



Российское научное медицинское общество терапевтов

Комитет по социальной политике Совета Федерации

Общество врачей России

Международное общество внутренней медицины (ISIM)

Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)

Евразийская Ассоциация терапевтов (ЕАТ)

Министерство здравоохранения Республики Татарстан

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Казанская государственная медицинская академия (КГМА) – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Научно-медицинская общественная организация терапевтов Республики Татарстан

РОО «Амбулаторный врач»

Посвящается 120-летию со дня рождения В.Х. Василенко

IV Съезд терапевтов Республики Татарстан

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

21-22 сентября 2017 года
Казань

ГРК Казанская Ривьера
Казань, пр. Фатыха Амирхана, 1

Генеральные информационные партнеры





120 лет со дня рождения В.Х. Василенко

XII Национальный конгресс терапевтов

22–24 ноября 2017 года

Москва  КРОКУС ЭКСПО

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте www.congress.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

 ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Содержание

Организаторы и оргкомитет	3
Обращение к участникам.....	5
Страницы истории	9
Программа	10
Каталог выставки	18
Сборник тезисов	41

Генеральный спонсор



Официальные спонсоры



ГЕДЕОН РИХТЕР

Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»

Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 722-64-20

электронная почта: mail@interforum.pro

www.rnmot.ru

Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Евразийская Ассоциация терапевтов (ЕАТ)
Министерство здравоохранения Республики Татарстан
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Казанская государственная медицинская академия (КГМА) – филиал ФГБОУ ДПО
«РМАНПО» Минздрава России
Научно-медицинская общественная организация терапевтов Республики Татарстан
РОО «Амбулаторный врач»

Оргкомитет

Сопредседатели

Вафин Адель Юнусович – министр здравоохранения Республики Татарстан

Мартынов Анатолий Иванович – президент Российского научного медицинского общества терапевтов, академик РАН, врач высшей категории по специальностям терапия и кардиология, академик Международной академии информационных процессов и технологий, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РСФСР, лауреат премии Совета Министров СССР, д.м.н., профессор

Оргкомитет

Абдулганиева Диана Ильдаровна – заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор

Айзетуллов Идеал Азатович – управляющий делами Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Аржанов Юрий Викторович – начальник отдела лечебной помощи Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Арутюнов Григорий Павлович – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

Бойцов Сергей Анатольевич – директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, главный терапевт Центрального федерального округа, д.м.н., профессор

Верткин Аркадий Львович – заведующий кафедрой клинической фармакологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Гордеев Иван Геннадьевич – заведующий кафедрой госпитальной терапии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Залялова Алсу Назыровна – начальник отдела медицинского образования и аттестации Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Кокорин Валентин Александрович – ученый секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

Мустафин Ильшат Ганиевич – проректор по научной и инновационной работе ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Нюхнин Михаил Анатольевич – заместитель директора по научной работе КГМА – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Осипов Сергей Альбертович – первый министр здравоохранения Республики Татарстан

Ослопов Владимир Николаевич – член правления Научного общества терапевтов Республики Татарстан, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Питулова Ирина Борисовна – председатель Ассоциации медицинских работников Республики Татарстан, главный врач МУЗ ГБ №17 г. Казани

Поздняк Александр Олегович – заведующий кафедрой терапии, гериатрии и общеврачебной практики КГМА – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, профессор

Ребров Андрей Петрович – полномочный представитель Российского научного медицинского общества терапевтов в Приволжском федеральном округе, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», заслуженный врач России, д.м.н., профессор

Сайфутдинов Рафик Галимзянович – член правления Научного общества терапевтов Республики Татарстан, заведующий кафедрой госпитальной и поликлинической терапии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, профессор

Сафин Индус Нависович – главный внештатный специалист-терапевт Министерства здравоохранения Республики Татарстан, ведущий консультант отдела лечебной помощи Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Сигитова Ольга Николаевна – член Правления Российского научного медицинского общества терапевтов, председатель Научно-медицинской общественной организации терапевтов Республики Татарстан, заведующая кафедрой общей врачебной практики №1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор

Созинов Алексей Станиславович – ректор ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Спасский Андрей Александрович – генеральный секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов, врач высшей квалификационной категории, лауреат премии Мэрии Москвы, д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Туишев Ростислав Иванович – директор диспетчерского центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Хамитов Руستم Фидагиевич – член правления Научного общества терапевтов Республики Татарстан, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор

Хасанов Руستم Шамильевич – директор КГМА – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Уважаемые коллеги!

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) было создано более 100 лет назад с целью объединить усилия ведущих отечественных специалистов в области внутренних болезней. Со дня основания Общество считает главной своей задачей непрерывное повышение профессионального уровня врачей-терапевтов нашей страны. Задача эта, согласитесь, непростая. Внутренние болезни – это огромное, почти безграничное, информационное поле. Быть в курсе всего важного и нового практикующему врачу очень сложно, и мы стремимся ему в этом помочь, проводя множество разномасштабных научно-практических форумов в разных регионах России.

Основным форумом традиционно является осенний Национальный конгресс в Москве. Здесь мы подводим итоги года, а в программу выносим все самое важное и интересное. Но далеко не у всех есть возможность на несколько дней уехать в Москву, поэтому Общество проводит свои мероприятия по всей территории России.

Каждый год Общество старается приурочить свои мероприятия к юбилею одного из наших учителей. 2017 год – для нас год памяти Василенко Владимира Харитоновича. На протяжении всего года мы уделим особое внимание кардиологии и гастроэнтерологии, занимавших особое место в круге научных интересов Владимира Харитоновича.

Одним из мероприятий 2017 года станет IV Съезд терапевтов Республики Татарстан в Казани. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Саранска, Чебоксар, Самары, Казани и Набережных Челнов.

С нетерпением жду встречи на Съезде!

**Президент РНМОТ,
академик РАН, д.м.н., профессор
А.И. Мартынов**



Дорогие коллеги!



От имени Министерства здравоохранения Республики Татарстан и от себя лично приветствую участников и гостей IV Съезда терапевтов Республики Татарстан.

Основная задача сегодняшнего дня – повышение доступности и качества медицинской помощи, ведущая роль в достижении которой принадлежит врачам-терапевтам.

Врачи терапевтических специальностей – самая многочисленная когорта врачей, от профессионализма, владения современными знаниями, умениями и навыками которых зависит жизнь каждого пациента.

Съезд терапевтов – это эффективная реализация возможностей многостороннего обсуждения сложных вопросов терапии внутренних болезней с ведущими экспертами России, обмен передовым опытом лечения и реабилитации больных, повышение своей профессиональной компетенции.

Программа Съезда представляет актуальные достижения терапевтической службы, в том числе в Республике Татарстан, начиная от профилактики, диагностики внутренних болезней, заканчивая вопросами безопасной и эффективной фармакотерапии.

С 2012 года при поддержке Правительства Республики Татарстан идет масштабный процесс модернизации учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению: ежегодно более 330 млн рублей направляется на строительство новых модульных ФАПов татарстанского производства и на капитальный ремонт ФАПов, врачебных амбулаторий, участковых больниц. За 6 лет (2012-2017 гг.) построено 391 новый модульный ФАП, 8 врачебных амбулаторий по модульной технологии, 19 патологоанатомических отделений, также проведен капитальный ремонт более 1 465 ФАПов, 95 врачебных амбулаторий, 18 участковых больниц.

В этом году принято решение в течение 2 лет привести в нормативное состояние амбулаторно-поликлиническую сеть Казани, Набережных Челнов, Нижнекамска, Альметьевска, а также поликлиники центральных районных больниц республики. Всего планируется отремонтировать 197 объектов. Еще одним шагом в формировании модели пациентоориентированности здравоохранения стало создание в республике Корпоративного университета, который призван создать эффективную систему непрерывного корпоративного образования для формирования у медицинских специалистов нового уровня знаний, компетенций, культуры. Разработаны и внедряются новые стандарты работы поликлиник «Дружелюбная поликлиника – татарстанский стандарт».

Модернизация здравоохранения направлена на повышение качества и доступности медицинской помощи, уровень профессионализма врача становится решающим фактором ее успеха. Важно, чтобы врачи разных специальностей имели возможность получения современной информации для повышения уровня своей квалификации, внедрения новых форм работы. Наш Съезд имеет конструктивный характер, направленный на эффективное решение вопросов совершенствования оказания медицинской помощи. Желаю участникам Съезда успешной, плодотворной работы, а пребывание гостей в Республике Татарстан будет комфортным и запоминающимся!

**Министр здравоохранения Республики Татарстан
А.Ю. Вафин**

Глубокоуважаемые коллеги!

Мне хочется поздравить всех Вас с открытием IV Съезда терапевтов Республики Татарстан. Участники Съезда получат возможность обсудить сложные вопросы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов, поделиться опытом решения различных ситуаций, возникающих в ходе повседневной клинической практики, обменяться передовым опытом лечения и реабилитации больных.

Наш съезд приурочен к 120-летию со дня рождения профессора Владимира Харитоновича Василенко, выдающего клинициста, круг профессиональных интересов которого был очень широк, и практически во все разделы терапии он внес очень весомый вклад. Казанский государственный медицинский университет более двух веков определяет развитие терапевтической школы региона и кадровую обеспеченность здравоохранения. Сегодня развитие здравоохранения – одно из приоритетных направлений государственной социальной политики. Нам всем предстоит немало сделать, чтобы медицинская помощь была качественной и эффективной. В связи с этим важной задачей мероприятия являются интеграция новых знаний, внедрение в практику самых современных высокоинформативных диагностических методик и передовых методов лечения, основанных на достижениях фундаментальных наук. Координатором Съезда является Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ), лидеры которого за последние годы сделали многое для консолидации усилий региональных сообществ в решении самых важных задач по обеспечению качества терапевтической помощи.

Желаю участникам Съезда активной, творческой работы, здоровья, личного и делового сотрудничества.



**Ректор ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет» Минздрава России
А.С. Созинов**

Уважаемые коллеги!



Примите искренние поздравления в связи с открытием IV Съезда терапевтов Республики Татарстан, очень важного и значимого мероприятия для всего медицинского сообщества региона!

Терапия – самая важная дисциплина, которую должны знать все врачи разных специальностей. Каждая такая встреча – продолжение длительного пути постоянного обучения врачей, что позволяет участникам мероприятия быть в курсе важных и новых открытий, повышает их профессиональный уровень и расширяет профессиональные компетенции. А от этого зависит качество оказания медицинской помощи населению страны, оптимальное использование ресурсов здравоохранения.

Казанская государственная медицинская академия, совершенствуя методы диагностики, лечения и профилактики внутренних органов в условиях реформирования здравоохранения, способствует развитию приоритетного направления государственной политики – поддержанию здоровья населения.

Сегодняшний проект объединит результаты научных исследований терапевтов Казанской медицинской школы и их коллег из других городов и регионов России, даст возможность перенести инновационные предложения и идеи в ежедневное практическое применение. Такая преемственность между наукой и врачебной практикой – неоценимая помощь, как для врача, так и для пациента.

Желаю участникам Съезда активной работы, творческого подъема, вдохновения! И радости – видеть результаты нашей совместной работы в практической деятельности!

С уважением, директор Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России.

**Директор КГМА – филиала ФГБОУ ДПО
«РМАНПО» Минздрава России
Р.Ш. Хасанов**

120 лет со дня рождения В.Х. Василенко

Выдающийся терапевт, действительный член АМН СССР, Герой Социалистического Труда (1967) Владимир Харитонович Василенко в 1922 г. окончил Киевский медицинский институт. В факультетской терапевтической клинике института работал вместе с яркими представителями медицинской науки Ф.Г. Яновским и Н.Д. Стражеско.

В 1935 г. В.Х. Василенко был избран заведующим кафедрой терапии Института усовершенствования врачей, одновременно работал в Институте клинической медицины под руководством Н.Д. Стражеско.

В.Х. Василенко – автор более 250 научных работ, в том числе нескольких монографий. Научные исследования он проводил преимущественно в двух областях терапии – кардиологии и гастроэнтерологии. Большое значение имеют его работы «Сердечная недостаточность», «Дистрофия миокарда», «Пороки сердца».

Существенный вклад В.Х. Василенко внес в понимание патогенеза нарушений обмена веществ при хронической недостаточности кровообращения и разработку патогенетических методов их лечения. В 1940 г. он представил данные по этой теме в докторской диссертации «Материалы об обмене веществ при хронической недостаточности кровообращения».

Первые годы Великой Отечественной войны В.Х. Василенко провел в Уфе в эвакуации, где работал доцентом в Башкирском медицинском институте и консультантом в эвакогоспиталях. С 1943 г. находился на фронтах в качестве главного терапевта Северо-Кавказского, затем 1-го Украинского фронтов. Свои наблюдения периода войны обобщил в ряде научных работ. После войны несколько лет возглавлял терапевтическую службу Львовского и Прикарпатского военных округов.

В 1948 г. В.Х. Василенко избрали заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова (где он работал до 1987).

Второе направление, которое В.Х. Василенко разрабатывал более 40 лет, – гастроэнтерология. В 1967-1974 гг. он возглавлял НИИ гастроэнтерологии Минздрава СССР. Исследовал клинику и диагностику различных форм гастрита, язвы, острых «стрессовых» язв при инфаркте миокарда, желудочно-кишечных кровотечениях, занимался вопросами ранней диагностики рака желудка. Обобщающим исследованием в области гастроэнтерологии стала монография «Ахалазия кардии» (1976).

В.Х. Василенко создал научную школу гастроэнтерологии. Он являлся председателем Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов, долгие годы возглавлял Московское общество терапевтов. Много лет служил академиком-секретарем Отделения клинической медицины АМН СССР, был почетным членом ряда международных терапевтических обществ. Возглавлял редакционный коллектив журнала «Клиническая медицина».

В.Х. Василенко первым в мире описал IV тон сердца, разработал вместе с Н. Д. Стражеско классификацию недостаточности сердечно-сосудистой системы, которая до сих пор не потеряла своего практического значения. Выделил ряд клинических форм недостаточности кровообращения: коллаптоидный тип, тип скрытой недостаточности сердца у пожилых, ишемический, гиперкинетический, сухой дистрофический, сенильный ишемический типы. Много сделал для внедрения новых лабораторно-инструментальных методов исследования в гастроэнтерологии. Так, впервые в СССР, был применен гастроскоп на волоконной оптике, освоена методика прицельной гастробиопсии.

Награжден тремя орденами Ленина, орденами Октябрьской Революции, Красного знамени, Отечественной войны I и II степеней, Трудового Красного Знамени, Дружбы народов и др.



21 сентября

Зал Адмиральский (400 мест)

Зал Лазурный берег (250 мест)

Зал Лагуна (110 мест)

09:00 **09:00** **09:00**

09:15 09:15 09:15

09:30 **09:30** **09:30**

09:45 09:45 09:45

10:00 **10:00** **10:00**

10:15 10:15 10:15

10:30 **10:30** **10:30**

10:45 10:45 10:45

11:00 **11:00** **11:00**

11:15 11:15 11:15

11:30 **11:30** **11:30**

11:45 11:45 11:45

12:00 **12:00** **12:00**

12:15 12:15 12:15

12:30 **12:30** **12:30**

12:45 12:45 12:45

13:00 **13:00** **13:00**

13:15 13:15 13:15

13:30 **13:30** **13:30**

13:45 13:45 13:45

14:00 **14:00** **14:00**

14:15 14:15 14:15

14:30 **14:30** **14:30**

14:45 14:45 14:45

15:00 **15:00** **15:00**

15:15 15:15 15:15

15:30 **15:30** **15:30**

15:45 15:45 15:45

16:00 **16:00** **16:00**

16:15 16:15 16:15

16:30 **16:30** **16:30**

16:45 16:45 16:45

17:00 **17:00** **17:00**

17:15 17:15 17:15

17:30 **17:30** **17:30**

17:45 17:45 17:45

18:00 **18:00** **18:00**

18:15 18:15 18:15

18:30 **18:30** **18:30**

18:45 18:45 18:45

19:00 **19:00** **19:00**

Официальное открытие съезда

плернарное заседание

Мартынов А.И. (Москва)

Сафин И.Н. (Казань)

Верткин А.Л. (Москва)

Сигитова О.Н. (Казань)

Кокорин В.А. (Москва)

СИМПОЗИУМ

Сложные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Председатель Мартынов А.И. (Москва)

Амбулаторный прием

Пленарное заседание

В тренде эпохи – школа амбулаторного врача.

Председатель Верткин А.Л. (Москва)

«Дело, которому ты служишь!»

Сопредседатели: Верткин А.Л. (Москва), Носова А.В. (Москва)

Актуальные вопросы нефрологии в терапевтической практике.

Сопредседатели: Сигитова О.Н. (Казань),

Максудова А.Н. (Казань)

СИМПОЗИУМ

Частные вопросы в практике врача-терапевта. Часть I.

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва),

Мехтиева С.Н. (Санкт-Петербург)

«Дорогой мой человек».

Председатель Верткин А.Л. (Москва)

СИМПОЗИУМ

Рациональное ведение и сопровождение пациента.

Принципы формирования домашней аптечки.

Сопредседатели: Хадзегова А.Б. (Москва), Малыгин А.Г. (Москва)

СИМПОЗИУМ

Частные вопросы в практике врача-терапевта. Часть II.

Председатель Пчелинцев М.В. (Москва)

«Я отвечаю за все».

Председатель Верткин А.Л. (Москва)

Заседание Научно-медицинской общественной

организации терапевтов Республики Татарстан

совместно с членами Президиума РНМОТ.

22 сентября

Зал Адмиральский (400 мест)

Зал Лазурный берег (250 мест)

Зал Лагуна (110 мест)

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30				09:30
09:45				09:45
10:00	СИМПОЗИУМ Сердечно-сосудистый континуум. Как продлить жизнь пациента? <i>Сопредседатели: Ослопов В.Н. (Казань), Хасанов Н.Р. (Казань)</i>		СИМПОЗИУМ Эндокринология в терапевтической практике. <i>Сопредседатели: Валеева (Казань), Хасанов Э.Н. (Казань)</i>	10:00 Заболевания желудочно-кишечного тракта: что нужно знать врачу-терапевту. <i>Сопредседатели: Пляснин С.В. (Москва), Сайфутдинов Р.Г. (Казань)</i>
10:15				10:15
10:30				10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15				11:15
11:30	СИМПОЗИУМ Национального общества доказательной фармакотерапии Больные с фибрилляцией предсердий и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями: медицинская практика и пути повышения эффективности профилактической фармакотерапии. <i>Сопредседатели: Марцевич С.Ю. (Москва), Бунин Ю.А. (Москва)</i>		СИМПОЗИУМ Проблемы гастроэнтерологии и гепатологии. <i>Сопредседатели: Полунина Т.Е. (Москва), Голованова Е.В. (Москва)</i>	11:30 СИМПОЗИУМ Актуальные вопросы пульмонологии в терапевтической практике. <i>Председатель: Малявин А.Г. (Москва)</i>
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30				12:30
12:45				12:45
13:00				13:00
13:15				13:15
13:30	СИМПОЗИУМ Сложный пациент – непростое решение. <i>Сопредседатели: Тергулов Ю.Э. (Казань), Шарифеев А.З. (Казань)</i>		СИМПОЗИУМ Возможности оптимизации лечения в сложных клинических ситуациях. <i>Председатель: Сигитова О.Н. (Казань)</i>	13:30 СИМПОЗИУМ Междисциплинарные подходы при ведении пациентов с заболеваниями дыхательных путей. <i>Сопредседатели: Вязель А.А. (Казань), Хамитов Р.Ф. (Казань)</i>
13:45				13:45
14:00				14:00
14:15				14:15
14:30				14:30
14:45				14:45
15:00	СИМПОЗИУМ Ревматология: современные достижения и перспективы. <i>Сопредседатели: Абдулганниева Д.И. (Казань), Якупова С.П. (Казань)</i>		СИМПОЗИУМ Как улучшить качество оказания помощи гастроэнтерологическим пациентам? <i>Сопредседатели: Сайфутдинов Р.Г. (Казань), Абдулганниева Д.И. (Казань)</i>	15:00 СИМПОЗИУМ Актуальный гемостаз: взгляд терапевта. <i>Сопредседатели: Галляутдинов Г.С. (Казань), Мустафин И.Г. (Казань)</i>
15:15				15:15
15:30				15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30				16:30
16:45				16:45
17:00	СИМПОЗИУМ Клиническая аллергология и иммунопатология в практике терапевта. <i>Сопредседатели: Снороходкина О.В. (Казань), Рахматуллина Н.М. (Казань)</i>		Конкурс молодых терапевтов <i>Председатель: Кожурин В.А. (Москва)</i>	17:00
17:15				17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:00				18:00
18:15				18:15
18:30				18:30
18:45				18:45
19:00				19:00

Зал Адмиральский

09:30–10:00

Официальное открытие съезда

10:00–12:00

пленарное заседание

Роль Российского научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании.

Мартынов А.И. (Москва)

Состояние и перспективы развития терапевтической службы в РТ.

Сафин И.Н. (Казань)

Лабораторная служба в поликлинике: «ни дня без строчки».

Верткин А.Л. (Москва)

Хроническая болезнь почек в практике терапевта: актуальные вопросы диагностики и терапии.

Сигитова О.Н. (Казань)

Возможности сердечного белка, связывающие жирные кислоты в дифференциальной диагностике инфаркта миокарда.

Кокорин В.А. (Москва)

12:15–13:45

симпозиум

Сложные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Председатель Мартынов А.И. (Москва)

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

Мартынов А.И. (Москва)

Оптимальные подходы к снижению сердечно-сосудистого риска при артериальной гипертензии.

Хадзегова А.Б. (Москва)

Базовые принципы диагностики и лечения головокружений. Рекомендации для практикующих врачей.

Есин Р.Г. (Казань)

Современные возможности фармакотерапии стабильной стенокардии.

Шутов А.М. (Ульяновск)

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

Мартынов А.И. (Москва)

13:45–14:30

Обед

14:30–16:00

симпозиум

Частные вопросы в практике врача-терапевта. Часть I.

*Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва),**Мехтиев С.Н. (Санкт-Петербург)*

Множественность заболеваний у лиц старших возрастных групп в практике врача первичного звена.

Конев Ю.В. (Москва)

Современные подходы к лечению НЖБП.

Мехтиев С.Н. (Санкт-Петербург)

Эссенциальные фосфолипиды в терапии заболеваний печени (НАЖБП, АБП, ХВГ).

Вовк Е.И. (Москва)

Доклад при поддержке компании Санофи*

Противовирусные препараты с точки зрения доказательной медицины. Взгляд фармаколога.

Карева Е.Н. (Москва)

16:15–17:45

симпозиум

Частные вопросы в практике врача-терапевта. Часть II.

Председатель Кокорин В.А. (Москва)

ГЭРБ у полиморбидного пациента.

Белоусова Л.Н. (Санкт-Петербург)

Комбинация парацетамола с ибупрофеном для лечения интенсивной боли. Новые возможности.

Пчелинцев М.В. (Санкт-Петербург)

Фармакологические и правовые аспекты применения трансдермальных систем опиоидов в терапии онкологической боли.

Сидоров А.В. (Ярославль)

Роль хронического стресса в развитии ожирения.

Мирзоян И.А. (Ижевск)

Зал Лазурный берег

Амбулаторный прием

12:15–13:45

Пленарное заседание

В тренде эпохи – школа амбулаторного врача.

Председатель Верткин А.Л. (Москва)

«Дело, которому ты служишь!»

Сопредседатели: Верткин А.Л. (Москва), Носова А.В. (Москва)

1. «Вы еще и своей личностью обязаны действовать», или Как посмотреть пациента за 12 минут.
2. «И перешла на тему, которая вечно тревожила ее...». Алгоритмы диагностики и лечения социально-значимых заболеваний. Клинические диалоги.

13:45–14:30

Обед

14:30–16:00

«Дорогой мой человек».

Председатель Верткин А.Л. (Москва)

1. «Больной должен стараться выздороветь для своего хорошего доктора». Алгоритмы выявления и ведения кардиохирургического больного терапевтом поликлиники.
2. «Те, к кому приезжает карета скорой помощи, почти никогда не интересуются фамилией врача». «Красные флаги» на амбулаторном приеме.

* - Доклад, не участвует в непрерывном образовании врачей

16:15–17:45

«Я отвечаю за все».

Председатель Верткин А.Л. (Москва)

1. «Вы обязаны быть нравственно богатырем, легендой, сказкой, а не овсяным киселем». Первые консенсусы специалистов для терапевта поликлиники: Диабетическая нейропатия. Боль в спине.
2. «Диагностический комфорт». Лабораторная служба в поликлинике.
3. «С трепетом почти священным». Амбулаторная гостиная: представление новой программы общества «Амбулаторный врач: Воспоминания о будущем».

Зал Лагуна

12:15–13:45

Актуальные вопросы нефрологии в терапевтической практике.

Сопредседатели: Сигитова О.Н. (Казань), Максудова А.Н. (Казань)

Кардиоренальный континуум при хронической болезни почек, возможен ли выход из замкнутого круга?

Сигитова О.Н. (Казань)

Современные маркеры повреждения почек.

Максудова А.Н. (Казань)

Механизмы развития анемии при хронической болезни почек и методы ее коррекции.

Хасанова М.И. (Казань)

Особенности артериальной гипертензии и качества жизни у больных ХБП 5 стадией, возможности терапии.

Казакова И.А. (Ижевск)

Инфекция мочевых путей у беременных: современные клинические рекомендации по диагностике и лечению.

Архипов Е.В. (Казань)

Клинические проявления резистентности инфекции мочевых путей к антимикробной терапии и пути ее преодоления.

Сигитова О.Н. (Казань)

13:45–14:30

Обед

14:30–16:00

симпозиум

Рациональное ведение и сопровождение пациента.

Принципы формирования домашней аптечки.

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Малявин А.Г. (Москва),

Хадзегова А.Б. (Москва)

Осведомленность больных и контролируемое использование лекарственных средств: победа или капитуляция?

Мартынов А.И. (Москва)

Готовые решения повышения эффективности лечения амбулаторных больных: формируем домашнюю аптечку.

Хадзегова А.Б. (Москва)

Выбор безрецептурного препарата. Роль клинического фармаколога.

Прохорович Е.А. (Москва)

Домашняя аптечка.

Малявин А.Г. (Москва)

16:15–17:45

Заседание Научно-медицинской общественной организации терапевтов Республики Татарстан совместно с членами Президиума РНМОТ.

Зал Адмиральский

09:30–11:00

симпозиум

Сердечно-сосудистый континуум. Как продлить жизнь пациента?

Сопредседатели: Ослопов В.Н. (Казань), Хасанов Н.Р. (Казань)

Кардиоваскулярные факторы риска: начало пути.

Булашова О.В. (Казань)

Как защитить органы-мишени при артериальной гипертензии – фокус на почки.

Сигитова О.Н. (Казань)

Оптимизация терапии сочетания артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца:

резервы и возможности.

Амиров Н.Б. (Казань)

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

Камалов Г.М. (Казань)

Можно ли вмешаться в сердечно-сосудистый континуум? Новые возможности ведения пациента с ХСН.

Хасанов Н.Р. (Казань)

Когда шунтирование уже не поможет. Новые подходы к улучшению качества жизни при мультифокальном атеросклерозе.

Гильманов А.А. (Казань)

11:15–12:45

симпозиум Национального общества доказательной фармакотерапии

Больные с фибрилляцией предсердий и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями: медицинская практика и пути повышения эффективности профилактической фармакотерапии.

Сопредседатели: Марцевич С.Ю. (Москва), Бунин Ю.А. (Москва)

Больные с фибрилляцией предсердий и перенесенным мозговым инсультом, инфарктом миокарда: клинические рекомендации, междисциплинарное взаимодействие.

Марцевич С.Ю. (Москва)

Антиаритмическая терапия фибрилляции предсердий: выбор стратегии и особенности лечения при некоторых коморбидных состояниях.

Бунин Ю.А. (Москва)

Антиангинальная терапия у больных стабильной стенокардией: основы лечебной тактики и дополнительные возможности повышения эффективности.

Кутишенко Н.П., Воронина В.П. (Москва)

Больные с фибрилляцией предсердий и сочетанными сердечно-сосудистыми заболеваниями: медикаментозное лечение и исходы в реальной медицинской практике.

Лукьянов М.М. (Москва)

13:00–14:30

симпозиум

Сложный пациент – непростое решение.

Сопредседатели: Терезулов Ю.Э. (Казань), Шарафеев А.З. (Казань)

Значение функциональных исследований при артериальной гипертензии.

Терезулов Ю.Э. (Казань)

Боль в спине: старые проблемы, новые решения.

Кадырова Л.Р. (Казань)

Синуситы и отиты, это просто или сложно. Что надо знать и уметь терапевту и семейному врачу.

Мосихин С.Б. (Казань)

Перспективные методы лечения атопического дерматита.

Маланичева Т.Г. (Казань)

Сложности ведения пациентов с синдромом NoReflow и методы их коррекции.

Шарафеев А.З. (Казань)

Современные возможности лечения атеросклероза сосудов нижних конечностей в амбулаторных условиях.

Зудин А.М. (Москва)

14:45–16:15

симпозиум

Ревматология: современные достижения и перспективы.

Сопредседатели: Абдулганиева Д.И. (Казань), Якупова С.П. (Казань)

Ревматология: современность и перспективы.

Абдулганиева Д.И. (Казань)

Совершенствование структуры оказания ревматологической помощи в г. Казани.

Мухина Р.Г. (Казань)

Перспективы в лечении остеоартрита.

Волчкова Н.С. (Казань)

Гиперурикемия и подагра. Надо ли лечить?

Максудова А.Н. (Казань)

Пациент с острым артритом: куда ему обратиться?

Мясоутова Л.И. (Казань)

На клинический разбор представляется пациент Х.

Абдракипов Р.Д., Афанасьева М.А. (Казань)

16:30–18:00

симпозиум

Клиническая аллергология и иммунопатология в практике терапевта.

*Сопредседатели: Скороходкина О.В. (Казань),**Рахматуллина Н.М. (Казань)*

Лекарственная аллергия в условиях многопрофильной клиники.

Рахматуллина Н.М. (Казань)

Преимущества в ведении пациентов с первичными иммунодефицитами.

Хакимова Р.Ф., Лунцов А.В. (Казань)

Алгоритм терапии хронической крапивницы.

Скороходкина О.В. (Казань)

Особенности течения аллергических заболеваний респираторного тракта у беременных.

Васильева А.А. (Казань)

Атопический дерматит у подростков и взрослых: проблема диагностики и лечения.

Камашева Г.Р. (Казань)

Зал Лазурный берег

09:30–11:00

симпозиум

Эндокринология в терапевтической практике.

Сопредседатели: Валеева (Казань), Хасанов Э.Н. (Казань)

Нарушения липидного обмена при сахарном диабете.

Валеева Ф.В. (Казань)

Современные алгоритмы управления сахарным диабетом 2 типа.

Киселева Т.А. (Казань)

Гестационный диабет.

Газизова Г.Р. (Казань)

Нарушения углеводного обмена у больных иммуновоспалительными заболеваниями на фоне терапии глюкокортикоидами.

Нуруллина Г.И. (Казань)

Генетические основы ранних нарушений углеводного обмена.

Хасанова К.Б. (Казань)

Ранняя диагностика диабетической гастропатии у больных сахарным диабетом 1 типа на различных режимах инсулинотерапии.

Таюпова Д.С. (Казань)

11:15–12:45

симпозиум

Проблемы гастроэнтерологии и гепатологии.

Сопредседатели: Полунина Т.Е. (Москва), Голованова Е.В. (Москва)

Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с абдоминальной болью.

Полунина Т.Е. (Москва)

Антихеликобактерная терапия в практике врача-терапевта.

Голованова Е.В. (Москва)

На амбулаторном приеме пациент с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени.

Полунина Т.Е. (Москва)

Новый подход к патогенетической терапии хронических заболеваний печени.

Голованова Е.В. (Москва)

Оценка постпрандиальной секреции инсулина у больных хроническим панкреатитом.

Михайлова О.Д. (Ижевск)

13:00–14:30

симпозиум

Возможности оптимизации лечения в сложных клинических ситуациях.

Председатель Сигитова О.Н. (Казань)

Современная энтеросорбция в практике терапевта.

Евстигнеев О.В. (Москва)

Комплексная концепция патогенетической терапии остеопороза.

Сигитова О.Н. (Казань)

Тревожные расстройства в практике кардиолога и терапевта: возможности применения современных анксиолитиков».

Симаков А.А. (Самара)

Когнитивные нарушения – состояние проблемы и перспективы лечения. Опыт работы кабинета памяти МКДЦ РТ.

Житкова Ю.В. (Казань)

14:45–16:15

симпозиум

Как улучшить качество оказания помощи гастроэнтерологическим пациентам?

Сопредседатели: Сайфутдинов Р.Г. (Казань), Абдулганиева Д.И. (Казань)

Роль желчных кислот при патологии внутренних органов.

Сайфутдинов Р.Г. (Казань)

Диагностика и лечение ошибок при ведении пациентов с заболеваниями пищеварительной системы.

Абдулганиева Д.И. (Казань)

Расширение современных возможностей оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями печени.

Одинцова А.Х. (Казань)

Как повысить эффективность эрадикационной терапии: роль микро- и макроорганизма.

Абдулхаков С.Р. (Казань)

Особенности клинического течения хронического некалькулезного холецистита у больных с патологией эзофагогастродуоденальной зоны.

Печерских М.В. (Ижевск)

Варианты поражения пищеварительной системы при пищевой аллергии. Клинический опыт.

Ахмедзянова Д.Г. (Казань)

16:30–18:00

Конкурс молодых терапевтов

Председатель Кокорин В.А. (Москва)

Клиническое значение определения уровня сульфатов в моче у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Гайнуллина Г.Р. (Казань)

Гемореологические изменения у больных волчаночным нефритом как маркеры активности заболевания.

Георгинова О.А. (Москва)

Оценка роли некоторых факторов риска в прогрессировании мезангиопролиферативного нефрита.

Ким Т.Ю. (Казань)

Диагностические возможности новых неинвазивных биомаркеров для оценки активности язвенного колита.

Мухаметова Д.Д. (Казань)

Лабораторные и инструментальные изменения функций печени у больных хроническим некалькулезным холециститом.

Печерских М.В. (Ижевск)

Клинико-функциональные особенности больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией.

Приходько М.Н. (Киров)

Сравнительная характеристика пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой.

Салахова И.Н. (Казань)

Ассоциация полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 с сахарным диабетом 2 типа у жителей Республики Татарстан.

Хасанова К.Б. (Казань)

Зал Лагуна

09:30–11:00

симпозиум

Заболевания желудочно-кишечного тракта: что нужно знать врачу-терапевту.

Сопредседатели: Плюснин С.В. (Москва),

Сайфутдинов Р.Г. (Казань)

Взаимосвязь употребления алкоголя с атеросклерозом и раком молочной железы.

Плюснин С.В. (Москва)

Быстрый, мощный, уверенный, безопасный и доступный контроль секреции HCl при кислотозависимых заболеваниях.

Плюснин С.В. (Москва)

Запор и колоректальный рак, или Почему после 50 лет всем необходима колоноскопия.

Плюснин С.В. (Москва)

Микроскопический колит.

Сайфутдинов Р.Г. (Казань)

11:15–13:00

симпозиум

Актуальные вопросы пульмонологии в терапевтической практике.

Председатель Малявин А.Г. (Москва)

Современная терапия бронхообструктивного синдрома.

Малявин А.Г. (Москва)

Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечная недостаточность.

Адашева Т.В.

Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия. Рациональная терапия.

Малявин А.Г. (Москва)

Мифы острого бронхита.

Малявин А.Г. (Москва)

Разумная терапия бронхиальной астмы. Современная лекарственная парадигма.

Бабак С.Л. (Москва)

Клинический разбор пациента с бронхиальной астмой.

Бабак С.Л. (Москва)

13:15–14:45

симпозиум

Междисциплинарные подходы при ведении пациентов с заболеваниями дыхательных путей.

Сопредседатели: Визель А.А. (Казань), Хамитов Р.Ф. (Казань)

Проблема кашля в клинической практике врача-терапевта.

Хамитов Р.Ф. (Казань)

Респираторные инфекции: готовимся к сезону.

Визель И.Ю. (Казань)

Лечение хронической обструктивной болезни легких: алгоритмы 2017.

Визель А.А. (Казань)

Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни легких: суть проблемы.

Якупова А.Ф. (Казань)

15:00–16:30

симпозиум

Актуальный гемостаз: взгляд терапевта.

Сопредседатели: Галяутдинов Г.С. (Казань), Мустафин И.Г. (Казань)

Длительный прием антикоагулянта: когда тромбоз и кровотечение объединяются.

Галяутдинов Г.С. (Казань)

Современные аспекты лабораторной диагностики гемостаза.

Мустафин И.Г. (Казань)

Современная диагностика тромбофилических состояний.

Сафиуллина С.И. (Казань)

Антифосфолипидный синдром в терапевтической практике.

Фейсханова Л.И. (Казань)

Пациент с фибрилляцией предсердий высокого риска.

Хасанов Н.Р. (Казань)

Новости антикоагулянтной терапии.

Галяутдинов Г.С. (Казань)



Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной» Всероссийская конференция молодых терапевтов

22-23 мая 2018 года

Москва, Здание Правительства Москвы
(Новый Арбат, дом 36)

- Научная тематика **Терапевтического форума «Мультидисциплинарный больной»** будет охватывать все основные разделы внутренних болезней, вопросы диагностики, лечения и профилактики наиболее значимых заболеваний. Участники форума смогут услышать лекции и задать вопросы ведущим отечественным специалистам в разных областях внутренней медицины, посетить выставку фармацевтических компаний и специализированных СМИ.
- **Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной»** – первое в своем роде научное мероприятие, где новое поколение врачей осознает, почему комплексный подход в лечении пациента является движущей силой современной медицины.
- Вопросы лечения полиморбидных пациентов особенно важны для практикующего врача-терапевта.
- В рамках **Терапевтического форума «Мультидисциплинарный больной»** пройдет Всероссийская конференция молодых терапевтов, которая организуется для начинающих спикеров, чтобы дать им «большую» трибуну для выступлений.
- Ключевым вопросом в решении целого ряда проблем, связанных с мультиморбидным пациентом, является подготовка и образование молодого специалиста.
- В рамках конференции состоятся:
Конкурс на лучший клинический случай
Конкурс на лучшую научную работу

Подробнее на сайте www.mt.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

18+ Реклама

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

АО «Акрихин»

115054, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 5, этаж 6, БЦ «Риверсайд Тауэрз»

телефон: +7 (495) 721-36-97

факс: +7 (495) 723-72-82

электронная почта: info@akrikhin.ru

Официальный
спонсор



«АКРИХИН» входит в топ-5 крупнейших локальных фармацевтических производителей по объему продаж на российском фармацевтическом рынке.

Сегодня «АКРИХИН» – это 80-летний опыт и традиции работы на российском фармацевтическом рынке в сочетании с современными стандартами и технологиями ведения бизнеса. В продуктовом портфеле компании насчитывается более 200 препаратов основных фармакотерапевтических направлений. «АКРИХИН» выпускает широкий спектр социально значимых лекарств, являясь одним из крупнейших российских производителей лекарственных средств из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также средств для лечения туберкулеза и диабета.

ООО «Асцензия диабетическая продукция», Россия

123610, Москва, Краснопресненская наб, 12, оф. 1009

телефон: +7 (495) 730-59-61

электронная почта: info.ru@ascensia.com

www.diabetes.ascensia.com.ru

Ascensia Diabetes Care – международная компания, ставящая своей задачей улучшать жизнь людей с сахарным диабетом и обеспечивать их возможностью осуществлять контроль за своим здоровьем и благополучием.

Ascensia Diabetes Care, основанная в 2016 году в результате приобретения диабетического подразделения концерна Bayer (Bayer Diabetes Care) компанией Panasonic Healthcare Holdings, опирается на более чем 70-летний опыт создания инновационных продуктов и решений в области мониторинга гликемии, которые вносят положительные изменения в жизнь людей с сахарным диабетом.



Астра Зенека

125284, Россия, Москва, ул. Беговая, 3, стр. 1

телефон: +7 (495) 799-56-99

факс: +7 (495) 799-56-98

www.astrazeneca.ru www.astrazeneca.com

«АстраЗенека» – глобальная биофармацевтическая компания, нацеленная на обеспечение доступа пациентов к высокоэффективным препаратам благодаря инновационной научно-исследовательской деятельности и лидерству в области разработок и коммерциализации препаратов.

Основа работы «АстраЗенека» – это инновации в научно-исследовательской сфере ради блага пациентов. Более ста лет разработкой новых препаратов в компании руководили выдающиеся ученые. «АстраЗенека» гордится тем, что среди ее сотрудников и партнеров было 8 Нобелевских лауреатов. Сегодня компания ведет R&D деятельность на трех континентах, ежегодно инвестируя значительные средства в разработку инновационных препаратов, которые удовлетворяют насущные потребности пациентов. В 2016 году сумма общих инвестиций в R&D составила \$5,8 млрд.

Инвестиции компании сосредоточены на разработке рецептурных препаратов в таких терапевтических областях, как онкология, кардиология и сахарный диабет, респираторные, воспалительные и аутоиммунные заболевания, а также в неврологии.

В «АстраЗенека» работают около 50 тысяч сотрудников по всему миру в более чем 100 странах. В 2016 году продажи «АстраЗенека» составили более \$21 млрд.

Россия является одним из приоритетных рынков для деятельности «АстраЗенека». Число сотрудников компании в России составляет более 1000 человек в 70 городах России. Около 40 оригинальных препаратов компании зарегистрированы и разрешены к использованию на территории страны.

О разработках «АстраЗенека» в области респираторных заболеваний Респираторные заболевания являются одной из ключевых терапевтических областей для «АстраЗенека». Благодаря растущему портфелю препаратов компания занимает одну из лидирующих позиций по борьбе с респираторными заболеваниями в мире, в 2015 г. более 17 млн пациентов получили доступ к инновационным препаратам «АстраЗенека».

Цель компании состоит в трансформации существующих подходов к терапии бронхиальной астмы и ХОБЛ путем применения комбинаций ингаляционных лекарственных средств, использования биопрепаратов для таргетного лечения и внедрения научных разработок.

«АстраЗенека» обладает 40-летним опытом работы в области респираторных заболеваний. Компания сфокусирована на внедрение в клиническую практику как дозированных аэрозольных ингаляторов и порошковых ингаляторов, так и уникальной технологии ко-суспензии (Co-Suspension™ Delivery Technology). «АстраЗенека» сфокусирована на научно-исследовательской деятельности по четырем направлениям: эозинофильные болезни; заболевания, обусловленные Th2 ответом; патологии, в основе развития которых лежат эпителиальные клетки; аутоиммунные заболевания.





Гипосарт

кандесартан

Продлевает трудоспособность
пациента с артериальной
гипертензией*



- Доказанная органопротекция¹
- Более сильное антигипертензивное действие в сравнении с первым поколением сартанов²
- Сохраняет антигипертензивный эффект после пропущенного приёма препарата²

Производитель — фармацевтический завод «Польфарма» АО, Польша

¹ Гиллревский С. Р., Голцимид М. В., Кузьмина И. М. Доказательная история кандесартана: прошлое, будущее и настоящее // Журнал Сердечная Недостаточность. Том 16, №5, 2015 — С. 303-310.

² Kjeldsen S.E. et al. Effects of losartan vs candesartan in reducing cardiovascular events in the primary treatment of hypertension // Journal of Hypertension. — 2010. — №24. — P. 263-273.

² Mancia G. et al. Comparison of Angiotensin II Receptor Blockers: Impact of Missed Doses of Candesartan Cilexetil and Losartan in Systemic Hypertension // A.J.C. — 1999. — №84. — P. 285.



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ РУ ЛП-002665

Информация для медицинских и фармацевтических работников

Компания «Берлин-Хеми/А. Менарини» (официальный спонсор)

115162, Москва, Пресненская набережная, д.10, Бизнес-центр, «Башня на Набережной»
телефон: +7 (495) 785-01-00
факс: +7 (495) 785-01-01
электронная почта: info@berlin-chemie.ru
www.berlin-chemie.ru



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

Компания Берлин-Хеми/А. Менарини (Berlin-Chemie/Menarini), Россия входит в группу компаний Менарини, которая является лидирующим фармацевтическим объединением Европы Menarini Group. Фармацевтическое объединение Группа компаний Менарини (Menarini Group) имеет безупречную репутацию надежного партнера в разработке новых лекарственных препаратов, высокотехнологичном производстве по стандартам GMP, предоставлении актуальной научной информации. Основные стратегические цели Группы Менарини (Menarini Group) – инновационные исследования, интернационализация рынка в области здравоохранения.

Группа компаний Менарини располагает внушительным набором препаратов, разработанных с использованием собственных возможностей, а также продвигает препараты на основании прочных партнерских отношений с другими фармацевтическими компаниями.

Наиболее известными в области кардиологии являются рецептурные препараты Небилет®, Зокардис®, Кардосал®, Леркамен®, Ранекса®, Инеджи® и Эзетрол®.

На сегодняшний день в России компанией зарегистрировано около 80 лекарственных препаратов.

Компания «Бионорика СЕ», Германия

119619, Москва, 6-я улица Новые Сады, д. 2, корп. 1
телефон: +7 (495) 502-90-19
факс: +7 (495) 502-90-19
www.bionorica.ru



Bionorica®

Компания «Бионорика СЕ» (Германия) – одна из ведущих европейских производителей высококачественных растительных лекарственных препаратов. В своей деятельности «Бионорика» реализует оригинальную концепцию phytoneering (от «phyto» – растение и «engineering/pioneering» – прикладная наука, инженерное искусство/быть первым).

Компания «Бионорика» известна своими препаратами для лечения заболеваний верхних и нижних отделов дыхательных путей (Синупрет®, Тонзилгон® Н, Бронхипрет®, Тонзипрет®), урологических заболеваний (Канефрон®Н).

Biotehnos

115432, г. Москва, проспект Андропова, д.18, корп. 6, оф.6-07
телефон: +7 (800) 333-24-71
электронная почта: info@alflutop.org
www.alflutop.ru



Biotehnos – европейская компания, основанная в 1993 г. Ведущим видом деятельности является производство оригинальных лекарственных средств, активных фармацевтических субстанций, как животного, так и растительного происхождения. Компания основывает свою деятельность на научно-исследовательской инфраструктуре, достигшей за 20 лет своего существования значительных успехов в фармацевтической сфере, биотехнологиях, клеточной и молекулярной биологии. Ведущим препаратом Компании является препарат Алфлутоп, единственный комплекс сбалансированных элементов, обеспечивающий защиту матрикса хряща на клеточном и молекулярном уровне.

Найз®



Нестероидный противовоспалительный препарат нового поколения
(селективный ингибитор ЦОГ-2)

150 000 000

упаковок препарата



Доверие, основанное на опыте

★ <http://Int.imshealth.com>

ООО «ВАЛЕАНТ», Россия

115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5
телефон/факс: +7 (495) 510-28-79
электронная почта: Office.RU@valeant.com
www.valeant.com.ru



Valeant – это международная фармацевтическая компания, которая занимается производством и продвижением рецептурных и безрецептурных медицинских препаратов в области кардиологии (ТромбоАСС, Моноприл, Дилтиазем Ланнахер), неврологии (Нейромультивит, Нейродикловит, Вазонит), дерматологии, эндокринологии, психиатрии, стоматологии и офтальмологии. Компания Valeant с центральным офисом в Монреале (Канада), представлена в США, Канаде, Латинской Америке, Центральной и Восточной Европе, Австралии и Южной Африке.

Миссия компании Valeant заключается в улучшении здоровья пациентов посредством выявления их потребностей и обеспечения необходимыми медицинскими препаратами. Цель деятельности компании – изменить жизнь своих пациентов к лучшему.

В России интересы компании Valeant представляет ООО «ВАЛЕАНТ».

Гедеон Рихтер

Официальный спонсор

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия), г. Москва
119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 8
телефон: +7 (495) 987-15-55
факс: +7 (495) 987-15-56
электронная почта: centr@g-richter.ru
www.g-richter.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР

«Гедеон Рихтер» – венгерская фармацевтическая компания, крупнейший в Восточной Европе производитель лекарственных препаратов и лидер по объему инвестиций в сферу научных исследований и разработок. Производит около 100 генерических и оригинальных препаратов в более чем 170 формах. Компания, чья миссия лежит в обеспечении высокого качества лечения на протяжении поколений, является экспертом во многих терапевтических областях. Однако особое внимание уделяет исследованиям в области центральной нервной системы и женского репродуктивного здоровья. В активах компании шесть собственных заводов, один из которых открыт в г.Егорьевске (Россия) еще в 2001 году. В 2014 году «Гедеон Рихтер» отметил 60-летие своей успешной работы в России, продажи которой составляют около 30% от общего объема продаж в странах присутствия компании. По данным IMS Health, входит в ТОП-10 иностранных фармацевтических компаний, работающих на территории РФ. «Гедеон Рихтер» является социально-ответственной компанией, реализуя проекты в области КСО как на глобальном, так и на российском уровне. На сегодняшний день штат компании составляет около 10 тысяч человек в мире, около 1000 из которых трудится в России.

АО «ГлаксосмитКляйн Хелскер»

Генеральный спонсор

123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10
телефон: +7 (495) 777-98-50
www.gsk.com



GSK Consumer Healthcare – одна из крупнейших международных компаний на рынке безрецептурных лекарственных препаратов, медицинских изделий и косметических средств повседневного спроса. Наша цель – помочь, как можно большему количеству людей по всему миру делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше, используя наши продукты. История нашей компании насчитывает более 160 лет. Нам принадлежат одни из самых популярных в мире брендов, включая Сенсодин®, Вольтарен®, Терафлю®, Пародонтаск®, Корега®, Отривин®, Хорликс и Физиогель®.

Эти бренды успешны в более чем 100 странах по всему миру благодаря нашей приверженности высоким стандартам качества, которые гарантируют наши научные разработки. На их создание и продвижение нас вдохновили реальные пожелания и потребности миллионов людей во всем мире, которые ежедневно заходят в аптеки, гипермаркеты, магазины, а также совершают покупки онлайн и отдают предпочтение нашим продуктам.

Наша цель – построить глобальную, растущую компанию, которую мы называем компанией по производству и реализации безрецептурных препаратов, медицинских изделий и косметических средств повседневного спроса (FMCH). Наш бизнес призван обеспечить ежедневную заботу о здоровье людей во всем мире, основываясь на научной экспертизе и гарантиях качества, обладая при этом подлинным пониманием потребителя и работая в ритме современного мира.

ЭКВАМЕР®

АМЛОДИПИН | ЛИЗИНОПРИЛ | РОЗУВАСТАТИН

1 капсула 1 раз в день
**УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА,
УДОБСТВО ПАЦИЕНТА!**

Эквимер® – единственная
тройная фиксированная
комбинация для комплекс-
ной терапии пациентов
с артериальной гипертензией
и дислипидемией^{1,2}



5 мг + 10 мг + 10 мг



5 мг + 10 мг + 20 мг



10 мг + 20 мг + 10 мг



10 мг + 20 мг + 20 мг



ВЕСОМЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- Суточный контроль артериального давления и холестерина²⁻⁴
- Благоприятный профиль безопасности⁴
- Увеличение приверженности к терапии благодаря однократному приему⁵

1. <http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx?RegNumber=&MnnR=%D0%90%D0%BC%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BF%D0%B8%D0%BD%2b%D0%9B%0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BB+%D1%80%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD&f=&TradeNmR=&OwnerName=&MnfOrg=&MnfOrgCountry=&isfs=0&isND=-1®type=&order=RegDate&orderType=desc&pageNum=1>

2. См. инструкцию по медицинскому применению препарата Эквимер®.

3. Карпов Ю.А. Кардиология. 2015; 55(9): 10–15.

4. Карпов Ю.А. РМЖ. 2015; 27: 1581–83.

5. Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2013; 34: 2194.

На правах рекламы

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия):
Россия, 119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, 8.
Тел.: +7 (495) 987 1555, факс: +7 (495) 987 1556. www.g-richter.ru

Для медицинских и фармацевтических работников.

 **ГЕДЕОН РИХТЕР**

«ДОМИНАНТА-СЕРВИС»

142100, Московская область, г. Подольск, ул. Комсомольская, д.1

телефон: +7 (495) 580-30-60,

электронная почта: sekretar@dn-serv.ru

www.dominanta-service.ru



Динамично развивающаяся российская фармацевтическая компания, занимающаяся продажей и маркетингом современных, качественных, доступных лекарственных препаратов, косметики, биологически активных добавок (БАД), удовлетворяющих требованиям законодательства в области здравоохранения и полностью соответствующим ожиданиям пациентов. Сегодня в ассортиментном портфеле компании ЗАО «ДОМИНАНТА-СЕРВИС» более 100 наименований лекарственных препаратов и биологически активных добавок различных форм выпуска. Наряду с такими известными брендами, как «Золотая звезда», «Звездочка», «Наятокс», «Лотосоник» компания реализует свою линейку дженериков. Следуя внутренней политике, компания ЗАО «ДОМИНАНТА-СЕРВИС» стремится к своей основной цели – обеспечение потребителей высококачественной фармацевтической продукцией по доступным ценам.

Др. Редди'с Лабораторис, Индия

115035, Москва, Овчинниковская набережная, д. 20, стр. 1

телефон: +7 (495)783-29-01

факс: +7 (495)783-29-01

www.drreddys.ru

Официальный
спонсор



Компания Др. Редди'с Лабораторис Лтд. (NYSE: RDY) – интегрированная международная фармацевтическая компания, деятельность которой направлена на улучшение здоровья людей за счёт предоставления доступных и инновационных лекарственных препаратов.

Компания ведет свой бизнес в трёх направлениях: фармацевтические услуги и активные субстанции, международные дженерики и патентованные препараты, которые вместе представляют широкий портфель услуг и продуктов, включающий активные фармацевтические субстанции, дженерики, биологические препараты, разнообразные рецептуры и новые химические соединения. В своей деятельности компания фокусируется на таких терапевтических областях, как лечение боли, гастроэнтерология, гинекология, кардиология, онкология, педиатрия и лечение диабета. Основными рынками для компании являются Индия, США, Россия и СНГ, Ю. Африка, Румыния и Новая Зеландия.

ИПСЕН, Россия

109147, Москва, ул. Таганская, д. 19

телефон: +7 (495) 258-54-00

факс: +7 (495) 258-54-01

электронная почта: ipsen.moscow@ipsen.com



ИПСЕН – международная группа фармацевтических компаний, объединяющая более 4500 сотрудников, представляющая на рынке более 20 лекарственных препаратов, более чем в 100 странах мира. Мы стремимся значительно улучшить заботу о пациентах и качество их жизни путем внедрения в медицину инноваций, которые позволяют эффективно справляться с терапевтическими задачами и соответствуют потребностям пациентов.

ИПСЕН активно работает в таких областях медицины, как неврология, онкоурология, эндокринология, гематология, которые являются ее основными направлениями развития. Компания также реализует продукцию в других терапевтических областях, в которых она имеет многолетний опыт (гастроэнтерология, сердечно-сосудистые и когнитивные расстройства).

ПАО «Институт стволовых клеток человека»

Адрес компании: 119333 г. Москва, ул. Губкина д.3 стр.2, а/я 373
телефон: +7 (495) 646-80-76
www.hsci.ru

Институт стволовых клеток человека (ОАО «ИСКЧ») – российская публичная биотехнологическая компания, основанная в 2003 году.

Направления деятельности ИСКЧ – разработка, коммерциализация, а также продвижение на рынке собственных инновационных лекарственных препаратов и высокотехнологичных услуг в сфере регенеративной медицины, медицинской генетики, генной терапии, биострахования и биофармацевтики. Компания ставит целью формирование новой культуры медицинской заботы о человеке – развитие здравоохранения в области персонализированной и профилактической медицины.

ИСКЧ принадлежит крупнейший в стране банк персонального хранения стволовых клеток пуповинной крови – Гемабанк, а также банк репродуктивных клеток человека – Репробанк (персональное хранение и донация).

Компания вывела на рынок первый российский геннотерапевтический препарат для лечения ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза – Неоваскулген®, а также инновационную медицинскую технологию применения дермальных аутофибробластов для восстановления кожи с признаками возрастных и иных структурных изменений – SPRS-терапия.

ИСКЧ реализует социально-значимый проект Genetico по созданию лаборатории новых методов генетической диагностики, а также общероссийской сети медико-генетических центров для предоставления услуг генетической диагностики и консультирования с целью раннего выявления и профилактики наследственных заболеваний, а также патологий с генетической составляющей (включая услуги PGD, Prenetix и др.). С 2013 года спектр услуг генетической диагностики и консультирования предоставляется на базе нового лабораторно-производственного комплекса, созданного ИСКЧ в Москве.

Компания нацелена на развитие своих продуктов на российском и мировом рынках.



ИНСТИТУТ
СТВОЛОВЫХ
КЛЕТОК
ЧЕЛОВЕКА

ООО «Мерц Фарма»

123317, Москва, Пресненская наб, 10, блок С «Башня на набережной».
телефон: +7 (495) 653-85-55
факс: +7 (495) 653-85-54
электронная почта: info@merz.ru
www.merz.ru

Merz (Германия) – уважаемая и надежная инновационная компания, специализирующаяся на разработке и производстве препаратов, обеспечивающих современное качество жизни своим пациентам. Миссия компании – помогать людям лучше выглядеть, лучше себя чувствовать, лучше жить. Обладая профессиональной экспертизой в области неврологии, гепатологии, иммунологии и клинической дерматологии, с 2010 года Merz уделяет особое внимание эстетической дерматологии и ботулинотерапии.

Российское подразделение Merz работает с 1997 года. По данным компании IMS Health входит в список 70 крупнейших фармкомпаний России. Российский филиал занимает третье место по объемам продаж в мире среди подразделений Merz. На сегодняшний день в России зарегистрированы 44 лекарственных препарата, косметических средства и изделий медицинского назначения.



ООО «НПК «Базовый Индивидуальный Комплекс» (ООО «НПК «БИК»)

Россия, 190020, Санкт-Петербург, ул. Курляндская, д. 28-А
телефон: +7 (812) 331-77-51
электронная почта: info@npk-bik.ru
eubikor.ru

ООО «НПК «БИК» – современная, динамично развивающаяся компания, специализирующаяся в области разработки и производства биологически активных добавок к пище с использованием инновационных технологий.

В портфеле продуктов компании присутствует широко известный препарат из группы пребиотиков ЭУБИКОР. ЭУБИКОР предназначен для нормализации микрофлоры кишечника, улучшения функционального состояния желудочно-кишечного тракта, рекомендован в качестве дополнительного источника пищевых волокон.



ЭУБИКОР®

ООО «Натива»

123001, г.Москва, Ермолаевский переулок, дом 25,
телефон/факс: +7 (495) 502-16-43
www.nativa.pro



ООО «Натива» – российская фармацевтическая компания полного цикла, специализирующаяся на разработке и выпуске лекарственных средств для применения в пульмонологии, эндокринологии, онкологии, гинекологии и неврологии. Выпускается порядка 30 наименований лекарств, большая часть которых входит в перечень ЖНВЛП. Производство организовано в соответствии с международными стандартами GMP.

АО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское»

142279, Московская обл., Серпуховский район, п. Оболенск, корп. 7-8
телефон:+7 (495) 646-28-68
факс: +7 (495) 646-28-68
электронная почта: info@obolensk.ru
www.obolensk.ru



АО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» основано в 1994 г. на базе Государственного научного центра прикладной микробиологии.

В конце 2013 г. на основе производственного предприятия «Оболенское» создан фармхолдинг «Алванса».

В продуктовой портфеле компании насчитывается более 100 наименований лекарственных средств, среди которых широкий спектр социально значимых препаратов. Приоритетное направление отдается сердечно-сосудистым, гастроэнтерологическим, эндокринологическим, противовирусным препаратам.

Производство АО «ФП «Оболенское» соответствует всем требованиям ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

Системы менеджмента качества соответствуют требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 и национального стандарта ГОСТ ISO 9001-2011.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

191119, город Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 112
телефон: +7 (812) 710-82-25
факс: +7 (812) 764-62-84
электронная почта: sales@polysan.ru
www.polysan.ru



ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН» основана в 1992 году. Сфера деятельности – разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: ЦИТОФЛАВИН (Cytotflavin), ЦИКЛОФЕРОН (Cycloferon), РЕАМБЕРИН (Reamberin), РЕМАКСОЛ (Remaxol). Компания ПОЛИСАН была дважды удостоена премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза.

ПАО «Отисифарм»

123317, Москва, Тестовская ул., д.10, ДЦ «Северная Башня», подъезд 1, этаж 12

телефон: +7 (495) 221-18-00

факс: +7 (495) 221-18-02

электронная почта: info@otcpharm.ru

www.otcpharm.ru

ПАО «Отисифарм» – компания, образовавшаяся в результате выделения брендированного безрецептурного бизнеса из крупнейшей российской фармацевтической компании ПАО «Фармстандарт».

Под управлением ПАО «Отисифарм» находится портфель самых популярных безрецептурных препаратов отечественного производства, таких как Арбидол®, Афобазол®, Амиксин®, Пенталгин®, Флюкостат®, Компливит® и др.

ПАО «Отисифарм» занимается продвижением и продажей безрецептурных лекарственных препаратов и биологически-активных добавок. Основное внимание компания уделяет совершенствованию качества препаратов и стратегическому развитию своих брендов.

На текущий момент продуктовый портфель компании «Отисифарм» состоит из 67 препаратов, которые представлены в наиболее значимых терапевтических категориях коммерческого сегмента фармацевтического рынка России.

Производство продукции компании осуществляется на промышленных площадках по производству лекарственных средств ПАО «Фармстандарт», где внедрена, функционирует и постоянно совершенствуется система управления качеством: ПАО «Фармстандарт-Лексредства», ПАО «Фармстандарт-Томскхимфарм», ПАО «Фармстандарт-УфаВИТА» и ЗАО «ЛЕККО».

На всех предприятиях ПАО «Фармстандарт», где производятся лекарственные средства компании ПАО «Отисифарм» внедрена, функционирует и постоянно совершенствуется система управления качеством. Действующая система управления качеством разработана и внедрена строго в соответствии с требованиями Директивы 2003/94/ЕС, национальных стандартов РФ ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств» и ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ИСО 9001:2008) «Системы менеджмента качества»



РЕКИТТ БЕНКИЗЕР ХЭЛСКЭР

123022, Москва, ул. Кожевническая, д. 14

телефон: +7 (495) 961-25-65

факс: +7 (495) 961-25-66

www.rb.com

«Reckitt Benckiser Healthcare» – мировой производитель безрецептурных лекарственных препаратов. Основные направления деятельности – обезболивающие и жаропонижающие средства (Нурофен, Нурофен для Детей), препараты от боли в горле (Стрепсилс), средства для ухода за кожей (Клерасил), препарат против изжоги (Гевискон).

Нурофен – эффективное болеутоляющее, и противовоспалительное средство, активным действующим веществом которого является ибупрофен.

Нурофен для Детей – жаропонижающее и болеутоляющее средство для детей. Выпускается в форме суспензии, суппозитория и таблеток. Разрешен к применению с 3 месяцев (таблетки – с 6 лет). Препарат снижает высокую температуру тела, облегчает головную и зубную боли, боли в ушах и горле, действуя до 8 часов.

Гевискон – препарат от изжоги с уникальным механизмом действия, не влияет на нормальный процесс пищеварения.

Стрепсилс Интенсив – нестероидное противовоспалительное средство против боли в горле, в форме таблеток для рассасывания!

Стрепсилс Интенсив содержит уникальное вещество флурбипрофен, который помогает избавиться от боли в горле за 2 минуты и действует в течение 2-3 часов.



Санofi, Россия

25009, Москва, ул. Тверская, д.22

телефон: +7 (495) 721-14-00

www.sanofi.ru

Санofi – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, с направленной деятельностью на широкий спектр задач: от профилактики заболеваний до их лечения. Санofi преобразует научные инновации в конкретные решения в сфере здравоохранения, способствуя таким образом улучшению качества жизни пациентов по всему миру. Компания Санofi присутствует в России с 1970 г. и предлагает пациентам обширный портфель оригинальных лекарственных средств, дженериков и безрецептурных препаратов в ключевых терапевтических областях, а также человеческие вакцины.



ЗАО «ФармФирма «Сотекс»

115201, Москва, Каширское шоссе, д.22, корп. 4, стр.7
телефон: +7 (495) 231-15-12
www.sotex.ru



ЗАО «ФармФирма «Сотекс» – современный производитель лекарственных средств, работающий в соответствии с требованиями GMP EU. Завод компании, располагающийся в Сергиево-Посадском районе Московской области, является одним из наиболее высокотехнологичных и инновационных фармацевтических предприятий в России. В портфеле компании более 150 препаратов, применяющихся в социально значимых терапевтических направлениях: неврология, ревматология, нефрология, кардиология, онкология и др. На заводе осуществляется полный производственный цикл: приготовление инъекционных растворов, наполнение ампул и шприцев с последующей маркировкой, упаковкой и отгрузкой на склад. «Сотекс» представляет производственный сегмент бизнеса Группы компаний «Протек» – крупнейшего фармацевтического холдинга России.

ООО «Такеда Фармасьютикалс»

119048, Москва, ул. Усачева, 2, стр. 1
телефон: +7 (495) 933-55-11
факс: +7 (495) 502-16-25
электронная почта: info@takeda.com
www.takeda.com.ru



ООО «Такеда Фармасьютикалс» («Такеда Россия») – центральный офис расположен в Москве, входит в состав Takeda Pharmaceutical Company Limited, Осака, Япония.

Компания имеет представительства в более чем 70 странах мира, с традиционно сильными позициями в Азии, Северной Америке, Европе, а также на быстрорастущих развивающихся рынках, включая Латинскую Америку, страны СНГ и Китай. Takeda сосредотачивает свою деятельность на таких терапевтических областях, как: заболевания центральной нервной системы, сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, гастроэнтерология, онкология и вакцины.

Деятельность Takeda основана на научных исследованиях и разработках с ключевым фокусом на фармацевтике. Как крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, Takeda стремится к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины. После ряда стратегических приобретений, компания трансформирует свой бизнес, расширяя круг терапевтических областей и географию глобального присутствия.

Более подробную информацию о Takeda вы можете найти на сайте компании <http://www.takeda.com/> или «Такеда» в России на <http://www.takeda.com.ru>

ООО «ТНК СИЛМА», Россия

115573, Москва, ул. Шипиловская, д. 50, корп. 1, стр. 2
телефон: +7 (495) 223-91-00
электронная почта: contact@enterosgel.ru
www.enterosgel.ru

ООО «ТНК Силма» – российская компания, занимающаяся производством оригинальных лекарственных средств на основе кремнийорганических соединений. С 1994 г. на предприятии был налажен промышленный выпуск препарата Энтеросгель, предназначенного для лечения токсических состояний, коррекции микробиоценоза, восстановления эпителия слизистых оболочек и других тканей организма.

За счет своих уникальных свойств Энтеросгель применяется в различных областях медицины: аллергологии, гастроэнтерологии, инфектологии, нефрологии, токсикологии, акушерстве и гинекологии, хирургии и др.



Rompharm Company

г. Москва, ул. Горбунова, д. 2, стр. 204
телефон: +7 (495) 269-00-39
электронная почта: info@rompharm.ru
www.rompharma.ru

Rompharm Company – динамично развивающаяся компания на европейском и российском фармацевтическом рынке, современное европейское производство (GMP), выпускающее лекарственные препараты для России, Европейского Союза, стран СНГ.

С ноября 2016 года Rompharm Company производит по швейцарской технологии оригинальный инъекционный хондропротектор – РУМАЛОН.

Доверие врачей и пациентов заслужил рецептурный препарат ДИАФЛЕКС (МНН диацереин), который относится к новому поколению НПВП и рекомендован как препарат базисной противовоспалительной терапии остеоартроза (ESCEO, 2016) и остеохондроза.

Приоритетом развития Rompharm Company видит производство современных европейских лекарственных препаратов по доступным ценам для российских пациентов.



ООО «ЭГИС-РУС»

121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8
телефон: +7 (495) 363-39-66
телефон: +7 (495) 789-66-31
электронная почта: moscow@egis.ru
www.egis.ru

ООО «ЭГИС-РУС» эксклюзивно поставляет в РФ продукцию ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия). Штаб-квартира ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» располагается в Будапеште, Венгрия. ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» известно на международном рынке своими технологиями производства, отвечающие мировым стандартам, и высококачественными препаратами, которые широко применяются в современной терапии и способствуют улучшению качества жизни пациентов и ее продолжительности.

Направления деятельности: производство генерических лекарственных средств, научные исследования, разработки оригинальных препаратов, производство активных ингредиентов и готовых лекарственных препаратов.

Приоритетными направлениями фармацевтического производства «ЭГИС» является выпуск и создание лекарственных препаратов для лечения заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной систем, женского здоровья, дерматовенерологии.



ООО «ЭЙ энд ДИ РУС»

117545 г. Москва, ул. Дорожная, д.3, корп.6, комн. 8б
телефон: +7 (495) 937-33-44
факс: +7 (495) 937-55-66
электронная почта: info@and-rus.ru
www.and-rus.ru

Компания «ЭЙ энд ДИ РУС» – дочерняя компания транснациональной японской корпорации A&D (основанной в 1977 году в Токио), одного из главных мировых производителей японской медицинской техники, весового и индустриального оборудования. Миссия компании – улучшить качество жизни россиян путем продажи высококачественных товаров.



Средства профессиональной информации и коммуникации

Генеральный
информационный спонсор



Журнал «Терапия»

117420, г. Москва, Профсоюзная ул., 57, подъезд 3
телефон: +7 (495) 334-43-88, доб. 224
электронная почта: therapy@bionika-media.ru
www.therapy-journal.ru

«Терапия» – научно-практический рецензируемый журнал; с 2015 года является официальным изданием Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). Главный редактор – президент РНМОТ, академик РАН, профессор А.И. Мартынов. Заместитель главного редактора – генеральный секретарь РНМОТ, д.м.н., профессор А.А. Спасский.

Журнал «Терапия» ставит целью содействие наиболее полному и всестороннему развитию отечественного здравоохранения, медицинской науки и образования, профессиональному росту медицинских работников, ведущих научно-исследовательскую, преподавательскую и практическую работу в области терапии и смежных дисциплин. Каждый номер журнала является тематическим и посвящен определенной медицинской специализации. Целевая аудитория: терапевты амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, врачи общей практики, узкие специалисты. В журнале «Терапия» публикуются оригинальные статьи, обзоры литературы, лекции, клинические разборы, рецензии на вновь вышедшую специализированную литературу.

Генеральный
информационный спонсор



Портал российского врача WWW.MEDVESTNIK.RU

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
WWW.MEDVESTNIK.RU

MEDVESTNIK.RU – специализированный портал для практикующих врачей, медицинского персонала и работников системы здравоохранения. Вся необходимая информация на одном сайте: новости, научно-медицинские статьи, интервью, аналитика, видеолекции и многое другое только для специалистов здравоохранения.

Журнал «Фарматека», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmateca.ru

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов. Журнал «Фарматека» – это:

- актуальные клинические обзоры;
- руководства и рекомендации ведущих специалистов по диагностике и лечению заболеваний;
- публикация результатов новейших клинических исследований;
- обсуждение вопросов оптимизации фармакотерапии;
- методологическое обоснование применения лекарственных средств;
- круглые столы по актуальным медицинским проблемам;
- фоторепортажи с медицинских мероприятий – конгрессов, симпозиумов, форумов;
- новости научного сообщества;
- освещение вопросов регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка, безопасности применения лекарств.

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.



ПОДПИСКА

ТЕРАПИЯ

www.bionika-media.ru

«Терапия» – научно-практический рецензируемый журнал, с 2015 года официальное издание Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). Главный редактор журнала – президент РНМОТ, академик РАН, профессор А.И. Мартынов.

Каждый номер журнала является тематическим и посвящен определенной медицинской специализации (кардиология, неврология, гастроэнтерология, ревматология, эндокринология и т.д.).

В журнале «Терапия» публикуются оригинальные статьи, обзоры литературы, лекции, клинические разборы, рецензии на вновь вышедшую специализированную литературу.

Уважаемые читатели!

Предлагаем вам оформить подписку на журнал «Терапия» с любого выпуска непосредственно в Издательском доме «Бионика Медиа»! Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки на 2018 год с приложением:

Первое полугодие (4 номера)
Годовая подписка (8 номеров)

1016 руб. 40 коп.

1848 руб. 00 коп.

Оформить подписку вы можете на портале www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8 (495) 332-02-63**

и по **e-mail: subscription@bionika-media.ru**

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания и подготовят необходимые документы.

Оформить подписку на 2017 год можно в любом почтовом отделении по каталогу «Газеты и журналы» Агентства Роспечать 80346 (полугодовая)



ПРИЛОЖЕНИЕ

Генеральный
информационный спонсор

Фармацевтический
ВЕСТНИК

Газета «Фармацевтический вестник»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57, 786-25-43
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmvestnik.ru

Газета «Фармацевтический вестник» – ведущее информационно-аналитическое издание и интернет портал для специалистов российского фармрынка и смежных отраслей. Полноцветный еженедельник объемом 24–48 полос формата А3 выходит 42 раза в год тиражом 16200 экземпляров; распространяется по подписке. Газета издается с 1994 г.

Портал www.pharmvestnik.ru помимо электронного архива газеты, содержит ежедневно обновляемую ленту новостей, калькулятор надбавок, сервисы для первостольников и других работников фармотрасли. Посещаемость сайта – более 100 000 уникальных пользователей и более 400 000 просмотров в месяц.

В ноябре 2014 года запущен видеопроjekt «Фармвестник-ТВ», в рамках которого еженедельно публикуются обзоры главных новостей с комментариями экспертов, видео интервью с ключевыми персонами отрасли, репортажи со значимых мероприятий.

Среди постоянных читателей газеты – не только руководители крупнейших предприятий фармотрасли, государственные служащие всех рангов, но и директора и заведующие аптеками, работники первого стола, а также специалисты по управлению персоналом. «Фармацевтический вестник» предоставляет читателям возможность ознакомиться с мнениями ведущих экспертов, представителей органов власти, общественных организаций и лидеров рынка.

Регулярные информационные партнеры

Газета «Московские аптеки», Россия

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1
телефон: +7 (499) 170-93-20
факс: +7 (499) 170-93-20
электронная почта: info@mosapteki.ru
www.mosapteki.ru

«Московские аптеки» – газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 года.

В каждом номере:

- актуальные темы отрасли;
- мнение экспертов фармбизнеса;
- мониторинг и рейтинги фармрынка;
- обзор аптечного ассортимента;
- бизнес-тренинги и консультации для руководителей и работников аптек.



Газета «Участковый терапевт»

115054, г. Москва, Жуков проезд, 19
телефон: (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru

Тираж: 35 000 экз.

Периодичность: 6 номеров в год

Тип издания: медицинская газета

Целевая аудитория: терапевты поликлиник

Рубрики издания:

Вспомним пропедевтику

Диагноз за 5 минут

Неотложная помощь

Гид по рациональной фармакотерапии

Профилактическая медицина

Пожилой больной

Ошибка диагностики и лечения

Алгоритм действий врача поликлиники на приеме и участке

Новый лекарственный препарат

КЭК (клинико-экспертная комиссия)

«Непрофильный» больной

Школы для терапевтов



Журнал «РМЖ», Россия

105066, г. Москва, ул. Спартаковская, д. 16, стр. 1
телефон: +7 (495) 545-09-80
факс: +7 (499) 267-31-55
электронная почта: postmaster@doctormedia.ru
www.rmj.ru

«РМЖ» – независимое издание для практикующих врачей. Издается с 1995 года. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – лучшие профессионалы в своих областях. Периодичность – 40 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, а также по подписке в РФ и странах СНГ. Более подробная информация на нашем сайте www.rmj.ru



Журнал «Справочник поликлинического врача»

115054, г. Москва, Жуков проезд, 19
телефон: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru

Издание: Справочник поликлинического врача

Тираж: 45 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

Тип издания: общемедицинский журнал по амбулаторной медицине

Целевая аудитория: терапевты и врачи-специалисты городских и районных поликлиник

Особенности издания:

Политематическое издание, состоящее из общей части, рассчитанной на участковых терапевтов, и специальной части, рассчитанной на узких специалистов терапевтического и хирургического профиля. Алгоритмы диагностики и лечения, статьи по неотложной помощи и дифференциальной диагностике, лекций, клинические разборы и результаты клинических исследований, актуальных для врачей поликлиник.

Интервью с ведущими специалистами.

Авторы – ведущие российские эксперты, работающие в клинических научно-исследовательских институтах, медицинских вузах, крупнейших клиниках страны.

Стиль подачи материала: журнал представляет собой справочное постоянно обновляемое издание для врачей поликлиник.



«Журнал Международной Медицины»

420021, г. Казань, ул. Г. Тукая 75 Г, офис 5
телефон: +7 (843) 200-94-14
www.Object

«Журнал Международной Медицины» – рецензируемое, специализированное научно-практическое медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников.

В журнале публикуются данные о важнейших современных практических и теоретических основах медицинской науки в стране и за рубежом.

Аудитория:

- Практикующие врачи различных специальностей.
- Деятели медицинской науки.
- Сотрудники кафедр различных медицинских вузов.
- Руководители и специалисты органов управления системы здравоохранения.



Журнал «In Vivo»

127282, г. Москва ул. Чермянская, д. 2
телефон: +7 (495) 737-35-00
электронная почта: protek@protek.ru

Авторитетный, научно-популярный журнал для врачей. Распространяется в 500 ЛПУ в 22 городах России. Тираж – 15 000 экземпляров.

Объем: 60 полос.

Аудитория: терапевты, кардиологи, эндокринологи, гинекологи, ЛОР-врачи.

Научно-практический журнал «Практическая медицина»

420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, офис 219 «Д», а/я 142
телефон: +7 (843)267-60-96
электронная почта: dir@mfv.ru
www.pmarchive.ru

«Практическая медицина» – рецензируемый научно-практический журнал для широкого круга врачей и научных работников. Журнал входит в Перечень ВАК под номером 1039.

Основная задача создателей журнала – публикация обзоров литературы и лекций на актуальные проблемы медицинской науки и практики, а также оригинальных статей по материалам научных исследований, тем самым максимально способствуя росту профессионального уровня практикующих врачей.

Помимо этого, в издании публикуется информация о новых исследованиях в области фармакотерапии различных заболеваний, материалы от производителей лекарственных средств и медицинского оборудования. Все рекламируемые лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и медицинское оборудование имеют соответствующие регистрационные удостоверения и сертификаты соответствия.

Авторами статей являются ведущие ученые, молодые специалисты и практикующие врачи учреждений здравоохранения РФ и ближнего зарубежья.

Основные рубрики журнала:

- Лекции для практикующих врачей
- Оригинальные статьи
- Обзоры литературы
- Клинические рекомендации
- Последипломное образование
- По материалам диссертационных работ

«Медико-фармацевтический вестник Татарстана» (МФВТ)

420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, офис 219 «Д», а/я 142
телефон: +7 (843) 267-60-96
www.mfv.ru



«Медико-фармацевтический вестник Татарстана» (МФВТ) – ежемесячное издание, которое является официальным изданием Министерства здравоохранения Республики Татарстан. В конце 2000 года по согласованию с Министерством здравоохранения Республики Татарстан к 80-летию системы здравоохранения Республики Татарстан был выпущен первый номер «Медико-фармацевтического вестника Татарстана».

С тех пор издание живет и выполняет свою основную задачу – несет на своих страницах необходимую оперативную информацию широкому кругу специалистов системы здравоохранения.

Цель газеты – оперативное освещение актуальных тем в области здравоохранения республики, инноваций в медицинской науке и практике. За время работы МФВТ нами накоплен большой практический опыт работы с научно-практическим медицинским материалом, и в освещении проводимых медицинских мероприятий. Большой популярностью у читателей пользуются интервью значимых персон медицинского мира, публикуемые на страницах нашей газеты, инновации в сфере медицины и многое другое.

Consilium Medicum

115054, Москва, Жуков проезд 19
телефон: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru



Издание: Consilium medicum

Тираж: 55 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

Тип издания: общемедицинский журнал, базирующийся на принципах медицины, основанной на доказательствах.

Целевая аудитория: врачи-специалисты стационаров и поликлиник, интересующиеся новейшими достижениями врачи общей практики (терапевты)

Особенности издания:

- моно- или битематическое издание с четко очерченной группой специалистов, интересующихся вопросами, обсуждаемыми в журнале
- национальные и зарубежные рекомендации, обзоры, лекции, оригинальные работы по наиболее актуальным клиническим проблемам современной медицины
- авторы – ведущие российские эксперты, работающие в клинических научно-исследовательских институтах, медицинских вузах, крупнейших клиниках страны

Стиль подачи материала: журнал рассчитан на врачей с высоким уровнем профессиональной подготовки, склонных к постоянному усовершенствованию. Характерна высокая степень повторного обращения в течение нескольких лет

Тематика номеров:

№ 1, 5 и 10 кардиология

№ 2 и 9 ревматология и неврология

№ 3 и 11 пульмонология и оториноларингология

№ 4 инфекции и антимикробная терапия

№ 6 женское репродуктивное здоровье

№ 7 урология и нефрология

№ 8 гастроэнтерология и хирургия

№ 12 эндокринология

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17
электронная почта: info@medego.ru
www.medego.ru



Деятельность портала Medego.ru направлена на предоставление максимально подробной информации о медицинских мероприятиях, проводимых в России, странах СНГ и по всему миру, и новостях мира медицинского оборудования. Одним из стратегических направлений развития сайта является создание наиболее полного каталога медицинского оборудования отечественного и импортного производства, а также каталога компаний и лечебных учреждений.

Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012 Москва, ул. Ильинка, д. 4 Гостиный Двор,
Бизнес центр «Деловой», офис 2102
телефон: +7 (495) 249-90-35
электронная почта: info@ivrach.com
www.ivrach.com



Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей NetworksInHealth.

Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Медицинский портал NogoStop.ru

электронная почта: info@nogostop.ru
www.nogostop.ru

Медицинский портал, посвященный информации касательно болезней ног и методов их лечения: бедра, колени, стопы, связки, суставы и не только. Большое количество дополнительных сервисов поможет решить ваши проблемы: поиск врача и запись онлайн, дополнительная литература и товары.

Социальная сеть и образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru, Россия

127006, г. Москва, ул. Тверская 18/1, офис 642
телефон: +7 (495) 650-61-50
электронная почта: vrv.m.koordinator@gmail.com
www.vrachivmeste.ru

Представляем Вам профессиональную социальную сеть, образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru

Создание обучающего видеоконтента – дистанционного обучения, прямых трансляций конференций, симпозиумов, круглых столов, видеолекций врачей – ведущих специалистов, ученых и практиков – наша основная цель. Редакцией портала для ее участников на сегодняшний день подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей. На сайте регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью задать вопросы лекторам. Здесь врачи могут получать важную и актуальную информацию: узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видеоматериалы, участвовать в трансляциях.

Сейчас портал Vrachivmeste.ru объединяет 66 тыс. специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег.



MEDALMANAH

Россия, 107140, г. Москва, ул. Русаковская, д. 8, пом.3 ком.1
электронная почта: event@medalmanah.ru
www.medalmanah.ru

MEDALMANAH – уникальная закрытая социально-информационная среда, где представлены обзор Российских и Зарубежных медицинских событий, новейшие исследования, разработки, трансляции с профессиональных мероприятий, календарь дней рождений коллег и другая полезная информация, необходимая врачам в повседневной деятельности.



Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская,
д. 64, корп. 1, литер. А, офис 521
телефон: +7 (812) 380-71-88
электронная почта: kontakt@medsovet.info
www.medsovet.info

Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более 2 000 000 человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- врачей;
- пациентов;
- медицинских учреждений;
- лекарств и МНН.

Medsovet.info предоставляет:

- полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН;
- форум для врачей и пациентов;
- календарь медицинских мероприятий по всей РФ;
- сервис онлайн-обучения для врачей;
- медицинские статьи и новости;

И многое другое.



YellMed

г. Москва, ул. Красная Пресня, дом 28, помещение 4, офис №9

телефон: +7 (495) 668-10-55

электронная почта: info@yellmed.ru

www.yellmed.ru



YellMed – это:

- каталог медицинских учреждений России и зарубежья с актуальной и достоверной информацией;
- медицинские новости страны и мира, материалы про спорт и красоту, интервью со специалистами;
- афиша медицинских мероприятий и конференций;
- медицинский справочник с распространенными заболеваниями, симптомами болезней, способами диагностирования и лечения.

На нашем портале вы найдете о медицине все и даже больше.

Содержание

Эффективность комплексного подхода к лечению дорсалгий при дегенеративно-дистрофических заболеваниях. Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Югай Л.А., Закирова Д.К.	45
Изучение эффективности и безопасности статинов при ишемической болезни сердца с учетом полиморфизма генов. Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исаков Ш.А., Убайдуллаева З.З., Турдикулова Ш.У.	45
Оценка когнитивных функций у пациентов с нестабильной стенокардией. Андреичева Е.Н.	46
Состояние липидного обмена и его коррекция у больных с хронической болезнью почек. Архипов Е.В.	46
Варианты поражения пищеварительной системы при пищевой аллергии. Клинический опыт. Ахмедзянова Д.Г.	47
Прогноз реабилитации артериальной гипертонии у геронтов, проживающих в регионе легкого йодного дефицита. Бакирова Н.М., Чернышова Т.Е.	47
Влияние суточной вариабельности артериального давления у больных эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой. Баранова Н.А., Овчинников Ю.В., Куроедов А.В.	48
Клиническое и ультразвуковое динамическое наблюдение за пациенткой с артериитом Такааясу. Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Матвеев В.В., Курсаченко А.С., Исаева Т.М.	48
Распространенность факторов риска у пациентов с тромбозом легочной артерии невысокого риска смерти с электрокардиографическими признаками перегрузки правых отделов сердца и их отсутствием. Валова О.А., Пронин А.Г.	49
Отделения паллиативной медицинской помощи и отделения сестринского ухода: понимаем ли мы, в чем различия? Введенская Е.С., Палехов А.В.	49
Снижение минеральной плотности костной ткани у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Гайнуллина Г.Р., Бодрягина Е.С., Мясоутова Э.Р.	50
Прогностическое значение признаков цереброкордиального синдрома, вариабельности ритма сердца и эхокардиографических изменений у пациентов с ишемическим инсультом. Голубев Ю.Ю., Струтынский А.В., Струтынский В.А.	51
Оценка вариабельности сердечного ритма при динамическом наблюдении пациентов после перенесенного чрескожного коронарного вмешательства. Горбунова М.Л.	51
Влияние длительной антикоагулянтной терапии на функциональное состояние почек у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий. Горохова Е.А., Галаяудинов Г.С.	52
Гидравлический удар у проксимального края манжеты. Определение жесткости аорты. Дегтярёв В.А.	52

Характер изменений структуры билиарного сладжа и нарушений моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Жукова Е.В., Куницына М.А., Семикина Т.М.	53
Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Исаев Г.Б., Кязимов И.Л., Гусейнзаде А.Г.	53
Особенности качества жизни у больных хронической болезнью почек с5д стадии, принимающих комбинированную антигипертензивную терапию. Казакова И.А., Иевлев Е.Н., Шачков О.В., Бирюкова Т.А.	54
Анализ влияния индекса массы тела на функцию почек у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией с сахарным диабетом и без диабета. Каюмова А.А., Шарипова Р.Р., Сигитова О.Н.	55
Влияние фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов на показатели суточного мониторинга артериального давления у пациентов артериальной гипертензией. Корниенко Н.В., Захарьян Е.А., Радзивил П.Н.	55
Стеатоз поджелудочной железы у больных с ожирением. Косюра С.Д., Ливанцова Е.Н., Красилова А.А., Вараева Ю.Р., Стародубова А.В.	56
Применения кетопрофена у больных подагрой в амбулаторных условиях. Майко О.Ю.	56
Деструкция ДНК и нейрональные маркеры при печеночной энцефалопатии у больных хроническим вирусным гепатитом С. Михайлов А.О., Попов А.Ф., Иванис В.А., Иванова Н.С., Симакова А.И.	57
Оценка постпрандиальной секреции инсулина у больных хроническим панкреатитом. Михайлова О.Д., Григус Я.И.	57
Зависимость осложнений острого периода инфаркта миокарда от характера поражений коронарных артерий. Молоствова А.Ф., Салимова Л.М.	58
Оценка кардиоваскулярного риска среди вынужденных переселенцев мужского пола 20-59 лет. Мурсалов М.М., Касумова Ф.Н.	58
Изменение психоэмоционального статуса у больных анкилозирующим спондилитом под влиянием общей магнитотерапии. Ненашева Н.В., Александров А.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.	59
Участие гепцидина в патогенезе анемии воспаления и железодефицитной анемии. Никитин Е.Н., Никитин Ю.Е., Шкляев А.Е.	59
Анализ структуры госпитальной летальности от заболеваний системы кровообращения. Павленко В.И., Долгова И.А.	60
Особенности клинического течения хронического некалькулезного холецистита у больных с патологией эзофагогастродуоденальной зоны. Печерских М.В., Ефремова Л.И., Казакова И.А.	61
Мультидисциплинарный подход в лечении пожарных. Пичугина Л.В.	61
Особенности коронарного русла больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией. Приходько М.Н., Приходько Л.О., Иконников С.В., Холявицкая Е.М., Симонова Ж.Г.	62
Вопросы дифференциальной диагностики экзогенного аллергического альвеолита. Приходько О.Б., Каракулова О.А., Кострова И.В.	62

Содержание микроэлементов в сыворотке крови у пациентов с хроническими гепатитами и циррозами печени. Савельева Т.В., Пименов Л.Т.	63
Корреляция между уровнем скорости клубочковой фильтрации и тяжестью анемии. Салимова Л.М., Молоствовова А.Ф.	64
Кардиоваскулярный риск при ревматоидном артрите: влияние адгезинов. Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В.	64
Особенности поддерживающей терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у женщин с наличием сахарного диабета 2 типа в период климактерия. Семикина Т.М., Куницына М.А., Жукова Е.В.	65
Мутации генов, ответственных за метаболизм липидов, оксида азота и толерантность к клопидогрелю у больных с острым коронарным синдромом – есть ли связь с 12-месячным прогнозом в отношении конечных точек. Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Федоров А.Н., Скородумова Е.Г.	65
Гипертоническое ремоделирование левого желудочка у пациентов молодого возраста. Склянная Е.В.	66
Хронические заболевания органов пищеварения и концентрация ацетилхолина в сыворотке крови. Трубицына И.Е., Винокурова Л.В., Ручкина И.Н., Гуляев А.С.	66
Противовирусная терапия гриппа и других ОРВИ в реальной клинической практике. Фазылов В.Х., Гилмуллина Ф.С.	66
Сравнительная характеристика качества жизни и функциональных параметров дыхательной системы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на фоне хронической сердечной недостаточности. Халецкая А.И., Кузнецов А.Н.	67
Роль хронического стресса в развитии ожирения мужчин. Чернышова Т.Е., Меликян И.А., Реверчук И.В.	67
Прогностическая оценка толщины эпикардального жира у пациентов с коморбидной патологией – ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией в сочетании с ХОБЛ. Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Маслова Т.А., Журавель О.И.	68
Ведущие предикторы госпитальной летальности при инфаркте миокарда. Щапова Н.Н., Арсеничева О.В., Плеханов В.Г.	68
Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни легких: суть проблемы. Якупова А.Ф., Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф.	69

КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Клиническое значение определения уровня сульфатов в моче у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Гайнуллина Г.Р., Бодрягина Е.С.	70
Геоморфологические изменения у больных волчаночным нефритом как маркеры активности заболевания. Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Соколова И.А., Мухин Н.А.	70
Оценка роли некоторых факторов риска в прогрессировании мезангиопролиферативного нефрита. Ким Т.Ю., Сигитова О.Н.	71

Диагностические возможности новых неинвазивных биомаркеров для оценки активности язвенного колита. Мухаметова Д.Д., Одинцова А.Х., Абдулганиева Д.И.	72
Лабораторные и инструментальные изменения функций печени у больных хроническим некалькулезным холециститом. Печерских М.В.	72
Клинико-функциональные особенности больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией. Приходько М.Н., Приходько Л.О., Холявицкая Е.М., Иконников С.В., Симонова Ж.Г.	73
Сравнительная характеристика пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. Салахова И.Н., Вафина А.Р., Визель А.А., Визель И.Ю.	74
Ассоциация полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 с сахарным диабетом 2 типа у жителей Республики Татарстан. Валеева Ф.В., Киселева Т.А., Йылмаз Т.С., Валеева Е.В., Губайдуллина С.И.	74

Эффективность комплексного подхода к лечению дорсалгий при дегенеративно-дистрофических заболеваниях.

Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Югай Л.А., Закирова Д.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – оценка эффективности комплексного лечения некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний с включением стимулятора регенерации хрящевой ткани и ингибитора циклооксигеназы.

Материалы и методы. В исследование включили 26 больных (средний возраст – 48,0±6,3 года), 16 женщин и 10 мужчин с дорсалгиями на фоне спондилоартроза и остеохондроза, получавших в течение 5-7 дней противовоспалительный препарат диклофенак (Диклоберл ретард), по 1 капсуле, 7 дней и комбинированный хондропротектор Суставит по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3 месяцев. Исходно и через 3 месяца проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общие и биохимические анализы крови, анализ мочи, С-реактивный белок (СРБ), рентген, при необходимости – магнитно-резонансную или компьютерную томографию (МРТ, КТ). Оценку эффективности лечения оценивали по интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм); объему движений; мышечно-тоническим проявлениям; выраженности корешкового синдрома; оценке пациентами болевых ощущений. Результаты и обсуждение. Длительность обострения до лечения в среднем составила 11,6±3,3 дня. У большинства пациентов преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижние конечности, с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью околопозвоночных мышц и их остистых отростков, паравerteбральных точек при пальпации. У 3 пациентов с дискогенной радикулопатией наблюдали снижение или выпадение соответствующих рефлексов, мышечную слабость и гипестезию в зоне пораженных нервных корешков. Интенсивность боли по ВАШ пациенты оценили как сильную (10) и умеренную (16), соответственно 81,7±5 и 63,4±4 мм. Боли характеризовались широким спектром разнообразных ощущений. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ, рентген-денситометрии. Интенсивность боли по ВАШ через 7 дней у 19 больных (69%) снизилась до 25,8±3 мм и у 7 (31%) до 34,8±2 мм. У большинства пациентов восстановился объем движений и купировались явления корешкового синдрома. Значительное улучшение отметили 23 больных (88%), положительная динамика выявлена у всех пациентов. Применение комплекса Диклоберл ретард + Суставит способствовало быстрому улучшению состояния больных, купированию болевого синдрома и симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Оценка результатов лечения, по мнению врачей и пациентов, совпала во всех случаях. На наш взгляд, этот эффект достигается, входящими в состав Суставита, помимо хондроитина и Д-глюкозамина, метилсульфонилметана, кальция карбоната, витамина D и экстракта корней лопуха, также мумиё. Эти

соединения стимулируют иммунитет и синтез коллагена, оказывают противовоспалительное и анальгезирующее действие, участвуют в процессах энергообразования, синтезе костей и соединительной ткани, восстанавливают поврежденные клетки соединительной ткани, улучшают кровоснабжение суставов и тканей. Суставит оказывает благоприятное комплексное воздействие на основные патогенетические звенья и клинические проявления не только спондилогенных дорсалгий, но и основного заболевания. Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать указанный комплекс (Диклоберл ретард + Суставит) в лечении больных с ревматическими заболеваниями и дорсалгиями вертеброгенной этиологии.

Изучение эффективности и безопасности статинов при ишемической болезни сердца с учетом полиморфизма генов.

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З., Турдикулова Ш.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Институт биоорганической химии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель – изучение эффективности и безопасности статинов при ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Наблюдали больных с ИБС узбекской популяции 35-70 лет (средний возраст 59,1±8,4 лет). Для постановки диагноза пользовались критериями ВОЗ, Канадской ассоциации кардиологов, рекомендациями по лечению стабильной ишемической болезни сердца, ESC 2013. В динамике до начала лечения и через 6 месяцев в крови больных определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), содержание общего билирубина (ОБ). Проводили генотипирование (ApoE и HMGCR) образцов ДНК пациентов и ультразвуковое исследование печени (УЗИ). Больные получали Аторвастатин или Розувастатин на фоне базисного лечения в течение 6 месяцев.

Результаты. До лечения были выявлены следующие данные: ОХС – 6,6-6,9; ХСЛПНП 3,2-3,6; ХСЛПВП – 1,2-1,1; ТГ – 2,3-2,5 ммоль/л. Активность фермента АЛТ – 26,4-28,2; АСТ – 21,3-24,2 Ед/л; ОБ – 12,8-13,9 мкмоль/л. УЗИ печени: у половины обследованных изменения по типу жирового гепатоза различной степени выраженности (больше I и II степени). Проведена оптимизация параметров постановки аллель-специфичной real-time PCR для детекции генотипов по генам: HMGCR и ApoE. Мутации делают соответствующие аллели «недействительными», при этом аллели 2 класса нарушают транспорт на поверхность клетки любых синтезируемых рецепторов и аллели 3 класса вызывают образование функционально дефектных рецепторов, не способных связывать ЛПНП. Выявлены безопасные дозы испытанных препаратов. У больных, принимавших Аторвастатин, содержание ОХС уменьшилось на 25%; ХСЛПНП – на 26%; ТГ – на 30%, а ХСЛПВП увеличилось на 5%. Под влиянием Розувастатина содержание ОХС уменьшилось на 30%; ХСЛПНП – на 36%; ТГ – на

38%, а ХСЛПВП увеличилось на 7%. Активности ферментов у больных, принимавших статины, были в пределах нормы. Активность АЛТ у больных, принимавших Аторвастатин, была в среднем 32 ЕД/л, АСТ – 23,1 ЕД/л, а содержание ОБ равнялось 14,8 мкмоль/л. Таковые больных, принимавших Розувастатин, составили, соответственно, 28,4; 26,3 и 16,3. При этом данные УЗИ исследования печени остались без изменений, ухудшений не выявлено.

Вывод. Оба статина переносятся хорошо, побочных эффектов не отмечено. Проведенные фармакогенетические исследования позволили подобрать более эффективные и безопасные дозы препаратов.

Оценка когнитивных функций у пациентов с нестабильной стенокардией.

Андреичева Е.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

В настоящее время интерес клиницистов к проблеме когнитивных расстройств значительно увеличился. Это связано с тем, что снижение памяти – одна из наиболее частых жалоб пожилых лиц, которые составляют большинство на амбулаторном приеме и терапевтических отделениях стационаров. Анализ данных литературы показал, что наибольшее внимание уделяется когнитивным расстройствам, возникающим на фоне ишемической болезни сердца. Более пристальное внимание привлекает промежуточная стадия развития когнитивных нарушений, когда они еще не достигают степени деменции, но уже выходят за рамки возрастной нормы.

Целью настоящего исследования явилось изучение когнитивной функции у пациентов, госпитализированных с диагнозом «ИБС, нестабильная стенокардия», и их комплаентности к проводимой терапии.

Материалы и методы: проведено анкетирование 40 пациентов (25 мужчин и 15 женщин), госпитализированных в три кардиологических отделения больницы №7 г. Казани с направительным диагнозом «Острый коронарный синдром», которым в процессе обследования был выставлен клинический диагноз «ИБС, нестабильная стенокардия». Использованы валидизированные опросники самооценки памяти McNaair & Kahn, тест оценки психического статуса MMSE, тест Мориски-Грин для оценки комплаентности к лечению. Результаты. Средний возраст пациентов составил 44,6±4,5 лет. В исследование не включались больные с предшествующим инфарктом миокарда, цереброваскулярной болезнью, сахарным диабетом. Исследование проводилось на 5-6-й день госпитализации, после стабилизации клинического состояния. По шкале MMSE 75% больных набрали 24-27 баллов, что соответствует преддементным когнитивным нарушениям, 10% – 28 баллов (нет когнитивных нарушений), 15% пациентов – 20-23 балла (деменция легкой степени). По шкале McNaair & Kahn у 80% больных общий балл ≥44, что свидетельствует о наличии когнитивных нарушений, прежде всего памяти. Комплаентность к терапии до госпитализации составляла 3 балла (пограничная зона) у 25% больных, 4 балла (высокая приверженность к лечению) у 20%, некомплаентными были 55% пациентов.

Выводы. Когнитивный дефицит у больных с нестабильной стенокардией может приводить к неадекватному выполнению рекомендаций врача по дальнейшей терапии, и, соответственно, ассоциироваться с худшим прогнозом в отношении сердечно-сосудистой смертности. Следовательно, выявление когнитивных нарушений на ранних стадиях

может через повышение комплаентности влиять на прогноз пациента.

Состояние липидного обмена и его коррекция у больных с хронической болезнью почек.

Архипов Е.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

В эпидемиологических исследованиях установлено, что дислипидемия – независимый предиктор снижения функции почек в общей популяции условно здоровых людей. Гиперлипидемия ухудшает прогноз любого почечного заболевания и является распространенным, хотя и не обязательно возникающим осложнением при хронической болезни почек (ХБП). Целесообразность коррекции дислипидемии при ХБП определяется необходимостью замедления атерогенеза и прогрессирования почечного фиброза.

Цель исследования: анализ нарушений липидного обмена и эффективность гиполипидемической терапии у пациентов со 2-4 стадией ХБП в клинической практике.

Материалы и методы. В исследование включено 42 пациента с ХБП 2-4 стадий. Изучен анамнез, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-EPI (K/DOQI, 2002), липидный обмен (холестерин (ХС), липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ)) и эффективность гиполипидемической терапии (ΔХС, ΔЛПВП, ΔЛПНП, ΔТГ). Все пациенты основной группы (n=22) соблюдали рекомендации по гиполипидемической терапии; группа сравнения – больные (n=20), регулярно не выполняющие рекомендаций или принимающие лекарственные препараты эпизодически. Длительность наблюдения – 18,1±3,2 мес. Критерии исключения: активность основного заболевания почек и/или проведение иммуносупрессивной терапии. Контрольная группа – 24 здоровых человек. Группы сопоставимы (p>0,05) по полу (М/Ж, соответственно, 12/10, 11/9 и 10/14, p=0,836), возрасту (53,3±3,1; 51,1±2,8 и 50,4±2,4 лет, p=0,737), длительности заболевания (14,8±1,8 и 13,6±1,9 лет, p=0,649). Группы пациентов также были сопоставимы по СКФ, соответственно, 41,6±4,2 и 38,9±4,7 мл/мин, p=0,670.

Результаты исследования. По исходным уровням ХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ различий между группами не выявлено (p>0,05), в обеих группах выявлена дислипидемия и показатели были выше контроля (p<0,05): ХС, соответственно группам, 6,2±0,3, 6,5±0,4 и 4,6±0,1 ммоль/л; ЛПВП – 0,08±0,09, 0,09±0,1 и 1,4±0,1 ммоль/л; ЛПНП – 3,8±0,2, 3,9±0,4 и 2,9±0,2 ммоль/л; ТГ – 2,4±0,3, 2,5±0,4 и 1,4±0,2 ммоль/л. За период наблюдения в основной группе выявлено значимое нарастание уровня ЛПВП с 0,08±0,09 до 1,37±0,03 ммоль/л (p=0,000) со снижением уровня ХС до 4,9±0,3 ммоль/л (p=0,004 к исходному). Выявлена тенденция к снижению уровня ЛПНП до 2,9±0,6 (p=0,162) и ТГ до 2,1±0,2 ммоль/л (p=0,410). В группе сравнения к концу наблюдения не выявлено достоверных изменений в липидном профиле: ХС – с 6,5±0,4 до 6,0±0,6 ммоль/л (p=0,440), ЛПВП – с 0,09±0,1 до 0,08±0,02 (p=0,922), ЛПНП – с 3,9±0,4 до 3,7±0,5 (p=0,756), выявлена тенденция к нарастанию уровня ТГ с 2,5±0,4 до 3,0±0,6 ммоль/л (p=0,492). Таким образом, на фоне стабильной гиполипидемической терапии в основной группе выявлено значимое снижение ХС и ЛПВП: ΔХС=(-0,87) ммоль/л/год, p=0,004 и ΔЛПВП=(+0,86) ммоль/л/год, p=0,000. В конце наблюдения по всем изученным параметрам липидного профиля выявлены достоверно низкие показатели в основной группе наблюдения (p<0,05).

Выводы. У больных со 2-4 стадией ХБП при соблюдении рекомендаций по гиполипидемической терапии коррекция дислипидемии отмечается увеличением уровня ЛПВП и снижением уровней ХС, ТГ и ЛПНП. Тем не менее, в данном исследовании не получено достоверных данных по достижению целевых уровней ЛПНП и ТГ. При не соблюдении рекомендаций напротив выявлено сохранение дислипидемии с нарастанием уровня ТГ.

Варианты поражения пищеварительной системы при пищевой аллергии. Клинический опыт.

Ахмедзянова Д.Г.

Казанская государственная медицинская академия, Казань

По данным World Allergy Organization (WAO) – Всемирной аллергологической ассоциации, белки коровьего молока вместе с белками куриных яиц являются важнейшими триггерами пищевой аллергии (ПА) у детей раннего возраста.. У больных с ПА нередко находят признаки поражения желудочно-кишечного тракта органического и функционального характера.. Все патофизиологические проявления со стороны ЖКТ обусловленные ПА можно разделить на следующие группы: Ig E опосредованные (немедленные гастро-интестинальные проявления, оральный аллергический синдром), смешанные Ig E и не-Ig E-опосредованные (эозинофильный эзофагит, эозинофильный гастрит, эозинофильный гастроэнтерит), проявления опосредованные клеточными реакциями (энтероколит индуцированный пищевыми белками, проктит, проктоколит, эксудативная энтеропатия). В 2012 году разработан Меморандум Комитета по гастроэнтерологии и других экспертов Европейского общества детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN), где определены подходы к лечению желудочно-кишечных расстройств у младенцев: срыгивания, колики, запора, диареи и аллергии на белок коровьего молока. Аллергические поражения органов пищеварения у взрослых диагностируются достаточно редко, т.к. не всегда манифестны. Наше внимание привлекли взрослые пациенты с различными патологическими проявлениями со стороны желудочно-кишечного тракта на пищевые аллергены.

Клинический опыт. Случай 1. Молодой человек 18 лет. В жалобах акне, периодически изжога, боли в эпигастрии, которые недавно были спровоцированы употреблением груш и яблока, отрыжка воздухом, со вкусом пищи, вздутие живота, боли в груди сразу после приема твердой пищи. Стул регулярный, без патологических примесей. Аллергологический анамнез не был отягощен. На ФГДС – застойный оттенок слизистой пищевода с наложениями желтоватого фибрина, эрозии в нижней трети пищевода. На биопсии фрагменты многослойного плоского эпителия с интраэпителиальной эозинофильной инфильтрацией. При аллергологическом обследовании выявлены IgE антитела к белку молока, белку яиц, пшенице, к смеси деревьев.

Случай 2. Мужчина 60 лет обратился в приемный покой ГКБ №7 с жалобами на ком в горле при глотании, чувство сжатия в пищеводе, жжение в груди. Свое заболевание связывает с употреблением салата из сырой тертой моркови. При осмотре обнаружен отек в области зева. Аллергологический анамнез со слов не был отягощен. На ФГДС выявлены множественные эрозии в пищеводе и антруме желудка. При биопсии хеликобактер не обнаружен. В дальнейшем

при иммуноферментном обследовании выявлены специфические антитела IgE к смеси деревьев, имеющих перекрестную реакцию с морковью, луговых трав (средний уровень), сорных трав, клещей домашней пыли и плесени (низкий уровень).

Случай 3. Женщина 24 лет с высыпаниями на коже. С детства проблемы с кишечником, запоры по 2 дня, часто клизмы. При биопсии тонкой кишки – примесь эозинофилов в воспалительном инфильтрате, деформация и атрофия ворсинок; в толстом кишечнике-формирование крипт-абсцессов, псевдополипов, примесь эозинофилов в воспалительном инфильтрате. При аллергическом тестировании выявлена сенсibilизация к смеси деревьев, луговых трав. Обращает на себя внимание отсутствие явной аллергической симптоматики у пациентов в анамнезе. Сенсibilизация выявлена при иммуноферментном анализе. Остаются вопросы о влиянии на ЖКТ перекрестно реагирующих продуктов при сенсibilизации к сезонным аллергенам. Из компонентной аллерго-диагностики известно, что неспецифические липид-переносящие белки (Non-specific lipid transfer proteins, nsLTPs) часто ассоциированы с системными и наиболее тяжелыми аллергическими реакциями на фрукты и овощи. Требуется дальнейшее наблюдение за взрослыми пациентами с желудочно-кишечной симптоматикой при аллергии, а также настороженность при диагностике со стороны других специалистов.

Прогноз реабилитации артериальной гипертонии у геронтов, проживающих в регионе легкого йодного дефицита.

Бакирова Н.М., Чернышова Т.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель. Оценить особенности течения артериальной гипертонией (АГ) и суточного профиля артериального давления (АД) у пожилых больных, длительно проживающих в регионе легкого йодного дефицита, с оценкой вклада дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) в реабилитационный прогноз (РП) заболевания.

Методы исследования. Обследуемая группа формировалась методом случайной выборки среди лиц пожилого и старческого возраста имеющих проблемы поддержания целевых значений АД. Обследовано 120 больных АГ II-III стадии в возрасте от 60 до 85 лет, средний возраст составил 76,6±0,18 лет. Базовая составляющая РП оценивалась по клинико-функциональным характеристикам течения АГ: показателям суточного мониторинга АД (СМАД) и морфофункциональному индексу (МФИ) по методу И.А. Курниковой. Психологическая составляющая анализировалась по психометрическим шкалам Спилберга и Бека; социальная составляющая – по тесту SF-36. Группы сформированы по показателям функционального состояния ЩЖ: 1 группа 24 больных с эутиреозом, 2 группа – 48 больных с уровнем ТТГ на нижней границе нормы и 10 человек с тиреотоксикозом, 3 группа 38 больных с ТТГ в зоне 3,5-8,9 мЕ/л.

Результаты. Размеры ЩЖ не были взаимосвязаны с уровнем ТТГ и показателями липидного спектра. При межгрупповой корреляции уровень ТТГ и степень дислипидемии имели прямую взаимосвязь только во 2 группе наблюдения ($r=0,74$). Вариабельность АД была взаимосвязанная с уровнем ТТГ ($p<0,01$), Т4 ($p<0,05$), но не зависела от их направленности. Индекс нагрузки временем по показателям ДАД в течение всех суток коррелировал со степенью снижения ТТГ ($r=0,54$) во 2 группе. Распределение пациентов с недостаточной степенью снижения АД в ночное время встречалось в 4,3 раза чаще

у пациентов 2 группы. У всех Non-dipper уровень ТТГ не превышал 0,33 мкг/л ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Величина утреннего подъема была взаимосвязана с повышением уровня свТЗ ($p < 0,001$). Показатели биологической составляющей РП были достоверно хуже при состоянии гипертиреоза, в том числе у больных с низконормальными показателями ТТГ. Психологическая составляющая РП более коррелировала со степенью повышения свТ4 ($r = 0,61$) и тревожностью ($r = 0,50$), чем с депрессивным состоянием ($r = 0,21$). В докладе обсуждаются перспективы динамического анализа РП в прогнозе коррекции тиреоидной дисфункции и оценке перспектив вариантов антигипертензивной терапии.

Выводы. Включение МФИ в оценку реабилитационного потенциала у лиц пожилого возраста позволяет прогнозировать возможности реализации реабилитационного потенциала, течение АГ и целенаправленно корректировать схемы реабилитации больных.

Влияние суточной вариабельности артериального давления у больных эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой.

Баранова Н.А., Овчинников Ю.В., Куроедов А.В.

*Центральный военный клинический госпиталь
им. П.В. Мандрыка, Москва*

Цель: изучить влияние суточной вариабельности артериального давления на колебания офтальмотонуса, и изменения перфузионного давления у больных эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Задачи: определить взаимосвязь между выраженностью системной АГ, показателями суточного мониторирования АД и состоянием офтальмотонуса у больных с ПОУГ.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 80 человек с разными стадиями ПОУГ (80 глаз; 20 женщин и 60 мужчин), разделенных на 2 группы (основная и контрольная) на основании наличия в анамнезе АГ. Дополнительное деление было произведено с учетом наличия в анамнезе начальной или развитой и далекозашедшей стадий ПОУГ. Средний возраст всех пациентов составил $73,12 \pm 7,75$ лет. Всем больным было выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и сопоставимое по времени исследование уровней внутриглазного давления (ВГД) с помощью прибора ICare TA01i (Iolab, Финляндия). Для оценки степени компенсации офтальмотонуса были использованы оригинальные производные показатели: средняя скорость офтальмотонуса в течение суток, скорость «подъема» и «спуска», а также продолжительность «плато» в точке минимального понижения уровня ВГД.

Результаты: АГ у больных основной группы носила преимущественно систолический характер, данные параметры были достоверно выше, чем аналогичные значения у группы контроля. Также выявлены достоверные отличия для среднего пульсового давления, вариабельности систолического АД у больных с начальной стадией глаукомы. Пациенты обеих групп имели нормальный тип кривой, с максимальными значениями уровней ВГД в утренние часы. Не было установлено достоверного отличия при анализе показателя «средняя скорость» офтальмотонуса во всех подгруппах ($p > 0,05$). Было установлено достоверное отличие продолжительности «плато»

у пациентов с АГ с начальной стадией глаукомы (продолжительность составила 180 минут), по сравнению с остальными подгруппами ($p < 0,05$), что свидетельствует о благоприятном влиянии АГ на течение ПОУГ. У больных с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ и АГ прямая сильная корреляция между САД и уровнем офтальмотонуса была установлена однократно в 22-00 ($r = 0,94$). В то же время между ДАД и ВГД было выявлено несколько временных значений, при которых присутствовала сильная прямая взаимосвязь: ночь и утро – 00-00, 03-00, 06-30, 06-45, 07-00 и 07-45 часов, день – 12-45 и 13-00, вечер – 20-30 часов ($r =$ от 0,81 до 0,94). У пациентов контрольной группы с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ было обнаружено наибольшее число «пиковых» колебаний уровня ВГД и минимальная продолжительность «плато» (не более 15 минут, $p < 0,05$). Для этих же лиц была определена умеренная и сильная отрицательные корреляции между САД и ВГД (в 12-15 и 03-30 часов, $r = -0,64$ и $r = -0,63$) и ДАД и ВГД (в 23-00, $r = -0,72$). У пациентов с начальной глаукомой был установлен аналогичный характер связи корреляция между уровнями САД и ВГД утром и в дневные часы (05-00, 13-45, 17-30, 17-45, 18-15 и 18-30, от $r = -0,63$ до $r = -0,78$), а единственная достоверная взаимосвязь между ДАД и ВГД была сильной прямой по состоянию на 15-30 часов ($r = -0,68$). Были выявлены нарушения глазной перфузии у всех пациентов развитой и далекозашедшей стадиями имеются нарушения перфузии. У больных без АГ с данными стадиями ПОУГ перфузионное давление страдало преимущественно в ночное время с 12 и до утра, и начинало улучшаться после пробуждения пациентов, что обусловлено неустойчивостью колебаний офтальмотонуса. А у больных с АГ эти нарушения происходят за счет повышенной вариабельности АД, а также связано с приемом антигипертензивных препаратов, приводящих к снижению АД, ведущему к ухудшению перфузии.

Заключение: приведенные выше данные подтверждают необходимость изучения колебаний уровней АД и ВГД в течение суток, в том числе и с учетом лекарственных препаратов, которые получает пациент, для оптимизации назначения системной и местной гипотензивной терапии. В то же время недостаточно определять только колебания уровней АД и ВГД, так как их взаимосвязь между уровнем АД и ВГД остается до сих пор дискуссионной, а агрессивное снижение уровня АД путем назначения большого количества гипотензивных препаратов быстрое снижение глазной перфузии и повышает риск развития глаукомы.

Клиническое и ультразвуковое динамическое наблюдение за пациенткой с артериитом Такаюсу.

*Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Матвеев В.В.,
Курсаченко А.С., Исаева Т.М.*

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, частная клиника ИММА, Саратов*

Цель исследования: демонстрация редкого клинического наблюдения улучшения клинической картины, а также состояния артерий ветвей дуги аорты у пациентки 16 лет с артериитом Такаюсу (АТ).

Материал и методы. Ультразвуковые исследования проводились на стационарных аппаратах экспертного класса Philips HD 11XE и Siemens Acuson SC2000 Prime на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ.

Результаты и обсуждение. Первоначально пациентке 15 лет (по происхождению татарка), проживающей в г. Саратов, в сентябре 2015 года с ранее установленным в «Научном центре здоровья детей» (г. Москва) Ds: «Системный васкулит. Артериит Такаясу IV типа со значимым сужением просвета брюшной аорты», выполнили ультразвуковое триплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий (ТС БЦА). В результате было выявлено пролонгированное до 45 мм стенозирующее поражение правой общей сонной артерии (ОСА) с максимальным сужением просвета в зоне бифуркации до 35% по диаметру (методика NASCET) и до 43% по площади. На всем протяжении правой ОСА визуализируется типичное для рассматриваемой патологии диффузное циркулярное утолщение комплекса интима-медиа до 2,2 мм по задней стенке и до 1,2 мм по передней стенке (при диаметре артерии 9,0 мм). Кровоток магистрального типа. Устье внутренней сонной артерии (ВСА) не поражено. Контралатеральные ОСА и ВСА с толщиной комплекса «интима-медиа» не более 0,5 мм. Также выявлен неполный синдром подключичного обкрадывания справа с характерным двухфазным кровотоком вследствие гемодинамически-значимого стеноза первого сегмента подключичной артерии до 65%. Следует отметить, что пациентка с 12 лет находится под наблюдением ревматологов, получает комплексную медикаментозную терапию. Затем, ввиду ухудшения самочувствия (слабость в правой верхней конечности при подъеме тяжести) спустя 3 месяца было проведено динамическое ТС БЦА, в результате которого была выявлена окклюзия первого сегмента подключичной артерии, ультразвуковые признаки полного Стилл-синдрома подключичной артерии справа. В зоне бульбуса правой ОСА степень стенозирования по диаметру увеличилась с 35% до 55% по диаметру. В то же время стенозирующий процесс не распространялся на другие отделы правых ОСА и ВСА, оставаясь таким же по длине поражения. В результате плановой госпитализации в «Научный центр здоровья детей» (сентябрь, 2016 г.) и проведенных дополнительных инструментальных исследований (КТ-ангиография, ТС БЦА и др.) пациентка выписана с Ds: «Системный васкулит. Артериит Такаясу IV типа со значимым сужением просвета брюшной аорты и ветвей дуги аорты. Соп.: Терминальный эзофагит. Распространенный гастрит. Дуоденит. Еюнит. Остеопороз. Двусторонняя вторичная стероидная заднекапсулярная катаракта. Миопия слабой степени, астигматизм. Параовариальная киста слева». Рекомендована медикаментозная терапия: Преднизолон по 2 таб. утром, Фолиевая кислота по 1 таб. 1 раз в день кроме пятницы, Методжект 20 мг в/м по пятницам, Кальций D3 1 таб. на ночь и Бисептол 480 мг по 2 раза в понедельник, вторник и среду. Плановое ТС БЦА проведено в Клинической больнице им. С.П. Миротворцева СГМУ в январе 2017 г. В сравнении с предыдущими ультразвуковыми исследованиями отмечается позитивная динамическая эхокартина в виде уменьшения толщины стенок правой ОСА (регресс стеноза с 55% до 41% по диаметру). В бассейне обеих подключичных артерий – без динамики. Контралатеральная сторона (левые ОСА и ВСА) – без особенностей. Брюшной отдел аорты не лоцировался ввиду выраженного пневматоза. Таким образом, ультразвуковое ангиосканирование является наиболее предпочтительным инструментальным методом диагностики и контроля терапии у пациентов с АТ. Также отметим, возможность регрессирования толщины медиального слоя стенок артерий на фоне адекватной медикаментозной терапии. Мы исключаем операторзависимость при выполнении измерений в ходе исследования ввиду использования ультразвукового прибора одним и тем же специалистом.

Распространенность факторов риска у пациентов с тромбозом легочной артерии невысокого риска смерти с электрокардиографическими признаками перегрузки правых отделов сердца и их отсутствием.

Валова О.А., Пронин А.Г.

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва

Цель. Оценить распространенность факторов риска у пациентов с тромбозом легочной артерии (ТЭЛА) не высокого риска смерти с ЭКГ признаками перегрузки правых отделов сердца.

Методы и методы. Проведено исследование сравнения между большими ТЭЛА не высокого риска смерти с ЭКГ признаками перегрузки правых отделов сердца (наличие глубоких зубцов S1 и QIII, появление отрицательных зубцов T в отведениях V1-V3, признаков блокады правой ножки пучка Гиса) и их отсутствием. В первую группу вошли 31 пациент (15 мужчин и 16 женщин, в возрасте от 24 до 83 лет, средний возраст 54,7±14,9 лет), у которых имели место все ЭКГ признаки острого легочного сердца. Уровень проксимальной окклюзии у пациентов этой группы был следующим: главные легочные – 9,6%, долевыми – 61,4%, сегментарные артерии – 29%. Источником в 93,5% случаев являлись вены нижних конечностей. Вторая группа представлена 56 пациентами, у которых не было изменений на ЭКГ (26 мужчин и 30 женщин, в возрасте от 23 до 94 лет, средний возраст – 56,0±15,7 лет), с уровнем проксимальной окклюзии: главные легочные – 5,4%, долевыми – 17,8%, сегментарные артерии – 76,8%. Источником в 69,6% случаев являлись вены нижних конечностей. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, Д-димер, ЭхоКГ, УЗДГ вен нижних конечностей, КТ ангиография легочной артерии. Результаты. При сравнении распространенности таких наиболее часто встречаемых факторов риска как: перенесенные в течение 2 месяцев до развития ТЭЛА перелом голени (3,2% и 3,6%, p=0,88) или оперативное лечение (12,9% и 10,7%, p=0,39); хроническая сердечная (22,5% и 28,6%, p=0,34) и дыхательная (6,5% и 8,9%, p=0,37) недостаточность; онкологические заболевания поджелудочной железы, желудка, молочных желез, легких (19,3% и 23,2%, p=0,33); ограничение двигательной активности более 48 часов по предписанию врача или вследствие неврологического дефицита (35,4% и 35,7%, p=0,46); ожирение с индексом массы тела более 29 (35,4% и 26,8%, p=0,22); варикозная болезнь вен нижних конечностей с признаками венозной недостаточности (16,1% и 18%, p=0,41), применение оральных контрацептивов (3,2% и 1,8%, p=0,38), наличие тромбофилии (6,5% и 1,8%, p=0,12) – достоверных различий не получено ни по одному из показателей.

Обсуждение. Ни один из факторов риска не влияет на объем поражения легочного русла у больных с ТЭЛА не высокого риска смерти.

Отделения паллиативной медицинской помощи и отделения сестринского ухода: понимаем ли мы, в чем различия?

Введенская Е.С., Палехов А.В.

Городская клиническая больница №30; Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольский краевой центр паллиативной помощи, Ставрополь

С конца 1980-х годов в Российской Федерации развивается новое направление здравоохранения – паллиативная помощь, призванное улучшить качество жизни инкурабельных больных. В соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) взрослому населению стационарная ПМП оказывается в отделениях ПМП, в хосписах нового типа и в отделениях/домах сестринского ухода. Основными показаниями для госпитализации больных в отделение ПМП являются: выраженный болевой синдром, не купирующийся в домашних условиях; тяжелые проявления болезни, требующие квалифицированной симптоматической терапии под наблюдением врача в условиях стационара; необходимость проведения медицинских вмешательств, которые не могут быть осуществлены или крайне сложны в домашних условиях (респираторная поддержка, с режимами ИВЛ и ВВЛ; детоксикация (фотомодификация крови, энтеросорбция); фотодинамическая терапия; нутритивная поддержка (в том числе с использованием помп); торакоцентез и лапароцентез с длительной катетеризацией полостей; стомирование, реканализация, применение методов региональной анестезии, в т. ч. пролонгированной эпидуральной опиат-аналгезии с подкожным туннелированием катетера; введение бифосфанатов и другие манипуляции). В настоящее время настораживает практика подмены в некоторых регионах отделений ПМП отделениями сестринского ухода, которые не предназначены для оказания специализированной ПМП. Медицинские показания для госпитализации пациентов в отделение сестринского ухода можно сформулировать так: • заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода; • последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие сестринского ухода; • неизлечимые прогрессирующие заболевания, в т. ч. онкологические, требующие проведения поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях ПМП или хосписах. Иными словами, отделения сестринского ухода предназначены для больных с ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени, нуждающимися в осуществлении сестринского ухода. Следует понимать, что наряду с этим противопоказаниями для госпитализации не является, как считалось ранее, наличие у пациентов неизлечимого прогрессирующего заболевания при отсутствии выраженного болевого синдрома и других тяжелых проявлений болезни, в соответствии с Порядком требующих госпитализации в отделение ПМП или хоспис. Поэтому отделения/дома сестринского ухода можно считать организационными формами, в которых осуществляется только паллиативный подход. В отделении ПМП должны работать квалифицированные специалисты, владеющие в совершенстве знаниями и навыками купирования различных болевых синдромов, проведения инвазивных манипуляций, ведения сложных инкурабельных больных. Отделения «специализированной» ПМП создаются в структуре многопрофильных или специализированных больниц, что дает реальную возможность проведения различных медицинских манипуляций, коллегиального решения вопросов, возникающих при ведении инкурабельных больных (в том числе и этических). В таком отделении используются современные достижения медицины, передовые технологии в области купирования боли и симптоматической терапии. Очень важно, чтобы в России создавались не только разнообразные формы организации ПМП, но соблюдались бы ее философия и основное содержание, чтобы паллиативная помощь была доступна, прежде всего, наиболее нуждающимся пациентам и не растворилась среди сестринского ухода за больными с хроническими заболеваниями престарелыми. Возраст

пациента не входит в число факторов, определяющих показания к проведению ПМП, принципы и подходы ПМП одинаковы для всех пациентов, в том числе и гериатрических. Действительно, пациенты преклонного возраста, в первую очередь одинокие люди, нуждаются в помощи медико-социальной, и необходимость повышения качества её социального аспекта очевидна. Медико-социальную помощь пожилым пациентам, равно как и гериатрическую помощь, неправильно отождествлять с паллиативной медицинской помощью, а отделение/дом сестринского ухода нельзя отождествлять с отделением «специализированной» ПМП, задачей которого является оказание квалифицированными специалистами помощи тяжелым больным в ситуации, когда возможности радикального лечения исчерпаны или значительно ограничены.

Снижение минеральной плотности костной ткани у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Гайнуллина Г.Р., Бодрягина Е.С., Мясоедова Э.Р.

*Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница, Казань*

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются одной из наиболее сложных патологий, требующей постоянного наблюдения врачами разных специальностей, в том числе из-за наличия различных внекишечных проявлений. Среди них особое клиническое значение имеет снижение минеральной плотности костной ткани (МПК), при этом можно выявить множество факторов, влияющих на развитие остеопороза и остеопении у пациентов с ВЗК.

Цель. Оценить минеральную плотность костной ткани у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, изучить клинические характеристики пациентов с остеопенией и остеопорозом.

Материалы и методы. В исследование перспективно были включены 168 пациентов с ВЗК. Среди пациентов диагнозов язвенный колит (ЯК) был у 97 (57,7%), болезнь Крона (БК) – у 71 (42,3%) человек. Средний возраст больных составил $35,3 \pm 3,1$ лет, у больных ЯК – $31,5 \pm 2,2$ лет, БК – $35,3 \pm 3,2$ лет. По полу пациенты с ВЗК распределились следующим образом: мужчины составили 74 (44,0%), женщины – 94 (56,0%) человек. Всем пациентам проводилось исследование минеральной плотности кости с использованием малодозного цифрового рентгенодиагностического аппарата «Диаскан», интерпретация результатов проводилась с помощью Т-критерия.

Результаты. Из 168 пациентов нормальная МПК наблюдалась у 35 (20,8%) пациентов с ВЗК, из них ЯК было 19 (54,3%), БК – 16 (45,7%). Остеопения была выявлена у 65 (38,7%) пациентов, из них ЯК было 41 (63,1%), БК – 24 (36,9%). Остеопороз наблюдался у 68 (40,5%) человек, из них ЯК было 37 (54,4%), БК – 31 (45,6%). При распределении по полу выяснилось, что среди женщин нормальная МПК наблюдалась у 20 (21,3%) пациентов, остеопения у 40 (42,6%), остеопороз у 34 (36,1%) человек. Среди мужчин нормальная МПК наблюдалась у 15 (20,3%) больных, остеопения – у 25 (33,8%), остеопороз – у 34 (45,9%) пациентов. По тяжести пациенты с ВЗК распределились следующим образом: легкая степень – 39 (23,3%), средняя степень – 90 (53,4%), тяжелая – 39 (23,3%) пациентов. Среди 39 пациентов с лёгкой степенью тяжести нормальная МПК наблюдалась у 10 (25,6%) человек, остеопения – 17 (43,6%), остеопороз – 12 (30,8%) больных. Среди 90 пациентов со средней степенью тяжести нормальная МПК наблюдалась у 19 (21,1%) человек, остеопения у 37 (41,1%),

остеопороз у 34 (37,8%) больных. Среди 39 пациентов с тяжёлым течением нормальную МПК имело 6 (15,4%), остеопению – 11 (28,2%), остеопороз – 22 (56,4%) пациентов. Пациенты с нормальной МПК имели различные внекишечные проявления в 34% случаев (среди них – артропатии, узловая эритема, увеиты, афтозный стоматит), пациенты с остеопенией – в 43%, с остеопорозом – в 42% случаев, при этом у пациентов со снижением МПК преобладала распространённость поражений суставов (артриты/артропатии составляли 72% всех внекишечных проявлений). Анализ применения глюкокортикостероидов (ГКС) у пациентов с ВЗК показал, что среди больных с нормальной МПК принимали ГКС более года 34% пациентов, а доза преднизолона была более 30 мг у 27% пациентов. Среди больных с остеопенией продолжительность лечения ГКС более года была у 59% пациентов, применяемая доза преднизолона более 30 мг – у 48% пациентов. В группе пациентов с остеопорозом продолжительность лечения более года была у 70% больных, применяемая доза ГКС более 30 мг была у 62% пациентов. Выводы. Снижение минеральной плотности костной ткани наблюдалось у подавляющего числа (79%) пациентов с ВЗК, при этом достоверной разницы между распространённостью снижения МПК среди пациентов с ЯК и БК выявлено не было ($p=0,08$). Наблюдается более высокая встречаемость остеопороза среди мужчин по сравнению с женщинами (45,9% vs 36,1%, $p<0,05$). Наибольшая распространённость остеопении и остеопороза наблюдалась у пациентов со средней тяжестью ВЗК. Пациенты, получавшие преднизолон в дозе более 30 мг, имели большую распространённость остеопороза (62% vs 27%, $p<0,05$), таким образом длительность применения стероидов и их высокая дозировка значимо влияют на уровень МПК пациентов.

Прогностическое значение признаков цереброкардиального синдрома, вариабельности ритма сердца и эхокардиографических изменений у пациентов с ишемическим инсультом.

Голубев Ю.Ю., Струтынский А.В., Струтынский В.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель: оценить прогностическое значение цереброкардиального синдрома (ЦКС), вариабельности ритма сердца (ВРС) и ЭхоКГ-показателей у больных ишемическим инсультом (ИИ).
Материал и методы. Обследованы 54 пациента с ИИ, в том числе 38 выживших больных (1-я группа) и 16 умерших пациентов (2-я группа). В работе использовали метод холтеровского мониторирования ЭКГ, временной анализ ВРС, определение концентрации тропонина в сыворотке крови (TnI) и трансторакальную эхокардиографию (ЭхоКГ).
Результаты. В целом отдельные проявления ЦКС наблюдались у 43 из 54 больных ИИ (79,6%). При этом инфарктоподобные изменения ЭКГ в виде инверсии зубцов Т (56,2%) и депрессии сегмента ST более 1,5 мм (43,7%) у пациентов 2-й группы («умерших») встречались в 1,65 раза чаще ($p<0,05$), чем у «выживших» больных 1-й группы. Эти изменения сопровождалось увеличением ($p<0,01$) концентрации TnI более 1,2 нг/мл (норма до 0,2 нг/мл). Частота выявления остальных признаков ЦКС (аритмий и синдрома удлинённого интервала QT), сопровождавшихся тенденцией к небольшому увеличению TnI (до $0,62\pm 0,06$ нг/мл), мало отличалась в обеих группах обследованных (p

$>0,05$). При ЭхоКГ-исследовании у пациентов обеих групп обнаружены признаки атеросклероза аорты и концентрической гипертрофии ЛЖ (ММЛЖ – $241,5\pm 9,7$ г) с относительной толщиной стенки $0,66\pm 0,04$, выраженной диастолической и систолической дисфункцией желудочка (отношение E/A – $0,82\pm 0,02$ и ФВ ЛЖ – $44,5\pm 3,2\%$). Во 2-й группе больных («умерших») снижение диастолической функции ЛЖ (E/A – $0,70\pm 0,02$; $p<0,01$) и ФВ ЛЖ ($39,3\pm 4,8\%$) были более выраженными, чем у пациентов с относительно благоприятным течением заболевания. При анализе ВРС у пациентов обеих групп отмечено уменьшение SDNN, SDANN и циркадного индекса (ЦИ), в 1,6 раза более выраженное ($p<0,01$) во 2-й группе больных (соответственно, $56\pm 2,3$ мс, $46,0\pm 2,6$ мс и $1,06\pm 0,04$), что вместе с критическим снижением маркеров парасимпатической активности (rMSSD и rNN50) свидетельствовало о выраженном дисбалансе автономной регуляции функций сердца с резким преобладанием симпатических влияний, что, вероятно, являлось основной причиной транзиторного ишемического повреждения сердечной мышцы и инфарктоподобных изменений ЭКГ, в большинстве случаев ассоциированных с высоким риском летальных исходов.

Выводы. Достоверными предикторами неблагоприятного течения ИИ и повышенного риска летальных исходов являются: ● снижение SDNN <60 мс и rMSSD <30 мс (предсказательная ценность – ПЦ – 76%); ● депрессия сегмента ST $>1,5$ мм вместе с инверсией зубца Т и транзиторным увеличением концентрации TnI $>1,0$ нг/мл (ПЦ – 63%); ● признаки выраженной диастолической дисфункции ЛЖ (отношение E/A $<0,70$) у больных с концентрическим вариантом гипертрофии ЛЖ и снижением ФВ $<40\%$ (ПЦ – 60%).

Оценка вариабельности сердечного ритма при динамическом наблюдении пациентов после перенесенного чрескожного коронарного вмешательства.

Горбунова М.Л.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Известно, что после проведения пациентам чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), одним из методов динамического наблюдения является проведение мониторинга электрокардиограммы (ЭКГ-МТ). Одним из важных показателей является оценка вариабельности ритма сердца, так как у пациентов с сердечной патологией вариабельность чаще снижена, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Целью работы была оценка показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) по данным ЭКГ-МТ у пациентов до и после ЧКВ. Динамическое наблюдение пациентов проводилось через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после проведения ЧКВ.

Материалы и методы: обследовано 43 пациента, со стенокардией 2-3 ФК, которым проводилось ЧКВ. Из них 34 мужчины и 9 женщин, средний возраст $62,5\pm 2,2$ г. Показаниями для проведения ЧКВ были данные селективной коронарографии (СКГ) где выявлялись гемодинамически значимые стенозы артерий разной локализации. Клинически у пациентов отмечалось ухудшение состояния в виде учащения ангинозных приступов, усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки. До проведения ЧКВ пациентам выполнялось ЭКГ-МТ. После ЧКВ исследование ЭКГ-МТ проводилось 3 раза (через 2 месяца, 6 мес. и 1 год). Исследование

выполнялось по стандартной методике. Анализировали следующие параметры: частота сердечных сокращений (ЧСС) (минимальная, максимальная, средняя), SDNN – стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых интервалов RR, SDANN – стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов RR на всех 5-минутных участках записи ЭКГ, SDNNi – среднее для стандартных отклонений от средних значений продолжительности синусовых интервалов RR на всех 5-минутных участках записи ЭКГ. Также оценивали rMSSD среднеквадратичное различие между продолжительностью соседних синусовых RR, рNN50 – доля соседних интервалов RR, которые различаются более чем на 50 мс. Согласно методике ЭКГ-МТ определяли наличие наджелудочковых и желудочковых экстрасистол разных градаций.

Результаты. У пациентов на исходных ЭКГ-МТ определялись сниженные показатели ВСР (SDNN, SDANN, SDNNi), что говорит о вегетативном дисбалансе и повышенном риске смерти. Регистрировались нарушения ритма (над- и желудочковые экстрасистолы, в том числе парные, групповые и ранние). В динамике была получена достоверная разница через 6 мес., хотя тенденция к повышению показателей ВСР отмечалась уже на первом контрольном исследовании через 2 мес. Число аритмий снизилось (как общее количество экстрасистол за сутки, так и уменьшение количества экстрасистол высоких градаций). Выводы. У пациентов с гемодинамически значимыми стенозами отмечается достоверное снижение показателей ВСР (SDNN, SDANN, SDNNi). Показатели ВСР коррелируют с уменьшением числа желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма при ЭКГ-МТ. После проведения ЧКВ при динамическом наблюдении отмечается рост показателей ВСР, что связано с улучшением кровотока и восстановлением баланса нейрогормональных систем. ВСР является важным параметром при динамическом наблюдении за пациентами, перенесших ЧКВ, для оценки прогноза.

Влияние длительной антикоагулянтной терапии на функциональное состояние почек у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Горохова Е.А., Галаяудинов Г.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель работы: изучить воздействие длительной антикоагулянтной терапии на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Материал и методы: обследовано 17 пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в возрасте от 60-80 лет, получающих более 12 месяцев пероральный антикоагулянт ингибитор X фактора (Апикабан или Ривароксабан) или ингибитор II фактора (дабигатрана этексилат) или ацетилсалициловую кислоту. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от получаемой терапии. Лица первой группы (8 человек) получали ацетилсалициловую кислоту, второй (9 человек) – пероральные антикоагулянты. Всем пациентам проводился биохимический анализ крови с исследованием креатинина крови, а также подсчет СКФ (СКД-ЕPI). Достоверность различий между двумя группами по исследуемым параметрам оценивались по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты: в первой группе пациентов уровень креатинина крови составил $77,3 \pm 2,48$ мкмоль/л. Показатель СКФ был равен $89,6 \pm 6,74$

мл/мин/1,73 м². Через 12 месяцев лечения креатинин крови равнялся $102,6 \pm 5,48$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Значение СКФ составило $64,8 \pm 4,58$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$). Во второй группе пациентов содержание креатинина в крови снизилось с $89,5 \pm 3,90$ мкмоль/л до $70,1 \pm 2,31$ мкмоль/л ($p < 0,05$), а СКФ повысилась с $80,8 \pm 3,02$ мл/мин/1,73 м² до $92,2 \pm 3,22$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют об улучшении функции почек у пациентов, длительно получающих прямые пероральные антикоагулянты.

Гидравлический удар у проксимального края манжеты. Определение жесткости аорты.

Дегтярёв В.А.

Новые восточно-европейские технологии, Москва

Состояние вопроса. «Золотым стандартом» определения жесткости аорты Европейское общество кардиологов (European Society of Cardiology) считает способ измерения скорости пульсовой волны (СПВ) на участке от сонной до бедренной артерий. Этой же точки зрения придерживается Американская ассоциация сердца (American Heart Association) и абсолютное большинство отечественных и зарубежных учёных. Цель исследования: разработать неинвазивный метод непосредственного определения жесткости аорты, доступный медицинскому персоналу первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. В процессе многоцентровых исследований с участием девяти ведущих медицинских центров Москвы, Московской области и Республики Татарстан у больных, находящихся на стационарном лечении, регистрировалась объёмная компрессионная осциллограмма (ОКО) на аппаратуре «АПКО-8-РИЦ».

Результаты. Обследованы 226 больных изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ), средний возраст 64,6 лет и 30 практически здоровых добровольцев, средний возраст 26,1 лет. Первые же регистрации показали, что между контуром объёмных осциллограмм у практически здоровых добровольцев и больных ИСАГ имеются существенные различия. У здоровых после достижения давления в манжете величины среднего артериального давления амплитуда осцилляций в плечевой артерии уменьшалась, у больных ИСАГ – в большинстве случаев сохранялась на исходном уровне или увеличивалась.

Обсуждение. 1. Метод определения жесткости аорты по объёмной компрессионной осциллограмме. На формирование контура объёмной осциллограммы определяющее влияние имеет гидравлический удар (ГУ), возникающий у проксимального края манжеты при пережатии плечевой артерии и остановке тока крови в ней в момент достижения давления в манжете величины среднего артериального давления. Амплитуда осцилляций ОКО оказалась прямо пропорциональна жесткости аорты. При эластичной аорте сила ГУ гасится, амплитуда осцилляций при каждом очередном сокращении сердца уменьшается. По мере потери эластических свойств и увеличения жесткости аорты её демпфирующие возможности снижаются. На ОКО сохраняются высокоамплитудные осцилляции. Они имеют тем большую амплитуду, чем выше жесткость аорты. 2. Способ определения жесткости аорты по СПВ. Предлагаются варианты измерения СПВ от сонной до бедренной артерий, от аорты до сонной артерии, до плечевой артерии, до артерий в области лодыжек, разные модификации датчиковых

систем. Между тем, измерение СПВ на артериях, удаленных от аорты, позволяет лишь приблизительно оценить состояние её стенки. Используемые математические расчеты вносят дополнительные погрешности в измерения и ещё больше запутывают вопрос.

Выводы 1. Разработан неинвазивный метод определения жесткости аорты по объемной компрессионной осциллограмме, доступный медицинскому персоналу первичного звена здравоохранения. 2. Методы исследования жесткости аорты, основанные на измерении скорости пульсовой волны на удаленных от аорты артериях, имеют низкую точность и не могут быть рекомендованы для обследования больных.

Характер изменений структуры билиарного сладжа и нарушений моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Жукова Е.В., Куницына М.А., Семикина Т.М.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, частная клиника ИММА, Саратов

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – заболевание, которым страдают 10-15% взрослого населения во всем мире. Данная патология характеризуется образованием в желчном пузыре (ЖП) или желчных протоках различных по своему составу камней, среди которых наиболее часто встречаются холестериновые. Билиарный сладж (БС) является первым этапом формирования холестериновых конкрементов. БС определяется как любая неоднородность желчи при проведении ультразвукового исследования. При описании БС выделяют три основных варианта: «микролитиаз» – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных или многочисленных образований, «замазкообразную желчь» – это эхогенная желчь с наличием различной плотности сгустков и третий вариант – сочетание «замазкообразной желчи» с «микролитами». У пациентов с БС наличие сахарного диабета 2 типа (СД2) является доказанным фактором риска образования камней в ЖП. При сочетании ЖКБ и СД2 возникает механизм взаимоотягощения, когда наличие одной патологии может значительно увеличивать тяжесть течения другого заболевания. Однако механизмы влияния СД2 на скорость прогрессирования ЖКБ изучены недостаточно и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования. Изучить характер БС и состояния моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у пациентов с СД2.

Материалы и методы. Обследовано 163 пациента с наличием БС, из них у 71 пациента имелся СД2. Возраст обследованных 18-70 лет, средний возраст – 52,2±4,7 лет; женщины составили большую часть (121 пациент или 74,2%). Обследование проводилось на базе отделений гастроэнтерологии и эндокринологии ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова. Структура БС оценивалась по результатам ультразвукового исследования. Моторно-эвакуаторная функция ЖП определялась после приема 20 г сорбита со 100 мл воды по результатам ультразвукового исследования (расчет коэффициента опорожнения ЖП).

Результаты и обсуждение. У больных без СД2 БС представлен «микролитиазом» в 73,9%. При наличии коморбидного состояния – в 57,8% случаев. Наиболее существенные различия в анализируемых группах отмечались по распространенности «замазкообразной желчи»: при отсутствии СД2 выявлен у 8,6% больных, а при наличии

СД2 частота его встречаемости увеличивалась до 22,5%, т. е. практически в 2,7 раза. Полученные данные говорят о том, что при наличии СД2 структура БС существенно меняется в сторону снижения распространенности «микролитиазного» типа и роста «замазкообразного» и сочетанного типа, что указывает на патогенетическую взаимосвязь с повышенной частотой развития ЖКБ у пациентов с СД2. Тощаковый объем ЖП в анализируемых группах оказался статистически сопоставимым (без СД2 24,8±2,6 мл; с СД2 23,9±2,0 мл). Минимальный объем ЖП через 40 мин после приема сорбита у больных с БС в сочетании с СД2 существенно отличался от значений в контрольной группе и составил 19,4±1,3 мл и 14,7±1,1 мл в группе без СД2. Коэффициент опорожнения ЖП оказался минимальным при наличии коморбидного состояния (КО=21,7±2,2%), без СД2 КО 32,4±1,6%. Таким образом, наличие СД2 при БС способствует снижению моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. Механизм возникновения этих нарушений, по-видимому, можно объяснить развитием диабетической автономной нейропатией (поражение блуждающего нерва, регулирующий моторику ЖП).

Выводы: 1. При сочетании СД2 и БС в желчном пузыре изменяется частота встречаемости различных его вариантов в сторону снижения распространенности «микролитиаза» и повышения встречаемости «замазкообразной желчи» практически в 2,7 раза. 2. У пациентов с БС при наличии СД2, более выраженное снижение моторно-эвакуаторной функции ЖП, что вероятнее всего, обусловлено диабетической автономной нейропатией.

Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Исаев Г.Б., Кязимов И.Л., Гусейнзаде А.Г.

Научный центр хирургии им. ак. М.А. Топчубашова, Баку, Азербайджан

В литературе предпринимаются отдельные попытки оценить качество жизни хирургических пациентов и отдаленные последствия хирургических вмешательств. Однако в большинстве случаев результаты исследований оцениваются с врачебной точки зрения (число осложнений, рецидивов заболевания и т.д.). С точки зрения пациента, с позиций самооценки его собственного состояния, анализ практически не проводится.

Цель исследования: изучить качества жизни пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки после проведения оперативных вмешательств различными методами.

Материал и методы. С целью исследования качества жизни у пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки была разработана анкета по исследованию качества жизни на основе опросника японских авторов (Kurihara M. Et al., 1990). Были разработаны пять вариантов ответов для каждого вопроса, выполнена культурная адаптация, обеспечена семантическая понятность вопросов для лиц с уровнем образования не выше среднего специального. Трактовка результатов исследования производилась сравнением с данными контрольной группы, в которую вошли лица, считавшие себя относительно здоровыми, не страдавшими какими-либо хроническими заболеваниями. Каждый вопрос анкеты имеет пять вариантов ответа, которые оцениваются однотипно: А – 5 баллов, Б – 4 балла, В – 3 балла, Г – 2 балла и Д – 1

балл. Работоспособность «измеряют» вопросы 2, 4, 10; социальную устроенность – вопросы 6 и 7; общее состояние здоровья – вопросы 1, 3, 5, 8, 9. Качество жизни расценивалось как очень хорошее (4,3 балла и выше), хорошее (3,9 – 4,2 балла) или удовлетворительное (3,8 балла и ниже). За хорошее качество жизни нами была принята бальная оценка качества жизни контрольной группы. При подсчете результатов производилось выведение общего балла как по всей анкете, так и по каждому критерию отдельно.

Результаты исследования. Исследование качества жизни у оперированных пациентов показало, что после резекции желудка все оперированные пациенты оценили качество жизни в отдаленном периоде как «хорошее» (через 1 год – 11 лет после операции): 4,0 балла у оперированных по Бильрот-1, и 3,9 балла – у оперированных по Бильрот-2. При оценке качества жизни у пациентов, оперированных различными способами, выявлено, что пациенты, оперированные по Бильрот-2, оценивают качество жизни ниже, чем оперированные по Бильрот-1. Работоспособность обе группы пациентов оценили как отличную. Таким образом, наблюдения показывают, что мнение о «калечащем» и инвалидизирующем характере многих операций на желудке, в частности, резекций желудка, утвердившееся среди гастроэнтерологов, преувеличено. После резекции желудка, особенно по способу Бильрот-1, пациенты могут продолжать активный образ жизни, плодотворно участвовать в трудовой деятельности по своей основной специальности, в том числе и в плавсоставе.

Выводы. Оценка качества жизни больным после резекции желудка по поводу язвенной болезни может рассматриваться в качестве одного из основных критериев успешности лечения. Предложенная нами методика определения качества жизни пациентов с язвенной болезнью проста, достоверна, коррелирует с данными эндоскопического и рентгенологического исследования, и может быть рекомендована к широкому применению.

Особенности качества жизни у больных хронической болезнью почек с5д стадий, принимающих комбинированную антигипертензивную терапию.

Казакова И.А., Иевлев Е.Н., Шачков О.В., Бирюкова Т.А.

*Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск*

Задачей современной нефрологии на сегодняшний день становится приближение параметров качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадией к общепопуляционному уровню. В связи с улучшением качества методов заместительной почечной терапии средняя продолжительность жизни пациентов данной категории значительно увеличилась, что само по себе усугубляет осложнения терминальной почечной недостаточности. Артериальная гипертензия (АГ) в этой цепи является одним из ведущих факторов риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений у диализных пациентов. Несмотря на успехи в развитии техники гемодиализа (ГД), применение новых лекарственных препаратов для лечения АГ, показатели качества жизни (КЖ) у больных остаются существенно сниженными.

Целью исследования явилось – выявить особенности КЖ у больных с АГ, получающих лечение программным ГД, в зависимости от применяемых комбинаций антигипертензивных препаратов.

Материалы и методы. В исследование были включены 173 пациента с повышенным АД, получавших лечение в отделениях ГД Удмуртской республики. Среди которых 96 мужчин (55,5%) и 77 женщин (44,5%) в возрасте 49,8±1,0 лет. Длительность диализного периода в среднем составила 5,3±0,6 лет. Процедуры выполнялись на аппаратах Fresenius-4008S (Германия) и В. Braun – Dialog+ (Германия) по 4-4,5 часа 3 раза в неделю. Индекс адекватности Kt/V по мочеvine был выше 1,2 и составил 1,43±0,09. Пациенты самостоятельно заполняли специфический опросник КЖ для больных с ХБП с5д стадией KDQOL-SF™ 1. (R.D. Neys, 1994; русификация Васильева И.А., 2006). Комбинированную антигипертензивную терапию, состоящую из двух препаратов, получали 77 пациентов: 28 пациентов - комбинацию блокатора медленных кальциевых каналов (БКК) и β-адреноблокатора (ББ), 18 пациентов – БКК и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), 13 пациентов – БКК и агонист I1-имидазолиновых рецепторов (АИР), 11 пациентов, принимавших ББ и ИАПФ. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием прикладных программ BioStat (2009) и Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Анализируя данные КЖ по общим шкалам опросника у пациентов, принимавших комбинированную антигипертензивную терапию, установлены достоверные различия только по шкалам, составляющих ментальный компонент. Высокий уровень данного показателя выявлен в группе, принимавших БКК с ИАПФ (43,6±10,7 баллов, p<0,05) и ББ с ИАПФ (48,7±6,6 баллов, p<0,05), при сравнении с данными группы, принимавших БКК с ББ (35,4±6,6). У пациентов, принимавших ББ с ИАПФ, получены достоверные различия с пациентами, принимавших БКК с ББ (p<0,05) по шкалам: «Эмоциональное благополучие», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Витальность». В этой же группе выявлена тенденция к высоким значениям физической составляющей. В группе, принимавших БКК с ИАПФ, наблюдались достоверно высокие значения шкал «Эмоциональное благополучие» (63,1±10,7 баллов) и «Эмоционально-ролевое ограничение» (40,7±46,5 баллов). В группе, принимавших БКК+АИР, выявлены высокие показатели только по шкале «Эмоциональное благополучие» (60,0±10,8 баллов). У лиц, принимавших БКК с АИР, значение «Суммарного физического компонента» и «Суммарного ментального компонента» достоверно не отличалось от сравниваемых групп (42,7±7,9 баллов и 45,5±11 баллов, соответственно). При дальнейшей оценке почечно-специфических шкал опросника отмечены высокие уровни у пациентов, принимавших ББ с ИАПФ, преимущественно по шкалам: «Влияние заболевания почек» (62,5±14,3 баллов; p<0,05) и «Качество сна» (72,5±10,9 баллов; p<0,05). У пациентов БКК с ББ, БКК с АИР, уровень шкалы «Качество сна» составил, соответственно: 46,2±17,9 баллов, 44,4±10,3 баллов. Уровень шкалы «Сексуальная функция» составил у пациентов, принимавших БКК с ББ, 90,1±11,9 баллов; у пациентов, принимавших БКК с ИАПФ, 75±12,5; у пациентов, принимавших БКК с АИР, 75±12,5; у пациентов, принимавших ББ с ИАПФ, 68,8±8,8 баллов (p<0,05).

Таким образом, у пациентов с артериальной гипертензией, получающих лечение программным гемодиализом, выявлены высокие показатели качества жизни при применении комбинации ББ с ИАПФ. В тоже время у пациентов, принимавших комбинацию БКК с ББ, в большинстве шкал опросника наблюдаются низкие показатели, но отмечается высокий уровень шкалы «Сексуальные функции». Индивидуализация комбинированной антигипертензивной терапии должна основываться не только на уровни артериального давления и биохимических параметров, но и на показатели качества жизни.

Анализ влияния индекса массы тела на функцию почек у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией с сахарным диабетом и без диабета.

Каюмова А.А., Шарипова Р.Р., Сигитова О.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель. Изучить функцию почек у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени с сахарным диабетом (СД) и без него в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Задачи: 1. Провести клиническое обследование пациентов с сахарным диабетом и без него и оценить уровень АД и индекс массы тела (ИМТ). 2. Проанализировать липидограмму в зависимости от ИМТ. 3. Проанализировать функцию почек в зависимости от ИМТ.

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента с АГ II-III степени в возрасте 60-75 лет (66±1,7 лет), М/Ж: 9/15. Протокол обследования больных включал клиническое обследование, уровень артериального давления (АД), индекс массы тела (ИМТ); уровни креатинина, глюкозы, липидов сыворотки крови; альбуминурию. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле СКД-EPI (2009), альбуминурию (АУ) – по отношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи, индекс массы тела – по Кетле II. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – с наличием СД (n=13, средний возраст 66,2±1,9 лет) и 2 группа (сравнения) – без СД (n=11, 65,7±2,5, p>0,05).

Результаты исследования. Уровень достигнутого АД, в 1 и 2 группах, соответственно – 149,5±13,4 мм рт.мт. и 142,1±12,7, а также длительность АГ – 12,7±3,1 лет и 13,5±2,3 (p>0,05) не различалась. 12 пациентов 1 группы (92,3%) и 9 пациентов 2 группы (81,8%) имели избыточную массу тела. ИМТ в 1 группе (31,4±1,3) был выше, чем во 2 группе (28,2±0,7), p<0,05. В 1 группе ИМТ в пределах нормы (18,5-24,9) имели 7,7%, с преожирением (25-29,9) – 38,5%, с I степенью ожирения (30-34,9) – 15,3%, со II степенью ожирения (35-39,9) – 38,5%. Во 2 группе нормальной ИМТ имели 18,1%, с преожирением – 54,6%, с I степенью ожирения – 27,3%. Изучена функция почек при различном ИМТ: в 1 группе с нормальной массой тела креатинин сыворотки крови (Кр) составил 92,1 мкмол/л, СКФ – 57,0 мл/мин/1,73 м², альбуминурия (АУ) – 10 мг/г, альбумин/креатинин (АУ/Кр) – 0,6 мг/ммоль; с преожирением Кр – 102,4±7,3 мкмол/л, СКФ – 55,6±3,6 мл/мин/1,73 м², АУ – 18,0±4,9 мг/г, АУ/Кр – 5,4±1,1 мг/ммоль; с ожирением I ст. Кр – 128,9±14,4 мкмол/л, СКФ – 42,5±0,5 мл/мин/1,73 м², АУ – 30,0 мг/г, АУ/Кр – 1,4±0,3 мг/ммоль; с ожирением II ст. Кр – 132,6±10,6 мкмол/л, СКФ – 41,2±2,5 мл/мин/1,73 м², АУ – 18,0±4,9 мг/г, АУ/Кр – 1,5±0,3 мг/ммоль. Во 2 группе у пациентов с нормальной массой тела Кр составил 114,2±24,2 мкмол/л, СКФ – 62,5±17,5 мл/мин/1,73 м², АУ – 20,0±10,0 мг/г, АУ/Кр – 0,8±0,3 мг/ммоль; с преожирением Кр – 109,2±4,2 мкмол/л, СКФ – 59,5±3,6 мл/мин/1,73 м², АУ – 20,0±4,5 мг/г, АУ/Кр – 1,7±0,5 мг/ммоль; с ожирением I ст. – Кр – 81,1±11,6 мкмол/л, СКФ – 68,3±11,5 мл/мин/1,73 м², АУ – 10,0 мг/г, АУ/Кр – 3,8±1,5 мг/ммоль. Липидный спектр в 1 группе: при нормальной массе тела общий холестерин (ОХ) – 4,9 ммоль/л, липопротеины низкой плотности (ЛПНП) – 2,5 ммоль/л, липопротеины высокой плотности (ЛПВП) – 1,2 ммоль/л, триглицериды (Тг) – 1,3 ммоль/л; с преожирением ОХ – 4,7±0,4 ммоль/л, ЛПНП – 2,9±0,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,2±0,05 ммоль/л, Тг – 1,2±0,1 ммоль/л; с ожирением I ст. ОХ – 6,4±0,1 ммоль/л, ЛПНП – 3,6±0,4 ммоль/л, ЛПВП – 0,95±0,05 ммоль/л, Тг – 1,1±0,1 ммоль/л; с ожирением II ст. ОХ – 5,5±0,7 ммоль/л, ЛПНП – 3,5±0,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,1±0,07 ммоль/л, Тг – 1,4±0,2 ммоль/л. Во 2 группе: при

нормальной массе тела ОХ – 5,6±1,1 ммоль/л, ЛПНП – 3,6±0,4 ммоль/л, ЛПВП – 1,1±0,08 ммоль/л, Тг – 1,3±0,2 ммоль/л; с преожирением ОХ – 5,4±0,3 ммоль/л, ЛПНП – 3,5±0,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,2±0,06 ммоль/л, Тг – 1,3±0,1 ммоль/л; с ожирением I ст. ОХ – 4,9±0,4 ммоль/л, ЛПНП – 2,9±0,2 ммоль/л, ЛПВП – 1,2±0,03 ммоль/л, Тг – 1,1±0,05 ммоль/л. По степени АУ [Levey A.S. и соавт., 2010]: оптимальная (10-29 мг/г), высокая (30-299 мг/г) и очень высокая стадии (300-1999 мг/г) пациенты распределились: оптимальный уровень АУ, соответственно, в 1 и 2 группах, был у 7 (63,6%) и 7 (36,4%) пациентов; высокий – у 7 (53,8%) и 6 (46,2%).

Выводы. У пациентов пожилого возраста с АГ II-III степени с диабетом и без диабета уровень СКФ, АУ и концентрация Кр в сыворотке крови нарастали при увеличении ИМТ, т.е., функция почек снижалась по мере нарастания степени ожирения, что доказывает негативное влияние ожирения на функцию почек.

Влияние фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов на показатели суточного мониторирования артериального давления у пациентов артериальной гипертензией.

Корниенко Н.В., Захарьян Е.А., Радзивил П.Н.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Симферополь

В настоящее время проблемой номер один во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания. Ведущей причиной формирования сердечно-сосудистых событий является артериальная гипертензия (АГ), которая ассоциируется с высоким уровнем смертности и низким качеством жизни. В связи с этим, для максимального снижения риска развития кардиоваскулярных катастроф, необходима адекватная эффективная антигипертензивная терапия (АГТ), главной задачей которой считается достижение целевого уровня АД.

Цель – изучить динамику показателей суточного мониторирования АД (СМАД) у пациентов с АГ, принимающих фиксированную комбинацию антигипертензивных препаратов (АГП).

Материалы и методы. В обследование вошли 68 пациентов в возрасте от 51 до 62 лет (средний возраст составил 54,3±4,7 года), имеющих АГ II-III степени. По половому признаку преобладали мужчины (73,4%). ИБС была диагностирована у 72% и ХСН у 54% пациентов с АГ. По данным анамнеза, средний стаж АГ составил 14,7 лет. Всем пациентам в динамике проводилось комплексное обследование. Методы исследования включали общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные показатели: ЭКГ, доплерэхокардиография и СМАД с определением суточного индекса (СИ), офисного измерения АД, скорости утреннего подъема АД (СУП) и вариабельности систолического и диастолического АД (ВАР САД и ВАР ДАД). До включения в исследование больные имели неконтролируемую АГ на фоне ранее неэффективной моно- и двухкомпонентной АГТ. Всем пациентам была назначена фиксированная трехкомпонентная комбинация, включающая амлодипин, индапамид, периндоприл в различных дозировках от 5+1,25+4 мг до 10+2,5+8 мг 1 раз в сутки в зависимости от исходного состояния. Период наблюдения составил 12 недель. Целевым уровнем АД считали <140/90 мм рт.ст.

Результаты обрабатывались в системе статистического анализа Statistica (версия 6.0). Различия между показателями считали значимыми при P<0,05.

Результаты. Анализ данных 24-часового мониторинга АД у пациентов с АГ, получавших фиксированную комбинацию АГП, выявил положительную динамику исследуемых показателей. Через 3 месяца наблюдения было достигнуто целевое АД у 87% пациентов, причем у 64% обследуемых отмечалась нормализация суточных ритмов АД. Среднесуточные значения САД уменьшились с 146,4±4,1 до 125,1±2,8 мм рт.ст., ДАД с 92,4±2,4 до 78,4±2,0 мм рт.ст. (P<0,05). Вариабельность САД за сутки в целом понижалась на 3,4 мм рт.ст., причем уменьшение ее 2,2 мм рт.ст. фиксировалось в дневное время. Ночные значения вариабельности САД достоверно снижались с 15,0 ±1,8 до 8,2±0,6 (P<0,01), ДАД с 10,4±0,6 до 7,0 ±0,5 (P<0,01). В конце лечения данные СУП САД и СУП ДАД также снижались соответственно с 25,0±17,1 до 13,3±9,2 и с 20,0±14,2 до 11,3±9,2. За время исследования лабораторные показатели существенно не менялись. Лечение пациенты переносили хорошо. Клинически значимых побочных эффектов зафиксировано не было.

Выводы. У пациентов АГ правильно подобранное лечение АГП в виде фиксированной трехкомпонентной комбинации приводит к достижению хорошо переносимого целевого уровня АД, существенному снижению вариабельности САД, уровня ночного АД и контролируемому артериальному давлению в утренние часы и способствует снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений, соответственно улучшая прогноз заболевания.

Стеатоз поджелудочной железы у больных с ожирением.

Косюра С.Д., Ливанцова Е.Н., Красилова А.А., Вараева Ю.Р., Стародубова А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: выявить частоту поражения поджелудочной железы у лиц с ожирением, определить предикторы их развития. Материалы и методы. Среди обследованных 77 пациентов с ожирением с ИМТ больше 30 кг/м², из них 62 женщины (80,5%) и 15 мужчин (19,5%). Медиана возраста составила 54 [44; 59], медиана ИМТ 38,8 кг/м² [35,6; 44,1]. Всем пациентам проводилось анкетирование, общеклиническое и биохимическое исследование с определением липидного профиля, липазы, общей и панкреатической амилазы, антропометрия, анализ состава тела методом биоимпедансометрии, оценка основного обмена методом непрямой калориметрии, УЗИ и КТ брюшной полости.

Результаты. Стеатоз поджелудочной железы диагностируется в полтора раза чаще НАЖБП. По данным УЗИ брюшной полости стеатоз печени выявлен у 44 (57,1) пациентов, стеатоз ПЖ у 69 (89,6%), в том числе сочетание НАЖБП и стеатоза ПЖ у 33 (42,9%). Стеатоз ПЖ умеренной и тяжелой степени по данным УЗИ диагностирован у 51 (66,2%) пациентов, по данным КТ 43 (55,9%). Стеатоз ПЖ коррелировал с возрастом (R 0,30; p<0,05), (R 0,30; p<0,05), степенью тяжести стеатоза печени (по данным УЗИ) (R 0,31; p<0,05). Степень тяжести стеатоза ПЖ (по данным УЗИ) коррелировала с семейным анамнезом по развитию ССО у родственников (R 0,36; p<0,05), длительностью АГ (R 0,62; p<0,05), максимальными цифрами САД (R 0,52; p<0,05), и ДАД (R 0,42; p<0,05), наличием стеатоза ПЖ (по данным КТ) (R 0,43; p<0,05) и отрицательно коррелировала с плотностью ПЖ (по данным КТ) (R -0,39; p<0,05). Плотность ПЖ (по данным КТ) коррелировала с уровнем липазы (R 0,54; p<0,05), лептина (R 0,78;

p<0,05), альфа2-макроглобулина (R 0,71; p<0,05) и отрицательно коррелировала с возрастом (R -0,59; p<0,05), возрастом дебюта АГ (R -0,52; p<0,05), уровнем ТГ (R -0,42; p<0,05), ЛПНП (R -0,39; p<0,05), общего билирубина (R -0,42; p<0,05), степенью тяжести стеатоза ПЖ (по данным УЗИ) (R 0,39; p<0,05).

Выводы. Стеатоз поджелудочной железы диагностируется в полтора раза чаще НАЖБП. Стеатоз ПЖ умеренной и тяжелой степени по данным УЗИ диагностирован у 51 (66,2%) пациентов, по данным КТ 55,9%. Стеатоз ПЖ коррелировал с возрастом, степенью тяжести стеатоза печени (по данным УЗИ). Плотность ПЖ (по данным КТ) коррелировала уровнем липазы, лептина, альфа2-макроглобулина и отрицательно коррелировала уровнем ТГ, ЛПНП, общего билирубина. Ключевые слова: семейный анамнез, стеатоз печени, стеатоз поджелудочной железы, КТ брюшной полости, липидный профиль.

Применения кетопрофена у больных подагрой в амбулаторных условиях.

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Подагра – метаболическое заболевание, проявляющееся нарушением обмена пуринов и накоплением мочевой кислоты (МК) и уратов, с образованием кристаллов моноурата натрия и отложением их в органах мишенях. Острый подагрический артрит является крайне болезненным состоянием, которое заставляет пациента обращаться к врачам поликлиники. Для лечения острого подагрического артрита препаратами первой линии являются НПВП. В сравнении с другими НПВП в этом отношении выгодно выделяется кетопрофен, отличающийся наиболее быстрым началом анальгетического действия. Концентрация в плазме составляет до 90%, определяется через 1-2 часов после введения. Также быстро нарастает концентрация кетопрофена и в синовиальной жидкости, что предопределяет его применения для купирования приступа острой боли у больного подагрой.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность терапии острого артрита у больных подагрой с использованием кетопрофена. Материалы и методы. В исследование был включен 21 больной (15 мужчин и 6 женщин) с достоверным диагнозом подагры, обратившихся в поликлинику с приступом острого артрита, давшие информированное согласие на лечение. Критерии включения пациентов были следующие: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит длительностью не более 3 недель, поражение не более 4 суставов. Всем больным назначали кетопрофен в дозе 2 мл (50 мг/мл) внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней. Эффективность препарата оценивали с помощью артрологических тестов (выраженность болевого синдрома по ВАШ в покое и при ходьбе, индекс припухлости и гиперемии, суставной индекс в баллах) до начала исследования, через 5 дней и по окончании терапии. Результаты. Средний возраст больных подагрой составил 57,2±11,07 года, медиана и интерквартильный размах длительности болезни – 4,2 [1;6,5], число атак в год – 2,23±0,75. Длительность последнего обострения составила 1,25±0,79 недели, число пораженных суставов 3 [1;4]. Наиболее часто (82%) поражался I плюснефаланговый сустав, далее по частоте следовали артриты суставов предплюсны (12%), голеностопных (50%), коленных суставов (30%). Артрит локтевых и проксимальных межфаланговых суставов кистей имелся в 4 (19%)

случаев. У 5 (24%) пациентов были выявлены тофусы. У 14 (67%) больных отмечена артериальная гипертензия, у 2 (10%) – сахарный диабет 2-го типа, у 6 (28,5%) – ожирение, нефролитиаз (микролиты) – у (45%). Уровень МК в сыворотке крови составил $469,18 \pm 58,27$ ммоль/л. На момент исследования пациенты не принимали другие НПВП, аллопуринол регулярно получали только половина пациентов. Число припухших суставов на момент первичного осмотра суставов составило 2 [1;3], индекс припухлости – $3,5 \pm 1,5$ баллов, индекс гиперемии $1,7 \pm 0,8$ и суставной индекс $3,0 \pm 1,5$ баллов, а также боли по ВАШ в покое $42,0 \pm 16,4$ мм, при движении $78,9 \pm 14,2$ мм. Оценка ОСП по ВАШ до начала терапии составила $82,9 \pm 16,2$ мм. На фоне терапии с применением кетопрофена к 5 дню терапии отмечалось статистически значимое улучшение всех клинических показателей, используемых для оценки суставного синдрома у больных подагрой, и эта тенденция нарастала к окончанию курса терапии. Так, приступ артрита был купирован к 5 дню терапии кетопрофеном у 7 (33%) больных, к 7 дню еще у 2 пациентов (10%), к 10 дню – у 9 (43%). У 2 (10%) пациентов отмечалось ухудшение состояние, которое проявилось вовлечением в воспалительный процесс новых суставов. Следует отметить, что 6 (28,5%) пациентов указали на четкий обезболивающий эффект препарата уже в 1-е сутки лечения, 10 (50%) – на 2-е сутки и только 2 (10%) – на 3-и сутки лечения. Переносимость препарата оценена как хорошая или отличная у всех пациентов. На фоне терапии кетопрофеном не отмечалось повышение биохимических параметров и АД, что не потребовало коррекции доз гипотензивных препаратов.

Выводы. У большинства больных (90%) с острым подагрическим артритом кетопрофен в дозе 2 мл (50 мг/мл) в сутки достаточно эффективно купировал болевой синдром и воспаление в пораженных суставах при хорошей переносимости препарата, что позволило оптимизировать лечение данной категории пациентов в амбулаторных условиях.

Деструкция ДНК и нейрональные маркеры при печеночной энцефалопатии у больных хроническим вирусным гепатитом С.

Михайлов А.О., Попов А.Ф., Иванис В.А., Иванова Н.С., Симакова А.И.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

В связи с активным развитием нейронаук в последнее десятилетие все большее значение отводится поиску новых молекул-мишеней для терапии нейродегенеративных заболеваний головного мозга. Также ведется поиск информативных специфических маркеров для уточнения характера изменений в веществе головного мозга и взаимосвязи структурных и функциональных нарушений. Исследование содержания таких белков, как S100, глиальный фибриллярный кислый протеин (GAFP), нейронспецифическая енолаза (NSE) может дать представление о выраженности, глубине и распространенности поражения структур, объеме опухолей, прогнозе и исходе заболеваний головного мозга.

Цель. Выяснить информативность измерения уровней S100, GAFP, NSE и определить связь с уровнем повреждения ДНК лимфоцитов периферической крови в механизме печеночной энцефалопатии при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС).

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 29 пациентов

с ХВГС в период 2015-2017 гг. Возраст больных от 25 до 55 лет, средний возраст $48,2 \pm 4,5$ лет. Контрольную группу составили 30 добровольцев. Все исследуемые разделены на 6 групп по степени фиброза печени по METAVIR: F0 (n=6), F1 (n=7), F2 (n=8), F3 (n=4), F4 (n=4) и контрольная группа (n=30). Уровень S100, NSE, GFAP определяли в сыворотке крови с помощью коммерческих наборов для ИФА (FUJIREBIO, Sweden; BioVendor, Czech Republic; AnshLabs, USA) согласно инструкции производителя. Одно- и двунитевые разрывы ДНК определяли в отмытых лимфоцитах периферической крови методом ДНК-комет в щелочной модификации. Статистическую обработку проводили с использованием пакета Statistica 10.0.

Результаты. Самый высокий уровень NSE был зафиксирован в группе F2, F3 и F4 – $3,04 \pm 0,03$, $3,38 \pm 0,02$ и $3,97 \pm 0,07$ мкг/л ($p < 0,05$). В контрольной группе уровень маркера составил $1,06 \pm 0,10$ мкг/л. В этих группах по графическому тесту у пациентов доминировала 1 степень печеночной энцефалопатии, в остальных случаях диагностирована латентная стадия. Уровень S100 во всех исследуемых группах составлял в среднем $72,6 \pm 3,9$ ($33,5-122,6$) нг/л и достоверно не отличался и от показателя контрольной группы $63,5 \pm 3,8$ ($26,7-202,2$) нг/л. Средняя концентрация GFAP в исследуемых группах составляла $0,032 \pm 0,005$ ($0,002-0,090$) мкг/л, что так же достоверно не отличалось от контроля – $0,037 \pm 0,005$ ($0,009-0,100$) мкг/л. В отличие от изменения содержания нейрональных маркеров в исследуемых группах – уровень деструкции ДНК лимфоцитов был разным. Наибольшее значение он достигал на стадии F4 и составлял $24,41 \pm 9,02\%$ ДНК в хвосте кометы. Следует заметить, что даже при отсутствии фибротических изменений в печени степень поврежденности ДНК была статистически значимой и составляла при F0 – $12,66 \pm 4,53$, F1 – $13,13 \pm 5,17\%$ ДНК в хвосте кометы ($p < 0,05$). В контрольной группе количество разрывов ДНК было $3,75 \pm 1,44\%$ ДНК в хвосте кометы. Обнаружена корреляция средней силы между степенью энцефалопатии и уровнем деструкции ДНК и NSE.

Выводы. Исследования поражения нервной системы при ХВГС выявляют смешанный генез энцефалопатии: прямой цитопатический эффект вируса при виремии и вызванные им иммунопатологические реакции. Связь между выраженностью неврологических нарушений со степенью фиброза печени и уровнем деструкции ДНК в лимфоцитах свидетельствует и о значении метаболических и токсических нарушений в механизме прогрессирующей печеночной энцефалопатии. Наиболее информативным нейрональным маркером в диагностике печеночной энцефалопатии является NSE.

Оценка постпрандиальной секреции инсулина у больных хроническим панкреатитом.

Михайлова О.Д., Григус Я.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования – изучение секреции инсулина и С-пептида после пищевой нагрузки у больных при хроническом панкреатите (ХП) и его сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 50 больных ХП и 38 больных с ХП в сочетании с МС. Мужчин было 40, женщин – 48 в возрасте 22-64 лет. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2011). Верификация МС проводилась согласно современным критериям ВНОК (2013). Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, продолжительности и тяжести заболевания. В сыворотке крови радиоиммунологическим и

электрохемилюминесцентными методами определяли содержание инсулина и С-пептида натощак и через 1 и 2 часа после смешанной пищевой нагрузки (5,6 г белков, 40 г жиров, 6,4 г углеводов – 496 ккал). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц в возрасте 20-25 лет. Результаты. Базальный уровень инсулина в сыворотке у больных ХП ($8,62 \pm 0,98$ мкЕд/мл) и у пациентов с ХП в сочетании с МС ($8,83 \pm 1,02$ мкЕд/мл) имел тенденцию к повышению в сравнении с контрольной группой ($7,44 \pm 1,12$ мкЕд/мл). Пищевая нагрузка у здоровых лиц вызывала увеличение уровня инсулина в сыворотке к концу первого часа на 163% и сохранялась повышенной через 2 часа на 115%. У больных ХП концентрация инсулина после пищевой нагрузки возросла в меньшей степени: через час на 86%, через 2 часа на 36%. У больных ХП в сочетании с МС уровень инсулина после еды также повышался: на 121% и 96% соответственно. Базальный уровень С-пептида у больных ХП в сочетании с МС был достоверно снижен: $0,530 \pm 0,016$ нг/мл (в контрольной группе – $0,758 \pm 0,073$ нг/мл), через час после пищевой нагрузки практически не менялся: $0,500 \pm 0,015$ нг/мл, через 2 часа – возрастал до $0,789 \pm 0,021$ нг/мл ($p < 0,05$), тогда как у здоровых через час его концентрация возросла до $1,175 \pm 0,054$ нг/мл ($p < 0,05$), а через 2 часа вернулась к исходному уровню ($0,764 \pm 0,063$ нг/мл). У больных ХП базальный уровень С-пептида в сыворотке был существенно повышен до $1,260 \pm 0,062$ нг/мл, через час после еды повысился до $1,921 \pm 0,025$ нг/мл ($p < 0,05$), через 2 часа снизился до $0,930 \pm 0,016$ нг/мл, не достигнув уровня здоровых. Заключение. Использование пробного пищевого завтрака позволяет оценивать особенности нарушений секреции инсулина и С-пептида при ХП и при ХП с сопутствующим МС.

Зависимость осложнений острого периода инфаркта миокарда от характера поражений коронарных артерий.

Молоствова А.Ф., Салимова Л.М.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Инфаркт миокарда (ИМ), несмотря на достижения современной медицины в области ее профилактики и терапии, остается одним из прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Прогноз больных ИМ определяется как возрастом, наличием сахарного диабета, ишемической болезни сердца в анамнезе, так и локализацией ИМ, осложнениями в остром периоде, а также проводимой в этот период терапией. Очень важным у пациентов с ИМ является определение уже в первые сутки заболевания возможного риска возникновения осложнений острого периода инфаркта миокарда. Это позволит выбрать лечащему врачу терапевтическую стратегию, направленную на профилактику будущих осложнений острого периода ИМ. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является коронароангиография, кроме диагностической ценности процедуры (визуализация локализации и степени стеноза коронарной артерии), важным ее преимуществом является возможность выполнения лечебных манипуляций таких, как стентирование коронарных артерий, ангиопластика. Цель исследования. Определение взаимосвязи между характером осложнений острого периода инфаркта миокарда и результатами коронароангиографии. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни пациентов за период с июля по декабрь 2016 года, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом

отделении одной из клиник города Казани с диагнозом острый инфаркт миокарда. Из них мужчины – 80 человек, женщины – 52 человека. Средний возраст больных мужчин составил 60 лет, а женщин – 76 лет, 67% случаев (88) были с осложнениями. Всего с помощью коронароангиографии были исследованы 100 (75,7%) пациентов с острым инфарктом миокарда. В исследование не включались случаи с летальным исходом, пациенты с исходным нарушением ритма и проводимости.

Результаты. В остром периоде инфаркта миокарда встречались такие осложнения, как митральная недостаточность (20%), фибрилляция предсердий (14%), ранняя постинфарктная стенокардия (14%), кардиогенный шок (13%), предсердная экстрасистолия (13%), желудочковая экстрасистолия (13%), АВ-блокада (10%), полная блокада правой ножки пучка Гиса (3%). Были получены следующие данные коронароангиографии: стеноз более 60% ПМЖВ (18%), окклюзия медиального сегмента ПМЖВ (18%), стеноз ОВ ЛКА (16%), окклюзия проксимального сегмента ПКА (16%), окклюзия медиального сегмента ПКА (14%), без изменений (16%), окклюзия дистального сегмента ПМЖВ (4%). Была выявлена взаимосвязь между результатами коронароангиографии и характером осложнений острого периода ИМ, так при стенозе более 60% ПМЖВ в 30,7% встречалась митральная недостаточность, при окклюзии медиального сегмента ПКА в 27,7% желудочковая экстрасистолия, при окклюзии медиального сегмента ПМЖВ в 43% ранняя постинфарктная стенокардия, при стенозе ОВ ЛКА в 40% АВ-блокада, при окклюзии проксимального сегмента ПКА в 66,7% полная блокада ПНПГ, при окклюзии проксимального сегмента ПМЖВ в 100% желудочковая экстрасистолия, при окклюзии ОВ ЛКА в 100% предсердная экстрасистолия, при нормальной коронарограмме в 66,7% фибрилляция предсердий.

Заключение. Результаты коронароангиографии могут помочь врачу прогнозировать характер осложнений острого периода инфаркта миокарда и вовремя выбрать терапевтическую тактику.

Оценка кардиоваскулярного риска среди вынужденных переселенцев мужского пола 20-59 лет.

Мурсалов М.М., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Одной из основных задач, стоящих перед клиницистами является реальная оценка риска в отношении кардиоваскулярной патологии. В Милане (2007) Европейскими обществами кардиологии и гипертензии были приняты рекомендации по артериальной гипертензии (АГ), согласно которым оценивался уровень артериального давления (АД), а также другие факторы риска (ФР) заболевания, поражения органов мишеней.

Цель. Провести оценку степени кардиоваскулярного риска у лиц с АГ среди вынужденных переселенцев мужского пола в возрасте 20-59 лет, проживающих в г. Сумгаит.

Материал и методы. Исследования проводились среди 865 мужчин в возрасте 20-59 лет, проживающих в г. Сумгаит. Всем обследуемым проводились все необходимые клинико-эпидемиологические и лабораторные исследования. В соответствии с рекомендациями в зависимости от значений систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления выделяли нижеследующие уровни риска в популяции: средний риск, низкий, умеренный, высокий,

очень высокий. Среднему риску соответствовало значение САД до 139 мм рт.ст. и ДАД до 89 мм рт.ст. при отсутствии других ФР. Низкому риску: АГ I ст. при отсутствии или наличии 1-2 ФР. Умеренный риск регистрировался при АГ II ст. в отсутствие ФР или же при наличии АГ I и II ст. регистрировались 1-2 ФР. Высокому риску соответствовало наличие АГ III ст. при отсутствии или же наличие 3-х и более ФР, при поражении органов мишеней и СД типа 2 у лиц с нормально повышенным АД, АГ I и II ст. Очень высокий риск был зарегистрирован в тех случаях, когда лица с III ст. АГ имели 3 и более ФР, МС, поражение органов мишеней и СД типа 2, наличие сердечно-сосудистых или почечных заболеваний.

Собственные результаты. Наличие низкого уровня риска было установлено нами у 24,85% обследованных, умеренный риск был зафиксирован в 25,32% случаев. Высокий уровень дополнительного риска был у 14,91% обследованных вынужденных переселенцев мужского пола. Очень высокий дополнительный риск имели 32,48% обследованных, нуждающихся в изменении образа жизни и немедленном приеме лекарственных средств.

Выводы. В популяции мужчин трудоспособного возраста нашей Республики уровень дополнительного риска развития сердечно-сосудистых осложнений был очень высоким, что в ближайшие 10 лет грозит возникновением кардио- и цереброваскулярных осложнений, в виде инсульта и инфаркта миокарда.

Изменение психоэмоционального статуса у больных анкилозирующим спондилитом под влиянием общей магнитотерапии.

Ненашева Н.В., Александров А.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского, Волгоград

Целью исследования являлось изучение влияния метода общей магнитотерапии на параметры психоэмоционального статуса у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР» (г. Волгоград) и филиала «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» ФГБУ «РНЦ МРИК» (г. Геленджик). В исследование были включены 35 больных с достоверным диагнозом АС (30 мужчин и 5 женщин в возрасте от 29 до 66 лет). Продолжительность заболевания менее 5 лет выявлена у 9 больных (25,7%), от 5 до 10 лет – у 12 (34,3%) и более 10 лет – у 14 (40,0%). Структура стадий АС у изучаемых больных выглядела таким образом: начальная стадия у 4 больных (11,4%), развернутая стадия у 21 пациента (60,0%), поздняя – у 10 (28,6%). Внеаксиальные проявления имели 24 пациента (68,6%). Нами наблюдалось следующее распределение пациентов по активности патологического процесса в зависимости от индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index): низкая (<2,0) – у 2 пациентов (5,7%); умеренная (2,0-4,0) – у 12 больных (34,3%); высокая (4,0-7,0) – у 14 (40,0%); очень высокая (>7,0) – у 7 пациентов (20%). После стационарного лечения пациенты направлялись на климатобальнеологический курорт (филиал «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» ФГБУ «РНЦ МРИК», Геленджик, Краснодарский край), где они получали комплексное восстановительное лечение, включающее общую магнитотерапию бегущими магнитными полями от аппаратно-программного комплекса «Мультимаг» (10 ежедневных сеансов общей магнитотерапии бегущими магнитными полями

по методике лечения болезней опорно-двигательного аппарата). Для определения уровня тревожности была использована шкала самооценки Spielberger, адаптированная Ю.Л. Ханиным. Для оценки наличия депрессивных симптомов у больных АС на период исследования использовался опросник депрессивности Бека.

Результаты и обсуждение. У пациентов АС исходно выявлены высокие уровни реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). При этом ЛТ более выражена по сравнению с РТ. Этот факт можно объяснить и неудовлетворенностью настоящей жизненной ситуацией, и переживаемым ощущением психологического дискомфорта и внутренней напряженности, и тревожной оценкой будущего. Развитие АС сопровождается формированием повышенной тревожности как реального психологического состояния и как устойчивой личностной особенности. Повышение реактивной тревожности больных АС связана с осознанием болезни, формированием фиксации на болезнь, принятием её как предопределенности и ведет, как правило, к возникновению депрессивных переживаний. В ходе восстановительного лечения достоверная положительная динамика РТ и ЛТ отмечалась в группе пациентов с АС (ЛТ=0,039; РТ=0,028), получавших сеансы общей магнитотерапии. У больных АС до начала восстановительного лечения был выявлен умеренно выраженный уровень депрессии. Это, видимо, связано с наличием хронического болевого синдрома у больных АС, что практически всегда ведет к фиксации больных на их болезненном состоянии, затрудняет процесс терапии, неблагоприятно отражается на социально-психологической адаптации пациентов. После проведенной терапии в основной группе отмечалось достоверное снижение уровня депрессии (р=0,028). Выраженный антидепрессивный эффект общей магнитотерапии у больных АС, по-видимому, связан с влиянием данного метода терапии не только на болевую и воспалительный компонент, но и на деятельность центральной и вегетативной нервных систем, эндокринной системы и центральной гемодинамики. Как результат, общая магнитотерапия в комплексном лечении пациентов с АС не только улучшает показатели физического состояния больных, но и снижает уровень психической дезадаптации пациентов и эмоционального дискомфорта.

Выводы. Использование общей магнитотерапии в комплексе стандартных методов санаторно-курортного лечения дает положительные результаты в отношении некоторых показателей психологического статуса больных АС. Применение данного метода реабилитации ведет к снижению личностной и реактивной тревожности у пациентов с АС, что, несомненно, влияет на качество жизни больных. Полученные данные диктуют необходимость включения метода общей магнитотерапии в стандартное санаторно-курортное лечение с воспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Участие гепцидина в патогенезе анемии воспаления и железодефицитной анемии.

Никитин Е.Н., Никитин Ю.Е., Шкляев А.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Актуальность. Клиническое значение медиатора воспаления и ключевого регулятора обмена железа гепцидина при анемиях различного генеза остается не достаточно изученной.

Цель работы – оценить роль гепцидина в развитии анемии воспаления у больных внебольничной пневмонией (ВП) и больных железодефицитной анемией (ЖДА).

Материалы и методы. Обследованы 64 больных ВП (45 мужчин, 19 женщин): 38 – с ВП, осложненной анемией, и 26 – ВП без анемии в возрасте 43,27±1,59 лет и 32 (7 мужчин, 25 женщин) больных ЖДА постгеморрагического генеза, в возрасте 44,16±1,88 лет. Критерии анемии (ВОЗ): гемоглобин (Hb) < 130 г/л – у мужчин и < 120 г/л – у женщин. Концентрации в крови гепцидина, ферритина (СФ), эритропоэтина (ЭПО), интерлейкина-6 (ИЛ-6) исследовались иммуноферментным методом, а сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) – хемилюминесцентным методом с использованием тест-систем.

Результаты. Концентрации Hb у пациентов с ЖДА (83, 26±1, 98 г/л) и ВП с анемией (105,05±2,73 г/л) были достоверно ниже показателей нормы (145,80±1,48 г/л) и пациентов с ВП без анемии (142,42±1,98 г/л). Содержание гепцидина в среднем у больных ЖДА было достоверно снижено, а у пациентов с ВП – увеличено и превышало показатель здоровых лиц в 23 раза в группе больных ВП с анемией и 37 раз – в группе без анемии, что свидетельствовало о возможном ингибирующем эффекте анемии на выработку гепцидина. Концентрации ИЛ-6 в крови больных ВП были также достоверно повышены (более значительно у больных ВП с анемией), причем прямые корреляции между гепцидином и ИЛ-6 указывали на регуляцию синтеза этого пептида воспалением. При ЖДА уровень ИЛ-6 оставался в пределах нормы. У пациентов с ЖДА и ВП с анемией содержание ЭПО было достоверно повышено относительно показателей нормы и пациентов с ВП без анемии, что связано с гипоксией. Однако степень повышения ЭПО у больных ВП с анемией была ниже, чем у больных ЖДА и неадекватна уровню снижения Hb. Между содержанием Hb и ЭПО, гепцидина и ЭПО в крови больных ЖДА и ВП с анемией наблюдались достоверные обратные корреляции, чего не было у больных ВП без анемии. ЭПО стимулировал эритропоэз в костном мозге, что подтверждалось увеличением числа ретикулоцитов в крови больных анемией. Сказанное указывает на регулируемую роль эритропоэтической активности костного мозга (анемической гипоксии) над синтезом гепцидина. У больных ВП обеих групп выявлялось достоверное снижение СЖ и КНТ и повышение СФ при нормальных значениях ОЖСС, что свидетельствовало о функциональном дефиците железа, достоверно более выраженном у больных ВП и анемией. Наличие прямой корреляции между гепцидином и СФ указывало на накопление железа в депо, а обратная связь между гепцидином и СЖ свидетельствовала о негативном влиянии гепцидина на освобождение железа из его запасов в плазму крови, что сопровождалось гипоферремией и железодефицитным эритропоэзом. У больных ЖДА в силу прямой корреляции гепцидина с запасами железа (содержанием СЖ и СФ), с одной стороны, и достоверной обратной связи между уровнем ЭПО (анемической гипоксией), с другой, сидеропеническое малокровие приводило к исходному снижению продукции гепцидина, направленному на мобилизацию железа для синтеза Hb в костном мозге. В процессе лечения ЖДА препаратами железа поступление и усвоение этого биоэлемента также было тесно связано с содержанием гепцидина в крови. Аналогичное влияние на восстановление Hb оказывал гепцидин и в периоде разрешения ВП.

Выводы. 1. Гепцидин при внебольничной пневмонии способствует развитию анемии воспаления. 2. Железодефицитная анемия приводит к уменьшению продукции гепцидина для мобилизации и адаптации циркулирующего железа к потребностям организма. 3. Продукция гепцидина контролируется анемической гипоксией, уровнем железа и воспалением.

Анализ структуры госпитальной летальности от заболеваний системы кровообращения.

Павленко В.И., Долгова И.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск

Сердечно-сосудистые заболевания в настоящее время сохраняют лидирующую позицию, как в структуре общей заболеваемости населения, так и по уровню летальности и утраты трудоспособности. Цель исследования. Изучение структуры летальных исходов у больных, госпитализированных в кардиологическое отделение ГБУЗ АО БГКБ, по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы за 2015 год. Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации (история болезни, протокол патологоанатомического исследования) лиц, умерших от заболеваний системы кровообращения в кардиологическом отделении городской клинической больницы г. Благовещенска в 2015 году, количество которых составило 12 человек, из них мужчин 8 человек (средний возраст 59,4±13,6 лет) и 5 женщин (средний возраст 68,1±7,2 года). Анализ проводился в процентном соотношении.

Результаты. Всего в 2015 году в кардиологическом отделении с заболеваниями сердечно-сосудистой системы было пролечено 781 пациента, из них с ишемической болезнью сердца (ИБС) 573 (73,4%) человек, гипертонической болезнью – 166 (21,3%) человек, хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) – 15 (1,9%) человек, острой ревматической лихорадкой – 1 (0,1%) человек, миокардитом – 1 (0,1%) человек, перикардитом – 1 (0,1%) человек, инфекционным эндокардитом (ИЭ) – 4 (0,5%) человека, тромбозом легочной артерии (ТЭЛА) – 1 (0,1%) человек, дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) – 19 (2,3%) человек. Общая летальность составила 1,7% (13 человек), досуточная – 0,4% (3 человека). Летальность среди лиц в возрасте от 21 до 40 лет составила 7,7%, от 41 до 50 лет – 7,7%, от 51 до 60 лет – 15,4%, от 61 до 70 лет – 30,8% и старше 70 лет – 38,4%. Все умершие больные поступали в отделение в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, наличием тяжелых осложнений, часто с поздним обращением в ЛПУ. Отмечено, что 66,6% умерших либо не обращались ранее за помощью в другие ЛПУ, либо нарушали режим лечения на амбулаторном этапе. Среди умерших летальность от ТЭЛА составила 7,7% (1 человек), от ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в стадии декомпенсации – 38,4% (5 человек), от ДКМП – 23,1% (3 человека), от ИЭ – 15,4% (2 человека), от ХРБС – 7,7% (1 человек), от инфаркта миокарда (ИМ), развившегося в отделении на фоне уже имеющейся тяжелой хронической патологии, составила 7,7% (1 человек), при этом ИМ носил ЭКГ-негативный и серонегативный характер. Досуточная летальность от общего числа умерших составила 23,1% случаев. Причинами досуточной летальности были: ТЭЛА (7,7%) и ХСН в стадии декомпенсации (15,4%).

Заключение. По нашим данным, основными причинами госпитальной смертности среди умерших больных кардиологического отделения являются хроническая ИБС, осложненная декомпенсированной ХСН, и ДКМП, занимающие 38,4% и 23,1% случаев соответственно. Возраст старше 70 лет, тяжесть состояния, наличие осложнений, поздняя госпитализация и отсутствие регулярного лечения ухудшают прогноз заболевания.

Особенности клинического течения хронического некалькулезного холецистита у больных с патологией эзофагогастродуоденальной зоны.

Печерских М.В., Ефремова Л.И., Казакова И.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Патология билиарного тракта нередко сочетается с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки эзофагогастродуоденальной зоны (ЭГДЗ) и поджелудочной железы, что определяет особенности клинического течения гастродуоденальных и гепатобилиарных заболеваний, утяжеляет их течение и изменяет прогноз.

Целью исследования являлось изучение особенностей клинического течения хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) у больных с патологией эзофагогастродуоденальной зоны.

Материалы и методы. В условиях дневного стационара гастроэнтерологического отделения городской больницы был обследован 101 пациент с ХНХ, 73 женщины и 28 мужчин с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет. Средний возраст пациентов составил $45,4 \pm 1,3$ лет. Группа сравнения состояла из 30 здоровых человек, была сопоставима с группой наблюдения по полу и возрасту. В работе были использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования гепатобилиарной и эзофагогастродуоденальной зоны, включая эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), многофракционное дуоденальное зондирование (МФДЗ), динамическую гепатосцинтиграфию. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010.

Результаты. У $97,2 \pm 1,9\%$ обследованных больных в клинической картине доминирующим был болевой синдром. У $91,5 \pm 3,2\%$ пациентов наблюдались жалобы, характерные для синдромов желудочной и кишечной диспепсии. Чаще пациенты жаловались на боль, локализирующуюся в правом подреберье ($78,3 \pm 4,7\%$). Однако у $41,8 \pm 5,7\%$ больных наблюдалась боль в левом подреберье, у $48,6 \pm 5,8\%$ пациентов – в эпигастриальной области, в $27,0 \pm 5,1\%$ случаев она иррадиировала в поясничную область. У $60,8 \pm 5,6\%$ больных боль носила ноющий характер, у $29,7 \pm 5,3\%$ – тупой и у $19,7 \pm 4,0\%$ больных болевые ощущения в правом подреберье были схваткообразными. В $72,9 \pm 5,1\%$ случаев боль продолжалась более 1 часа, у $51,3 \pm 5,8\%$ пациентов она возникала после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости у $33,3\%$ больных выявлены признаки хронического воспаления желчного пузыря, в виде утолщения и уплотнение его стенок, уменьшение его размеров у $57,0\%$ пациентов, которые в $40,4\%$ случаев сопровождалась стойкой деформацией желчного пузыря с перегибами в шейке, теле и дне. У $55,5 \pm 4,9\%$ исследуемых пациентов было выявлено повышение эхогенности поджелудочной железы, что является одним из ультразвуковых признаков хронического панкреатита. У 23 ($76,6\%$) пациентов преобладал гиперкинетический тип дискинезии желчного пузыря, который у 11 ($36,7\%$) человек сочетался с гипотонусом сфинктера Одди, у 12 ($40,0\%$) – с гипертонусом сфинктера Люткенса. У $59,7\%$ больных ХНХ были выявлены признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в $86,1\%$ случаев наблюдалась гиперемия, отечность слизистой оболочки желудка с участками ее атрофии, эрозиями. У $61,1\%$ больных были обнаружены воспалительные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс был диагностирован у 31 ($43,0\%$) пациентов.

Выводы. Клиническое течение ХНХ определяется характером дискинетических и воспалительных изменений желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы и эзофагогастродуоденальной зоны.

Мультидисциплинарный подход в лечении пожарных.

Пичугина Л.В.

Медико-санитарная часть МВД России по Удмуртской Республике, Ижевск

В статье рассмотрен мультидисциплинарный подход к медицинским осмотрам сотрудников Государственной противопожарной службы (пожарных). Обследовано 359 пожарных Удмуртской Республики и установлено, что $23,7\%$ нуждались в обследовании с привлечением гастроэнтеролога; $19,2\%$ невролога; $14,2\%$ кардиолога; $10,3\%$ пульмонолога; $9,8\%$ уролога, $7,5\%$ офтальмолога. Менее $3,5\%$ пожарных нуждались в обследовании с участием других специалистов. Ключевые слова: сотрудники Государственной противопожарной службы (пожарные), мультидисциплинарный подход, медицинские осмотры.

В настоящее время в медицине происходит смена парадигм: концепция индивидуального лечения больного С.П. Боткина замещается концепцией «лечения болезни» (disease management) зарубежных систем здравоохранения. Стержнем данной концепции является мультидисциплинарный подход к лечению больного с определенной нозологической формой. Интерес к этой теме значительно вырос в последние годы. В основе данного подхода используются рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины и включающие в себя привлечение консультантов, обучение больных, проведение современных лабораторных и инструментальных методов исследования, диагностики и лечения соответствующими лекарственными препаратами и постоянный мониторинг состояния пациента. В клинической практике примером может служить лечение ишемической болезни сердца. Однако немного исследований посвящено вопросам мультидисциплинарности в профилактике заболеваний. Считается, что пожарные практически здоровы, так как при приеме на службу проходят тщательное медицинское обследование. Тем не менее исследователи отмечают наличие патологических состояний и заболеваний у пожарных, в том числе и коморбидной патологии.

Цель нашего исследования – оценка частоты различных заболеваний у пожарных и разработка предложений по профилактике заболеваний. **Материал и методы.** Проведено комплексное социально-гигиеническое исследование методом анкетирования и клиническое обследование 359 пожарных Удмуртской Республики в возрасте от 19 до 54 лет на базе ФКУЗ «МСЧ МВД России по Удмуртской Республике» в период с 2010 по 2017 гг. Используются функциональные и клинические лабораторные методы диагностики, эзофагогастродуоденоскопия, ультрасонография и др. Мужчин было $98,3\%$, женщин $1,7\%$. Средний возраст обследованных составил $32,5 \pm 0,4$ лет. Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ. В статистической обработке результатов применен частотный анализ с вычислением z-критерия в программе Microsoft Excel 2013.

Результаты. В результате исследования установлено, что $23,7\%$ обследованных нуждались в консультации гастроэнтеролога, $19,2\%$

невролога, 14,2% кардиолога, 10,3% пульмонолога, 9,8% уролога, 7,5% офтальмолога, 3,3% инфекциониста, 2,5% дерматолога и стоматолога, по 1,1% онколога, ревматолога и гематолога, 0,56% психиатра, 0,28% эндокринолога соответственно. Выявленные заболевания чаще носили функциональный характер, а при прогрессировании иногда служили препятствием к дальнейшему прохождению службы. Так, пожарные с наличием заболеваний сердечно-сосудистой системы становились негодными к работе и нуждались в трудоустройстве. Ведущая роль в профилактике заболеваний отводилась терапевту. Он определял группы наблюдения и состояния здоровья, кратность обследований, направлял на консультацию и лечение к узким специалистам, которые вели дальнейшее наблюдение.

Выводы. Таким образом, при проведении медицинских осмотров необходимо привлечение мультидисциплинарной бригады врачей для ранней диагностики и терапии. Примерно четверть пожарных нуждается в обследовании у гастроэнтеролога, каждый пятый – у невролога, каждый шестой – у кардиолога, один из десяти пожарных – у уролога и офтальмолога. Основная и обобщающая роль отводится терапевту. Вопросы мультидисциплинарности медицинских осмотров требуют дальнейшего изучения.

Особенности коронарного русла больных стабильной стенокардией при сочетании с гастроудоденальной патологией.

Приходько М.Н., Приходько Л.О., Иконников С.В., Холявицкая Е.М., Симонова Ж.Г.

Кировский государственный медицинский университет, Киров

Введение. Коморбидные состояния на современном этапе сохраняют актуальность в клинической медицине. Сочетание кардиоваскулярной и гастроудоденальной патологий (ГДП) является одним из самых распространенных среди взрослого населения большинства стран. Идея. Изучение степени стенозирования коронарных артерий у больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *Helicobacter pylori*.

Целью исследования явилось изучить выраженность стенозирования коронарного русла у больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *H. pylori*. Материалы и методы исследования. В исследование последовательно были включены 68 больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ». Диагноз ИБС был выставлен в соответствии с алгоритмом диагностического поиска. Пациентам с целью верификации степени поражения коронарного русла выполнялась инвазивная коронароангиография (КАГ) с помощью ангиографического комплекса GE Innova 3100 IQ, исследование сопровождалось полипозиционной ангиосъемкой. В плановом порядке, при наличии показаний, с диагностической целью проводилась фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) с биопсией. В исследование не включались больные с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) > II Б ст., (ОССН, 2010), хронической болезнью почек (ХБП) > 3А, печеночной недостаточностью, сахарным диабетом, с нестабильной стенокардией, стенокардией напряжения IV функционального класса (ФК), грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Фактический материал, полученный

при проведении исследований, обработан методом вариационной статистики. Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия χ^2 . За статистически значимый принимался уровень достоверности при $p < 0,05$. Статистическая обработка выполнялась с помощью статистических программ Primer 4.03 и Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. В процессе исследования больные стенокардией напряжения I – III ФК ($n=68$) с сочетанием ГДП, были разделены на группы в зависимости от инфицированности *H. pylori* и степени выраженности серологического теста (уровня титра антител к *H. pylori*). I группу ($n=26$) составили больные, имевшие (согласно серологическому тесту) титр антител к *H. pylori* до 1:699, II группу ($n=23$) – больные с титром антител свыше 1:700, III (контрольную) группу ($n=19$) – больные, не инфицированные *H. pylori*. Пациенты были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела (ИМТ). Во II группе преобладали мужчины – 82,6%(19), ($p < 0,05$). Преобладающее большинство в III группе составили больные стенокардией напряжения II ФК – 57,8%(11) ($p < 0,05$). Во II группе преимущество составили больные стенокардией III ФК – 30,4%(7) ($p < 0,05$). Табачная зависимость более оказалась выраженной во II группе – у 47,8%(11) больных ($p < 0,05$). Анализ показателей коронарного русла у больных стабильной стенокардией показал, что однососудистое поражение в большей степени выявлено среди больных III группы и составило 31,6%(6) ($p < 0,05$). Двухсосудистое поражение коронарных артерий более значимо представлено среди больных I группы и составило 42,3% (11) ($p < 0,05$). Трехсосудистое поражение преимущественно установлено во II группе – у 65,2%(15) больных ($p < 0,05$). По результатам изучения стенозирования коронарных артерий выявлено следующее. Стеноз одной из коронарных артерий в пределах 51-75% выявлен в большей мере среди больных II и III групп, соответственно, 73,9%(17) и 78,9%(15) ($p < 0,05$). Стенозирования коронарных артерий в пределах 76-95% превалировало в I и II группах, соответственно, 61,5%(16) и 60,9%(14) ($p < 0,05$). Стенозирования коронарных артерий в пределах 95-99% оказалось сопоставимым в исследуемых группах. Оклюзия коронарных артерий имела место в большей степени во II и III группах, соответственно, 52,2%(12) и 52,6%(10) ($p < 0,05$).

Вывод. У больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП, ассоциированной с *H. pylori*, в сравнении с больными стабильной стенокардией, не имеющими *H. pylori* – инфекции, имеет место более выраженное и нарастающее с повышением титра антител, поражение коронарных артерий.

Вопросы дифференциальной диагностики экзогенного аллергического альвеолита.

Приходько О.Б., Каракулова О.А., Кострова И.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Разнообразие причин диссеминированных заболеваний легких, сложность их диагностики и необходимость взаимодействия врачей различных специальностей в диагностике и лечении пациентов подтверждают мультидисциплинарный подход к данной клинической проблеме. Среди легочных диссеминаций диагностика экзогенного аллергического альвеолита (ЭАА) является одной из самых сложных, ошибки при этом достигают 70%. Трудности диагностики ЭАА связаны со значительной вариабельностью клинических проявлений

заболевания, которое может иметь острое, подострое и хроническое течение. Его однозначное определение часто не представляется возможным из-за смешанной симптоматики, отсутствия в анамнезе данных о неблагоприятном внешнем воздействии. Часто приходится дифференцировать подострую форму ЭАА от идиопатического легочного фиброза, туберкулеза, при этом в легких у больных пульмонитом рентгенологически выявляется мелкоочаговая диссеминация. Возможно формирование и более крупных очагов, аналогичных таковым при крупноочаговом диссеминированном туберкулезе. При пульмоните в легочной ткани находят отек и инфильтрацию межальвеолярных перегородок лимфоцитами, плазматическими клетками, гистиоцитами и эозинофилами. Целью работы является изучение клинико-функциональных особенностей течения экзогенного аллергического альвеолита, диссеминированного туберкулеза легких, идиопатического легочного фиброза. В качестве демонстрации затруднений при дифференциальной диагностике ЭАА и туберкулеза легких приводим собственное клиническое наблюдение. Больная К., 16 лет, заболела в ноябре, когда появилась одышка после физической нагрузки. На диспансерном учете у фтизиатра не состояла, контакт с больными туберкулезом отрицает. Проживает в частном доме с бабушкой, куда переехали 8 месяцев назад, дом был нежилой в течение 10 лет, в помещении – сырость, грибок. Состояние ухудшилось в течение месяца: появилась одышка в покое, сердцебиение, изнуряющий кашель с вязкой мокротой в течение дня, потеря аппетита – за месяц похудела на 8 кг, недомогание и повышенную утомляемость. Была госпитализирована в детское отделение Амурского областного противотуберкулезного диспансера с диагнозом: Милиарный туберкулез легких. Исключить: Экзогенный аллергический альвеолит, идиопатический легочный фиброз. При поступлении состояние тяжелое, сознание ясное, t тела 36,9°, кожный покров серого цвета, периферические лимфоузлы в размерах не увеличены. В легких дыхание ослабленное, хрипов нет. Частота дыхания – 42 в мин., тоны сердца ритмичные. ЧСС – 136 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез – в норме. Получала лечение противотуберкулезными препаратами (изониазид, рифампицин, пиразинамид, канамицин), однако на 3-х КТ-контролях органов грудной клетки – без динамики: во всех зонах обоих легких, за исключением нескольких зон правого легкого, выявляется выраженная милиарная диссеминация, картина «матового стекла», легочной рисунок не деформирован. Корни расширены, структурные. Сердце расположено обычно, выбухание 2-й дуги слева. При аксиальном сканировании – выраженная систолическая перегрузка правого желудочка. В клиническом, биохимическом анализе крови, общем анализе мочи – показатели в пределах нормы. В иммунологическом исследовании крови количество и соотношение основных популяций лимфоцитов не нарушено, снижена концентрация Ig G, фагоцитоз – нижняя граница нормы. По данным спирограммы – резкое снижение вентиляционной функции легких по рестриктивному типу, при микробиологическом исследовании мокроты трехкратно МБТ не выявлены. Пробы Манту с 2 ТЕ – отрицательные. Согласно данным анамнеза, результатам проведенных обследований и неэффективности полученной противотуберкулезной терапии был выставлен диагноз: Экзогенный аллергический альвеолит. Получала лечение: дезинтоксикационную терапию, преднизолон, витаминотерапию, гепатопротекторы. Через две недели состояние улучшилось, жалоб нет, прибавка в весе – 2 кг, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 23 в мин. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии, под наблюдение пульмонолога по месту жительства,

с последующим рентгенологическим контролем. Через год наблюдения пациентка жалоб не предъявляет, КТ органов грудной клетки – без патологических изменений, показатели функции внешнего дыхания – в пределах нормы. Особенностью данного клинического случая являются сложности в дифференциальной диагностике экзогенного аллергического альвеолита и милиарного туберкулеза.

Содержание микроэлементов в сыворотке крови у пациентов с хроническими гепатитами и циррозами печени.

Савельева Т.В., Пименов Л.Т.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: оценить содержание некоторых микроэлементов в сыворотке крови у больных с хроническими гепатитами (ХГ) и циррозами печени (ЦП).

Материал и методы. Проведен анализ содержания натрия, калия, ионизированного кальция, магния и цинка в сыворотке крови фотометрическим колориметрическим методом в сыворотке крови у 68 пациентов в возрасте 37-58 лет. В первую группу были включены 42 пациента с ХГ умеренной и выраженной степени активности (1а – вирусной, 1б – алкогольной этиологии), во вторую – 26 пациентов с ЦП классов В и С по Чайлд-Пью аналогичной этиологии. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты исследования. Было выявлено достоверное снижение содержания натрия у пациентов группы 1б (в среднем, 132,3±3,4 ммоль/л) и у пациентов 2-й группы (в среднем, 131,4±1,9 ммоль/л). В группе пациентов с ХГ алкогольной этиологии определялось снижение сывороточной концентрации калия (в среднем 3,21±0,78 ммоль/л); была установлена обратная корреляционная связь между содержанием калия и степенью фиброза печени ($r=-0,45$, $p=0,03$; $r=-0,38$, $p=0,04$). Содержание калия в группе пациентов с ЦП также было снижено (в среднем, 2,86±0,71 ммоль/л). Содержание ионизированного кальция в обеих группах не имело достоверных различий с показателем контрольной группы. Сывороточная концентрация магния в 1-й и 2-й группах была достоверно ниже показателя контрольной группы и составила в 1 группе, в среднем, 0,79±0,04 ммоль/л; была определена обратная корреляция с активностью АЛТ ($r=-0,48$, $p=0,04$). Во 2-й группе содержание магния составило, в среднем, 0,71±0,03 ммоль/л ($p_{1-2}<0,05$); была установлена обратная корреляция с содержанием альбумина и ПТИ ($r=-0,74$, $p=0,02$ и $r=-0,49$, $p=0,04$). Показатель сывороточного цинка был снижен в 1-й группе пациентов и составил, в среднем, 9,32±1,05 мкмоль/л; была установлена обратная связь между содержанием цинка и степенью фиброза печени ($r=-0,45$; $p=0,03$). Более низкие показатели цинка определялись у пациентов группы 1б. Во 2-й группе содержание цинка также было существенно ниже показателя контрольной группы и составило 8,31±0,08 мкмоль/л; корреляционный анализ выявил обратную связь с активностью ГГТП и содержанием билирубина ($r=-0,95$, $p=0,02$ и $r=-0,68$, $p=0,03$).

Выводы. У пациентов с ХГ и ЦП алкогольной и вирусной этиологии были выявлены нарушения в сывороточном содержании натрия, калия, магния и цинка. Наиболее выраженные отклонения наблюдались при алкогольной этиологии ХГ и ЦП.

Корреляция между уровнем скорости клубочковой фильтрации и тяжестью анемии.

Салимова Л.М., Молостцова А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Хроническая болезнь почек (ХБП) является одной из актуальных проблем не только нефрологии, но и многих смежных специальностей, учитывая рост числа больных этой патологией во всем мире. Снижение скорости клубочковой фильтрации отмечается у каждого 10-го в общей популяции. Критериями для постановки диагноза ХБП являются: повреждение почек более 3 месяцев, определяемое как структурные или функциональные нарушения почек с наличием или без снижения СКФ, которое проявляется изменениями мочи или визуальных тестов и/или морфологическими нарушениями, СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² в течение более 3 месяцев с наличием или без признаков повреждения почек (K/DOQI, 2006). Наиболее частым спутником хронической болезни почек является анемия, которая в большинстве случаев появляется у больных с сахарным диабетом и при уменьшении СКФ ниже 50 мл/мин/1,73 м². Согласно литературным данным анемия при хронической болезни почек является не только маркером прогрессирования заболевания, но и своеобразным критерием эффективности терапии основного заболевания.

Цель исследования: изучение корреляции между скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и уровнем гемоглобина.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов с диагнозом хроническая болезнь почек (различной этиологии), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении в одной из клиник г. Казани. В исследование были включены истории болезни пациентов с ХБП 1 и 2 стадии не имели признаков анемии, в исследование включены не были. Скорость клубочковой фильтрации определялась по формуле Кокрофта-Голта.

Результаты. У 29% пациентов выявлена анемия легкой степени тяжести, у 44% – анемия средней степени тяжести, 27% – тяжелая форма анемии. После определения скорости клубочковой фильтрации у 53% пациентов установлена хроническая болезнь почек 3 стадии, у 27% – хроническая болезнь почек 4 стадии, и у 20% – хроническая болезнь почек 5 стадии. Среди пациентов с 3 стадией ХБП чаще встречалась анемия легкой степени (72%), при 4 стадии ХБП – анемия средней (53%) и тяжелой степени (22%), при 5 стадии ХБП – анемия тяжелой степени (62%), средней степени (30%).

Выводы: уровень скорости клубочковой фильтрации прямо пропорционален уровню гемоглобина. При относительной сохранности выделительной функции почек отмечается тенденция к более высокому уровню гемоглобина. Уровень гемоглобина необходимо оценивать независимо от стадии хронической болезни почек для того, чтобы выявить все обратимые процессы, вносящие вклад в развитие анемии.

Кардиоваскулярный риск при ревматоидном артрите: влияние адгезинов.

Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Ревматоидный артрит (РА) характеризуется развитием воспалительно-деструктивных изменений суставов, а также системным поражением внутренних органов, в основе которых лежат тяжелые нарушения иммунитета. При РА наблюдаются повышенная кардио- и цереброваскулярная заболеваемость и смертность, что объясняется ускоренным атерогенезом, связанным не только с влиянием традиционных факторов риска, но и, возможно, обусловленным эндотелиальной дисфункцией и хроническим системным воспалением. Принимая во внимание факт увеличенного риска сердечно-сосудистых событий у больных ревматоидным артритом, молекулы адгезии могут быть ассоциированы не только с патологическими изменениями синовиальных тканей, но и с прогрессированием атеросклеротического процесса в сосудистой стенке.

Целью работы явилось выявление взаимосвязи молекул адгезии с сердечно-сосудистым риском при ревматоидном артрите.

Материал и методы. В исследование включено 112 пациентов с РА в возрасте от 40 до 66 лет, лечившихся в ревматологическом отделении краевой клинической больницы. У больных изучен суммарный десятилетний сердечно-сосудистый риск с помощью шкалы SCORE в модификации EULAR. Средние значения индекса SCORE составили 2,69±0,31 (умеренный риск), однако у 22,3% больных наблюдался высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск. В 26,9% случаев отмечалась гиперхолестеринемия, у 59,0% пациентов выявлена артериальная гипертензия. Контрольную группу составили 70 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию в крови молекул межклеточной адгезии-1 (ICAM-1), адгезии сосудистого эндотелия-1 (VCAM-1), адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 (PECAM-1), E-, P- и L-селектинов определяли методом иммуноферментного анализа. При статистической обработке использовали двухвыборочный t-критерий Стьюдента, критерии Ньюмена-Кейлса и Пирсона. Достоверными считали результаты при уровне значимости различий $p \leq 0,05$.

Результаты. При ревматоидном артрите наблюдалось достоверное увеличение содержания в крови всех молекул суперсемейства иммуноглобулинов, а также P-селектина и нормальные показатели E- и L-селектинов вне зависимости от пола, возраста больных, предшествующей терапии. Сочетание ревматоидного артрита с артериальной гипертензией или нарушениями липидного профиля характеризовалось более высокими значениями VCAM-1 в крови, чем у пациентов с нормальными величинами АД или сывороточного холестерина. Выявлена корреляция плазменных уровней молекулы адгезии сосудистого эндотелия-1 со значениями систолического АД ($r=+0,23$; $p<0,05$) и холестерина крови ($r=+0,21$; $p<0,05$). У больных РА, имеющих значения шкалы SCORE 5 и более баллов, концентрация в крови ICAM-1, VCAM-1, E- и P-селектинов была сравнительно более высокой ($p<0,05$), чем в случаях низкого и умеренного десятилетнего сердечно-сосудистого риска, что свидетельствует об их влиянии на развитие кардиоваскулярных событий при ревматоидном артрите. Показатели VCAM-1, E- и P-селектинов прямо коррелировали с величинами шкалы SCORE ($r=+0,30$; $p<0,05$; $r=+0,21$; $p<0,05$; $r=+0,31$; $p<0,05$ соответственно). Заключение. Взаимосвязь циркулирующих ICAM-1, VCAM-1, E- и P-селектинов со значениями шкалы SCORE характеризует негативную роль адгезивной функции эндотелия в развитии сердечно-сосудистых заболеваний при ревматоидном артрите.

Особенности поддерживающей терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у женщин с наличием сахарного диабета 2 типа в период климактерия.

Семикина Т.М., Куницына М.А., Жукова Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, частная клиника ИММА, Саратов

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) это хроническое рецидивирующее заболевание, при котором необходима поддерживающая терапия после достижения ее клинической ремиссии. С этой целью назначаются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Однако при их длительном применении может развиваться целый ряд побочных эффектов, в том числе переломы костей. Последнее осложнение является наиболее актуальным для женщин в период климактерия, в связи с нарастающими у них признаками остеопороза и угрозой перелома костей. В данный период повышается риск развития СД 2 типа, что также способствует прогрессированию остеопороза. С учетом изложенного при проведении поддерживающей терапии у больных ГЭРБ женщин в период климактерия следует с осторожностью относиться к длительному назначению ИПП. Цель исследования. Разработать критерии выбора оптимальной тактики поддерживающей терапии неэрозивной ГЭРБ ингибиторами протонной помпы у женщин с наличием СД 2 типа в период климактерия.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 186 женщин в возрасте 45-59 лет с официально установленным диагнозом неэрозивной ГЭРБ, в 46 случаях имелся СД 2 типа. Степень тяжести менопаузального синдрома оценивалась по величине модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Показатели углеводного обмена: гликемический профиль, уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты и обсуждение. При режиме поддерживающей терапии «по требованию» на фоне умеренной декомпенсации углеводного обмена (HbA1c в пределах 7-9%) и отсутствии климактерического синдрома частота сохранения ремиссии у женщин с отсутствием климактерического синдрома составляет 70,4%, при его наличии – 43,2% ($p < 0,05$). В период климактерия у женщин с наличием СД 2 типа снижение эффективности противорецидивного лечения ГЭРБ требует назначения повышенных доз омепразола и увеличивает риск прогрессирования остеопороза. В данной ситуации особое значение приобретает немедикаментозная составляющая поддерживающей терапии, к которой относится изменение образа жизни пациента. В ходе проведенного исследования установлено, что при выполнении рекомендаций врача более, чем на 11 усл.ед. длительность сохранения ремиссии дает сопоставимые результаты, независимо от вида поддерживающей терапии. У больных ГЭРБ женщин с отсутствием СД2, принимавших омепразол ежедневно ремиссия в течение года сохранялась в 86,7% случаев, при приеме омепразола через день – у 82,4% больных и на фоне его приема «по требованию» данный показатель составил 80,6% (различия статистически не значимы, $p > 0,05$). У больных при сочетании ГЭРБ + СД 2 типа на фоне ежедневного приема у больных ремиссия в течение года отмечена у 82,6% женщин, при приеме через день – у 80,7% и «по требованию» - в 78,4% случаев ($p > 0,05$).

Выводы: 1. Независимо от вида поддерживающей терапии у женщин с наличием СД 2 типа в период климактерия длительность ремиссии неэрозивной ГЭРБ снижается прямо пропорционально повышению значений уровня HbA1c и индекса ММИ. 2. При

назначении поддерживающей терапии ГЭРБ женщинам с тяжелым течением климактерия и наличием СД 2 типа необходимо учитывать, что ежедневный прием омепразола в дозе 20 мг, через день и «по требованию» позволяет сохранить ремиссию заболевания в течение года не более чем в 30% случаев, однако при выполнении рекомендаций врача по изменению образа жизни на 11 усл.ед. и более этот показатель может быть увеличен до 70%.

Мутации генов, ответственных за метаболизм липидов, оксида азота и толерантность к клопидогрелю у больных с острым коронарным синдромом – есть ли связь с 12-месячным прогнозом в отношении конечных точек.

Северина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Федоров А.Н., Скородумова Е.Г.

Санкт-Петербургский научно исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель: оценить влияние полиморфизма генов, ответственных за метаболизм липидов, оксида азота и чувствительность к клопидогрелю, на отдаленный прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), ассоциированный с острым повреждением почек (ОПП).

Материалы и методы: в исследование включено 86 пациентов, лечившихся в ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2016 году по поводу инфаркта миокарда. Мужчин – 60,2%, женщин – 39,8%. Средний возраст 62,1±4,2 лет. Вся когорта больных была разделена на 2 группы. В первую (I) вошли 34 человека с ИМ и ОПП. Во вторую (II) – 52 пациента с ИМ, но без ОПП. Выборки были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным во время госпитализации производилось выявление полиморфизма генов, основанного на анализе геномной ДНК человека, выделенной из лейкоцитов крови, методом полимеразно-цепной реакции «SNP-ЭКСПРЕСС» ООО НПФ «Литех». Период наблюдения составил 12±8мес. Контакты с больными осуществлялись посредством телефонного опроса. Результаты статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение: полиморфизм генов CYP2C19 G681A и CYP2C19 Trp21Ter, вызывает нарушение чувствительности к клопидогрелю. CYP2C19 G681A – в I группе аллель G определялся у 44,1% пациентов, во II у 21,3%, $p < 0,05$. Ген CYP2C19 Trp21Ter в первой выборке у 14,7% больных, в контроле 5,8%, $p > 0,05$. Ген APOE Leu28Pro, мутация которого потенцирует гиперлипотеинемию, тем самым отвечает за повышенный риск атеросклероза. Мутированный аллель в I группе встречается у 26,5% человек, во второй у 21,2%, $p > 0,05$. Однако в гомозиготном состоянии больные достоверно чаще выявлялись в первой выборке 5,9%, против 1,9%, второй $p < 0,05$. Важно отметить, что как госпитальный период ИМ у пациентов с гомозиготой по APOE протекал значительно тяжелее, так и отдаленный этап характеризовался большим числом осложнений у больных. Полиморфизм гена SLC01B1 Val174Ala влияет на метаболизм статинов. Мутированный аллель обнаружен у 58,8% человек с ИМ и ОПП и у 51,9% во II группе, достоверной разницы не обнаружено, $p > 0,05$. Хотя гомозигота по аллелю 2 у этих пациентов достоверно чаще встречается в первой выборке 14,7%, против 3,8%, $p < 0,05$. Ген NOS3 C786T влияющий на выработку NO. Достоверно чаще мутировал в I группе 58,8%, как в гетерозиготном так и в гомозиготном положении, по сравнению со II -38,5%, $p < 0,05$. В отдаленном периоде декомпенсация

хронической сердечной недостаточности (ХСН) по Нью-Йоркской классификации – NYHA III-IV функциональных классов (ФК), достоверно чаще развивалась у больных первой выборки 20,6%, по сравнению со второй 7,7, $p < 0,05$. Повторные госпитализации по поводу острого коронарного синдрома (ОКС), также чаще наблюдались у пациентов I группы 17,6%, относительно контроля 5,8%, $p < 0,05$. Отдалённая летальность в группе с ИМ и ОПП составила 11,8%, причём 3 пациента скончались по поводу рецидива ОКС и один от острого нарушения мозгового кровообращения, в группе контроля 2%, $p < 0,05$.

Выводы: 1) Ген CYP2C19 G681A определяющий чувствительность к клопидогрелю достоверно чаще встречается у пациентов с ИМ и ОПП. 2) Ген APOE Leu28Pro: достоверной разницы между группами не получено. 3) Ген SLC01B1 Val174Ala ответственный за метаболизм холестерина достоверно больше в гомозиготном варианте у больных с ИМ и ОПП. 4) Ген NOS3 C786T ответственный за выработку NO достоверно чаще встречался в первой группе. 5) У пациентов ОПП и ИМ достоверно чаще выявляются генетические мутации, что в значительной степени отягощает течения ИМ в отдалённом периоде, достоверно увеличивая количество случаев: повторных госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН и рецидивов ОКС и соответственно, летальных исходов.

Гипертоническое ремоделирование левого желудочка у пациентов молодого возраста.

Склянная Е.В.

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк*

Цель. Оценить роль патологического стрессового повышения артериального давления как фактора риска гипертонического ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у молодых лиц с различным исходным уровнем артериального давления (АД).

Материалы и методы. Обследован 981 человек в возрасте 20-29 лет. Всем исследуемым было измерено АД накануне стресса (за 1 сутки) и во время действия стресса, а также выполнена трансэхокардиальная ЭхоКГ. Результаты. Гипертоническое ремоделирование ЛЖ было выявлено у 199 обследованных (32,10%). Патологическая стрессовая реакция АД наблюдалась у 66 обследованных (10,64%). Патологическая стрессовая реакция АД была ассоциирована с увеличением вероятности наличия гипертонического ремоделирования ЛЖ (отношение шансов (ОШ) 8,45, 95% ДИ 4,97-14,36).

Выводы. Патологическая стрессовая реакция АД является фактором риска развития гипертонического ремоделирования ЛЖ у пациентов с отсутствием гипертонии при стандартном офисном измерении.

Хронические заболевания органов пищеварения и концентрация ацетилхолина в сыворотке крови.

Трубицына И.Е., Винокурова Л.В., Ручкина И.Н., Гуляев А.С.

*Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова,
Москва*

Эндогенный Ах является медиатором первого порядка он присутствует практически во всех тканях организма, участвует в передаче нервного

импульса, помимо этого он действует на метаболические процессы клетки. Острые и хронические заболевания гастродуоденальной зоны рассматривали и рассматривают как локальный патологический процесс. Это результат отсутствия комплексных знаний о биохимических, физиологических, гистохимических изменениях регуляторной деятельности. С накоплением данных стало очевидным, что подобное представление является неправильным. Появление локального повреждения это конечный этап, нарушения механизмов регуляции физиологических процессов.

Материал и методы. В исследование были включены 150 больных ЯБЖ, 129 ЯБДК, 108 ХП алкогольной этиологии, 69 ВЗК с установленным сроком заболевания не меньше года, контрольная группа состояла из 30 добровольцев, регулярно проходящих диспансерный профилактический осмотр. У больных и в контрольной группе кровь брали натощак. Все группы были сопоставимы по возрастным и гендерным различиям. Ацетилхолин и холинэстеразную активность в сыворотке крови определяли биохимическим методом Hestrin. Целью наших исследований было определение концентрации нейромедиатора ЦНС ацетилхолина, и уровня холинэстеразной активности в сыворотке крови у больных с ЯБЖ, ЯБДК, ХП алкогольной этиологии (АХП) и ВЗК находившихся на лечении в ЦНИИ гастроэнтерологии и МКНЦ им. А.С. Логинова.

Результаты и обсуждение. Полученные данные были разделены на три когорты (типа) концентрации АХ и ХЭ активности: низкий с 0,46 до 1,0 ммоль/л, встречается в 60% случаев и средний (умеренный) в 30%, с концентрацией АХ 1,02-1,5 ммоль/л и высокий уровень АХ свыше 1,5 ммоль/л в 10%. Из-за значительных различий между объёмами выборок, а также значений средней и медианы для дальнейшего статистического анализа мы выбрали более робастные непараметрические методы. Уровни концентрации АХ и активности ХЭ зависят не только от места локализации патологического процесса, но и от стадии заболевания – в период воспаления (обострения) или рубцевания (ремиссии).

Выводы. Установлены значимые различия в концентрации АХ и активности ХЭ между АХП и ЯБДК, АХП и ЯБЖ, АХП и контролем, ВЗК и контролем, а также в зависимости от стадии заболевания: ремиссия или обострение.

Противовирусная терапия гриппа и других ОРВИ в реальной клинической практике.

Фазылов В.Х., Гилмуллина Ф.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Актуальность проблемы определяется ежегодной регистрацией в мире по данным ВОЗ более 40 млн заболевших гриппом и другими ОРВИ, что требует поиска рациональной противовирусной фармакотерапии. Целью нашего исследования явилось клиничко-патогенетическое обоснование применения отечественного лекарственного средства Кагоцел в реальной клинической практике. Под наблюдением находилось 96 пациентов (45 – мужчин, 51 – женщин) в возрасте от 18 до 70 лет и более (18-30 лет – 36, 31-50 лет – 27, 51-70 лет – 19, более 70 лет – 4) ОРВИ (в т.ч. гриппом – 36 чел.) преимущественно средней тяжести в амбулаторных условиях. Клиническая диагностика основывалась на наличии двух ведущих синдромов (интоксикационного и катарально-респираторного) и дополнительного (геморрагического), характерного для гриппа, который этиологически был подтверждён методом полимеразно-

цепной реакции (ПЦР). По использованию противовирусной терапии пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа (46 чел., в т.ч. 16 – с диагнозом «Грипп») принимала моносхему Кагоцел, 2 группа (30 чел., в т.ч. 10 – с диагнозом «Грипп») принимала Кагоцел в сочетании с имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты, 3 группа (20 чел., в т.ч. 8 – с диагнозом «Грипп») принимала кагоцел на фоне антибактериального лечения (Цефтриаксон) в среднетерапевтических дозах в соответствии с фармакологической инструкцией в первые 4 дня острого периода болезни. Для патогенетического обоснования противовирусного эффекта препарата Кагоцел в различных комбинациях определялся мониторинг интерферона-гамма в сыворотке крови пациентов в динамике заболевания (до и после приема препаратов) иммуноферментным методом (ИФА-метод).

Результаты исследования показали положительную клиническую эффективность препарата Кагоцел в моносхеме и в сочетании с имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты: достоверное ($P < 0,001$) сокращение продолжительности лихорадочной реакции и симптомов интоксикации, а также сроков купирования катарально-респираторного синдрома в среднем на 24-36 часов у 70% пациентов. Клиническая эффективность сопровождалась достоверным ($P < 0,01$; $P < 0,05$) повышением уровня интерферона-гамма в сыворотке крови пациентов всех наблюдаемых групп, а по длительности циркуляции (более 72 часов) в кровотоке у лиц, пролеченных Кагоцелом в моносхеме и в сочетании с имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты. Нежелательные явления противовирусных препаратов лечащими врачами не были зарегистрированы.

Таким образом, использование противовирусных лекарственных средств, в частности Кагоцела и имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты, при гриппе и других ОРВИ на ранних сроках заболевания в реальной клинической практике позволяет значительно сократить сроки развития ведущих клинических синдромов, что подтверждается пролонгированной положительной динамикой индуцированного интерфероногенеза.

Сравнительная характеристика качества жизни и функциональных параметров дыхательной системы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на фоне хронической сердечной недостаточности.

Халецкая А.И., Кузнецов А.Н.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) трудны с точки зрения дифференциальной диагностики, т.к. имеют общие факторы риска, механизмы патогенеза и клинические проявления, что затрудняет лечение пациентов.

Цель исследования – оценить различие качества жизни, функциональных параметров дыхательной системы и периферической кислородной сатурации (SpO₂) у пациентов с ХОБЛ в сравнении с пациентами с ХОБЛ в сочетании с ХСН.

Материалы и методы. В исследование были включены 45 пациентов в возрасте от 50 до 75 лет с установленным диагнозом ХОБЛ ABCD

класса (GOLD 2017). Пациенты были рандомизированы на 2 группы сравнения: 1 группа – больные с ХОБЛ – 22 человека; 2 группа – больные с ХОБЛ в сочетании с ХСН I-IV функционального класса – 23 человека.

Результаты и их обсуждение. Оценка качества жизни пациентов сравниваемых групп по результатам тестов CAT и CCQ выявило, что коморбидное течение ХОБЛ и ХСН отличается тяжестью поражения легочной и сердечно-сосудистой системы. Во всех сравниваемых группах пациентов отмечалось сильное влияние заболевания на жизнь пациента с достоверным снижением качества жизни в группе больных с коморбидной патологией. Также было установлено, что уровень периферической кислородной сатурации (SpO₂) был достоверно выше в группе 2 – 95,1 [94,6;95,7] по сравнению с группой 1 – 93,8 [93,2;94,4], $p=0,03$. Показатель ОФВ₁ был ниже в группе 1 – 53,5% [47,7;59,3] по сравнению с группой 2 – 59,1% [54,1;64,1], $p=0,3$; а показатель ЖЕЛ в группе 1 был выше по сравнению с группой 2 – 61,3% [53,2;69,5] и 56,8% [49,7;63,8] соответственно, $p=0,3$. Выявленные изменения демонстрируют, что коморбидное течение ХОБЛ и ХСН отличается тяжестью течения, по сравнению с пациентами с изолированным течением ХОБЛ, что отражается на показателях качества жизни.

Роль хронического стресса в развитии ожирения мужчин.

Чернышова Т.Е., Меликян И.А., Реверчук И.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель. Оценка роли метаболических и психосоциальных факторов в патогенезе ожирения для оптимизации программ реабилитации. Методы. Обследован 101 мужчина в возрасте 32-48 лет с ожирением 1-2-3 степени, которые были подразделены на 2 группы: 1-я группа – с наличием профессионального стресса, 2-я группа – без него. Все пациенты имели 2 и более неудачных попыток снижения веса с эффектом рикошета. Проводился сбор анамнеза, оценка пищевого поведения (DEBQ, 1986), клинико-лабораторные исследования, психометрическое тестирование: «Стрессоустойчивость и социальная адаптация» (Т. Холмс и Р. Праге), психодинамический профиль личности (Г. Аммон), «Копинг поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, массе тела. В «стресс-группе» выявлены более высокие показатели среднесуточного АД, уровня триглицеридов ($p < 0,05$), кортизола крови ($464,8 \pm 30,9 / 274,1 \pm 46,0$ нмоль/л; $p < 0,001$) с преобладанием экстернального типа пищевого поведения (1,0/0,5). Во 2-й группе преобладал эмоциогенный тип (0,41/1,0). При оценке качества жизни в 1-й группы отмечено снижение жизненной активности (VT- 1,0/2,2). В качестве стресс-совладающего поведения пациенты выбирали «социальное отвлечение», которое помогает приспособиться к постоянному перенапряжению на работе, и положительно связано с социальной успешностью (SF) ($r=0,67$; $p < 0,01$), особенно, при неконтролируемых стрессовых ситуациях. Структурный анализ личности выявил в «стресс-группе» дефицитарную сексуальность: снижение частоты сексуальных желаний, слабую эмоциональность в личностно значимых отношениях ($p < 0,001$). При сопоставимых показателях адаптационного потенциала (19,4/20,5) в группах выявлены различия общей конструктивности (41,9 \pm 5,1/4,2 \pm 3,9).

Значимыми факторами низкой эффективности лечения ожирения в 1-й группе были: соматический (25,5% общей дисперсии), психосоматический (15,1%), личностный (11,5%), поведенческий (10,5%) факторы и низкий комплаенс (9,2%). Более высокая факторная нагрузка показателей дислипидемии и инсулинорезистентности зарегистрирована в «стресс-группе» у лиц с деструктивной агрессией (0,68/0,49) и эмоциональной напряженностью (0,61/0,32).

Заключение. Для повышения эффективности лечения пациентов с ожирением и сохранения полученных результатов перспективна оценка психоэмоционального состояния и дифференцированная его коррекция.

Прогностическая оценка толщины эпикардиального жира у пациентов с коморбидной патологией – ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией в сочетании с ХОБЛ.

Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Маслова Т.А., Журавель О.И.

*Курский государственный медицинский университет,
Курская областная клиническая больница, Курск*

Цель и задачи работы: установить взаимосвязь толщины эпикардиального жира (ЭПЖ) и диастолической дисфункции сердца, проанализировать зависимость толщины ЭПЖ от индекса массы тела, степени артериальной гипертензии (АГ), уровня легочной гипертензии.

Материалы и методы. Было обследовано 43 пациента с ИБС, АГ в сочетании с ХОБЛ, из них у 35 (81%) больных показатель ИМТ > 25 кг/см², у 17 пациентов (39%) ИМТ>30. Эхокардиография (Logic 500, Aloka 1700) с исследованием внутрисердечной гемодинамики.

Результаты. У всех больных с избытком массы тела и с выраженным ожирением при проведении ЭХО-КГ по передней стенке ПЖ были документированы эпикардиальные жировые отложения толщиной от 0,4 до 0,74 см (0,58±0,033 см). Среднее значение толщины ЭКЖ у больных с избыточной массой тела 0,49±0,05 см, при ожирении 0,55±0,06 см, что отличается от показателей у больных с нормальной массой тела 0,33±0,02 см. Толщину ЭПЖ определяли в b-режиме в стандартной левой парастернальной позиции по длинной и короткой оси левого желудочка (Lacobellis es.2009). ЭПЖ определялся как эхо-свободное пространство между стенкой правого желудочка (ПЖ) и висцеральным листком перикарда; его величину измеряли в конце систолы в трех последовательных сердечных сокращениях. Толщина жирового слоя эпикарда прямо коррелировала с ИМТ (r=0,65, p=0,001), индексом ОТ/ОБ (r=0,72), p=0,001) с КСР ЛЖ (r=0,55, p=0,001), КДР ЛЖ (r=0,57, p=0,001), КСО ЛЖ, КДО ЛЖ (r=0,48), СДЛА (r=0,62). Корреляция с САД (r=0,72, p=0,001), обратная средней с ДАД (r=-0,52, p=0,02).

Выводы. Получение корреляционных взаимосвязей между толщиной ЭПЖ и клинико-метаболическими параметрами могут свидетельствовать о взаимообусловленности этих факторов, а так же о процессе накопления жира в эпикарде как производном маркере системного висцерального жиросотложения, ассоциированном с кардиоваскулярным риском. Т.о., у больных ИБС в сочетании с АГ и ХОБЛ необходимо определение толщины эпикардиального жира – важнейшего маркера диастолической дисфункции миокарда.

Ведущие предикторы госпитальной летальности при инфаркте миокарда.

Щапова Н.Н., Арсеничева О.В., Плеханов В.Г.

Ивановская государственная медицинская академия, Ивановская областная клиническая больница, Иваново

Несмотря на широкое внедрение интервенционных технологий в практику лечения инфаркта миокарда (ИМ), проблема госпитальной летальности (ГЛ) при ИМ остается весьма актуальной во всем мире. Целью работы явилось проведение анализа случаев смерти при ИМ с выявлением предикторов высокого риска ГЛ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ историй болезни 123 пациентов с ИМ, из которых 29 умерли в стационаре (I группа, средний возраст 69,8±9,3 лет) и 94 (II группа, средний возраст 58,4±6,2 лет) выписаны за 2015 г. Сопоставление анализируемых групп проводилось по основным демографическим (пол, возраст), клиническим (сроки поступления в клинику от момента начала заболевания, осложнения на догоспитальном этапе, ранее перенесенный ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП), артериальная гипертензия (АГ), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), реваскуляризация миокарда в анамнезе) и ангиографическим (стеноз ствола левой коронарной артерии (СЛКА), изолированное, множественное поражение венечных артерий) показателям. Для выявления предикторов ГЛ использовали метод бинарной логистической регрессии с определением для каждой достоверной переменной отношения шансов (ОШ) и его 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты. Ведущие факторы сердечно-сосудистого риска (АГ, дислипидемия, курение) в группах сравнения встречались с высокой частотой и достоверно не различались. Ранее перенесли ИМ 37% пациентов I группы и 24% пациентов II группы, СД страдали 10% в I группе и 15,7% больных во II группе. ОНМК перенесли 2 пациента из I группы, 1 из погибших ранее подвергнулся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ). Среди пациентов II группы ОНМК было у 4 больных. ХБП имела место в 17,2% и 2,1% случаев у умерших и выживших больных соответственно (p<0,05). Среднее время от начала болевого синдрома до обращения за медицинской помощью достоверно различалось и составило 204,3±44,8 минуты в I группе и 168,6±38,65 минут во II группе (p<0,05). Догоспитальная помощь полностью соответствовала стандарту только у 79% (19 больных) I группы и у 100% II группы. Среднее время от начала болевого синдрома до ЧКВ в I группе было достоверно выше (418,8±39,8 минут), чем во II группе (214,5±42,6 минут). Множественное поражение венечных артерий достоверно чаще встречалось в I группе (72% vs 27% пациентов, p<0,05). У 92,5% больных II группы оперативное вмешательство закончилось имплантацией стента в инфаркт-зависимую артерию. 19 пациентам I группы проведена ЧКВ со стентированием инфаркт-зависимой артерии, в том числе СЛКА 2 пациентам. У 3 погибших больных ЧКВ завершилось попыткой механической реканализации окклюзированной венечной артерии, в 1 случае выполнена баллонная ангиопластика, у 3 пациентов ЧКВ завершилось только коронароангиографией в виду тяжести тромбозиса на госпитальном этапе выполнен у 1 больного I группы. Внутриаортальная баллонная контрпульсация применялась у 20,6% пациентов I группы и у 6,4% пациентов II группы. Непосредственной причиной смерти пациентов в I группе явились: кардиогенный шок

(55%), отек легких (31%), гемотампонада (17,2%), острый тромбоз стента с развитием рецидива ИМ (3,4%), фибрилляция желудочков (24%), геморрагические осложнения (3,4%). Досуточная летальность составила 62%, общая ГЛ за 2015 год – 7%. Достоверных различий по полу и локализации ИМ в группах сравнения не выявлено. По результатам бинарной логистической регрессии установлено, что достоверными предикторами ГЛ явились: возраст > 70 лет (ОШ=2,46; ДИ 0,95-4,56, $p<0,016$), сроки поступления в клинику > 6 часов от начала симптомов (ОШ=1,67; ДИ 0,86-4,23, $p<0,001$), тяжелая острая сердечная недостаточность Killip III-IV (ОШ=2,09; ДИ 0,62-5,51, $p<0,012$), трехсосудистое поражение коронарного русла (ОШ=3,52; ДИ 1,28-5,51, $p<0,002$), неуспешное ЧКВ (ОШ=1,74; ДИ 0,65-3,62, $p<0,001$). Выводы. В результате проведенного исследования установлены ведущие предикторы ГЛ: возраст > 70 лет, поступление в стационар более 6 часов с момента развития симптомов, острая сердечная недостаточность Killip III-IV, трехсосудистое поражение коронарных артерий и неуспешное ЧКВ. Неблагоприятное влияние на прогноз так же могли оказать наличие ХБП, СД и ранее перенесенный ИМ.

Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни легких: суть проблемы.

Якупова А.Ф., Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются одной из ведущих проблем здравоохранения в связи с большими экономическими затратами. В то же время, обострения ХОБЛ ухудшают качество жизни пациентов, ускоряют темп снижения функции легких, и ассоциируются с сокращением продолжительности жизни пациентов.

Цель – выявление факторов риска и анализ причин повторных госпитализаций пациентов с ХОБЛ в реальной клинической практике. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, госпитализированных два и более раза с обострением ХОБЛ в терапевтическое отделение городского стационара за период с 1.01.2015 г. до 30.06.2016 г. Статистический анализ был проведен с использованием программы Microsoft Excel 2013.

Результаты. Было выявлено, что среди пациентов, госпитализированных по поводу обострения ХОБЛ, в 26,7% случаев имели место повторные госпитализации (из которых 14 пациентов (17,4%) – дважды, 5 пациентов (9,3%) – трижды). Достоверно преобладали мужчины (84,2%), средний возраст $72,2\pm 2,0$ года, у женщин – $74,7\pm 3,3$. Диагноз ХОБЛ был выставлен $7,6\pm 1,4$ лет тому назад. Интервал между повторными госпитализациями составил $121,5\pm 22,4$ день (от 2 до 387 дней). Значительная часть пациентов курили, средний стаж составил $42,9\pm 4,1$ года. Все пациенты, госпитализированные

повторно, имели более 3 сопутствующих заболеваний, среди которых преобладали сердечно-сосудистые. Госпитализации по поводу обострений ХОБЛ преобладали в весенние и осенние месяцы. 18% пациентов, госпитализированных повторно, не соблюдали рекомендаций врача после первого стационарного лечения, в первую очередь, по бронхолитической терапии. Соблюдение рекомендаций после второй госпитализации, приводило к удлинению сроков между обострениями в 3-8 раз. В период госпитализации были выявлены дефекты качества оказания медицинской помощи. В 46,5% случаев не было адекватного контроля сатурации крови. Более половины пациентов без показаний получали внутривенно метилксантины. Кортикостероиды ингаляционно и внутривенно получали лишь 67% пациентов. Инфузии стероидов продолжались до 4-9 дней неадекватно тяжести состояния пациентов в дозе 60-90 мг в сутки. 19% пациентов необоснованно получали антибактериальную терапию. Кроме того, выявлены недостатки в лечении сопутствующей патологии, декомпенсация которой при обострении ХОБЛ имела место в 89,5% случаев. Были отмечены дефекты при планировании диагностических мероприятий. В 57,8% случаев не проводилась спирометрия ни в одну из госпитализаций, что позволяет заподозрить неадекватную оценку степени тяжести вентиляционных нарушений у данных пациентов с последующей неадекватностью рекомендаций по лечению для амбулаторного этапа. Всем пациентам хотя бы в одну из госпитализаций проведена рентгенография органов грудной клетки, однако при повторных обращениях показанное исследование не повторялось в 9,3% случаев. При оценке рекомендаций при выписке было выявлено отсутствие рекомендаций по изменению образа жизни, в первую очередь, по отказу от курения, изменению физической активности, реабилитации, нутритивной поддержке. Ни в одном из случаев не было рекомендаций по вакцинопрофилактике инфекционных обострений ХОБЛ, а также режимам амбулаторной кислородотерапии. Все пациенты относились к фенотипу ХОБЛ с частыми обострениями, однако никому из них не было рекомендаций по амбулаторной терапии ингибиторами фосфодиэстеразы-4. Комбинации длительно действующих бронходилататоров были рекомендованы лишь в 48,8% случаев. Ингаляционные кортикостероиды (в том числе, в режиме монотерапии) при выписке были рекомендованы 95% больных, в свете последних федеральных рекомендаций 2016 года, практически у всех необоснованно.

Выводы. Факторами риска повторных госпитализаций при обострениях ХОБЛ следует признать возраст пациентов старше 70 лет; продолжительность заболевания более 7 лет; стаж курения более 43 лет; наличие 3 и более сопутствующих заболеваний, в первую очередь, кардиоваскулярной патологии, дефекты стационарной фармакотерапии и неадекватные рекомендации на амбулаторный этап. Отсутствие приверженности к лечению у пациентов с ХОБЛ также является актуальной причиной повторных госпитализаций. Выявленные обстоятельства требуют дальнейших аналитических исследований и внедрения образовательных программ как среди пациентов, так и среди врачей.

Конкурс молодых терапевтов

Клиническое значение определения уровня сульфатов в моче у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Гайнуллина Г.Р., Бодрягина Е.С.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница, Казань

Введение. Сульфаты – это труднорастворимые соли серной кислоты, повышение которых может говорить о наличии у пациента различных воспалительных состояний, в том числе и воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). При этих заболеваниях имеются генетически детерминированные нарушения в системе NOD2 и процессе аутофагии, что приводит к избытку сульфида в просвете кишечника и развитию воспаления эпителия толстой кишки. Также повышенное содержание сульфатов в моче может служить признаком наличия внекишечных проявлений ВЗК.

Цель. Оценить уровень сульфатов в моче у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, выявить зависимость уровня сульфатов от различных клинических проявлений язвенного колита и болезни Крона.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов с ВЗК, наблюдавшихся в гастроэнтерологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Казани.

Результаты. Среди 40 пациентов ЯК был обнаружен у 26 (65%) человек (10 мужчин и 16 женщин), БК – у 14 (35%) человек (7 мужчин и 7 женщин). Средний возраст больных составил 37,15 лет. Были проанализированы клинические характеристики пациентов. По тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: легкой степени тяжести – 8 человек (20%), средней тяжести – 17 (42,5%), тяжелой – 15 (37,5%). Среди больных ЯК тотальный колит наблюдался у 15 (58%) пациентов, левосторонний колит у 7 (27%) человек, проктит/проктосигмоидит у 4 (15%). Среди пациентов с БК колит наблюдался у 6 (43%), илеоколит у 5 (36%), терминальный илеит у 3 (21%) человек. На инвалидности по ВЗК находились 6 (15%) человек. Оперативное вмешательство перенесли 3 (7,5%) пациента. Внекишечные проявления заболевания были выявлены у 17 (42,5%) человек, из них суставные поражения у 13 (76,5%), афтозный стоматит – у 5 (29,4%), у троих пациентов наблюдался анкилозирующий спондилит/сacroилеит, у одного гангренозная пиодермия. Осложнения были выявлены у 7 (17,5%), из них у 4 (57%) пациентов перфорация толстого кишечника в анамнезе, у двоих стриктуры, по одному разу встретились токсическая дилатация и кишечное кровотечение. Среди 40 пациентов на лечении глюкокортикостероидами (ГКС) находились 8 (20%) человек, препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) – 9 (22,5%), на сочетанной терапии ГКС и 5-АСК 13 (32,5%) больных, 10 (25%) человек получали цитостатики. Средний уровень сульфатов у пациентов с ВЗК составил 746,3±45,0 мг/л, при этом у пациентов с ЯК – 690,4±57,0 мг/л, у пациентов с БК – 850,0±66,9 мг/л. Не было выявлено различий между уровнем сульфатов в моче у пациентов с ЯК и БК (p=0,09). Однако по сравнению с уровнем сульфатов в моче здоровой популяции (менее 400) выявлено повышение содержания сульфатов как у пациентов с ЯК, так и у пациентов с БК. Пациенты с внекишечными проявлениями

ВЗК имели статистически более высокий уровень сульфатов в моче по сравнению с пациентами без внекишечных проявлений (870,6±51,3 vs 654,3±62,7, p=0,01).

Выводы. У пациентов с ВЗК наблюдается более высокий по сравнению со здоровой популяцией уровень сульфатов в моче, что может быть полезным в качестве косвенного признака воспаления. У пациентов с БК наблюдается тенденция к повышению содержания сульфатов по сравнению с ЯК. Повышенный уровень сульфатов в моче характерен для пациентов с ВЗК, имеющих внекишечные проявления заболевания.

Гемореологические изменения у больных волчаночным нефритом как маркеры активности заболевания.

Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Соколова И.А., Мухин Н.А.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва

Нарушение процессов микроциркуляции вносит существенный вклад в развитие и прогрессирование заболеваний почек иммуновоспалительного характера. Изменение реологических процессов может способствовать повреждению и отслойке сосудистого эндотелия с последующим развитием капиллярно-трофической недостаточности, усугубляющей имеющиеся нарушения, и приводить к прогрессированию ишемии и фиброза органов. При СКВ эти изменения наиболее демонстративны в период её максимальной активности – развития волчаночного нефрита. Значимые сдвиги гемореологических показателей также отмечены при хроническом гломерулонефритах, протекающих с нефротическим синдромом. При этом причину увеличения основного реологического параметра вязкости крови в основном объясняют белковой дискразией, характерной и для нефротического синдрома и для системной красной волчанки (в первую очередь гиперфибриногенемией). Вклад функциональных изменений самих эритроцитов в особенности при волчаночном нефрите не изучен.

Цель исследования: изучить изменения реологических свойств у больных СКВ с разными клиническими формами поражения почек. **Материалы и методы.** В исследование включили 98 больных СКВ (26 мужчин в возрасте 40±14 лет и 72 женщины в возрасте 37±12 лет). Продолжительность заболевания составила 10±9 лет. Контрольная группа – 26 практически здоровых доноров. У 85 пациентов с СКВ диагностировано поражение почек – волчаночный нефрит. Согласно классификации И.Е.Тареевой (2000 г.) больных разделили на группы: с неактивным ВН, с активным ВН с мочевым синдромом и с активным ВН с нефротическим синдромом. Группу больных с активным ВН разделили в зависимости от уровня гематурии (ГУ): с умеренно выраженной ГУ (меньше 10 000 эритроцитов/мл) и с выраженной ГУ (более 10 000 эритроцитов/мл). Гемореологические параметры определялись в пробах венозной крови. Измерения проводили при стабилизированных гематокрите (40%) и температуре (25°C). Оптическим методом исследовали кинетику спонтанной агрегации и дезагрегации эритроцитов в сдвиговом потоке. Тестировали

деформационные свойства эритроцитов методом эктацитометрии. Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS 12.

Результаты. Гемореологические нарушения были выявлены у всех больных СКВ. Эритроциты больных сохраняли нормальную форму, однако их микрореологические свойства изменились. По сравнению с показателями в контрольной группе, у больных СКВ отмечено увеличение вязкости крови ($4,21 \pm 0,23$ мПа*с и $5,83 \pm 0,31$ мПа*с, $p < 0,05$), уменьшение деформируемости эритроцитов на 38% ($p < 0,006$), уменьшение времени, требующегося для их агрегации ($9,01 \pm 3,16$ с и $7,80 \pm 2,51$ с, $p < 0,05$), а также увеличение характерного размера эритроцитарных агрегатов (109 ± 43 усл.ед. и 140 ± 51 усл.ед., $p < 0,05$). Нарастание вязкости крови происходило параллельно увеличению агрегируемости эритроцитов. Разделение больных в зависимости от степени поражения почек, показало, что из всех групп больных СКВ пациентам с активным ВН с существенной ГУ присущи минимальные значения показателей деформируемости эритроцитов и времени их агрегации, а также максимальные значения показателей характерного размера эритроцитарных агрегатов и их прочности. Вязкость крови нарастала по мере увеличения активности ВН. В группе ВН с выраженной ГУ характерный размер эритроцитарных агрегатов (158 ± 34 усл.ед.) был существенно выше, чем при умеренно выраженной ГУ (120 ± 17 усл.ед., $p < 0,02$). Проведенный корреляционный анализ не выявил параллелизма в изменении характерного размера эритроцитарных агрегатов и концентрации макромолекул и альбумина плазмы крови. Это позволило предположить, что разная степень агрегированности эритроцитов у больных ВН может быть связана с различной «адгезивной» способностью самих эритроцитов. Таким образом, увеличение вязкости крови у больных СКВ с волчаночным нефритом, как и у больных СКВ в целом, связано с изменением агрегационных и деформационных свойств эритроцитов. Наиболее выраженные гемореологические изменения отмечены у больных активным волчаночным нефритом с мочевым и нефротическим синдромами. Степень гемореологических нарушений нарастает параллельно увеличению иммунологической активности заболевания, преимущественно за счёт усиления агрегационных свойств эритроцитов. Наличие существенных гематурии и гиперагрегации эритроцитов при тяжелых формах заболевания свидетельствует о важности этих показателей, как маркеров активности волчаночного нефрита.

Оценка роли некоторых факторов риска в прогрессировании мезангиопролиферативного нефрита.

Ким Т.Ю., Сигитова О.Н.

Казанский государственный медицинский университет,
Казань

Цель работы. Оценить влияние активности и некоторых факторов риска на темпы прогрессирования мезангиопролиферативного гломерулонефрита (МезПГН).

Материалы и методы. Обследовано 76 больных МезПГН в возрасте от 21 до 73 лет ($43,7 \pm 0,6$), с длительностью ГН от 3 до 27 лет ($8,6 \pm 0,9$), М/Ж=47/29, в зависимости от активности ГН, факторов риска и проведения лечения, в 3-х группах (1 – минимальная активность,

2 – умеренная, 3 – высокая), в 2 подгруппах: А – получавшие патогенетическую терапию (ПТ) в соответствии с клиническими рекомендациями, группа В – с естественным течением ГН (не получавшие лечения по различным причинам). Лечение в группах различалось в зависимости от активности ГН и протокола и включало при высокой активности иммуносупрессивную терапию и симптоматическую терапию (СТ), либо при низкой или умеренной активности только СТ (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и/или рыбий жир). 1 группу ($n=15$) составили больные ГН без протеинурии (ПУ) или с ПУ $< 0,5$ г/сут., с артериальным давлением (АД) менее 140/90 и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) более 60 мл/мин; 2 группу ($n=23$) – с ПУ $> 0,5-1$ г/сут., не зависимо от уровня АД, с СКФ > 30 мл/мин/1,732; 3 группу ($n=38$) – с ПУ > 3 г/сут., не зависимо от уровня АД, с СКФ < 30 мл/мин/1,732. Группы были сопоставимы по возрасту и полу ($p > 0,05$). Длительность наблюдения составила 3 года. Результаты. 1А группа ($n=10$) – возраст $25,3 \pm 2,0$ лет; М/Ж=8/2; длительность ГН $6,1 \pm 1,7$ лет; 1В группа ($n=5$): возраст $33,6 \pm 5,5$ лет; М/Ж=3/2; длительность ГН $14,6 \pm 4,6$ лет. 2А группа ($n=14$) – возраст $34,8 \pm 2,7$ лет, М/Ж=9/5, длительность ГН $7,8 \pm 1,7$ лет. Группа 2В ($n=9$) – возраст $37,1 \pm 3,7$ лет; М/Ж=3/6; длительность ГН $15,3 \pm 3,2$ лет. Сравнимые подгруппы 1 и 2 групп различались по длительности заболевания ($t=2,3$; $p=0,034$). Группа 3А ($n=23$) – $36,9 \pm 2,4$ лет, М/Ж=15/8, длительность ГН $7,0 \pm 1,2$ лет. Группа 3В ($n=15$) – $32,1 \pm 2,7$ лет, М/Ж=9/6, длительность ГН $12,6 \pm 1,9$ лет, – различались по длительности заболевания ($t=2,54$; $p=0,016$). В группе 1А в период наблюдения АД $121,50 \pm 3,5/79,0 \pm 1,8$ мм рт.ст. Индекс массы тела (ИМТ) $22,25 \pm 0,9$ кг/м². Наследственность отягощена: по онкозаболеваниям – у 10%, сахарному диабету (СД) 2 типа – у 10%, курили 20%; принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) 30%, гипер- и дислипидемия – у 40%; гиперурикемия у 10%. Темпы снижения СКФ (Δ -дельта) составили $1,3 \pm 0,8$ мл/мин/1,73м²/год. В группе 1В АД составило $122,0 \pm 4,9/80,0 \pm 5,5$, ИМТ $25,6 \pm 0,9$ кг/м². Наследственность отягощена по онкозаболеваниям у 20%, курили 20%, принимали НПВП 40%, гипер- и дислипидемия – у 60%; нормоурикемия. Подгруппы различались только по ИМТ ($t=2,36$; $p=0,035$). Δ СКФ ($-2,1 \pm 0,7$ мл/мин/1,73м²/год) не отличалась от 1А подгруппы. В 2А подгруппе АД $140,0 \pm 5,5/88,9 \pm 3,4$ мм рт.ст., ИМТ $25,6 \pm 1,2$ кг/м². Наследственность отягощена по АГ у 7,1%, курили 7,1%, принимали НПВП 21,4%, гипер- и дислипидемия – у 57,1%, гиперурикемия – у 35,7%. Δ СКФ составила $-0,70 \pm 1,0$ мл/мин/1,73м²/год. Во 2В подгруппе АД $143,3 \pm 8,6/91,1 \pm 6,6$ мм рт.ст., ИМТ – $25,7 \pm 1,5$ кг/м². Наследственность отягощена по АГ у 11,1%, по СД 2 – 11,1%; курили 11,1%, принимали НПВП 66,7%; гипер- и дислипидемия – 77,8%, гиперурикемия – 44,4%. Δ СКФ ($-1,7 \pm 0,7$ мл/мин/1,73м²/год) между подгруппами не различалась. Различия выявлены по НПВП, которые чаще принимали в 2В подгруппе ($\chi^2=40,1$; $p < 0,001$). В 3А подгруппе АД $135,6 \pm 5,1/91,5 \pm 3,4$, ИМТ $24,06 \pm 0,9$ кг/м². Наследственность отягощена по АГ у 13,3% и по онкозаболеваниям – 4,3%, курили 26,1%, принимали НПВП 17,4%; гипер- и дислипидемия – у 43,5%; гиперурикемия – у 47,8%. Δ СКФ составила $-2,90 \pm 0,53$ мл/мин/1,73м²/год. В группе 3В АД $147,6 \pm 7,6/93,3 \pm 3,2$ мм рт.ст., ИМТ $24,2 \pm 1,6$ кг/м². Наследственность отягощена по АГ у 13,3%, по СД – у 6,7%, онкозаболеваниям – 6,7%; курили 13,3%, принимали НПВП 6,7%, гипер- и дислипидемия – у 60%, гиперурикемия – у 33,3%. Частота курения в группе 3А была выше, чем в 3В ($\chi^2=4,7$; $p < 0,029$). Наибольшая Δ СКФ ($-4,6 \pm 0,8$ мл/мин/1,73м²/год) была в группах с высокой активностью ГН, не получавших ПТ ($\chi^2=4,9$; $p < 0,015$). Факторы риска не влияли на Δ СКФ ($t=0,85$; $p=0,66$).

Выводы. Наибольшие темпы прогрессирования ГН были у больных с высокой активностью МезПГН, не получавших патогенетической

терапии, несмотря на менее значимый фактор риска курения. Следовательно, основное влияние на темпы снижения СКФ оказывает активность ГН, а проведение патогенетической терапии позволяет снизить темпы прогрессирования.

Диагностические возможности новых неинвазивных биомаркеров для оценки активности язвенного колита.

Мухаметова Д.Д., Одицова А.Х., Абдулганиева Д.И.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница, Казань

Диагностика язвенного колита (ЯК) на сегодняшний день представляет определенные трудности, так как золотым стандартом диагностики считается колоноскопия с биопсией, являющаяся дорогостоящей и инвазивной процедурой. Неинвазивные маркеры, такие как фекальный кальпротектин и лактоферрин, несовершенны и не всегда доступны, поэтому продолжается поиск и оценка диагностических возможностей новых биомаркеров.

Цель работы: оценить диагностические возможности неинвазивных маркеров активности язвенного колита – уровень сукралозы в моче и уровень фекального липокалина 2.

Материалы и методы. В исследование проспективно было включено 80 пациентов с ЯК и 20 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов с ЯК составил 38,03±1,14 лет, группы контроля – 30,13±1,5. В качестве неинвазивных маркеров выбраны показатели толстокишечной проницаемости – уровень сукралозы в моче и показатель нейтрофильной активности кишечника – фекальный липокалин 2. Изучение проницаемости заключалось в проведении сахарного теста с сукралозой при помощи высокоэффективной жидкостной хроматографии. Уровень липокалина 2 в кале определялся с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты. При обострении ЯК содержание сукралозы в моче было повышено (1600 [700,8; 2185,6] нмоль/л) по сравнению с ремиссией (374,4 [267,2; 481,3] нмоль/л; $p < 0,01$) и группой контроля (819,2 [521,6; 1044,8] нмоль/л; $p < 0,01$). Диагностическая ценность данного маркера для выявления наличия ЯК показала высокий результат: чувствительность – 64%, специфичность – 94% и AUC – 0,79 при пороговом значении 1314 нмоль/л. Для разграничения обострения и ремиссии ЯК уровень сукралозы также имел высокие значения: чувствительность – 86%, специфичность – 84%, и AUC – 0,93 при пороговом значении 587 нмоль/л. Тяжелое обострение ЯК характеризовалось максимальным содержанием сукралозы в моче – 2344 [1483,2; 3355,2] нмоль/л, которое было выше показателя средней (836 [599,8; 2011,2] нмоль/л) ($p < 0,05$) и легкой степени тяжести (1623,2 [1005,9; 1908,7] нмоль/л) ($p > 0,05$). Анализ уровня фекального липокалина 2 показал, что при обострении заболевания было выражено повышение уровня маркера (4668 [1298; 7792] нг/мл) относительно контрольной группы (181 [169; 720] нг/мл) ($p < 0,001$). Выявлено, что в ремиссию заболевания отмечалось снижение уровня маркера – 3004 [1136; 4444] нг/мл ($p = 0,05$). Для определения наличия ЯК чувствительность липокалина 2 составила 78%, специфичность – 93%, AUC – 0,93 при пороговом значении 1132 нг/мл. Диагностическая ценность фекального липокалина 2 в качестве маркера обострения ЯК относительно ремиссии заболевания показал иной результат – чувствительность 78% и специфичность 40% и AUC 0,63 при пороговом значении 1132 нг/

мл. У пациентов с тяжелой степенью тяжести уровень фекального NGAL – 6044 [4605; 9632] нг/мл был выше уровня средней степени – 4963 [2198; 7780] нг/мл ($p > 0,05$) и легкой – 2194 [786; 4668] ($p < 0,05$) нг/мл.

Обсуждение. Уровень сукралозы в моче, оценивающий толстокишечную проницаемость, показал высокую чувствительность и специфичность как для выявления наличия ЯК (64% и 94% соответственно), так и для определения обострения заболевания (86% и 84% соответственно). Недостатками данного маркера является методика проведения данного теста, заключающаяся в определенных требованиях к диете (отказ от приема пищевых продуктов, содержащих сахарозаменитель сукралозу), а также в необходимости 6-часового сбора мочи для определения экскреции сукралозы. Методика определения фекального липокалина 2 проста в сборе материала, не требует особой подготовки пациента. Данный биомаркер показал высокую диагностическую ценность для скрининга ЯК (чувствительность 78%, специфичность 93%). Однако специфичность для разграничения обострения и ремиссии заболевания низка (40%), что, по-видимому, объясняется тем, что в ремиссию заболевания имеется незначительная воспалительная реакция на клеточном уровне, связанная с небольшой продукцией липокалина 2 нейтрофилами и эпителиальными клетками кишечника. Оба маркера увеличивались при увеличении тяжести заболевания. Из этого следует, что они могут быть применены в клинической практике для оценки степени тяжести ЯК.

Выводы. При обострении ЯК было выявлено повышение сукралозы в моче, имеющее высокую чувствительность и специфичность как для выявления наличия ЯК, так и для определения обострения. Фекальный липокалин 2 имел высокую чувствительность и специфичность для скрининга заболевания. Тяжелое обострение ЯК характеризовалось максимальными значениями изучаемых маркеров.

Лабораторные и инструментальные изменения функций печени у больных хроническим некалькулезным холециститом.

Печерских М.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

В литературе имеются данные о нарушениях функции печени у пациентов с острым холециститом и после проведения холецистэктомии по поводу обострения хронического калькулезного холецистита. Изменения проявляются в виде увеличения уровня показателей цитолиза и холестаза: аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП). Вероятнее всего, зарегистрированные нарушения вызваны застойными явлениями во внутривенных желчных протоках с последующим влиянием на гепатоциты.

Целью исследования является определение нарушений функции печени у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Материалы и методы. В условиях дневного стационара гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы было обследовано 83 пациента с ХНХ. Средний возраст пациентов был 45,5±2,1 лет. Группа сравнения состояла из 30 здоровых человек, была сопоставима с группой наблюдения по полу и возрасту. В работе использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования

гепатобилиарной и эзофагогастродуоденальной зоны, включая эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), многофракционное дуоденальное зондирование (МФДЗ), динамическую гепатосцинтиграфию с радиофармпрепаратом (РФП) Tc-99m Бромезида (ДГС). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010.

Результаты: проведенная лабораторная диагностика позволила выявить у пациентов с ХНХ тенденцию к синдромам цитолиза и холестаза. Полученные данные не были выше общепринятых нормативных показателей, однако они были достоверно выше, чем у пациентов группы сравнения. Показатели АлАТ и АсАТ у пациентов группы наблюдения были в среднем на 20% выше, чем в у пациентов группы сравнения и составили $22,3 \pm 1,8$ Ед/л и $25,52 \pm 1,6$ Ед/л соответственно ($p=0,03$). Уровни ЩФ и холестерина были достоверно выше относительно данных группы сравнения и общепринятых нормативных значений и составил $106,5 \pm 10,0$ Ед/л и $5,3 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно ($p=0,001$, $p=0,02$). Показатель ГТПП был выше на 44,8%, чем в группе сравнения и составил $36,1 \pm 4,7$ Ед/л. Наличие застойных явлений в печени было выявлено также инструментальными методами диагностики. При проведении МФДЗ объем V (печеночной) желчной фракции составил $93,4 \pm 9,3$ мл, что практически в 3 раза выше среднестатистических показателей (30 мл за 30 минут). ДГС позволила выявить снижение функционирования гепатоцитов, что проявилось в неравномерном распределении РФП у 20 (62%) пациентов. О наличии внутрипеченочного холестаза свидетельствовало замедление экскреторной функции печени у 38,6% пациентов, что проявилось в удлинении времени T $\frac{1}{2}$ и составило $43,0 \pm 1,5$ мин. ($p<0,001$).

Выводы: проведенные лабораторные и инструментальные методы диагностики позволили выявить у пациентов с ХНХ функциональные нарушения печени в виде тенденции к субклиническому синдрому цитолиза и признаки синдрома холестаза. Увеличение объема V фракции при МФДЗ и удлинение времени экскреции РФП при ДГС являются подтверждением внутрипеченочного холестаза у больных ХНХ. Одобрение этического комитета от 28 апреля 2015 года.

Клинико-функциональные особенности больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией.

Приходько М.Н., Приходько Л.О., Холявицкая Е.М., Иконников С.В., Симонова Ж.Г.

Кировский государственный медицинский университет, Киров

Введение. Сочетание кардиоваскулярной и гастродуоденальной патологий (ГДП) на современном этапе является одним из самых распространенных. Распространенность ИБС в России составила 5237,4 человек на 100 000 населения (Росстат, 2015). При этом у 60% больных ИБС имеется сопутствующая ГДП. Взаимное отягощение и прогрессирование рассматриваемых заболеваний основывается на объединении некоторых патологических звеньев и, в частности, наличии общих факторов риска.

Идея. Изучение клинико-функциональных особенностей у больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *Helicobacter pylori*.

Цель исследования: изучить клинико-функциональные особенности у больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *H. pylori*.

Материалы и методы исследования. В исследование последовательно были включены 68 больных стабильной стенокардией, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ». Диагноз ИБС был выставлен в соответствии с алгоритмом диагностического поиска. Пациентам с целью верификации степени поражения коронарного русла выполнялась инвазивная коронарография с помощью ангиографического комплекса GE Innova 3100 IQ, исследование сопровождалось полипозиционной ангиосъемкой. В плановом порядке, при наличии показаний, при согласии больного с диагностической целью проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с биопсией. В исследование не включались больные с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) > IIБ ст., (ОССН, 2010), хронической болезнью почек (ХБП) > 3А, печеночной недостаточностью, сахарным диабетом, с нестабильной стенокардией, стенокардией напряжения IV ФК, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Фактический материал, полученный при проведении исследований, обработан методом вариационной статистики. Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия Х2. За статистически значимый принимался уровень достоверности при $p<0,05$. Статистическая обработка выполнялась с помощью статистических программ Primer of biostatistics 4.03 и Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. В ходе исследования больные стабильной стенокардией I-III ФК ($n=68$) с сочетанием ГДП были разделены на группы в зависимости от инфицированности *H. pylori* и степени выраженности серологического теста (уровня титра антител к *H. pylori*). В I группу ($n=26$) были включены больные, имевшие титр антител к *H. pylori* до 1:699, во II группу ($n=23$) – больные, имевшие титр антител свыше 1:700. III (контрольную) группу ($n=19$) составили больные, неинфицированные *H. pylori*. Выявленные варианты ГДП у исследуемых больных оказались представлены хроническим гастритом – 61,8% (42), язвенной болезнью – 2,9% (2), хроническим дуоденитом – 35,3% (24). При этом, в III группе преобладали больные с наличием хронического гастрита (в т. ч. эрозивного) сравнительно с I и II группами, соответственно, (73,7% (14) против 53,8% (14), $p<0,05$; 73,7% (14) против 60,8% (14), $p<0,05$). Хронический дуоденит превалировал в I группе больных по сравнению с больными II и III групп, соответственно, (42,3% (11) против 34,8% (8), $p<0,05$; 42,3% (11) против 26,3% (5), $p<0,05$). Исследуемые группы оказались сопоставимы по возрасту. Во II группе преобладали мужчины – 82,6% (19), ($p<0,05$). Пациенты с избыточной массой тела чаще встречались среди больных III группы – 57,8% (11), ($p<0,05$). Ожирение I степени с большей частотой имело место среди больных I группы – 50% (13), ($p<0,05$). Число больных стабильной стенокардией II ФК превалировало в III группе – 57,8% (11), ($p<0,05$). А во II группе преобладающим оказалось число больных стабильной стенокардией III ФК – 30,4% (7), ($p<0,05$). Более выраженная табачная зависимость была установлена среди больных II группы – у 47,8% (11), ($p<0,05$).

Выводы. У больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП, ассоциированной с *H. pylori*, в сравнении с больными стабильной стенокардией, не имеющими *H. pylori* – инфекции, имеются более выраженные факторы риска развития атеросклероза. При сочетании с *H. pylori* – инфекцией, больные стенокардией имеют более тяжелое течение ИБС, что проявляется более высоким функциональным классом.

Сравнительная характеристика пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой.

Салахова И.Н., Вафина А.Р., Визель А.А., Визель И.Ю.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. Острые и хронические заболевания органов дыхания в России составляют в среднем 40% от общей заболеваемости населения страны. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА) относятся к наиболее распространенным заболеваниям респираторной системы, сопровождающиеся обструктивным синдромом и требующие постоянной терапии и контроля.

Идея: характеристика пациентов с ХОБЛ и БА.

Цель: определить клинические различия групп пациентов, выявить предпочтения в способах доставки лекарственных средств, сравнить уровень терапевтического сотрудничества пациентов с ХОБЛ и БА. **Материалы и методы:** все пациенты были обследованы лично, проведено физикальное обследование, проведен опрос по стандартизированному вопроснику COPD Assessment Test (CAT), модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRC), Asthma Control Test (ACQ) и Мориски-Грин, записана спирограмма форсированного выдоха. Статистическая обработка материала производилась в программе SPSS-18.

Результаты. Было обследовано 130 пациентов, находящихся на стационарном лечении в профильных отделениях больниц г. Казани, из них 60 пациентов с ХОБЛ и 70 пациентов с БА. Среди пациентов с ХОБЛ 98,3% мужчины, средний возраст $63,82 \pm 1,0$, 57 из них были курильщиками и 3 имели профессиональную вредность. Среднее количество обострений в год $3,03 \pm 0,35$, только 1 обострение было у 20 больных, 2 и более обострений у 67,7%. Средняя сумма баллов по шкале CAT = $23,13 \pm 0,748$, только у 1 больного количество баллов по шкале CAT составило менее 10, тогда как у 59 пациентов — 10 и более. Средний бал mMRC = 2,96. Балл вопросника mMRC равен 1 только у 2 больных, у остальных более 2 баллов (96,7%). У всех больных отношение ОФВ1/ФЖЕЛ было ниже 0,7. Среднее значение ОФВ1 было $42,65 \pm 2,27\%$. По классификации GOLD 2007 стадия I наблюдалась у 5%, стадия II — у 20%, стадия III — у 51,7% и стадия IV — у 23,3%. Согласно классификации GOLD 2017 59 больных относились к типу D и 1 — к типу C. Среднее значение сатурации было $95,9 \pm 0,2\%$. В предпочтениях о способах доставки лекарственного средства 33,3% пациентов назвали наиболее удобными в использовании дозирующие аэрозольные ингаляторы, и они же в 31,7% случаев охарактеризованы как наиболее эффективные. Привержены к лечению 28,3% пациентов. Среди 70 больных БА было 46 женщин и 24 мужчины в возрасте от 26 до 87 года ($58,2 \pm 2,4$ года). Среднее число госпитализаций в течение последнего года составило $1,69 \pm 0,3$, число обострений, потребовавший изменения терапии, за последний год — $5,40 \pm 0,86$. Только у 3 пациентов данное обострение оказалось первым в течение года. 81,4% больных никогда не курили, 14,3% — курили в прошлом, только 3 больных — курили на момент обследования. Средняя сумма баллов по шкале ACQ составила $3,75 \pm 1,1$ балла. Значения шкалы ACQ менее 0,75 было у 2,8% больных, а 0,75-1,5 — только у 1 пациента. Среднее значение ОФВ1 составило $66,7 \pm 4,5\%$ от должных величин, ОФВ1 был ниже 80% от должного у 81,4% больных. Среднее значение сатурации — $96,3 \pm 0,18\%$. В предпочтениях о способах доставки лекарственного средства 48,6% пациентов назвали наиболее

удобными в использовании дозирующие аэрозольные ингаляторы, и они же в 41,4% случаев охарактеризованы как наиболее эффективные. Только 42,8% пациентов оказались комплаентными.

Обсуждение. В ежедневной практике врач сталкивается с ситуацией, когда, несмотря на следование рекомендациям, правильный подбор терапии, не удается достичь контроля над заболеванием. Низкая приверженность к лечению является одной из главных причин снижения терапевтического эффекта и увеличению вероятности развития осложнений, приводящего к снижению качества жизни больных. Наиболее известным тестом для определения комплаентности является Тест Мориски-Грина, он был валидирован в 1985 г. Однако, по мнению самих авторов, тест обладает лишь 44% чувствительностью и 47% специфичностью. В ходе проведенного исследования выявлен низкий уровень приверженности пациентов с ХОБЛ и БА, в отсутствии достоверной разницы в уровне комплаентности между двумя группами ($p > 0,05$). Подтверждено, что заболевания проявляются выраженными клиническими симптомами и частыми обострениями. Ввиду того, что пациенты с ХОБЛ и БА нуждаются в постоянной базисной терапии, которая стабилизирует их состояние, предотвращает развитие обострений, повышает качество и жизни, особое значение приобретают образовательные и реабилитационные программы для больных, повышающие их комплаентность.

Ассоциация полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 с сахарным диабетом 2 типа у жителей Республики Татарстан.

Хасанова К.Б., Валеева Ф.В., Киселева Т.А., Йылмаз Т.С., Валеева Е.В., Губайдуллина С.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. В настоящее время известно около сотни генов, которые ассоциированы с развитием различных нарушений углеводного обмена. На сегодняшний день активно изучаются гены, отвечающие за важнейшие звенья патогенеза сахарного диабета 2 типа — инсулинорезистентность и генетические дефекты β -клеток поджелудочной железы. Среди всех генов, которые были обнаружены в результате полногеномного поиска ассоциаций, несомненно значимым в развитии сахарного диабета 2 типа является ген TCF7L2. Известно, что генетический полиморфизм гена TCF7L2 влияет на пролиферацию, функциональную активность и дифференцировку β -клеток поджелудочной железы.

Идея. Сравнение распределения генотипов и аллелей полиморфизма IVS3 C>T (rs7903146) гена TCF7L2 у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД) в Республике Татарстан (РТ) с данными, полученными в работах зарубежных и отечественных исследователей, в которых подтверждается связь полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 с СД.

Цель исследования: изучение ассоциации полиморфизма IVS3 C>T (rs7903146) гена TCF7L2 с СД у жителей РТ.

Материалы и методы: проведено одномоментное поперечное исследование, в котором приняли участие 77 пациентов (22 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 38 до 76 лет с верифицированным диагнозом СД 2 типа и избыточной массой тела (индексом массы тела (ИМТ) от 25,0 до 29,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) или ожирением (индексом массы тела $>30 \text{ кг}/\text{м}^2$). Проводилась оценка клинических и метаболических параметров. Исследованы: показатели липидного обмена, проведен анализ IVS3 C>T полиморфизма гена TCF7L2. Диагностику состава тела пациентов проводили с помощью биоимпедансного анализатора ДИАМАНТ-АСТ.

При проведении сравнительного анализа полученных результатов нами рассматривались основные биоимпедансометрические и антропометрические характеристики. Распределение генотипов и аллелей пациентов сравнивали с данными европеоидной популяции без нарушения углеводного обмена (база данных 1000 Genome, 503 образца). Биоматериалом для генетического анализа являлись клетки цельной крови. ДНК выделяли с помощью сорбентного метода («АмплиПрайм ДНК-сорб-В», Москва). Генотипирование проводили с помощью ПЦР в реальном времени с использованием коммерческих наборов реагентов («Синтол», Москва). Для статистической обработки данных использовались программы GraphPad InStat, Microsoft Excel 2007.

Результаты. Распределение частоты аллелей и генотипов полиморфизма IVS3 C>T (rs7903146) гена TCF7L2 не соответствовало распределению Харди-Вайнберга $\chi^2=4,27$; P value=0,04. Распределение генотипов полиморфизма IVS3 C>T гена TCF7L2 (CC – 58,4%, CT – 29,9%, TT – 11,7%) и аллелей (C – 73,4%, T – 26,6%) в исследуемой группе отличалось от данных контрольной группы (CC – 48,1%, CT – 40,4%, TT – 11,5%; C – 68,7%, T – 31,3%; OШ=1,28, P=0,2). Среди пациентов с СД в группе с CC генотипом наблюдалось значимое увеличение среднего соотношения показателя окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) в сравнении с носителями аллеля T (0,940,05 против 0,970,06, соответственно; P=0,005). Также в этой группе пациентов

выявлено значимое увеличение уровня триглицеридов в сравнении с носителями аллеля T (1,810,69 ммоль/л против 2,210,71 ммоль/л, соответственно; P=0,04). Среди пациентов с СТ и ТТ генотипами наблюдалась тенденция к увеличению уровня общего холестерина, ЛПНП в сравнении с группами пациентов с ТТ генотипом (P>0,05). Среди пациентов с носителями аллеля риска T полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 были выявлены более высокие значения абсолютной и относительной жировой массы тела P> 0,05).

Обсуждение. Получив все данные, мы проанализировали частоту встречаемости всех генотипов и аллелей в группе пациентов с СД и сравнили их с данными для европеоидных популяций. Мы определили частоты генотипов и аллелей полиморфизма в группе с СД и в контрольной группе, соответствие частот распределения генотипов равновесию Харди-Вайнберга (по критерию χ^2), также оценили показатель отношения шансов (ОШ). Распределение частоты аллелей и генотипов полиморфизма IVS3 C>T гена TCF7L2 не соответствовало распределению Харди-Вайнберга, что может быть связано с резким отбором пациентов из общей популяции РТ.

Вывод. Полученные нами данные согласуются с результатами исследований других авторов при изучении групп населения других регионов России. Для получения статистически значимых результатов по данным показателям необходимо дальнейшее исследование с расширением объема выборки.

Сборник материалов IV Съезда терапевтов Республики Татарстан

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 06.09.2017. Подписано в печать 10.09.2017. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45

→ Наши услуги:

Организация специализированных медицинских конференций, симпозиумов, форумов «под ключ»

- Увеличение числа участников
- Привлечение спонсоров и экспонентов
- Подготовка бюджета мероприятия
- Организация работы на площадке
- Современное техническое оснащение мероприятия
- Разработка сайта с системой регистрации и подачи тезисов, возможностью различных вариантов оплаты
- Создание фирменного стиля мероприятия
- Разработка дизайна и выпуск печатной продукции
- Маркетинг и PR-мероприятия
- Организация кофе-брейков и торжественных мероприятий
- Туристическое сопровождение делегатов и спикеров
- Конгресс-туризм
- Контроль качества и отчетность на каждом этапе подготовки и реализации мероприятия

Организация образовательных программ, повышающих квалификацию и профессиональный уровень специалистов в области здравоохранения совместно с ведущими и отечественными лидерами мнений

Менеджмент ассоциаций, консалтинговые услуги

Web service

Издание научной медицинской литературы

→ Мы создаем единое коммуникационное пространство, способствующее:

- Профессиональному развитию врачей
- Активному внедрению новых продуктов, инновационных технологий
- Эффективному взаимодействию научного, медицинского и фармацевтического сообществ

→ 11 лет на рынке

- Более 150 организованных мероприятий – конгрессы, форумы, съезды, конференции, научно-практические школы
- Широкая география проведенных мероприятий – более 60 городов России
- Масштаб мероприятий – от 50 до 10 000 делегатов
- Более 85 000 делегатов из России, стран СНГ, Европы, Азии и США
- Опыт проведения европейских мероприятий



120
лет

со дня рождения
В.Х. Василенко

- 21-22 сентября, **Казань**, IV Съезд терапевтов Республики Татарстан
www.kazan.rnmot.ru
- 5-6 октября, **Ростов-на-Дону**, V Съезд терапевтов Южного федерального округа
www.rostov.rnmot.ru
- 19-20 октября, **Тюмень**, 36-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.tyumen.rnmot.ru
- 26-27 октября, **Вологда**, 37-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.vologda.rnmot.ru
- 22-24 ноября, **Москва**, XII Национальный Конгресс терапевтов
www.congress.rnmot.ru
- 14-15 декабря, **Уфа**, 38-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.ufa.rnmot.ru

2017

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

 ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru