

этапе исследования. Аналогичные результаты были достигнуты и при проведении теста шестиминутной ходьбы для оценки толерантности пациентов к физической нагрузке во всех группах. Таким образом, кардос показал равную эффективность в сравнении с диованом в отношении функционального статуса пациентов с ХСН, находящихся на программном гемодиализе по поводу ХБП.

При анализе данных опросников качества жизни (Миннесотский и Канзасский) было выявлено, что максимальные положительные результаты во всех трех группах были также достигнуты на первом этапе лечения (визиты 1–3). В дальнейшем изменения показателей носили недостоверный характер. Аналогичные изменения наблюдались и при оценке влияния кардоса, диована и их комбинации на показатели психологического статуса пациентов (HADS) и индекса здоровья, определяемого по ВАШ. Равная степень достоверности изменения данных опросников качества жизни во всех трех группах позволяет говорить о равноценности клинической эффективности кардоса и диована в этой области и не выделять преимуществ комбинации кардоса и диована при оценке их влияния на качество жизни пациентов.

Заключение. Добавление кардоса в комплексную терапию ХСН у пациентов, находящихся на ПГД, позволило повысить эффективность лечения, что проявилось в увеличении доли пациентов, у которых значительно улучшилось клиническое состояние (произошел переход в более легкий ФК ХСН), в повышении толерантности пациентов к физическим нагрузкам, улучшении качества жизни. По эффективности кардос, по крайней мере, не уступает диовану. Полученные данные открывают перспективу для дальнейших исследований по изучению эффективности и безопасности кардоса в терапии ХСН у пациентов с ХБП, находящихся на ПГД, в качестве альтернативы ИАПФ и АРА II.

Библиографический список

1. Бикбов Б. Т., Томила Н. А. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью // УДК 616.1:316.334

стью в Российской Федерации в 2001 г. // Нефрология и диализ. 2004. Т. 6, № 1. С. 4–42.

2. Foley R. N. Clinical epidemiology of cardiac disease in dialysis patients: left ventricular hypertrophy, ischemic heart disease, and cardiac failure // *Semin. Dial.* 2003. Vol. 16. P. 111–117.

3. Predictors of cardiovascular events in patients with end-stage renal disease: an analysis from the Fosinopril in Dialysis study/M. Kessler, F. Zannad, P. Leheret [et al.] // *Nephrol. Dial. Transplant.* 2007. Vol. 22, № 12. P. 3573–3579.

4. Controlling the epidemic of cardiovascular disease in chronic renal disease: what do we know? What do we need to learn? Where do we go from here?/A. Levey, J. A. Beto, B. E. Coronado [et al.] // *Amer. J. Kidney Dis.* 1998. Vol. 32. P. 853–906.

5. Report on management of renal failure in Europe, XXV, 1994: End stage renal disease and dialysis report/F. Valderrabano, F. C. Berthou, O. Jones, E. H. P. Mehls // *Nephrol. Dial. Transplant.* 1996. Vol. 11, suppl. 1. P. 2–21.

6. Congestive heart failure in dialysis patients: Prevalence, incidence, prognosis, and risk factors/J. D. Harnett, R. N. Foley, G. M. Kent [et al.] // *Kidney Int.* 1995. Vol. 47. P. 884–890.

7. Echocardiographic evaluation in long-term continuous ambulatory peritoneal dialysis compared with the hemodialysis patients/K. Takeda, M. Nakamoto, M. Baba [et al.] // *Clin. Nephrol.* 1998. Vol. 49, № 5. P. 308–312.

8. Bruch C., Rothenburger M., Gotzmann M. Chronic kidney disease in patients with chronic heart failure-impact on intracardiac conduction, diastolic function and prognosis // *Int. J. Cardiol.* 2007. Vol. 118, № 3. P. 375–380.

9. Accelerated decline and prognostic impact of renal function after myocardial infarction and the benefits of ACE inhibition: the CATS randomized trial/H. L. Hillege, W. H. van Gilst, D. J. van Veldhuisen [et al.] // *Eur. Heart J.* 2003. Vol. 24. P. 412–420.

10. Багрий А. Э. Сердечно-сосудистые нарушения при хронической почечной недостаточности // *Тер. арх.* 1998. № 11. С. 80–82.

11. Lisowska A., Musiai W. J. Heart failure in patients with chronic kidney disease // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* 2004. Vol. 49. P. 162–165.

12. Arora N., Dellsperger K. C. Heart Failure and Dialysis: New Thoughts and Trends // *Advances in Peritoneal Dialysis.* 2007. Vol. 23. P. 72–76.

13. ACE inhibition or angiotensin receptor blockade: impact on potassium in renal failure: VAL-K Study Group/G. L. Bakris, M. Siomos, D. Richardson [et al.] // *Kidney Int.* 2000. Vol. 58, № 5. P. 2084–2092.

14. National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Orlando, FL: National Kidney Foundation, 2001. P. 17–22.

Авторское мнение

СООТНОШЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ПРОГНОЗА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Д. А. Осипов — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **Т. В. Рождественская** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, соискатель кафедры философии, гуманитарных наук и психологии, кандидат медицинских наук; **И. Л. Кром** — Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, Центр медико-биологических исследований, руководитель Центра, профессор кафедры социальной психологии, доктор медицинских наук; **А. П. Ребров** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета, проректор по лечебной работе, профессор, доктор медицинских наук.

CORRELATION OF PREDICTORS OF LIFE QUALITY PROGNOSIS OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

D. A. Osipov — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate*; **T. V. Rozhdestvenskaya** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate*; **I. L. Krom** — *Saratov Institute of Social Education, Director of Medico-Social Research Centre, Professor, Doctor of Medical Science*; **A. P. Rebrov** — *Saratov State Medical University n.a. Razumovsky, Head of Department of Hospital Therapy of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science.*

Дата поступления — 17.02.2011 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Осипов Д. А., Рождественская Т. В., Кром И. Л., Ребров А. П. Соотношение предикторов прогноза качества жизни больных ишемической болезнью сердца // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2011. Т. 7, № 2. С. 426–429.

В статье приводятся результаты исследования роли ведущих клинических предикторов в отдаленном прогнозе больных ишемической болезнью сердца. В ходе проведенного исследования было доказано, что объективные критерии тяжести ишемической болезни сердца определяют прогноз качества жизни лишь в терминальной стадии заболевания. Доказывается, что неэффективность социализации больных ишемической болезнью

сердца в нетерминальном состоянии формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов, при этом клинические предикторы не имеют облигатного значения. Полученные результаты показали, что качество жизни является самостоятельным и объективным многофакторным показателем, отражающим состояние больных ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, предикторы.

Osipov D.A., Rozhdestvenskaya T.V., Krom I.L., Rebrov A.P. Correlation of predictors of life quality prognosis of patients with coronary heart disease // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 426–429.

The article presents the research results on the role of leading clinical predictors in follow-up prognosis for patients with ischemic heart disease. The inefficiency of socialization in a non-terminal condition is formed by means of insufficiency of somatic, psychological and social resources in patients. Thus clinical predictors have no significant value.

Key words: life quality, coronary heart disease, predictors.

В последнее время специалистами констатируется как возрастание заболеваемости и смертности, так и стабильно высокий уровень первичной инвалидности при ишемической болезни сердца (ИБС), занимающей первые ранговые места в структуре болезней системы кровообращения. В России при высоком уровне заболеваемости инвалидизация и смертность от ИБС превосходит аналогичные показатели в экономически развитых странах.

ИБС характеризуется широким спектром симптомов, вариантов течения, различной продолжительностью заболевания — от случаев внезапной смерти до многолетнего постепенно развивающегося процесса [1]. Предвидеть характер течения ИБС сложно из-за большого количества факторов, влияющих на прогноз болезни, их неравнозначности [2]. Однако определение отдаленного прогноза у больных ИБС имеет важное практическое и социальное значение.

Последние десятилетия ознаменованы повышением интереса к исследованиям качества жизни в медицине и возрастанием роли этих исследований, что отражается в динамике числа публикаций по данной проблеме. Сравнительный анализ влияния наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний на качество жизни свидетельствует о том, что хроническая сердечная недостаточность, являющаяся одним из осложнений и предиктором прогноза качества жизни больных при ИБС, ухудшает качество жизни пациентов в большей степени, чем другие патологические состояния [3].

Анализ работ отечественных и зарубежных авторов показал, что в большинстве своем они раскрывают значительные успехи в изучении клинической симптоматики и подходов к лечению ИБС, лишь единичные исследования посвящены воздействию болезни на дальнейшее социальное функционирование человека и качество его жизни. Это обстоятельство и определило необходимость выполнения данного исследования, целью которого является интегративный медико-социологический анализ соотношения медицинских и социальных предикторов в прогнозе качества жизни больных ИБС.

Работа основана на результатах наблюдения 268 больных ИБС, направленных на консультацию в поликлинику Саратовской областной клинической больницы за период 2008–2010 гг.

В исследование были включены на основе случайной выборки лица мужского и женского пола трудоспособного возраста (женщины до 55 и мужчины до 60 лет), страдающие ИБС. Больные направлялись из лечебных учреждений Саратовской области. У всех больных диагноз был поставлен на основании

критериев, разработанных экспертами Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов (2000 г.) и основывался на жалобах, анамнестических, клинических данных, результатах инструментального обследования. Пациентам проводились электрокардиографическое исследование, доплерэхокардиографическое (ДопплерЭхоКГ) исследование, велоэргометрическая проба (ВЭМ), холтеровское мониторирование ЭКГ. Для исследования показателя качества жизни был использован Миннесотский вопросник, разработанный в 1987 г. T. Reator и J. Cohn, для больных с хронической сердечной недостаточностью. Вопросник качества жизни при хронической сердечной недостаточности (MLHFQ) содержит 21 вопрос, ответы на которые позволяют определить, насколько имеющаяся сердечная недостаточность ограничивает физические возможности больного, социально-экономические аспекты и общественные связи пациента, положительное эмоциональное восприятие жизни.

Все наблюдавшиеся больные ИБС перенесли инфаркт миокарда, в 123 случаях (46%) Q-инфаркт. Инфаркт миокарда выявлен у 86% пациентов мужского пола, что обусловлено более ранним и более выраженным развитием у мужчин атеросклероза [4]. Инфаркт миокарда чаще встречался в анамнезе у больных до 50 лет.

Наибольшее число больных (81,92%) имели среднее образование, в большинстве случаев (53,62%) больным установлена группа инвалидности. В 11 случаях больные были направлены на медико-социальную экспертизу после повторного инфаркта миокарда, что объяснялось более тяжелым течением повторного инфаркта миокарда, развитием у больных острой, а затем хронической сердечной недостаточности.

Интервал между первым и повторным инфарктом миокарда у больных колебался от нескольких месяцев до многих лет, но чаще повторный инфаркт миокарда возникал в течение первых трех лет после предыдущего. Это согласуется с данными Е. И. Чазова [5] о том, что повторный инфаркт миокарда возникает у больных в первые 3 года после предыдущего в 70% случаев, причем тяжесть течения повторного инфаркта миокарда возрастает, чаще развивается хроническая сердечная недостаточность, ухудшается социальный прогноз.

В 83% случаев инфаркт миокарда возникал у лиц, ранее страдавших ишемической болезнью сердца. Лишь у 17% больных инфаркт миокарда развился без предшествующей стенокардии, и его развитие объяснялось значительным повышением артериального давления или высокой физической нагрузкой.

У большинства больных в постинфарктном периоде отмечена стенокардия: стенокардия напряжения II функционального класса диагностирована у 7%

Ответственный автор — Осипов Дмитрий Александрович.

Адрес: 410017, г. Саратов, ул. Рахова, 15/31, кв. 214.

Тел.: 89271688440.

E-mail: tekilla2000@yandex.ru

больных, стенокардия напряжения III–IV функционального класса у 93% больных.

При проведении Эхо-КГ-исследования признаки трансмурального поражения миокарда диагностированы у 123 больных. У большего количества пациентов (по сравнению с ЭКГ-исследованием) выявлены гипертрофия левого желудочка и аневризма левого желудочка.

Для оценки толерантности к физической нагрузке 17% больных ишемической болезнью сердца с перенесенным инфарктом миокарда проводилась велоэргометрия. Сама возможность осуществления пробы с физической нагрузкой имеет определенное прогностическое значение. Невозможность же провести тест из-за медицинских противопоказаний характеризовала группу больных с более плохим прогнозом. У 13% больных отмечена низкая толерантность к физической нагрузке. У 6% больных тест был прекращен при частоте пульса менее 115 ударов в минуту, при этом отмечена депрессия сегмента ST более 1 мм. У 7% больных в момент прекращения велоэргометрии отмечался приступ стенокардии и депрессии сегмента ST более 1 мм при частоте сердечных сокращений (ЧСС) более 115 в минуту, что свидетельствует о повышенном риске развития нефатального инфаркта миокарда. У 3% больных тест был прекращен на высокой ЧСС (более 115 ударов в минуту) в связи с достижением субмаксимального уровня нагрузки. У одного пациента причиной прекращения теста являлась усталость обследуемого, появление у него одышки.

Среди обследованных пациентов 142 больных (53%) страдали артериальной гипертензией. У 14 пациентов (5,4%) отмечено злокачественное течение артериальной гипертензии.

У всех обследованных больных ИБС имелась хроническая сердечная недостаточность, значительно ухудшающая прогноз жизни. У 142 больных (53%) отмечались нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолическая аритмия выявлена у 67 пациентов (25%), мерцательная аритмия — у 12 больных (4,6%), а у 54 (20,5%) — нарушение внутрижелудочковой проводимости, проявлявшееся в виде блокады ветвей пучка Гиса. Нарушение внутрижелудочковой проводимости нередко сочеталось с экстрасистолией и мерцательной аритмией. У больных с желудочковой экстрасистолией не было отмечено экстрасистола высоких градаций.

Прогноз качества жизни является предположительным из-за отсутствия точных критериев его определения. Лишь при повторной консультации, делающей возможным ретроспективный анализ течения заболевания, определение прогноза качества жизни становится точным, поскольку учитывает динамические изменения клинических данных и результатов инструментальных исследований больных за прошедший период.

У всех больных ИБС был определен точный прогноз качества жизни: благоприятный в 40,9% случаях и неблагоприятный в 59,1%.

Группу с неблагоприятным прогнозом составили больные с нестабильным за последние 2–3 года течением ИБС (рецидивы нестабильной стенокардии, перенесенный повторный инфаркт миокарда, появление более высокого класса стенокардии), кризовым течением артериальной гипертензии, с признаками нарастания хронической сердечной недостаточности, появлением витальных нарушений ритма и проводимости.

Больные со стабильным течением ИБС, артериальной гипертензии или положительной динамикой картины заболевания были отнесены нами в группу с благоприятным прогнозом качества жизни. Благоприятный прогноз качества жизни отмечен у больных не старше 50 лет, имеющих высшее образование.

Нами было проанализировано влияние различных факторов на прогноз качества жизни больных ИБС. Очевидно, что ни один из них не может самостоятельно определять течение и исход заболевания и влияет на прогноз качества жизни во взаимодействии с другими факторами. Кроме того, прогностическое значение имеет динамика инструментальных и клинических показателей за период наблюдения.

При динамическом наблюдении отмечено увеличение количества пациентов с поражением органовмишени артериальной гипертензией (гипертрофия левого желудочка) и хронической сердечной недостаточностью (дилатация левого предсердия и левого желудочка, диастолическая дисфункция левого желудочка, легочная гипертензия), прогрессирование которых определяет неблагоприятный прогноз качества жизни больных ИБС.

Созданная нами модель прогноза качества жизни учитывала следующие показатели: возраст больного, уровень образования, функциональный класс стенокардии, стадию хронической сердечной недостаточности, наличие перенесенного инфаркта миокарда, данные инструментального исследования (гипертрофия левого желудочка, наличие внутрисердечных блокад, положение электрической оси, аневризма левого желудочка, рубцовые изменения миокарда, дилатация полостей левого сердца, показатель диастолической функции левого желудочка, величина фракции выброса), значение показателя качества жизни, определенное по Миннесотскому опроснику (общее количество баллов, характеризующих величину физической и психологической составляющей).

Хроническая сердечная недостаточность и постинфарктная стенокардия являются одними из основных предикторов клинического прогноза больных ИБС с перенесенным инфарктом миокарда. У больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса по NYHA и постинфарктной стенокардией IV функционального класса, существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида.

В ходе проведенного исследования установлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести предикторов клинического прогноза данной категории больных (степени повреждения миокарда и локализации перенесенного инфаркта миокарда, II–III функционального класса по NYHA сердечной недостаточности и I–III функционального класса стенокардии) и трудовой занятости — фактора эффективной возрастной социализации.

Проведенное исследование свидетельствует, что достоверная связь тяжести заболевания и степени ограничения жизнедеятельности возникает у больного лишь в терминальной стадии заболевания. В отличие от существующих в настоящее время представлений о корреляции тяжести соматической патологии и возникающих ограничений жизнедеятельности, ограничения жизнедеятельности в большей степени связаны с ситуацией болезни и качеством жизни субъекта.

Болезнь и ее социальные последствия объединяются понятием «ситуация болезни» [6], которая отражает изменившиеся условия функционирования больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. При определении классификации ситуации болезни учитывается тяжесть заболевания, степень профессиональных ограничений, вызванных болезнью.

Первая, или начальная, ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.

Вторая, или промежуточная, ситуация вызвана значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных последствий. Однако здесь ещё возможна компенсация вызывающих ее факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья (конечная) ситуация болезни характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Прогрессирующее течение болезни, необходимость госпитализации в стационар, инвалидность делают невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Инвалидизация как нарушение социализации может произойти в каждой из трех ситуаций болезни, однако в первых двух неэффективность социализации в большей степени определяется личностными характеристиками больного. Принцип классификации и смысл, вкладываемый в понятие ситуации болезни, неспецифичны и, по-видимому, имеют универсальное значение в рамках соматической патологии [7].

Феномен социализации относится к социальным явлениям, в ходе которых протекают взаимодействия личности и социального пространства. Социализация является процессом взаимодействия личности и социального пространства через усвоение субъектом определенных знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик, действий и функций, присущих социальным группам, социальным институтам, социуму и позволяющих ему (субъекту) активно функционировать в общественных отношениях. Личность существует в системе социальных связей и формируется на различных уровнях (микро- и макро-). Социальные связи личности определяют ее положение в социальном пространстве, степень включения в социальные группы и восприятия социальных норм или отклонений от них [8].

Инвалидность рассматривается нами как способ социализации, возникающий при нарушении способности субъекта к освоению возрастных статусов, невозможности эффективно реагировать на изменение социальной среды из-за нарушения способности к конкуренции и приспособлению [9].

Следует согласиться с М.В. Роммом [10] в том, что одна и та же ситуация оказывает на субъектов различное влияние, которое связано с индивидуальной реакцией на социальную реальность.

Важнейшим элементом адаптивной ситуации являются адаптивные барьеры, которые «отражают систему объективных и субъективных внутренних и внешних факторов, тормозящих адаптацию личности к разноуровневым адаптивным ситуациям, либо препятствуют ей» [10]. В качестве основных адаптивных барьеров М.В. Ромм указывает возрастной, эмоционально-психологический, мировоззренческий, знаковый, тезаурусный, контрсуггестивный, ситуативный (включающий в себя наибольшее количество переменных, непосредственно влияющих на приспособительные процессы в социуме) [11]. Среди перечисленных в наибольшей степени к возникающим в ходе социализации больных, страдающих ИБС, к адаптивным барьерам относятся: 1) психологический (личностный), 2) ситуативный, связанный, по определению М.В. Ромма, с качественной спецификой адаптирующей социальной среды.

Заключение. Особенностью социализации лиц, страдающих соматической патологией, является существование соматических барьеров, обусловленных ограничением жизнедеятельности вследствие заболевания. Объективные критерии тяжести заболевания, «создавая ту или иную ситуацию болезни, при всем их значении не всегда определяют характер изменения личности больного» [6], качество жизни и эффективность социализации. Прогноз качества жизни при ИБС определяется соматическими и социальными предикторами, однако клинические предикторы не являются облигатными в отдалённом прогнозе качества жизни больных в нетерминальной стадии ИБС.

Библиографический список

1. Мазур Н.А. Внезапная смерть у больных ИБС. М., 1985. 189 с.
2. Мазур Н.А., Сумароков А.Б. Значение различных методов обследования больных ишемической болезнью сердца для определения прогноза жизни: учеб. пособие. М.: ЦОЛИУВ, 1989. 32 с.
3. Либис С.А., Коц Я.И. Показатели качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. 1995. Т. 35, № 11. С. 13–17.
4. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда. М.: Медицина, 1977. 248 с.
5. Руководство по кардиологии/под ред. акад. Е.И. Чазова. М.: Медицина, 2005. Т. 3. 624 с.
7. Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: матер. Междунар. науч. конф. Саратов: Изд-во СГУ, 2004. С. 223–225.
8. Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982. 20 с.
9. Пространство и время социальных изменений/В.Н. Ярская [и др.]. Саратов: Научная книга, 2004. С. 205–206.
10. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2007. 34 с.
11. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме. Новосибирск: Наука, 2002. С. 100–101.

УДК: 616=02–071.1/.6 (091) «312»

Авторское мнение

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Л. С. Сулковская — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **Н. Ю. Папшицкая** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **Ю. И. Скворцов** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, доктор медицинских наук профессор; **В. Г. Субботина** — ГОУ