

Занятие 7 (6.04 – 12.04)

Тема: Аннотирование текстов с элементами исследования и оценки

Цель: Обучение аннотированию научной статьи из периодического издания медико-фармацевтического профиля. Наблюдение за подачей материала и развитием информации *в тексте со списком литературы без наличия таблиц и приложений*. Последовательный анализ компонентов текстов с *элементами исследования и оценки* для выделения информации, соответствующей схеме аннотации, с использованием специальных клише. Запись элементов аннотации и её оформление в целом.

Задание 1. Прочитайте *название* статьи из журнала *Провизор* и *данные об ее авторах*. В конце текста статьи ознакомьтесь с информацией *о выходных данных*. Сформулируйте и запишите *справочную часть аннотации по схеме* (см. схему аннотации).

Использование Инфламафертина больными ревматоидным артритом

*В.В. Чомяк, Г.А. Потёмкина, М.Ю. Синенькая, Х.А. Лищук,
Н.Э. Личковская, А.В. Синенький, И.В. Вальчук, Т.К. Вильховая*

1. Распространенность ревматоидного артрита (РА) остаётся достаточно высокой и колеблется в Украине от 0,99 до 0,16 на 10 тыс. взрослого населения. Для лечения этого заболевания используется весь арсенал противовоспалительных препаратов, однако существующие методы терапии не способны полностью остановить прогрессирование ревматоидного процесса. Большинство исследователей в развитии РА признают ведущую роль иммунных процессов в дезорганизации соединительной ткани, в том числе суставной. Достоверно известно, что характер иммунного ответа, в том числе развитие воспаления, зависит от активности определенных популяций Т-лимфоцитов, особенно CD4⁺-клеток (лимфоцитарный маркер цитотоксичности), которые способны синтезировать разные типы цитокинов. Поскольку в основе патогенеза воспалительных заболеваний, в том числе и ревматоидных, лежит дисбаланс синтеза цитокинов, то для их лечения используют лекарственные препараты, которые снижают синтез или блокируют активность противовоспалительных

цитокинов или, наоборот, увеличивают их активность. Основным представителем противовоспалительных цитокинов, от которого зависит направленность иммунного ответа при РА, является интерлейкин-10 (IL-10), который тормозит продукцию противовоспалительных цитокинов и пролиферацию тромбоксана 1 типа (Th-1 типа). Другая составляющая патогенеза РА, которая непосредственно связана с цитокинами, – это клеточный компонент иммунной системы, особенно Т-клеточная популяция лимфоцитов.

2. В последнее время в современные схемы лечения аутоиммунных заболеваний все чаще включаются белковые пептидные препараты, обладающие мощным иммуносупрессорным действием благодаря природным протеиновым факторам плаценты и ретроплацентарной крови. Инфламафертин собственно и относится к препаратам плацентарного происхождения. Инфламафертин для инъекций (ампулы по 2,0 мл, производства НПП «НИР», г. Киев, Украина) – препарат, полученный из плаценты животных, обладает выраженным противовоспалительным действием, угнетает пролиферативную фазу воспаления, умеренно угнетает экссудативную фазу воспаления, обладает корригирующим эффектом на антителопродукцию, стимулирует фагоцитарную активность нейтрофилов. Особое внимание необходимо обратить на такое свойство Инфламафертина, как иммуносупрессивное действие, что важно при лечении аутоиммунных заболеваний.

Результаты клинического исследования

3. Обследовано 30 больных РА (20 исследуемой и 10 – контрольной групп) и 10 практически здоровых людей. Все больные и здоровые были рандомизированы по возрасту и полу: 24 женщины и 6 мужчин, что составило 80% и 14% соответственно; средний возраст – $29,7 \pm 6,4$ лет. В анамнезе продолжительность заболевания составила < 1 года – у 8 (26,7%) больных, 5 лет – у 14 (46,7%), 6-10 лет – у 6 (20%), > 10 лет – у 2 (6,6%) больных. Средняя продолжительность заболевания – $5,7 \pm 3,6$ лет. Первую

группу составили 10 лиц, которым была назначена базовая терапия (метотрексат и/или преднизолон). Вторую группу – 20 больных, которые получали Инфламафертин. Все больные принимали нестероидные противовоспалительные препараты в общепринятых терапевтических дозах и симптоматическую терапию. Все больные исследуемой и 75% больных контрольной группы перед началом лечения жаловались на лихорадку, которая после 10-го дня лечения проходила. Уровень артериального давления, частота пульса и дыхания были в пределах нормы. На 20-й день лечения у всех больных величина лимфатических узлов уменьшилась до нормальных размеров, артралгии наблюдались у 50% больных контрольной группы и 30% больных исследуемой группы. У больных исследуемой группы, в схему лечения которых был включен Инфламафертин, припухлость суставов и осалгии регрессировали соответственно в 90% и 95% случаев. Степень уменьшения в процессе лечения продолжительности утренней неподвижности была более выражена у больных исследуемой группы, чем у больных контрольной. На 20-й день лечения 55% больных, которые получали Инфламафертин, и 30% больных, получавших традиционную терапию, не жаловались на явления утренней неподвижности. Увеличение мышечной силы наблюдалось у 75% больных исследуемой группы и лишь у 30% больных контрольной группы. Таким образом, на основании проведённого сравнительного анализа данных клинического обследования больных установлено, что более быстрая и выраженная регрессия жалоб и клинических симптомов наблюдалась у больных исследуемой группы, в схему лечения которых был включён Инфламафертин.

4. На основании показателей клинического анализа крови отметим, что в процессе лечения Инфламафертином больных РА число эритроцитов и уровень гемоглобина имели тенденцию к незначительному увеличению, что указывает на то, что Инфламафертин не оказывает токсического влияния на

эритроидный рост гемопоза. Значение СОЭ до лечения препаратом Инфламафертин составило $22,5 \pm 3,09$ мм/час, после лечения – $17,5 \pm 3,59$ мм/час ($p < 0, 05$). Таким образом, использование Инфламафертина в схеме лечения больных РА способствует регрессии воспалительного процесса, на что указывает уменьшение числа нейтрофильных гранулоцитов и уровня СОЭ. Результаты биохимического анализа крови больных обеих групп находились в пределах нормальных величин и достоверно не имели разницы до и после лечения.

5. Функции печени и почек в процессе лечения оставались стабильными, на что указывали показатели билирубина, общего белка, холестерина, АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины и электролитов. Таким образом, использование Инфламафертина у больных РА не выявило токсического влияния на функции печени и почек.

6. Анализ количества лейкоцитов в крови больных РА свидетельствует о незначительном уменьшении этих клеток у больных, в схему лечения которых входил препарат Инфламафертин ($p < 0, 05$). У больных контрольной группы относительно Т-цитотоксической (CD8⁺-клетки) субпопуляции лимфоцитов наблюдалось уменьшение ее числа после лечения ($p < 0, 05$). В процессе лечения препаратом Инфламафертин эта субпопуляция лимфоцитов оставалась стабильной. Регуляторно-супрессорные CD4⁺/25⁺-клетки в крови больных контрольной группы в процессе лечения в относительном ($p < 0, 05$) и абсолютном ($p < 0, 05$) количестве достоверно уменьшались. Что касается абсолютного числа этих клеток в крови больных исследуемой группы, которые получали Инфламафертин, то оно достоверно увеличивалось после проведенного лечения ($p < 0, 0005$). В крови больных РА после окончания лечения, в терапевтическую схему которых был включен Инфламафертин, на фоне незначительного увеличения количества лимфоцитов, стабильных показателей Т-хелперной субпопуляции и CD25⁺-клеток, наблюдалось достоверное увеличение регуляторно-супрессорных клеточных

субпопуляций CD4⁺/25⁺ и CD8⁺/25⁺. В то же время уровень IL-10 в крови больных контрольной группы имел незначительную тенденцию к увеличению (всего на 3,0%). В сыворотке крови больных, составивших исследуемую группу, после лечения препаратом Инфламафертин уровень IL-10 возрос в 27 раз ($p < 0,01$), что указывало на значительное влияние препарата на активизацию этого противовоспалительного цитокина. Таким образом, исследование препарата Инфламафертин способствовало выраженной активации противовоспалительного цитокина IL-10, что корригировало с регрессией клинических данных. Эффективность Инфламафертина со стороны врачей была оценена как значительное улучшение в 85% случаев.

Выводы

1. Применение Инфламафертина в схеме комплексного лечения больных РА дает хороший терапевтический эффект, который подтверждается клиническими и лабораторными данными у 85% больных.

2. Препарат Инфламафертин обуславливает увеличение числа CD4⁺/25⁺ и CD8⁺/25⁺-клеток и особенно уровня IL-10 в сыворотке крови больных РА, что является перспективным в патогенетическом лечении больных системными заболеваниями соединительной ткани.

3. Введение препарата Инфламафертин в схему комплексного лечения больных РА и системными аутоиммунными заболеваниями желательно при условии иммунологического мониторинга.

4. На основании клинико-иммунологических наблюдений рекомендуется более детально изучить динамику уровня IL-10 и количество регуляторно-супрессорных субпопуляций лимфоцитов для решения вопроса, касающегося схем назначения препарата.

(980 слов)

Литература

1. Насонова В. А., Бунчук Н. В. Ревматические болезни. Москва: Медицина, 1997. 519 с.

2. Шуба Н. М., Коваленко В. М. Патогенетичне обґрунтування протизапальної терапії ревматичних захворювань. *Укр. ревмат. журнал.* 2001. № 3–4 (5–6). С. 18–22.
3. William E., Clair S. Interleukin 10 treatment for rheumatoid arthritis // *Ann. Rheum. Dis.* 1999. 58 (supp.1). P. 99–102.
4. Huizinga T. W., Keijers V., Yanni G. et al. Are differences in interleukin 10 production associated with joint damage? *Rheumatology.* 199. 39 (11). P. 1180–1188.
5. Чоп'як В. В. Корекція ретроплацентарним полібіоліном нейтрофілопосередкованих процесів у хворих на системні васкуліти. Інформ. лист. Київ, 1996. 2 с.
6. Bach J. F. Immunosuppressive therapy of autoimmune disease by vaccination with T-cell receptor peptides. *Ann. NY Acad. Sci.* 1991. 636. P. 71–78.
7. Chopiak V. Placental polibioliin influence upon immunoregulative processes of patients ill with immunocomplexmediocritized systemic vasculitis. *Abst. XV Inter. Cong. Of Allergology and Clinical Immunology.* 1993. 11, sup. 9. P. 15–17.
8. Evavold B. D., Sloan-Lancaster J., Allen P. M. Ticking the TCR: selective Tcell functions stimulated by altered peptide ligands. *Immunol. Today.* 1993. 14. P. 602–609.
9. Smilek D. E., Lock C. B., McDevitt N. O. Ateigen recognition and peptidemediated immunotherapy in autoimmune disease. *Immunol. Rev.* 1993. № 118. P. 37–71.
10. Инфламафертин. НВП «НИР», г. Киев, Украина. 2002. 16 с.

(Провизор. – 2004. – №3. – с.42-43)

- **Комментарий.** Текст, с которым работаем на этом занятии, визуально состоит из трех частей: **преамбулы, результатов клинического исследования и выводов.** В текстах подобного типа **T** и **проблема** находятся в **преамбуле** или **первом-втором абзацах.**

Задание 2. Прочитайте *первый и второй абзацы текста* (см. Задание 1). Определите и запишите в виде второго предложения аннотации **T** и **проблему текста с помощью указанных клише.**

Исследуется проблема В этой связи особое внимание обращено на препарат

Задание 3. Прочитайте текст (см. Задание 1) *с третьего по шестой абзацы*. Обратите внимание, что все *они завершаются промежуточными выводами со слов: таким образом,...* . Заполните пропуски в данном следующем предложении аннотации.

Установлено, что более быстрая и выраженная регрессия жалоб и клинических симптомов наблюдалась у ..., использование Инфламафертина в схеме лечения больных РА способствует..., не влияет токсически на функции... и ..., активизирует противовоспалительный цитокин...

- **Комментарий.** Промежуточные выводы в тексте концентрируют внимание на основные моменты в развитии Т, поэтому служат общей цели компрессии в аннотации.

Задание 4. На основании прочитанных выводов сформулируйте и запишите *общий вывод аннотации в одном предложении, отразив эффективность данного препарата в указанном аспекте лечения*. Начните с клише:

Делается вывод о том, что препарат Инфламафертин...

Задание 5. Запишите адресацию как *заключительное предложение аннотации*.

Задание 6. Полученные в Заданиях 1-5 предложения объедините в *общую справочную описательную аннотацию текста с элементами исследования*.

Задание 7. Обратите внимание на текст научной статьи из газеты *Здоров'я України*. Прочитайте *название статьи и данные об ее авторе*. В конце текста статьи ознакомьтесь с *информацией о выходных данных*. Сформулируйте и запишите *справочную часть аннотации по схеме* (см. схему аннотации).

**Клиническая эффективность и переносимость цефуроксима
в профилактике послеоперационных гнойно-септических осложнений
у больных с переломами длинных трубчатых костей**
*Д.В.Бородин, заведующий травматологическим отделением
центральной городской больницы №14, г. Донецк*

1. Проблема лечения больных с гнойно-некротическими заболеваниями в травматологии является актуальной ввиду возникновения определённых осложнений на этапах лечения, связанных с особенностями предрасполагающих местных и общих факторов, снижения резистентности организма пациентов, особенно больных с политравмой, способа фиксации перелома и качества металлоконструкций при металлоостеосинтезе (МОС), а также участия в патогенетических звеньях гнойно-воспалительного процесса новых штаммов бактерий с выявленной малой чувствительностью к традиционным методам антисептической обработки поражённой поверхности. Назначение антибактериальных препаратов является неотъемлемой частью комплексного лечения больных с травмами опорно-двигательной системы. Современные принципы выбора конкретного антибиотика включают знание фармакодинамических и фармакокинетических свойств препарата (спектр антибактериального действия, способность проникать в ткань, минимальная токсичность), микробного пейзажа возбудителей воспалительного процесса и общего состояния пациента (функция печени, почек, лёгких и др.). В связи с вышеизложенным в данной работе рассматривается оценка эффективности и переносимости препарата Кимацеф (цефуроксим) производства корпорации «Артериум», относящегося к группе цефалоспоринов II поколения и имеющего широкий спектр антимикробного действия в профилактике послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с открытыми и закрытыми переломами длинных трубчатых костей.

2. Исследование проводилось на базе травматологического отделения ЦГБ №14 г. Донецка согласно требованиям фармакологического центра МЗ Украины к проведению ограниченных клинических исследований. Под наблюдением находились 34 пациента, поступивших с переломами длинных трубчатых костей различной локализации и тяжести, которые были распределены по возрасту и полу (табл. 1) и по характеру и локализации перелома (табл. 2).

Таблица 1.

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст	13-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 и больше
Пол										
мужчины	1	3	5	2		3	1	2	1	2
женщины		2	1	1	3	2	1	1	1	2

Таблица 2.

Распределение пациентов по характеру и локализации перелома

Характер перелома	Локализация перелома			
	плечо	предплечье	бедро	голень
открытый	2	3	2	5
закрытый	4	7	3	8

3. Все пострадавшие были доставлены и госпитализированы в травматологическое отделение до 6 часов с момента получения травмы. 32 пациентам оперативные вмешательства проводились urgently в течение первых суток с момента поступления, 2 – в плановом порядке через 14 дней с момента госпитализации (в связи с тяжестью полученной травмы). Хирургические вмешательства в зависимости от риска развития послеоперационных осложнений распределились следующим образом: 2-й класс («условно чистые» операции – 22 пациента, 3-й класс («загрязнённые» операции) – 12 пациентов. Распределение методов оперативного вмешательства в зависимости от локализации травмы показано в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение методов оперативного вмешательства в зависимости от локализации травмы

Метод оперативного вмешательства	Локализация оперативного вмешательства			
	плечо	предплечье	бедро	голень
ВЧКО	4	6	2	10
Внутренняя фиксация по АО/ASIF	2	2	3	2
Интрамедуллярный остеосинтез		2	1	

4. С целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений назначался препарат Кимацеф (цефуроксим), имеющий *in vitro* широкий спектр антибактериальной активности. В том числе в отношении основных грамположительных и грамотрицательных возбудителей послеоперационных инфекционных осложнений в ортопедии и травматологии. Препарат активен по отношению к следующим возбудителям: -грамположительным микроорганизмам: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus pneumoniae*, *Staphylococcus pyogenes*, *Staphylococcus agalactiae*, *Staphylococcus viridans*; - грамотрицательным микроорганизмам: *Borrelia burgdorferi*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Klebsiella spp.*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria meningitidis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Propionibacterium spp.*, *Proteus mirabilis*, *Proteus rettgeri*, *Providencia*, *Salmonella spp.*; - анаэробным микроорганизмам: *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*

5. Введение цефуроксима сопровождается ранним повышением его концентрации в плазме и как следствие – хорошим проникновением в ткани (костную ткань, суставы, подкожную клетчатку и т.д.), биологические среды организма, в том числе раневой экссудат. Микробиологические и фармакокинетические характеристики Кимацефа дают основания охарактеризовать этот препарат как надёжное средство профилактики послеоперационных инфекционных осложнений, связанных с ортопедической хирургией.

6. С целью оценки эффективности препарата Кимацеф проводились обследования больных с использованием следующих клинических, инструментальных и лабораторных методов:

а). объективное обследование до и после оперативного вмешательства (сбор жалоб больного, измерение температуры тела, оценка объективного статуса);

б). лабораторные исследования до и после оперативного вмешательства: биохимический анализ крови, общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, анализ крови на сахар, коагулограмма, общий анализ мочи;

в). объективное исследование послеоперационной раны (мест выхода спиц и стержней), состояния повреждённой конечности;

г). выявление и регистрация возможных побочных эффектов.

Исходя из поставленной цели исследования, требуют решения следующие задачи:

-профилактика послеоперационных инфекционных осложнений у больных с переломами длинных трубчатых костей;

-уменьшение количества антибиотиков и длительность их применения в послеоперационном периоде;

-снижение затрат на лечение больных в послеоперационном периоде.

7. Больным препарат Кимацеф с целью профилактики гнойно-септических послеоперационных осложнений вводился по схеме:

1-я инъекция – 1,5г (в разведении соответственно инструкции) внутривенно за 15-30 минут до начала операции;

2-я инъекция – 0,75г (в разведении соответственно инструкции) внутривенно через 8 часов после введения 1-й дозы;

3-я инъекция – 0,75г (в разведении соответственно инструкции) внутривенно через 8 часов после введения 2-й дозы.

8. В результате наблюдения 34 пациентов в стационаре средние сроки их пребывания составили 8 суток с момента операции. Всем больным проводился лабораторный контроль показателей крови, мочи до и после оперативного вмешательства согласно требованиям протокола клинического исследования. Изменений в пользу септического воспаления и повышения температуры тела выше 37°C ни в одном случае не отмечалось. В ходе перевязок пациентов признаков воспаления в области послеоперационных ран, мест выхода спиц и стержней не отмечено. В ходе исследования ни в

одном случае не было отмечено отрицательных реакций или побочных эффектов, связанных с применением препарата Кимацеф.

Выводы

1. Анализ клинических и лабораторных данных, полученных в ходе исследования, даёт возможность указать на достаточную эффективность Кимацефа в профилактике послеоперационных гнойно-септических осложнений в хирургической ортопедии и травматологии при применении препарата по предложенной схеме.

2. Клиническая переносимость препарата Кимацеф является хорошей, его применение не сопровождалось отрицательными реакциями и побочными эффектами.

3. Уменьшение количества антибиотиков и продолжительности их применения в послеоперационном периоде снижает затраты на лечение больных.

4. Результаты клинического исследования дают возможность рекомендовать препарат Кимацеф для профилактики гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении больных с переломами длинных костей конечностей.

(896 слов)

(Здоров'я України. – 2005.– №20 (129). – С. 80)

Задание 8. Прочитайте *первый абзац* текста (см. Задание 1). Определите и запишите в виде второго предложения аннотации *T* и *проблему текста с помощью указанных клише*.

В работе даётся оценка эффективности и переносимости ... (чего? Какого препарата?) в профилактике... (чего? каких осложнений?)

Задание 9. Прочитайте *второй и третий абзацы* текста (см. Задание 1). Обратите внимание, что текстовая информация *дополняется информацией таблиц, подробно отражающих* распределение пациентов по полу и возрасту, характер и локализацию травм, методы и локализацию оперативного вмешательства. Такая информация, безусловно, полезна для практикующих врачей.

Задание 10. В *четвёртом и пятом абзацах* текста (см. Задание 1) найдите *информацию о механизмах микробиологического и фармакокинетического действия препарата Кимацеф и сформулируйте её в третьем предложении аннотации с помощью данных клише:*

Отмечено, что данный препарат имеет широкий спектр...(какой?) активности в отношении... (чего? каких микроорганизмов?) и концентрируется ...(где? в каких частях организма?)

Задание 11. На основании *шестого, седьмого и восьмого абзацев* текста (см. Задание 1) выделите информацию, связанную с *методами оценки эффективности препарата Кимацеф и предложенной схемой его применения. Дополните недостающую информацию в следующем предложении аннотации:*

Использовались ... (какие методы?) для оценки эффективности препарата... (какого по названию?) и его введения пациентам по ...(какой?) схеме.

Задание 12. Прочитайте раздел *«Выводы»* и *в одном предложении сформулируйте мнение автора в отношении фармацевтической эффективности рассмотренного препарата.* Используйте данные клише:

В заключение статьи рассмотренный препарат оценён автором как ... (какой?) при отсутствии... (каких патологий/осложнений? каких фармацевтических эффектов?).

Задание 13. *Запишите адресацию как заключительное предложение аннотации.* Начните с данного клише:

Статья адресована ...(кому?)

Задание 14. Полученные в Заданиях 1-2, 4-7 *предложения объедините в общую описательную справочную аннотацию текста с элементами оценки.*