



Российское научное медицинское общество терапевтов
Министерство здравоохранения РФ
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Евразийская Ассоциация терапевтов (EAT)
Департамент здравоохранения Приморского края
ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России
РОО «Амбулаторный врач»
Общественная организация врачей первичного звена Приморского края

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

Съезд терапевтов Дальневосточного федерального округа

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

8-9 июня 2017 года
Владивосток

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный
медицинский университет», проспект Острякова, д. 2

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	33

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
Министерство здравоохранения РФ
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Евразийская Ассоциация терапевтов (ЕАТ)
Департамент здравоохранения Приморского края
ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России
РОО «Амбулаторный врач»
Общественная организация врачей первичного звена Приморского края

Оргкомитет

Сопредседатели оргкомитета

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

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

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

Кузьмин Андрей Валерьевич – директор Департамента здравоохранения Приморского края, к.м.н.

Шуматов Валентин Борисович – ректор ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России, д.м.н., профессор

Невзорова Вера Афанасьевна – директор Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России, д.м.н., профессор

Антонюк Марина Владимировна – заведующая лабораторией Владивостокского филиала ФГБНУ «ДНЦ ФПД» НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, 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, д.м.н., профессор

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

Демура Ольга Викторовна – главный внештатный специалист по терапии Департамента здравоохранения Амурской области

Елисеева Екатерина Валерьевна – заместитель директора Департамента здравоохранения Приморского края, заведующая кафедрой ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России, д.м.н., профессор

Калинский Павел Павлович – д.м.н., профессор кафедры неврологии и психиатрии

Киняйкин Михаил Федорович – главный внештатный специалист по пульмонологии Департамента здравоохранения Приморского края, к.м.н., доцент Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России

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

Кондрашова Надежда Михайловна – к.м.н., доцент Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России

Кулакова Наталья Валентиновна – главный внештатный специалист по терапии Департамента здравоохранения Приморского края, к.м.н., доцент Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России

Малявин Андрей Георгиевич – заведующий кафедрой пульмонологии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководитель центра респираторной медицины, д.м.н., профессор

Механцева Ольга Дмитриевна – начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Приморского края

Моисеев Валентин Сергеевич – заведующий кафедрой факультетской терапии Российского университета дружбы народов, академик РАН, д.м.н., профессор

Мокшина Маргарита Вадимовна – главный внештатный специалист по общеврачебной практике, к.м.н., доцент Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России

Молчанова Ольга Викторовна – главный внештатный специалист по терапии, пульмонологии МЗ Хабаровского края, д.м.н.

Мухин Николай Алексеевич – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, директор клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней имени Е.М. Тареева, заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН и РАМН, д.м.н., профессор

Прокопьев Егор Спиридонович – главный терапевт МЗ Республики Саха (Якутия), заместитель председателя Научно-практического общества терапевтов РС (Я)

Синенко Андрей Анатольевич – главный внештатный специалист по ревматологии Департамента здравоохранения Приморского края, к.м.н., доцент Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России

Сорокина Елена Николаевна – главный внештатный специалист по терапии МЗ Камчатского края

Теблов Константин Иналович – заведующий кафедрой госпитальной терапии №2 лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Транковская Лидия Викторовна – проректор ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России, д.м.н., профессор

Хлудеева Елена Альфредовна – главный внештатный специалист по кардиологии Департамента здравоохранения Приморского края, ассистент Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России, к.м.н.

Чеснокова Ольга Викторовна – главный внештатный специалист по гастроэнтерологии Департамента здравоохранения Приморского края

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 I Съезд терапевтов Дальневосточного федерального округа в Владивостоке. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программой 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, Новосибирска, Якутска, Хабаровска, Владивостока и других крупнейших городов Дальневосточного федерального округа Российской Федерации. С нетерпением жду встречи на Съезде!

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



Уважаемые коллеги!



Руководство и коллектив Тихоокеанского государственного медицинского университета сердечно приветствует Российское научное медицинское общество терапевтов, врачей всех специальностей, молодых коллег и будущих врачей с началом работы I Дальневосточного Съезда терапевтов. Российское научное медицинское общество терапевтов имеет более чем 100-летнюю историю.

Как известно, решение о создании Общества было принято в декабре 1909 года на I-м съезде российских терапевтов. У истоков Общества стояли такие выдающиеся ученые, оставившие яркий след в истории российской медицины, как В.Д. Шервинский, В.П. Образцов, В.Н. Сиротинин, Э.В. Готье, А.Б. Фохт, Д.Д. Плетнев, М.П. Кончаловский.

В этом году мероприятия Общества терапевтов связаны с празднованием 120-летия выдающегося терапевта Василия Харитоновича Василенко – действительного члена АМН СССР, Героя Социалистического Труда, внесшего значительный вклад в разработку вопросов диагностики, классификации и лечения заболеваний внутренних органов, ряд из которых не потеряли своей актуальности до сегодняшнего времени.

Принимая во внимание, важность организации и проведения научного мероприятия такого масштаба для всего Дальневосточного региона, коллектив нашего университета благодарен организаторам Съезда, руководству общества и президенту РНМОТ академику РАМН А.И. Мартынову за избрание в качестве научной площадки Тихоокеанского государственного медицинского университета.

Мы надеемся, что это не случайный выбор. Тихоокеанский государственный медицинский университет, за последние годы стал подлинным форпостом медицинского образования и науки в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Сегодня это динамично развивающееся образовательное учреждение, объединяющее все медицинские вузы Дальневосточного региона в единый учебно-методический и научный центр. На его базе проходят подготовку и переподготовку студенты, преподаватели, ученые не только Дальнего Востока и Восточной Сибири, но и Китая, Южной Кореи, Японии, Европы. Многие имена ученых и научные школы университета получили мировое признание.

Деятельность РНМОТ и проведение Съезда являются важным откликом на требования, предъявляемые к развитию непрерывного медицинского образования и науки в Дальневосточном регионе. Особую актуальность это имеет в современных условиях, когда достижение целей, связанных с увеличением продолжительности жизни и снижением смертности населения РФ, напрямую связано с деятельностью врачей первичного звена, наиболее яркими и достойными представителями которых являются врачи-терапевты. Научная программа Съезда разнообразна и отвечает потребностям практического здравоохранения.

Как известно, РНМОТ имеет 53 региональных отделения и мы надеемся, что проведение I Дальневосточного Съезда будет способствовать объединению всех терапевтов в нашем регионе.

Администрация университета желает всем участникам Съезда плодотворной работы, рождения новых блестящих идей и интересных встреч!

**С уважением, ректор ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ России, д.м.н., профессор
В.Б. Шуматов**

Уважаемые коллеги и гости Съезда!

Организация и проведение I Дальневосточного Съезда под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов является важным событием для медицинского образования и практического здравоохранения.

Российское научное общество терапевтов является одним из старейших научных врачебных сообществ, имеющим более чем 100-летнюю историю. Тогда как Тихоокеанский государственный медицинский университет один из наиболее молодых и динамично развивающихся медицинских университетов РФ, возглавляющий научно-образовательный медицинский кластер Дальневосточного региона и Забайкальского края (кластер Восточный). Независимо от возраста РНМОТ и наш университет имеют единое стремление, направленное на формирование и совершенствование медицинского образования наиболее востребованной части врачебного сообщества врачей-терапевтов.

Широта географического, научного и практического взаимодействия Российского научного медицинского общества терапевтов простирается от самых восточных регионов нашей страны до самых западных областей – Санкт-Петербурга и Калининграда. Деятельность РНМОТ получила международное признание. В настоящее время РНМОТ является членом Всемирного общества внутренних болезней (ISIM) и Европейской федерации внутренних болезней (EFIM).

От лица врачей-терапевтов нашего региона, молодых коллег и будущих врачей позвольте выразить искреннюю благодарность руководству РНМОТ и его президенту академику А. И. Мартынову за организацию I Дальневосточного Съезда терапевтов на базе Тихоокеанского медицинского университета.

За относительно небольшой период существования Тихоокеанского университета развились и вновь были созданы научные школы, взрастившие не одно поколение ученых, воспитанных в лучших традициях российской медицины и способных к активному сотрудничеству в мировом научно-образовательном сообществе. Мы надеемся, что выбранная обществом терапевтов научная площадка позволит врачам различных специальностей обменяться накопленными знаниями, получить уникальный опыт междисциплинарного партнерства в решении сложных профессиональных проблем и выйти на более высокий информационный уровень в решении задач современной медицины внутренних болезней. Участники и гости Съезда смогут погрузиться в атмосферу интересных научных дискуссий, клинических разборов, рабочих совещаний, мастер-классов, обучающих школ по различным проблемам медицины внутренних болезней.

Особое место РНМОТ уделяет подготовке и обучению молодежи. Согласно устоявшейся традиции в рамках Съезда пройдет конкурс работ молодых терапевтов.

Съезд является информационной площадкой для демонстрации достижений современной фармакотерапии, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов.

Участников и гостей Съезда ждет интересная культурная программа.

Желаем удачной работы, интересных встреч и незабываемых впечатлений.

**Директор Института терапии и инструментальной диагностики (ИТ и ИД)
ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»
МЗ России, д.м.н., профессор
В.А. Невзорова**





Уважаемые коллеги!

**Приглашаем Вас вступить в ряды Российского научного
медицинского общества терапевтов.**

**Членство в РNMOT – это широкие возможности
для постоянного профессионального роста.**

Член РNMOT получает следующие преимущества:

- Получает значок Общества и членскую карточку с персональным кодом.
- Получает возможность моментальной идентификации участия (при помощи членской карточки с персональным кодом) в научно-практических мероприятиях РNMOT, включая конгрессы, съезды, конференции, школы и мастер-классы по программе непрерывного медицинского образования, и накапливать Кредиты, которые будут учитываться при аттестации на категорию и сертификации специалиста.
- Бесплатно предоставляется электронная версия журнала «Терапия». Бесплатно (на всех мероприятиях РNMOT) получает печатную продукцию РNMOT (журнал Общества, методические рекомендации, избранные лекции и др.).
- Имеет преимущества в размещении статей в журнале Общества (после прохождения рецензирования).
- Имеет преимущества в размещении тезисов и постерных сообщений на научно-практических мероприятиях РNMOT.
- Имеет преимущества при включении докладов в программу научно-практических мероприятий РNMOT (после одобрения научным Оргкомитетом).
- Имеет скидку 50% при оплате регистрационных взносов участника ежегодного Национального конгресса терапевтов в Москве.
- Получает полный доступ к материалам научно-практических мероприятий, организуемых РNMOT, включая слайды презентаций.
- Автоматически становится членом Всемирного и Европейского обществ терапевтов.

УЗНАЙТЕ ПОДРОБНОСТИ НА WWW.RNMOT.RU

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.



9 ИЮНЯ

Большой зал (4 этаж)

Малый зал (4 этаж)

Зал №1 (3 этаж)

Зал №2 (3 этаж)

09:00									09:00
09:15									09:15
09:30									09:30
09:45									09:45
10:00	Второй образовательный паллиативный медицинский форум								10:00
10:15	Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Часть I.								10:15
10:30	Сопредседатели: Невзорова Д.В. (Москва), Осетрова О.В. (Самара)								10:30
10:45									10:45
11:00									11:00
11:15									11:15
11:30									11:30
11:45									11:45
12:00									12:00
12:15									12:15
12:30									12:30
12:45									12:45
13:00	Обед								13:00
13:15									13:15
13:30									13:30
13:45									13:45
14:00	Второй образовательный паллиативный медицинский форум								14:00
14:15	Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Часть II.								14:15
14:30	Сопредседатели: Невзорова Д.В. (Москва), Осетрова О.В. (Самара)								14:30
14:45									14:45
15:00									15:00
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									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

Симпозиум
Особенности ведения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
 Сопредседатели: Арутюнов Г.П. (Москва), Тебляев К.И. (Москва)

Симпозиум
Пулмонологический пациент на приеме у терапевта.
 Сопредседатели: Вязель А.А. (Казань), Фоссаков Р.С. (Казань), Невзорова В.А. (Владивосток)

Симпозиум
Актуальные вопросы пульмонологии в терапевтической практике.
 Сопредседатели: Малавин А.Г. (Москва), Бабак С.Л. (Москва)

Симпозиум
Подходы к диагностике и лечению заболеваний ЖКТ в свете актуальных клинических рекомендаций. Часть I.
 Сопредседатели: Мокшина М.В. (Владивосток), Онучина Е.В. (Иркутск)

Симпозиум
Подходы к диагностике и лечению заболеваний ЖКТ в свете актуальных клинических рекомендаций. Часть II.
 Сопредседатели: Мокшина М.В. (Владивосток), Онучина Е.В. (Иркутск)

Симпозиум
Школа молодого терапевта
Функциональная диагностика в практике врача-терапевта: фокус на ЭКГ и суточное мониторирование артериального давления.
 Кокарын В.А. (Москва)

Конкурс молодых терапевтов

Большой зал (4 этаж)**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)

Современные проблемы лечения внегоспитальной пневмонии у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Арутюнов Г.П. (Москва)

Диагностика и лечение ОКС на различных этапах оказания медицинской помощи. Региональные аспекты.

Невзорова В.А. (Владивосток)

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

Верткин А.Л. (Москва)

Результаты проведения проверок учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Владивосток)

Паллиативная помощь как отдельный вид медицинской помощи: структура, критерии отбора, основные показания.

*Невзорова Д.В. (Москва)***12:15–13:45**

симпозиум

Сложные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Арутюнов Г.П. (Москва)

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

Мартынов А.И. (Москва)

НОАК в практике кардиолога и терапевта 5 лет. Стали ли мы лечить пациентов с фибрилляцией предсердий лучше.

Арутюнов Г.П. (Москва)

Выбор антикоагулянтной терапии у больных фибрилляцией предсердий и сниженной функцией почек.

Кокорин В.А. (Москва)

Неалкогольная жировая болезнь печени.

Чем опасна «безопасная» болезнь? Патогенез сердечно-сосудистых осложнений при НАЖБП. Терапия НАЖБП и ее осложнений.

*Самсонов А.А. (Москва)***13:45–14:30****Обед****14:30–16:00**

школа

Индивидуальный подход к лечению артериальной гипертонии в различных возрастных группах.

Сопредседатели: Арутюнов Г.П. (Москва), Невзорова В.А. (Владивосток)

Ситуация с лечением артериальной гипертонии в России.

Арутюнов Г.П. (Москва)

Выбор монотерапии или комбинированной терапии для лечения артериальной гипертонии.

Арутюнов Г.П. (Москва)

Новый представитель класса БРА (азилсартана медоксомил) и его фиксированная комбинация с хлорталидоном: результаты клинических исследований.

Арутюнов Г.П. (Москва)

Сложный коморбидный пациент на приеме у терапевта.

*Невзорова В.А. (Владивосток)***16:15–17:45**

симпозиум

Головная боль и головокружение как мультидисциплинарные проблемы.

Сопредседатели: Калинин П.П. (Владивосток), Якупов Э.З. (Казань), Замерград М.В. (Москва)

Головная боль как мультидисциплинарная проблема – конверсии в неврологии.

Якупов Э.З. (Казань)

Дифференциальная диагностика и лечение головокружения. Вестибулярная реабилитация.

Замерград М.В. (Москва)

Цервикогенная головная боль и головная боль напряжения – в чем разница?

Калинский П.П. (Владивосток)

Синдромальный подход к терапии цереброваскулярных заболеваний. Фокус на головокружение.

*Калинский П.П. (Владивосток)***Малый зал (4 этаж)****Амбулаторный прием****12:15–17:45**

Терапевт поликлиники – агент национальной безопасности:

1. Амбулаторный прием – новые программы и клинические рекомендации «диагноз в двери».
2. Метаморфозы амбулаторного приема: «от цирроза до атеросклероза».
3. Диагностические и лечебные маршруты в амбулаторной гастроэнтерологии.

4. «Когда все болит, но есть еще силы не ходить к врачу».
5. И жизнь, и слезы, и любовь: пожилой человек на амбулаторном приеме.
6. «10 дней, которые потрясли мир»: «нетипичные» ошибки на амбулаторном приеме.
7. Пациент с хронической ишемией головного мозга на амбулаторном приеме терапевта.
Верткин А.Л., Носова А.В., Ховасова Н.О. (Москва)
8. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения.
Захарычева Т.А. (Хабаровск)

Зал №1 (3 этаж)

12:15–13:45

симпозиум

Новости пульмонологии.

Сопредседатели: Авдеев С.Н. (Москва), Невзорова В.А. (Владивосток)

Новые возможности базисной терапии пациентов с хронической обструктивной болезнью легких с фокусом на профилактику обострений.

Авдеев С.Н. (Москва)

Современные алгоритмы лечения больных хронической обструктивной болезнью легких.

Авдеев С.Н. (Москва)

Идиопатический легочный фиброз: новые представления о проблеме.

Авдеев С.Н. (Москва)

13:45–15:30

Обед

15:30–16:00

симпозиум

Вопросы повышения качества и доступности медицинской и лекарственной помощи.

Сопредседатели: Елисеева Е.В. (Владивосток), Кузнецов В.В. (Владивосток)

Клиенториентированный подход в современном здравоохранении.

Кузнецов В.В. (Владивосток)

Обеспечение льготных категорий граждан лекарственными препаратами: законодательные и организационные аспекты.

Елисеева Е.В. (Владивосток)

Проблемы утверждения и внедрения критериев качества первичной медико-санитарной помощи.

Бродская Т.А. (Владивосток)

Переход на оплату стационарной медицинской помощи.

Авксентьева М.В. (Москва)

16:15–17:45

Заседание регионального отделения РНМОТ ДФО совместно с Президиумом Правления РНМОТ.

Большой зал (4 этаж)

09:30–12:30

Второй образовательный паллиативный медицинский форум

симпозиум

Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Часть I.

Сопредседатели: Невзорова Д.В. (Москва), Осетрова О.В. (Самара)

Правила назначения и выписывания наркотических анальгетиков и психотропных веществ при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Падалкин В.П. (Москва)

Лечение хронической боли у паллиативных пациентов в формате Национальных клинических рекомендаций Минздрава России, 2016 год.

Невзорова Д.В. (Москва)

Обезболивание в последние часы жизни. Критерии оценки качества обезболивающей терапии.

Осетрова О.В. (Самара)

Хронический болевой синдром в онкологии. Диагностика и рациональная фармакотерапия нейропатической боли.

Невзорова Д.В. (Москва)

12:30–13:30

Обед

13:30–16:40

Второй образовательный паллиативный медицинский форум

симпозиум

Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

Часть II.

Сопредседатели: Невзорова Д.В. (Москва), Осетрова О.В. (Самара)

Итоги работы службы паллиативной медицинской помощи Приморского края в 2016 году.

Проблемы и перспективы.

Денеж А.А. (Владивосток)

Ведение пациентов в последние часы жизни.

Паллиативная седация.

Невзорова Д.В. (Москва)

Оценка и ведение тягостных симптомов у пациентов.

Осетрова О.В. (Самара)

Профилактика заболеваний, связанных с длительным постельным режимом.

Выговская О.Н. (Новосибирск)

Профилактика эмоционального выгорания.

*Кан А.А. (Москва)***Малый зал (4 этаж)**

09:30–11:00

симпозиум

Частные вопросы в практике врача-терапевта.

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Кокорина В.Э. (Хабаровск)

Пациенты с недифференцированной ДСТ на приеме у терапевта: вопросы диагностики и лечения.

Доклад при поддержке компании Санофи*

Мартынов А.И. (Москва)

Острый суставной синдром: диагностика и лечения.

Повзун А.С. (Санкт-Петербург)

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

Мартынов А.И. (Москва)

Лор-осложнение вирусных инфекций.

Кокорина В.Э. (Хабаровск)

Современная энтеросорбция в практике терапевта.

Хованов А.В. (Москва)

11:15–12:45

Подходы к диагностике и лечению заболеваний ЖКТ в свете актуальных клинических рекомендаций. Часть I.

*Сопредседатели: Мокшина М.В. (Владивосток), Онучина Е.В. (Иркутск)*Обзор обновленных Российских и международных рекомендаций по лечению *Helicobacter pylori*.*Мокшина М.В. (Владивосток)*

Тактика антибактериальной терапии в практике врача при патологии ЖКТ.

Кондрашова Н.М. (Владивосток)

Коморбидный больной ГЭРБ, от теории к практике.

Жилина А.А. (Чита)

Обзор обновленных Российских и международных рекомендаций по функциональной диспепсии.

Рогачиков Ю.Е. (Хабаровск)

13:00–14:30

симпозиум

Подходы к диагностике и лечению заболеваний ЖКТ в свете актуальных клинических рекомендаций.

Часть II.

Сопредседатели: Мокшина М.В. (Владивосток), Онучина Е.В. (Иркутск)

Рутинные и сложные клинические случаи: резюме для практикующего врача.

Мокшина М.В. (Владивосток)

* - Доклад 15 минут, не участвует в непрерывном образовании врачей

Оптимизация терапии синдрома раздраженного кишечника.

Онучина Е.В. (Иркутск)

Изжога у беременных.

Онучина Е.В. (Иркутск)

Эффективная подготовка кишечника к эндоскопическому исследованию. Критерии качества колоноскопии.

Агапов М.Ю. (Владивосток)

Проблема запора как фактора риска развития колоректального рака.

Перерва О.В. (Владивосток)

Боль в животе.

Путинцева И. В. (Красноярск)

Зал №1 (3 этаж)

09:30–11:00

симпозиум

Пульмонологический пациент на приеме у терапевта.

Сопредседатели: Визель А.А. (Казань), Невзорова В.А.

(Владивосток)

Бронхообструктивный синдром на амбулаторном и стационарном этапах.

Визель А.А. (Казань)

Бронхиальная астма в реальной клинической практике: особенности течения и терапии у беременных.

Киняйкин Н.Ф. (Владивосток)

Трудная для лечения легкая астма.

Невзорова В.А. (Владивосток)

Ингаляционная фармакотерапия бронхиальной астмы: роль средств доставки.

Кондрашова Н.М. (Владивосток)

Саркоидоз: что мы знаем, и что мы можем.

Визель А.А. (Казань)

11:15–12:45

симпозиум

Актуальные вопросы пульмонологии в терапевтической практике.

Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва), Бабак С.Л. (Москва)

Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечная недостаточность.

Малявин А.Г. (Москва)

Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия. Рациональная терапия.

Малявин А.Г. (Москва)

Мифы острого бронхита. Noli nocere.

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)

13:00–14:30

симпозиум

Коморбидный пациент в фокусе внимания.

Клинические разборы.

Председатель Невзорова В.А. (Владивосток)

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сердечно-сосудистые заболевания. Вопросы противовоспалительной терапии.

Невзорова В.А. (Владивосток)

Клинические разборы.

Диагностика и особенности фармакотерапии ХОБЛ у пациента с сочетанной сердечно-сосудистой патологией. Взгляд пульмонолога.

Кондрашова Н.М. (Владивосток)

Диагностика и особенности фармакотерапии ХОБЛ у пациента с сочетанной сердечно-сосудистой патологией. Взгляд кардиолога.

Захарчук Н.В. (Владивосток)

Взгляд пульмонолога на ведение пациента с ХОБЛ и ОКС.

Киняйкин М.Ф. (Владивосток)

Взгляд кардиолога на ведение пациента с ХОБЛ и ОКС.

Хлудеева Е.А. (Владивосток)

Зал №2 (3 этаж)

09:30–11:00

симпозиум

Особенности ведения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Сопредседатели: Арутюнов Г.П. (Москва), Телблов К.И. (Москва)

АРНИ — новая эра в лечении хронической сердечной недостаточности.

Арутюнов Г.П. (Москва)

Эндотоксин грамотрицательных бактерий кишечника и Q-образующий инфаркт миокарда.

Телблов К.И. (Москва)

Острый коронарный синдром: современные принципы диагностики и лечения.

Повзун А.С. (Санкт-Петербург)

Железодефицитная анемия, как фактор риска при сердечно-сосудистой патологии.

Кондрашова Н.М. (Владивосток)

11:15–12:45

симпозиум

Кардиологический пациент: особенности ведения в различных клинических ситуациях.

Сопредседатели: Невзорова В.А. (Владивосток), Попонина Т.М.

(Томск)

Современные подходы к оценке сердечно-сосудистого риска. Выбор оптимальной тактики ведения.

Невзорова В.А. (Владивосток)

Стратификация риска ишемических и геморрагических событий при остром коронарном синдроме.

Полонина Т.М. (Томск)

На приеме кардиологический пациент – фокус на сартаны и статины.

Полонина Т.М. (Томск)

Гипертоническая болезнь и когнитивные нарушения – звенья одной цепи. Как прервать цепь?

Федорова Е.Л. (Новосибирск)

13:00–14:30

школа молодого терапевта

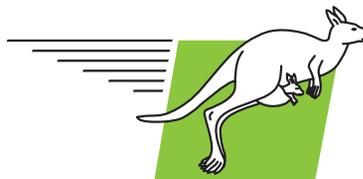
Функциональная диагностика в практике врача-терапевта: фокус на ЭКГ и суточное мониторирование артериального давления.

Кокорин В.А. (Москва)

14:45–16:15

Конкурс молодых терапевтов

Найз®



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

150 000 000

упаковок препарата



Доверие, основанное на опыте

★ <http://Int.imshealth.com>

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.

Астра Зенека

«АстраЗенека Россия», 125284, Россия, Москва, ул. Беговая, д.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 г. 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 г. 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 биофармацевтических препаратов для таргетного лечения и внедрения научных разработок.

«АстраЗенека» обладает 40-летним опытом работы в области респираторных заболеваний. Компания сфокусирована на внедрении в клиническую практику как дозированных аэрозольных ингаляторов и порошковых ингаляторов, так и уникальной технологии ко-сuspензии (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.

ООО «БЕЛЛА Восток»

140300, Московская обл., г. Егорьевск, ул. Промышленная, д.3

телефон: +7 (495) 726-55-25

электронная почта: ECOD@bella-tzmo.ru

www.tzmo-global.com

ООО «БЕЛЛА Восток» входит в группу компаний TZMO S.A. – одного из ведущих европейских производителей средств гигиены Bella и изделий медицинского назначения Seni, matorpat.

TZMO S.A. – производственная компания с многолетней историей, которой можно доверять в долгосрочной перспективе.

Изделия предприятия продаются более чем в 80 странах мира и это оптимальное соотношение цены и качества в каждом ценовом сегменте. Все изделия, произведенные TZMO S.A., отвечают требованиям безопасности, защиты окружающей среды и защиты здоровья потребителя.





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

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

¹Kjeldsen 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.

²Mancia 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 РВ ЛП-002665

Информация для медицинских и фармацевтических работников

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



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).

Гедеон Рихтер

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

Официальный спонсор

«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.



ГЕДЕОН РИХТЕР

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.



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**

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).

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

191119, 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 (Cytoflavin), 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.

ООО «Новартис Фарма»

125315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72/3

телефон: +7 (495) 967-12-70

факс: + 7 (495) 967-12-68

www.novartis.ru



Миссия компании в России – быть надежным партнером государства в развитии фармацевтической отрасли и улучшении системы здравоохранения. Компания активно сотрудничает с ведущими академическими и исследовательскими учреждениями России, поддерживает развитие ключевых терапевтических направлений в медицинской науке и практике, а также занимает одну из лидирующих позиций по количеству клинических исследований среди иностранных производителей. Забота о пациентах лежит в основе всей деятельности «Новартис». Компания поддерживает программы, направленные на помощь пациентам, в том числе, образовательные программы для врачей и пациентов в различных регионах России.

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.



Санофи

125009, Москва, ул. Тверская, д.22
телефон: +7 (495) 721-14-00
www.sanofi.ru

«Санофи» – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, с направленной деятельностью на широкий спектр задач: от профилактики заболеваний до их лечения. «Санофи» преобразует научные инновации в конкретные решения в сфере здравоохранения, способствуя таким образом улучшению качества жизни пациентов по всему миру. Компания «Санофи» 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.



ООО «Такеда Фармасьютикалс»

119048, Москва, ул. Усачева, д.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.

ООО «ЭГИС-РУС»

Венгрия
121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д.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 сердечнососудистой, дыхательной, центральной нервной систем, женского здоровья, дерматовенерологии.

Средства профессиональной информации и коммуникации

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, 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.

Генеральный
информационный спонсор



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.

Генеральный
информационный спонсор



Генеральный
информационный спонсор

Газета «Фармацевтический вестник»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, 57
телефон: +7 (495) 786-2557, 786-2543
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmvestnik.ru

Фармацевтический
ВЕСТНИК

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 года.

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 видеопроект «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.

Отраслевой информационный партнер

Российское агентство медико-социальной информации АМИ

105005, г. Москва, Бауманская ул., д 6 стр.2, БЦ Виктория, оф 907
телефон: 7 (495) 74-14-527
электронная почта: info@ria-ami.ru
www.riaami.ru

АМИ российское агентство
медико-социальной
информации

Основанное в 2005 году Российское агентство медико-социальной информации АМИ специализируется на распространении международных и российских новостей и аналитической информации в сфере здравоохранения, медицины и фармацевтики, здорового образа жизни и социальной защиты. Агентство сотрудничает с Комитетом по охране здоровья Госдумы России, Министерством здравоохранения РФ, другими министерствами и ведомствами в части освещения политики государства, взаимодействует с институтами гражданского общества.

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 2017 год с приложением:

Второе полугодие (4 номера)

924 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)



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, д.19
телефон: +7 (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 «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

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 «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 «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.

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.

Медицинский портал NogoStop.ru

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

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

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.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, г. Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12
телефон: +7 (495) 258-97-03
электронная почта: info@vrachirf.ru
www.vrachirf.ru

«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 470 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>



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

Клинический случай острого инфекционного миокардита и перикардита при гриппе В. Сергеева И.В.	35
Изучение влияния статинов на течение ишемической болезни сердца с учетом полиморфизма генов. Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турдикулова Ш.У., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А., Исхаков Ш.А.	35
Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом под влиянием общей магнитотерапии. Александров А.В., Ненашева Н.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.	35
Особенности влияния метода низкочастотной магнитотерапии на показатели качества жизни у больных ревматоидным артритом. Александров В.А., Ненашева Н.В., Александрова Н.В.	36
Особенности влияния левокарнитина на систолическую и диастолическую функцию у больных ишемической болезнью сердца. Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Тошев Б.Б., Шодиев Ж.Д., Узоков Ж.К.	37
Частота выявления тромбоза вен нижних конечностей у пациентов с внебольничной пневмонией. Бахметьев А.С., Двоенко О.Г., Аристарин М.А., Лойко В.С.	37
Распространенность метаболического синдрома в популяции пациентов остеоартрозом с синовитом голеностопного сустава. Васильева Л.В., Лахин Д.И.	38
Эффективность длительного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина. Голубев Ю.Ю., Струтынский А.В., Бекетова Е.Ю.	38
Применение фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина у пациентов с артериальной гипертензией. Корниенко Н.В., Корытько И.Н., Тарасова Ю.Н., Мирошниченко Е.П., Гафарова Н.Х.	39
Особенности структурного и функционального ремоделирования миокарда желудочков у пациентов хронической обструктивной болезнью легких. Костарева Р.А., Подъянова А.И., Хомаева Я.Б.	39
Клиническая значимость антител к гетерогенному ядерному рибонуклеопротеину (HNRNP) B1 у больных ревматоидным артритом. Кузнецова П.А., Маслянский А.Л., Лапин С.В., Мазуров В.И.	40
Цистатин С – маркер доклинического поражения почек у больных подагрой, ассоциированных с наличием артериальной гипертензии. Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н.	41
Перспективы пролонгированной терапии препаратами альфа-липоевой кислоты дисметаболической нейропатии при ожирении. Мирзоян И.А., Чернышова Т.Е., Стяжкина С.Н.	41
Анализ течения инфекционного эндокардита по данным кардиологического отделения. Павленко В.И., Долгова И.А.	42
Лечебные эффекты протеинов кедр в лечении туберкулеза. Павлова Е.С.	42
Оценка вариабельности ритма сердца с помощью кардиоваскулярных тестов у больных вирусным циррозом печени. Пешкова С.В., Чистякова М.В., Говорин А.В., Калинкина Т.В.	43

Особенности клинического течения идиопатического легочного фиброза. Приходько О.Б., Кострова И.В., Смородина Е.И., Горячева С.А.	44
Тромбоцитоз у больных ревматоидным артритом. Саритхала В.Д., Корой П.В., Ягода А.В.	44
Диастолическая дисфункция левого желудочка у молодых женщин с артериальной гипертензией с эстрогенодефицитом с «метаболически здоровым» висцеральным ожирением. Хабибулина М.М.	45
Кардиальная автономная нейропатия: прогностическое значение при метаболическом синдроме. Чернышова Т.Е., Мирзоян И.А., Пименов Л.Т.	45
Влияние розувастатина на эхокардиографические параметры и состояние брахиоцефальных артерий при ишемической болезни сердца. Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турсунов Р.Р.	46

КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Ряд лабораторных показателей для оценки сердечно-сосудистого риска в зависимости от статуса курения в популяции жителей Приморского края (по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ). Богданов Д.Ю., Невзорова В.А.	47
Фармакологическая коррекция системного сосудистого дисметаболизма при табакокурении. Гончар Е.Ю.	47
Белки теплового шока с массой 27 и 70 кДа в патогенезе остеоартрита. Кабалык М.А., Суняйкин А.Б.	48
Клинико-патогенетические взаимосвязи остеоартрита и артериальной гипертензии. Кабалык М.А.	48
Вопросы адипокиновой регуляции у пациентов с артериальной гипертензией. Родионова Л.В.	49
Молекулярные и генетические маркеры сосудистого ремоделирования при артериальной гипертензии у лиц молодого и среднего возраста. Саковская А.В., Невзорова В.А., Коцюрбий Е.А., Бродская Т.А.	50
Показатели мультирезистентного туберкулеза в Приморском крае за период 2007 – 2016 гг. Лавренко В.В.	50

Клинический случай острого инфекционного миокардита и перикардита при гриппе В.

Сергеева И.В.

Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Миокардит может развиваться на разных стадиях инфекционного процесса. В острую фазу гриппа врачи должны проявлять настороженность в отношении возможного развития миокардита, между тем все клинические симптомы, как и изменения на ЭКГ, неспецифичны и могут быть расценены как проявления синдрома интоксикации, свойственного гриппу. Однократная регистрация ЭКГ малоинформативна для оценки вирусного поражения миокарда, кроме того, исследование не является обязательным при обследовании больных вирусными инфекциями, особенно молодого возраста, и значение этого метода диагностики весьма ограничено. Клинический случай тяжелой формы гриппа В, осложнившегося инфекционно-токсическим шоком, острым миокардитом и перикардитом и приведший к смерти больной, убедительно показывает повышенную настороженность при толковании клинических симптомов болезни в совокупности с инструментальными методами исследования. Также следует обратить внимание врачей на необходимость тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, комплексной оценки преморбидного фона, клинического статуса, тяжести состояния, данных лабораторного и инструментального обследования, что позволит квалифицированно оценить состояние больных и назначить эффективную терапию, своевременность которой может спасти жизнь больного.

Изучение влияния статинов на течение ишемической болезни сердца с учетом полиморфизма генов.

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

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

Цель – изучение влияния статинов на течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Наблюдали больных с ИБС узбекской популяции (средний возраст 59,1±8,4 лет). Диагноз и лечение проводили согласно критериями и рекомендациям по стабильной ишемической болезни сердца РКО. До и через 6 месяцев в крови больных определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активности ферментов аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), а также генотипирование (ApoE и HMGCR). Проводилась электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ) с оценкой параметров левого желудочка (ЛЖ) (Samsung medison «AccuVixV20» с секторным датчиком с цветным, импульсно-волновым

и непрерывно-волновым режимом с частотой 2-4 МГц в М- и В-режимах по рекомендациям Американского ЭХОКГ общества). Больные получали стандартное лечение, а из статинов – аторвастатин (20-40 мг/сут) или розувастатин (10-20-мг/сут).

Результаты. До лечения были выявлены следующие данные по липидам: 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. Проведена оптимизация параметров постановки аллель-специфичной real-time PCR для детекции генотипов по генам: HMGCR и ApoE. 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. Безболевая ишемия миокарда (БИМ) у пациентов с гипертрофией ЛЖ была более выраженной, чем у больных без измененной геометрией ЛЖ. Полученные результаты могут указывать о неблагоприятном прогнозе относительно риска кардиальных осложнений. Появление БИМ при гипертрофии миокарда ЛЖ является, скорее всего, следствием увеличения потребности гипертрофированного миокарда в кислороде и снижения коронарного кровотока. Под влиянием аторвастатина и розувастатина значительно улучшились изученные показатели ЭХОКГ: фракция выброса ЛЖ (55,5 и 61,5%); масса миокарда ЛЖ (210 и 181,5 г); толщина межжелудочковой перегородки (1,1 и 1,05 см); толщина задней стенки ЛЖ (1,0 и 1,05 г); конечный систолический размер ЛЖ (3,3 и 3,15 см); конечный диастолический размер ЛЖ (5,3 и 4,9 см); конечный диастолический объем (124 и 119 мл); конечный систолический объем (57,5 и 49,5 мл); ударный объем (82,5 и 77,5 мл). Вывод. Изученные статины продемонстрировали благоприятное влияние на течение ИБС, а проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы препаратов.

Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом под влиянием общей магнитотерапии.

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

Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии, Волгоград

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 57 больных с достоверным диагнозом ревматоидного артрита (РА) (25 мужчин и 32 женщины в возрасте от 26 до 70 лет). Средний возраст пациентов составил $50,45 \pm 10,12$ лет. Структура стадий РА у изучаемых больных выглядела таким образом: очень ранняя у 3 больных (5,26%), ранняя стадия у 5 пациентов (8,77%), развернутая – у 27 (47,37%), поздняя – у 22 (38,60%). Также под нашим наблюдением находилось 35 больных с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилита (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 оценки наличия депрессивных симптомов у больных АС на период исследования использовался опросник депрессивности Бека.

Результаты и обсуждение. В группе больных РА до восстановительной терапии отмечалось превалирование пациентов с депрессией различной степени тяжести (33 человека, или 58,9%). РА со всеми симптоматическими комплексами может самостоятельно определять развитие депрессии, однако последняя ухудшает течение основной нозологии и вместе с тем, усложняя клиническую картину, ведёт к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительному числу объективно необоснованных исследований. Практически все больные с этим сложным заболеванием получают терапию в виде нестероидных противовоспалительных средств, а часть и в виде глюкокортикостероидных препаратов. И те, и другие фармакологические средства являются самостоятельными факторами, влияющими на развитие депрессии. Под воздействием общей магнитотерапии число пациентов с отсутствием депрессивных симптомов увеличилось, уровень тяжести депрессии снизился, и большая часть больных с патологически сниженным настроением показала значения шкалы, характерные для легкой депрессии. 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 ($p=0,028$). Выраженный антидепрессивный эффект общей магнитотерапии у больных АС, по-видимому, связан с влиянием данного метода терапии не только на болевой 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. Метод общей магнитотерапии на этапе реабилитации больных ревматическими заболеваниями (РА и АС) позволяет лечить депрессивные проявления соматического заболевания без применения специфической антидепрессивной терапии. Регрессия уровня депрессии и её излечение у пациентов даёт возможность повысить адаптационные возможности и качество жизни индивида, улучшить течение основного заболевания, уменьшить риск осложнений и летальность при данной соматической патологии.

Особенности влияния метода низкочастотной магнитотерапии на показатели качества жизни у больных ревматоидным артритом.

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

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград

Цель работы – изучение влияния метода низкочастотной магнитотерапии (НМТ) на степень функциональных нарушений и качество жизни (КЖ) больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы: в исследование были включены 57 больных РА, которые путем случайного отбора были разделены на две сопоставимые группы: основную ($n=29$) и контрольную ($n=28$). Пациентам из основной группы проводили 10 ежедневных сеансов НМТ на аппаратно-программном комплексе «Мультимаг» (г. Рязань), а больным из контрольной группы – 10 ежедневных сеансов НМТ на комплексе «Мультимаг», но без подключения аппарата – группа плацебо. Для определения степени нарушения жизнедеятельности использовали опросник оценки здоровья HAQ и общий опросник SF-36.

Результаты исследования: исходно больные РА по всем шкалам опросника SF-36 показали низкие показатели КЖ; индекс HAQ у всех пациентов соответствовал умеренным функциональным нарушениям. После НМТ в основной группе наблюдали достоверное снижение показателей HAQ ($p=0,041$), в отличие от контрольной группы ($p=0,126$), и достоверное увеличение показателей SF-36 как по физическому компоненту здоровья, так и по психическому: значение по шкале ролевого физического функционирования повысилось на 43% ($p=0,0083$), ролевого эмоционального функционирования – на 33% ($p=0,042$), жизненной активности – на 23% ($p=0,048$), психического здоровья – на 19% ($p=0,048$), по шкале интенсивности боли снизилось на 17% ($p=0,028$).

Выводы: метод НМТ может быть использован на постгоспитальном этапе лечения больных РА, оказывая влияние на различные составляющие здоровья. Имеющиеся различия в методиках применения опросников HAQ и SF-36 можно использовать для дифференцированного их применения: менее затратный во времени опросник HAQ более уместен в поликлинических условиях, а использование опросника SF-36 оправдано в условиях стационара.

Особенности влияния левокарнитина на систолическую и диастолическую функцию у больных ишемической болезнью сердца.

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Тошев Б.Б., Шодиев Ж.Д., Узоков Ж.К.

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

Целью настоящего исследования было изучение влияния левокарнитина на систолическую и диастолическую функцию левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Обследованы 134 больных ИБС стенокардией напряжения ФК 2-3 в возрасте от 21 до 72 лет (средний возраст 51,2±5,7 лет). Все больные в анамнезе имели ранее перенесенный инфаркт миокарда. Всем больным было проведено базисное лечение, включавшее в себя назначение антиагрегантов, β-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, статинов. I группа (основная) — 66 больных, которым дополнительно к базисной терапии внутривенно капельно в течение 30-45 мин вводили препарат Алмива (левокарнитин, Гранд Медикал, США) на физиологическом растворе 0,9%-200 мл, внутривенно капельно в течение 5 дней, II (контрольная) группа — 68 больных, которые получали только стандартную терапию без включения левокарнитина. Всем больным при поступлении была проведена транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) с последующим стентированием коронарных артерий. Методом Эхокардиографии (ЭхоКГ) были изучены параметры систолической функции ЛЖ. Исследование проводилось на эхокардиографе Samsung medison «Acusivix.V20» (Корея). Стресс-эхокардиографию с добутамином проводили исходно для обнаружения жизнеспособного миокарда и оценки эффективности лечения после стентирования. Оценка региональной систолической функции ЛЖ проводилась по 16 сегментарному делению ЛЖ, рекомендованному Американским обществом эхокардиографистов по 4-балльной шкале: гиперкинез — 0 баллов, нормокинез — 1 балл, гипокинез — 2 балла, акинез — 3 балла и дискинез — 4 балла. Далее рассчитывался индекс нарушения регионарной сократимости (ИНРС) как соотношение суммы баллов анализируемых сегментов к общему их количеству. Критериями жизнеспособности (обратимой дисфункции) миокарда при стресс-ЭхоКГ является появление двухфазной реакции сократимости миокарда в зоне асинергии в виде повышения его сократимости на один балл и более.

Полученные результаты. В группе больных, получавших левокарнитин, выявлены 841 сегмент с асинергией, из них 796 (75,4% из общего числа сегментов) сегментов с гипокинезией и 45 (4,2%) сегментов с акинезией. В этой группе добутаминовая проба в малых дозах показала жизнеспособность миокарда в 723 (86%) сегментах из всех асинергичных сегментов, некрозу миокарда соответствовал 118 (14%) сегментов левого желудочка (ЛЖ). В контрольной группе выявлены 882 сегмента с асинергией (зона акинезии в 34 сегментах и гипокинезии 848 сегментах). При малых дозах добутамина отмечается достоверное уменьшение количества асинергичных сегментов на 60,5% (534 сегмента), что означает наличие жизнеспособного миокарда. У остальных 39,5% (348 сегмента) систолическое утолщение стенок ЛЖ не наблюдалось, то есть в этих сегментах имел место некроз миокарда. Зоны обратимой дисфункции достоверно больше обнаружены в группе левокарнитина, по сравнению с группой контроля (86% против 60,5%). В I и II группах ИНРС при малых дозах

достоверно снижались по сравнению с исходными показателями на 36,3% и 33,3% соответственно. Более значительное уменьшение ИНРС отмечено в группе левокарнитина (с 1,87±0,1 на 1,18±0,02) по сравнению с контрольной группой (с 1,98±0,04 на 1,32±0,01). На повторной ЭхоКГ через месяц в I группе — 694 (96%) и в группе II 491 (92%) асинергичные сегменты стали нормокинетичными. Однако в группе II через месяц из всех выявленных жизнеспособных сегментов в 8% сократительная функция не восстановилась. Показатели глобальной систолической функции были выше в группе больных, получавших левокарнитин, по сравнению с контрольной группой (фракция выброса ЛЖ составила 55,2±1,0% и 52,7±1,8% соответственно). На ЭхоКГ через месяц конечный диастолический объем (КДО) ЛЖ составил в группах I и II 157±5,0 и 159±4,5 мл соответственно.

Выводы. Применение левокарнитина предотвратило дилатацию полости ЛЖ, вследствие чего конечные диастолические и систолические объемы в течение 30 суток наблюдения практически не изменялись. В группе контроля показатель КДО ЛЖ имел тенденцию к увеличению.

Частота выявления тромбоза вен нижних конечностей у пациентов с внебольничной пневмонией.

Бахметьев А.С., Двоенко О.Г., Аристарин М.А., Лойко В.С.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Цель исследования: выявить частоту тромбоза венозной системы у пациентов с пневмонией, находящихся на лечении в терапевтическом отделении.

Материалы и методы: в исследование включены 12 пациентов (10 женщин; средний возраст 67 лет) с диагнозом внебольничной пневмонии неустановленной этиологии, находящихся на лечении в терапевтическом отделении в 2016 г. Помимо стандартных рекомендованных лабораторных и инструментальных исследований, пациентам выполнено триплексное сканирование (ТС) вен нижних конечностей с целью поиска тромбоза глубоких вен как возможного фактора риска тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). ТС проведено на базе ультразвуковой и функциональной диагностики на ультразвуковом сканере экспертного класса Philips HD 11 XE. В стандартный протокол ТС вен нижних конечностей входило детальное описание состояния поверхностных, перфорантных и глубоких вен обеих нижних конечностей с оценкой проходимости просвета, а также наличия варикозной трансформации и несостоятельности клапанного аппарата. Из исследования исключены пациенты, получающие антикоагулянтную терапию по поводу тромботического поражения в системе нижней полой вены, а также пациенты с пневмонией установленной этиологии.

Результаты. У большинства больных (8 лиц; 66,7%) по результатам ТС выявлены ультразвуковые признаки тромбоза глубоких вен. Проксимальный уровень расположения верхушки обнаружен в 2 случаях (поверхностная бедренная вена), дистальный — в 6 случаях (суральные вены в 5 случаях и задние берцовые вены в одном случае). У 2 (16,7%) больных с дистальным расположением тромботических масс выявили флотирющую верхушку (протяженность флотирющей верхушки 3,6 и 3,7 мм), причем в одном из случаев у пациентки 74 лет проксимальная часть тромба имела неровные изрезанные

края, что с большой долей вероятности говорит в пользу эмболии ветвей легочной артерии. Проксимально-расположенные тромбы располагались на уровне средней трети бедра и во всех случаях были полностью фиксированы к стенке вены. Также еще в 1 (8,3%) случае выявили ультразвуковые признаки, характерные для варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены (БПВ) (стабильная верхушка на уровне щели коленного сустава). У 3 (25%) пациентов с пневмонией тромботические массы в венах нижних конечностей, а также на илиокавальном уровне или в почечных венах выявить не удалось. Пациентов с обнаруженным тромбозом вен нижних конечностей рекомендовали к консультации ангиохирурга. Как правило, в большинстве случаев были назначены препараты из различных групп антикоагулянтов под контролем коагулограммы и других лабораторных показателей крови. Двум пациентам с флотирующими тромбами рекомендована мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастным усилением. В результате у обеих пациенток на МСКТ выявлено наличие окклюзирующей тромбоземболии сегментарных ветвей в бассейне легочных артерий. Отметим, что у всех пациентов выявлены сонографические критерии варикозной трансформации в бассейне БПВ и у 5 (41,7%) больных – в бассейне малой подкожной вены. В 3 (25%) случаях в основном стволе БПВ выявлен феномен «сладжа» 1-2 степени, что также может являться дополнительным, хоть и редким, фактором риска венозного тромбоза.

Выводы. У подавляющего большинства пациентов (75%) с внебольничной пневмонией невыясненной этиологии по результатам проведенного ТС вен нижних конечностей выявили тромботические поражения, основная доля которых пришлась на глубокую венозную систему. В двух случаях тромбы имели сопряженную с высоким риском ТЭЛА флотирующую верхушку, что в результате было подтверждено на МСКТ. Учитывая высокую частоту обнаружения окклюзирующего тромбоза вен нижних конечностей у данной группы больных, мы рекомендуем проведение ультразвукового сканирования вен нижних конечностей всем пациентам с пневмонией.

Распространенность метаболического синдрома в популяции пациентов остеоартрозом с синовитом голеностопного сустава.

Васильева Л.В., Лахин Д.И.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Липецкая областная клиническая больница, Воронеж, Липецк

Цель исследования: изучить распространенность клинических и биохимических проявлений метаболического синдрома в популяции больных остеоартрозом с синовитом голеностопного сустава.

Материал и методы. Для исследования отобрано 350 пациентов остеоартрозом с синовитом голеностопного сустава, наблюдавшихся у ревматолога в ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» в 2015-2016 гг. В исследование были включены пациенты без органического поражения связочного аппарата голеностопного сустава, но с подтвержденным синовитом голеностопного сустава по данным МРТ-диагностики. У пациентов определяли систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, значения базальной глюкозы, базального инсулина, рассчитывали индекс инсулинорезистентности НОМА-IR, определяли уровень мочевой кислоты, суммарного холестерина, триглицеридов, холестерина

липопротеидов высокой (ХС-ЛПВП) и низкой (ХС-ЛПНП) плотности, оценивали окружность талии. Метаболический синдром диагностировался на основании критериев, разработанных Международной федерацией диабета (IDF, 2005).

Результаты. Признаки артериальной гипертензии обнаружены у 317 больных (90,6%), средний уровень систолического артериального давления составил $161,4 \pm 3,87$ мм рт. ст., средний уровень диастолического артериального давления – $94,7 \pm 2,65$ мм рт. ст. Абдоминальное ожирение было найдено у 338 больных (96,6%), средний показатель окружности талии составил $109,7 \pm 2,16$ см. Проявления дислипидемии были выявлены у 294 больных (84%), средний уровень суммарного холестерина составил $6,18 \pm 0,11$ ммоль/л, триглицеридов – $2,46 \pm 0,21$ ммоль/л, ХС-ЛПВП – $1,09 \pm 0,04$ ммоль/л, ХС-ЛПНП – $4,13 \pm 0,09$ ммоль/л. Повышение уровня мочевой кислоты было выявлено у 287 больных (82%), средний ее уровень составил $411,3 \pm 9,14$ мкм/л. Гипергликемия была отмечена у 130 больных (37,1%), гиперинсулинемия – у 329 пациентов (94,0%), повышение индекса НОМА-IR выше пороговых 2,77 ед. зарегистрировано у 332 больных (94,9%). При этом средние значения уровня базальной глюкозы составили $5,82 \pm 0,11$ ммоль/л, уровня базального инсулина – $27,4 \pm 0,34$ мкМЕ/мл, показателя НОМА-IR – $7,01 \pm 0,23$ ед. Таким образом, метаболический синдром был выявлен у 334 пациентов (95,4%).

Выводы. Распространенность метаболического синдрома в популяции больных остеоартрозом с синовитом голеностопного сустава велика и составляет 94,9%.

Эффективность длительного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина.

Голубев Ю.Ю., Струтынский А.В., Бекетова Е.Ю.

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

Цель исследования: оценить эффективность длительного (на протяжении 12 месяцев) лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензией (АГ) фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина.

Материал и методы. В исследование включены 68 больных ХОБЛ II-IV стадии и АГ I-II степени (средний возраст – $59,3 \pm 4,3$ лет), которым, помимо бронхолитической и противовоспалительной терапии, ранее использованной больными для лечения ХОБЛ, назначали фиксированную комбинацию периндоприла и амлодипина (Престанс фирмы Servier, Франция) в индивидуально подобранной дозе (5/5, 5/10, 10/5 или 10/10 мг). В работе использовались стандартные методики суточного мониторирования АД (СМАД), эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) и исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Толерантность к физической нагрузке определяли по результатам теста 6-минутной ходьбы. Тяжесть клинических проявлений ХОБЛ оценивали с помощью шкалы CAT (COPD Assessment Test) и теста mMRC (Medical Research Council). Определяли также содержание в крови провоспалительных цитокинов (ФНО α и ИЛ-6) Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. При первичном исследовании у большинства больных ХОБЛ и АГ были выявлены клинические и

инструментальные признаки бронхообструктивного синдрома, снижение показателей ФВД, умеренное повышение системного АД и систолического давления в легочной артерии (СДЛА), что сопровождалось формированием комбинированной гипертрофии правого и левого желудочков (ПЖ и ЛЖ), снижением их диастолической функции и небольшим нарушением сократимости ПЖ. Эти признаки ассоциировались с увеличением уровня провоспалительных цитокинов (ФНО α и ИЛ-6). На фоне 12-месячного лечения Престансом целевой уровень систолического и диастолического АД (САД и ДАД) был достигнут у 54 больных (79,4%). Наблюдалось значительное уменьшение индекса времени САД и ДАД (на 25-34%; $p < 0,01$), увеличение степени ночного снижения САД и ДАД (на 43,2%; $p < 0,05$). В соответствии с этим уменьшались средние значения массы миокарда (на 11,3%; $p < 0,01$) и систолического размера ЛЖ (на 9,6%; $p < 0,05$), а также улучшалась его диастолическая функция в виде увеличения на 31,8% ($p < 0,001$) отношения Е/А. Кроме того, на фоне лечения Престансом происходило уменьшение признаков бронхообструктивного синдрома в виде увеличения ($p < 0,05$) ОФВ1 (на 9,0%), ОФВ1/ФЖЕЛ (на 10,4%) от исходных показателей, уменьшения ($p < 0,05$) средних значений шкалы mMRC (на 23,4%), теста оценки САТ (на 19,6%) и увеличения дистанции 6-минутной ходьбы (на 19,4%; $p < 0,05$). Уменьшались также ($p < 0,05$) систолическое давление в легочной артерии (на 21,2%), размеры ПЖ (на 11,3-15,7%), индекс Теа (на 11,6%) и увеличивалось отношение Е/А трансстрикспидального диастолического потока крови ($p < 0,001$), что свидетельствовало об улучшении диастолической функции ПЖ (табл. 3). Эти результаты ассоциировались также со значительным снижением уровня провоспалительных цитокинов ФНО- α и ИЛ-6 (на 28,3 и 24,3%; $p < 0,05$).

Выводы. Включение в состав длительной комбинированной терапии больных ХОБЛ и АГ ингибитора АПФ и блокатора медленных кальциевых каналов сопровождается не только отчетливым антигипертензивным эффектом, тенденцией к обратному развитию гипертрофии и улучшением диастолической функции ЛЖ, но и заметным уменьшением клинических и спирографических признаков бронхообструктивного синдрома, снижением давления в легочной артерии, уменьшением размеров ПЖ и ЭхоКГ-признаков его систолической и диастолической дисфункции.

Применение фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина у пациентов с артериальной гипертензией.

Корниенко Н.В., Корытько И.Н., Тарасова Ю.Н., Мирошниченко Е.П., Гафарова Н.Х.

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

Артериальная гипертензия (АГ) остается довольно широко распространенным заболеванием среди взрослого населения как во всем мире, так и в России. АГ является основным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений наряду с дислипидемией, метаболическим синдромом, сахарным диабетом (СД), курением. Это делает важной проблему оптимизации фармакотерапии и индивидуального подхода к антигипертензивной терапии (АГТ). В настоящее время в качестве АГТ первой линии чаще используют фиксированные комбинации ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ).

Целью настоящего исследования стал анализ применения фиксированной комбинации периндоприла с амлодипином у пациентов АГ в динамике лечения.

Методы исследования. В исследование вошли 55 пациентов (43 мужчин и 12 женщин) с АГ II и III степени. Преобладали пациенты с III степенью гипертензии – 62,8%. Возраст обследованных был от 44 до 58 лет (54,2 \pm 4,8 года). Общий стаж АГ составил 15,9 лет. Диагноз был поставлен на основании общепринятых стандартов. У 53% пациентов с АГ было сочетание с ишемической болезнью сердца (ИБС) и проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН), у 10% регистрировался СД, более 90% имели гиперхолестеринемию и около 12% – избыточную массу тела. До начала лечения и через 4 и 8 недель проводили полное клинико – инструментальное исследование, в том числе неоднократно суточное мониторирование артериального давления (СМАД), а также определяли основные показатели углеводного и липидного обмена. На протяжении всего наблюдения наряду с другими препаратами (дезагреганты, нитраты, β -блокаторы, сахароснижающие, статины) традиционно входящими в программу лечения была назначена фиксированная комбинация периндоприла (4 мг) и амлодипина (5 мг) (Дальнева, «КРКА») 1 раз в сутки, при недостаточном эффекте дозу препарата увеличивали до 8 и 10 мг соответственно. Продолжительность наблюдения составила 8 недель. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Различия между показателями считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Полученные результаты. Эффективность лечения оценивали через 4 и 8 недель. У подавляющего числа пациентов (91%) были достигнуты целевые уровни артериального давления (АД) до 135/80 мм рт.ст. Исходное систолическое АД (САД) составило 185,2 \pm 14,6 и диастолическое АД (ДАД) 104,2 \pm 5,5 мм рт.ст., а среднее максимальное САД и ДАД составили 187,7 и 108,2 соответственно. До исследования в 20% случаев лечение не проводилось, а в 16% – было не регулярным. При анализе полученных данных, под влиянием лечения фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина было отмечено статистически значимое снижение как среднесуточных показателей САД и ДАД, так в дневное и ночное время. Каких-либо существенных побочных реакций отмечено не было. Все пациенты переносили лечение удовлетворительно. В течение исследования нами не наблюдалось достоверного изменения показателей липидного и углеводного обмена.

Выводы: По нашим данным фиксированная комбинация периндоприла с амлодипином при АГ способствовала эффективному достижению целевых значений АД, что является основной задачей лечения пациентов с данной патологией. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать применение этого препарата в индивидуально подобранных дозах.

Особенности структурного и функционального ремоделирования миокарда желудочков у пациентов хронической обструктивной болезнью легких.

Костарева Р.А., Подъянова А.И., Ховаева Я.Б.

Пермский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №2, Пермь

Цель исследования. Изучить структурные и функциональные аспекты ремоделирования обоих желудочков у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Задачи исследования. 1. Оценить особенности геометрии желудочков у больных ХОБЛ разной степени тяжести. 2. Изучить особенности диастолического наполнения желудочков у пациентов ХОБЛ разной степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 44 пациента ХОБЛ, в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст $63,7 \pm 8,4$). Из них 8 женщин, 39 – мужчин. Критерии включения: ХОБЛ, ОФВ 1 по результатам спирографии от 25% до 65% от должных величин. Критерии исключения: пациенты, имеющие в анамнезе любые онкологические заболевания, туберкулез легких, бронхоэктазы; пациенты с хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса (NYHA). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты I и II степени тяжести, в количестве 29 человек. Вторую группу составили 15 пациентов III и IV степени тяжести. Трансторакальное ЭхоКГ проведено на ультразвуковом сканере Vivid-7 (GE, США) с использованием матричного трансторакального датчика с частотой 3,0 МГц (M3S). Проведены стандартные измерения в В и М режимах. Диастолическую функцию желудочков оценивали с помощью импульсно-волнового и тканевого импульсно-волнового доплера. Производились расчеты индексов миокардиальной производительности желудочков (IMP LV, RV), массы миокарда левого желудочка (ммЛЖ), относительной толщины стенки левого желудочка (ОТС ЛЖ). Оценка статистической значимости различий (p) между группами проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни. Сравнение качественных признаков проводилось с использованием критерия Z.

Результаты исследования. Структурные изменения левого желудочка (ЛЖ) в большей степени представлены концентрической гипертрофией (53,6% в первой группе, во второй – 53,3%). Концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ составляет 42,9% и 40,0% соответственно в 1-ой и 2-ой группах. Нормальная геометрия ЛЖ была выявлена в 3,5 % случаев в первой группе и 6,7% случаев во второй группе. Гипертрофию правого желудочка (ПЖ) диагностировали у 21,4 % пациентов ХОБЛ 1 и 2 степени тяжести, у 6,7 % пациентов ХОБЛ 3 и 4 степени тяжести ($p=0,43$). Комбинированная гипертрофия обоих желудочков больше наблюдалась в первой группе, чем во второй (14,3% и 6,7% соответственно). Диастолическая дисфункция ЛЖ была представлена 1 типом (ДДЛЖ 1 типа) и выявлена у большинства пациентов (в первой группе 55,2%, во второй – 66,7%). Нарушение процессов релаксации в ПЖ достоверно чаще определялось во второй группе, чем в первой (60,0% и 13,8% соответственно, $p=0,005$). Важным интегральным показателем функции ПЖ является индекс миокардиальной производительности (IMP RV). Выявлены межгрупповые различия по индексу IMP RV. В первой группе среднее значение индекса соответствует нормальным значениям и составляет $0,54 \pm 0,03$, во второй группе отмечается повышение этого показателя ($0,67 \pm 0,05$, $p=0,03$). Весомый вклад в межгрупповых различиях данного индекса принадлежит времени изоволюметрического расслабления (IVRT), значение которого статистически значимо увеличивается во 2-ой группе (в 1-ой группе – $81,18 \pm 4,21$ мс, во 2-ой – $101,73 \pm 3,95$ мс, $p=0,002$), что подтверждает нарушение процессов диастолического наполнения ПЖ у пациентов 2 группы. Мы сравнили пациентов обеих групп, с наличием и отсутствием ДДЛЖ 1 типа. В ходе анализа выявлено, что у больных 2-ой группы с ДДЛЖ 1 типа по сравнению с пациентами 1-ой группы с аналогичными нарушениями диастолической функции ЛЖ, происходят структурные изменения обоих желудочков, в виде удлинения их продольных диастолических размеров. Средние значения ЛЖ в первой группе: $5,6 \pm 0,36$ см, правого - $3,6 \pm 0,12$ см ($p=0,01$). Во второй группе средние значения составляют: $6,8 \pm 0,27$ см, $4,1 \pm 0,19$ см, соответственно ($p=0,04$).

Наблюдаются различия по индексу IMP RV, с увеличением индекса во 2-ой группе ($p=0,004$). У пациентов с нормальными показателями диастолического наполнения ЛЖ отсутствовали значимые различия по геометрии желудочков и индексу IMP RV.

Выводы. У пациентов ХОБЛ разной степени тяжести структурные изменения ЛЖ чаще представлены концентрической гипертрофией. ДДЛЖ 1 типа выявлена у большинства пациентов в рассматриваемых группах. У пациентов ХОБЛ III и IV степени тяжести сочетаются нарушения процессов релаксации обоих желудочков. С увеличением степени тяжести ХОБЛ возникает функциональное ремоделирование ПЖ, в виде увеличения индекса миокардиальной производительности.

Клиническая значимость антител к гетерогенному ядерному рибонуклеопротеину (HNRNP) B1 у больных ревматоидным артритом.

Кузнецова П.А., Маслянский А.Л., Лапин С.В., Мазуров В.И.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное воспалительное аутоиммунное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу деструктивно-эрозивного полиартрита. Широко известно, что максимально ранняя диагностика и начало адекватной активной терапии препятствуют неуклонному прогрессированию РА. Стандартные лабораторные маркеры РА (ревматоидный фактор (РФ) IgM и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)) в настоящее время не решают основной проблемы диагностики серонегативных форм РА. Вопрос о потенциальной клинической и диагностической значимости антител к комплексу RA33, состоящему из гетерогенных ядерных рибонуклеопротеинов (HNRNP, heterogeneous nuclear ribonucleoprotein, англ.) A2 и B1, вызывает интерес у врачей терапевтов и ревматологов.

Цель исследования. Определение роли антител к HNRNP B1 в диагностике, оценке активности и тяжести деструктивных изменений суставов при РА.

Материалы и методы. Обследовано 144 пациента с достоверным диагнозом РА и 25 доноров, не страдающих аутоиммунными ревматологическими заболеваниями (АРЗ), которые составили контрольную группу (КГ). РФ IgM оценивали латекс-иммунотурбидиметрическим методом. Антитела к HNRNP B1 IgG оценивали в образцах сыворотки крови больных РА и в КГ методом иммуноферментного анализа (ИФА; Medipan AG, Германия). Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) определяли по методу Вестергрена. Измерение сывороточной концентрации АЦЦП и С-реактивного белка (СРБ) осуществляли методом ИФА.

Результаты и обсуждение. У больных РА серонегативных по РФ и АЦЦП частота встречаемости антител HNRNP B1 составила 15%. По результатам проведенного анализа корреляционных связей данного маркера с классическими лабораторными показателями РФ и АЦЦП не было получено, что характеризует анти-HNRNP B1 как независимый маркер. Выявлена отрицательная взаимосвязь уровня исследуемых антител с длительностью заболевания. При раннем РА (длительность

заболевания менее 6 месяцев) антитела к HNRNP B1 выявлялись чаще, чем при развернутом РА (длительность заболевания более 6 месяцев) (50 из 65 больных, $p < 0,05$). Обнаружена слабая положительная корреляционная связь между уровнем анти-HNRNP B1 в сыворотках крови и показателями клинико-лабораторной активности РА (СОЭ, СРБ, индекс DAS28: $r = 0,232$, $r = 0,317$, $r = 0,28$, соответственно, $p < 0,05$), что указывает на провоспалительные свойства маркера. Встречаемость антител к HNRNP B1 у больных РА с выраженными деструктивными изменениями имела отрицательную слабую корреляционную взаимосвязь ($r = -0,343$, $p = 0,001$), что свидетельствует о том, что непосредственно эти антитела не показывают значимого влияния на деструктивный процесс в суставах при РА. Диагностическая чувствительность маркера анти-HNRNP B1 при РА составила: 78,5%, а диагностическая специфичность: 84,9%, ОППР – 5,24, ОПОР – 0,24. Таким образом, анти-HNRNP B1 является независимым от РФ и АЦЦП маркером и может служить важным дополнительным серологическим тестом для диагностики РА.

Цистатин С – маркер доклинического поражения почек у больных подагрой, ассоциированных с наличием артериальной гипертензии.

Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: определение клинико-диагностического значения цистатина С и сопоставление расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу креатинина и цистатина С у больных подагрой в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 105 мужчин с подагрой (средний возраст $49 \pm 8,5$ лет). Сывороточную концентрацию С-реактивного белка (СРБ, мг/дл) оценивали высокочувствительным иммуноферментным методом F. Hoffman-La-Roche (Австрия). Цистатин С определяли с помощью иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием набора Human Cystatin C ELISA фирмы Bio Vendor (Чехия). Стадию хронической болезни почек (ХБП) устанавливали согласно рекомендациям экспертов KDIGO 2013 года. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формулам СКД-ЕРI на основании клиренса эндогенного креатинина, цистатина С и креатинина с цистатином С: СКД-ЕРIcr (мл/мин/1,73м²), 2009; СКД-ЕРIcys (мл/мин/1,73м²), 2012; СКД-ЕРIcr-cys С (мл/мин/1,73м²), 2012 соответственно. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью аппарата ВРLab («Петр Телегин», Россия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Корреляционный анализ выполнен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Результаты. На основании анализа данных, полученных при СМАД, основную группу исследования составили 80 пациентов (76,1%) с наличием АГ, группу сравнения – 25 (23,9%) больных с отсутствием повышения артериального давления (АД). Больные подагрой в сочетании с АГ отличались более длительным течением заболевания и высокой частотой атак подагрического артрита в течение последнего года наблюдения по сравнению с пациентами, имеющих нормальные цифры АД (6,0 [5,0; 15,0] vs 3,0 [2,0; 4,0] лет и 4,0 [2,0; 7,0] vs 2,0 [0,5; 2,0] соответственно, $p < 0,05$). Содержание МК сыворотки крови у пациентов основной группы исследования превышало таковые показатели группы сравнения и составило 575,7 [422,0; 603,2] и 409,8 [382,9;

564,5] мкмоль/л соответственно, $p < 0,05$. Уровень сывороточного СРБ так же был значимо выше при сопутствующей АГ (12,3 [8,2; 20,8] и 9,7 [2,1; 12,8] мг/дл соответственно, $p < 0,05$). Содержание цистатина С при сопутствующей АГ в 1,6 раза превышало данный показатель пациентов с нормальными усредненными показателями АД (1,89 [1,14; 2,32] и 1,17 [1,05; 1,71] мг/л соответственно, $p < 0,001$). Скорость клубочковой фильтрации у больных подагрой с наличием АГ, рассчитанная методом СКД-ЕРIcr составила 72,0 [41,0; 86,5] мл/мин/1,73 м², что соответствовало незначительному ухудшению функционального состояния почек (ХБП С2). При этом расчет СКФ по формулам СКД-ЕРIcys и СКД-ЕРIcr-cys статистически значимой разницы не продемонстрировал (51,8 [26,7; 61,1] и 58,1 [42,7; 69,2] мл/мин/1,73м² соответственно, $p > 0,05$), однако, свидетельствовал о более существенном ограничении фильтрационной способности почек (ХБП С3а). Обращает на себя внимание, что у больных подагрой без АГ с отсутствием нарушений фильтрационной способности почек по стандартной формуле (91,5 [74,9; 97,8] мл/мин/1,73 м²) отмечалось значимое снижение СКФ по методу СКД-ЕРIcys (65,46 [51,3; 86,1] мл/мин/1,73 м², $p < 0,05$), что свидетельствует о преκлиническом поражении почек у данной категории больных. При проведении корреляционного анализа выявлены положительные взаимосвязи цистатина С с показателями урикемии ($R = 0,35$, $p < 0,001$), параметрами СМАД (вариабельностью систолического и диастолического АД, их максимальными и минимальными величинами, индексом времени диастолического АД в течение суток и в ночное время (коэффициенты корреляции от 0,27 до 0,42, $p < 0,001$) и уровнем сывороточного СРБ ($R = 0,53$, $p < 0,000$). Установлена обратная корреляционная зависимость между уровнем СКФ СКД-ЕРIcys и сывороточным уровнем МК ($r = 0,50$, $p < 0,001$), а так же уровнем СКФ СКД-ЕРIcys и СРБ ($r = 0,45$, $p < 0,001$). Выводы. У больных подагрой отмечается значимое увеличение цистатина С, более выраженное при сопутствующей АГ. Скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формулам СКД-ЕРIcys и СКД-ЕРIcr-cys выявляла более раннее ее снижение в сравнении с формулой СКД-ЕРIcr. По нашему мнению является обоснованным определять СКФ не только на основе традиционной формулы СКД-ЕРI с определением креатинина, но и по уровню цистатина и цистатина с креатинином. Таким образом, цистатин С может быть рассмотрен как новый ранний маркер доклинического поражения почек у больных подагрой.

Перспективы пролонгированной терапии препаратами альфа-липовоевой кислоты дисметаболической нейропатии при ожирении.

Мирзоян И.А., Чернышова Т.Е., Стяжкина С.Н.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оценка эффективности пролонгированной терапии препаратами альфа-липовоевой кислоты и обоснование схемы терапии.

Материалы и методы. На протяжении 3 лет оценивалась эффективность дискретной (2 раза в год) терапии препаратом альфа-липовоевой кислоты 600 у 132 пациентов с ожирением 2-3 степени, осложненным полинейропатией (ПНП). Схема терапии: 7-15-дневная внутривенная инфузия флаконированной формы препарата с последующим ежедневным приемом 1 таблетки (600 мг) в течение 6-8 недель. Протокол исследования включал комплекс клинико-лабораторных показателей, нейропатического симптоматического счета (NSS) и нейропатического дисфункционального счета (NDC), стимуляционной

и игольчатой электромиография (электронейромиограф «Нейро МВП-4»). Исследовались малоберцовые, большеберцовые, икроножные, срединные, локтевые нервы. На основании значений корешковой латентности и периферической латентности F-волны рассчитывался показатель «корешковая задержка».

Полученные результаты. Среди жалоб, характеризующих ПНП, наиболее часто выявлялись парестезии – 23 больных (58,3%), боли в икроножных мышцах в покое – 18 больных (46,2%) и после физической нагрузки – 14 (35,9%). Зарегистрирована высокая частота ночных судорог в мышцах (71,8%). Проводимая терапия оказывала положительное влияние на все симптомы ПНП. Положительная динамика болевого синдрома была более значима при его исходном уровне до 6 баллов. Динамика вибрационной чувствительности после первого курса терапии была незначительна с выраженным отсроченным эффектом спустя 4-8 недель после окончания курса. После второго курса терапии в большинстве случаев отмечено снижение спонтанной активности в виде потенциалов фибрилляций, фасцикуляций, позитивных острых волн, псевдомиотонических разрядов.

Заключение. Препараты альфа-липовоевой кислоты оказывают многосторонний положительный эффект на состояние дисметаболической ПНП с улучшением проведения импульсов по хорошо миелинизированным нервным волокнам, реализующим как глубокую, так и поверхностную чувствительность. Стандартная курсовая терапия препаратами (6-8 недель) не обеспечивает сохранения достигнутых эффектов в течение года. Перспективно внедрение дискретного варианта введения препарата – два раза в год, что способствует поддержанию достигнутых эффектов.

Анализ течения инфекционного эндокардита по данным кардиологического отделения.

Павленко В.И., Долгова И.А.

*Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск*

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – инфекционное полипозно-язвенное поражение клапанного аппарата сердца, пристеночного эндокарда, эндотелия аорты, крупных артерий, проявляющееся системным поражением внутренних органов на фоне измененной реактивности организма. По данным литературы распространенность ИЭ составляет 0,16-1,0 случай на 1000 госпитализированных пациентов. Примерно половина всех больных ИЭ – лица, употребляющие внутривенные формы наркотиков. Среди других категорий пациентов ИЭ наиболее распространен у лиц среднего и пожилого возраста, при этом мужчины болеют чаще женщин. Смертность от ИЭ составляет до 80% при консервативном лечении и до 30% – при хирургическом лечении. В последние годы заболеваемость ИЭ выросла в 3 раза, что связано с увеличением распространенности внутривенных форм наркомании и расширением арсенала инвазивных лечебно-диагностических вмешательств, представляющих собой факторы риска развития ИЭ.

Цель исследования: проанализировать случаи заболевания бактериальным эндокардитом в условиях кардиологического отделения.

Методы и материал исследования. Проанализировано 13 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГАУЗ АО БГКБ за период с 2014 по

2016 г. с заключительным диагнозом: острый и подострый ИЭ. Распределение пациентов по полу: мужчин – 8 человек, женщин – 5 человек, возрастная группа: до 29 лет – 4 человека, 30-49 лет – 1 человек, 50 лет и старше – 2 человека. Анализ проводился в процентном соотношении.

Результаты. ИЭ преимущественно болеют лица трудоспособного возраста, как мужчины так и женщины. У 2 (15,4%) больных выявлен ИЭ протезированных клапанов, у 11 (84,6%) пациентов – ИЭ естественных клапанов, из них у 5 (38,5%) больных были инъекционными наркоманами. Стаж наркозависимости от 5 мес. до 20 лет. Вирусный гепатит С, как сопутствующая патология, была выявлена у 7 (77,7%) больных, сахарный диабет у 2 (15,4%) больных, тонзиллит у 2 (15,4%) больных. Изначально грубых пороков сердца у большинства больных не выявлено. При этом у 2 (15,4%) пациентов выявлен пролапс митрального клапана, а у 3 (23,1%) пациентов – негрубые атеросклеротические поражения клапанов сердца, у одного (7,6%) пациента – врожденный порок сердца. Поводом к госпитализации явилась лихорадка неясного генеза у 4-х (30,7%) больных, пневмония – у 4 (30,7%) больных и у 1 (7,6%) больного гепатит. Острое течение ИЭ зарегистрировано у 61,5% больных. Возбудителя заболевания удалось выявить только в 3 случаях (23,1%), больных, не получавших ранее антибактериальную терапию. В одном случае это был зеленящий стрептококк, в другом – эпидермальный стафилококк, в третьем – эшерихия коли, что соответствует среднему показателю выявляемости возбудителя ИЭ по России. По данным ЭХО-КГ поражение митрального клапана (МК) выявлено у 2 (15,4%) больных, трикуспидального клапана (ТК) – у 5 (38,5%) больных, ТК+МК – у 3 (23,1%) больных, ТК+МК+АК – у 3 (23,1%) больных. Вегетации на створках клапанов характеризовались подвижностью, неровными контурами и неоднородной структурой, от 0,6 см в диаметре до 3 см и более. Образование вегетаций сопровождалось недостаточностью клапанов I-III ст. и формированием регургитации. Летальность при данной патологии составила 30,8%.

Выводы. В современной клинической практике ИЭ протекает преимущественно на неизменных клапанах; связан с внутривенным введением наркотических веществ; наиболее часто диагностируется поражение правых отделов сердца (трехстворчатого клапана).

Лечебные эффекты протеинов кедра в лечении туберкулеза.

Павлова Е.С.

Научно-практический центр «Фтизиатрия», Якутск

В условиях роста заболеваемости лекарственно-устойчивым деструктивным туберкулезом с выраженными симптомами туберкулезной интоксикации – потерей веса, белковым дисбалансом увеличивается медикаментозная нагрузка. В дополнении парентерально применяются различные белковые препараты. Однако белковые препараты растительного происхождения, например, из ядер кедровых орехов «Протеины кедр» более доступны. При изучении лечебных эффектов «Протеинов кедр» в комплексном лечении больных туберкулезом разработаны показания – туберкулез легких и внелегочной локализации при условии дефицита массы тела (ИМТ менее 19; длительно (более 2 мес.) снижение аппетита; наличие побочных реакций на противотуберкулезные препараты токсического характера. Противопоказания – индивидуальная

непереносимость продуктов кедрового ореха и сахарный диабет тяжелой формы. Патент РФ №2329658. Химиотерапия проводилась с учетом лекарственной чувствительности МБТ. Пациенты один раз в день принимали «Протеины кедр» – через 1,5-2 часа после завтрака по 15,0 г порошка, растворенного в 150-200 мл кипяченой воды в течение 21 дня. В контрольной группе принимали плацебо (мальтоза и сухое молоко – 7,0 г, растворенные в 200 мл кипяченой воды). Исследование проведено у 40 больных различными формами туберкулеза легких и внелегочной локализации. В основной и контрольной группах чаще выявлялись впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких с бактериовыделением и в 50% случаев выявлялась лекарственная устойчивость. При поступлении туберкулезная интоксикация отмечалась у 88%, 32% пациентов отмечали снижение массы тела на 15-24 кг, жаловались на снижение аппетита в течение более 1 месяца 88% больных. Среди сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта выявлялись хронический гепатит, хронический гастрит, хронический панкреатит у 64% обследованных. В результате применения стандартной противотуберкулезной химиотерапии в сочетании с «Протеинами кедр» все больные основной группы отмечали улучшение самочувствия – исчезновение симптомов интоксикации, появление аппетита, исчезновение тошноты, прибавка в весе. Также значительное улучшение переносимости химиотерапии (отсутствие тяжести в эпигастрии, тошноты после приема таблетированных препаратов) отмечали 100% больных основной группы, нормализацию пищеварения констатировали большинство испытуемых основной группы – до 80%, не отмечено проявлений побочных реакций при приеме противотуберкулезных препаратов. В контрольной группе у больных не отмечалось улучшения переносимости химиотерапии – сохранялась тошнота и дискомфорт в эпигастрии. При измерении массы тела в начале лечения снижение массы тела было выявлено у всех больных; потеря веса была различной – от 3-4 кг до 24 кг до поступления в стационар. После завершения приема курса приема «Протеинов кедр» у более чем 80% больных отмечалась прибавка веса до 6 кг и масса тела в среднем – 53,6±1,6 кг до начала лечения и 57,8±1,7 кг после лечения ($p<0,05$), 20% больных сохранили свой первоначальный вес. В контрольной группе прибавка веса составила максимально 2,5 кг. При исследовании крови в основной группе не отмечено значимых изменений. Но выявилась тенденция к повышению уровня глюкозы после 1 месяца приема «Протеинов кедр» – 5,979±1,733 ммоль/л и 6,04±1,119 ммоль/л соответственно. Динамика уровней белковых фракций в процессе приема «Протеинов...» имела тенденцию к повышению, но не достигала нормальных показателей – альбумины составляли 52,5% до и 55,4%. В контрольной группе показатели общего белка крови были выше, чем в основной группе – 81,89±7,314, но соотношение альбуминов и глобулинов в процессе лечения не нормализовалось – составляло 54%/46% и 49%/51%. В основной группе отмечалось незначительно повышение липопротеидов, достоверное повышение триглицеридов – 0,547±0,058 ммоль/л и через 1 месяц 0,715±0,064 ммоль/л ($p<0,05$) и ЛПОНП – 0,247±0,023 ммоль/л до начала приема и 0,317±0,028 ммоль/л через 1 месяц ($p<0,05$). Отмечались нормализация в крови CD4, CD8, повышение CD16, достоверное снижение CD20 от 21,8±2,5 до 16,3±1,8 ($p<0,05$), с выраженной тенденцией к снижению ИЛ4 в основной группе снижение и менее значительный рост ИЛ8 в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$).

Применение в терапии «Протеинов кедр» существенно повышает переносимость лечения, позволяя проводить полноценную химиотерапию, способствует исчезновению симптомов туберкулезной

интоксикации, содействует росту массы тела у больных различными клиническими формами туберкулеза.

Оценка вариабельности ритма сердца с помощью кардиоваскулярных тестов у больных вирусным циррозом печени.

Пешкова С.В., Чистякова М.В., Говорин А.В., Калинкина Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель работы: оценить выраженность нарушений функций вегетативной нервной системы у пациентов вирусным циррозом печени (ВЦП) с помощью проведения кардиоваскулярных тестов по Эвингу.

Материалы и методы: в исследование включены 12 пациентов с ВЦП, находившихся на стационарном лечении в краевой инфекционной больнице и 10 практически здоровых добровольцев. Диагноз выставлен в соответствии с МКБ-10. Средний возраст больных составил 30±6 лет. Всем пациентам проводилась запись электрокардиограммы с определением вариабельности ритма сердца и проведением кардиоваскулярных тестов с помощью аппарата Нейро-Софт «Поли-Спектр». По результатам проведенных проб суммировались баллы, на основании которых оценивалась степень нарушений функции симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы (СНС, ПНС). Статистическая обработка результатов проводилась в программе Statistica 6.0.

Результаты: 1 группу составили – 12 больных ВЦП класс В по Чайлд-Пью, 2 группу – 10 практически здоровых людей. Пограничное значение показателей, характеризующих нарушения функций ПНС (К дых, К 30/15) у больных с ВЦП не встречались, в группе контроля встречались в 50% случаев, а значение показателя, характеризующего нарушение функции СНС (прирост АДД (изо)) были обнаружены в обеих группах одинаково в 25-30%. Патологические значения показателей К дых, К 30/15 у больных 1 гр. встречались у всех пациентов, тогда как во 2 гр. зарегистрированы не были. Патологическое значение показателя, прирост АДД (изо) в 2 раза чаще было в 1 гр., чем во 2 гр. ($p<0,05$). К вальс, характеризующий нарушения функции СНС и ПНС в патологических значениях фиксировался в 100% случаев в 1 гр., а 2 гр. регистрировались лишь его пограничные значения у 30% пациентов. Изменений показателя снижение АДС (орто) во 2 гр. не выявлено, тогда, как в 1 гр. составило 25% больных. У 25% больных 1 гр. встречалось выраженное нарушение функций ПНС, а у пациентов 2 гр. они отсутствовали. У 75% больных ВЦП обнаружено смешанное нарушение функции СНС и ПНС, тогда как во 2 гр. у 50% пациентов были выявлены только умеренные нарушения функции СНС. У 50% пациентов 2 гр. нарушений в функции вегетативной нервной системы не было выявлено ($p<0,05$). Количество баллов в 2 гр. составило 3, а во 1 гр. 8 баллов ($p<0,05$).

Выводы. У всех больных ВЦП регистрировались выраженные нарушения функции парасимпатической нервной системы, причем у 75% они сочетались с умеренным нарушением функции симпатической нервной системы. В группе контроля у 50% пациентов были зарегистрированы умеренные нарушения функции симпатической нервной системы. Таким образом, выявлено, что у больных с ВЦП преобладает вторичная симпатикотония, тогда как у здоровых лиц имеется тенденция к вторичной парасимпатикотонии, которая может трактоваться как вариант нормы, характерный для лиц молодого возраста.

Особенности клинического течения идиопатического легочного фиброза.

Приходько О.Б., Кострова И.В., Смородина Е.И., Горячева С.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Дифференциальная диагностика легочных диссеминаций представляет большие трудности, так как диссеминация может быть проявлением как собственно болезней легких, так и легочным синдромом системных заболеваний (саркоидоза, диффузных заболеваний соединительной ткани, васкулитов) и др. В последние годы отмечается увеличение доли больных с диссеминированными процессами в легких. В определенной мере это объясняется улучшением диагностики, но несомненен и истинный рост заболеваемости. Встречаясь с диссеминированным процессом в легких, врач обычно испытывает серьезные диагностические затруднения, так как большое число заболеваний, отличаясь полиморфизмом проявлений на разных стадиях развития, имеет много сходных клинических и рентгенологических признаков. Представляет интерес клинический случай пациентки Б., 1958 г.р., поступившей в пульмонологическое отделение Амурской областной клинической больницы с жалобами на одышку при физической нагрузке, малопродуктивный кашель, слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5°C. Считает себя больной в течение года, когда появились лихорадка, одышка, сухой кашель, рентгенологически – признаки двусторонней пневмонии. Лечилась в ЦРБ с диагнозом: Внебольничная пневмония, выписана с улучшением, рекомендовано проведение рентгенографии ОГК через 3 месяца. Ухудшение состояния – через 2 месяца, когда появились одышка, озноб, усилился сухой кашель. Была госпитализирована в ЦРБ с внебольничной двусторонней пневмонией. Получала антибиотики, бронхолитики. На фоне лечения состояние улучшилось, но одышка сохранялась. Через 3 месяца – вновь ухудшение состояния с повышением температуры тела до 38°C, непродуктивным кашлем, усилением одышки. При рентгенографии ОГК выявлена двусторонняя диссеминация. Госпитализирована в Амурскую областную клиническую больницу. По профессии – бухгалтер. Аллергологический анамнез: на резкие запахи – затрудненное дыхание. Курит в течение 10 лет по 1-3 сигареты в день. Наследственность: отец умер от рака легкого. Общее состояние средней степени тяжести, телосложение – гиперстеническое (вес – 83,5 кг, рост – 160 см), ИМТ – 32,6. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставной аппарат – без видимых деформаций. Грудная клетка гиперстенической формы, вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания, ЧД – 26 в минуту. Перкуторно – притупление в средних и нижних отделах с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон – ослабленное, там же – крепитация. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет, АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 88 в мин. В клиническом анализе крови – СОЭ 21 мм/час. ЭКГ: синусовая тахикардия, гипертрофия миокарда левого желудочка. Компьютерная томография ОГК: во всех отделах обоих легких определяются участки снижения пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла», расположенные в средних и нижних отделах обоих легких, выраженные ретикулярные изменения в виде утолщения междолькового интерстиция. В базальных отделах обоих легких участки уплотнения междольковых перегородок соответствуют участкам фиброза. Бронхо-сосудистый рисунок диффузно усилен, деформирован.

Заключение: диффузные интерстициальные и ретикулярные изменения обоих легких. Клинический диагноз: Идиопатический легочный фиброз. Исключить экзогенный аллергический альвеолит. Анализ крови на специфический IgE – на плесневые грибы и бытовые аллергены – отрицательный. Общий IgE – 3,811. Анализ мокроты общий: характер – слизистый, лейкоциты – немного, КУМ – не обнаружены. Спирограмма: рестриктивный тип нарушений. Фибробронхоскопия: в пределах видимости слизистая бронхов не изменена. В посевах мокроты: пневмококк – 105. Исследование ЖБАЛ – небольшое количество макрофагов и бронхиального эпителия, КУМ не обнаружены. Пробы с пыльцевыми аллергенами – отрицательные. Консультация фтизиатра: данных за туберкулез нет. Диагностическая торакоскопия: множественные изменения просовидной формы желтого цвета на висцеральной плевре, размерами 1-3 мм. Морфологически: биоптаты ткани легкого с выраженным хроническим воспалением, фиброзом и гиалинозом. Клинический диагноз: Идиопатический легочный фиброз, хроническое медленно прогрессирующее течение, ДН – I ст. Таким образом, данный клинический случай интересен трудностями дифференциальной диагностики – клинический диагноз был выставлен только через год после появления первых симптомов заболевания, первоначально неверно трактуемых как двусторонняя пневмония.

Тромбоцитоз у больных ревматоидным артритом.

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

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Причиной вторичного повышения содержания тромбоцитов в периферической крови может быть воспалительный процесс, который вызывает транзиторный или устойчивый тромбоцитоз. Тромбоцитоз при хронических воспалительных заболеваниях обусловлен гиперпродукцией провоспалительных иммуномодуляторных цитокинов, обладающих тромбопоэтическими свойствами.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи количества тромбоцитов в крови с вариантами течения ревматоидного артрита. Материал и методы. Обследовано 134 больных ревматоидным артритом в возрасте от 20 до 66 лет (104 женщины, 30 мужчин, средний возраст 50,08±0,98 лет), находившихся на обследовании и лечении на базе ревматологического отделения Ставропольской краевой клинической больницы. Значения шкалы DAS28 у пациентов равнялись 5,37±0,07. У большинства больных были диагностированы III-я рентгенологическая стадия, II и III функциональные классы ревматоидного артрита. Критерии включения: больные ревматоидным артритом в возрасте 18 лет и старше, согласие на участие в исследовании, прием нестероидных противовоспалительных препаратов или кортикостероидов в стабильной дозе не менее 4 недель. К критериям исключения относились прием генно-инженерных биологических препаратов, заболевания суставов другой этиологии, острые и хронические в периоде обострения соматические заболевания, инфекции, злокачественные новообразования, отказ от участия в исследовании. Группу контроля составили 70 практически здоровых людей, сопоставимых по полу, возрасту, физическому развитию и сопутствующей патологии. Больным проведено комплексное клинико-функциональное, лабораторное, инструментальное и иммунологическое обследование, в том

числе изучение сывороточного содержания С-реактивного белка, ревматоидного фактора IgM, антител к циклическому цитруллиновому пептиду, клеточного состава крови. При статистической обработке использовали двухвыборочный t-критерий Стьюдента, критерий Пирсона, критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Достоверными считали результаты при уровне значимости различий $p \leq 0,05$.

Результаты. Содержание тромбоцитов в крови было достоверно увеличено у больных ревматоидным артритом по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Показатели тромбоцитов выше верхней границы нормы отмечались у 14,2% пациентов, случаи тромбоцитопении зарегистрированы не были. Количество тромбоцитов в крови не было взаимосвязано с клинической или рентгенологической стадией заболевания. Выявлена сопряженность уровней тромбоцитов в крови с наличием ревматоидного фактора ($p < 0,05$) или антител к циклическому цитруллиновому пептиду ($p < 0,05$). В случаях высокой активности воспалительного процесса (по данным индекса DAS28) содержание тромбоцитов в крови было достоверно выше ($p < 0,05$), чем при умеренной активности ревматоидного артрита. Показатели клеток в крови были достоверно выше в группе пациентов с высокими значениями сывороточного С-реактивного белка ($p < 0,05$). Количество тромбоцитов не зависело от наличия или отсутствия осложнений заболевания. Не установлена зависимость уровней тромбоцитов от функционального класса ревматоидного артрита.

Заключение. У больных с ревматоидным артритом отмечаются нарушения клеточного состава крови в виде тромбоцитоза, сопряженные с иммунологическими отклонениями и показателями активности воспалительного процесса, что свидетельствует о влиянии повышенной продукции провоспалительных цитокинов на манифестацию гематологических проявлений.

Диастолическая дисфункция левого желудочка у молодых женщин с артериальной гипертензией с эстрогенодефицитом с «метаболически здоровым» висцеральным ожирением.

Хабидулина М.М.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Актуальность. В диагностике поражения миокарда важное место занимает эхокардиография, которая позволяет оценить не только структуру, но и функциональные показатели сердца. Известно, что показатели диастолической функции в большей степени, чем сократимость миокарда, ответственны за выраженность клинических проявлений сердечной недостаточности и во многих случаях являются первыми, доклиническими маркерами возникающей миокардиальной недостаточности. Несмотря на высокую частоту кардиоваскулярной патологии, развивающейся у женщин молодого возраста с артериальной гипертензией (АГ) с эстрогенодефицитом с «метаболически здоровым» абдоминальным ожирением (МЗАО), сообщения, касающиеся проблемы состояния у них диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от степени нарушения статуса половых гормонов, МЗАО малочисленны. Вместе с тем, изучение диастолических показателей имеет большое практическое значение, так как позволяет оценить функциональное состояние миокарда у молодых женщин с АГ, а также определить эффективность лечебных мероприятий, направленных на коррекцию выявленных нарушений.

Целью работы явилось изучение состояния диастолической функции ЛЖ у молодых женщин с АГ с эстрогенодефицитом с МЗАО.

Материал и методы: В состав исследуемой группы были включены 144 женщины, средний возраст $37,3 \pm 2,1$ лет, с АГ II ст., с гипоестрогемией (эстрадиол $0,37 \pm 0,06$ пкг/мл), нарушениями менструального цикла. Длительность заболевания $4,4 \pm 1,4$ лет. В первую группу включены 74 женщины без МЗАО (ОТ $79,1 \pm 0,9$ см, ИМТ $27,2 \pm 1,7$ кг, см²). Во вторую – 70 женщин с МЗАО (ОТ $81,2 \pm 0,7$ см, ИМТ $30,7 \pm 0,5$ кг, см²). Контрольную группу (КГ) составили 52 практически здоровых женщины, сопоставимых по возрасту с основными группами. Критерии исключения: ИБС, инсульт, сахарный диабет, дислипидемия, реноваскулярная патология. Всем женщинам выполнялась 24-часовое холтер-мониторирование ЭКГ, АД, ЭхоКГ по стандартным методикам. При анализе диастолической функции оценивались показатели активной релаксации и жесткости ЛЖ.

Результаты. При сравнении исследуемых групп между собой и с КГ наблюдается достоверное ($p \leq 0,001$) нарастание во второй группе времени изоволюмического расслабления, снижение скорости пассивного наполнения ЛЖ, E и интеграла E, что указывает на нарушение процесса активного расслабления миокарда ЛЖ. При оценке жесткости ЛЖ, как среди исследуемых групп, так и в сравнении с контролем, выявлено достоверное увеличение показателей, характеризующих вклад левого предсердия в наполнение ЛЖ – A/общ., A/E ($p \leq 0,001$), конечного диастолического давления и конечно-диастолического меридионального стресса ЛЖ ($p \leq 0,001$), при этом в достоверно большей степени у женщин с МЗАО ($p \leq 0,001$). Нарастание жесткости миокарда ЛЖ у женщин с АГ можно объяснить активацией ренин-ангиотензиновой системы, обуславливающей развитие интерстициального миокардиального фиброза. Полученные данные свидетельствуют о том, что у исследуемых женщин с АГ с гипоестрогемией имеет место нарушение всех фаз диастолы, включая процессы активной релаксации и показатели жесткости камеры ЛЖ, при этом имеющиеся нарушения в большей степени выражены у женщин с АГ с дефицитом эстрадиола и МЗАО, что, по-видимому, может свидетельствовать об определенном вкладе данного гормона, МЗАО в развитие диастолической дисфункции. Выводы 1. Результаты исследования подтверждают высокую информативность ЭхоКГ в выявлении нарушений диастолической функции ЛЖ у молодых женщин с АГ с эстрогенодефицитом с МЗАО, что позволяет использовать этот метод, как скрининговый у данной категории больных. 2. У женщин с АГ с гипоестрогемией выявлено нарушение процесса диастолического наполнения ЛЖ, включая процессы активной релаксации и показатели жесткости камеры ЛЖ, в большей степени, выраженные в группе пациенток с МЗАО.

Кардиальная автономная нейропатия: прогностическое значение при метаболическом синдроме.

Чернышова Т.Е., Мирзоян И.А., Пименов Л.Т.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: анализ прогностического значения кардиальной автономной нейропатии (КАН) при метаболическом синдроме (МС).

Материалы и методы исследования. В рамках реализации научной программы «Регуляция физиологических функций» в Ижевской медицинской академии проведен многолетний (2002-2017 гг.) мониторинг функционального состояния КАН у 118 пациентов с

МС. Дополнительно ретроспективно проанализированы клинико-функциональные и морфологические характеристики КАН у 82 лиц с «полным» (не менее 4 компонентов) МС, умерших за период 2014-2016 гг. Причины летальных исходов оценивались по заключительным диагнозам и результатам патологоанатомических исследований. Все больные умерли в стационарах республики, из них 72 человека в отделениях реанимации городских и центральных районных больницах. Средний возраст обследованных 40,2±9,1 года, продолжительность зарегистрированного МС – 8-23 года. Диагноз КАН ставился на основании комплексного клинического исследования с анализом показателей спектрального и автокорреляционного анализа сердечного ритма и оценкой индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС), вариабельности сердечного ритма (ВР). Дополнительно анализировались наличие и характер нарушений возбудимости и проводимости сердца, депрессии и дисперсии интервала QTc, показатели циркадных индексов (ЦИ), полученных при холтеровском мониторировании (ХМ). Статистическая обработка данных проведена с помощью множественного пошагового регрессионного анализа, математического моделирования процессов.

Полученные результаты. При анализе летальных исходов самую большую группу составили 74 больных (35,5%), умерших с диагнозом пневмония. В 52 случаях (26,0%) зарегистрирован инсульт, в 29 случаях (14,5%) – инфаркт миокарда, из них у 18 человек – безболевого форма инфаркта миокарда, в 24 (12%) – сепсис, в 21 случае – другая патология. При анализе показателей КАН у всех пациентов выявлено снижение вариабельности сердечного ритма (ВР) до 0,08 мс и менее, что отражало формирование ригидного сердечного ритма, срыв адаптации. Сдвиг вегетативного равновесия «влево», тахикардия, артериальная гипертензия, повышение ИНРС на 80-230% ($p < 0,001$) отражали гиперсимпатикотонию. У всех больных, которым в отделениях реанимации проводилось ХМ ЭКГ, зарегистрировано снижение циркадных индексов ЧСС и среднего АД день/ночь, значения которых, вне зависимости от анализируемого показателя, составили 1,09±0,002. Математическое моделирование подтвердило прогностическое значение удлинения ($p=0,007$) и дисперсии ($p=0,01$) интервала QTc, как предиктора внезапной и скоропостижной смерти больных. Целенаправленное морфогистологическое исследование, проведенное на кафедре судебной медицины и танатологии ИГМА, позволило выявить особенности танатологии внезапной и скоропостижной сердечной смерти: малосимптомное течение заболевания; бессимптомное течение фатального сердечного приступа; взаимосвязь гистохимических маркеров КАН с физиологическими процессами старения нервной системы.

Выводы. КАН имеет самостоятельное значение в повышении риска внезапной сердечной смерти при МС. Получены доказательства прогностической значимости удлинения интервала QT, когда происходит приближение «ранимой» фазы к потенциальному эктопическому очагу с развитием феномена R на T и последующим возникновением фибрилляции желудочков, а также дисперсии QTc интервала, отражающей электрическую гетерогенность желудочковой реполяризации. Особую прогностическую значимость феномен дисперсии QTc интервала приобрел у больных с ригидным сердечным ритмом ($p=0,000$). Множественный ранговый регрессионный анализ, в котором роль независимой переменной играл факт летального исхода, а зависимой переменной – анализируемые показатели. Исследование подтвердило прогностическое значение степени ($F = 11,0$; $R = 0,350$), длительности дислипидемии ($F = 12,1$; $R = 0,288$),

дисперсии QTc интервала ($F = 16,3$; $R = 0,340$), как предикторов летальных исходов при МС.

Влияние розувастатина на эхокардиографические параметры и состояние брахиоцефальных артерий при ишемической болезни сердца.

Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турсунов Р.Р.

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

Цель. Оценить влияние розувастатина на эхокардиографические (ЭХОКГ) параметры миокарда левого желудочка (ЛЖ) и толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии (ОСА) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) узбекской популяции. Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов (67,5% – мужчин и 32,5% – женщин) с ИБС, стабильной стенокардией I-III функционального класса (ФК) (средний возраст 59,1 лет, длительность заболевания – 5,5 лет). Лечение включало дезагреганты; бета-блокаторы, а из гиполипидемической терапии розувастатин (10-20 мг/сут.). Исходно и через 3 месяца изучали липиды (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности и высокой плотности, триглицериды). Проводилась ЭХОКГ с оценкой параметров структурно-функционального состояния ЛЖ (Samsung «Accuvix 20») и ультразвуковое исследование (УЗИ) ОСА (Samsung medison «SonoACE X6» с оценкой ТКИМ на 1 см проксимальнее места бифуркации.

Результаты. Розувастатин уменьшил содержание ОХС, триглицеридов и ХС в составе липопротеидов низкой плотности при увеличении ХС липопротеидов высокой плотности. При этом показатели ЭХОКГ улучшились, по сравнению с исходными. У больных, принимавших статин, увеличилась фракция выброса (ФВ) ЛЖ. До лечения этот показатель в среднем составил 59%, а после – 61,5%. Масса миокарда ЛЖ до лечения – 188 г, а после – 181,5 г, толщина задней стенки ЛЖ – 1,1 см до лечения и 1,05 см после, толщина межжелудочковой перегородки до и после лечения – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ – 4,95 и после лечения 4,9 см, конечно-диастолический объем до лечения – 124,5 мл и после лечения – 119 мл, конечно-систолический объем – до лечения – 48,5 мл и 49,5 мл после. При этом ударный объем уменьшился до 77,5 мл, против 79 мл, до лечения. При этом скорость раннего наполнения ЛЖ (пик E) составила 0,76 м/сек, скорость диастолического наполнения в период систолы левого предсердия – ЛП (пик A) – 0,7 м/сек, отношение скоростных характеристик (E/A) – 1,08; время изоволюмического расслабления ЛЖ – 142,5 мс; время замедления скорости раннего наполнения – 208 мс. До лечения у некоторых больных ТКИМ доходила до 1,3 мм, а после – 1,1-1,2 мм. Побочных явлений не отмечено. Препарат благоприятно влиял на течение ИБС, корректировал липидный спектр, а также улучшил параметры ЭХОКГ с доплером. Данные ЭХОКГ и биохимические анализы имели тенденцию к положительной корреляции.

Заключение. Розувастатин оказал выраженный гиполипидемический эффект и положительное влияние на основные изученные параметры ЭХОКГ у больных ИБС.

Ряд лабораторных показателей для оценки сердечно-сосудистого риска в зависимости от статуса курения в популяции жителей Приморского края (по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ).

Богданов Д.Ю., Неворова В.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) уверенно занимает лидирующую позицию в структуре смертности населения России. Табакокурение рассматривается как один из главных модифицируемых факторов риска ССЗ являясь важной медико-социальной проблемой. Механизм воздействия табачного дыма на организм человека включает в себя несколько патофизиологических процессов, включающие в себя как прямое токсическое воздействие на эндотелиальные клетки (в т. ч. путем активации иммунных комплексов), так и опосредованно, путем возбуждения симпатической нервной системы, что особенно важно у лиц уже имеющих сердечно-сосудистое событие в анамнезе.

Цель исследования. Выявить потенциальные взаимосвязи табакокурения с другими факторами сердечнососудистого риска, вносящими вклад в развитие и прогрессирование ССЗ.

Материалы и методы. Представленные данные получены в ходе многоцентрового эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Путем случайно выборки отобрано 2117 человек жителей Приморского края, включая городское (1655 чел.) и сельское население (462 чел.). Все обследуемые заполнили стандартизированную регистрационную карту, включающую раздел «курение». Также у всех пациентов был произведен забор крови из кубитальной вены для определения ряда биохимических показателей, а именно общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), аполипопротенВ (апоВ), аполипротеинА (апоА), липопротеин (а) (Лп(а)), глюкоза, инсулин, мочева кислота, фибриноген, Д-димер, С-реактивный белок (СРБ), тиреотропный гормон (ТТГ).

Результаты. Все пациенты были разделены на три группы – 1-ая включала не курящих пациентов (n – 1151 чел.) средний возраст – 46,97 ± 0,34 года, 2-ая группа активные курильщики (n – 463 чел.) составила самую младшую группу – средний возраст 42,97 ± 0,53 года (p<0,001) и 3-я группа пациенты, бросившие курение (n – 503 чел.) – средний возраст 45,29 ± 0,52 года, что так же составило достоверное различие с 1-й и 2-й группами (p<0.01). При оценке липидного спектра отмечались более низкие значения триглицеридов в группе не курящих – 1,32 ± 0,03 ммоль/л, против группы курящих – 1,47 ± 0,05 ммоль/л и бросивших курить – 1,45 ± 0,05 ммоль/л (p<0.05). Более высокий уровень апоА был в группе не курящих: 1,845 ± 0,012 г/л против группы активных курильщиков 1,693 ± 0,02 г/л и бросивших 1,692 ± 0,02 г/л соответственно (p<0,001). Получены различия в показателях содержания мочевоы кислоты: отмечалось значительное повышение уровня мочевоы кислоты во 2-ой – 340,24 ± 4,58 ммоль/л и 3-ей группах – 353,64 ± 5,02ммоль/л против 315,03 ± 3,0 ммоль/л в 1ой группе (p<0,001). По показателям ОХС, ЛПНП,

ЛПВП, апоВ, Лп(а), глюкоза, инсулин, фибриноген, Д-димер, СРБ, ТТГ статистически значимых различий не выявлено (p>0.05).

Выводы. В результате нашего исследования установлено что, несмотря на более старший возраст, в группе не курящих лиц такие показатели, как ТГ, мочева кислота, имели достоверно более низкие значения, а показатель апоА более высокий уровень по сравнению с активно курящими лицами. При этом оказалось, что бывшие курильщики не имели статистически значимых отличий по сравнению с активными курильщиками и достоверно отличались относительно некурящих лиц. Полученные данные следует учитывать при определении стратификации сердечно-сосудистого риска как у курящих лиц, так и у бывших курильщиков.

Фармакологическая коррекция системного сосудистого дисметаболизма при табакокурении.

Гончар Е.Ю.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Актуальность: табакокурение является значимым фактором риска сердечно-сосудистых катастроф и ассоциировано с развитием системной ангиопатии, ранним проявлением которой является соединительнотканый дисметаболизм сосудистой стенки. Ведущую роль в процессе раннего сосудистого ремоделирования играют матриксные металлопротеиназы (ММП) и их тканевые ингибиторы (ТИМП). Поиск эффективных мер фармакологического воздействия на доклиническом этапе поражения сосудистой стенки представляет особый интерес для снижения преждевременной смертности населения.

Цель исследования: изучить влияние статинов и омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ω -3ПНЖК) на соединительнотканый дисметаболизм пиальных сосудов и аорты при длительном табакокурении.

Материалы и методы. Модель длительного табакокурения была воспроизведена по протоколу Н. Zheng и колл. (2009 г.) на крысах-самцах линии Вистар.

Животных ежедневно в течение 6 месяцев обкуривали табачным дымом в специальной камере 1 час утром и 1 час днем. Затем животных поделили на 4 подгруппы для 8-недельной терапии. 1-ая подгруппа получала симвастатин в дозе 5 мг/кг/сутки, 2-ая подгруппа – препарат ω -3ПНЖК, 3-я подгруппа – оба препарата в тех же дозах, а 4-ая подгруппа лечения не получала. Препарат ω -3ПНЖК представлял собой смесь очищенных до 95% эйкозопентаеновой и докозапентаеновой кислот, полученных на базе Тихоокеанского института биологии Моря ДВО РАН* из жира печени минтая. Группа контроля содержалась в стандартных условиях вивария. По окончании эксперимента изготавливали гистологические препараты головного мозга и аорты. Для оценки экспрессии ММП-2 и 9 и ТИМП-1 и 2 использовался непрямой иммуногистохимический метод. Количественную оценку экспрессии проводили путем измерения плотности преципитата иммуногистохимической реакции. Результат

выражали в единицах оптической плотности (ЕОП). Работу проводили на базе ЦНИЛ ТГМУ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Достоверность различий между группами (при $p < 0,05$) оценивали с помощью коэффициента Манна-Уитни.

Результаты. В пияльных артериях животных, после длительного табакокурения, выявлено достоверное повышение содержания индуцибельной ММП-9 до $65,01 \pm 9,03$ ЕОП (ММП-9 контроль $41,01 \pm 6,05$ ЕОП; $p < 0,00007$) с одновременным снижением ТИМП-1 до $34,85 \pm 5,76$ и ТИМП-2 до $11,64 \pm 4,49$ ЕОП (ТИМП-1 контроль $65,93 \pm 12,75$ ЕОП; $p = 0,0002$ и ТИМП-2 контроль $28,38 \pm 7,97$; $p = 0,000001$). Параллельно в стенке аорты установлено повышение содержания ММП-9 до $75,35 \pm 5,20$ ЕОП (ММП-9 контроль аорта $62,34 \pm 7,76$ ЕОП; $p = 0,02$) и ТИМП-2 до $34,91 \pm 7,71$ ЕОП (ТИМП-2 контроль аорта $15,08 \pm 9,11$ ЕОП; $p = 0,01$). После применения симvastатина в пияльных артериях выявлено достоверное снижение ММП-9 (ММП-9симв. $51,62 \pm 3,63$ ЕОП, $p < 0,05$) и повышение уровня ТИМП-2 (ТИМП-2симв. $21,40 \pm 5,09$ ЕОП; $p < 0,05$) при сравнении с животными без фармакологического воздействия. В аорте воздействие симvastатина сопровождается снижением избыточного содержания ММП-9 до $48,04 \pm 5,72$ ЕОП как по отношению к животным без фармакологической коррекции, так и контрольной группы ($p < 0,05$). После воздействия ω -ЗПНЖК в пияльных артериях обнаружено достоверное повышение ТИМП-1 и 2 до $48,96 \pm 6,34$ и $27,2 \pm 9,69$ ЕОП с параллельным уменьшением содержания ММП-9 до $65,13 \pm 9,46$ ЕОП в аорте ($p < 0,05$ по отношению к животным без коррекции). Комбинированное применение симvastатина и ω -ЗПНЖК наиболее значимо влияет на маркеры соединительнотканного дисметаболизма после прекращения табакокурения. В пияльных артериях это проявляется снижением содержания ММП-9 до $51,01 \pm 3,59$ ЕОП в сочетании с повышением ТИМП-1 и 2 до $48,49 \pm 6,04$ и $19,83 \pm 7,62$ ЕОП. В аорте выравнивание соединительнотканного дисбаланса проявляется одновременным снижением избыточного содержания ММП-9 до $34,82 \pm 7,09$ и ТИМП-2 до $13,69 \pm 8,57$ ЕОП ($p < 0,05$ по отношению к животным без коррекции). Заключение. Длительное табакокурение сопровождается развитием системного соединительно-тканного дисметаболизма, о чем свидетельствует изменение содержания ММП и ТИМП в различных артериальных бассейнах. Сочетанное воздействие симvastатина и ω -ЗПНЖК в эксперименте максимально эффективно влияет на маркеры соединительнотканного дисметаболизма после прекращения табакокурения. Изолированное применение симvastатина и ω -ЗПНЖК оказались менее эффективными.

*с 1.09.2016 г. преобразован в «Национальный научный центр морской биологии» ДВО РАН. Работа одобрена независимым Междисциплинарным этическим комитетом при ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, протокол № 7 от 23.06.2014.

Белки теплового шока с массой 27 и 70 кДа в патогенезе остеоартрита.

Кабалык М.А., Суняйкин А.Б.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Белки теплового шока (HSPs) выполняют разнообразные функции, выступая участниками патогенеза целого ряда заболеваний. Однако в патогенезе остеоартрита (ОА) данные молекулы остаются незаслуженно малоизученными.

Цель исследования – установить особенности изменений уровней HSPs, хемокинов и маркера деградации коллагена у больных ОА.

Материалы и методы. В условиях ревматологического кабинета Владивостокской поликлиники №3 было обследовано 99 пациента с ОА коленных суставов. Диагноз был верифицирован в соответствии с критериями Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2010 г. В этой группе было 87 женщин и 12 мужчин в возрасте $66,7 \pm 7,9$ лет и длительностью заболевания от 1 до 18 лет. В качестве контрольной группы в исследование были включены 21 практически здоровых женщины и 9 мужчин в возрасте $59,6 \pm 8,3$ лет. В плазме крови с помощью ИФА определяли HSP70, HSP27, CRTAP (хрящ-ассоциированный белок), TNF- α (фактор некроза опухоли альфа), CXCL17 (хемокин класса CXС).

Результаты. Уровни HSP27, HSP70, их соотношение и CRTAP были статистически значимо ниже, чем в контрольной группе. Уровни фактора TNF- α и CXCL17, наоборот, значимо превышали показатели контрольной группы. У больных ОА HSP 70 продемонстрировал обратную корреляционную связь с уровнем CRTAP и TNF- α . CRTAP статистически значимо коррелировал с TNF- α . TNF- α имел прямую связь с CXCL17. Уровень хрящ-ассоциированного протеина был достоверно выше в группе больных с длительностью заболевания 10 и более лет по сравнению с больными, у которых анамнез ОА составлял 5-9 лет и не отличался от пациентов с продолжительностью ОА 1-4 года. CXCL17 статистически значимо снижался по мере увеличения продолжительности заболевания ($p < 0,05$). В группе пациентов с давностью ОА 1-4 года длительность заболевания имела прямую значимую корреляционную связь с уровнем CRTAP и TNF- α . При давности анамнеза 5-9 лет наблюдалась достоверная прямая связь продолжительности ОА с CRTAP и CXCL17. У заболевших 10 и более лет назад длительность болезни прямо коррелировала с CRTAP, TNF- α и CXCL17.

Заключение. Участие белков теплового шока в патогенезе ОА – сложный и многоуровневый процесс. Можно предположить, что под влиянием внешних факторов риска, HSP70 выступает в качестве адьюванта иммунологической реакции с участием CXCL17. Хондроциты и остеобласты, подвергшиеся цитокиновой атаке, не способны по тем или иным причинам полноценно ответить усиленной экспрессией HSP70 и HSP27.

Клинико-патогенетические взаимосвязи остеоартрита и артериальной гипертензии.

Кабалык М.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Исследования последних лет подчёркивают взаимосвязь остеоартрита (ОА) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Есть предположение, что ОА увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, реализуясь совместно с другими факторами риска, включая старение, ожирение, артериальную гипертонию (АГ) и др. Другая точка зрения поддерживает роль кардиоваскулярных факторов в процессе инициации и прогрессии ОА. Так, ряд авторов показали, что в дебюте формирования ОА изменения субхондральной кости обусловлены ишемией и отёком. Эти данные представляют интерес с точки зрения высокой распространённости АГ среди больных ОА. Ассоциации АГ и ОА по разным данным наблюдается в 55-95% случаев. Таким образом, несмотря на доказанную взаимосвязь

остеоартрита с сердечнососудистыми заболеваниями, остаётся малоизученным степень интеграции кардиоваскулярных факторов в патогенез данного заболевания. Требуется уточнения направленность причинно-следственных клинико-патогенетических взаимосвязей АГ и ОА.

Цель данного исследования – установить клинико-патогенетические взаимосвязи остеоартрита и артериальной гипертонии.

Материалы и методы. Обследовано 65 пациентов с ОА коленных суставов в возрасте $66,7 \pm 7,9$ лет и длительностью заболевания от 1 до 18 лет ($5,9 \pm 4,0$ лет). Все (100%) включенные в исследование больные ОА имели гипертоническую болезнь с продолжительностью анамнеза артериальной гипертонии (АГ) не менее 12 месяцев. В качестве контрольной группы в исследование были включены 18 больных с артериальной гипертензией в возрасте $59,6 \pm 8,3$ лет, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. В плазме крови определяли с помощью ИФА CRTAP (хрящ-ассоциированный прекурсорный белок), VEGF (фактор роста эндотелия сосудов), VCC-1 (VEGF регуляторный хемокин 1), End-1 (эндотелин-1).

Результаты. Уровень CRTAP в сыворотке крови был статистически значимо ниже у пациентов с ОА. Уровень VEGF был значимо выше у больных ОА. Значение VCC-1 так же было выше у больных ОА. End-1 не имел достоверных различий у больных ОА по сравнению с контролем. Больные ОА имели статистически значимо более долгую историю артериальной гипертонии по сравнению с группой контроля. На момент включения в исследование больные ОА имели значимо более высокий уровень артериального давления, чем лица контрольной группы. У больных ОА уровень CRTAP в плазме крови показал прямую корреляционную связь с длительностью анамнеза АГ ($r=0,3$), уровнем САД ($r=0,3$) и уровнем боли по ВАШ ($r=0,4$). Показатель End-1 у больных ОА с АГ статистически значимо коррелировал с уровнем боли по ВАШ ($r=0,3$). У пациентов без ОА уровень VCC-1 показал положительную корреляционную связь с длительностью АГ ($r=0,6$). У больных со 2 и 3 степенями АГ уровень боли по ВАШ был статистически значимо выше по сравнению с лицами с нормальным давлением. Уровень функциональных расстройств суставов был значимо выше у больных с 1-3 степенями АГ по сравнению с больными ОА с нормальными значениями АД.

Выводы. АГ является важным участником патогенеза ОА. Персистирующая эндотелиальная дисфункция, вероятно, приводит к изменению фенотипа остеоцитов и хондроцитов, что знаменуется изменением регенераторного потенциала в виде снижения активности CRTAP и деградации коллагенового матрикса. Результатом данного процесса являются клинические проявления ОА – боль, скованность и ограничение функции пораженных суставов. Не вызывает сомнений факт тесной клинико-патогенетической связи ОА и кардиоваскулярных факторов, включая АГ и эндотелиальную дисфункцию.

Вопросы адипокиновой регуляции у пациентов с артериальной гипертонией.

Родионова Л.В.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Артериальная гипертония (АГ) наиболее значимый фактор риска развития сосудистых катастроф и преждевременной смерти населения стран цивилизованного общества. АГ в нашей стране отмечается у

45,4% мужчин и 41,6% женщин в возрасте 25-64 лет. АГ в популяции сочетается с другими факторами риска – курением, избыточной массой тела. Гиперхолестеринемия ускоряет риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и почечной дисфункции. В многообразии патофизиологических механизмов прогрессирования сосудистой дисфункции при воздействии различных факторов риска особое место занимают адипокины – специфичные биологически активные вещества вырабатываемые жировой тканью.

Цели и задачи исследования. Выявить и проанализировать изменения адипокинового статуса и липидного профиля у пациентов с АГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов 25-60 лет (24 мужчины и 26 женщин) с ГБ различной степени, группу контроля составили 20 практически здоровых добровольцев (10 мужчин и 10 женщин) соответствующего возраста. Всем исследуемым измеряли рост, массу тела, окружность талии, вычисляли индекс массы тела. В крови, взятой натощак, определяли содержание общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП), триглицеридов, уровень адипонектина, лептина и резистина. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета прикладных программ Statistica (version 14.0, SPSS Inc., USA). Коэффициент Пирсона был использован для измерения линейной корреляции между переменными. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты. У 41 пациента (82%) выявлена отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Индекс массы тела, окружность талии, уровень ОХ, ЛПНП, ТГ, САД и ДАД были статистически значительно выше в группе пациентов, страдающих АГ. Средняя концентрация адипонектина в контрольной группе составила 6,85 мкг/мл, у пациентов с АГ данный показатель был значительно ниже 5,54 мкг/мл. У пациентов с избыточным весом отмечались более низкие уровни адипонектина. В группе пациентов с АГ уровень адипонектина имел выраженную отрицательную корреляционную связь с показателями массы тела ($r = -0,67$), окружности талии ($r = -0,42$) и уровнями общего ХС ($r = -0,37$), триглицеридов ($r = -0,45$) и ХС ЛПНП ($r = -0,35$). Средний уровень лептина у пациентов с АГ составил 3,0 мкг/мл. Выявлена достоверная разница по уровню лептина. Выявлена положительная корреляционная связь между повышенной концентрацией лептина, уровнями общего ХС ($r = 0,35$) и ХС ЛПНП ($r = 0,38$), избыточным весом ($r = 0,37$). Уровень резистина составил 5,3 нг/мл и также статистически значимо повышался у лиц с АГ, в большей степени у лиц с повышенным индексом массы тела (более 25), даже при отсутствии АГ ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, существуют сложные патогенетические механизмы между состоянием гормонов жировой ткани и риском развития сердечно-сосудистых катастроф. Установлено отрицательное влияние избыточного синтеза лептина и резистина и развития эндотелиальной дисфункции, тромбогенеза и атерогенеза. В то время как адипонектин может иметь противоположное значение. Согласно полученным нами результатам у пациентов с АГ установлено более высокое содержание лептина и резистина в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой. В то время как содержание адипонектина было ниже, чем у здоровых. Обнаружены положительные взаимосвязи между повышением концентрации лептина и уровнем холестерина и ЛПНП и положительные между ростом концентрации резистина и повышением содержания глюкозы в крови. Очевидно, дисбаланс в состоянии гормонов жирового обмена может влиять на риск сердечно-сосудистых событий у пациентов с АГ.

Молекулярные и генетические маркеры сосудистого ремоделирования при артериальной гипертензии у лиц молодого и среднего возраста.

Саковская А.В., Невзорова В.А., Коцюрбий Е.А., Бродская Т.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Введение. Жесткость аорты обладает самостоятельной прогностической значимостью в отношении фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий у лиц с артериальной гипертензией (АГ) и без нее, особенно у пациентов молодого и среднего возраста. В то же время данные о ремоделировании сосудов мелкого и среднего диаметра при АГ представлены недостаточно.

Цель. Установить значимые детерминанты формирования избыточной жесткости аорты и сосудистого ремоделирования при АГ с помощью оценки молекулярных и генетических характеристик матриксных металлопротеиназ (ММП) и адипокинов.

Задачи исследования: 1. Определить состояние жесткости аорты у пациентов с АГ 2. Выяснить полиморфизм генов ММП 2 и 9 методом ПЦР 3. Определить содержание адипонектина и лептина, отношение ММП 9 и ее ингибитора, в сыворотке крови 4. Выяснить характер ремоделирования сосудов и экспрессию рецепторов к адипонектину в биоптатах мышечной ткани плеча.

Материалы и методы: 58 пациентов с АГ I-III степени в возрасте от 25 до 60 лет, из которых 30 пациентов были прооперированы по поводу травматических переломов плеча. Контроль – 59 практически здоровых добровольцев, из которых 20 были прооперированы по поводу травматических переломов плеча. Жесткость аорты определяли с помощью артериографа TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия). Уровень адипонектина и лептина в крови, определяли методом иммуноферментного анализа. Для генотипирования использовали образцы ДНК, выделенные из цельной венозной крови с помощью набора Wizard® Genomic DNA Purification Kit (Promega, США). Биоптат мышечной ткани, обрабатывался иммуногистохимическим методом с использованием первичных поликлональных кроличьих антител против AdipoR1 (Santa Cruze, sc-99183, США, 1:500). Результаты обрабатывали с использованием программы Statistica 6.0. Вычисляли критерий U Манна-Уитни. Применяли метод корреляционного анализа Спирмена. Для генетических исследований использованы расчеты отношения шансов (ОШ) и критерий χ^2 . Различия принимались как статистически значимые при $p < 0,05$, и для генетических исследований, $p < 0,1$.

Результаты и обсуждение. Среди 58 пациентов с АГ было 27 мужчин (46%) и 31 женщина (54%), у 35 человек (60%) имелись признаки МС. Повышение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) более 10 м/с отмечалось у 17 лиц (12 женщин, 5 мужчин), медиана 11,25 (11,06; 12,27) м/с. Статистически значимое ($p = 0,04$) увеличение частоты генотипов СТ и ТТ ММП9 (-1564) установлено в группе пациентов с АГ без признаков МС (ОШ=2,66) по сравнению с контролем. Увеличение содержания отношения ММП9/ТИМП2 установлено только у женщин с АГ – 34, 03 (7,24; 220,58) ($p < 0,05$). В группе женщин с АГ установлена взаимосвязь содержания ММП9/ТИМП2 с уровнем САД ($r = -0,5$ $p = 0,01$), и показателями пульсового давления ($r = -0,5$ $p = 0,01$). Содержание адипонектина у пациентов с АГ составило 5,48 (4,11; 6,95) мкг/мл, ($p > 0,05$). Среднее значение концентрации лептина у пациентов АГ составило 3,0 (2,2; 3,5) мкг/мл, ($p > 0,05$). В группе женщин с АГ содержание лептина составило 3,4 (2,7;

3,6) мкг/мл, ($p < 0,05$). У женщин установлена положительная связь лептина только с ИМТ ($r = 0,6$ $p = 0,001$), ОТ ($r = 0,5$ $p = 0,02$). В контрольной группе структура сосудистой стенки не нарушена. В группе пациентов с АГ установлены два типа ремоделирования сосудов мышечной ткани. В мелких сосудах преобладают процессы эластофиброза, в сосудах среднего диаметра – циркулярная гипертрофия, где выражена экспрессия AdipoR1, достигающая 14,1% (12,22; 16,83). Экспрессия AdipoR1 в мышечной стенке сосудов контрольной группы минимальна и составляет 1,09% (0,37; 1,41). Установлена взаимосвязь между увеличением AdipoR1 и уровнем глюкозы ($r = 0,5$ $p = 0,02$) и ЛПВП ($r = -0,6$ $p = 0,04$) в группе женщин с АГ.

Выводы: 1. Для пациентов с АГ молодого и среднего возраста характерно умеренное повышение СРПВ, которое наиболее значимо для женщин с признаками МС и не зависит от содержания адипокинов в сыворотке крови и содержания ММП9/ТИМП. 2. Полиморфизм ММП9 (-1564Т) является преобладающим у пациентов с АГ без признаков МС. 3. При проведении морфологического исследования сосудов мышечной ткани плеча у пациентов с АГ установлено два типа ремоделирования в виде развития артериолосклероза сосудов мелкого диаметра и гипертрофического циркулярного ремоделирования сосудов среднего диаметра, где наблюдается значительное увеличение содержания количества меток к AdipoR1.

Показатели мультирезистентного туберкулеза в Приморском крае за период 2007 – 2016 гг.

Лавренюк В.В.

Тихоокеанский государственный медицинский университет», Институт терапии и инструментальной диагностики, Владивосток

Введение. Приморский край является одной из территорий Российской Федерации с напряжённой ситуацией по туберкулезу; одной из причинной, которой является постоянный рост туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, требующий особого подхода к лечению.

Идея. Привлечь внимания к эпидемиологической ситуации в Приморском крае с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и применение быстрой диагностике.

Цель исследования: изучить эпидемиологические показатели туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, в Приморском крае за период 2007-2016 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании данных эпидемиологического мониторинга Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, изучены показатели туберкулеза с МЛУ за период 2007-2016гг.

Результаты. Установлено, что, несмотря на снижение показателя, эпидемическая ситуация по туберкулезу в Приморском крае оценивается как весьма напряженная, а заболеваемость туберкулезом остается высокой и превышает данные по РФ в 2 раза. Отмечен рост заболеваемости туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением в 2016 году до 49,9 на 100 тыс. населения. Распространённость туберкулеза органов дыхания с бактериовыделением также достигает высоких цифр, составляя к 2016 году 52,7 на 100 тыс. населения. Заболеваемость туберкулеза органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью постепенно нарастает с 4.4 до 8,3 на 100 тыс. населения к 2016 году. Доля туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью

среди впервые выявленных бактериовыделителей в 2007 году была 13,75; к 2016 году показатель увеличился, и составила 16,6%. Распространённость туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью с 2007 года выросла в 2 раза и к 2016 году показатель равнялся 52,7 на 100 тыс. населения. Доля туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью в контингентах больных бактериовыделением также увеличилась, достигая к 2016 году 36,3 %.

Обсуждения. Сложившаяся ситуация требует быстрой и качественной этиологической диагностики туберкулеза с применением ускоренных методов бактериологической и молекулярно-генетической диагностики лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, что значительно повышает вероятность эффективного лечения больны с мультирезистентным туберкулезом и сокращает сроки химиотерапии.

**Сборник материалов
I Съезд терапевтов Дальневосточного федерального округа**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 22.05.2017. Подписано в печать 29.05.2017. 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

→ 10 лет на рынке

- Более 100 организованных мероприятий – конгрессы, форумы, съезды, конференции, научно-практические школы
- Широкая география проведенных мероприятий – более 40 городов России
- Масштаб мероприятий – от 50 до 7000 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

- 8-9 июня, **Владивосток**, I Съезд терапевтов Дальневосточного федерального округа
www.vladivostok.rnmot.ru
- 22-23 июня, **Махачкала**, 34-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.dagestan.rnmot.ru
- 14-15 сентября, **Владикавказ**, 35-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.vladikavkaz.rnmot.ru
- 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