессанты (имипрамин, amitриптилин, кломипрапин, доксепин);
  - ◆ Антikonвульсанты (карбамазепин, фенитион, клоназепам, финлепсин, тебантин);
  - ◆ Бензодиазепины (диазепам, реланиум, седуксен);
  - ◆ Нейролептические препараты (галоперидол, дроперидол, хлорпромазин);
  - ◆ Кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон);
  - ◆ Бисфосфонаты (бонефос, аредиа, клодрониан);
  - ◆ Местные анестетики.

Наряду с основными анальгетиками большое значение в борьбе с хронической болью у онкологических больных имеют адьювантные препараты. Эта группа образуется из числа различных по своему химическому фармакологическому действию агентов, включая кортикостероиды, антидепрессанты, противосудорожные, антигистаминные и другие. Лекарственные средства в большинстве случаев используются в лечении специфических симптомов и осложнений, возникающих у онкологических больных в терминальной стадии заболевания. Они могут применяться и тогда, когда использование наркотиков ограничено появившейся к ним устойчивостью или побочными проявлениями.

Таким образом, в настоящее время существуют реальные возможности для адекватного и эффективного купирования хронического болевого синдрома с ис-

пользованием современных форм неинвазивных анальгетиков, что особенно важно для длительно болеющих пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, вынужденных использовать анальгетики длительное время.

Боль у каждого пациента страдающего злокачественным заболеванием должна быть устранена или облегчена! Нужный результат можно всегда получить при внимательной оценке причин хронического болевого синдрома и правильного выбора разнообразных анальгетических и вспомогательных средств.

**Заместитель главного врача по медицинской части  
УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»  
Марина Вайнерчук**

## ПСОРИАЗ – ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ.

День псориаза в Республике Беларусь проводится ежегодно 29 октября. Цель данной акции - в очередной раз акцентировать внимание на том, как сильно образ жизни человека может влиять на возникновение различных заболеваний, в том числе и псориаза. Немаловажную роль играет дестигматизация псориаза. Люди часто пугаются при виде проявлений болезни на коже, боятся заразиться. Но это так же невозможно, как заразиться повышенным давлением или нарушением зрения.

Псориаз – это заболевание кожи и её придатков (ногтевых пластинок), характеризующееся хроническим воспалением. Пораженная кожа при этом проходит цикл «обновления» не за месяц, а всего за 4 дня, что вызывает ее утолщение и другие специфические проявления. Обычно отмечается волнообразное течение болезни с периодами обострения и ремиссии. Помимо кожи при псориазе могут поражаться суставы, что нередко приводит к инвалидности. Это делает болезнь не только медицинской, но и социальной проблемой.



В развитых странах псориазом болеет около 5% населения. Беларусь в этом плане не исключение. Практически одинаково болеют мужчины и женщины. Так же заболевание встречается среди всех возрастных групп населения. Но наиболее часто начало развивается в молодом возрасте и лишь в 25% случаев – ближе к 50-60 годам.

Важным элементом в развитии псориаза является генетическая предрасположенность, на что указывают семейные случаи заболевания. К провоцирующим факторам развития псориаза относят: психогенные (более 50% больных псориазом связывают его развитие с тяжелыми психическими потрясениями, стрессами, выраженными негативными эмоциями); наличие очагов хронической инфекции (тонзиллит, синусит, пиелонефрит и др.); повреждения кожи (ссадины и порезы, электротравмы, татуировки, ожоги); заболевания внутренних органов и эндокринной системы (патология печени, сахарный диабет, нарушение обмена веществ); алкоголь и курение (доказано, что они провоцируют более тяжелые и распространенные формы) и прочие причины.

Обычно псориаз характеризуется появлением на коже узелков от розового до насыщенно-красного цвета с четкими границами, склонных к слиянию и образованию бляшек различной формы и величины, покрытых серебристо-белыми чешуйками. Бляшки располагаются преимущественно на волосистой части головы, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, в области поясницы, крестца, однако могут локализоваться на любых других участках, вплоть до поражения всего кожного покрова – развитию эритродермического процесса. Псориатическое воспаление иногда возникает в области ногтей и слизистых оболочек. Нередко поражение кожи сопровождается зудом. Около 10-15% случаев псориаза



за протекает с поражением суставов, что приводит не только к снижению качества жизни, но и к ограничению трудоспособности, инвалидизации.

Профилактические мероприятия в равной степени можно рассматривать и как средство снижения риска возникновения псориаза, и как возможность улучшения состояния пациентов с уже имеющимся заболеванием (уменьшение степени тяжести, частоты и длительности обострений, увеличение длительности ремиссий). Эти мероприятия сводятся к максимальному снижению факторов риска:

- предупреждение стрессовых ситуаций, своевременная коррекция эмоциональных перегрузок, соблюдение рационального режима труда и отдыха;

- своевременное выявление и лечение сопутствующих заболеваний, санация очагов хронической инфекции, диспансерное наблюдение;

- предупреждение ситуаций, ведущих к травматизации кожи;

- коррекция нарушений обмена веществ;

- сбалансированная диета с ограничением употребления кофе, специй, острых и жареных блюд, животных жиров, газированных напитков; рекомендованы рыба, диетическое мясо (кролик, индейка), зеленые овощи, спаржа, бобовые, травы, растительные масла.

- ограничить, а лучше – исключить употребление алкоголя и табакокурение;

- для пациентов с псориазом большое значение имеет уход за кожей, регулярное использование (даже вне обострения) эмолиентов – средств, смягчающих и восстанавливающих кожный барьер, содержащих в своём составе декспантенол, мочевины, витамины А, Е.

Стоит помнить, что самым простым и доступным способом выявления псориаза, как и других хронических заболеваний, на ранних стадиях является ежегодное прохождение диспансерного осмотра (в территориальной поликлинике по месту жительства).

**Главный внештатный дерматолог г. Бобруйска и Бобруйского района  
Ирина Буинская**

## НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ И СКОЛИОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Осанка – это привычное вертикальное положение тела человека, сохраняющееся в покое и движении. Характеризуется гордо поднятой головой, ровными надплечьями, симметричными лопатками, прижатыми к грудной клетке, равномерными треугольниками талии и горизонтальным расположением подвздошных костей. При этом линия отвеса от большого наружного бугра затылочной кости повторяет ось остистых позвонков. Правильная осанка обусловлена, прежде всего, выраженностью и состоянием естественных изгибов позвоночника.

Ребёнок рождается с тотальным кифозом, т.е. имеет одно искривление позвоночника, выпуклостью кзади. По мере его роста и укрепления мышечной системы, постепенно появляются "и формируются естественные изгибы позвоночника. Так, когда ребёнок начинает удерживать головку

(3 - 4-й месяц жизни), начинает формироваться шейный лордоз, появляется выпуклость позвоночника кпереди, а ко времени появления возможности сидеть (5-7-й месяц жизни) начинает появляться поясничный лордоз. Формирование естественных изгибов позвоночника продолжается в первые 6-7 лет жизни ребёнка, и только ко времени поступления в школу у него чётко должны определяться естественные изгибы позвоночника. С этого возраста можно говорить о нормальной или патологической осанке. Во время роста и развития ребёнка формирование осанки продолжается и этим процессом необходимо управлять. Основную роль в формировании осанки играет не абсолютная сила мышц, а равномерное и правильное распределение мышечной тяги.

Сила мышц – не основа осанки. Неправильное развитие мышечной системы способствует появлению деформаций и нарушений осанки.

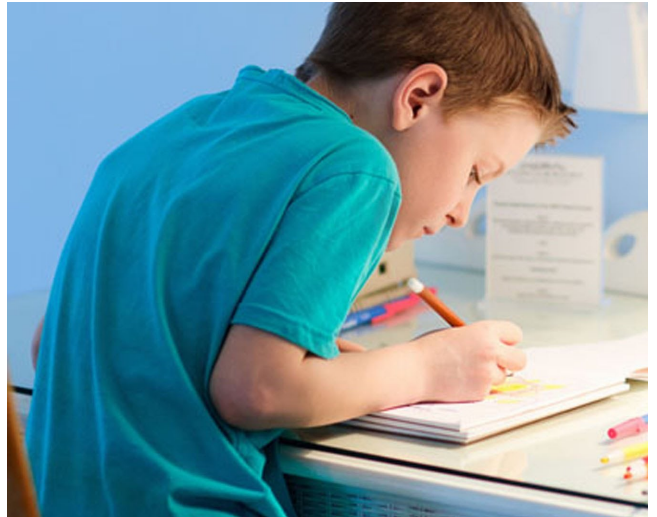
Осанка в значительной степени зависит и от положения позвоночника.

Хорошая осанка имеет не только эстетическое, но и большое физиологическое значение. Её нарушение оказывает неблагоприятное влияние на функции внутренних органов; кишечника, лёгких, сердца и др.

Все нарушения осанки делятся на врождённые и приобретённые. Врождённые составляют 5-10% от общего числа деформаций позвоночника. Приобретённые деформации чаще всего обусловлены слабостью мышц туловища, преимущественно спины и передней брюшной стенки, с неправильным распределением "мышечной тяги", отсутствием достаточно крепкого "мышечного корсета". В результате влияния различных условий быта, учёбы и работы может развиваться преобладание силы отдельных мышечных групп, что приводит к неправильной постановке тела. Преобладание развития мышц с одной половины тела приводит к искривлению туловища в соответствующую сторону.

В начале деформации изменения носят функциональный характер, но при отсутствии, нормальной коррекции приводят к стойким структурным изменениям, прежде всего в позвоночнике. Это состояние постепенно переходит в новое качество – сколиоз, с последующим развитием остеохондроза, спондилёза.

Длительное сидение за партой, за компьютером в неправильной позе являются предрасполагающим фактором для развития нарушения осанки



и более тяжёлого искривления позвоночника, которые в последующем приводят к деформации грудной клетки, перекосу таза. Искривлению способствует ношение ребёнка на одной руке, держание вовремя прогулки за одну и ту же руку, ношение портфеля в одной руке, сон на одном и том же боку, использование высокой подушки. Привычка спать "калачиком" приводит к развитию "круглой спины". Кроме этого, развитию данной патологии способствует неправильная посадка на учебных занятиях, малоподвижный образ жизни, езда на велосипеде, занятия спортом, связанные с несимметричной нагрузкой (теннис, отдельные виды гребли).

По данным научно-исследовательского института травматологии и ортопедии МЗ РБ 70% детей нашей страны имеют нарушения осанки, сколиоз же встречается у 10%. Жители сельской местности болеют в 2 раза реже. Девочки страдают чаще мальчиков и это соотношение составляет 6:1.

Для правильного формирования осанки необходимо уделять больше внимания развитию своего тела и особенно развитию тела ребёнка. Достаточно внимания следует уделять режиму труда и отдыха. Занятия гимнастикой, игровыми видами спорта, чередование видов деятельности способствуют правильному развитию осанки ребёнка: спать ребёнок должен на жёсткой постели с небольшой подушкой, лёжа на спине или животе, а не "калачиком". При ношении тяжестей надо равномерно распределять нагрузку на правую и левую руки, а лучше пользоваться для этих целей рюкзаком или ранцем.

Важное значение имеет правильно выбранное рабочее место, соответствующее полу и возрасту ребёнка, а также наличие достаточного освещения. Высоту стола и стула надо подбирать с таким расчётом, чтобы расстояние от стола до глаз ребёнка было 30-35 см.

Следует помнить, что длительное пребывание ребёнка в одной позе приводит к утомлению мышц и, как следствие, к развитию сутулости, поэтому уроки следует чередовать с кратковременными (по

10-15 минут) занятиями гимнастикой.

Большое значение для правильного развития осанки имеют занятия игровыми видами спорта, плавание (особенно "брасом"), ходьба на лыжах, а также закаливание.

В случае выявления сколиоза у ребёнка необходимо установить за ним диспансерное наблюдение у ортопеда, регулярно заниматься лечебной гимнастикой, проводить физиотерапию. Такие дети должны переводиться в спецгруппу по физкультуре, освобождаться от бега, прыжков, сдачи норм.

Если сколиоз прогрессирует и дальше, проводится лечение корригирующими корсетами, а в отдельных случаях необходимо оперативное вмешательство.

**Врач-травматолог филиала  
«Бобруйская городская детская поликлиника»  
Александр Егоров**

## ГРИПП И ОРВИ

История гриппа насчитывает несколько десятков веков, первые упоминания об этом заболевании были сделаны еще в 412 году до н.э. Гиппократом. В течение двух тысячелетий вирус гриппа неоднократно вызывал эпидемии и пандемии, уносившие жизни сотен тысяч и миллионов людей. Так, печально известная "Испанка" в 1918-1920 гг. по самым скромным подсчетам забрала более 20 млн. жизней.

К счастью, в настоящее время мы обладаем возможностями не только ограничить распространение гриппа, но и эффективно его лечить, предупреждая развитие осложнений и неблагоприятных исходов заболевания.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа заболеваний, которые вызываются множеством возбудителей (вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синтициальный вирус, аденовирус, метапневмовирус и т.д.), передаются воздушно-капельным путем



и характеризуются острым поражением дыхательной системы человека. Наиболее часто встречающиеся симптомы ОРВИ: покраснение слизистых ротоглотки, першение или боли в горле, особенно при глотании, насморк или заложенность носа, осиплость голоса, кашель, чихание, повышение температуры чаще до небольших значений (не выше 38 °С).

Из всей совокупности острых респираторных вирусных инфекций выделяется грипп, который имеет отличные от других ОРВИ клинические проявления и предрасполагает к развитию осложнений. Грипп – острая респираторная инфекция, вызываемая вирусом гриппа, характеризующаяся высокой температурой (38-40 °С), выраженной общей интоксикацией и поражением дыхательных путей чаще в форме трахеита.

Инкубационный период при сезонном гриппе составляет от 12 до 48 ч, при высокопатогенном варианте удлиняясь до 5-7 дней. Для гриппа характерно острое начало с озноба, повышения температуры до максимальных значений уже в первые сутки болезни и общих явлений интоксикации (выраженной слабости, разбитости, головной боли в лобных областях, ломоты в мышцах, костях, суставах, боли в глазных яблоках, светобоязни, слезотечения и т.д.). Через несколько часов к вышеперечисленным проявлениям заболевания присоединяются признаки поражения

дыхательных путей чаще в виде заложенности носа или слабо выраженного насморка, першения в горле, мучительного сухого кашля, саднящих болей за грудиной и по ходу трахеи, осиплого голоса.

У большинства больных гриппом полное выздоровление наступает через 7-10 дней. Однако имеется группа людей, склонных к осложнениям при данном заболевании, они и составляют группу риска по тяжелому течению ОРВИ и гриппа. В первую очередь это дети до 1 года, все лица старше 65 лет, беременные женщины, пациенты с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, с иммунодефицитными состояниями, с неадекватно контролируемым сахарным диабетом и другой тяжелой сопутствующей патологией. Данная категория людей должна незамедлительно обращаться к специалистам при появлении первых симптомов гриппа, т.к. только раннее начало терапии способно предотвратить развитие тяжелых осложнений (пневмоний, обострений хронической обструктивной болезни легких, гайморитов, отитов и т.д.).

Выделяют неспецифические и специфические методы профилактики. К первым из них относятся общепринятые гигиенические меры для ограничения распространения респираторных вирусных инфекций и профилактики заражения:

- избегайте близкого контакта с людьми, которые кажутся нездоровыми: явления жара (температуры) и кашель;
- на период эпидемии избегайте многолюдных мест или сократите время пребывания в них;
- соблюдайте гигиену рук – чаще мойте руки водой с мылом или используйте средство для дезинфекции рук на спиртовой основе;
- используйте защитные маски при контакте с больным человеком;
- придерживайтесь здорового образа жизни: полноценный сон, рациональное питание, физическая активность, регулярные прогулки на свежем воздухе;
- при возникновении насморка использовать только одноразовые платки;
- соблюдать гигиену жилых по-

мещений – регулярная влажная уборка не менее 2 раз в неделю и регулярное проветривание помогут защитить дом от инфекций;

- укреплять иммунитет, вести здоровый образ жизни;
- обратиться к врачу при первых признаках ОРВИ или гриппа.

#### **Для укрепления иммунитета необходимо:**

- качественное и сбалансированное питание с ежедневным употреблением овощей и фруктов не менее 500 грамм. Хорошим кладезем витаминов являются ягоды (особенно клюква и брусника), мёд, шиповник, цитрусовые;
- оптимальная двигательная активность, занятия физкультурой, закаливание организма;
- здоровый сон не менее 7-8 часов;
- формировать стрессоустойчивость, так как стрессовые ситуации подрывают иммунитет;
- чеснок. Для профилактики в период эпидемий гриппа и простудных заболеваний его можно принимать по 2-3 зубчика ежедневно. Также положительным действием обладает употребление репчатого лука;
- беречь ноги от переохлаждения и сырости;
- не употреблять без назначения врача и без необходимости различные лекарственные препараты.

#### **Если Вы все же заболели, тогда необходимо:**

Большинство больных гриппом, не относящихся к группам риска, с легким и среднетяжелым неосложненным течением заболевания могут лечиться амбулаторно.

При этом лечение включает в себя назначение:

- полупостельного режима, полноценного питания и обильного питья (до 1,5-2,0 л жидкости в сутки).
- парацетамола и других жаропонижающих (ибупрофен, ибуклин, нимесулида, комбинированных жаропонижающих препаратов) в стандартных дозировках. Как правило, у здоровых ранее взрослых и детей жаропонижающие назначаются при температуре выше 38,5°C (более низкую температуру снижать не рекомендуется).
- симптоматическую терапию ринита, фарингита, трахеита (используют сосудосуживающие или растительные капли в нос, противокашлевые средства и средства разжижающие мокроту, полоскание зева отварами ромашки, шалфея, календулы, растворами фурациллина, орасепта и др.).

• противовирусную терапию назначает только врач в индивидуальной дозе в зависимости от клинической картины и тяжести заболевания, а также наличия сопутствующих заболеваний. Наиболее эффективно применение противовирусных препаратов в первые 48-72 ч от начала заболевания, что еще раз доказывает о необходимости как можно более раннего обращения за медицинской помощью. ВОЗ рекомендует для профилактики гриппа осельтамивир и занамивир, оговаривая, что эти средства действуют именно на вирус гриппа. продолжительность профилактического курса не менее 5 дней. Осельтамивир назначают для профилактики у детей старше 12 лет и взрослых внутрь по 75 мг 1 раз в сутки 5 дней. Показаниями к медикаментозной профилактике гриппа являются: наличие в семье больного гриппом, контакт с больным гриппом, лица группы высокого риска по тяжелому течению гриппа, медицинский персонал (если он не вакцинирован).

Следует помнить, что неоправданное самостоятельное применение антибиотиков без наличия соответствующих показаний не только не предотвращает развитие бактериальных осложнений, но и может ухудшить течение основного заболевания из-за развития побочных эффектов препарата (особенно аллергических реакций, дисбактериоза), а также способствовать формированию устойчивых форм бактерий. Только врач может определить необходимость в применении антибактериальных препаратов, адекватно подобрать нужный антибиотик и правильно его назначить.

Часть заболевших из-за тяжелого течения гриппа может быть направлена в инфекционное отделение стационара. В первую очередь госпита-



лизируются все люди, принадлежащие к группе риска, беременные женщины, лица с подозрением на развитие пневмонии, лица с тяжелым течением гриппа, больные с угрозой развития опасных для жизни состояний.

Одним из наиболее эффективных методов специфической профилактики является вакцинация. Согласно рекомендациям ВОЗ: "Вакцинация является основной профилактики гриппа", так как она снижает распространение болезни и смертность, в 3-4 раза дешевле, чем затраты на лечение гриппа и его осложнений, может значительно сократить временную нетрудоспособность, доступна. В первую очередь должны вакцинироваться пациенты группы риска по тяжелому течению гриппа, женщины во 2-ой и 3-ем триместрах беременности, дети, медицинские работники и работники социальных сервисов, взрослым старше 65; страдающим хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями; пациентам с диабетом (который снижает способность сопротивляться любой инфекции); людям с ожирением (ограничивающим подвижность легких и повышающим вероятность застойных явлений). Оптимальное время для вакцинации с октября по ноябрь. Иммунитет нарабатывается в течение 2 недель после введения вакцины. Вакцинация не всегда способна защитить от инфекции, но предотвращает тяжелое течение болезни и смертельный исход. Следует помнить известный всем принцип, что лучше предотвратить заболевание, чем его лечить.

**Заведующий приёмным отделением  
УЗ «БГБСМП  
им.В.О.Морзона»  
Валентина Марковец**

## **ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Сахарный диабет входит в число самых распространенных в мире хронических заболеваний. В последнее время эта болезнь стала изучаться как социальная проблема, становящаяся все более актуальной. Это связано с тем, что происходит увеличение количества людей, страдающих сахарным диа-



бетом, хроническим характером течения болезни, развитием разного рода осложнений, которые приводят к снижению качества жизни и сокращению ее продолжительности.

Всемирный день борьбы с диабетом был учрежден Международной диабетической федерацией совместно с Всемирной организацией здравоохранения в 1991 году. Всемирный день борьбы с сахарным диабетом отмечается ежегодно 14 ноября — в этот день родился канадский врач и физиолог Фредерик Бантинг. Совместно с Джоном Маклеодом и Чарлзом Бестом Бантинг открыл инсулин (гормон, регулирующий содержание сахара в крови, или глюкозы), за что ему была присуждена Нобелевская премия.

Согласно данным Международной Федерации Диабета, двадцать лет назад количество людей с диагнозом «сахарный диабет» во всем мире не превышало 30 миллионов. Сегодня количество пациентов с сахарным диабетом составляет 370 миллионов, а к 2025 году их число увеличится до 550 миллионов человек. В различных странах от 40 до 80% лиц с диагнозом «сахарный диабет» не осознают серьезность своего заболевания и зачастую не получают адекватного лечения, препятствующего развитию необратимых осложнений.

Сахарный диабет — это хроническое заболевание, которое возникает в тех случаях, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточно инсулина или, когда организм не может эффективно использовать вырабатываемый им инсулин. Это приводит к повышенному уровню содержания глюкозы в крови (гипергликемии).

Каждый год Всемирный день борьбы против диабета посвящен определенной теме, связанной с этим заболеванием. Тема Всемирного дня борьбы с диабетом 2018 и 2019 годов — СЕМЬЯ И ДИАБЕТ.

Почти в каждой семье есть человек, страдающий диабетом, поэтому осведомленность о признаках, симптомах и факторах риска для всех типов диабета имеет жизненно важное значение, чтобы помочь обнаружить его на ранней стадии. 1 из 2 человек, живущих в настоящее время с сахарным диабетом, не знают о своем заболевании. Большинство случаев — это сахарный диабет 2 типа, который в значительной степени можно предотвратить с помощью регулярной физической активности, здорового и сбалансированного питания и поощрения здорового образа жизни.

Ранняя диагностика и лечение имеют ключевое значение для предотвращения осложнений сахарного диабета и семьи должны быть обеспечены знаниями, ресурсами, условиями для ведения здорового образа жизни и устранения факторов риска диабета 2-го типа.

Дополнительными факторами риска развития сахарного диабета являются ожирение, гиподинамия, атеросклероз, гипертоническая болезнь.

Заболевание опасно развитием осложнений в виде диабетических ком и поздних сосудистых осложнений, к которым относятся:

- поражения мелких сосудов сетчатки глаза с риском развития слепоты;
- поражения мелких сосудов почек с риском развития почечной недостаточности;
- поражения крупных сосудов нижних конечностей, с риском развития синдрома диабетической стопы и ампутации нижних конечностей;
- поражение сосудов сердца и головного мозга с риском развития инфаркта миокарда и инсульта.

К основным симптомам диабета относятся: постоянная жажда, частое мочеиспускание и увеличение мочи за сутки, повышенная утомляемость, снижение веса, иногда повышенный аппетит, ухудшение зрения, снижение эрекции у мужчин, частая молочница у женщин, воспалительные процессы, расчесы на коже, плохо заживающие раны, ссадины.

Сахарный диабет может длительное время никак не проявляться и люди не подозревают о наличии у них диабета. Поэтому каждый взрослый человек должен знать:

Необходимо проверять уровень глюкозы в крови, если:

- существует избыточная масса тела, и особенно – абдоминальное ожирение (окружность талии  $\geq 102$  см у мужчин и  $\geq 88$  см у женщин);
- ближайшие родственники (мать, отец, брат, сестра) имеют сахарный диабет;
- имеется низкий уровень физической активности;
- ребенок при рождении весил более 4 кг;
- во время беременности регистрировался повышенный уровень глюкозы в крови;
- отмечается артериальная гипертония (артериальное давление  $\geq 140/90$  мм рт.ст.).

В норме уровень глюкозы в крови составляет 3,3 – 5,5 ммоль/л.

Для предупреждения осложнений и преждевременной смерти, к чему может привести сахарный диабет, доступны эффективные подходы, например, регулярная

физическая активность (по меньшей мере, 30 минут в день), здоровое питание (уменьшение потребления сахара и насыщенных жиров), отказ от курения (повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний), а также контроль артериального давления.

Диабет можно лечить, а его осложнения предотвращать или отсрочивать с помощью диеты, физической активности, медикаментов, регулярной проверки уровня глюкозы крови, лечения осложнений, а семья должна играть ключевую роль в устранении и изменении факторов риска диабета 2-го типа.

**Главный внештатный эндокринолог г. Бобруйска и Бобруйского района Марина Дробушевич**

### **РАДИОЧАСТОТНАЯ КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ИЛИ АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: С ЧЕГО ЛУЧШЕ НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?**

Фибрилляция предсердий – наиболее распространенная аритмия сердца в клинической практике. Ее частота в общей популяции составляет около 1-2%, а в ближайшие несколько десятилетий прогнозируется удвоение частоты этой аритмии. Одним из парадоксов фибрилляции предсердий можно признать то, что будучи наиболее частой аритмией, встречающейся в практике клиницистов, она хуже других нарушений ритма поддается лечению. Кроме того, фибрилляция предсердий ассоциируется с повышенной смертностью, риском инсульта и системной тромбоэмболией, сердечной недостаточностью, ухудшением качества жизни. Последние годы отмечены существенным достижением в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий. Большая их часть относится к совершенствованию пероральной антикоагулянтной терапии, эффективно и



сравнительно безопасно снижающей риск тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий, улучшающий прогноз пациентов.

На сегодняшний день лечение пароксизмальной и персистирующей формы фибрилляции предсердий, безусловно, это антиаритмическая терапия и инвазивные методы лечения.

#### **Выбор стратегии терапии ФП.**

Цели терапии больного с ФП – уменьшение выраженности клинических симптомов, уменьшение гемодинамических нарушений, профилактика сердечно-сосудистых осложнений (ССО), повышение качества жизни и улучшение прогноза. В зависимости от переносимости и частоты



пароксизмов ФП существует две стратегии лечения пациентов: контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) на фоне сохраняющейся ФП и контроль синусового ритма (СР) посредством купирования пароксизмов и последующего его поддержания лекарственными и/или немедикаментозными противоаритмическими средствами.

Выбор стратегии терапии ФП определяется индивидуально в зависимости от характера течения аритмии, степени выраженности клинических проявлений, наличия сопутствующих заболеваний, переносимости разных групп препаратов, предпочтения пациента. Вопрос: какая стратегия более эффективна у лиц с ФП: «контроль СР» или «контроль ЧЖС», изучался в многоцентровых рандомизированных клинических исследованиях.

В исследовании AFFIRM сравнивалась выживаемость пациентов с ФП и высоким риском инсульта/смерти при применении двух лечебных стратегий: «контроль СР» или «контроль ЧЖС». В исследование включались пациенты в возрасте 65 лет и старше или моложе 65 лет, но при наличии одного из факторов повышенного риска инсульта или смерти, таких как АГ, сахарный диабет, ХСН, предшествующий инсульт/ТИА, эмболии, размер ЛП>50 мм (по данным ЭхоКС), ФВ ЛЖ<40%. Через 5 лет наблюдения показатель смертности был одинаков на фоне применения двух лечебных подходов ( 23,8% – в группе «контроль СР» и 21,3% в группе «контроль ЧЖС» ). Однако последующий анализ показал, что сохранение СР у лиц с ФП имеет преимущество в снижении риска смерти на 47%. В то же время применение самих антиаритмических препаратов (ААП) повышало риск смерти (на 51% с учетом данных ЭхоКГ и на 59% при исключении данных ЭхоКГ), что полностью нивелировало положительное влияние сохранения СР на прогноз. Конечно, лечебная стратегия «контроль СР», по-видимому, более приемлема для лечения пациентов с ФП, однако проаритмогенные и токсические побочные эффекты ААП могут превзойти потенциальную пользу сохранения СР.

Сегодня высказывается мнение о профилактической равнозначности стратегий «контроль СР» и «контроль ЧЖС» на фоне применения ААП в лечении пациентов с ФП из-за отсутствия различий их влияния на частоту исходов заболевания и выживаемость.

В целом тактика «контроль ЧЖС» предпочтительна у лиц с бессимптомной или малосимптомной ФП, неэффективностью предшествующих попыток ААТ и серьезным органическим поражением сердца. Как правило, такая тактика применяется при хроническом течении ФП.

В течение последнего десятилетия казалось, что результаты проведенных исследований позволяют выбирать для пожилых пациентов с ФП без выраженных клинических симптомов необременительную стратегию урежения частоты желудочковых сокращений. Недавно были получены данные, которые ставят под сомнение правильность такого подхода, так как ремоделирование предсердий лучше предотвращать ранним контролем синусового ритма, не откладывая применение этой стратегии. В настоящее время клинические предпочтения при лечении ФП направлены к стратегии контроля ритма.

### **Выбор препаратов и схем противорецидивного лечения ФП**

Если сравнить число доступных антиаритмических средств с числом препаратов ряда других классов, малочисленность первых становится особенно наглядной. Несмотря на известные органотоксические свойства амиодарона, его позитивное действие у больных с ФП заметно преобладает. Однако при противорецидивной терапии ФП в большинстве ситуаций амиодарон рассматривается в качестве препарата резерва при неэффективности других антиаритмических средств.

Недавно опубликованы три метаанализа исследований лечения больных с ФП в которых оценивалась эффективность и безопасность антиаритмических препаратов при длительной противорецидивной терапии. Анализ 113 публикаций подтвердил эффективность средств IC (флекаинид, пропafenон) и III (амиодарон, дронедазон, соталол) классов в предотвращении рецидивов ФП с сопутствующим повышением риска побочного действия.

Признавая, что наиболее опасным побочным действием антиаритмической терапии является желудочковая проаритмия, следует оценивать безопасность препаратов, в первую очередь, с этой точки зрения. На основании исследований установлено, что минимальное проаритмическое действие оказывают амиодарон, дронедазон и пропafenон. Напротив, дизопирамид, хинидин и соталол наиболее опасны в этом отношении, из-за чего способны увеличивать смертность больных.

Недавно получил объяснение факт резких различий в действии антиаритмических препаратов у клинически сходных пациентов с ФП. Исследования показали, что успешное поддержание синусового ритма не зависит от возраста, наличия артериальной гипертензии или идиопатической ФП. Генотипические особенности пациентов существенно модулируют их ответ на антиаритмические препараты, что указывает на возможность индивидуального подбора лечения с учетом генетического полиморфизма.

### **РЧА устьев легочных вен при ФП: клинические эффекты**

Доказано, что наиболее важную роль в возникновении и поддержании предсердных тахикардий играют легочные вены. Патологическая высокочастотная электрическая активность в устьях ЛВ становится триггерным фактором ФП в подавляющем большинстве случаев (95%). Процедура абляции включает в себя изоляцию устьев ЛВ с применением радиочастотных или криотермических воздействий.

В последние годы были выполнены исследования, в которых проводилось сравнение эффективности РЧА и профилактической ААТ у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП. Эффективность РЧА в предупреждении рецидива ФП в разных исследованиях варьировала от 40 до 90% в течение первого года после операции в зависимости от типа ФП (эффективность ААТ составила от 17 до 40%). Показано, что РЧА, уменьшая клинические симптомы, улучшала качество жизни пациентов.

В целом метод РЧА можно отнести к эффективному средству поддер-

жания СР у лиц с пароксизмальной формой ФП: после однократной процедуры РЧА стойкий СР сохранялся у 50-60% пациентов, а после повторных катетерных вмешательств у 70-80%. Наибольшая эффективность катетерной абляции регистрируется у больных, моложе 65 лет без признаков органического поражения сердца, АГ, ночного апноэ, имеющих нормальный или незначительно увеличенный переднезадний размер ЛП (до 50 мм по ЭхоКГ). Именно у этих пациентов РЧА может рассматриваться в качестве первого этапа ААТ.

У больных с персистирующей и длительно персистирующей ФП без серьезных ССЗ эффективность и соотношение риск/пользы РЧА окончательно не установлены. Таким пациентам может потребоваться расширенное катетерное вмешательство, где помимо изоляции ЛВ проводятся модификация субстрата аритмии в виде линейной и/или точечной абляции в предсердиях, а также повторная РЧА.

В целом эффективность катетерной абляции (включая повторные попытки) для персистирующей ФП составляет 40-50%, а при длительно персистирующей ФП – 30-40%, что существенно ниже, чем при пароксизмальной ФП (60-80%). Считается, что персистирующая форма ФП является независимым фактором поздних рецидивов ФП и добиться клинического эффекта от РЧА сложнее.

После катетерной абляции могут развиваться ранние и поздние НРС. Ранним рецидивом аритмии считается пароксизм ПТ (ФП, ТП, НЖТ), возникший в первые 3 месяца после РЧА, поздним рецидивом – пароксизм, возникший по прошествии 3-х месяцев после РЧА. Очень поздним – рецидив НРС в период от 1-го года до 5 лет наблюдения. Период от 72 часов до 3 мес. после РЧА принято считать «слепым периодом». Возникновение ПТ в «слепом периоде» не свидетельствует о неэффективности

абляции ФП. Успех РЧА оценивается после окончания «слепого периода» и определяется как отсутствие рецидивов ФП (нет документального подтверждения по ЭКГ или ХМ ЭКГ пароксизма, длительностью 30 с и более). К установленным факторам, способным спровоцировать рецидив ФП после РЧА относятся неконтролируемая АГ, структурные заболевания сердца, систолическая дисфункция ЛЖ, пожилой возраст, женский пол, синдром ночного апноэ, количество баллов по шкале CHADS2>2, фиброз ЛП (по данным МРТ сердца). При возврате ФП после 3 мес. решается вопрос о повторной РЧА или ААТ.

Проведенные клинические исследования показывают большую эффективность повторной РЧА, чем ААТ как в снижении частоты случаев рецидивов ФП, так и в предупреждении перехода пароксизмальной формы ФП в персистирующую. Факт снижения риска прогрессирования ФП под воздействием РЧА очень важный, т.к. естественный процесс перехода пароксизмальной ФП к персистирующей составляет 15-30% за 1-3 года. По данным исследования, после первичной РЧА СР сохранялся у 40% пациентов до года наблюдения, у 37% – до 2 лет с уменьшением эффекта через 5 лет наблюдения (у 29%). После повторной РЧА (в среднем сделаны 2 процедуры) сохранить СР удается у большего числа больных: через 1 год у 87% и через 2 года у 81% с уменьшением эффекта к 5-му году наблюдения (у 63%).

Подбор адекватной ААТ после хирургического устранения ФП – важный вопрос. ААТ после операции РЧА рекомендуется пациентам в первые 3 мес. (иногда 6 мес.) с целью лечения постабляционных тахиаритмий. В целом, добавление ренее не эффективных ААП в среднем на 10% повышает годовую эффективность РЧА.

Кроме того, надо учитывать, что данные об эффективности РЧА, полученные из клинических исследований, не всегда соответствуют результатам даже самой лучшей реальной клинической практики.

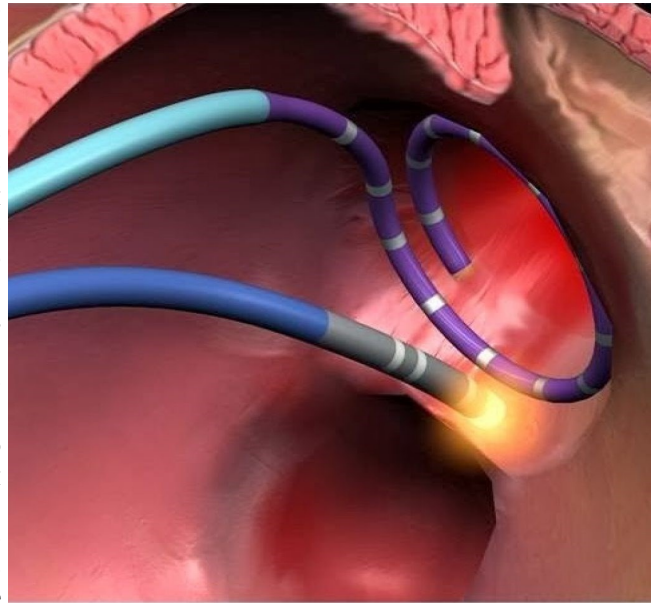
Таким образом, к каждому пациенту с ФП должен быть применен индивидуальный подход, при этом назначение ААТ должно базироваться на приоритетности поддержания СР. Для этого необходимо знать и идентифицировать предикторы рецидивов ФП и эффективно лечить ССЗ, вовлеченные в патогенез развития ФП.

**Врач-кардиолог УЗ «БГБСМП им.В.О.Морзона»**

**Наталья Цымбал**

**совместно с к.м.н., доцентом кафедры внутренних болезней №2 УО «Гомельский государственный медицинский университет»**

**Николаевой Натальей**



Адрес редакции:  
213822, г.Бобруйск, ул. Гагарина, 34  
тел.: (0225) 72-72-68  
факс (0225) 72-30-70  
E-mail: bnov.bcb@yandex.by

Директор издания: Владимир Гацко  
Главный редактор: Юлия Семашенко

Редакционный совет:  
Марина Горбачевская,  
Мария Баханкова-Масляк, Юлия Семашенко,  
Анастасия Пильщикова, Вероника Левчук,  
Юлия Рудович, Яна Шуменок,  
Ольга Щемелева

Технический редактор:  
Дудаль Вадим

Бобруйского научное общество врачей  
благодарит  
УП «Студия дизайна и рекламы  
«Дикович и К»  
за оказанную благотворительную помощь в  
печати информационного бюллетеня

т. 1000 экз.