



Российское научное медицинское общество терапевтов
Министерство здравоохранения Нижегородской области
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Приволжский исследовательский медицинский университет
Нижегородское региональное отделение Российского научного
медицинского общества терапевтов
Нижегородское региональное отделение Российского кардиологического общества
РОО «Амбулаторный врач»

Посвящается 190-летию со дня рождения Г.А. Захарьина



Съезд терапевтов Приволжского федерального округа

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

5–6 апреля 2019 года
Нижний Новгород

Гранд отель Ока, проспект Гагарина, д. 27

Генеральные информационные партнеры





190
лет

со дня рождения
Г.А. Захарьина

- 25-26 марта, **Томск**, 53-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
tomsk.rnmot.ru
- 5-6 апреля, **Нижний Новгород**, V Съезд терапевтов Приволжского федерального округа
nnovgorod.rnmot.ru
- 25-26 апреля, **Пятигорск**, 54-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
pytigorsk.rnmot.ru
- 14-15 мая, **Барнаул**, 55-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
barnaul.rnmot.ru
- 28-29 мая, **Москва**, III Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной»,
III Всероссийская конференция молодых терапевтов
mt.rnmot.ru
- 4-5 июня, **Хабаровск**, II Съезд терапевтов Дальнего Востока
khabarovsk.rnmot.ru
- 20-21 июня, **Владикавказ**, 56-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
vladikavkaz.rnmot.ru
- 19-20 сентября, **Якутск**, III Съезд терапевтов Республики Саха (Якутия)
yakutsk.rnmot.ru
- 26-27 сентября, **Сургут**, 57-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
surgut.rnmot.ru
- 3-4 октября, **Мурманск**, 58-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
murmansk.rnmot.ru
- 24-25 октября, **Ростов-на-Дону**, VI Съезд терапевтов Южного федерального округа
rostov.rnmot.ru
- 31-1 октября/ноября, **Саранск**, 59-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
saransk.rnmot.ru
- 20-22 ноября, **Москва**, XIV Национальный Конгресс терапевтов
congress.rnmot.ru
- 5-6 декабря, **Иваново**, 60-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
ivanovo.rnmot.ru

Подробнее на сайте www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 419-08-68
электронная почта: therapy@kstinterforum.ru

Содержание

Организаторы и оргкомитет	3
Обращение к участникам.....	5
Страницы истории	8
Программа	10
Каталог выставки	17
Сборник тезисов	37

Официальные спонсоры



Спонсор конкурса молодых терапевтов



Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 419-08-68
электронная почта: therapy@kstinterforum.r

Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов
Министерство здравоохранения Нижегородской области
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Приволжский исследовательский медицинский университет
Нижегородское региональное отделение Российского научного медицинского общества терапевтов
Нижегородское региональное отделение Российского кардиологического общества
РОО «Амбулаторный врач»

Оргкомитет

Председатель оргкомитета

Мартынов Анатолий Иванович – президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), 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

Сопредседатели

Комаров Игорь Анатольевич – полномочный представитель Президента РФ в Приволжском федеральном округе

Никитин Глеб Сергеевич – губернатор Нижегородской области

Шаклунов Антон Александрович – министр здравоохранения Нижегородской области, к.м.н.

Карякин Николай Николаевич – ректор Приволжского исследовательского медицинского университета, д.м.н.

Ребров Андрей Петрович – полномочный представитель РНМОТ в Приволжском федеральном округе, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, заслуженный врач России, д.м.н., профессор

Куняева Татьяна Александровна – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская центральная клиническая больница, главный терапевт Приволжского федерального округа, главный терапевт Министерства здравоохранения Республики Мордовия

Кузнецов Александр Николаевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии ГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, председатель Нижегородского регионального отделения РНМОТ

Оргкомитет

Арутюнов Григорий Павлович – вице-президент РНМОТ, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист-терапевт ДЗ г. Москвы, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, общей физиотерапии и лучевой диагностики ПФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

Бойцов Сергей Анатольевич – член Президиума РНМОТ, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии МЗ РФ, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой поликлинической терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Боровков Николай Николаевич – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралика ГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Почетный член РНМОТ, член Центрального Совета РНМОТ

Боровкова Наталья Юрьевна – секретарь Ревизионной комиссии РНМОТ, заместитель председателя Нижегородского регионального отделения, д.м.н, профессор кафедры госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Варварина Галина Николаевна – д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Приволжского исследовательского медицинского университета

Верткин Аркадий Львович – член Президиума РНМОТ, Директор терапевтический клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководитель Региональной общественной организации «Амбулаторный врач», заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор

Давыдкин Игорь Леонидович – директор НИИ гематологии, трансфузиологии и интенсивной терапии СамГМУ, проректор по научной и инновационной работе СамГМУ, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом трансфузиологии, главный внештатный специалист МЗ СО по гематологии, д.м.н., профессор

Зеленова Таисия Григорьевна – врач-терапевт высшей категории ГБУЗ НО Городская поликлиника №7, поликлиническое отделение №2 г. Нижнего Новгорода

Казакова Ирина Александровна – заведующая кафедрой внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения ВПТ Ижевской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор

Камышева Евгения Павловна – почетный член РНМОТ, профессор

Клеменова Ирина Александровна – первый проректор – проректор по научной работе Приволжского исследовательского медицинского университета, д.м.н.

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

Корягина Наталья Александровна – д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Пермского государственного медицинского университета» Минздрава России, Вице-президент Ассоциации врачей терапевтического профиля Пермского края, Председатель Пермского регионального отделения РНМОТ, Главный внештатный терапевт Минздрава Пермского края

Лебедев Петр Алексеевич – председатель Самарского отделения РНМОТ, заведующий кафедрой терапии ИПО и курса функциональной диагностики Самарского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Макарова Екатерина Вадимовна – и.о. заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней Приволжского исследовательского медицинского университета, д.м.н.

Малявин Андрей Георгиевич – Генеральный секретарь РНМОТ, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета, заместитель начальника управления науки ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, генеральный директор Центра респираторной медицины, главный внештатный специалист-пульмонолог Министерства здравоохранения РФ по ЦФО, д.м.н., профессор

Михайлова Зинаида Дмитриевна – консультант Городской клинической больницы №38 г. Нижний Новгород, д.м.н.

Михин Вадим Петрович – член Президиума РНМОТ, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 Курского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Немцов Борис Федорович – председатель Кировского регионального отделения РНМОТ, заведующий кафедрой госпитальной терапии Кировского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Першина Надежда Константиновна – главный терапевт Министерства здравоохранения Нижегородской области

Пименов Леонид Тимофеевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ГБОУ ВО «ИГМА», председатель Удмуртского отделения РНМОТ, заслуженный врач России и Удмуртской Республики

Сайфутдинов Рустам Ильхамович – председатель Оренбургского регионального отделения РНМОТ, член Правления, заведующий кафедрой факультетской терапии Оренбургской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор

Сигитова Ольга Николаевна – член Президиума РНМОТ, заслуженный врач Республики Татарстан, заслуженный врач РФ, председатель Научного общества терапевтов Республики Татарстан, заведующая кафедрой общей врачебной практики №1 Казанского государственного медицинского университета Минздрава России, д.м.н., профессор

Стронгин Леонид Григорьевич – заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней Приволжского исследовательского медицинского университета, д.м.н., профессор

Туев Александр Васильевич – член Центрального совета РНМОТ, заслуженный деятель науки РФ, почетный президент Ассоциации врачей терапевтического профиля Пермского края, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера

Хлынова Ольга Витальевна – член Центрального совета РНМОТ, член-корреспондент РАН, президент Ассоциации врачей терапевтического профиля Пермского края, главный гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Пермского края, заведующей кафедрой госпитальной терапии Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, д.м.н., профессор

Шевченко Алексей Олегович – член Президиума РНМОТ, член-корреспондент РАН, руководитель Центра персонализированных трансляционных технологий лечения критических состояний ФГБУ НМИЦ Трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова, профессор кафедры кардиологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Шутов Александр Михайлович – член Центрального совета РНМОТ, заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней медицинского факультета Ульяновского государственного университета, д.м.н., профессор

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 всё 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. 2019 год – для нас год памяти Григория Антоновича Захарьина, великого русского врача-терапевта, заслуженного профессора Московского университета, основателя московской клинической школы, тайного советника, почётного члена Императорской Санкт-Петербургской академии наук.

Одним из мероприятий 2019 станет юбилейный V Съезд терапевтов Приволжского федерального округа. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать ее программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы, Московской области, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Самары, Казани и других городов Российской Федерации.



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

Уважаемые коллеги!



От лица Приволжского исследовательского медицинского университета рад приветствовать участников V Юбилейного Съезда терапевтов Приволжского федерального округа!

В четвертый раз в Нижнем Новгороде происходит столь значимое для терапевтического сообщества событие, что свидетельствует о крепком союзе научной терапевтической школы Поволжья и Нижнего Новгорода с Российским профессиональным терапевтическим обществом. При этом, с одной стороны поддерживаются традиции, с другой – идет планомерное развитие интенсивно меняющегося образования врачей-терапевтов, поэтому взаимная плодотворная работа медицинских ВУЗов и научных профессиональных сообществ в современных условиях приобретает все большее значение.

Программа Юбилейного Съезда терапевтов включает широкий круг актуальных вопросов внутренней медицины и несет слушателям знания для последующего использования в практической деятельности. Радует, что на Нижегородской земле выступят ведущие Российские ученые с лекциями, мастер-классами и клиническими разборами.

Выражаю уверенность, что Юбилейный Съезд терапевтов ПФО запомнится всем участникам и станет неотъемлемой частью дальнейшего развития медицинской науки и практики.

Желаю всем участникам мероприятия плодотворной работы, приятного общения и профессиональных успехов!

**Ректор Приволжского исследовательского
медицинского университета, д.м.н.
Н.Н. Карякин**

Глубокоуважаемые коллеги!

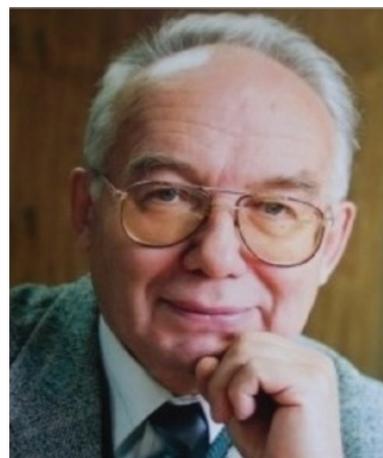
От всей души рад приветствовать на Нижегородской земле участников V юбилейного Съезда терапевтов Приволжского федерального округа. Замечательно, что это значимое мероприятие вновь проходит в нашем Нижнем Новгороде!

Участники Съезда традиционно получают возможность не только познакомиться с новейшими достижениями в области диагностики и лечения важнейших заболеваний внутренних органов, но и поделиться между собой опытом решения различных вопросов и ситуаций, возникающих в ходе повседневной клинической практики.

Повестка Съезда представляется насыщенной, включая как узловые клинические разделы разнообразной внутренней патологии, так и вопросы организации и перспективы помощи больным терапевтической службой округа.

Координатором настоящего Съезда является Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ), его руководство при непосредственном участии Президента академика РАН А.И. Мартынова за последние годы многое сделало для консолидации усилий региональных обществ по совместному решению с практическим здравоохранением многих проблем профилактики, лечения заболеваний, а также реабилитации терапевтических больных.

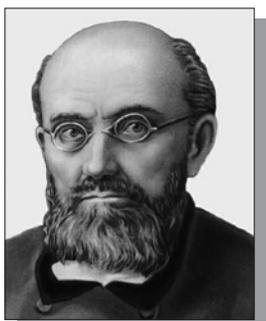
От души желаю участникам Съезда плодотворной работы!



**Почетный член РНМОТ, член Центрального Совета РНМОТ,
профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной
практики им. В.Г. Вогралика ГБОУ ВО «Приволжский
исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, д.м.н.
Н.Н. Боровков**

190-летию со дня рождения Григория Антоновича Захарьина

(8 февраля 1829, Пенза – 23 декабря 1897, Москва)



У Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), отмечающего в 2019 году свое 110-летие, на протяжении уже 10 лет есть традиция посвящать свои мероприятия, проводимые в течение календарного года, выдающимся представителям отечественной терапевтической школы, внесшим значимый вклад в развитие научной медицинской мысли и работу Общества терапевтов. Решением президиума РНМОТ, этот год мы посвящаем памяти великого русского терапевта, профессора Григория Антоновича Захарьина.

Наряду с М.Я. Мудровым, С.П. Боткиным и А.А. Остроумовым, Захарьина по праву следует считать основоположником русской клинической медицины и отечественной терапевтической школы. Г.А. Захарьин совместно с С.П. Боткиным, стал реформатором системы российской медицины во второй половине XIX века. Обязательное применение перкуссии и аускультации, необходимость патологоанатомических вскрытий умерших больных, организация лабораторий при клиниках, использование эксперимента в научных исследованиях, изменение системы высшего медицинского образования – все это было внедрено в отечественное здравоохранение их совместными усилиями.

Он был непревзойденным диагностом и врачом, выдающимся лектором и ученым, заставившим окружающих уважать труд и профессию врача, изменившим отношение общества к самой врачебной профессии. Характерной чертой научного творчества Захарьина служила его сугубо практическая направленность.



Уважаемые коллеги!

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

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

Член RNMOT 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 RNMOT, 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 (на всех мероприятиях RNMOT) получает печатную продукцию RNMOT (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 RNMOT.
- Имеет преимущества при включении докладов в программу научно-практических мероприятий RNMOT (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 RNMOT, включая слайды презентаций.
- Автоматически становится членом Всемирного и Европейского обществ терапевтов.

УЗНАЙТЕ ПОДРОБНОСТИ НА WWW.RNMOT.RU

5 апреля

Зал Ока-Люкс

Зал Ока-Бизнес

Зал Ока-Стандарт 2

09:00					09:00
09:15					09:15
09:30					09:30
09:45					09:45
10:00	Официальное открытие съезда				10:00
10:15					10:15
10:30	Пленарное заседание				10:30
10:45	30' / Мартынов А.И. (Москва) 25' / Симоненко В.Б. (Москва) 25' / Горбунова М.Л. (Нижний Новгород) 40' / Кокорин В.А. (Москва)				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	СИМПОЗИУМ Новое в лечении сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной системы. Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Кузнецов А.Н. (Нижний Новгород)	СИМПОЗИУМ Коррекция метаболизма желчных кислот и цитопротекция при заболеваниях органов пищеварения. Председатель Лазебник Л.Б. (Москва)	СИМПОЗИУМ Болевые синдромы в практике терапевта – диагностика и лечение. Сопредседатели: Ребров А.П. (Саратов), Никитина Н.М. (Саратов)		12:30
12:45					12:45
13:00					13:00
13:15					13:15
13:30					13:30
13:45					13:45
14:00					14:00
14:15					14:15
14:30	Кофе-брейк	Кофе-брейк	Кофе-брейк		14:30
14:45					14:45
15:00	СИМПОЗИУМ Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистый риск: многообразие клинических ситуаций. Сопредседатели: Пименов Л.Т. (Ижевск), Шутов А.М. (Ульяновск)	СИМПОЗИУМ Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Сопредседатели: Агафонова Н.А. (Москва), Ручова А.А. (Нижний Новгород), Хованов А.В. (Москва)	СИМПОЗИУМ Мозаика болевых синдромов: междисциплинарное взаимодействие экспертов в управлении болью. Председатель Дроздов В.Н. (Москва)		15:00
15:15					15:15
15:30					15:30
15:45					15:45
16:00					16:00
16:15					16:15
16:30	СИМПОЗИУМ Актуальные вопросы гериатрии в клинической практике. Сопредседатели: Якушин М.А. (Москва), Жулина Н.И. (Нижний Новгород), Гречухина И.В. (Нижний Новгород)	СИМПОЗИУМ Школа практического врача: что должен знать терапевт? Сопредседатели: Михайлова З.Д. (Нижний Новгород), Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)	Собрание членов РНМОТ Нижегородского регионального отделения с участием членов Президиума РНМОТ.		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

6 апреля

Зал Ока-Люкс

Зал Ока-Бизнес

Зал Ока-Стандарт 2

09:00					09:00
09:15					09:15
09:30					09:30
09:45					09:45
10:00	Сложные вопросы ведения и лечения пациентов с коморбидными состояниями. Сопредседатели: Кароли Н.А. (Саратов), Никитина Н.М. (Саратов)	Симпозиум Школа практикующего врача. Сопредседатели: Боровков Н.Н. (Нижний Новгород), Боровкова Н.Ю. (Нижний Новгород)	Симпозиум В помощь практикующему врачу: избранные вопросы нефрологии. Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Казакова И.А. (Ижевск), Шулькина С.Г. (Пермь)		
10:15					10:15
10:30					10:30
10:45					10:45
11:00					11:00
11:15					11:15
11:30					11:30
11:45					11:45
12:00	Симпозиум Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии. Часть I. Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва), Хамитов Р.Ф. (Казань)	Симпозиум коммерческий симпозиум компании Вертекс (не входит в программу для НМО) Российские инновации и опыт в лечении больных АГ и стабильной ИБС – для практикующего врача. Сопредседатели: Лямина Н.П. (Москва), Боровкова Н.Ю. (Нижний Новгород)	Симпозиум Современные подходы к терапии внутренних болезней. Сопредседатели: Туркина С.В. (Волгоград), Кокорин В.А. (Москва)		
12:15					12:15
12:30					12:30
12:45					12:45
13:00					13:00
13:15					13:15
13:30	Симпозиум Ревматологические заболевания и терапия боли. Сопредседатели: Наумов А.В. (Москва), Никитина Н.М. (Саратов)	Симпозиум Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: новые вызовы и подходы к их решению. Сопредседатели: Боровков Н.Н. (Нижний Новгород), Мижин В.П. (Курск)	Симпозиум Гастроэнтеролог – терапевту. Председатель Полунина Т.Е. (Москва)		
13:45					13:45
14:00					14:00
14:15					14:15
14:30					14:30
14:45					14:45
15:00					15:00
15:15					15:15
15:30	Симпозиум Опыт диспансеризации больных с артериальной гипертонией в Пермском крае. Председатель Корягина Н.А. (Пермь)	Симпозиум Современный взгляд на старые проблемы в эндокринологии. Сопредседатели: Варварина Г.Н. (Нижний Новгород), Тарадайко Н.Ю. (Нижний Новгород), Шевчук В.В. (Пермь)	Сессия Протокол сердечно-легочной и мозговой реанимации. Что нужно знать и уметь терапевту? Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)		
15:45					15:45
16:00					16:00
16:15					16:15
16:30					16:30
16:45					16:45
17:00	Симпозиум Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии. Часть II. Сопредседатели: Макарова Е.В. (Нижний Новгород), Федотов В.Д. (Нижний Новгород)	Конкурс молодых терапевтов Ведущий Кокорин В.А. (Москва)	Мастер-класс Суша теория без практики — учимся оживлять: массаж, дыхание, электричество. Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)		
17:15					17:15
17:30					17:30
17:45					17:45
18:00					18:00
18:15					18:15

Зал Ока-Люкс

09:30–10:00

Официальное открытие съезда

10:00–12:00

пленарное заседание

Роль Российского научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании.

30' | *Мартынов А.И. (Москва)*

Вклад династии Боткиных в развитие отечественной медицины.

25' | *Симоненко В.Б. (Москва)*

Работа Нижегородского регионального отделения РНМОТ на современном этапе. Роль научного общества в обучении врача-терапевта.

25' | *Горбунова М.Л. (Нижний Новгород)*

Внутренняя медицина 2018: краткие итоги.

40' | *Кокорин В.А. (Москва)*

12:15–14:00

симпозиум**Новое в лечении сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной системы.**

Сопредседатели: *Мартынов А.И. (Москва), Кузнецов А.Н. (Нижний Новгород)*

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

30' | *Мартынов А.И. (Москва)*

Коморбидный пациент с артериальной гипертензией (АГ) и диабетом.

Коммерческий доклад компании Мерк (не входит в программу для НМО)

30' | *Сергеева-Кондраченко М.Ю. (Пенза)*

Когнитивные нарушения как обязательный компонент сосудистой коморбидности.

15' | *Шишкова В.Н. (Москва)*

Анемия и сердечно-сосудистые заболевания.

15' | *Мартынов А.И. (Москва)*15' | **Дискуссия**

14:00–14:30

Кофе-брейк

14:30–16:00

симпозиум**Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистый риск: многообразие клинических ситуаций.**

Сопредседатели: *Пименов Л.Т. (Ижевск), Шутов А.М. (Ульяновск)*

Хроническая болезнь почек среди мужчин трудоспособного возраста Предуралья.

20' | *Пименов Л.Т. (Ижевск)*

Хроническая болезнь почек и фибрилляция предсердий. Проблема антикоагулянтной терапии.

20' | *Шутов А.М. (Ульяновск)*

Современные клинические рекомендации коррекции гиперфосфатемии и снижения риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с хронической болезнью почек.

20' | *Сигитова О.Н. (Казань)*

Нарушение кальций-фосфорного обмена как мишень лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХБП.

20' | *Иевлев Е.Н. (Ижевск)*10' | **Дискуссия**

16:15–18:00

симпозиум**Актуальные вопросы гериатрии в клинической практике.**

Сопредседатели: *Якушин М.А. (Москва), Жулина Н.И. (Нижний Новгород), Гречухина И.В. (Нижний Новгород)*

Старческая астения у больных сахарным диабетом. Подходы к терапии.

15' | *Калинникова Л.А. (Нижний Новгород)*

Ошибки ведения пожилого пациента.

15' | *Якушин М.А. (Москва)*

Тактика коррекции гериатрических синдромов.

20' | *Жулина Н.И. (Нижний Новгород)*

Региональная программа «Старшее поколение». Реализация в Нижегородской области.

15' | *Гречухина И.В. (Нижний Новгород)*

Роль витамина D в лечении гериатрических синдромов.

15' | *Смирнова Н.В. (Нижний Новгород)*

Особенности гипотиреоза у пожилых.

15' | *Рунова А.А. (Нижний Новгород)*10' | **Дискуссия****Зал Ока-Бизнес**

12:15–13:45

симпозиум**Коррекция метаболизма желчных кислот и цитопротекция при заболеваниях органов пищеварения.**

Председатель *Лазебник Л.Б. (Москва)*

Повышенная проницаемость слизистой ЖКТ как ключевое звено патогенеза функциональных и органических заболеваний ЖКТ.

45' | *Лазебник Л.Б. (Москва)*

Гепатологические и сердечно-сосудистые осложнения при НАЖБП, возможности мультитаргетной терапии.
45' | *Лазебник Л.Б. (Москва)*

13:45–14:15
Кофе-брейк

14:15–16:00
симпозиум

Актуальные вопросы гастроэнтерологии.

Сопредседатели: *Агафонова Н.А. (Москва), Рунова А.А. (Нижний Новгород), Хованов А.В. (Москва)*

Новые возможности гастропротекции.
15' | *Рунова А.А. (Нижний Новгород)*

Билиарный сладж: зона риска для пациента с функциональным расстройством билиарного тракта (ФРБТ).

30' | *Агафонова Н.А. (Москва)*

Современная энтеросорбция в практике терапевта.
30' | *Хованов А.В. (Москва)*

Новые возможности для коррекции микрофлоры при патологиях кишечника.

15' | *Рунова А.А. (Нижний Новгород)*

15' | Дискуссия

16:15–18:00
симпозиум

Школа практического врача: что должен знать терапевт?

Сопредседатели: *Михайлова З.Д. (Нижний Новгород), Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)*

Лихорадка в практике терапевта: забытый алгоритм или новый путь к диагнозу?

20' | *Михайлова З.Д., Клишкин П.Ф. (Нижний Новгород)*

Лихорадка на перекрестке кардиологии и ревматологии.
20' | *Шаленкова М.А. (Нижний Новгород)*

Фебрильная нейтропения: причины, алгоритм дифференциального диагноза, неотложная помощь.

15' | *Михайлова З.Д., Черепанова В.В., Синькова В.В. (Нижний Новгород)*

Возможности метода эргоспирометрии в дифференциальной диагностике одышки.

20' | *Овчинников Ю.В., Матвеев А.А., Палченкова М.В., Беляев И.А. (Москва)*

Синдром старческой астении: что должен знать терапевт?

20' | *Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)*

10' | Дискуссия

Зал Ока-Стандарт 2

12:15–14:00

симпозиум

Болевые синдромы в практике терапевта – диагностика и лечение.

Сопредседатели: *Ребров А.П. (Саратов), Никитина Н.М. (Саратов)*

Боли в спине: дифференциальная диагностика и лечение.

20' | *Ребров А.П. (Саратов)*

Пациент с остеоартрозом и коморбидными состояниями: как лечить, чтобы не навредить?

20' | *Сигитова О.Н. (Казань)*

Суставной синдром в практике терапевта: вопросы диагностики и лечения.

20' | *Никитина Н.М. (Саратов)*

Подагра, подагрический артрит и бессимптомная гиперурикемия: что и когда лечить?

20' | *Магдеева Н.А. (Саратов)*

Остеоартрит у гериатрического пациента: особенности ведения.

25' | *Ховасова Н.О. (Москва)*

14:00–14:30
кофе-брейк

14:30–16:15

симпозиум

Мозаика болевых синдромов: междисциплинарное взаимодействие экспертов в управлении болью.

Председатель *Дроздов В.Н. (Москва)*

Подводные камни обезболивающей терапии пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и патологией ЖКТ.

30' | *Дроздов В.Н. (Москва)*

Системные боли вертеброгенного генеза при ревматологических заболеваниях.

30' | *Авдоница Ю.Д. (Нижний Новгород)*

Коморбидный пациент с остеоартритом. Ограничения и возможности обезболивающей терапии.

30' | *Соловьёва Е.В. (Нижний Новгород)*

Терапия скелетно-мышечной боли у людей пожилого возраста.

15' | *Цурко В.В. (Москва)*

16:30–18:00

Собрание членов РНМОТ Нижегородского регионального отделения с участием членов Президиума РНМОТ.

Зал Ока-Люкс

09:30–11:15

Сложные вопросы ведения и лечения пациентов с коморбидными состояниями.Сопредседатели: *Кароли Н.А. (Саратов), Никитина Н.М. (Саратов)*

Длительный прием НПВП и гастропатия – возможности и ограничения терапии.

20' | *Ребров А.П. (Саратов)*

Хроническая сердечная недостаточность у больных с ХОБЛ – трудности диагностики.

20' | *Кароли Н.А. (Саратов)*

Ранняя диагностика артериальной гипертензии у больных ревматоидным артритом. Проблемы выбора терапии.

20' | *Никитина Н.М. (Саратов)*

Возможности применения бета-блокаторов у больных с ХОБЛ с сочетанной сердечно-сосудистой патологией: за и контра?

20' | *Кароли Н.А. (Саратов)*

10' | Дискуссия

11:30–13:00

симпозиум

Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии. Часть I.Сопредседатели: *Малявин А.Г. (Москва), Хамитов Р.Ф. (Казань)*

Современный подход в лечении ОРВИ фитопрепаратами.

15' | *Коньшклина Т.М. (Нижний Новгород)*

Аллергический ринит в практике терапевта.

30' | *Малявин А.Г. (Москва)*

Внебольничные пневмонии: факторы риска затяжного течения.

30' | *Хамитов Р.Ф. (Казань)*

Рациональная профилактика и фармакотерапия ОРВИ: есть ли новости?

15' | *Калинникова Л.А. (Нижний Новгород)*

13:15–14:50

симпозиум

Ревматологические заболевания и терапия боли.Сопредседатели: *Наумов А.В. (Москва), Никитина Н.М. (Саратов)*

Терапия хронического болевого синдрома и прорывной боли.

Коммерческий доклад компании Такеда (не входит в программу для НМО)

30' | *Сидоров А.В. (Москва)*Остеoarthritis: доменные концепции будущих стратегий.
30' | *Наумов А.В. (Москва)*Качество жизни и приверженность терапии пациентов с болевым синдромом и коморбидными состояниями.
20' | *Никитина Н.М. (Саратов)*

Плечных дел мастерство. Боль в плече. Клинический разбор.

15' | *Штанг О.М. (Москва)*

15:00–16:30

симпозиум

Опыт диспансеризации больных с артериальной гипертензией в Пермском крае.Председатель *Корягина Н.А. (Пермь)*

Совершенствование диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией в Пермском крае.

20' | *Корягина Н.А. (Пермь)*

Особенности артериальной гипертензии и нарушение сердечного ритма при метаболическом синдроме.

20' | *Бородина Е.Н. (Пермь)*

Особенности когнитивных функций у женщин с артериальной гипертензией.

20' | *Шадрин А.А. (Пермь)*

Уровни артериального давления, суточный профиль АД у женщин среднего возраста в зависимости от менструального статуса.

20' | *Корягина Н.А. (Пермь)*

10' | Дискуссия

16:45–18:15

симпозиум

Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии. Часть II.Сопредседатели: *Макарова Е.В. (Нижний Новгород), Федотов В.Д. (Нижний Новгород)*

Роль врача-терапевта в диагностике и лечении обструктивных заболеваний легких.

25' | *Федотов В.Д. (Нижний Новгород)*

Режим единого ингалятора как оптимальная тактика достижения контроля бронхиальной астмы.

25' | *Макарова Е.В., Меньков Н.В. (Нижний Новгород)*

Вакцинопрофилактика при хронических заболеваниях органов дыхания.

25' | *Любавина Н.А., Макарова Е.В. (Нижний Новгород)*

15' | Дискуссия

Зал Ока-Бизнес

09:30–11:15

симпозиум

Школа практического врача.

Сопредседатели: *Боровков Н.Н. (Нижний Новгород), Боровкова Н.Ю. (Нижний Новгород)*

Проблемы и пути решения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых.

20' | *Боровков Н.Н. (Нижний Новгород)*

Анемия в практике врача-терапевта.

20' | *Горбунова М.Л. (Нижний Новгород)*

Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: что важно знать практическому врачу?

20' | *Боровкова Н.Ю., Ткаченко Е.И. (Нижний Новгород)*

Современные модели саплементации железом при дефиците железа и железodefицитной анемии.

20' | *Волкова С.А., Толбузова Д.Д. (Нижний Новгород)*

Факторы риска и роль хронического производственного стресса в формировании артериальной гипертензии работников транспорта.

15' | *Лузина С.В., Малютина Н.Н., Сединина Н.С., Юй Н.Д., Сединин А.Л. (Пермь)*

10' | Дискуссия

11:30–13:00

коммерческий симпозиум компании Вертекс (не входит в программу для НМО)

Российские инновации и опыт в лечении больных АГ и стабильной ИБС – для практикующего врача.

Сопредседатели: *Лямина Н.П. (Москва), Боровкова Н.Ю. (Нижний Новгород)*

Каким должен быть целевой диапазон уровня АД у пациентов с артериальной гипертензией (новые рекомендации ESC/ESH и ACC/AHA 2018 г.). Как достичь контроля АД просто, эффективно и доступно?

30' | *Лямина Н.П. (Москва)*

Гипертонические кризы: новое в классификации и лечении. Что важно для практического врача?

30' | *Боровкова Н.Ю. (Нижний Новгород)*

Практические вопросы кардиопротекции при стабильной ИБС.

30' | *Боровков Н.Н. (Нижний Новгород)*

13:15–14:45

симпозиум

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: новые вызовы и подходы к их решению.

Сопредседатели: *Боровков Н.Н. (Нижний Новгород), Михин В.П. (Курск)*

Атеросклероз, артериальная гипертензия, сосудистые и органные поражения. Взгляд на проблему.

25' | *Бритов А.Н. (Москва)*

Цитопротекторы в современной кардиологии. Результаты и новые перспективы.

25' | *Михин В.П. (Курск)*

Измерение артериального давления – непростая судьба «простой медицинской услуги» на практике.

25' | *Савенков М.П. (Москва)*

10' | Дискуссия

15:00–16:30

симпозиум

Современный взгляд на старые проблемы в эндокринологии.

Сопредседатели: *Варварина Г.Н. (Нижний Новгород), Тарадайко Н.Ю. (Нижний Новгород), Шевчук В.В. (Пермь)*

Нижегородский областной диабетологический центр: вчера, сегодня, завтра.

20' | *Тарадайко Н.Ю. (Нижний Новгород)*

Риск сердечно-сосудистой патологии у подростков с пубертатным метаболическим синдромом.

20' | *Шевчук В.В., Кашкина Н.В., Малютина Н.Н. (Пермь)*

Опыт работы городского эндокринологического центра в составе крупного многопрофильного учреждения

20' | *Зубеев П.С., Подпружина Н.Г. (Нижний Новгород)*

«Стационарная гипергликемия»: факторы риска, механизмы и исходы. Вопросы верификации и тактика коррекции.

20' | *Варварина Г.Н., Макарова Е.В. (Нижний Новгород)*

10' | Дискуссия

16:45–18:15

Конкурс молодых терапевтов

Ведущий *Кокорин В.А. (Москва)*

Социально-экономические факторы приверженности лечению пациенток с ревматоидным артритом.

7' | *Егорова Е.В. (Саратов)*

Выживаемость и демографические данные пациентов с системной красной волчанкой с поражением почек и без поражения почек.

7' | *Исмаилова Р.Р. (Казань)*

Особенности течения мезангиопролиферативного гломерулонефрита в зависимости от влияния иммунных и неиммунных факторов риска.

7' | *Ким Т.Ю. (Казань)*

Значение различных факторов тромбоэмболического риска у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий по данным кардиологического стационара.

7' | *Курашин В.К. (Нижний Новгород)*

Анализ анемического синдрома у пациентов с ревматоидным артритом.

7' | *Лебедева М.А. (Нижний Новгород)*

Опыт применения объемной сфигмометрии для скрининговой оценки жесткости сосудистой стенки у лиц трудоспособного возраста.

7' | *Милютина М.Ю. (Нижний Новгород)*

Суточные показатели центрального и периферического артериального давления у больных хроническим гломерулонефритом с синдромом артериальной гипертензии.

7' | *Полякова И.В. (Нижний Новгород)*

Частота интрадиализной гипертензии и особенности лекарственной терапии сердечно-сосудистой патологии у пациентов на программном гемодиализе.

7' | *Токарева А.С. (Нижний Новгород)*

Динамика показателей суточного профиля артериального давления и ригидности у больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией при лечении нитрендипином.

7' | *Туличев А.А. (Нижний Новгород)*

Зал Ока-Стандарт 2

09:30–11:15

симпозиум

В помощь практикующему врачу: избранные вопросы нефрологии.

Сопредседатели: *Мартынов А.И. (Москва), Казакова И.А. (Ижевск), Шулькина С.Г. (Пермь)*

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

15' | *Мартынов А.И. (Москва)*

Тубулоинтерстициальный нефрит в практике врача-терапевта.

20' | *Шулькина С.Г. (Пермь)*

Особенности диагностики и лечения инфекции мочевыводящих путей у лиц пожилого возраста.

20' | *Казакова И.А. (Ижевск)*

Поражение почек у больных с разными фенотипами ожирения.

20' | *Шулькина С.Г. (Пермь)*

Поражение почек при сахарном диабете.

Особенности диагностики и терапии.

20' | *Казакова И.А. (Ижевск)*

10' | *Дискуссия*

11:30–13:00

симпозиум

Современные подходы к терапии внутренних болезней.

Сопредседатели: *Туркина С.В. (Волгоград), Кокорин В.А. (Москва)*

На приеме пациент с хронической ишемией мозга, или Мелодия из семи нот. Коммерческий доклад компании ПИК-ФАРМА (не входит в программу для НМО)

30' | *Туркина С.В. (Волгоград)*

Современные возможности лечения резистентной артериальной гипертензии.

30' | *Кокорин В.А. (Москва)*

Многоканальная объемная сфигмография в практике терапевта. (Клинические результаты)

20' | *Кучин К.В., Дроздецкий С.И. (Нижний Новгород)*

10' | *Дискуссия*

13:15–14:45

симпозиум

Гастроэнтеролог – терапевту.

Председатель *Полунина Т.Е. (Москва)*

Типичные причины развития болей в животе.

Дифференциальная диагностика и лечение пациентов с абдоминальной болью.

20' | *Полунина Т.Е. (Москва)*

Субклиническое и клиническое воспаление слизистой – основа многих заболеваний ЖКТ.

20' | *Власова Т.В. (Нижний Новгород)*

Разбор клинического случая. Редкое заболевание печени.

40' | *Полунина Т.Е. (Москва)*

10' | *Дискуссия*

15:00–16:30

сессия

Протокол сердечно-легочной и мозговой реанимации. Что нужно знать и уметь терапевту?

Ведущий *Пасечник И.Н. (Москва)*

Внезапная остановка сердца: диагностика клинической смерти, методы оказания помощи, инструменты и аппаратура, нормативные акты (как правильно сделать и ...написать в истории болезни).

16:45–18:15

мастер-класс

Суша теория без практики – учимся оживлять: массаж, дыхание, электричество.

Ведущий *Пасечник И.Н. (Москва)*

В процессе занятия отрабатываются практические навыки проведения СЛМР: диагностика клинической смерти, непрямой массаж сердца, обеспечение проходимости дыхательных путей, проведение искусственной вентиляции легких, электрическая дефибрилляция, внутрикостный доступ. Все настоящее, кроме пациента (манекен).

ООО «Асцензия диабетическая продукция», Россия

123610, Москва, Краснопресненская наб., д. 12, оф. 1009
телефон: +7 (495) 730-59-61
электронная почта: info.ru@ascensia.com
www.diabetes.ascensia.com.ru

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

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



Компания «Бионорика SE», 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 SE» (Германия) – один из ведущих европейских производителей высококачественных растительных лекарственных препаратов. В своей деятельности «Бионорика» реализует оригинальную концепцию phytoneering (от «phyto» – растение и «engineering/pioneering» – прикладная наука, инженерное искусство/быть первым). Компания «Бионорика» известна своими препаратами для лечения заболеваний верхних и нижних отделов дыхательных путей (Синупрет®, Тонзилгон® Н, Бронхипрет®, Тонзипрет®), урологических заболеваний (Канефрон®Н).



Biotehnos

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

Официальный
спонсор

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



АО «ВЕРТЕКС»

Официальный
спонсор

197350, Санкт-Петербург, дорога в Каменку, дом № 62, литера А
телефон/факс: +7 (812) 329-30-41
электронная почта: vertex@vertex.spb.ru
www.vertex.spb.ru



Российская фармкомпания из Петербурга, производит более 240 позиций: лекарств (более 160 наименований, около 80 из них входят в перечень ЖНВЛП), косметических средств и БАДов. Зарегистрирована в 1999 г., производство запущено в 2003 г. Лидер по объему продаж рецептурных лекарств в аптеках РФ среди российских производителей (DSM Group, октябрь 2017-сентябрь 2018). Полный цикл от разработки до упаковки продукции. С 2018 г. строит вторую и третью очереди фармкомплекса, его проектная мощность составит более 200 млн упаковок продукции в год. Система качества соответствует национальным и международным стандартам: GMP, ISO 9001.

Лауреат премии Правительства РФ в области качества, 2017 г. – высшую госнаграду в сфере качества вручил Д.А. Медведев.

Занимает первое место среди быстрорастущих фармпроизводителей в России с 2015 года (DSM Group).

Компания «Гринвуд»

109074, Москва, Славянская пл., д. 2/5/4, стр. 3
телефон: +7 (499) 501-76-04



Компания «Гринвуд» – эксклюзивный поставщик натуральных растительных препаратов, производимых крупнейшими фармацевтическими фабриками Индонезии:

- Современное технологическое оборудование;
- Аккредитованные химико-биологические лаборатории;
- Соответствие продукции требованиям GMP;
- Микробиологический контроль продукции и производственных процессов.

Препараты группы Пролит, Урисан, Золотой Конек, Фитопиллюли Ремилакс представлены во всех крупных городах России.

ООО «Гриндекс Рус»

Москва, Варшавское ш., д. 74, корп. 3
телефон: +7 (495) 771-65-05
электронная почта: office@grindeks.ru
www.grindeks.ru



ООО «Гриндекс» – ведущее фармацевтическое предприятие Балтии. В портфеле «Гриндекс» препараты: МИЛДРОНАТ (мельдоний) – для защиты сердца, мозга и сосудов от ишемии, ГРИНТЕРОЛ (УДХК) – для терапии холестаза, медикаментозного литолиза и гепатопротекции, ИПИГРИКС (ипидакрин) – для улучшения нервно-мышечной проводимости и когнитивных функций, СОМНОЛ (зопиклон) – для лечения любых видов бессонницы, ТИНГРЕКС (мемантин) – для терапии деменций, а также мази КАПСИКАМ и ВИПРОСАЛ В – для лечения боли в спине, мышцах и суставах, АПИЛАК Гриндекс (пчелиное маточное молочко) – общетонизирующий препарат, эффективное средство для усиления и восстановления лактации, ГЕРБАСТРЕСС (БАД) – спокойствие и сон, дарованные природой.



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ



- 💧 Достоверное уменьшение боли
- 💧 Улучшение функции суставов
- 💧 Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- 💧 Уменьшение деградации матрикса суставного хряща*



BIOTENOS
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8-800-333-24-71
www.alflutop.ru

* Л.И. Алексеева, Е.П. Шарапова, Е.А. Таскина, Н.В. Чичасова, Г.Р. Имамединова, Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, Л.Н. Денисов. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014; 52(2): 174-177. DOI:10.14412/1995-4484-2014-174-177

На правах рекламы

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

АО «ГлаксоСмитКляйн Хелскер»

123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10
телефон: +7 (495) 777-98-50
www.gsk.com



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

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

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

ООО «ДИАМЕД-фарма»

141069, Московская обл., Королев, мкр. Первомайский, ул. Советская, д.31
телефон: +7 (499) 707-11-52
электронная почта: kp@diamed-farma.com



«ДИАМЕД-фарма» – это современная, динамично развивающаяся фармацевтическая компания, основанная в августе 2008 г. Компания принадлежит к новой генерации фармацевтических производителей и осуществляет свою деятельность в соответствии с инновационными тенденциями развития фармацевтического рынка, отвечающих международным стандартам качества. С 2015 г. «ДИАМЕД-фарма» владеет брендом «Муколат» (зарегистрированный ТЗ), РУ, патентами на состав и производство.

«ДОМИНАНТА-СЕРВИС»

142100, Московская обл., Подольск, ул. Комсомольская, д.1
телефон: +7 (495) 580-30-60
электронная почта: sekretar@dn-serv.ru
www.dominanta-service.ru



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

КОНСИЛАР-Д24

индапамид
+ рамиприл

Ответственность
за долгую жизнь



- ✓ Контроль АД 24 часа
- ✓ Снижает смертность от сердечно-сосудистых причин на 25 %*
- ✓ Снижает риск развития сахарного диабета на 30 %*



* На основании данных исследований HOPE (The Heart Outcomes Prevention Evaluation); HOPE 2 (The Heart Outcomes Prevention Evaluation 2); RACE (RAMipril Cardioprotective Evaluation study); Blankenberg S, McQueen MJ, Smieja M, Pogue J, Balion C, Lonn E, Rupprecht HJ, Bickel C, Tiret L, Cambien F, Gerstein H, Münzel T, Yusuf S.

Реклама.

 **ВЕРТЕКС**
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

199106, Россия, Санкт-Петербург, В. О., 24 линия, д. 27 А
www.vertex.spb.ru

Телефон горячей линии:
8-800-2000-305

ООО «МАЙОЛИ СПИНДЛЕР»

Mayoly Spindler
Москва, ул. Садовая-Самотечная, д. 24/27
телефон: +7 (495) 664-83-03
электронная почта: vopros@mayoly.ru
mayoly-spindler.ru



«Майоли Спидлер» – французская фармацевтическая компания, специализирующаяся в области гастроэнтерологии, основана в 1909 г. Имеет 3 производственных предприятия, расположенных в окрестностях Парижа. «Майоли Спидлер» совместно со множеством партнеров проводит научно-исследовательские работы и ищет инновационные решения в лечении различных заболеваний. Компания занимает большую долю рынка лекарственных средств в Европе, применяемых в гастроэнтерологии, которые представляют собой 70% фармацевтического направления компании. В настоящее время компания представлена более чем в 70 странах мира и имеет более десяти дочерних предприятий (Германия, Бельгия, Италия, Испания, Швеция, Алжир, Мексика и др.)

Безрецептурные препараты: Хофитол, Метеоспазмил

Рецептурные препараты: Пепсан, Колокит

БАДы: Пробиолог и Пробиолог Форте

ООО «Мерк»

115054, Москва, БЦ Wall Street, ул. Валовая, д. 35, 6 эт.
телефон: +7 (495) 937-33-04
факс: +7 (495) 937-33-05
электронная почта: russia@merckgroup.com
www.merck.ru

Компания MERCK, основанная в 1668 г., является одной из старейших фармацевтических и химических компаний в мире. В портфель препаратов инновационно-технологической компании MERCK входят уникальные бренды, призванные помочь в борьбе с различными заболеваниями:

Конкор® (оригинальный бисопролол) – эталонный высокоселективный бета-адреноблокатор, предназначенный для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, ИБС, ХСН).

Глюкофаж® – самый популярный в России оригинальный метформин – «золотой стандарт» для борьбы с сахарным диабетом 2 типа и предиабетом.

Эутирокс® представлен уникальной линейкой дозировок, которая позволяет максимально точно подобрать терапию для пациентов с гипотиреозом.

Тирозол® – основной тиреостатический препарат на рынке, предназначенный для лечения тиреотоксикоза, препараты для лечения колоректального рака и рака головы (Erbix®), препараты для борьбы с бесплодием (Гонал-Ф®, Перговерис® и др.).

Мавенклад® – первый пероральный препарат с коротким курсом приема для лечения высокоактивного ремиттирующего рассеянного склероза.

Препараты компании MERCK на протяжении многих лет активно применяются врачами для лечения пациентов по всему миру.



- По результатам исследования, проведенного профессором д-ром Вольфом-Дитером Мюллером-Янке
- Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® П N012963/01
- Инструкция по медицинскому применению препарата Глюкофаж® П №014600/01
- Инструкция по медицинскому применению препарата Тирозол® П N014893/01
- Инструкция по медицинскому применению препарата Эутирокс® П N015039/01 для дозировок 25, 50, 75, 100, 125 и 150 мкг; ЛП-000910 для дозировок 88, 112 и 137 мкг.
- Инструкция по медицинскому применению препарата Эрбитукс® ЛСР-002745/09, 2009-04-07
- Инструкция по медицинскому применению препарата Гонал-Ф® № ЛС-000957, № ЛС-000200
- Инструкция по медицинскому применению препарата Перговерис® №ЛП-001160

«НИАРМЕДИК»

125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, 12, Комплекс «Линкор», корп. А
телефон: +7 (495) 741-49-89
электронная почта: info@nearmedic.ru
www.nearmedic.ru, www.kagocel.ru, www.collost.ru, www.collostmed.ru

«Ниармедик» – российская фармацевтическая, биотехнологическая, медицинская компания, созданная в 1989 г. Существующий портфель фармацевтических препаратов и изделий медицинского назначения компании в РФ и СНГ включает, среди прочего, противовирусный препарат Кагоцел и восстановительный комплекс Коллост, а также новые современные диагностические тест-системы. Компания «Ниармедик» также поставляет на внутренний рынок лабораторное оборудование мировых производителей, проводит его сервисное обслуживание, а также развивает сеть многопрофильных клиник. Все продукты компании выпускаются на собственных производственных площадках «Ниармедик» в Москве и Обнинске. С 2012 г. компания является одним из создателей и активным участником (входит в Правление) НП «Калужский фармацевтический кластер».



ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН»

192102, Санкт-Петербург, ул. Салова, д. 72, к. 2, лит. А
телефон: +7 (812) 710-82-25
факс: +7 (812) 764-62-84
электронная почта: info@polysan.ru
www.polysan.ru

«ПОЛИСАН» – российский производитель оригинальных препаратов Циклоферон, Реамберин, Цитофлавин и Ремаксол. Входит в число ведущих российских фармпроизводителей. Производственная площадка «ПОЛИСАН» имеет сертификат GMP PIC/S (2015 г.) и отвечает самым высоким стандартам. Завод выпускает более 22 млн упаковок лекарственных препаратов в год.

Продукция компании поставляется во все регионы России, в страны СНГ, Юго-Восточной Азии, Латинской Америки и Монголию.

В настоящий момент фирма реализует проекты по локализации производства препаратов международных фармацевтических концернов Stada, Bayer и Pfizer.

В 2018 г. состоялось открытие 3-й очереди фармацевтического завода, рассчитанной на увеличение выпуска таблетированных форм более чем в 3 раза. В 2019 г. «ПОЛИСАН» готовится к открытию собственного научно-технологического центра.



ООО ПИК-ФАРМА

125047, Москва, Оружейный пер., д.25, стр.1
телефон: +7 (495) 925-57-00
электронная почта: pikfarma@pikfarma.ru
www.pikfarma.ru

«ПИК-ФАРМА» – российская инновационная фармацевтическая компания. В ее состав входят подразделения по разработке, регистрации, производству, продвижению и реализации современных лекарственных препаратов.

Выпуск продукции осуществляется на собственных производственных мощностях, отвечающих европейским стандартам качества в сфере фармацевтического производства.

В числе немногих российских фармпроизводителей «ПИК-ФАРМА» самостоятельно выпускает фармацевтические субстанции, что позволяет контролировать качество продукции на всех стадиях создания препарата.

В компании функционирует технологическая лаборатория, которая занимается разработкой составов фармацевтических средств и технологий их производства, а также содействует производственным площадкам в переносе технологий.

Лекарственные препараты компании применяются в педиатрии, неврологии, психиатрии, кардиологии, эндокринологии.

Компания «ПИК-ФАРМА» ведет активную инновационную деятельность, осуществляя поиск перспективных научных разработок для их дальнейшего развития и вывода на рынок в качестве новых лекарственных средств.



PRO.MED.CS Praha a.s. (ПРО.МЕД.ЦС Прага а.о.)

Чешская республика
Представительство в России: 115088, Москва, ул. Угрешская, д.2, стр.99
телефон/факс: +7 (495) 665-61-03
электронная почта: promedcs@promedcs.ru
www.promed.cz/ru

Официальный спонсор

PRO.MED.CS Praha a.s. – чешская фармацевтическая компания, имеет собственное современное фармацевтическое производство твердых лекарственных форм в г. Прага, оснащенное высокотехническим оборудованием, отвечающее высшим европейским стандартам, что подтверждено сертификатами GMP, GCP, GLP, ISO. PRO.MED.CS Praha a.s. одной из первых иностранных фармкомпаний, в дополнение к европейскому, получила российский сертификат GMP.

В 2014 г. компания отметила 25 лет со дня своего основания.

PRO.MED.CS Praha a.s. производит более 30 препаратов и ежегодно выпускает и регистрирует новые лекарственные средства. Кроме того, компания обладает эксклюзивными правами для представления лекарственных препаратов других Европейских фирм-производителей.

На российском рынке компания представляет препараты, используемые в различных областях клинической медицины, ассортимент включает лекарственные средства, применяемые в гастроэнтерологии, кардиологии, урологии, гинекологии, неврологии, ревматологии, витаминно-минеральные комплексы, а именно: УРСОСАН, ИНДАП, ПРОПАНОРМ, ИТОМЕД, СПАЗМЕКС, МОНОСАН, СЕЛЦИНК ПЛЮС, ПРОМАГСАН и новые инновационные препараты РЕБАГИТ и НИТРЕМЕД. Философия компании PRO.MED.CS Praha a.s. – препараты современных фармакотерапевтических групп высокого качества по доступным ценам.





Rompharm Company

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

Rompharm Company – современное европейское производство (GMP), выпускающее лекарственные препараты для стран Европейского Союза и СНГ.

С 2016 г. Rompharm Company производит оригинальный инъекционный хондропротектор – ГАГ-пептидный комплекс – Румалон в строгом соответствии с технологией компании Robapharm AG (Швейцария).

Доверие врачей и пациентов заслужил рецептурный препарат ДИАФЛЕКС (МНН диацереин) для базисной противовоспалительной терапии остеоартроза (ESCEO, 2016).

Приоритетом развития Rompharm Company видит дальнейшее производство современных европейских лекарственных препаратов по доступным ценам для российских пациентов. Мы желаем всем здоровья!

«ФармФирма «Сотекс»

телефон: +7 (495) 231-15-12
электронная почта: info@sotex.ru
www.sotex.ru



«Сотекс» – современный производитель лекарственных средств. Завод «Сотекса», расположенный в Сергиево-Посадском районе Московской области, изначально спроектирован и функционирует в соответствии с требованиями GMP и является одним из наиболее высокотехнологичных и инновационных фармацевтических предприятий в России. На заводе осуществляется полный производственный цикл: приготовление инъекционных растворов, наполнение ампул и шприцев с последующей маркировкой, упаковкой и отгрузкой на склад.

ООО «ТНК СИЛМА», Россия

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

ООО «ТНК СИЛМА» – российская фармацевтическая компания, производитель оригинальных препаратов для медицинского и ветеринарного применения на основе кремнийорганического соединения. В состав фламанского продукта компании, препарата ЭНТЕРОСГЕЛЬ®, входит полиметилсилоксан полигидрат (70%) и очищенная вода (30%).

ЭНТЕРОСГЕЛЬ® – гелевидный энтеросорбент, предназначенный для связывания в желудочно-кишечном тракте и выведения из организма токсических веществ различной природы, возбудителей заболеваний, метаболитов. Что важно, препарат не уменьшает всасывание витаминов и микроэлементов.

ЭНТЕРОСГЕЛЬ® помогает защитить всю семью от: аллергических реакций, пищевых отравлений, синдрома раздраженного кишечника, диареи (бактериальной, вирусной, ротавирусной, антибиотик-ассоциированной, диареи путешественников). Благодаря своим уникальным свойствам, Энтеросгель применяется в различных областях медицины: аллергологии, гастроэнтерологии, инфектологии, нефрологии, токсикологии, акушерстве и гинекологии, хирургии и др.

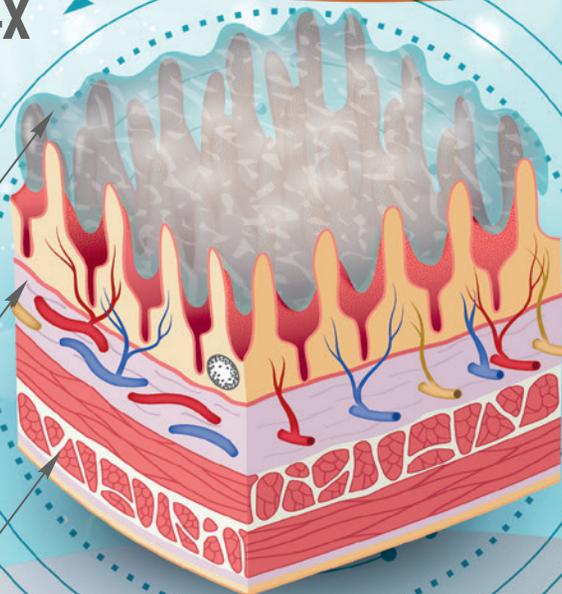


РЕБАГИТ

ПРЕПАРАТ БАЗИСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ^{1,2,3}

СПОСОБСТВУЕТ
ВОССТАНОВЛЕНИЮ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НА 3-Х
СТРУКТУРНЫХ УРОВНЯХ,
а именно:

- 1 СЛОЙ СЛИЗИ⁴
- 2 ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ
СЛОЙ^{5,6,7}
- 3 ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ,
обеспечивающий
кровообращение
слизистой оболочки⁸



ДЕЙСТВУЕТ
НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ ЖКТ⁹



РУ ЛП-001831

1. Jaalar M et al, «Eacacy of Rebamipide in Organic and Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta Analysis», Digestive Diseases and Sciences [2018] 63:1250-1260.
2. Terano A et al, «Rebamipide, a gastro-protective and anti-inflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for Helicobacter pylori in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial», J Gastroenterol. 2007 Aug; 42(8): 690-3.
3. Zhang S et al, «Rebamipide Helps Defend Against Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs Induced Gastroenteropathy: A Systematic Review and Meta-Analysis», Dig Dis Sci. 2013 Jul; 58(7): 1991-2000.
4. K. Iijima t al, «Rebamipide, a Cytoprotective Drug, Increases Gastric Mucus Secretion in Human: Evaluations with Endoscopic Gastrin Test», Dig Dis Sci. 2009 Jul; 54(7): 1500-1507.
5. Kleine A. et al, «Stimulation of prostaglandin biosynthesis mediates gastroprotective effect of rebamipide in rats» Dig Dis Sci. 1993; 38: 1441-1449.
6. Suzuki T. et al, Prophylactic effect of rebamipide on aspirin-induced gastric lesions and disruption of tight junctional protein zonula occludens-1 distribution, J Pharmacol Sci. 2008 Mar; 106(3): 469-77.
7. Hayashi S. et al, «Effect of Rebamipide, a Novel Antiulcer Agent, on Helicobacter pylori Adhesion to Gastric Epithelial Cells» Antimicrob. Agents Chemother. August 1998 vol. 42 no. 8 1895-1899.
8. Tarnawski AS et al. Rebamipide activates genes encoding angiogenic growth factors and Cox2 and stimulates angiogenesis: a key to its ulcer healing action? Dig Dis Sci. 2004 Feb; 49(2): 202-9.
9. Matysiak-Budnik T et al. «Review article: rebamipide and the digestive epithelial barrier», Aliment Pharmacol Ther 2003; 18 (Suppl. 1): 55-62.

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Уполномоченный представитель держателя РУ в РФ: ЗАО «ПРО.МЕД.ЦС», 115193, Москва, 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1. Тел./факс: [495] 679-07-03, [985] 993-04-15 | info@promedcs.ru | www.promedcs.ru

Информация для медицинских и фармацевтических работников

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: Russia@takeda.com
www.takeda.com.ru



Takeda Pharmaceutical Company Limited – международная фармацевтическая компания с фокусом на передовые научные разработки. Takeda стремится заботиться о здоровье пациентов при помощи новейших достижений в области науки и создавать лекарственные препараты, спасающие людям жизнь. Компания фокусируется на разработке и производстве инновационных лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний, заболеваний в области гастроэнтерологии, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы и заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, а также на производстве вакцин. Takeda ведет научно-исследовательские разработки как самостоятельно, так и совместно с научным и бизнес-сообществом для сохранения своего высокого места среди лидеров инноваций в отрасли. Активное присутствие на развивающихся рынках и инновационные продукты онкологического и гастроэнтерологического портфеля являются основными драйверами роста компании. Более 30 000 сотрудников Takeda работают для улучшения качества жизни пациентов, взаимодействуя со специалистами здравоохранения в более 70 странах мира.

ООО «Такеда Фармасьютикалс» («Такеда Россия», «Такеда»), центральный офис расположен в Москве, входит в состав Takeda Pharmaceutical Company Limited, Осака, Япония. Более подробную информацию о Takeda Pharmaceutical Company Limited вы можете найти на сайте компании <http://www.takeda.com> или о «Такеда» в России на <http://www.takeda.com.ru>

ООО «ЭГИС-РУС»

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



ООО «ЭГИС-РУС» является дистрибьютором продукции венгерской компании ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» на территории России. Компания «ЭГИС», штаб-квартира располагается в Будапеште, Венгрия, является одним из ведущих производителей дженерических лекарственных средств в регионах Центральной и Восточной Европы и странах СНГ. Деятельность компании охватывает все звенья производственно-сбытовой фармацевтической цепочки: от исследований и разработок, производства активных фармацевтических ингредиентов и готовой продукции до продаж и маркетинга. Ассортимент продуктового портфеля насчитывает 631 препарат, большая доля которого принадлежит к таким областям медицины, как кардиология, неврология, психиатрия, аллергология, дерматология и гинекология.

Кардиологический портфель компании «ЭГИС» в России представлен:

Аллопуринол-ЭГИС, Кордафлекс® (нифедипин), Нитроминт® (нитроглицерин), Розулип (розувастатин), Таллитон® (карведилол), Хартил® (рамиприл), Эгилорк® (метопролол), Эгитромб (клопидогрел), Эгипрес® (амлодипин+рамиприл).

Гинекологическая линия представлена препаратами:

Сорбифер Дурулес (таблетки), Залаин (свечи, крем), Бетадин (свечи, раствор, мазь), Вагилак (капсулы и жидкое мыло), Феминал (капсулы), Фолацин (таблетки).

ООО «Юнифарм»

115162, Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр. Б, подъезд 5
телефон: +7 (495) 995-77-67
факс: +7 (495) 995-77-67
электронная почта: info@unipharm.ru
www.unipharm.ru

ООО «Юнифарм» – это фармацевтическая компания, специализирующаяся на разработке, производстве и продаже рецептурных, безрецептурных лекарственных препаратов, а также профессиональных биологически активных пищевых добавок.

Компания «Юнифарм» активно расширяет портфель препаратов для лечения различных патологий, таких как остеоартроз суставов и позвоночника, нарушения сна, защиты иммунитета и профилактики недостатка витаминов, улучшения функциональных состояний органов и систем, снижения риска заболеваний, нормализации микрофлоры, защиты желудочно-кишечного тракта, а также продуктов для педиатрии.



НЕ МОЖЕТЕ ДОБАВИТЬ ДНЕЙ К ЖИЗНИ ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ? ДОБАВЬТЕ ЖИЗНИ К ИХ ДНЯМ!



ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА С ФЕНТАНИЛОМ | 72 ЧАСА КОНТРОЛИРУЕМОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ



- Эффективность сравнима с морфином¹⁻⁶
- На 65% меньше относительный риск (RR) развития констипации по сравнению с пероральным морфином⁴
- На 43% меньше относительный риск (RR) проявления тошноты и рвоты по сравнению с пероральным морфином⁴
- На 41% ниже относительный риск (RR) проявления головокружений и сонливости по сравнению с пероральным морфином⁴
- Минимальный риск передозировки^{7, 8}
- Низкий риск злоупотребления среди наркотических анальгетиков^{9, 10}

1. Ahmedzai S., Brooks D.J. Pain Symptom Manage. 1997; 13: 254–61. 2. Wong J.O., et al. Acta Anaesthesiol Sin. 1997; 35: 25–32. 3. Payne R., et al. Clin Oncol. 1998; 16: 1588–93. 4. Yang Q., et al. J. Exp Clin Cancer Res. 2010; 29: 67–5. Zhu Y.L., et al. Chin J. Cancer Res. 2011; 23: 317–22. 6. Hadley G., et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013. 7. Wagner T., et al. Poster presented at 6-th Congress of European Federation of IASP. Sept. 2009. 8. Marier J.F., et al. Pharmacokinetics, Tolerability, and Performance of Novel Matrix Transdermal Delivery System of Fentanyl to the Commercially Available Reservoir Formulation in Healthy Subjects. J. Clin. Pharmacol. 2006; 46: 642. 9. Nowak S., et al. Pain Medicine. 2004; 2: 59–65. 10. Stephen A. Bulter, et al. Harm Reduction Journal, 2006.

Сокращённая информация по применению

Торговое наименование: Фендивия™. **Действующее вещество:** Фентанил. **Лекарственная форма:** трансдермальная терапевтическая система, дозировка 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч. **Показания к применению:** Взрослые: Хронический выраженный болевой синдром, требующий длительного непрерывного обезболивания опиоидными анальгетиками. Дети: Длительное обезболивание хронического болевого синдрома у детей с 2 лет, получающих терапию опиоидными анальгетиками. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к фентанилу или вспомогательным веществам; угнетение дыхательного центра, в том числе острое угнетение дыхания; раздражённая, облучённая или повреждённая кожа на месте аппликации; диарея на фоне псевдомембранозного колита, обусловленного цефалоспорином, линкозамидами, пенициллинами; токсическая диспепсия; препарат не следует применять для лечения острой или послеоперационной боли; тяжёлые поражения ЦНС; одновременное применение ингибиторов MAO или приём в течение 14 дней после их отмены; детский возраст до 2 лет. Безопасность трансдермальных пластырей, содержащих фентанил, при беременности не установлена. **Способ применения и дозы:** трансдермально. Трансдермальный пластырь высвобождает фентанил в течение 72 часов. Необходимая дозировка фентанила подбирается индивидуально и должна пересматриваться регулярно. Полная информация о способе применения и дозах содержится в инструкции по применению препарата. **Побочное действие:** Наиболее опасной нежелательной реакцией является угнетение дыхания. Очень частые и частые: спутанность сознания, депрессия, чувство тревоги, галлюцинации, бессонница, анорексия, сонливость, головная боль, головокружение, тремор, парестезия, вертиго, ощущение сердцебиения, тахикардия, артериальная гипертензия, диспноэ, тошнота, рвота, запор, диарея, боли в области живота, боль в эпигастрии, сухость во рту, диспепсия, гиперчувствительность, потливость, зуд, сыпь, эритема, мышечные спазмы, задержка мочи, усталость, периферические отёки, астения, недомогание, чувство холода. Профиль нежелательных реакций у детей и подростков был аналогичен таковому у взрослых. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению препарата. **Особые указания:** препарат следует использовать как часть комплексного лечения боли у пациентов при условии адекватной медицинской, социальной и психологической оценки их состояния. Препарат Фендивия™ относится ко II списку наркотических препаратов. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

ООО «Тakeda Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1, т: (495) 933 5511, ф: (495) 502 1625, www.takeda.com/ru-ru.

Рег. удостоверение: ЛСР-005232/09. Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению. Дата выпуска рекламы: март 2019 г.



Средства профессиональной информации и коммуникации

Генеральный
информационный спонсор



Генеральный
информационный спонсор



Генеральный
информационный спонсор



Журнал «Терапия», Россия

117485, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 334-43-88, доб. 224
электронная почта: reklama@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, д.м.н., 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.

Портал российского врача www.medvestnik.ru

117485, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
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 для специалистов здравоохранения.

Журнал «Фарматека», Россия

117485, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmateca.ru

Журнал публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов.

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

ПОДПИСКА

ТЕРАПИЯ

«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 2019 год:

Годовая подписка **2 024 руб. 00 коп.**
каждому оформившему годовую подписку - в подарок
«Алгоритмы диагностики и лечения» (два выпуска в год)

Первое полугодие **1 100 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 2019 год можно в любом почтовом отделении
по каталогу «Газеты и журналы» Агентства Роспечать
80346 (полугодовая)

Генеральный
информационный спонсор

Фармацевтический
ВЕСТНИК

Газета «Фармацевтический вестник»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефоны: +7 (495) 786-25-57, +7 (495) 786-25-34
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmvestnik.ru

Газета «Фармацевтический вестник» – ведущее информационно-аналитическое издание и интернет-портал для специалистов российского фармацевтического рынка и смежных отраслей. Полноцветный еженедельник объемом 24–48 полос формата А3 выходит 42 раза в год тиражом 16 200 экземпляров; распространяется по подписке. Газета издается с 1994 г.

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

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

Среди постоянных читателей газеты – не только руководители крупнейших предприятий фармацевтической отрасли, 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.

Информационные партнеры

Газета «Московские аптеки», Россия

109456, 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 г. 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.



Журнал «РМЖ», Россия

105066, 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. Издаётся 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



ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика»

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

ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последиplomного образования врачей различных специальностей: журнал ConsiliumMedicum, приложения ConsiliumMedicum – «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная Онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета Невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», DentalTribune; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.



Consilium Medicum

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

Тираж 55 000 экз.

Периодичность 12 номеров в год.

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

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

Особенности издания:

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

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



CONSILIUM
MEDICUM

Газета «Участковый терапевт»

115054, Москва, Жуков пр., 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;
- Пожилкой 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.



УЧАСТКОВЫЙ
ТЕРАПЕВТ

Медицинское издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»

Медицинское издательство «Ремедиум Приволжье» – профессиональное развитие информационной среды в медицине и фармации. Вместе работа интереснее и эффективнее!

Издательство «Ремедиум Приволжье» с 2001 года специализируется на проведении информационной работы в различных отраслях медицины, способствуя развитию качества медицинской и фармацевтической помощи, содействуя реализации приоритетных задач национальных проектов в области здравоохранения.

Издательство «Ремедиум Приволжье» использует взаимодополняющий опыт информационного сотрудничества со специалистами как в печатной, так и в устной форме, что дает хорошие перспективы и возможности дальнейшего развития.

Деятельность нашей организации складывается из нескольких направлений:

- Издание информационно-аналитического журнала «Ремедиум Приволжье» www.remedium-nn.ru
- Издание рецензируемого общероссийского научно-практического журнала «Медицинский Альманах» www.medalmanac.ru
- Издание электронного рецензируемого научного «Журнала МедиАль» www.medial-journal.ru
- Издание медицинской литературы (монографии, брошюры, учебники, справочная и научно-методическая литература)
- Организация специализированных медицинских и фармацевтических научно-практических мероприятий (семинаров, школ, конференций, съездов, форумов, симпозиумов и выставок).

Мы рады вашим письмам и сообщениям на адреса электронной почты:

nn_remedium@medalmanac.ru – общие организационные вопросы, статьи и обсуждение публикаций;
medalmanac@medalmanac.ru – все для научных публикаций и научных программ мероприятий;
commerc@medalmanac.ru – вопросы размещения рекламы и коммерческого участия в научно-практических мероприятиях.

www.remedium-nn.ru; www.medalmanac.ru; www.medial-journal.ru



РЕМЕДИУМ

Интернет-партнеры

Медицинский портал Medego.ru

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

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



Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012, Москва, ул. Ильинка, д.4 Гостиный Двор,
БЦ «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, Москва, 5-я Магистральная ул., 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 соцсетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково».



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

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



Медицинский образовательный сайт, социальная сеть для врачей «Врачи вместе» www.vrachivmeste.ru представляет собой закрытый сайт, на котором на данный момент зарегистрировано более 113 тыс. врачей всех медицинских специальностей.

На базе этого сайта мы проводим обучающие вебинары, интернет-конференции, онлайн-трансляции с крупнейшими конгрессов Москвы, а также аккредитованные мероприятия (заявки по учебным мероприятиям представляются в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО на соответствие установленным требованиям).

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

Москва, ул. Красная Пресня, д. 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

Психовегетативные аспекты дисплазии соединительной ткани у военнослужащих срочной службы Акимова А.В., Миронов В.А., Лях В.Д., Гагиев В.В., Палабугина П.А., Мокроносова О.И.	41
Особенности иммунологической диагностики и лечения больных ревматоидным артритом с признаками диастолической дисфункции левого желудочка Александров В.А., Александров А.В., Никитина Н.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.	41
Некоторые показатели липидов и воспаления у больных ишемической болезнью сердца после стентирования венечных артерий Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А.	42
Динамика антропометрических показателей у мужчин 18-29 лет с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями при разных подходах к лечению Андреева Е.А., Барабаш А.В., Гожая И.Н., Костина Л.В.	43
Беременная с изжогой на приеме у терапевта: анализ эффективности и безопасности лечения Аргунова И.А.	43
Скрытое первично-хроническое течение эндокардита с позиций взглядов выдающихся представителей отечественной медицины прошлого и результатов многолетнего изучения первично-хронического септического эндокардита (1980-2019) Бушманова Г.М.	44
Динамика формирования трехклапанного поражения у больной исходным париетальным септическим эндокардитом (1990-2019) Бушманова Г.М., Зорина И.Г.	45
Гипергликемия у больных с обструктивными заболеваниями легких: причины формирования, пути профилактики и терапии Варварина Г.Н., Милютин М.Ю., Пластинина С.С., Макарова Е.В.	45
Проблемы использования опиоидных анальгетиков в клинической практике Введенская Е.С., Палехов А.В.	46
Современные модели саплементации железом при железодефицитной анемии и дефиците железа Волкова С.А., Толбузова Д.Д.	47
Биомеханика сердца и сосудов при мягкой артериальной гипертензии Гаранин А.А.	47
Верификация показателей велоэргометрии в процессе диагностики ишемической болезни сердца Горбунова М.Л., Попова Н.А.	48
Влияние препаратов лития на функцию щитовидной железы Ефремова В.А., Саламатова О.С., Камнева Н.В., Нетреба И.А., Живчикова Е.В.	48
Применение бета-адреноблокаторов и антагонистов ангиотензиновых рецепторов 2 типа у пациентов с артериальной гипертензией в раннем послеоперационном периоде после аортокоронарного шунтирования Захарьян Е.А.	49
Структура заболеваний у работников железнодорожного транспорта Зенина О.Ю., Коричкина Л.Н., Лебедева Э.А.	49
Анализ работы пилотных площадок дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией Зубарева Н.Н., Николаева И.В., Прасолов А.В., Бабицын С.Н.	50

Характеристика профессиональной деятельности, факторов риска и адаптационные реакции у больных с острым коронарным синдромом на этапе курортной реабилитации Казакова И.А., Руденко И.Б., Кононова Н.Ю., Енгальчева В.Ш.	50
Прогнозирование развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ревматоидным артритом Камилова У.К., Саидова М.М.	51
Наш опыт применения этанерцепта (ЭТН) при анкилозирующем спондилоартрите (АСА) Комаров В.Т., Никишин А.В., Хичина Н.С., Никишина А.Ю., Донецкая Н.А.	52
Пациенты с фибрилляцией предсердий старшего трудоспособного возраста: риски и безопасность антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Энгаус Р.Е., Шадрин А.А., Наумов С.А.	52
Полиморфизм гена ITGB3 и его влияние на факторы риска, анамнестические данные, клинические события и исходы у мужчин и женщин с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST Курупанова А.С., Ларева Н.В.	52
Оценка параметров качества жизни у больных остеоартритом по опроснику EQ-5D в поликлинике Майко О.Ю.	53
Парадокс ожирения в позиции скрининговых параметров спирометрии у больных хронической обструктивной болезнью легких Овсянников Е.С.	54
Высокий индекс массы тела как предиктор более благоприятных исходов хронической обструктивной болезни легких Овсянников Е.С.	54
Особенности гемодинамики у женщин с рецидивирующим ожирением в климактерическом периоде Попова Н.А., Горбунова М.Л.	55
Способ повышения эффективности электрической кардиоверсии при типичном трепетании предсердий у больных ишемической болезнью сердца Потапова К.В., Носов В.П., Аминова Н.В.	55
Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы у беременных в зависимости от длительности заболевания Приходько О.Б., Кострова И.В., Горячева С.А., Красовская О.О.	56
К вопросу о верификации синдрома недостаточности питания у больных с хронической болезнью почек пятой стадии, получающих программный гемодиализ Прометная Г.А., Батюшин М.М.	57
Особенности течения послеродового тиреоидита Рунова А.А., Гринькова Л.В.	57
Улучшение приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией высокого сердечно-сосудистого риска в первичном звене здравоохранения Сарычева А.А., Камышова Т.В.	57
Этиологическая структура и современные модели терапии анемии, ассоциированной с опухолевым заболеванием Сизов Н.В., Волкова С.А.	58
Показатели феррокинетики и эритроцитарные индексы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа Смирнова М.П., Чижов П.А.	58
Влияние гипергаммониемии у пациентов с начальной стадией хронического заболевания печени на частоту нарушения правил дорожного движения Уварова О.В., Мациевич М.В., Буеверов А.О., Дынник В.В.	59

Оценка атеросклеротических изменений в коронарных артериях по данным оптической когерентной томографии у пациентов с проявлениями хронической болезни почек Шевченко О.П., Созыкин А.В., Наумов Я.А., Шлыков А.В., Васильева В.П.	60
---	----

КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Эрозивно-язвенные гастродуодениты у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца, длительно получающих ацетилсалициловую кислоту Буянова М.В., Боровкова Н.Ю.	61
Влияние различных групп антигипертензивных препаратов на показатели вариабельности артериального давления у больных артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких Григорьева Н.Ю.	61
Социально-экономические факторы приверженности лечению пациенток с ревматоидным артритом Егорова Е.В., Никитина Н.М.	62
Гендерные особенности у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST после чрескожных коронарных вмешательств: отдаленные результаты Зотагин В.В., Аксаков Н.С.	63
Выживаемость и демографические данные пациентов с системной красной волчанкой с поражением почек и без поражения почек Исмагилова Р.Р., Максудова А.Н.	63
Особенности течения мезангиопролиферативного гломерулонефрита в зависимости от влияния иммунных и неиммунных факторов риска Ким Т.Ю., Исламова Г.М., Фахрутдинова О.Ю.	64
Значение различных факторов тромбоэмболического риска у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий по данным кардиологического стационара Курашин В.К., Курашина В.А.	64
Анализ анемического синдрома у пациентов с ревматоидным артритом Лебедева М.А.	65
Опыт применения объемной сфигмометрии для скрининговой оценки жесткости сосудистой стенки у лиц трудоспособного возраста Милютина М.Ю., Макарова Е.В., Шония М.Л., Иванова Ю.В., Мартынов С.В.	65
Суточные показатели центрального и периферического артериального давления у больных хроническим гломерулонефритом с синдромом артериальной гипертензии Полякова И.В.	66
Частота интрадиализной гипертензии и особенности лекарственной терапии сердечно-сосудистой патологии у пациентов на программном гемодиализе Токарева А.С., Боровкова Н.Ю., Линева Н.Ю.	66
Динамика показателей суточного профиля артериального давления и ригидности у больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией при лечении нитрендипином Туличев А.А., Боровкова Н.Ю., Максимова И.Ю., Зубова С.Ю., Колодей Е.Н.	67

Психовегетативные аспекты дисплазии соединительной ткани у военнослужащих срочной службы

Акимова А.В., Миронов В.А., Лях В.Д., Гагиев В.В., Палабугина П.А., Мокроносова О.И.

Уральский государственный медицинский университет,
5 военный клинический госпиталь войск национальной гвардии
Российской Федерации, Екатеринбург

Цель работы: выявить психовегетативные особенности молодых мужчин – военнослужащих срочной службы с дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы. В исследование на базе ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ» (г. Екатеринбург) включили 111 молодых мужчин – военнослужащих срочной службы 18-25 лет, не имеющих на момент обследования острых заболеваний, и обострения хронической патологии. На первом этапе проведено одномоментное исследование, включающее стандартный терапевтический осмотр. Внешние признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и малые аномалии развития (n=48) оценивались в соответствии с Национальными рекомендациями РНМОТ 2016 г. Испытуемые заполняли опросник Вейна для выявления вегетативных нарушений, исследователи выявляли критерии исходного вегетативного тонуса (А.М. Вейн, 2003). Оценку психоэмоционального состояния проводили с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), многостороннее исследование личности (МИЛ) с помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) в модификации Ф.Б. Березина. Для определения субъективного ощущения боли применялась визуальная аналоговая шкала боли, для экспресс-диагностики астении – шкала астенического состояния (Л.Д. Майкова, Т.Г. Чертова).

Исследовали состояние вегетативной регуляции с использованием анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) методом ритмокардиографии (РКГ) высокого разрешения. Выполнялась фоновая запись в положении лежа на спине, маневр Вальсальвы-Бюркера, проба Ашнера-Даньини, активная ортопроба, проба с физической нагрузкой.

На втором этапе проводили сравнительное исследование. Основную группу НДСТ составили мужчины, имеющие 6 и более внешних признаков ДСТ, у которых были исключены дифференцированные формы (n=65), группу контроля – лица, имеющие менее 6 внешних признаков (n=46).

Для оценки статистической достоверности различий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При детальном осмотре внешние фены ДСТ или малые аномалии развития были выявлены у каждого. НДСТ зарегистрирована у 65 из 111 (58,6%). Группы сравнения были сравнимы по возрасту ($p=0,9$). При исследовании исходного вегетативного тонуса мужчины с НДСТ показали достоверно большее число критериев как симпатического ($p=0,016$), так и парасимпатического тонуса (0,005), набрали большее количество баллов по Опроснику Вейна ($p=0,004$), но в большинстве случаев не достигли диагностического порога синдрома вегетативной дисфункции. Группа НДСТ продемонстрировала достоверно более выраженные боли в суставах ($p=0,007$), в спине

($p=0,000$), и симптомы астении ($p=0,005$).

Мужчины группы НДСТ показали достоверно больше баллов по подшкале тревоги HADS ($p=0,005$), по признакам депрессии различий не выявлено ($p=0,33$). Данные скрининга были подтверждены результатами МИЛ: в группе НДСТ достоверно больше баллов по шкале тревоги ($p=0,03$), а также тенденция к более высоким проявлениям ипохондрии ($p=0,055$) и паранойяльности ($p=0,07$). По результатам оценки ВСР методом РКГ высокого разрешения в покое (фоновая проба) различий показателей групп сравнения не выявлено ($p>0,05$). Однако в пробе Вальсальвы, стимулирующей парасимпатическую систему, выявлена более высокая амплитуда дыхательной аритмии в группе НДСТ ($p=0,05$), подобные различия наблюдались и после пробы Ашнера ($p=0,08$) и пробы с физической нагрузкой ($p=0,005$). Выявлен более высокий процент парасимпатического влияния (HF%) и среднеквадратического отклонения (σ) среди мужчин с НДСТ в пробе Ашнера и пробе с физической нагрузкой. Данные результаты указывают на преобладание парасимпатических влияний на регуляцию сердечного ритма у мужчин с НДСТ.

Выводы:

1. НДСТ в исследуемой группе молодых мужчин (n=111) была выявлена в 58,6%.
2. Мужчины с НДСТ имеют достоверно больше клинических симптомов вегетативных нарушений, преобладание критериев исходного симпатического и в большей степени – парасимпатического тонуса.
3. Показатели вариабельности ритма сердца в разнонаправленных вегетативных пробах указывают на преобладание парасимпатических влияний у мужчин с НДСТ.
4. Группа НДСТ показала достоверно большую выраженность тревоги по шкалам тревоги HADS ($p=0,005$) и МИЛ ($p=0,03$), более выраженные симптомы ипохондрии ($p=0,055$) и астении ($p=0,005$).

Особенности иммунологической диагностики и лечения больных ревматоидным артритом с признаками диастолической дисфункции левого желудочка

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

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии
им. А.Б. Зборовского, Волгоградский государственный
медицинский университет, Волгоград

Качество и продолжительность жизни больных ревматоидным артритом (РА) в значительной степени зависят от сердечно-сосудистых осложнений (ССО), в том числе и от развития сердечной недостаточности. Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) является ранним маркером поражения миокарда ЛЖ и указывает на неблагоприятный прогноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Трудно переоценить вклад визуализирующих методов диагностики, таких как эхокардиография (Эхо-КГ), при оценке дисфункции ЛЖ, так как ранняя диагностика ДДЛЖ с возможностью выбора или корректировки проводимой терапии способна оказывать значительное влияние на снижение ССО у пациентов

с РА. Отмечено, что гиперпродукция антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП), характеризующая развитие РА, играет непосредственную роль в патогенезе сердечно-сосудистой недостаточности и развитии ДДЛЖ.

Целью исследования являлось определение частоты развития ДДЛЖ у больных РА с различным иммунологическим профилем и вариантом базисной терапии.

Материалы и методы. Пациентам с достоверным диагнозом РА (8 мужчин и 60 женщин; средний возраст – $42 \pm 4,5$ года, длительность заболевания – $7 \pm 2,8$ лет) определяли АЦЦП в сыворотке крови (использовали иммуноферментную тест-систему Anti-CCP hs; норма < 20 Ед/мл) и была выполнена Эхо-КГ на ультразвуковой диагностической системе Accuvix V10 (Samsung Medison). Нарушения процессов активного расслабления миокарда ЛЖ были оценены по нарастанию времени изоволюмического расслабления (IVRT) и соотношению максимальной скорости раннего пика к максимальной скорости предсердной систолы (Е/А). Признаки развития ДДЛЖ регистрировались в начале лечения (при первичном осмотре), через 3 и 6 месяцев терапии. Учитывая, что наличие артериальной гипертензии, гипертонической болезни, заболевания почек, прием гипотензивных препаратов могут непосредственно влиять на процессы ремоделирования в левом желудочке, пациенты с подобными проявлениями были исключены из исследования.

Результаты. У 83,8% больных РА уровень АЦЦП в сыворотке крови превышал нормальные показатели (>20 Ед/мл). Наличие ДДЛЖ по 1 типу зафиксировано у 42,7% больных РА. Показатели IVRT положительно коррелировали с титром АЦЦП ($r = 0,39$, $p = 0,014$) и индексом DAS28-СРБ ($r = 0,22$, $p = 0,04$). В группе больных РА (61,8%), достоверно позитивных по АЦЦП (> 65 Ед/мл), ДДЛЖ встречалась в 52,4% случаев ($p=0,0196$ при сравнении с остальными больными РА с уровнем АЦЦП менее 65 Ед/мл) и наблюдалось более выраженное нарастание IVRT ($p=0,026$) и снижение Е/А ($p=0,047$). Для детального анализа возможных причин ДДЛЖ были сформированы две сопоставимые группы больных РА (в зависимости от вида проводимой базисной терапии): первую группу ($n=36$) составили пациенты, принимающие метотрексат в дозе от 10-20 мг в неделю; вторую группу ($n=32$) – пациенты, принимающие комбинированную базисную терапию (метотрексат в дозе от 10-20 мг в неделю и гидроксихлорохин 400 мг в сутки). Исходная частота выявления признаков ДДЛЖ была сопоставима в обеих группах (30,6% и 31% соответственно). Положительная динамика диастолической функции левого желудочка более отчетливо проявлялась у пациентов, получавших комбинированную базисную терапию: через 3 месяца ДДЛЖ определялась у 25% из 1-ой группы и у 21,9% - из 2-ой; через 6 месяцев терапии – у 19,4% и 12,5% соответственно. По-видимому, в качестве одной из основных причин прогрессирования сердечной недостаточности при РА следует рассматривать выраженность системного воспалительного процесса на фоне гиперпродукции ряда провоспалительных цитокинов, способных вызывать апоптоз кардиомиоцитов и ремоделирование левого желудочка.

Выводы. Эхо-КГ признаки субклинического поражения миокарда с изменением трансмитрального потока и развитием ДДЛЖ у больных РА характеризуются ухудшением фракции выброса, главным образом, за счет снижения релаксации левого желудочка. Проведение скрининга ДДЛЖ у больных РА с высоким содержанием АЦЦП и комбинированной базисной терапии с включением гидроксихлорохина позволяет не только осуществлять лучший контроль активности воспалительного процесса при РА, но и способствует более выраженному снижению рисков развития ССО.

Некоторые показатели липидов и воспаления у больных ишемической болезнью сердца после стентирования венечных артерий

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А.

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

Цель работы – изучить влияние гиполипидемической терапии на показатели липидного обмена и воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся интервенционному вмешательству.

Материал и методы. Под наблюдением были пациенты ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функционального класса (ФК) (5 женщин и 33 мужчин) в возрасте до 60 лет, которым после коронароангиографии проведено плановое стентирование венечных артерий. Больные получали дезагрегационную терапию (ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел), розувастатин (10-20 мг/сут.) или аторвастатин (20-40 мг/сут.), бета-блокаторы и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. До лечения, через 3 и 6 месяцев изучали содержание холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), высокочувствительного С-реактивного белка (вСРБ), фибриногена, билирубина (Б), активность ферментов аспартат- и аланинаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), а также проводили необходимые инструментальные исследования (электро- и эхокардиография, ультразвуковое исследование (УЗИ) печени).

Результаты. У всех пациентов содержание ХС было выше 5,5 ммоль/л, ХСЛПНП выше 3,0 ммоль/л, ТГ выше 2 ммоль/л. У большинства обследованных наблюдали изменения в липидном спектре, характерные для атерогенной дислипидемии (АДЛ) (увеличение содержания ХС, ХСЛПНП и уменьшение концентрации ХСЛПВП). При этом у 22% обследованных с АДЛ наблюдались изменения в изученных показателях функционального состояния печени, сходные с таковыми при неалкогольной жировой болезни печени. Более высокий индекс массы тела также чаще определялся у пациентов с ИБС СС IV ФК и также выявлены высокие показатели ХС – $6,5 \pm 0,55$; ТГ – $2,4 \pm 0,21$; ХСЛПНП – $3,0 \pm 0,36$ ммоль/л. При сочетанных поражениях венечных артерий (2-3) чаще выявляли более низкий уровень ХСЛПВП. Гиполипидемическая терапия позволила уменьшить содержание ОХС до 5,5 ммоль/л у 76% больных, ХСЛПНП до 3,0 ммоль/л и ниже у 66% пациентов. Целевые уровни ХС (4,5 ммоль/л и ниже) и ХСЛПНП (2,5 ммоль/л и ниже) для больных с ИБС, к концу исследования были достигнуты у 47% пациентов. Под влиянием статинов снижался показатель ТГ и в процессе терапии отмечено повышение показателя ХСЛПВП, прирост которого составил в среднем около 6%. Применение статинов приводило к улучшению липидного профиля (нормализация ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Розувастатин несколько сильнее снижал содержание уровня общего холестерина и ХСЛПНП. При этом оба препарата оказали приблизительно одинаковое влияние на содержание ТГ. Плейотропные свойства изученных статинов отмечены уже в первый месяц лечения (снижение вСРБ и фибриногена), что, на наш взгляд, усиливает и объясняет быстрое наступление клинического эффекта при применении этих препаратов на фоне антиагрегантов и бета-адреноблокаторов. Побочных эффектов не отмечено, что коррелировало с показателями АЛТ, АСТ, Б и данными УЗИ печени.

Таким образом, статины и антиагреганты продемонстрировали эффективность и безопасность при ИБС с дислипидемией после стентирования венечных артерий. Своевременная коррекция нарушений липидного обмена и факторов воспаления позволили предотвратить опасные осложнения, в том числе рестеноз стента.

Динамика антропометрических показателей у мужчин 18-29 лет с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями при разных подходах к лечению

Андреева Е.А., Барабаш А.В., Гожая И.Н., Костина Л.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №3, Ставрополь*

Цель исследования: определить динамику антропометрических показателей у мужчин 18-29 лет с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическими нарушениями при разных подходах к лечению. Материалы и методы: обследовано 108 пациентов в возрасте от 18 до 29 лет с АГ и метаболическими нарушениями. Внутри группы пациенты были распределены на подгруппы в зависимости от терапевтического подхода – подгруппа 1 (СТ), получавшая стандартную терапию АГ и МС (диетотерапия и фармакотерапия), подгруппа 2 (СТ+ ШЗ), пациенты которой придерживались стандартной терапии, а также посещали специализированную Школу здоровья для пациентов с АГ и МС, и подгруппа 3 (СТ+ШЗ+П), участником которой, помимо диетотерапии, лечения фармакологическими препаратами, посещения специализированной Школы здоровья, в план реабилитации были включены регулярные занятия плаванием. Больным проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), клинического и биохимического анализов крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследование уровня основного обмена.

Результаты: у пациентов в возрасте 18-29 лет была обнаружена следующая динамика антропометрических показателей. До начала терапии средняя масса тела у пациентов, которые использовали только низкокалорийную диету и фармакотерапию (группа 1), составила $89,8 \pm 2,2$ кг. В группе больных, которые использовали диету в сочетании с фармакотерапией и занятиями в Школе здоровья (группа 2), средняя масса тела на начальном этапе составила $89,5 \pm 2,3$ кг. В группе больных, которые помимо использования диеты, фармакотерапии, посещения «Школы здоровья» занимались плаванием (группа 3), значение этого показателя до начала лечения составило $90,1 \pm 3,3$ кг. При этом значимых межгрупповых различий в начале исследования отмечено не было. Спустя 3 месяца лечения масса тела у больных первой группы составила $87,2 \pm 1,4$ кг, во второй группе снизилась до $84,0 \pm 1,5$ кг, у больных группы 3 была на уровне $84,2 \pm 1,3$ кг. При этом значения в последних двух группах статистически значимо отличались от показателей группы 1 ($p < 0,05$). По прошествии 6 месяцев, у пациентов группы 1 (СТ) средняя масса тела составила $86,8 \pm 2,5$ кг, в группе 2 (СТ+ШЗ) – $83,5 \pm 1,4$ кг. У пациентов группы 3 (СТ+ШЗ+П) значение показателя было значимо ниже, чем в первой группе, – $81,1 \pm 2,3$ кг ($p < 0,05$). Через 12 месяцев лечения средняя масса тела в 1 группе практически не изменилась – $86,1 \pm 1,6$ кг, у пациентов 2 группы – составила $83,2 \pm 1,8$ кг, тогда как у больных третьей группы значение этого параметра составило $80,4 \pm 2,5$ кг, при этом показатели в группах 2 и 3 были значимо меньше такового в первой группе ($p < 0,05$ для обеих пар сравнений). При оценке ИМТ у пациентов 18-29 лет в ходе лечения было установлено, что до начала проведения лечебно-профилактических мероприятий средние значения этого показателя у

пациентов разных групп существенно не отличались и составили $29,5 \pm 2,3$ кг/м² в группе 1, в группе 2 – $29,3 \pm 1,2$ кг/м², в группе 3 – $29,6 \pm 2,3$ кг/м². Через 3 месяца от начала исследования также не было выявлено межгрупповых различий этого показателя: в группе 1 значение ИМТ в среднем составило $28,3 \pm 1,2$ кг/м², в группе 2 – $26,1 \pm 0,9$ кг/м², в группе 3 – $25,5 \pm 1,5$ кг/м². Спустя 6 месяцев у пациентов первой группы ИМТ был равен $28,1 \pm 0,9$ кг/м², у больных группы 2 ИМТ составил $25,6 \pm 1,2$ кг/м², что было значимо меньше, чем у пациентов группы 1 ($p < 0,05$). В третьей группе значение показателя составило $23,5 \pm 0,5$ кг/м² и было достоверно ниже, чем в группах 1 и 2 ($p < 0,05$ для обеих пар сравнений). По прошествии 12 месяцев от начала наблюдения было установлено, что ИМТ у больных группы 1 был на уровне $28,0 \pm 1,1$ кг/м², у больных группы 2 значение данного показателя составило $25,5 \pm 1,0$ кг/м² и было значимо меньше, чем у пациентов группы 1 ($p < 0,05$), а в группе 3 – $23,2 \pm 0,9$ кг/м², (значимо меньше, чем у больных групп 1 и 2, $p < 0,05$). Выводы: применение комплексного подхода с включением регулярных физических нагрузок – плавания, приводит к более выраженной нормализации антропометрических показателей, чем применение только диеты и стандартной фармакотерапии.

Беременная с изжогой на приеме у терапевта: анализ эффективности и безопасности лечения

Аргунова И.А.

*Смоленский государственный медицинский университет,
Смоленск*

Изжога нередко считается неизбежной и необязательной для купирования у беременных. Врачи не используют потенциала современной терапии ГЭРБ из-за недостаточной компетентности в ведении женщин в период гестации.

Цель. Анализ лечения ГЭРБ у беременных и повышение его эффективности на основе доказательной медицины.

Задачи: тестирование беременных женщин с изжогой, выяснение характера получаемого лечения и его результата, коррекция терапии при ее неэффективности.

Материалы и методы: проводилась диагностика 100 беременных женщин с симптомом изжоги в возрасте $29,3 \pm 7,1$ года с помощью Шкалы Рихтера/Тест кислотности (Richter Scale/Acid Test), включающей 5 вопросов, на консультативном приеме в отделении охраны репродуктивного здоровья ОГБУЗ «Перинатальный центр» г. Смоленска в 2016-18 годах. Шкала Рихтера удобна в амбулаторных условиях, позволяет оценить тяжесть и эффективность лечения антацидами, определить показания для изменения терапии.

Результаты. Все женщины утвердительно ответили на ≥ 2 вопроса, что расценивалось как наличие ГЭРБ. Симптомы с частотой ≥ 2 раз в неделю отмечали 60% респондентов. У 13% изжога появлялась при отходе ко сну или ночью. Только немедикаментозные методы применяли 15% пациенток. Лекарственная терапия назначалась 66% женщин при первичном обращении по поводу изжоги акушерами-гинекологами, участковыми врачами или гастроэнтерологами. Советами фармацевтов, подруг, интернета по медикаментозному лечению пользовались 19% респондентов. Получали антациды: ренни – 49%, гевискон – 18%, алмагель – 12%, маалокс – 4%, антациды в сочетании с метоклопрамидом – 2%. Временное облегчение от приема антацидов испытывали 47% женщин, у остальных изжога исчезала. Недостаточный результат лечения, ранее назначенного врачом, отмечали 35% пациенток. При положительных ответах на 4-5

вопросов шкалы нами проводилась коррекция лечения: назначались антисекреторные средства – 38% женщин ранитидин, 9% – омепразол при ночной изжоге или неэффективности ранитидина. Замена терапии привела к купированию симптомов через 7-10 дней у подавляющего большинства беременных (n=44), у 3-х наблюдалось значительное ослабление изжоги. Антациды чаще всего рекомендуются при ГЭРБ у беременных, так как считаются единственно безопасными для плода. Однако из-за побочных действий препаратов на основе алюминия и кальция нежелательно использовать их в терапевтических дозах свыше 2-х недель. Необходимость пролонгации терапии и неэффективность антацидов требуют модификации лечения. Приказ Минздрава России № 572н от 1.11.2012, определяющий Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», разрешает применять при кислотозависимых заболеваниях наряду с антацидами также H2-блокаторы рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы (ИПП), указывая, что они «в терапевтических дозах не повышают риск побочных эффектов даже в I триместре». Однако, и обладающие наибольшими компетенциями в ведении беременных акушеры-гинекологи, как правило, не решаются назначать антисекреторные препараты при изжоге высоких градаций. Американская коллегия гастроэнтерологов (ACG, 2013) акцентирует на возможности применять при неэрозивной ГЭРБ H2-блокаторы, входящие в категорию риска B (best) при беременности по классификации Food and Drug Administration (FDA) США. Эффективность ранитидина и его безопасность для плода неоднократно показаны рандомизированными контролируемыми и когортными исследованиями у беременных, в том числе в I триместре. ИПП, и в первую очередь омепразол, обладающий наибольшей доказательной базой по данным ретроспективных клинических исследований, признаны ACG у беременных безопасными при наличии показаний. С 2015 г. омез официально разрешен к применению в гестационном периоде, он позиционируется в Orange Book FDA в качестве препарата с доказанной терапевтической эквивалентностью категории «А». Мощный антисекреторный эффект омепразола используется как тест, подтверждающий достоверность диагноза ГЭРБ, позволяющий избежать ФГДС у беременных, особенно при атипичных симптомах. Соотношение стоимость/польза также показывает преимущество лечения ранитидином и омепразолом. Выводы. Амбулаторная медицинская помощь при ГЭРБ у беременных в Смоленской области характеризуется консерватизмом, отказом от персонализированного подхода и отставанием от доказательной медицины. Этому способствует отсутствие клинических протоколов по многим проблемам периода гестации. При изжоге используются только антациды, малоэффективные почти у половины беременных.

Скрытое первично-хроническое течение эндокардита с позиций взглядов выдающихся представителей отечественной медицины прошлого и результатов многолетнего изучения первично-хронического септического эндокардита (1980-2019)

Бушманова Г.М.

*Институт молекулярной патологии и патоморфологии
Федерального исследовательского центра фундаментальной
и трансляционной медицины, Новосибирск*

Результаты многолетнего (1980-2019) изучения нами проблемы первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ) позволили

утверждать, что под маской так называемой РЛ скрывается качественно иной воспалительный процесс, названной за характер клинико-морфологических проявлений первично-хроническим септическим эндокардитом (П-ХСЭ), позиционируемым нами как «новый» клинический феномен XX-XXI веков.

Цель исследования – сопоставить взгляды выдающихся представителей отечественной клинической медицины, касающиеся исходной характеристики воспалительного процесса, сопровождающего РЛ, с представлениями, полученными за период многолетнего изучения П-ХСЭ, с последующей возможной экстраполяцией данных, касающихся РЛ, на П-ХСЭ.

Материал и методы. Изучена литература, отражающая взгляды отечественных ученых прошлого, касающиеся особенностей дебюта эндокардита и характера его течения. Эти данные сопоставлены с результатами многолетнего изучения проблемы взаимоотношения РЛ и П-ХСЭ у > чем 20 000 больных ППС, оперированных на базе Отделения септических эндокардитов, и >5000 больных, обследованных в условиях НПО института, не нуждающихся в хирургическом лечении, включая больных исходно ранними стадиями П-ХСЭ.

Результаты и обсуждение. Ревматизм с самого начала ассоциировался с воспалением, приводящим к органическому ПС. Так Буйо установил связь эндокардита с острым ревматизмом. Сокольский характеризует ревматизм, как длительное воспаление «сердечной сумки» и самого сердца, приводящее к формированию ПС. Авторы болезни захватили ее на стадии острого (Буйо) и хронического (Сокольский) воспаления, не располагая возможностью наблюдать болезнь в стадии дебюта. Одновременно с Сокольским Боткин, Захарьин и Остроумов самостоятельно пришли к мысли о ревматизме как общем остром заболевании воспалительной природы с частым поражением сердца, а также других органов. Однако Боткин считал, что эндокардит протекает большей частью скрытно. По Нестерову, человек заболевает ревматизмом раньше, чем попадает в руки врача. Вальдман отмечал бедную симптоматику болезни, в особенности у взрослых. Эндокардит может в скрытом состоянии длиться годами при почти нормальной температуре тела, неизменной гемограмме и нормальной РОЭ, неожиданно заявляя о себе ППС. Скворцов писал, что «можно быть ревматиком, не перенося не одного приступа». Число таких «латентных ревматиков» большинством авторов определяется приблизительно в 25-50%. Кассирский, опираясь на данные Талалаева, Струкова и Бегларяна, полагал, что ревматическая дезорганизация соединительной ткани имеет характер текущего процесса с неуклонным прогрессирующим. Между тем, Зимницкий считал порок сердца «памятником угасшего эндокардита». Порок сердца долгое время ассоциировался с излечением от ревматизма. Стражеско – автор хроническо-септической теории ревматизма рассматривал эндокардит как частое осложнение острой септической инфекции, сознавая при этом, что существует немало случаев, когда с самого начала эндокардит протекает вяло, хронически. Гиляревский в классификации выделил скрытую форму болезни. Отсутствие клинических и серологических проявлений процесса, по данным Залесского, Мешалкина сопровождается при биопсии выявлением морфологического субстрата, соответствующего активному процессу. По мнению многих отечественных и зарубежных ученых, это наблюдается в 30-60% случаев.

Закключение. Таким образом, большинство выдающихся представителей клинической медицины прошлого обращало внимание на скрытое начало и латентное течение эндокардита. В настоящее время воспаление такого рода а priori нельзя не рассматривать как первично-хроническое. П-ХСЭ представляется самостоятельным заболеванием sui generis и демонстрирует собой

патологию, сопровождаемую дважды несовершенным воспалением, что отражается на характере ее клинических манифестаций. Говорить о «новизне» клинического феномена XX-XXI веков можно, в известной степени, только условно, в силу того, что представления о такой форме болезни фактически уже существовали в умах выдающихся интернистов прошлого.

Динамика формирования трехклапанного поражения у больной исходным париетальным септическим эндокардитом (1990-2019)

Бушманова Г.М., Зорина И.Г.

*Институт молекулярной патологии и патоморфологии
Федерального исследовательского центра фундаментальной
и трансляционной медицины, Новосибирск*

Известно, что в настоящее время в литературе отсутствуют работы, посвященные проспективным долгосрочным исследованиям больных септическим («инфекционным» по МКБ-10) эндокардитом, что находит объяснение в существующей поздней диагностике болезни. Между тем, патогенетическая направленность диагностики первично-хронического септического эндокардита (П.ХСЭ), достигаемая с помощью выявления патогномоничных для болезни симптомов, составляющих пентаду ее клинических маркеров, по Г.М. Бушмановой, позволили обеспечить раннее клиническое распознавание болезни на стадии изолированного париетального эндокардита.

Цель исследования – проследить динамику развития первично-хронического септического париетального эндокардита с формированием стенозов клапанных отверстий (1990-2019) на примере больной, периодически получавшей терапию.

Материал и методы. Больная К.Е., 26 лет наблюдается нами амбулаторно с 1990 года по настоящее время. В анамнезе ветрянка, частые гнойные ангины. Проводилось общеклиническое обследование, выявление клинических экстракардиальных патогномоничных для П-ХС и эндокардита маркеров болезни. Неоднократно проходила обследование и лечение в условиях стационара ОКБ. Диагноз длительно не распознавался по месту жительства. Проводились Эхо-КГ, ЧП Эхо-КГ, бактериологическое исследование биотопов, посевы крови, мочи, исследование иммунного статуса МСКТ венечных артерий.

Результаты и обсуждение. Диагноз: Активный П-ХСЭ без заинтересованности клапанов. Активность 2 степени. Миокардит, умеренный с нарушениями ритма. ВИД, структурный. перманентное течение. Хронический тонзиллит. Хронический вторичный пиелонефрит, латентное течение. Хронический дисбактериоз кишечника. Диагноз установлен на основании жалоб на ознобы, фебрильную лихорадку, гипергидроз, тахикардию, снижение толерантности к физическим нагрузкам, повышенную слабость. Выявлены клинические маркеры П-ХСЭ: мелкие единичные некрозы на конъюнктиве нижнего века с обеих сторон, один мелкий некроз на конъюнктиве верхнего века OD. Мелковезикулезная энантема твердого неба, ближе к мягкому. Единичные спонтанные подногтевые геморрагии, напоминающие занозы. Однократная положительная гемокультура: *Staphylococcus aureus*, высокочувствительный к антибиотикам. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности сопровождалась нормализацией температуры, исчезновением ознобов, потов. За наблюдаемый период наблюдались периодические обострения с активностью до 2-ой степени. Вальвулит МК выявлен

через 5 лет, АК через 10 лет, ТК через 16 лет со дня постановки диагноза. Свежие, флотирующие вегетации при ЭхоКГ обнаружены в 2010 и 2016 годах. Наблюдаемое прогрессирующее фиброзирование вальвулярных и экстравальвулярных эндокардиальных структур сопровождалось нарастающим стенозированием отверстий заинтересованных клапанов, о чем свидетельствует ЭхоКГ- динамика. SMO с 1995 по 2018 годы:

3,5-3,1-2,6-2,45-2,5-2,27-2,4-3,5-2,58-2,38-2,35-2,32 при норме 4,0-6,0 см². SAO 2006-2018: 3,18-2,75-2,72-2,59-2,5-2,4-2,38-2,38 при норме 3,0-4,0 см² STO 2006-2018: 4,22-4,56 -4,6-4,3-3,67-3,75-3,4-3,38 при норме 5,0-7,0 см². В первые годы наблюдения в период обострения наблюдалась клиника коронарита. В этом году при МСКТ выявлен единичный кальцинат левой коронарной артерии. Кальциноз коронарных артерий, локализованный в проксимальных отделах передней нисходящей артерии. Индекс кальциноза по Агатстон равен 22. Липидный спектр не изменен.

Заключение. Таким образом, использование в ходе диагностического поиска патогномоничных экстракардиальных маркеров П-ХС и его осложнения – П-ХСЭ позволило достигнуть точность клинического распознавания грозной болезни на стадии до клапанного, париетального поражения эндокарда. Выявляемое при этом фиброзирование эндокардиальных структур есть основания рассматривать как плоские стелющиеся вегетации, скрывающиеся под маской фиброза. Последний соответствует первично-хроническому характеру сопровождающего болезнь воспаления, дважды несовершенного по природе, обнаруживающему тенденцию к формированию клапанных стенозов и к диффузному фиброзированию экстракардиальных структур.

Гипергликемия у больных с обструктивными заболеваниями легких: причины формирования, пути профилактики и терапии

Варварина Г.Н., Милютин М.Ю., Пластинина С.С., Макарова Е.В.

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород*

Цель и задачи работы: изучить причины формирования гипергликемии у больных с обструктивными заболеваниями легких (ОЗЛ), определить пути профилактики и терапии.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 93 историй болезни (и/б) пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) или бронхиальной астмы (БА). Выделены 2 группы и/б больных – с нарушениями углеводного обмена (1 группа – 35 чел) и не имеющими их (2 группа – 30 чел.). 18 пациентов 1 группы были госпитализированы 3-5 раз за период наблюдения в стационаре, исследование этих случаев (66 и/б) проводилось в динамике. Анализировались показатели углеводного обмена: уровень глюкозы крови натощак (ГН) и постпрандиальной гликемии (ПГ), гликированного гемоглобина (HbA1c) наряду с показателями ФВД, анализом частоты обострений патологии легких и особенностей медикаментозной терапии. К «стационарной гипергликемии» относили любое значение глюкозы крови, превышающее 7,8 ммоль/л. При соответствии повторно исследуемых показателей гликемии диабетическому уровню диагностировался СД 2 типа. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Statistica 7.0.

Результаты. У 37,6% пациентов с обострением ОЗЛ выявлены нарушения углеводного обмена (СД 2 типа – 29% и «стационарная гипергликемия» – 8,6%), что существенно превысило их распространенность в популяции. Коморбидности обструктивных и метаболических нарушений в большей мере подвержены пациенты с фенотипами перекрестного синдрома (БА+ХОБЛ) и сочетания БА с ожирением. При динамическом изучении и/б оказалось, что показатели ГН нарастали по мере увеличения частоты госпитализаций пациента по поводу обострения легочного заболевания ($r=0,89$, $p=0,007$). Этот факт был расценен как следствие повторного внутривенного введения глюкокортикостероидных гормонов. Получены положительные корреляции между дозами введенных системных гормональных препаратов и показателями ГН ($r=0,9$, $p=0,03$). Нарастание степени бронхиальной обструкции также способствовало формированию гипергликемии: установлены достоверные корреляционные связи между уровнями ГН и ПГ с показателями бронхиальной обструкции при исследовании ФВД. У большинства пациентов со «стационарной гипергликемией» при повторной 2-й или 3-й госпитализации был диагностирован СД 2-го типа, что, наряду с многофакторным генезом нарушений углеводного обмена при ОЗЛ, свидетельствовало о целесообразности ранней профилактики и терапии у этих пациентов. Препаратом выбора у данной категории коморбидных больных можно считать метформин, который назначался уже при «стационарной гипергликемии» у больных при стихании обострения ОБЛ.

Выводы.

1. Нарушения углеводного обмена выявляются у 37,6% пациентов с обострением обструктивных болезней легких, чаще при сочетании БА и ХОБЛ, а также БА и ожирения.
2. В генезе нарушений углеводного обмена при обструктивных болезнях легких имеет значение степень выраженности бронхиальной обструкции, частота обострений, а также использование в лечении системных глюкокортикостероидов.
3. Динамический ретроспективный анализ историй болезней пациентов с обострением ХОБЛ и/или БА показал, что впервые выявленная у них «стационарная гипергликемия» является прогностически неблагоприятным фактором риска развития СД 2 типа и требует проведения профилактических и лечебных мероприятий, включающих медикаментозные (назначение метформина).

Проблемы использования опиоидных анальгетиков в клинической практике

Введенская Е.С., Палехов А.В.

Городская клиническая больница № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода, Ставропольский государственный медицинский университет, Нижний Новгород, Ставрополь

В практической медицине проблема адекватного обезбоживания особенно значима при оказании медицинской помощи пациентам с выраженным хроническим болевым синдромом (ХБС), когда необходимо использование наркотических средств (НС). Произошли значительные изменения нормативно-правовой базы, регулирующей назначение и выписывание НС. В настоящее время значительно упростились правила назначения и выписывания ОА, в том числе и пациентам неонкологического профиля. Серьезной клинической проблемой является выбор рациональной тактики

проведения опиоидной терапии для купирования ХБС у пациентов с благоприятным прогнозом в отношении жизни (БПЖ). При принятии решения о назначении ОА пациентам с выраженным ХБС любого генеза врач должен помнить о возможности развития в процессе терапии опиоидной толерантности (ОТ) и лекарственной зависимости (ЛЗ). Скорость их формирования зависит не только от характеристик самого ОА, но и от его лекарственной формы. Способность приводить к быстрому росту ОТ и ЛЗ свойственна всем коротко действующим НС. Рядом зарубежных экспертов в области паллиативной помощи до настоящего времени «золотым стандартом» для купирования ХБС считается морфин короткого действия. Результаты проведенных исследований не подтверждают преимуществ морфина по сравнению с другими ОА для купирования ХБС и дают основания считать, что он сегодня не может считаться «золотым стандартом» терапии. У пациентов с БПЖ морфин применяться не должен, так как обладает высоким наркотическим потенциалом. Так как риск развития побочных эффектов ОА увеличивается при повышении дозы, оптимальным является применение минимальной эффективной дозы, подбор которой (титрование) не должен приводить к появлению нежелательных побочных эффектов, свойственных короткодействующим препаратам. Считается, что терапия ОА может быть адекватно и безопасно начата с использования различных терапевтических подходов, включая назначение НС пролонгированного действия с постепенным титрованием его дозы. Выбор оптимального терапевтического подхода должен быть индивидуален и, в первую очередь, определяться прогнозом в отношении жизни пациента. Сегодня ОА представлены достаточным числом препаратов, выбор оптимального зависит от нескольких параметров: его лекарственной формы; планируемого способа применения; дозировок, в которых возможно его использовать; планируемой продолжительности применения; характеристик лекарственного средства, входящего в состав данного ОА. Одним из основных принципов купирования выраженного ХБС у пациентов с БПЖ является выбор сценария кратковременной терапии. При необходимости длительного применения НС у пациентов с БПЖ (чаще всего это пациенты с неблагоприятным прогнозом в отношении выздоровления и восстановления утраченных функций) назначение ОА возможно только при неэффективности проводимого в адекватном режиме патогенетического лечения, и в случаях, когда не удается купировать боль с помощью мультимодальной анальгезии с использованием неопиоидных анальгетиков, немедикаментозных и специальных методов обезбоживания. Для указанной группы пациентов, выбор падает на опиоидные препараты, применение которых сопровождается минимальным риском развития ОТ и ЛЗ. В настоящее время рассматривается целесообразность применения низких доз НС при умеренном ХБС, что в ряде случаев рационально. Но следует очень осторожно относиться к выбору такой тактики. Исключение составляют пациенты в терминальной стадии прогрессирующего заболевания, когда проблемы возможного развития ОТ неактуальны, а вопросы ЛЗ не должны рассматриваться вообще. Прогноз в отношении жизни имеет решающее значение при назначении ОА и его лекарственной формы, а препаратами выбора для базовой терапии ХБС во всех случаях являются пролонгированные лекарственные формы НС, за исключением пациентов в терминальной стадии прогрессирующего заболевания, где оправдано и назначение ОА короткого действия, в том числе в виде инъекций. Для улучшения качества анальгетической терапии в нашей стране повышение уровня применения ОА необходимо, но оно должно

происходить при соблюдении следующих правил: тщательный анализ ситуации и исследование статуса пациента на предмет рисков развития опиоидной зависимости; изучение и освоение тактики применения ОА в конкретных клинических ситуациях; выбор лекарственных форм с наименьшим риском развития ОТ и ЛЗ и лекарственных средств с минимальным наркотическим потенциалом; применение минимальных эффективных доз ОА; выбор сценария кратковременной терапии ОА при БПЖ.

Современные модели саплементации железом при железодефицитной анемии и дефиците железа

Волкова С.А., Толбузова Д.Д.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород

При многообразии современных форм лекарственных средств и биологически активных добавок, содержащих микроэлемент Fe, его дефицит по-прежнему входит в число основных проблем здравоохранения. Железодефицитная анемия (ЖДА) и дефицит железа (ДЖ) являются фактором риска неблагоприятного течения беременности и родов, повышают риск возникновения осложнений при хирургической патологии, сопровождаются более длительным пребыванием в стационаре, когнитивными нарушениями, повышенным риском падений и снижением продолжительности жизни. Изучение роли гепсидина, появление современных препаратов железа для внутривенного введения, прежде всего, карбоксимальтозата железа (КМЖ) без риска анафилактических и анафилактоидных реакций при амбулаторном применении, – позволяют значительно расширить традиционные терапевтические модели саплементации железом. Примером таковой является прием препарата Fe2+ в утренние часы в режиме через день с возможной последующей коррекцией ДЖ однократным введением КМЖ. Данная модель оптимальна с учетом роли гепсидина в метаболизме железа. Применение этой модели терапии ЖДА и ДЖ использовано в работе врача-гематолога частного медицинского центра с ноября 2017 г. Из базы данных более чем 250 пациентов с ЖДА и ДЖ, получивших рекомендации лечения, выделено 50 случаев (Ж – 49, из них 4 беременных во 2-м триместре, М – 1, возрасте – от 18 до 75 лет, медиана – 35 лет), прослеженных в динамике на 1, 3 и 6 мес. терапии. Осуществлен анализ лабораторных показателей анемии (HGB, RBC, MCV, MCH), ДЖ (сывороточный ферритин), причин дефицита железа.

Результаты: У 1 пациента выявлен ДЖ, у 49 пациентов имела место ЖДА: у 31 (62%), легкой степени (HGB \geq 100 г/л), у 14 (28%) средней (HGB 80-99 г/л), у 5 (4%) – тяжелой (HGB \leq 79 г/л). Этиологические факторы ДЖ включали: избыточные менструальные кровопотери (у 39 пациентов), беременности и роды (22), алиментарный (27), патология ЖКТ (6), врожденный дефицит железа (4), донорство крови (1). Лечение ЖДА и ДЖ проведено: 33 пациентам препаратом тотема (1 или 2 амп. в 100 мл воды внутрь), 10 – сорбифер дурулес (1 таблетка), 7 – Ферретаб (1 или 2 капсулы) на прием. На момент начала терапии показатели анемии и ДЖ (n=50) составили (M \pm d): HGB – 99,38 \pm 14,2 г/л, MCV – 75,56 \pm 8,4, MCH – 23,47 \pm 3,8, ферритин – 10,12 \pm 8,6 нг/мл. На 30-й день: HGB – 114,05 \pm 17,7 г/л, MCV – 79,34 \pm 6,4, MCH – 25,42 \pm 3,8, ферритин – 17,81 \pm 13,3 нг/мл. На 90-й день: HGB – 122,83 \pm 17,2 г/л, MCV – 81,31 \pm 7,4, MCH – 26,02 \pm 5,6, ферритин –

24,77 \pm 24,3 нг/мл. На 180-й день: HGB – 130,5 \pm 10,4 г/л, MCV – 87,25 \pm 3,9, MCH – 28,09 \pm 1,4, ферритин – 18,38 \pm 4,3 нг/мл. Пациенты не отмечали значимых побочных эффектов от приема препарата железа.

Заключение. Прием препарата железа Fe2+ однократно утром через день позволил купировать анемию в течение 3-6 месяцев с приростом HGB на 23 и 31 г/л соответственно, однако коррекции дефицита железа в указанные сроки достичь не удалось. Разрешением этой ситуации можно рассматривать вариант введения КМЖ в дозе 500 мг внутривенно капельно быстро или продолжения прием препарата железа в указанном режиме в соответствии с выбором пациента.

Биомеханика сердца и сосудов при мягкой артериальной гипертензии

Гаранин А.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель работы. Изучить биомеханику кровообращения у лиц с мягкой артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 70 человек (средний возраст 22,4 \pm 2,1 года), которые разделены на 2 группы. 1 группу (контрольную) составили 40 практически здоровых лиц, 2 группу – 30 лиц с артериальной гипертензией 1 степени. Всем обследуемым регистрировались апекскардиограммы, сфигмограммы сонной и лучевой артерий, реовазограммы верхней и нижней конечностей и реограммы легочной артерии. Проводился компьютерный анализ силовых показателей биомеханики: средней силы и работы. Статистический анализ выполнен посредством непараметрических методов с помощью программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Выявлено усиление механической активности миокарда в систолу во 2 группе: работа в фазу повышения внутрижелудочкового давления при артериальной гипертензии превышала значения 1 группы в 2 раза ($p = 0,041$). На сонной артерии во 2 группе работа в фазу медленного притока была меньше нормы на 17,7% ($p = 0,03$). На лучевой артерии во 2 группе зафиксировано уменьшение силы в фазу мышечного компонента оттока на 20% ($p = 0,033$) по сравнению с контролем. Анализ биомеханики легочной артерии показал снижение силы при артериальной гипертензии в фазы мышечного компонента оттока и капиллярно-венозного оттока по сравнению с нормой в 2 ($p = 0,002$) и 2,2 ($p = 0,003$) раза соответственно. По данным реовазографии обнаружено снижение функции сосудистого русла большого круга кровообращения. Так, на верхней конечности работа снизилась в группе 2, по сравнению с контролем, в фазы мышечного компонента оттока и капиллярно-венозного оттока в 2,7 ($p = 0,013$) и 2,5 ($p = 0,012$) раза соответственно, а также в фазу эластического компонента оттока на 27% ($p = 0,018$). На нижней конечности указанный показатель снизился лишь в фазу мышечного компонента оттока на 80% ($p = 0,047$).

Выводы. При артериальной гипертензии наблюдается систолическая гиперфункция миокарда и снижение диастолического растяжения центральных артерий в результате увеличения периферического сопротивления наряду с гипопункцией периферических артерий под воздействием увеличенного ударного объема у данной группы лиц. При артериальной гипертензии более выраженные изменения выявлены на верхних конечностях, что обусловлено

большим резервом емкостных сосудов нижних конечностей. Кроме того, на фоне артериальной гипертензии развивается выраженная гиповолемия малого и большого кругов кровообращения, которая является предиктором развития легочной гипертензии и становления недостаточности кровообращения.

Верификация показателей велоэргометрии в процессе диагностики ишемической болезни сердца

Горбунова М.Л., Попова Н.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Велоэргометрическая проба (ВЭП) проводится для оценки состояния резерва кардиореспираторной системы. ВЭП является важным этапом диагностики ишемической болезни сердца (ИБС). Однако часто врач может столкнуться с получением ложноположительных результатов, что ведет к гипердиагностике ИБС.

Целью исследования было оценить частоту получения ложноположительных результатов ВЭП.

Методы. Проанализировано 59 протоколов ВЭП с положительной пробой на ишемию. Проба проводилась по стандартной методике. Результаты. У 34 пациентов (1 группа) ВЭП была прекращена в связи с появившимися болями в левой половине грудной клетки различного характера и изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ) в виде депрессии сегмента ST в отведениях V4-6 до 2-2,5 мм. Эти изменения были расценены как положительная проба. У 14 пациентов (2 группа) ВЭП также была расценена как положительная, но только лишь по клиническим данным (жалобы на боли) без изменения ЭКГ на фоне средней толерантности к физической нагрузке. У 11 пациентов (3 группа) отмечено лишь инверсия зубца T в левых грудных отведениях без клинических проявлений и высокой толерантностью к нагрузке. ВЭП была трактована как сомнительная. При дальнейшем обследовании у больных 1 группы были выявлены гемодинамические стенозы коронарных артерий и диагноз ИБС подтвержден. Во 2 и 3 группе по данным селективной коронарографии диагноз ИБС не подтвержден, что явилось поводом для дальнейшего обследования больных. В процессе диагностики у пациентов 2 и 3 группы были подтверждены различные диагнозы: торакалгия вертеброгенного генеза (7 человек), неспецифические нарушения процессов реполяризации по ЭКГ, связанные с экстракардиальной патологией (8 человек), синдром вегетативной дистонии (6 человек), патология других систем (4 человека). Таким образом, по данным ВЭП у 57% больных подтверждена ишемия (положительная проба), у 23% получен ложноположительный результат и у 20% проба сомнительная, что потребовало дальнейшего диагностического поиска.

Заключение. Инверсия зубца T не может быть достоверным признаком ИБС и не требует прекращения проведения ВЭП. Пациентам необходимо давать следующую ступень нагрузки для верификации ишемии по изменению сегмента ST. Также пациенты с жалобами на боли в левой половине грудной клетки во время ВЭП без ЭКГ-изменений требуют углубленного обследования, поэтому врачу необходимо помнить о возможности получения ложноположительных результатов ВЭП для предупреждения гипердиагностики ИБС.

Влияние препаратов лития на функцию щитовидной железы

Ефремова В.А., Саламатова О.С., Камнева Н.В., Нетреба И.А., Живчикова Е.В.

Астраханская клиническая больница Южного окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства России, Астраханский государственный медицинский университет, Областной наркологический диспансер, Астрахань

Цель: улучшить обследование больных с депрессией на фоне алкогольной зависимости, получающих препараты лития.

Задачи исследования: исследовать влияние препаратов лития на функцию щитовидной железы (ЩЖ).

Материалы и методы. Нами были выбраны пациенты с депрессией, с развившейся алкогольной зависимостью. Обследование проводилось после окончания курса лечения в наркологическом стационаре. Все пациенты – 52 человека (мужчины и женщины), находились в стадии нестойкой ремиссии (от 1 до 6 месяцев). Возраст больных составлял 34-52 года. Наблюдалось: 32 женщины и 22 мужчины. Все пациенты ранее не состояли на учете у эндокринолога и не принимали терапию препаратами левотироксина натрия. Перед назначением антипсихотиков всем пациентам было произведено исследование гормонов ЩЖ (свободный T4, свободный T3, ТТГ, антитела к тиреопероксидазе); у всех больных показатели были в пределах нормы. Пациенты были разделены на 2 равные группы: I группу составили 27 человек (18 женщин от 34 до 48 лет и 9 мужчин от 35 до 50 лет), которым был назначен седалит в дозировке 600 мг/сутки. II группу составили 27 человек (14 женщин от 36 до 52 лет и 13 мужчины от 40 до 52 лет), которым был назначен тиоридазин в дозировке 30 мг/сутки. Через 6 месяцев пациентам был произведен контроль функции ЩЖ.

Результаты. В I группе было выявлено значительное снижение свободного T4 у 15 человек (56%) случаев, пациенты предъявляли жалобы на увеличение массы тела, зябкость, осиплость голоса, у женщин отмечалось снижение менструального цикла, впервые выявленные эпизоды повышения АД; у 8 из них (53%) случаев были выявлены повышенные значения ТТГ, у данных пациентов наблюдалась пастозность век, нарушение функции ЖКТ (запоры), женщины отмечали усиленное выпадение волос, нарушение менструального цикла по типу олигоменории, а также слоистость ногтей. Также у всех 15 человек в лабораторных анализах было выявлено нарушение липидного спектра, а именно, повышение общего холестерина, повышение липопротеидов низкой плотности; отмечалось повышение уровня печеночных ферментов, в среднем, в 2 раза; у 7 человек (47%) было выявлено снижение гемоглобина и сывороточного железа. Во II группе снижение функции ЩЖ было выявлено всего лишь у 4 человек (15%) случаев и сопровождалось жалобами на снижение концентрации внимания, слабость, апатию, запоры.

Выводы. На основании проведенного исследования нами определено, что назначение препаратов лития, часто ассоциировано с развитием гипотиреоза. Назначение препаратов лития требует контроля функции ЩЖ, с наблюдением у эндокринолога для своевременного предотвращения данной патологии.

Применение бета-адреноблокаторов и антагонистов ангиотензиновых рецепторов 2 типа у пациентов с артериальной гипертензией в раннем послеоперационном периоде после аортокоронарного шунтирования

Захарьян Е.А.

Крымский Федеральный университет им. В.И. Вернадского,
медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Опыт применения аортокоронарного шунтирования (АКШ) показал, что данное вмешательство является самым надежным и всеобъемлющим подходом к лечению ишемической болезни сердца (ИБС). Однако риск развития ишемических событий – в результате прогрессирования ИБС и атеросклероза венозного трансплантата – остается и после операции.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что артериальная гипертензия (АГ) потенцирует ускорение развития коронарного атеросклероза, увеличивает частоту рестенозов у больных, подвергшихся АКШ.

Оптимальная лекарственная терапия играет огромную роль в периоперационном ведении больных ИБС, которым предстоит операция АКШ, а также на раннем послеоперационном этапе реабилитации больного после хирургического вмешательства.

Применение β-адреноблокаторов позволяет добиться уменьшения гипертрофии миокарда, улучшения диастолической и систолической функции сердца, снижения риска смерти от прогрессирующей сердечной недостаточности (CIBIS II). Основным гемодинамическим эффектом антагонистов ангиотензиновых рецепторов 2 типа (AT2-рецепторов) является вазодилатация, а также нейтрализация участия AT-2 в процессах атерогенеза. В исследованиях доказано, что терапия валсартаном уменьшает риск развития рестенозов и повторных вмешательств у пациентов, перенесших транскатетеральную баллонную ангиопластику коронарных артерий.

Цель исследования: оценить эффективность комбинации метопролола и валсартана у пациентов с артериальной гипертензией в раннем послеоперационном периоде после аортокоронарного шунтирования.

В исследование вошли 37 пациентов (27 мужчин, 10 женщин) в возрасте от 44 до 69 лет (средний возраст – 55,6±7,1 лет) с артериальной гипертензией, подвергшиеся операции АКШ в связи с многососудистым поражением коронарных артерий.

Всем пациентам на 4-5 сутки после оперативного лечения проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью системы холтеровского мониторирования «DiaCard» – Solvaig, J.S.C., интервал измерения – 15 мин в течение суток.

Бета-адреноблокатор метопролол в суточной дозе 25–100 мг был назначен в индивидуально подобранной дозе при отсутствии противопоказаний с 1-х суток послеоперационного периода. Доза препарата подбиралась методом титрования до достижения целевых значений АД. Пациентам, не достигшим целевого уровня АД через 1 неделю от начала терапии метопрололом, дополнительно назначался валсартан в дозе 80 мг 2 р/сутки.

На 10-12 сутки после оперативного вмешательства проводился контроль СМАД с определением суточных показателей АД.

По результатам СМАД на фоне терапии метопрололом наблюдалось статистически значимое снижение среднесуточного, среднедневного, среденочного САД, а также временных индексов САД днем и ночью. На фоне комбинированной терапии метопрололом и валсартаном статистически значимо уменьшилось количество найт-пикеров и

нон-дипперов, увеличилось количество дипперов, что является благоприятным прогностическим признаком и защищает пациентов от развития кардио-васкулярных осложнений в позднем послеоперационном периоде.

Обсуждение:

Результаты крупномасштабных исследований свидетельствуют о том, что уровни САД и ДАД тесно коррелируют с показателем смертности от ИБС. Имеются немногочисленные исследования, показавшие, что в отдаленные сроки после операции АКШ у пациентов с неэффективным контролем АД отмечается возобновление клиники стенокардии, более низкая толерантность к физической нагрузке, происходит прогрессирование гипертрофии левого желудочка. Рестенозирование шунтов и появление новых атеросклеротических стенозов у пациентов с неэффективным контролем АД также происходит чаще, чем в группе с эффективной коррекцией АД.

В настоящее время отсутствие адекватного физиологического ночного снижения АД рассматривается в качестве самостоятельного прогностического фактора в плане развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ. По данным нашего исследования, терапия β-блокатором метопрололом пациентов с ИБС и АГ после АКШ улучшает показатели суточного профиля АД, а добавление валсартана статистически значимо увеличивает суточный индекс САД и ДАД до нормальных значений, увеличивает количество пациентов с нормальным суточным профилем АД (dippers), уменьшает – с повышенным АД в ночной период времени (night-peakers), что благоприятно влияет на прогноз в позднем послеоперационном периоде.

Структура заболеваний у работников железнодорожного транспорта

Зенина О.Ю., Коричкина Л.Н., Лебедева Э.А.

Тверской государственный медицинский университет,
Отделенческая клиническая больница на ст. Тверь ОАО «РЖД», Тверь

Цель работы: дать оценку структуры заболеваний по нозологии у работников железнодорожного транспорта.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 684 больных (мужчин – 471, женщин – 213, средний возраст – 44,9 года.), обратившихся в поликлинику к врачу-терапевту в НУЗ ОКБ на ст. Тверь ОАО «РЖД» (главный врач – Ульянова О.Ю.). Все пациенты были разделены на 2 группы по полу. Первую группу составили мужчины (471, 68,8%), вторую группу – женщины (213, 31,2%). Пациентов распределили по возрасту, структурировали по полу обращаемость по нозологии заболевания и частоте выявления основной патологии. Данные представлены в виде абсолютных величин и в процентах (абс., %), для сравнения величин по полу применили хи-квадрат.

Результаты. Распределение пациентов по возрасту показало, что до 30 лет было 113 человек (16,5%), в возрасте 31-40 лет – 198 (28,9%), 41-50 лет – 251 (36,6%), 51-60 лет – 118 (17,2%), 61 год и старше – 4 (0,6%). Основную группу составили респонденты в возрасте 41-50 лет. Структура заболеваний по нозологии позволила определить, что во всех возрастных группах доминируют болезни органов дыхания (204; 30%), чаще болеют мужчины (139, 68,1%), реже женщины – 65 (31,9%, p=0,06), преимущественно в возрасте 35-50 лет. В основном, больные переносили острую респираторно-вирусную инфекцию (ОРВИ), острый бронхит, трахеобронхит, эти болезни носили сезонный характер. Временная утрата трудоспособности по заболеванию наблюдалась у 129 (61,3 %) пациентов. Болезни

системы кровообращения были на втором месте. Среди обратившихся преобладали пациенты с гипертонической болезнью I или II стадии (136; 20,0%), чаще в возрасте – 41-50 лет, 51-60 и старше, мужчин было 72 (52,9%), женщин – 64 (47,1%, $p=0,001$). Впервые гипертоническая болезнь установлена в возрасте до 30 лет у 7 (5,1%) пациентов, из них – у 4 (2,8%) мужчин и 3 (1,9%, $p>0,05$) женщин. В возрасте 31-40 лет гипертоническая болезнь выявлена у 32 человек (24,0%), в возрасте 41-50 лет – 44 (32,0%), 51-60 лет – 53 (38,9%). Заболеваемость с временной утратой трудоспособности наблюдалась у 19 (14%) пациентов. У 88 (13,0%) пациентов выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, чаще в возрасте 31-50 лет, у мужчин – в возрасте 31-40 лет (50; 56,8%), у женщин – в возрасте 41-50 лет и старше (38; 43,2%, $p=0,049$). Заболевания были представлены гастритом (53; 60,2%), язвенной болезнью 12-перстной кишки (15; 17%), и желудка (8; 9%) в стадии ремиссии и в стадии обострения (4; 4,5%), синдромом раздраженного кишечника (8; 9,1%). Временная нетрудоспособность в этой подгруппе наблюдалась у 4 (4,6%) пациентов. Остеохондроз позвоночника диагностировали у 75 (11%) пациентов, в основном в возрасте 41-50 лет и 51-60, мужчин было 63 (84%), женщин – 12 (16%, $p=0,004$). Временная нетрудоспособность наблюдалась у 7 (9,3%) пациентов. Менее часто выявлялась патология ЛОР-органов (47; 6,8%), чаще болели мужчины (31; 66,0%), реже женщины (16; 34,0%, $p=0,7$). Доминировали ангины (16; 34,0%), реже встречались риносинуситы (13; 27,6%), ларингиты (11; 23,4%), наружные и средние отиты (7; 14,8%). Временная утрата трудоспособности наблюдалась у 3 (6,4%) пациентов. На прочие заболевания приходилось 19,5% (134 чел) случаев. У 114 (16,7%) больных диагностировали сочетание двух и более заболеваний, преимущественно у мужчин (76; 66,7%), реже у женщин (38; 33,3%) в возрасте 51-60 лет и 61 и старше. Коморбидная патология включала хронические заболевания мочевыводящих путей, суставов, анемии, хронический бронхит, хронический холецистит, хронический панкреатит, ожирение. Таким образом, полученные результаты показали, что среди работников железнодорожного транспорта выявляются различные заболевания. Доминируют заболевания дыхательной системы: ОРВИ и острые трахеобронхиты, на втором месте – гипертоническая болезнь I или II стадии, затем – заболевания желудочно-кишечного тракта. Структура нозологии обусловлена спецификой работы и определяется ранним выявлением заболеваний, своевременной постановкой диагноза и в необходимых случаях госпитализацией.

Выводы. 1. Основной патологией у работников железнодорожного транспорта являются заболевания дыхательной системы, которые составляют наибольшее количество респондентов молодого и среднего возраста с временной утратой трудоспособности. 2. Коморбидная патология отмечалась в 1/6 от числа всех пациентов, обратившихся в поликлинику, в возрасте старше 50 лет.

Анализ работы пилотных площадок дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией

Зубарева Н.Н., Николаева И.В., Прасолов А.В., Бабицын С.Н.

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, Областной центр медицинской профилактики, Белгород

Анализ мирового и российского опыта использования дистанционных медицинских услуг, свидетельствуют об эффективности дистанционных

технологий при диспансерном наблюдении больных с хроническими неинфекционными заболеваниями. Указанные технологии снижают расходы здравоохранения, значительно повышают эффективность использования средств в системе обязательного медицинского страхования на дорогостоящее лечение обострений и осложнений хронических заболеваний в стационарах. Прежде всего это относится к больным с артериальной гипертензией, доля которых преобладает в структуре заболеваемости каждого терапевтического участка.

С 2017 года в Белгородской области успешно реализуется программа по организации дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией. Порядок дистанционного наблюдения был разработан в соответствии с «Методикой проведения дистанционного диспансерного наблюдения» (приложение к «Методическим рекомендациям по диспансерному наблюдению больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития» под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. (2014 г.) и утвержден приказом департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области № 261.

В 2018 году в программе участвовали две пилотные площадки, сформированные на базе ОГБУЗ «Городская поликлиника № 4 г. Белгорода» и ОГБУЗ «Городская поликлиника № 6 г. Белгорода». Запланировано подключение к работе еще пяти медицинских организаций области после получения соответствующего оборудования. Под наблюдением находился 1331 пациент с артериальной гипертензией, что составило 7,8% от общего количества лиц, находящихся на диспансерном учете в данных медицинских организациях. Среднее число пациентов с артериальной гипертензией, наблюдаемых с помощью дистанционной технологии составило 25,5 человек на одного врача (от 11 до 100 человек). Из общего пула пациентов с артериальной гипертензией, находящихся под диспансерным наблюдением на пилотных площадках, 71% достигли целевого уровня артериального давления. Результаты контроля достигнутого целевого уровня артериального давления в группе больных, наблюдаемых дистанционно, составили 80,5%.

Характеристика профессиональной деятельности, факторов риска и адаптационные реакции у больных с острым коронарным синдромом на этапе курортной реабилитации

Казакова И.А., Руденко И.Б., Кононова Н.Ю., Енгальчева В.Ш.

Ижевская государственная медицинская академия, ОАО санаторий «Металлург», Ижевск

Реабилитация больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), является основой для восстановления здоровья и работоспособности, поэтому вопросы здоровья и возврата больных к полноценной жизни, трудовой деятельности остаются актуальными. Важное место в системе лечения данных больных отводится курортному этапу реабилитации. Этот этап имеет определяющее значение для восстановления физической работоспособности, вторичной профилактики факторов риска, адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС) и организма в целом к новым условиям его функционирования.

Цель. Провести анализ факторов риска развития и профессиональной деятельности больных с ОКС. Оценить влияние курортных факторов

на течение ИБС и исходы реабилитации через год после выписки из санатория.

Материалы и методы. Проведен анализ 340 медицинских карт пациентов, получивших реабилитацию после перенесенного ОКС в специализированном кардиологическом отделении на базе ОАО санаторий «Металлург» г. Ижевска (март-декабрь 2016 г). Были выделены 4 группы пациентов: у 119 пациентов (35%) проведена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика; у 110 (32%) резекция аневризмы сердца и баллонная ангиопластика коронарных сосудов; у 67 (20%) аортокоронарное шунтирование; консервативную терапию получили 44 пациента (13%). По полу было 75% мужчин и 25% женщин, средний возраст которых соответственно 55,5 и 56,7 лет. Эффективность лечения оценивалась по динамике функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН). При выписке из кардиодиспансера ФК I имели – 42 пациента (12%), ФК II – 252 пациента (74%), ФК III – 46 пациентов (14%). Программа курортной реабилитации проводилась согласно приказам МЗ РФ от 5 мая 2016 г. № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» и № 279н «Об утверждении порядка организации санаторно-курортного лечения». Программа реабилитации пациентов в ОАО санаторий «Металлург» включала следующий комплекс: диетотерапия с общей суточной калорийностью 2300 ккал; фитотерапия; питье сульфатно-хлоридо-натриевой лечебно-столовой минеральной воды (минерализация 1,5-2,7 г/дм³); 4-камерные бром-йодные и сухие углекислые ванны; терренкур; ЛФК по Стрельниковой).

Полученные результаты. Согласно возрастной классификации ВОЗ, больных среднего возраста – 64%, молодого – 9%, пожилые – 27%. Среди всех пациентов с ОКС 51% имели избыточную массу тела, 25% страдали ожирением I-III степени, у 24% масса тела в пределах нормы. Среди всех групп наблюдения можно выделить модифицируемые факторы риска: артериальная гипертония у всех пациентов, сахарный диабет у 10%, 89% пациентов в анамнезе отмечали табакокурение и употребление алкоголя. Также имелись и немодифицируемые факторы – у 45% пациентов отягощенная наследственность по заболеваниям ССС. При оценке профессиональной деятельности 45% пациентов – это работники умственного труда (инженеры, врачи и педагоги). Физическим трудом занимались 17% пациентов (электромонтажники, слесаря, мастера). Малоподвижные профессии составили 25%, среди которых чаще были водители и охранники. После этапа курортной реабилитации 249 пациентов (73%) освоили ходьбу на 1500-2000 м в темпе 100 шагов в минуту и подъем на 5 этаж без одышки, что соответствовало ФК I; 78 пациентов (23%) освоили 1000-1500 м, в темпе 80-90 шагов в минуту и подъем на 3 этаж без одышки – ФК II; 13 человек с ФК III – ходили менее 1000 м и не могли подняться на 2 этаж без одышки. Через год после курортной реабилитации, выборочно, 65 пациентам был проведен опрос, по итогам которого было выявлено, что только 8 человек (12%) получили инвалидность по заболеванию ССС. Свою прежнюю трудовую деятельность возобновили 40 человек (61%), 25 человек (39%) не вернулись к своей прежней работе, по причине их субъективной оценки неудовлетворительного состояния здоровья. ЛФК продолжали заниматься 25 человек (38%); диету соблюдали 36 человек (55%). Консервативную терапию продолжали принимать 59 человек (91%), лишь 6 человек (9%) не принимали лекарственные препараты.

Выводы. 1. Острый коронарный синдром чаще развивается у лиц мужского пола, среднего возраста, занимающихся умственным трудом, с отягощенной наследственностью по заболеваниям ССС, наличием вредных привычек и избыточной массой тела. 2.

Санаторно-курортный этап реабилитации у больных, перенесших ОКС, улучшает функциональное состояние ССС с повышением толерантности к физической нагрузке и способствует восстановлению трудоспособности в отдаленном периоде.

Прогнозирование развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ревматоидным артритом

Камилова У.К., Саидова М.М.

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

Цель. Прогнозирование развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. Обследованы 157 пациентов с РА в возрасте от 35 до 60 лет (средний возраст составил 51,6±0,5 лет) с диагнозом РА. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). 129 (82%) обследованных составили женщины и 28 (18%) мужчины. У 113 (72%) больных был серопозитивный и 44 (28%) серонегативный РА. 51 больных были в возрасте 35-49 лет и 106 больных – 50-60 лет. Изучение развития сердечно-сосудистых осложнений оценивали по шкале SCORE. Для вычисления показателей риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с ревматоидным артритом (РА) использована шкала mSCORE, который составляет результаты исследований по шкале SCORE умноженной на коэффициент 1,5.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что из факторов риска наиболее часто встречалась артериальная гипертония у 98 (62,4%) обследованных больных. Гиперхолестеринемия выявлена у 35(22,3%) и ожирение у 54(34,4%) больных. Учитывая, что 82% обследованных составляли женщины ФР как курение встречалось в 10,8% случаях. При этом встречаемость таких ФР АГ, ГХС и ожирение зависело от возраста: у больных в возрасте 50-60 лет встречаемость АГ было в 4,4 раз чаще, ГХС в 4,8 раз и ожирения в 2,4 раза больше, по сравнению с данными показателями в группе больных в возрасте 35-49 лет. Коморбидность с такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет, также больше наблюдалось у больных в возрасте 50-60 лет. Пациенты, с вероятностью 10-летнего риска смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы менее 1% были стратифицированы как «низкий риск», от ≥1 до 5% «средний или умеренно повышенный», от ≥5% до 10% «высокий риск», ≥10% – «очень высокий». Среди исследованных 157 больных РА были 6 пациентов с ИБС и 9 сахарным диабетом, которые были исключены из исследования, для прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений, шкалу SCORE и mSCORE применили среди 146 больных. Анализ результатов mSCORE показал, что у больных РА низкий риск ССС наблюдался у 45(30,8%) больных, средний у 81 (55,5%), высокий 8 (5,5%) и очень высокий у 12 (8,2%) больных. При сравнении результатов исследования по шкалам SCORE, mSCORE очень высокий риск по шкале mSCORE составляет 8,2%, что в 2,5 раза больше, чем по шкале SCORE. Сердечно-сосудистый риск по mSCORE среди больных в возрасте 50-60 лет встречался чаще, чем у больных в возрасте 35-49 лет. Прогнозирование развития ССЗ и их профилактика представляет собой комплекс скоординированных мероприятий, направленных на все население или определенные группы населения для предупреждения развития и прогрессирования ССЗ или минимизацию бремени ССЗ и связанных с ними потерь

трудоспособности. В связи с этим применение шкалы mSCORE у больных РА будет способствовать прогнозированию развития ССС, оценить риск и разработать профилактические меры. Заключение. Таким образом, прогнозирование риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ревматоидным артритом будет способствовать профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Наш опыт применения этанерцепта (ЭТН) при анкилозирующем спондилоартрите (АСА)

Комаров В.Т., Никишин А.В., Хичина Н.С., Никишина А.Ю., Донецкая Н.А.

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза

Целью исследования явилась оценка эффективности лечения ЭТН при АСА.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 12 больных с достоверным АСА (7 мужчин и 5 женщин, средний возраст 32,5 года) второй рентгенологической стадии HLA B27 позитивными, получавшие ЭТН амбулаторно по месту жительства. Показаниями к назначению ЭТН явились неэффективность предшествующей терапии нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), базисной терапии, наличие у двух пациентов коксита и у трех увеита. Двое пациентов получали инфликсимаб с ускользанием эффекта. В клинике у всех пациентов с АСА отмечались поражения позвоночника, внеаксиальные проявления: ассиметричные артриты голеностопных, тазобедренных и коленных суставов, у ½ пациентов отмечались энтезиты: ахиллобурсит, трохантерит, подошвенная энтезопатия. У 3 больных наблюдались внескелетные проявления – увеиты. У всех пациентов исходно, через 24 и 48 недель оценивались индекс BASDAI, BASFI, число припухших суставов (ЧПС), показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ) крови. Улучшение состояния определялось по критериям ASAS, эффективность терапии оценивалась по динамике функциональных тестов. Доза ЭТН составляла 50 мг подкожно каждую неделю вместе с сульфасалазином 500 мг 2 таблетки утром и 2 таблетки вечером вместе с НПВС. Продолжительность наблюдения составила 48 недель. Результаты и обсуждение. Исходно у всех пациентов отмечалась высокая активность заболевания: индекс BASDAI и BASFI составили 7,5 и 5,9 соответственно, в результате лечения частичная ремиссия отмечена у 25% больных, улучшение – у 75%. Уменьшение боли и скованности позвоночника была достигнута после 4 инъекции. Через 24 недели подкожного введения ЭТН отмечался значимый клинико-лабораторный эффект у 8 из 12 больных. В результате лечения ЭТН с сульфасалазином и НПВС к 48 неделе наблюдения снизился индекс BASDAI с 7,5 до 3,1, ЧПС уменьшилось в среднем с 4,5 до 1,7, уменьшились проявления энтезита. Индекс BASFI снизился с 5,9 до 2,1, отмечено снижение СОЭ с 48 до 25 мм/час, уровень СРБ с 39,2 до 20,7 г/л. Отмечено снижение потребности в НПВС. Наибольшая эффективность наблюдалась у больных АСА с энтезитами и поражениями позвоночника, местных и системных нежелательных реакций на ЭТН не отмечено. При динамическом наблюдении 2 раза в году физиотерапевтом латентной туберкулезной инфекции не выявлено. Заключение: таким образом, длительная терапия ЭТН совместно с сульфасалазином и НПВС привела к выраженному улучшению состояния и позволила добиться частичной ремиссии у больных с АСА.

Пациенты с фибрилляцией предсердий старшего трудоспособного возраста: риски и безопасность антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе

Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Энгаус Р.Е., Шадрин А.А., Наумов С.А.

Пермский государственный медицинский университет имени акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель. Оценить эффективность, безопасность и приверженность терапии антикоагулянтам у пациентов старше 65 лет в поликлинике. Материал и методы. Оценены результаты наблюдения за 74 пациентами с персистирующей (n=42; 54,7%) и перманентной (n=32; 45,3%) формой фибрилляции предсердий, средний возраст – 71,4±3,4 года. Наблюдение составило от 6-24 месяцев в течение 2016-2018 годов. Все пациенты имели более трех факторов риска ишемического инсульта при этом CHA2DS2-VASc составил 5,1±2,4. 24% пациентов имели опыт применения варфарина до включения в наблюдение. Инсульт в анамнезе обнаружен у 27,7%, инфаркт миокарда у 34,5%, сахарный диабет у 29,1% пациентов, при этом более 35% пациентов имели сочетания инфаркта миокарда или инсульта с сахарным диабетом.

Результаты. Варфарин принимали 23,0% (n=17), дабигатран -19,0% (n=14), ривароксабан – 46,0% (n=34), апиксабан – 12,0%, (n=9) пациентов, причем 40% принимали сниженные дозы оральных антикоагулянтов, при приеме варфарина только 20% находились в референсных интервалах МНО. Частота инсульта составила 3,0%, при этом все случае в группе, принимающей варфарин, в год, крупных кровотечений – 5,0% в год, внутричерепных кровоизлияний за период наблюдения не было, малых кровотечений – 15%. При анализе ситуации выявлено, что имеется нарушение схемы приема (изменение дозы, кратности, постоянства приема, самостоятельная отмена) наблюдалось у 40% на фоне варфарина, 27% дабигатрана, 15% на фоне ривароксабана и 30% на фоне апиксабана, в виде снижения дозировки.

Выводы. На амбулаторном этапе необходим контроль проводимой оральной терапии антикоагулянтами, чтобы не происходило необоснованное изменение дозы, кратности, постоянства приема. Необходимо обратить внимание на самостоятельную отмену антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе.

Полиморфизм гена ITGB3 и его влияние на факторы риска, анамнестические данные, клинические события и исходы у мужчин и женщин с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Курупанова А.С., Ларева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Одна из актуальных проблем медицины – это сердечно-сосудистые заболевания. Несмотря на достигнутый прогресс в их лечении, сохраняется высокая смертность и инвалидизация. Понимание генетического вклада в функцию тромбоцитов может иметь клиническое значение для персонализированной фармакотерапии. ITGB3 – ген, кодирующий составную часть рецептора тромбоцитов GP IIb/IIIa к фибриногену, фактору фон Виллебранда, витронектину.

Полиморфизм T1565C, по литературным данным, приводит к изменениям в сайте связывания фибриногена, усиливая протромботический эффект.

Целью нашего исследования явилось определить частоты полиморфизмов гена ITGBIII у мужчин и женщин с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКССПСТ), определить ассоциацию генотипов с факторами риска, анамнестическими данными, клиническими событиями и исходами.

Материалы и методы. В исследование включены 75 мужчин и 75 женщин с диагнозом ОКССПСТ, поступившие в Региональный сосудистый центр Краевой клинической больницы г. Читы. Средний возраст мужчин составил 58 [49; 63], женщин 64 [58; 68], $p < 0,0001$. Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование для определения SNP в гене ITGB3 (T1565C). Анализ генетического полиморфизма проводили методом полимеразной цепной реакции «SNP-экспресс» в режиме реального времени. В работе использованы стандартные наборы праймеров НПФ «Литех» – «SNP-экспресс-РВ». Обследование и лечение больных проводилось в соответствии со стандартами и клиническими протоколами, всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ) с последующей реваскуляризацией при необходимости. Через 1 год оценивали прогноз с учетом следующих комбинированных конечных точек (ККТ). Первичная ККТ включала случаи фатальных сердечно-сосудистых событий (фатальный ИМ в стационаре, фатальный повторный ИМ). Вторичная ККТ охватывала проведение пациентам реваскуляризации по показаниям (коронарное шунтирование, чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ)), госпитализации по поводу ухудшения течения ИБС. Для сравнения двух независимых выборок применяли хи-квадрат и критерий Фишера при ожидаемом явлении менее 5. Статистическая обработка проведена с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты. Согласно полученным данным генотип CC гена ITGBIII, увеличивающий риск протромботического состояния, был определен у 1 мужчины (1,3%) и у 3 женщин (4%). Гетерозиготы были определены у 19 мужчин (25,3%) и у 12 женщин (16%). Генотип TT встречался у 55 (73,3%) мужчин и у 60 (80%) женщин. Статистически достоверной разницы аллельных вариантов между группами мужчин и женщин не было выявлено. При сравнении ожидаемых частот генотипов в гене ITGBIII с полученными в исследовании статистически значимых различий, как в группе мужчин, так и в группе женщин, не выявлено, что говорит о том, что результаты подчиняются закону Харди-Вайнберга. Анализировалась связь аллеля C и таких факторов риска, как наследственность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, такие анамнестические данные, как перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), перенесенное ЧКВ, связь с симптомзависимой артерией по КАГ в настоящую госпитализацию. Была выявлена ассоциация аллеля C у мужчин с ИМ в анамнезе ($n=4$, $p=0,04$), с ранее проводимым ЧКВ ($n=3$, $p=0,0095$). В группе женщин была выявлена ассоциация аллеля C с передней нисходящей артерией, как симптомзависимой ($n=12$, $p=0,02$). При исследовании связи полиморфизмов гена ITGBIII и клинических событий (отек легких, кардиогенный шок, пароксизм фибрилляции предсердий, желудочковые нарушения ритма, полная AV-блокада, тромбоз стента), конечных точек как в группе мужчин, так и в группе женщин не было выявлено различий, что, вероятнее всего, связано с малой выборкой.

Выводы. Таким образом, определена распространенность полиморфизма T1565C среди пациентов с ОКССПСТ среди жителей Забайкальского края, найдена его ассоциация у мужчин с перенесенным ИМ в анамнезе, ранее проводимым ЧКВ, у женщин с поражением передней нисходящей артерией, как симптомзависимой. На основании полученных данных, можно говорить

о том, что отмечается разное влияние данного полиморфизма у мужчин и женщин.

Оценка параметров качества жизни у больных остеоартритом по опроснику EQ-5D в поликлинике

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

При остеоартрите (ОА) наиболее часто поражаются коленные суставы, что приводит к нарушению функциональной активности большинства пациентов, при этом у 60% развиваются выраженные нарушения, приводящие к снижению трудоспособности и качества жизни (КЖ). Для оценки параметров КЖ при ОА применяются общие инструменты, среди которых наиболее доступным является опросник EQ-5D (EuroQol-5D).

Цель исследования: оценить параметры КЖ у больных ОА трудоспособного возраста по данным опросника EQ-5D.

В исследование включено 58 больных, обратившихся в поликлинику с обострением ОА, с выраженностью болевого синдрома по 100 мм визуально-аналоговой шкале (ВАШ) ≥ 40 мм, необходимостью приема НПВП и давших информированное согласие на включение в исследование. Большинство (84%) составили женщины, возраст больных колебался от 37 до 65 лет, средний возраст – $54,87 \pm 11,2$ года. У 84% пациентов длительность ОА не превышала 10 лет, средняя продолжительность ОА – $6,96 \pm 5,12$ лет. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных суставов, удовлетворяющие классификационным критериям Американской коллегии ревматологов. Преобладала II рентгенологическая стадия по классификации Келлгрена-Лоуренса – у 57%, I – выявлена у 43%, двусторонний гонартроз был у 58% пациентов. Нарушения функции суставов I и II степень соответственно была выявлена у 34 (59%) и 21 (36%), отсутствие нарушений – у 3 (5%) больных. Разделы опросника EQ-5D позволяют оценить профиль состояния здоровья по 5 шкалам: проблемы, связанные с возможностью перемещения пациента в пространстве, ухода за собой, выполнения привычной повседневной деятельности, определить наличие боли или дискомфорта, а также отдельные психологические проблемы (тревога/депрессия) с градацией от 1 до 3 баллов. Также оценивается общее состояние здоровья по ВАШ-«термометр здоровья», на котором 0 означает самое плохое, а 100 – самое хорошее состояние здоровья и EQ-5D индекс здоровья, соотношенного с популяционными значениями.

Результаты: у больных ОА коленных суставов при первичном обследовании среднее значение EQ-5D индекса составило $0,25 \pm 0,18$ баллов, «термометра здоровья» – $34,74 \pm 12,24$ мм. Оценка общего состояния здоровья по «термометру здоровья» анкеты была низкой: у 32% пациентов она составляла до 20 мм, у 18% – до 30 мм, у 21% – до 40 мм, у 29% – до 50 мм. Аналогичной была и оценка EQ-5D индекса: очень низкие его значения от 0,055 до 0,202 отмечались у большинства пациентов (53%), от 0,255 до 0,516 – у 31%, удовлетворительные значения – от 0,62 до 0,656 были выявлены исходно только у 16%. Проблемы с передвижением в пространстве отмечались у 100% больных, подавляющее большинство пациентов – 63% и 84% имели умеренно выраженные проблемы с самообслуживанием и в повседневной деятельности. Наличие умеренной боли отмечали 34% пациентов, выраженной – 66%. Большинство указывали на преобладание

отрицательных эмоциональных проблем в связи с заболеванием в виде тревоги и депрессии, причем умеренная и выраженная их степени соответственно выявлялись у 55% и 34% пациентов, и только у 11% отмечалось их отсутствие. Боль и страдания, испытываемые пациентом вследствие болезни и проходимого курса лечения, низкое КЖ приводят к временной нетрудоспособности в период обострения ОА, которая была показана 42 (72%) пациентам. Затраты на период отсутствия пациента на его рабочем месте, включая затраты на оплату листов нетрудоспособности, увеличивают экономические потери, связанные с болезнью и снижением производительности труда на рабочем месте. Общее количество дней нетрудоспособности составило 848, средняя продолжительность одного случая – 20,2 дня.

Выявлено, что у больных гонартрозом при длительном течении заболевания в стадии обострения отмечаются выраженные нарушения жизнедеятельности, что значительно ухудшает их качество жизни, при этом параметры опросника EQ-5D позволяют достоверно оценить состояние здоровья больных ОА, что необходимо учитывать при решении вопроса о временной нетрудоспособности в поликлинике.

Парадокс ожирения в позиции скрининговых параметров спирометрии у больных хронической обструктивной болезнью легких

Овсянников Е.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), уже занимая одно из ведущих мест среди причин смертности по всему миру, включая развитые страны, по прогнозам экспертов по этому показателю может переместиться на третье место в ближайшие годы, что определяет чрезвычайную актуальность всестороннего изучения данной патологии в целом и отдельных аспектов, включая коморбидные состояния. Особое место среди сопутствующей патологии у больных ХОБЛ занимают различные варианты колебаний индекса массы тела (ИМТ) – кахексия, избыточная масса тела и ожирение. Неблагоприятные последствия и худший прогноз при сниженной массе тела у больных ХОБЛ довольно хорошо показан в ряде крупных исследований. Широко обсуждаются такие показатели, как частота обострений, госпитализаций, и др. Так называемый парадокс ожирения как раз и ассоциируют с более благоприятными исходами у больных ХОБЛ и ожирением по сравнению с больными с нормальной массой тела. Однако вопрос о значениях общепринятых в диагностике ХОБЛ спирометрических показателях бронхиальной проходимости, включая объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), индекс Тиффно, в зависимости от ИМТ, остается довольно противоречивым. Целью нашего исследования было провести сравнительный анализ значений ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно у больных ХОБЛ с нормальной массой тела, избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. В исследование были включены 264 больных ХОБЛ. Диагноз ХОБЛ был установлен в соответствии с GOLD, пересмотр 2018 г., на основе комплексной оценки симптомов заболевания, данных анамнеза, данных объективного статуса, спирометрии. В первую группу вошли 88 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²): 60 мужчин и 26 женщин, средний возраст 63,32±7,54 лет. Вторую группу составили 88 больных ХОБЛ с избыточной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²): 61 мужчин и 27 женщин, средний возраст 62,81±6,49

лет. Третья группа – 88 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ 30,0 кг/м² и больше): 64 мужчин и 24 женщины, средний возраст 61,67±7,81 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Исследование показателей функции внешнего дыхания проводили с помощью спирометра. Из определяемых параметров учитывали постбронходилатационные значения ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, выраженные в процентах от должного. Сравнение количественных показателей проводили с помощью одностороннего дисперсионного анализа (ANOVA). Различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. По результатам сравнительного анализа ANOVA исследуемые группы достоверно различались по всем оцениваемым параметрам спирометрии. При этом наблюдалась достоверная тенденция к ухудшению ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно по мере снижения ИМТ. В частности, средние значения ОФВ1 в группах 1, 2, 3 составили 37,12±15,21, 41,38±16,01 и 48,33±16,20 % от должного, соответственно (F-отношение 13,90, $p = 0,00001$). Средние значения ФЖЕЛ в группах 1, 2, 3 составили 56,39±20,34, 62,27±21,03 и 71,56±18,65 % от должного, соответственно (F-отношение 14,30, $p = 0,00001$). Также наблюдалось достоверное отличие и по производному вышеописанных параметров – индексу Тиффно (F-отношение 12,01, $p = 0,00002$).

Выводы. С учетом результатов нашего исследования, парадокс ожирения у больных ХОБЛ, можно экстраполировать не только на общепринятые показатели как выживаемость, частота обострений и др., но и на спирометрические показатели бронхиальной обструкции. Механизмы данного явления требуют дальнейшего изучения.

Высокий индекс массы тела как предиктор более благоприятных исходов хронической обструктивной болезни легких

Овсянников Е.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из самых часто диагностируемых заболеваний органов дыхания как на приеме врача терапевта амбулаторного звена, так и в стационарных условиях пульмонологического отделения. ХОБЛ с позиции системного заболевания характеризуется большим количеством коморбидных патологических состояний, включая сердечные заболевания, депрессивные расстройства, колебания нутритивного статуса. Низкая масса тела, особенно снижение процентного соотношения мышечной массы, как известно сопряжена с неблагоприятным течением и исходами ХОБЛ. Данный вопрос у пациентов с высоким индексом массы тела (ИМТ), включая пациентов с избыточной массой тела и ожирением, остается не до конца выясненным.

Целью нашего исследования явилось сравнить значения прогностически значимого индекса BODE у больных ХОБЛ с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. В исследование были включены 162 больных ХОБЛ. Диагноз ХОБЛ был установлен в соответствии с GOLD, пересмотр 2018 г., на основе комплексной оценки симптомов заболевания, данных анамнеза, данных объективного статуса, спирометрии. Первую группу составили 88 больных ХОБЛ с избыточной массой тела: 61 (69,32%) мужчин и 27 женщин (30,68%), средний возраст 62,81±6,49 лет. Вторая группа – 88 больных ХОБЛ с ожирением: 64 (72,73%) мужчин и 24 женщины (27,27%), средний возраст 61,67±7,81 лет. Исследуемые группы

были сопоставимы по полу и возрасту. По частоте курящих на момент начала исследования группы достоверно не различались ($\chi^2=3,56$; $p=0,122$). Индекс курильщика у больных ХОБЛ с избыточной массой тела был несколько меньше, чем у больных ХОБЛ и ожирением, и составил $23,21 \pm 9,06$ и $26,01 \pm 10,5$, соответственно ($p=0,47$). Для оценки выраженности одышки использовалась 4-балльная шкала mMRC (modified Medical Research Council). Из определяемых параметров спирометрии учитывали постбронходилатационные значения ОФВ1. Для оценки толерантности к физической нагрузке и объективизации функционального статуса больных использовался тест ходьбы в течение 6 минут (6MWD). Индекс BODE рассчитывался по общепринятой методике с учетом ОФВ1, mMRC, 6MWD, индекса массы тела. Сравнение количественных показателей проводили с помощью одностороннего дисперсионного анализа (ANOVA). Различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Выраженность одышки по шкале mMRC у больных в исследуемых группах 1 и 2 достоверно не различалась, и составила $3,67 \pm 1,2$ и $3,25 \pm 1,3$ баллов ($p=0,39$). Пройденное расстояние в 6MWD у больных 1 группы было меньше, чем у больных 2 группы, и составило $259,24 \pm 143,02$ м и $283,17 \pm 114,76$ м, соответственно ($p=0,14$). Значения ОФВ1 у больных 1 группы было достоверно меньше, чем у пациентов 2 группы – $41,38 \pm 16,01$ и $48,33 \pm 16,20$ % от должного ($p=0,003$). С учетом вышеуказанных результатов спирометрии, оценки выраженности кашля, пробы с 6-минутной ходьбой и среднего значения ИМТ, значение индекса BODE у больных ХОБЛ и избыточной массой тела было достоверно выше, чем у больных ХОБЛ и ожирением: $5,45 \pm 2,41$ и $4,38 \pm 2,76$, соответственно ($p=0,023$).

Выводы. Индекс BODE, являясь общепринятым простым для расчета предиктором неблагоприятных исходов ХОБЛ, по результатам нашего исследования оказался выше у больных ХОБЛ и избыточной массой тела, чем у больных ХОБЛ и ожирением, указывая на более благоприятный прогноз в плане исходов заболевания у больных ХОБЛ с более высоким индексом массы тела. Однако стоит учитывать и, как правило, более часто встречающуюся у больных с ожирением выраженную сопутствующую патологию, включая сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания.

Особенности гемодинамики у женщин с рецидивирующим ожирением в климактерическом периоде

Попова Н.А., Горбунова М.Л.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород,

С наступлением климактерического периода происходит замедление процессов метаболизма в результате дефицита эстрогенов. У пациенток, имеющих генетическую предрасположенность, начинает развиваться ожирение. Являясь хроническим и рецидивирующим заболеванием, ожирение активно прогрессирует на фоне эндокринных изменений и нарушений пищевого поведения. В результате развиваются осложнения, которые чаще дебютируют с нарушения функции сердечно-сосудистой системы.

Цель: изучить взаимосвязь изменения гемодинамики у пациенток с рецидивирующим ожирением в климактерическом периоде. Методы исследования. Обследовано 62 пациентки с рецидивирующим ожирением второй степени. Все пациентки имели нарушения пищевого поведения. Средний возраст $48,5 \pm 2,5$ года. Всем пациентам проводилось

клиническое, биохимическое исследования, эхокардиография сердца (Эхо-КГ), велоэргометрия, электрокардиография (ЭКГ), ЭКГ мониторинг, суточное мониторирование артериального давления (АД). ЭКГ проводилось по общепринятой методике. Все пациенты были проконсультированы психологом с проведением тестов с целью выявления нарушений пищевого поведения.

Результаты. При клиническом обследовании у пациенток преобладали симптомы астено-депрессивного синдрома в виде раздражительности, эмоциональной лабильности, апатии, быстрой утомляемости и снижения работоспособности. У 78% пациенток отмечались проблемы со сном. 85% пациенток предъявляли жалобы на учащенные сердцебиения, а 59% – на подъемы АД в течение дня. Частота сердечных сокращений (ЧСС) и АД увеличивались при физической и эмоциональной нагрузках. Число ЧСС в группе страдающей бессонницей, было больше ($83,8 \pm 2,5$ в минуту) чем в группе пациентов, не имеющих проблем со сном ($74,7 \pm 2,1$ в минуту) на 1,9%. Систolicкое и диastolicкое АД отличалось от показателей возрастных норм в обеих группах. Частота повышения ДАД была выше, чем САД у пациентов, имеющих абдоминальный тип ожирения, по сравнению с группой, имеющей гиноидный тип на 7,5% ($p < 0,05$). По результатам АД-мониторирования, у 26% пациенток отмечалось нарушение циркадного ритма АД по типу non – dippers и night – reackers. Данная ситуация наблюдалась в группе пациенток, имеющих проблемы со сном. При электрокардиографическом исследовании чаще в группе с абдоминальным типом ожирения встречаются гипертрофия левого желудочка, диффузные изменения миокарда, нарушение реполяризации желудочков, синусовая тахикардия, чем при гиноидном типе. При дополнительном кардиологическом обследовании (эхокардиография, велоэргометрия, ЭКГ-мониторирование, проводимые по единой методике) органической патологии обнаружено не было. После проведенного курса лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика в виде клинически значимого снижения массы тела, выраженное снижение проявлений астено-депрессивного синдрома, восстановление сердечного ритма, нормализация рисунка контрольной ЭКГ в виде улучшения процессов ре-поляризации, уменьшения диффузных изменений миокарда. Но в группе пациентов с абдоминальным типом ожирения данные показатели были ниже. Анализ и выводы: при абдоминальном типе ожирения на фоне климактерического синдрома у пациенток хуже идет восстановление гемодинамических показателей по результатам ЭКГ и Эхо-КГ. Однако отмечается улучшение показателей гемодинамики на фоне снижения массы тела при всех видах ожирения. Т.о. ожирение и климактерический синдром отягощают гемодинамические нарушения, приводя к развитию необратимых последствий, а именно, развитию ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности.

Способ повышения эффективности электрической кардиоверсии при типичном трепетании предсердий у больных ишемической болезнью сердца

Потапова К.В., Носов В.П., Аминова Н.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Трепетание предсердий (ТП) – одна из наиболее часто встречающихся сердечных аритмий, распространенность которой неуклонно растет и может увеличиться к 2050 году, по прогнозам американских ученых, в 2,3 раза из-за старения населения. Чреспищеводная электрическая

кардиостимуляция (ЧПЭКС) является наиболее перспективным и безопасным методом кардиоверсии при типичном ТП, но уступающим по своей эффективности наружной электроимпульсной терапии (ЭИТ). Известны методы улучшения результатов ЧПЭКС, основанные на применении в течение нескольких дней или недель до предполагаемой кардиоверсии амиодарона. Но при этом повышается риск побочного действия антиаритмика, в том числе его проаритмогенного эффекта. Целью настоящей работы явилось изучение возможности повышения эффективности ЧПЭКС как метода восстановления синусового ритма при типичном ТП у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сравнении с ЭИТ.

Материалы и методы. 67 пациентов с типичным ТП на фоне ИБС были обследованы по общеклиническому протоколу, включавшему липидный профиль, параметры системы гемостаза, уточнение функции щитовидной железы, эходоплерокардиографию (ЭхоДПКГ), холтеровское ЭКГ – мониторингирование. Средний возраст пациентов составил $55,35 \pm 6,45$ лет. Приступ аритмии продолжался от нескольких часов – суток до 6 месяцев. В исследование не включались больные с инфарктом миокарда, постинфарктным кардиосклерозом, ХОБЛ, хронической сердечной недостаточностью более IIa стадии. В 59,70% случаев имел место рецидив аритмии. Всем больным с ТП продолжительностью > 48 часов перед кардиоверсией проводилась 3-недельная подготовка варфарином (МНО-2,0-3,0), либо современными пероральными антикоагулянтами (дабигатран). Для восстановления синусового ритма 19 пациентам проводилась наружная ЭИТ, а 48 ЧПЭКС. В случае неэффективности последней нами был разработан следующий метод: внутривенно струйно вводился амиодарон в дозе 150 мг, через 10-15 минут попытка восстановления синусового ритма с помощью ЧПЭКС повторялась.

Результаты. Наружная ЭИТ оказалась эффективной в 95% случаев. При этом у 7% больных после данной процедуры наблюдалась частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, которая купировалась на фоне проводимой профилактической антиаритмической терапии. С помощью ЧПЭКС по стандартной методике (без амиодарона) удалось восстановить синусовый ритм в 67% случаев, после введения амиодарона ее эффективность увеличилась до 86%. Из нежелательных эффектов отмечалась лишь трансформация ТП в стойкую фибрилляцию предсердий (ФП) в 8% случаев. При этом не выявлено статистически значимой связи между использованием амиодарона и частотой возникновения ФП после ЧПЭКС.

Выводы: 1. Эффективность чреспищеводной кардиостимуляции при лечении типичного трепетания предсердий может быть усилена с помощью внутривенного введения амиодарона непосредственно перед манипуляцией. 2. Предлагаемый метод кардиоверсии является не только эффективным, но и безопасным, в том числе и у больных ишемической болезнью сердца.

Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы у беременных в зависимости от длительности заболевания

Приходько О.Б., Кострова И.В., Горячева С.А., Красовская О.О.

*Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск*

В последние годы отмечается возрастающий интерес к проблеме диагностики и лечения бронхиальной астмы в гестационном периоде. Физиологические изменения, происходящие при беременности,

могут вызвать как ухудшение, так и улучшение течения бронхиальной астмы (БА). Беременность может влиять на течение БА, а сама астма может влиять на беременность.

Целью работы явилось определение особенностей клинико-функционального течения бронхиальной астмы у беременных при различных сроках ее дебюта и влияние сопутствующей патологии на течение заболевания.

Материалы и методы исследования. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения БА у 70 беременных на разных сроках гестации. Из них с легкой степенью тяжести – 40 пациенток (57,1%), со средней степенью тяжести – 30 (42,9%). Использованы клинико-anamnestические данные, исследование вентиляционной функции легких, суточный мониторинг показателей бронхиальной проходимости, тест по контролю над астмой (АСТ), статистические методы. По длительности течения БА выделили 2 группы больных. I группу составили 42 беременные с длительностью заболевания до 10 лет, в среднем – $4,0 \pm 1,2$ года. При этом средний возраст больных к моменту манифестации заболевания составил $21,5 \pm 1,5$ лет, то есть, дебют БА пришелся на юношеский и первый зрелый возраст. Во II группу вошли 28 беременных с давностью заболевания более 10 лет, в среднем – $17,5 \pm 2,0$ лет, средний возраст на начало болезни составил $9,0 \pm 2,2$ лет, то есть, дебют заболевания был в детском возрасте.

Результаты. В I группе больных легкая степень БА наблюдалась у 25 (52,3%), средней степени тяжести – у 17 (47,7%). При этом, длительность БА при легком течении была, в среднем, $4,3 \pm 2,0$ года, при средней степени тяжести – $3,5 \pm 1,5$ лет. Возраст дебюта БА при легком течении был, в среднем, $21,5 \pm 2,5$ лет, при среднетяжелом – $21,4 \pm 2,0$ года. Во II группе больных легкой степени тяжести была у 17 (60,7%), средней степени – у 11 (39,1%). Длительность БА в данной группе при легком течении составила $15,0 \pm 2,2$ лет, при среднетяжелом – $16,5 \pm 2,1$ лет. Возраст больных к началу развития БА составил при легком течении – $8,1 \pm 2,0$ лет, среднетяжелом – $9,5 \pm 3,0$ лет. Следует заметить, что у 9 беременных (12,8%) БА развилась накануне беременности или на разных сроках ее гестации. При этом легкое течение БА наблюдалось у 55,5% пациенток, средней степени тяжести – у 44,5%. При анализе обострений БА во время беременности выявили, что в I группе частота их составила 70,8%, соответственно, при легком течении – у 44%, среднетяжелом – у 85,8%. Во II группе обострение БА наблюдалось у 50% больных: при легком течении – у 41,7%, при среднетяжелом – у 63,6%. Длительная ремиссия БА при легком ее течении у беременных I группы наблюдалась в 5,6% случаев, со средней продолжительностью $3,7 \pm 1,0$ лет, во II группе – у 16,8%, со средней продолжительностью $5,8 \pm 2,0$ лет. Анализируя частоту сопутствующих заболеваний у беременных обеих групп, выявили заметное преобладание их в I группе. При почти одинаковой встречаемости сопутствующей аллергической патологии и хронических воспалительных заболеваний мочеполовой системы, у больных I группы в сравнении со II чаще отмечались болезни верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной системы ($p < 0,05$). У беременных II группы на разных сроках гестации чаще наблюдались вирусные инфекции (ОРВИ, герпес-вирусная инфекция) и синдром соединительнотканной дисплазии ($p < 0,05$). У беременных обеих групп частота стрессорных реакций при легком и среднетяжелом течении астмы в дородовом периоде была практически равнозначной (в I группе соответственно 40% и 60% и во II группе 35,1% и 64,8%). В послеродовом периоде у женщин II группы их уровень остался прежним, в то время как в I группе в 1,9 раза увеличилась частота стрессорных реакций, что связано со снижением адаптивных возможностей больных этой группы. Именно в этой группе больных на 15% больше отмечались реакции хронического стресса, и в 1,9 раза чаще наблюдалось ухудшение течения астмы во время беременности по сравнению со II группой ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, для большинства беременных I группы, с дебютом БА в зрелом возрасте, характерна большая частота сопутствующей соматической патологии и более тяжелое, с частыми обострениями, течение заболевания.

К вопросу о верификации синдрома недостаточности питания у больных с хронической болезнью почек пятой стадии, получающих программный гемодиализ

Прометная Г.А., Батюшин М.М.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Несмотря на имеющиеся методики верификации синдрома недостаточности питания, актуальным является их совершенствование. Цель: изучить частоту верификации синдрома недостаточности питания у больных с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии в зависимости от выбранной методики оценки. Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование «случай-контроль», включавшее пациентов с ХБП 5 стадии, получающих гемодиализ, которым проведено физикальное и лабораторное обследование (n = 106) в двух группах: с синдромом недостаточности питания (n=93) и без него (n=13). Средний возраст пациентов 50,9±12,3 лет. Средний возраст 50,7 ± 12,4 лет и 52,2±12,0 лет (p=0,682) в группах с недостаточностью и без недостаточности питания соответственно. Средняя продолжительность диализного лечения составила 32,8 (17,5-48,5) месяцев. Синдром недостаточности питания традиционно верифицируется при наличии одного из признаков: уровень альбумина крови <35 г/л; насыщение трансферрина <20%; содержание лимфоцитов крови <1,8 тыс.; индекс массы тела <18,5. Наиболее чувствительным является показатель «уровень лимфоцитов <1,8 тыс.», явившийся положительным у 71,1% (59 из 83 пациентов, у которых измерен показатель), в том числе средне-тяжелая степень синдрома у 36,1% (30 из 83), у 27,7% (23) — легкой, 7,2% (6) — тяжелой степени. Снижение насыщения трансферрина <20% имело место у 34% (36 из 106), среднего уровня альбумина <35 г/л только у 1,9% (2 из 106), индекса массы тела <18,5 только у 1 (0,9%). Дополнительный критерий синдрома недостаточности питания – дефицит массы тела зарегистрирован у 5,7% (6) пациентов, в том числе у 4,7% (5) дефицит массы тела соответствовал легкой степени (10-20%); 0,9% (1) – средней (20-30%). Тяжелого дефицита массы тела (>30%) не отмечалось. Заключение. Учитывая значительную флуктуацию частоты выявления синдрома недостаточности питания у пациентов с ХБП 5 стадии в зависимости от метода верификации, оптимальным, по нашему мнению, является использование интегрального показателя, включающего один или несколько критериев: уровень альбумина <35 г/л; насыщение трансферрина <20%; уровень лимфоцитов <1,8 тыс.; индекс массы тела <18,5.

Особенности течения послеродового тиреоидита

Рунова А.А., Гринькова Л.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижегородский гериатрический центр, Нижний Новгород

Цель работы: изучение особенностей течения послеродового тиреоидита и возможностей его лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка М., 25 лет, которая обратилась через 3,5 месяцев после родов (период грудного вскармливания) в связи с появлением слабости, сердцебиений, дрожи во всем теле, неустойчивостью настроения и снижением веса. До родов при проведении профилактического медицинского осмотра у пациентки была обследована щитовидная железа: при УЗИ объем щитовидной железы – 17,8 мл, эхоструктура однородная; гормоны щитовидной железы в пределах нормальных величин. Во время беременности проводилась йодная профилактика (в связи с проживанием в йоддефицитном регионе). При осмотре: кожные покровы обычной влажности, глазные симптомы отсутствовали, мелкий тремор рук незначительный; щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, диффузно неоднородной плотности, узлы не определялись; тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 120 в 1 минуту, АД = 90/60 мм рт. ст., вес 44 кг при росте 167 см. При проведении УЗИ щитовидной железы: объем долей = 18,8 мл, определяются множественные участки повышенной эхогенности без четких контуров. Данные лабораторных исследований: общий анализ крови – без особенностей (СОЭ = 4 мм/час), С-реактивный белок – отрицательный, фибриноген в пределах норм; выявлено повышение: антител к ТПО до 39 МЕ/мл (при норме до 5 МЕ/мл), тиреоидных гормонов: свободный Т4 = 77 пмоль/л, свободные Т3 = 41,3 пмоль/л, ТТТ = 0,0012 мЕд/л.; антитела к тиреоглобулину в пределах нормы – 3,9 МЕ/мл (при норме до 4 МЕ/мл).

Результаты. Больной поставлен диагноз тиреотоксической стадии послеродового тиреоидита. Назначено лечение малыми дозами бета-блокаторов, установлено наблюдение. Через 4 недели отмечено снижение уровня свободного Т4 до 50 пмоль/л и постепенное уменьшение клинической симптоматики. Полное исчезновение клинической симптоматики тиреотоксической стадии послеродового тиреоидита наблюдалось через 10 недель терапии бета-блокаторами, при исследовании свободный Т4 снизился до 13 пмоль/л. Период тиреотоксической стадии составил 6 месяцев. Стадия гипотиреоза у пациентки не развилась. Через 1,5 года при обследовании: ТТГ = 1,52 мЕд/мл, свободный Т4 = 14 пмоль/л; УЗИ щитовидной железы: эхоструктура однородна, объем = 20,4 мл.

Выводы. Период тиреотоксической стадии послеродового тиреоидита у нашей пациентки продолжался 6 месяцев и купировался назначением бета-блокаторов. Лечение бета-блокаторами через 4-10 недель постепенно уменьшили выраженность клинических симптомов тиреотоксической стадии, которая сменилась стадией эутиреоза. Стадия гипотиреоза не развилась. При появлении положительной динамики клинических симптомов и снижении свободного Т4 через 4 недели лечения тиреотоксической стадии послеродового тиреоидита можно избежать назначения тиреостатиков и уменьшить вероятность наступления стадии гипотиреоза.

Улучшение приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией высокого сердечно-сосудистого риска в первичном звене здравоохранения

Сарычева А.А., Камышова Т.В.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель: изучить возможности повышения приверженности к длительной антигипертензивной (АГТ) и липидснижающей (ЛС) терапии у пациентов с АГ высокого сердечно-сосудистого (СС) риска при

помощи демонстрации электронной версии SCORE в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы: пациенты с АГ высокого СС риска (n=150) средний возраст 53,3±5,8 рандомизированы в основную (n=76) и контрольную (n=74) группы. Всем пациентам назначена АГТ и ЛС терапия. В основной группе перед началом лечения с помощью электронной версии SCORE проводилась демонстрация позитивной динамики снижения СС риска в случае достижения целевых уровней АД и общего холестерина. Контрольной группе демонстрация не проводилась. Оценивались приверженность (шкала Мориски-Грин), эффективность лечения, динамика СС риска через 12 месяцев.

Результаты: пациенты основной группы продемонстрировали лучшую приверженность и показатели эффективности лечения. Средний балл по шкале Мориски-Грин в основной группе 2,14±1,28, в контрольной 1,27±1,41 (p<0,001). В основной группе 55,3% пациентов достигли целевого значения АД (<140/90 мм рт. ст.), в контрольной 18,9%; ОШ 5,294 (95%ДИ 2,534-11,061) (p<0,001). В основной группе целевого уровня липопротеидов низкой плотности (<2,5 ммоль/л) достигло 32,2% против 9,5% группы контроля; ОШ 4,418 (95% ДИ 1,767-11,047) (p<0,001). Риск по шкале SCORE в основной группе 4,1±3,34, в контрольной 5,3±3,57 (p<0,001).

Выводы: демонстрация электронной версии SCORE пациентам высокого СС риска с АГ в первичном звене здравоохранения позволяет повысить приверженность пациентов к длительному лечению, улучшить показатели эффективности АГТ и ЛС терапии и тем самым способствует снижению общего СС риска.

Этиологическая структура и современные модели терапии анемии, ассоциированной с опухолевым заболеванием

Сизов Н.В., Волкова С.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Онкологические заболевания занимают одно из лидирующих мест среди причин смертности в общей популяции человечества. В процессе старения современного общества в скором времени ожидаем выход смертности от опухолевых заболеваний на первое место. Анемия, ассоциированная с опухолевым заболеванием (ААО), – значимый фактор, влияющий на качество жизни и прогноз заболевания в целом.

Цель исследования: представить многообразие этиологических факторов и моделей терапии ААО.

Материал и методы: в исследование включены 50 пациентов имеющих онкологические заболевания и анемию (19 мужчин в возрасте от 41 до 70 лет, медиана – 59 лет, 31 женщина в возрасте от 33 до 80 лет, медиана – 62 года) последовательно обратившихся за консультативной помощью к гематологу с 2013 по 2018 год. Из них 10 пациентов имели диагноз рак желудка, 9 – рак молочной железы, 7 – рак легких, 5 – рак матки, 3 – рак почки, 2 – рак корня языка и рак простаты и по 1 – глиому, рак кишки и желудка, нейроэндокринную опухоль, лимфому, меланому, GIST опухоль, опухоль поджелудочной железы, а также рак яичников, матки и мочеточника. Различные виды химиотерапии на момент обращения получали 16 (32%) человек. Метастазирование имело место у 21 (42%) пациента. 21 пациент

(42%) находился в ремиссии заболевания. Для установления генеза анемии осуществлено исследование обмена железа, содержания фолатов и кобаламина в крови, показателей функции печени, почек, эритропоэтина крови. Данные представлены в виде медианы и квартилей (Median [Q1; Q3]).

Результаты. На момент обращения в общей группе пациентов имела место анемия, приближающаяся к тяжелой степени – HGB 80 г/л [77; 85], количество эритроцитов – 2,7x10¹²/л [2,2x10¹²/л; 2,9x10¹²/л], нормоцитарная – MCV 87 фл [80;94], нормохромная – MCH 28,9 пг [26,5;31], MCHC 314% [306;320] с анизоцитозом – RDW 16,4% [15;18,4]. Пациенты имели отчетливые признаки повышения острофазовых белков: СОЭ 38 мм/ч [29;66], С-реактивный белок 39 мг/л [8,6;89]. Параметры метаболизма железа демонстрировали снижение сывороточного железа 5,8 мкмоль/л [3,4;8,9], при относительно высокой латентной железосвязывающей способности трансферрина – 38,1 мкмоль/л [30,5;43,1], с индексом насыщения (СФ) 271 мкг/л [47,7;581]. Эритропоэтин превышал норму 76,1 мМЕ/мл [53;108], но не выходил за пределы повышения, соответствующего урону HGB. Средние значения фолатов и кобаламина находились в пределах нижних и средних границ нормы 5,7 нг/мл [2,8;12,6], 569 пг/мл [291;974 пг/мл]. Этиологические факторы анемии: абсолютный дефицит железа (СФ ≤ 30 мкг/л) у 8 (16%) и функциональный (СФ 30(100)-500 мкг/л у 19 (38%), дефицит фолатов (≤ 3 нг/мл) у 9 (18%), низкий уровень фолатов ≤10 нг/мл у 7(14%), дефицит кобаламина (≤350 пг/мл) у 10(20%) пациентов с ААО. В качестве моделей терапии у 41 пациента использованы в монорежиме или в различных комбинациях саплементация: железом (карбоксимальтозат железа у 27, глюконат железа у 1, венофер – 1), фолатами у 15, цианкобаламином у 10, а также эритропоэтин у 13 и переливание эритроцитарной массы у 1 пациента.

Выводы: ААО – полиэтиологическое состояние. Установление факторов, обуславливающих ее развитие, лежит в основе формирования оптимальной модели терапии данного состояния.

Показатели феррокинетики и эритроцитарные индексы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа

Смирнова М.П., Чижов П.А.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Введение: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является распространенным осложнением большинства кардиологических заболеваний. Частым осложнением хронической сердечной недостаточности (ХСН) и сахарного диабета 2 типа (СД) является анемия. При ХСН распространенность анемии составляет от 4 до 61%, при СД – около 23%. Анемия ухудшает качество жизни пациентов с ХСН и СД, снижая работоспособность и толерантность к физической нагрузке. Известны различные причины анемии при ХСН, наиболее часто встречается дефицит железа (ДЖ).

Цель работы: изучить показатели обмена железа, эритроцитарные индексы и их взаимосвязь у пациентов с ХСН и СД.

Материалы и методы: обследован 51 пациент с ХСН и СД (39 женщин (Ж) и 12 мужчин (М)), средний возраст 69,82±8,40 лет.

Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, расширенный анализ крови с использованием гематологического анализатора МЕК 6500 (Япония) с определением количества эритроцитов (RBC) в 1012/л, уровня гемоглобина (HGB) в г/л, средний объем эритроцита (MCV) в фл, среднее содержание (MCH) в пг и среднюю концентрацию (MCHC) HGB в эритроците в г/л, распределение эритроцитов по объему (RDW) в % и абсолютных величинах. На гематологическом анализаторе SAPPHIRE-400 (Япония) определяли уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л в сыворотке крови фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: STRF= железо сыворотки, мкмоль/л x398) / трансферрин, мг/дл.

Результаты: у 11 человек выявлена ХСН II ФК, у 24 – III ФК, у 16 – IV ФК. У пациентов с ХСН и СД отмечалось достоверное снижение уровня HGB по мере увеличения ФК ХСН, средние значения составили, соответственно, при II ФК 144,27±6,82 г/л, III ФК 131,21±13,94 г/л, IV ФК 124,31±18,02 г/л. У пациентов с СД и ХСН III ФК выявлено снижение RBC по сравнению с лицами с II ФК (4,47±0,41 против 4,78±0,38 соответственно). У пациентов с IV ФК ХСН достоверно уменьшаются MCH и MCHC: 27,62±3,11 пг и 331,40±21,83 г/л против 29,25±1,71 пг и 353,04±28,03 г/л при III ФК, соответственно. Концентрация Fe и sTR достоверно снижались по мере нарастания степени тяжести ХСН с 19,37±4,51 мкмоль/л и 41,03±8,25% при II ФК до 10,39±3,99 мкмоль/л и 20,80±10,24 % при IV ФК соответственно. По группе в целом установлены достоверные положительные корреляции между Fe и MCV и MCH, sTR и MCV, MCH, MCHC, TR и RDW, отрицательные корреляции между TR и HGB, MCV, MCH, MCHC, sTR и RDW. Латентный ДЖ (FER<100 мкг/л или sTR< 25% при FER 100-300 мкг/л) выявлен у 59% пациентов с ХСН и СД. При этом у Ж ДЖ встречался достоверно чаще, чем у М – 65 % против 41%. Средние значения по группе в целом составили, соответственно, Fe – 13,48±5,48 мкмоль/л, FER 54,37±29,61 мкг/л, sTR 27,94±12,37%, HGB 129,83±17,02 г/л. В группе с ДЖ выявлено достоверное снижение уровня HGB при сравнении лиц с II и III ФК, средние значения составили, соответственно, при II ФК 144,83±7,27 г/л, III ФК 127,30±14,00 г/л. Концентрация Fe и sTR в группе с ДЖ также достоверно снижались по мере нарастания степени тяжести ХСН с 19,10±3,79 мкмоль/л и 42,53±10,83% при II ФК до 9,96±3,68 мкмоль/л и 19,74±10,86% при IV ФК, соответственно. У М с ДЖ MCH достоверно меньше, чем у женщин – 25,85±4,89 пг против 28,77±2,11 пг, остальные показатели не имели существенных отличий. По группе в целом установлены достоверные положительные корреляции между Fe и MCH, TR и RDW, отрицательные корреляции между TR и MCV, MCH. Анемия, согласно критериям ВОЗ (Ж< 120 г/л, М < 130 г/л) выявлена у 14 (27%) пациентов с ХСН и СД, 10 Ж и 4 М. Средние значения по группе в целом составили, соответственно, Fe – 11,45±4,03 мкмоль/л, FER 85,08±72,05 мкг/л, sTR 23,01±10,61%, HGB 111,86±7,09 г/л. По группе в целом установлены достоверные положительные корреляции между Fe и MCH, TR и RDW, отрицательные корреляции между TR и MCH, MCHC.

Выводы: у пациентов с ХСН и СД при нарастании ФК ХСН достоверно снижается HGB, Fe и sTR. Латентный ДЖ выявлен у 59% пациентов. У М латентный ДЖ встречается достоверно чаще, чем у Ж. Анемия диагностирована у 27% пациентов с СД и ХСН. Необходимо своевременное выявление изменений показателей феррокинетики при ХСН и СД с целью коррекции дефицита железа у этих пациентов.

Влияние гипераммониемии у пациентов с начальной стадией хронического заболевания печени на частоту нарушения правил дорожного движения

Уварова О.В., Мацевич М.В., Буеверов А.О., Дынник В.В.

Больница Центросоюза РФ, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им М.Ф. Владимирского, Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова, Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Москва, Пушкино

Цель исследования: оценить динамику концентрации иона аммония и показателей психометрических тестов на фоне терапии L-орнитин-L-аспартатом (LOLA) у больных хроническим гепатитом С, генотип 1 (ХГС-1) с минимальной энцефалопатией.

Материалы и методы исследования: обследовано 42 пациента мужского пола с ХГС-1 в возрасте 35,8±6,5 лет с наличием минимальной энцефалопатии и стажем вождения управления автомобилем не менее 5 лет. У всех пациентов по результатам морфологического исследования гепатобиоптата была выявлена стадия фиброза F1 по шале METAVIR. Обследуемым исходно и в последующем ежемесячно выполнялись: психометрический тест (тест связей чисел – ТСЧ), определялась критическая частота слияния мельканий (КЧСМ-тест), определялась концентрация иона аммония в плазме крови спектрофотометрическим методом. Все пациенты получали интермиттирующую терапию L-орнитин L-аспартатом в дозе 9 г/сут. в течение 2 месяцев с последующим перерывом на протяжении 2 месяцев (всего 3 цикла). Получение статистических данных по нарушениям правил дорожного движения на сайте ГИБДД за период лечения (по окончании исследования).

Результаты исследования. Отмечено статистически значимое среднее по группе снижение исходно повышенной концентрации иона аммония в венозной крови с 135,5 µM по 116,7 µM (p=0,004) через 1 месяц терапии с сохранением положительного результата через 12 месяцев интермиттирующей терапии – 93,4 µM (p<0,001). Было отмечено повышение значений КЧСМ с 43,4 Гц до 45,1 Гц (p<0,001) через 12 мес. интермиттирующей терапии. На фоне дробного приема L-орнитина L-аспартата отмечено снижение средней частоты нарушений правил дорожного движения с 0,5 до терапии до 0,45 после лечения. Отмечена динамика при оценке результатов ТСЧ: снижение затраченного времени на проведение исследования: уже через 1 мес. приема препарата L-орнитин L-аспартата время выполнения теста сократилось с 64,4 сек. по 49,2 сек. (p=0,024) с сохранением положительной динамики через 12 мес. лечения – 38,8 сек (p<0,001).

Выводы: у всех пациентов, включенных в исследование перед началом исследования, диагностирована гипераммониемия. У половины исследуемых пациентов регистрировались нарушения правил дорожного движения. Интермиттирующая терапия L-орнитин L-аспартатом способствовала статистически значимому снижению гипераммониемии, улучшила результаты психометрических тестов у пациентов с ХГС, а также на фоне приема L-орнитина L-аспартата отмечено статически значимое снижение частоты нарушений правил дорожного движения.

Оценка атеросклеротических изменений в коронарных артериях по данным оптической когерентной томографии у пациентов с проявлениями хронической болезни почек

Шевченко О.П., Созыкин А.В., Наумов Я.А., Шлыков А.В., Васильева В.П.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Центральная клиническая больница Российской академии наук, Москва

Введение. Одной из основных проблем при хронической болезни почек (ХБП) является высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в структуре которой первое место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), первопричиной которой в большинстве случаев является атеросклеротическая бляшка. К сожалению, лишь ограниченное количество инструментальных методов позволяет оценить морфологию бляшки *in vivo*. Среди таких методов наибольшей диагностической ценностью обладает оптическая когерентная томография (ОКТ) благодаря высокой разрешающей способности (осевое разрешение около 10 мкм) [1]. Цель: оценка атеросклеротических изменений коронарных артерий по данным ОКТ в зависимости от степени снижения функции почек у пациентов с проявлениями хронической болезни почек.

Материал и методы. В исследование были включены 117 пациентов, страдающих ИБС, которым была выполнена ОКТ коронарных артерий. По результатам ОКТ у пациентов было обнаружено 170 бляшек. Наличие ХБП определялось по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной на основании формулы СКД-EPi, менее 60 мл/мин/1,73 м². С помощью ОКТ были определены следующие параметры: объем липидного ядра, толщина покрышки над липидным ядром, длина липидного ядра, наличие кальцинатов, их длина, толщина покрышки над кальцинатами, наличие макрофагов,

кристаллов холестерина и микроканалов (*vasa vasorum*). Перечень лабораторных исследований включал общий и биохимический анализ крови с определением концентрации глюкозы, уровня общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и креатинина. Статистическая обработка произведена с помощью SPSS v. 22 (IBM, USA). Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Степень корреляции определялась с помощью коэффициента Спирмана. При анализе различий параметров в подгруппах пациентов использовался U-критерий Манна-Уитни и критерий χ^2 . Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты в группе с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² были старше ($p < 0,001$) и среди них преобладали женщины ($p < 0,001$). В указанной группе было больше больных с сахарным диабетом ($p = 0,007$), а также был выше уровень глюкозы в крови ($p = 0,007$) и липопротеидов высокой плотности ($p = 0,013$). При оценке морфологии бляшек, определенной по ОКТ, в группе пациентов с уровнем СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² отмечался более низкий уровень длины бляшки (15,0 (10,0; 19,9) мм и 9,8 (5,6; 19,8) мм; $p = 0,022$). Среди пациентов с нормальной функцией почек отмечено более высокая частота инфильтрации бляшки макрофагами (59,5% и 38,8%; $p = 0,006$). Различий по другим показателям выявлено не было. При корреляционном анализе, которому подвергались только показатели, различавшиеся между группами пациентов, были выявлены следующие связи: выраженность инфильтрации бляшки макрофагами коррелировала с уровнем креатинина ($p = -0,171$; $p = 0,040$) и ЛПВП ($p = -0,279$; $p = 0,008$). Иных корреляций, достигших уровня статистической значимости, выявлено не было.

Выводы. Результаты нашего исследования предоставляют новые сведения о влиянии ХБП на атеросклеротические изменения коронарных артерий. Публикации, посвященные этому вопросу, гетерогенны. В некоторых работах частота инфильтрации макрофагами бляшек выше у пациентов с ХБП, в некоторых – не различалась; подобная ситуация отмечается и с длиной липидного ядра [2, 3].

Конкурс молодых терапевтов

Эрозивно-язвенные гастродуодениты у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца, длительно получающих ацетилсалициловую кислоту

Буянова М.В., Боровкова Н.Ю.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегородская областная клиническая больница
им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород

Цель. Оценить частоту эрозивных и язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС) при длительном приеме ацетилсалициловой кислоты (АСК).

Материалы и методы. В исследование вошли 387 больных. Все пациенты имели СИБС. Больные длительное время (более 12 месяцев) получали терапию защищенными формами АСК, согласно рекомендациям ЕОК (2013). Диагноз стабильной ИБС устанавливался по клинической и инструментальной картине на основании электрокардиографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования, селективной коронарографии. Всем пациентам проводилось обследование фиброэзофагогастродуоденоскопия с определением бактерии *Helicobacter pylori* (Hр). Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы статистика 10.0 и в процентном соотношении.

Результаты. Среди больных СИБС, принимающих АСК? было отмечено 30 (7,7%) случаев эрозивных и язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). При этом в исследование не включались пациенты с Hр-ассоциированными поражениями ЖКТ. Из них было 20 лиц мужского пола (66,6%) и 10 женского (33,3%). Средний возраст пациентов составил 60,7±12,3 года. Поражение слизистой ЖКТ было следующим. 24 (80,1%) пациента имели эрозивный процесс. Эрозии тела и антрума желудка были выявлены у 16 человек (53,3%), эрозии двенадцатиперстной кишки 6 человек (чел.) [20%]. У четырех (13,3%) пациентов была диагностирована геморрагическая гастропатия. У двух пациентов было обнаружено сочетание эрозивного гастрита и дуоденита (6,6%). По одному случаю пришлось на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, что составило 3,3% соответственно. Стоит отметить, что характерной особенностью данной категории пациентов является отсутствие каких-либо жалоб (19 чел. – 63,3%).

Выводы. Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ у больных СИБС, принимающих АСК, встречаются до 7,7% случаев. В структуре данных поражений преобладает эрозивный процесс тела и антрума желудка (53,3%). Язвенные поражения встречаются редко.

Влияние различных групп антигипертензивных препаратов на показатели вариабельности артериального давления у больных артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких

Григорьева Н.Ю.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Городская клиническая больница №5,
Нижний Новгород

Введение. По данным ВОЗ АГ и ХОБЛ относятся к одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний XXI века, внося существенный вклад в статистику общей смертности, и, не смотря на постоянное усовершенствование подходов в диагностике и лечении АГ, ее рост не снижается в российской популяции и составляет около 40%.

Идея. Доказано, что помимо уровня АД, с поражением органов-мишеней тесно взаимосвязаны избыточные колебания АД – повышенная вариабельность АД (ВАД), а также известно, что на сегодняшний день не существует крупных рандомизированных исследований по влиянию гипотензивной терапии на «суррогатные» и «жесткие» конечные точки у больных с сочетанной патологией АГ и ХОБЛ.

Цель. Сравнить показатели суточного АД-мониторирования и изучить краткосрочную и долгосрочную ВАД, как нового фактора риска сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ и ХОБЛ на фоне терапии иАПФ и БРА и выбрать наиболее оптимальный блокатор РААС для лечения указанной категории больных.

Материалы и методы. В открытое исследование включены 60 больных АГ 1 и 2 степени повышения АД с сопутствующей ХОБЛ 2 степени тяжести. Методом закрытых конвертов пациенты разделены на две группы. В качестве основного антигипертензивного препарата больным группы 1 назначен БРА азилсартана медоксомил группы 2 – ингибитор АПФ фозиноприл. Больным в динамике проведено суточное мониторирование АД (СМАД), изучены различные типы ВАД, исследование функции внешнего дыхания (ФВД), измерение среднего давления в легочной артерии (СрДЛА), а также изучена эндотелиальная функция инструментальными и лабораторными методами. В группе 1 оказалось женщин – 12 (40,0%), мужчин – 18 (60,0%), средний возраст которых составил 55,2±7,3 лет. В группе 2 – женщин – 19 (63,3%), мужчин – 11 (36,7%), средний возраст которых составил 58,5±5,3 лет.

Результаты. Исходно до назначения азилсартана медоксомила, по данным СМАД, среднее дневное систолическое АД (СрСАДд) составило 145,7±8,2 мм рт. ст., среднее ночное систолическое АД (СрСАДн) составило 134,8±9,8 мм рт. ст., среднее дневное диастолическое АД (СрДАДд) – 84,3±5 мм рт. ст., среднее ночное диастолическое АД (СрДАДн) – 76,9±5 мм рт. ст. К концу первого месяца лечения азилсартана медоксомилом по результатам СМАД целевых цифр смогли достичь 24 человека. Через 6 месяцев лечения СрСАДд составило 126,5±3,5 мм рт. ст., СрСАДн составило 120,6±3,3 мм рт. ст., СрДАДд – 77,3±1,6 мм рт. ст., СрДАДн – 72,7±2,7 мм рт.

ст. В группе 2, больным которой был назначен фозиноприл, на момент включения в исследование срСАДд составило $146,6 \pm 8,9$ мм рт. ст., срСАДн – $135,4 \pm 10,5$ мм рт. ст., срДАДд – $85,6 \pm 6,1$ мм рт. ст., срДАДн – $77,4 \pm 5,8$ мм рт. ст. Через 6 месяцев лечения АД нормализовалось у всех больных, однако 5 больным пришлось увеличить дозу фозиноприла до 40 мг. срСАДд составило $132,6 \pm 6,2$ мм рт. ст., срСАДн составило $123,4 \pm 4,7$ мм рт. ст., срДАДд – $79,4 \pm 2,9$ мм рт. ст., срДАДн – $73,6 \pm 3,8$ мм рт. ст. Среднее значение разницы между первым и вторым последовательными измерениями САД при определении внутривизитной ВАД составила $5,4 \pm 2,1$ мм рт. ст., ДАД – $2,8 \pm 1,4$ мм рт. ст., между вторым и третьим измерениями САД – $2,5 \pm 1,1$ мм рт. ст., ДАД – $1,7 \pm 1,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Во второй группе среднее значение разницы между первым и вторым последовательными измерениями САД равнялось $5,1 \pm 2$ мм рт. ст., ДАД – $3,1 \pm 1,5$ мм рт. ст., между вторым и третьим измерениями САД – $1,8 \pm 0,8$ мм рт. ст., ДАД – $1,5 \pm 1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Суточное мониторирование АД через 6 месяцев лечения показало достоверное снижение вариабельности САД и ДАД в обеих группах. Также нами был проанализирован такой вариант ВАД, как разница между максимальным и минимальным значением САД (ММД) через 2 и 4 недели лечения. В первой группе пациентов, которым был назначен БРА азилсартана медоксомил средние значения ММД через 2 недели составили $54 \pm 5,9$ мм рт. ст. и через 4 недели лечения показатели стали $39 \pm 4,3$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Во второй группе больных, получающих фозиноприл средние значения ММД через 2 недели составили $51,9 \pm 7,9$ мм рт. ст. и через 4 недели лечения показатели стали $41,4 \pm 5,4$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Что подтверждает эффективность обоих групп лекарственных препаратов, но в большей степени азилсаратана медоксомила.

Обсуждение. При сопоставимом влиянии этих двух классов лекарственных препаратов на уровень АД азилсартана медоксомил в большей степени, чем иАПФ фозиноприл оказывает положительное влияние на профиль и вариабельность АД.

Социально-экономические факторы приверженности лечению пациенток с ревматоидным артритом

Егорова Е.В., Никитина Н.М.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Областная клиническая больница, Саратов

Введение. Эффективность терапии больных с ревматоидным артритом (РА) существенно зависит от приверженности пациента лечению.

Идея. Социально-экономические факторы оказывают влияние на приверженность лечению больных ревматоидным артритом.

Цель. Оценить социально-экономические факторы у пациентов с РА и их значение в приверженности лечению.

Материалы и методы. В исследование включены 54 женщины с РА (EULAR/ACR2010), возраст $52,6 \pm 10,8$ года, возраст в дебюте РА $42,2 [36;50]$ года, продолжительность РА – $10 [6;14]$ лет, DAS28 – $4,94 [4,2;5,7]$. Выраженность боли определяли по ВАШ. Проводилась оценка семейного положения женщин, образования, занятости и материальные возможности. Оценка качества жизни больных РА выполнялась с помощью индекса EQ-5D, по данным опросника HAQ. Оценку выраженности тревоги и депрессии проводили с

помощью опросника HADS. Приверженность лечению оценивалась по опроснику «Количественной оценки приверженности лечению (КОП – 25)» по Н.А. Николаеву. Рассчитывали приверженность лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и их интегральный показатель. Для всех показателей уровень значений в интервале до 50% интерпретировали как «низкий» («не приверженные лечению»), от 51 до 75% – как «средний», более 75% – как «высокий» («приверженные лечению»). Статистическая обработка выполнялась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты. Установлена различная приверженность терапии у женщин с РА: низкая – у 25 (46,3%) больных, средняя – у 20 (37%) и высокая – у 9 (16,7%); приверженность медицинскому сопровождению: низкая – у 23 (42,6%), средняя – у 19 (35,2%) и высокая – у 12 (22,2%) больных; приверженность модификации образа жизни: низкая у 38 (70,4%), средняя – у 14 (25,9%) и высокая – у 2 (3,7%) больных. По интегральному показателю не приверженными терапии были 26 (48,1%) больных, приверженными – 28 (51,9%) пациенток, из них средняя приверженность зарегистрирована у 23 (42,6%), высокая – у 5 (9,3%) больных. Сильную боль по ВАШ отмечали 8 (14,9%) больных, умеренную – 34 (62,9%), у 12 (22,2%) больных болевой синдром был слабо выражен. Функциональные нарушения по HAQ отсутствовали у 6 (11,1%) пациенток, минимальные нарушения выявлены у 20 (37%), умеренные – у 21 (38,9%), выраженные – у 7 (13%) больных. Среди обследованных пациенток 29 (53,7%) состояли в браке, 13 (24,1%) вдовствовали, 12 (22,2%) были разведены или не имели семьи. Среди приверженных лечению пациенток чаще встречались замужние 16 (29,6%), чем среди не приверженных лечению – 13 (24,1%) ($p=0,01$). Установлены взаимосвязи между семейным положением, болью по ВАШ ($r=-0,27$, $p<0,05$) и индексом HAQ ($r=-0,27$, $p<0,05$). Преобладали пациентки со средним образованием – 31 (57,4%), незаконченное высшее и высшее имели 7 (13%) и 16 (29,6%), соответственно. Выявлены взаимосвязи между уровнем образования и болью по ВАШ ($r=-0,33$, $p<0,05$), индексом HAQ ($r=-0,33$, $p<0,05$), индексом EQ-5D ($r=0,37$, $p<0,05$). Полную рабочую неделю имели 20 (37%), неполную – 7 (13%), не работали 27 (50%) больных. Установлены взаимосвязи между степенью занятости и возрастом в дебюте РА ($r=0,43$, $p<0,05$), HAQ ($r=0,29$, $p<0,05$). Хорошее материальное положение отмечено у 22 (40,7%), ограниченное – у 32 (59,3%) больных. Установлены взаимосвязи между приверженностью лечению и возрастом ($r=-0,29$, $p<0,05$), возрастом в дебюте РА ($r=-0,29$, $p<0,05$), индексом HAQ ($r=-0,28$, $p<0,05$), числом припухших суставов ($r=-0,32$, $p<0,05$); приверженностью медицинскому сопровождению и семейным положением ($r=-0,27$, $p<0,05$), приверженностью медицинскому сопровождению и выраженностью депрессии ($r=-0,29$, $p<0,05$), приверженностью модификации образа жизни и материальным положением ($r=-0,34$, $p<0,05$). У приверженных лечению пациенток по сравнению с не приверженными были значительно меньше выраженность боли по ВАШ ($50,3 [43;64,5]$ и $63,6 [50;74]$, $p=0,02$) соответственно, активность РА по DAS28 ($4,6 [3,6;5,5]$ и $5,3 [4,7;3,6]$, $p=0,03$) соответственно.

Обсуждение. Низкая приверженность лечению отмечена у 48,1% пациенток с РА. Не приверженные лечению пациентки имеют большую активность РА по DAS28, интенсивность боли по ВАШ, худший функциональный и психологический статус. Предикторами приверженности лечению являются молодой возраст пациенток, дебют заболевания до 39 лет, замужество, ограниченное материальное положение.

Гендерные особенности у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST после чрескожных коронарных вмешательств: отдаленные результаты

Зотагин В.В., Аксаков Н.С.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород

Цель работы: выявление гендерных особенностей у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST через 12 месяцев (мес.) после чрескожных коронарных вмешательств.

Материалы и методы. Для участия в исследовании были взяты 75 историй болезни пациентов с ОИМпST. Исследуемые были госпитализированы в отделение неотложной кардиологии НОКБ им Н.А. Семашко в период трех мес. (январь-март включительно) 2017 года. Исходя из клинических рекомендаций (ЕОК 2017 год), при выписке неотъемлемой частью терапии, влияющей на прогноз чрескожных коронарных вмешательств, являлась двойная антиагрегантная терапия и статины. По истечению 12 мес. после ЧКВ выполнен телефонный опрос, в котором приняли участие пациенты или их родственники. Для обработки результатов исследования был использован пакет программного обеспечения Microsoft Excel. Данные представлены в количественном и процентном соотношении. Результаты. Среди исследуемых пациентов мужчин (муж.) было 52 человека (чел.) (69,3%), женщин (жен.) – 23 (30,7%). Средний возраст всех пациентов составил 59,9±7,1 лет. Жен. были значительно старше муж. 68,9±9, против 56,2±8,7. Частота встречаемости факторов риска у жен. была следующей: АГ – 23 чел. (100%), гиперлипидемия – 13 чел. (56,5%), ХБП – 5 чел. (21,7%), СД – 14 чел. (60,8%). У мужчин процент встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска был ниже и составил: АГ – 46 чел. (88,5%), гиперлипидемия – 24 чел. (46,1%), ХБП – 0 чел. (0%), СД – 6 чел. (11,5%). Следует отметить, что курили чаще мужчины 21 чел. (40%), против 1 чел. (4,3%). Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) в анамнезе выявлен у 29 пациентов. ИБС в анамнезе среди жен. имели 12 чел. (52,2%), среди муж. 17 чел. (32,7%). Проводилась оценка приверженности к назначенной терапии. В группе жен. статины в течение 12 мес. не принимал – 1 чел. (5,5%), прекратили – 2 чел. (11,1%). Среди муж. 6 чел. (12%) не принимали статины, прервали прием на различных сроках 1 чел. (2%). От приема двойной антиагрегантной терапии в течение 12 мес. отказались полностью: среди муж. 2 чел. (4%), среди жен. отказавшихся не было. Не полностью двойную дезагрегантную терапию среди муж. принимали 2 чел. (4%), среди жен. 2 чел. (11,1%). Не представляется возможным определить приверженность к назначенной медикаментозной терапии у погибших пациентов. Среди пациентов отмечавших возврат стенокардии, в процентном соотношении, преобладали жен. – 14 чел. (77,7%), в сравнении с 31 чел. (62%). У 1 муж. (2%) наблюдался повторный ОИМ, в группе жен. таких пациентов было 2 (11,1%). В течение 12 мес. после ЧКВ погибло 2 муж. (4%) и 5 жен. (21,7%).

Выводы. На основании проведенного исследования отдаленных результатов у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST после чрескожных коронарных вмешательств, можно выявить следующие гендерные особенности. Частота встречаемости таких факторов риска как АГ, СД и ХБП выше в группе женщин, тогда как в группе мужчин отмечался высокий процент курящих. Исходя из полученных данных, приверженность к назначенной терапии у женщин была выше, чем у мужчин. Частый возврат стенокардии,

высокий процент повторных ОИМ и летальных исходов у женщин, по-видимому, обусловлен исходно высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, а также более длительным анамнезом ИБС.

Выживаемость и демографические данные пациентов с системной красной волчанкой с поражением почек и без поражения почек

Исмаилова Р.Р., Максудова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) является аутоиммунным заболеванием, вовлекающим различные органы и системы. Поражение почек встречается у 30%-70% пациентов и, как правило, служит предиктором низкой выживаемости.

Цель. Проанализировать выживаемость и демографические данные пациентов с СКВ имеющих поражение почек и без поражения почек. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт больных с СКВ, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом и ревматологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Казань с 2004 по 2018 г. Диагноз СКВ устанавливался в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (ACR, 1982, 1997 гг.) и SLICC (2012). Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (разработчик – IBM Corporation). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Колмогорова-Смирнова, а также показатели асимметрии и эксцесса. Совокупности количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, описывались при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). Оценка функции выживаемости пациентов проводилась по методу Каплана-Мейера. Зависимость риска развития летального исхода оценивалась с помощью лог-ранк критерия Мантеля-Кокса.

Результаты. За указанный период времени в отделениях пролечилось 256 больных СКВ. Из них 230 (89,8%) женщин и 26 (10,2%) мужчин; соотношение женщина:мужчина составило 10:1. Возраст на момент постановки диагноза СКВ составил у мужчин составил 25,5 лет [18-37 лет], у женщин 30 лет [23-41 лет]. Поражение почек имеется у 155 пациентов (61%), из которых 137 (88,4%) женщин и 18 (11,6%) мужчин. Соотношение женщина:мужчина составило 8:1. Возраст на момент постановки диагноза СКВ в этой группе у мужчин составил 28 лет [18-37 лет], у женщин 30 лет [23-45 лет]. У 101 (39%) пациента поражение почек отсутствовало. Группа состоит из 93 (92%) женщин и 8 (8%) мужчин. Соотношение женщина:мужчина составило 12:1. Возраст на момент постановки диагноза СКВ у мужчин составил 23,5 лет [17-30,5 лет], у женщин 31 лет [23-38 лет]. При наличии поражения почек 5-, 10-, 15-летняя выживаемость пациентов составила 93,3%, 89,7% и 87,2% соответственно. 5-, 10-, 15-летняя выживаемость пациентов без поражения почек составила 98,9%, 97,3% и 95,1% соответственно (p=0,029).

Обсуждение. Как в общей группе пациентов СКВ так и в группе пациентов, имеющих поражение почек, чаще встречались молодые женщины. Выживаемость пациентов с поражением почек была существенно ниже выживаемости без поражения почек. Таким образом, несмотря на увеличение продолжительности жизни больных СКВ, наличие у них поражения почек является прогностически неблагоприятным предиктором исхода, значимо влияющим на выживаемость пациентов.

Особенности течения мезангиопролиферативного гломерулонефрита в зависимости от влияния иммунных и неиммунных факторов риска

Ким Т.Ю., Исламова Г.М., Фахрутдинова О.Ю.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель работы: оценить влияние факторов риска (ФР) на темпы прогрессирования мезангиопролиферативного гломерулонефрита (МезПГН).

Материалы и методы. 52 больных МезПГН, разделенных на 3 группы в зависимости от риска прогрессирования: 1 группа (n=18) с низким риском – без протеинурии (ПУ) или с ПУ <0,5 г/сут, нормальными артериальным давлением (АД) и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ), возраст 34,2±1,8 г.; М/Ж= 9/9; 2 группа (n=25) – с умеренным риском (ПУ>0,5-1 г/сут и/или с артериальной гипертензией (АГ), СКФ не <50 мл/мин/1,732), возраст 36,3±1,8 г.; М/Ж= 18/7; 3 группа (n=9) – с высоким риском (ПУ>3 г/сут и/или СКФ<30 мл/мин/1,732), с АГ, возраст 31,1±1,3 г.; М/Ж= 7/2. Результаты. В группе 1 АД до лечения 128,9±2,8/86,1±1,9 мм рт. ст., после лечения 118,3±1,7/79,2±1,1. ИМТ: предожирение у 27,8% больных, I степень – 5,5%, норма – 66,7%. Наследственность отягощена: по АГ у 11,1%, патологии почек – 11,1%, онкозаболеваниям – 5,5%, сахарному диабету (СД) 2 типа у 5,5%; не отягощена у 66,8%. Курили – 11,1%; прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) – 27,8%; дислипидемия у 50%; гиперурикемия у 11,1%. Темпы снижения СКФ (Дельта): 2,5±0,7 мл/мин/1,73м²/год. Группа 2: АД до лечения 146,8±4,6/90,2±2,3 мм рт. ст., после лечения 127,2±2,3/81,4±0,9. ИМТ: предожирение у 32%, I степень – 8%, норма – 60%. Наследственность отягощена: по АГ – у 12%, заболеваниям почек – 8%, онкозаболеваниям – 8%, СД 2 – 4%; не отягощена у 68%. Курили – 20%; прием НПВС – 12%; дислипидемия – 56%; гиперурикемия – 48%. ΔСКФ: 2,84±0,7 мл/мин/1,73м²/год. Группа 3: АД до лечения 160±4/96,1±2,6 мм рт. ст., после лечения 140±3,2/88,9±1,4. ИМТ: предожирение у 33,3%, II степень – 11,1%, норма – 55,6%. Наследственность отягощена: по АГ у 22,2%, по патологии почек – 44,5%, СД 2 – 11,1%; не отягощена у 22,2%. Курили – 33,3%, прием НПВС – 11,1%; дислипидемия – 77,8%; гиперурикемия – 55,6%. ΔСКФ: 6,1±1,3 мл/мин/1,73м²/год.

Обсуждение: ΔСКФ различалась между группами, нарастала от 1 группы к 3-ей, p<0,05. Различия между группами выявлены по показателям активности (ПУ, АД, СКФ), которые положены в основу оценки риска прогрессирования, p<0,05; различия по неиммунным ФР отсутствовали.

Выводы. Факторами риска прогрессирования МезПГН является активность ГН, влияния на темпы снижения СКФ неиммунных ФР не выявлено.

Значение различных факторов тромбоэмболического риска у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий по данным кардиологического стационара

Курашин В.К., Курашина В.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Цель исследования: проанализировать значение различных факторов тромбоэмболического риска у больных с фибрилляцией предсердий

(ФП) по данным стационара областной клинической больницы.

Материалы и методы. Было проанализировано 1164 истории болезни кардиологического отделения ГБУЗ НО «НОКБ им. Н. А. Семашко» за 2017 год. Учитывали случаи ФП. Определяли структуру риска тромбоэмболических осложнений (ТО) по шкале CHA2DS2-VASc (ESC, 2017). Учитывали также риск геморрагических осложнений (ГО) по шкале HAS-BLED (ESC, 2017). Для обработки материала использовали программу Statsoft Statistica 12.0 (США). Результаты представлены в процентном соотношении.

Результаты. Среди 1164 случаев ФП регистрировалась у 331 пациента (28,4%). Среди них было 179 (54%) мужчин и 152 (46%) женщины. Средний возраст пациентов составил 63,2±10,0 лет. В подавляющем большинстве ФП имела неклапанную этиологию. Так, 63,8% (211 человек (чел.)) имели сочетание артериальной гипертензии (АГ) с ишемической болезнью сердца (ИБС). В 8,2% (27 чел.) основным заболеванием являлась АГ и в 5,4% (18 чел.) – ИБС. В 4,2% (14 чел.) причиной развития ФП были миокардиты, а в 3,6% (12 чел.) – кардиомиопатии (КМП). В 3,6% (12 чел.) регистрировалось хроническое легочное сердце (ХЛС), а в 3% (10 чел.) – миокардиодистрофия. В 1,2% (4 чел.) случаев замечена тиреогенная миокардиодистрофия. Очень небольшую часть представляли лица с врожденной и клапанной патологией: 5,8% (19 чел.) – хроническую ревматическую болезнь сердца и 0,3% (1 чел.) – тетраду Фалло. Инфекционный эндокардит имели 2 чел. (0,6%). Зарегистрирован 1 случай миксомы левого предсердия с ФП (1 чел. – 0,3%). Среди всех случаев ФП превалировала постоянная форма (193 чел. – 58,3%). Соответственно, пароксизмальная регистрировалась в 122 случаях (36,8%) и персистирующая у 16 чел. – 4,9%. Анализ риска по шкале CHA2DS2-VASc свидетельствовал, что в подавляющем большинстве пациенты с ФП имели риск ТО более 2 баллов (294 чел. – 88,8%). Лишь у 2 чел. (0,6%) количество баллов по этой шкале равнялось нулю, а у 35 чел. (10,6%) – было не более 1. Среди пациентов, имеющих более 2 баллов риска ТО по используемой шкале, обращало внимание следующее. Так, у 85 чел. (25,7%) риск составил 3 балла, а у 74 чел. (22,4%) – 4 балла. У 69 чел. (20,8%) – 2 балла, у 39 чел. (11,8%) – 5 баллов. В сумме 6 баллов риска ТО имели 15 чел. (4,5%), а 7, соответственно, 10 чел. (3,0%). Двое пациентов (0,6%) имели очень высокий риск ТО (до 8 баллов в сумме). Самым частым (302 чел. – 91,2%) фактором риска ТО у больных с ФП являлась АГ. Также большая часть больных имела сосудистые заболевания (200 чел. – 60,4%). Чуть менее половины больных имели такой фактор риска, как женский пол (152 чел. – 45,9%). Примерно в равных долях в риск ТО вносили вклад возраст больного в пределах от 65 до 75 лет (110 чел. – 33,2%) и наличие у больного симптомов хронической сердечной недостаточности (92 чел. – 27,8%). Меньшее значение имело наличие у пациентов сахарного диабета (76 чел. – 23,0%). Самый малый вклад внесли такие факторы риска, как возраст пациента более 75 лет (44 чел. – 13,3%) и наличие инсульта в анамнезе (39 чел. – 11,8%). Серьезным ограничением использования ОАК у больных с ФП являются ГО. Среди исследуемого контингента пациентов с ФП 2 чел. (0,6%) имели 4 балла риска ГО по шкале HAS-BLED, 19 чел. (5,7%) – 3 балла, 84 чел. (25,3%) – 2 балла и 148 чел. (44,8%) – 1 балл. Лишь 78 чел. (23,6%) не имели риска (0 баллов) ГО. Важно отметить то, что до поступления в стационар более половины лиц (206 чел. – 62,2%), имеющих ФП не принимали оральные антикоагулянты (ОАК). В стационаре ОАК были назначены всем пациентам, имеющим к ним показания. Это составило 78,6% (260 чел.). В 21,4% (71 чел.) эти препараты не использовались в связи с противопоказаниями или низким риском ТО. Среди ОАК в стационаре преимущественно использовались современные препараты (157 чел. – 60,4%). Из них применялись ривароксабан и дабигатран [соответственно 57,3 и 39,5%]. В небольшом проценте был назначен апиксабан (3,2%). При этом в

39,6% (103 чел.) был назначен варфарин. Данный выбор в основном определяла экономическая составляющая со стороны пациента. Выводы. Большинство (89%) пациентов с ФП имеют высокий риск ТО. Самыми значимыми факторами риска являются АГ и атеросклеротические заболевания коронарных и периферических артерий. Все это определяет необходимость использования ОАК. Однако остается проблема низкой приверженности к приему ОАК на догоспитальном этапе.

Анализ анемического синдрома у пациентов с ревматоидным артритом

Лебедева М.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены
и профпатологии, Нижний Новгород

Цель работы: Проанализировать количество пациентов с анемическим синдромом среди госпитализированных в НОКБ им. Н.А. Семашко больных ревматоидным артритом, оценить тяжесть и характер гематологических нарушений.

Материалы и методы. Для исследования были взяты истории болезни пациентов находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении НОКБ им. Н.А. Семашко на ревматологических койках, за период 2017 года. Был проведен анализ 119 историй болезней больных РА, анемия отсутствовала у 73 пациентов. В исследование были включены 46 пациентов у которых анемия была выявлена. Гендерное распределение у исследуемых представлено следующим образом: женщины – 36 (78,3%), мужчины – 10 (21,7%). Средний возраст пациента составил 54,3±13,9 лет. Иммунологическая характеристика РА пациентов, включенных в исследование: серопозитивный РА у 25 (54,4%) больных, серонегативный у 21 (46,6%). АЦЦП позитивный РА 26 (56,5%), АЦЦП негативный 12 (26%), у 8 (17,5%) пациентов АЦЦП определен не был. Активность РА оценивалась по шкале DAS28. Активность II (DAS28 3,2-5,1) имели 18 (39,1%) пациентов, доля пациентов с активностью III (DAS28>5,1) составила 28 (60,9%) пациентов. Степень тяжести анемий устанавливалась по шкале Национального института по изучению рака (Канада). Для анализа данных использовался пакет статистических программ Statsoft Statistica 12.0 (США).

Результаты. Среди 46 исследуемых пациентов у 33 (71,7%) была легкая степень анемии (Hb, г/л 100-120(Ж)/130(М)), средняя степень анемии (Hb, г/л 80-100) выявлена у 11 (23,9%) пациентов, тяжелая анемия (Hb, г/л 65-79) у 1 (2,2%) пациента, жизнеугрожающая анемия (Hb, г/л 65-79) обнаружена также у одного пациента (2,2%). Количество пациентов с микроцитарной анемией (MCV<80) составило 19 (41,3%), с нормоцитарной анемией было 26 (56,5%) пациентов, макроцитарная анемия была у одного пациента (2,2%). Железо сыворотки крови было определено у 40 (86,9%) пациентов, у 32 пациентов железо сыворотки ниже нормы, у 8 пациентов в пределах референсного интервала. Повышенные значения С-реактивного белка (С-РБ) имели 37 (80,4%) пациентов. Повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) выявлено у 34 (73,9%). Тромбоцитоз выявлен у 9 (19,5%) исследуемых. В результате анализа получаемой терапии у пациентов, включенных в исследование, были получены следующие данные: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) получали 46 (100%) пациентов. Глюкокортикостероиды использовались в лечении РА у 38 (82,6%). Метотрексат применялся у 30 (65,2%) пациентов, количество пациентов, применявших его в течение более 5 лет, составило 15 (32,6%) человек. Подтвержденные в анамнезе язвенные кровотечения имели 4 (8,7%) пациентов.

Выводы. Анемический синдром был выявлен у 39% пациентов от общего количества пациентов с РА. Все больные РА с анемией имели среднюю или высокую активность процесса по индексу DAS28. Большинство пациентов имели анемию легкой или средней степени тяжести. На основании проведенного анализа удалось выявить возможные причины анемии возникающей у пациентов с РА. Наиболее вероятные из них это снижение железа сыворотки крови, длительный прием метотрексата и наличие язвенных кровотечений. В связи с этим, можно говорить о необходимости детального обследования больных РА для точного определения генеза возникающего анемического синдрома.

Опыт применения объемной сфигмометрии для скрининговой оценки жесткости сосудистой стенки у лиц трудоспособного возраста

Милютин М.Ю., Макарова Е.В., Шония М.Л., Иванова Ю.В.,
Мартынов С.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены
и профпатологии, Нижний Новгород

Введение – в основе борьбы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является выявление лиц с высокой вероятностью их развития. При этом предпочтение отдается простым неинвазивным методам диагностики. В этой связи перспективным методом обследования является измерение жесткости сосудистой стенки методом объемной сфигмометрии.

Цель работы – оценить показатели жесткости сосудистой стенки по данным объемной сфигмометрии у лиц трудоспособного возраста. Материалы и методы – в исследование включено 189 мужчин (средний возраст 39±9,45 лет), занятых на производстве в АО «ВМЗ» и проходивших периодический медицинский осмотр на базе поликлиники ФБУН «ННИИГП». У всех обследуемых определялся уровень общего холестерина (ОХС), С-реактивного белка (СРБ), натрийуретического пептида, липидный спектр, статус и стаж курения. Оценка эластических свойств сосудистой стенки проводилась методом объемной сфигмографии на аппарате VaSera VS-1500N (FukudaDenshi, Япония). Оценивался сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), лодыжечно-плечевой индекс (ABI), расчетный возраст артерий. Результаты и обсуждение. Среднее значение индекса CAVI, отражающего жесткость сосудистой стенки, находилось в границах нормальных значений, составляя 6,9±1,05. При этом у 37,5% CAVI превышал норму для данной возрастной группы (с максимальным повышением до 10,9). Анализ показателей липидного спектра показал, что у 69 (36,5%) обследуемых имело место повышение уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). У 36 из них (52,1%) повышение ЛПНП сочеталось с высоким уровнем ОХС, а 47,8% имело изолированное повышение уровня ЛПНП, при нормальном уровне ОХС. Коэффициент атерогенности у данной группы обследованных был больше 4, что говорит о высоком риске развития атеросклероза. Корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь между индексом CAVI и уровнем общего холестерина ($r=0,33$, $p=0,003$), а также уровнем ЛПНП ($r=0,33$, $p=0,0037$). Примечательно, что у 15,9% работников показатели жесткости сосудистой стенки были повышены при нормальных показателях липидного обмена, что может свидетельствовать о развитии доклинической формы атеросклероза и/или артериосклероза у данной категории лиц. Более трети обследованных (35,4%) являлись курильщиками, при этом наличие достоверной положительной

корреляционной связи между CAVI и стажем курения ($r=0,28$, $p=0,017$) подтверждает его отрицательное влияние на эластичность сосудистой стенки. Было выявлено, что значение CAVI коррелирует с уровнем СРБ ($r=0,33$, $p=0,004$), а также с натрийуретическим пептидом ($r=0,25$, $p=0,03$). У 27 обследованных (14,3%) расчетный биологический возраст артерий превысил хронологический (календарный) на 4 года и более, что может расцениваться, как показатель развития синдрома раннего сосудистого старения. Практически у каждого десятого обследованного (9,5%) величина плече-лодыжечного индекса (ABI) имела пограничное значение ($0,9 < \text{ABI} < 0,99$), что может свидетельствовать о наличии доклинической стадии облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и требует дополнительного обследования. У 2 человек было выявлено снижение ABI менее 0,9, что говорит о начальных стадиях заболеваний артерий нижних конечностей.

Выводы. Более чем у трети лиц трудоспособного возраста (37,5%) показатели жесткости сосудистой стенки превышают показатели нормы, коррелируя с нарушениями липидного обмена. Метод объемной сфигмометрии позволяет выявить ранние признаки поражения сосудистой стенки, синдрома раннего сосудистого старения. Целесообразно использование объемной сфигмометрии для скрининга субклинической патологии сердечно-сосудистой патологии при проведении медицинских осмотров работающего населения.

Суточные показатели центрального и периферического артериального давления у больных хроническим гломерулонефритом с синдромом артериальной гипертензии

Полякова И.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Введение. Наиболее частой причиной симптоматической артериальной гипертензии (АГ) является патология гломерулярного аппарата почек, представленная, в основном, хроническим гломерулонефритом (ХГН). В России это заболевание занимает ведущую позицию в развитии терминальной почечной недостаточности, причем АГ является важным фактором его прогрессирования. Доказано, что больные ХГН имеют высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО), и именно они являются причиной их гибели. А сочетание с АГ, в свою очередь, еще более увеличивает вероятность развития ССО. В последние годы центральное аортальное давление (ЦАД) обсуждается как, возможно, лучший предиктор развития неблагоприятных кардиоваскулярных исходов, чем артериальное давление (АД), измеренное в плечевой артерии, или периферическое. Периферическое АД (ПеАД) может не отражать ЦАД в восходящей аорте.

Идея. Показатели суточного мониторирования ЦАД и ПеАД у больных ХГН с синдромом АГ имеют свои отличительные черты.

Цель работы. Изучить суточные показатели ЦАД и ПеАД у больных ХГН с синдромом АГ.

Материалы и методы. На базе нефрологического отделения, отделения диализа ГБУЗ НО Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко обследовано 100 больных ХГН. Диагноз был подтвержден морфологически с помощью нефробиопсии. Всем больным ХГН рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕР1, производилась оценка стадии (ст.) хронической болезни почек (ХБП) (K/DOQI, 2011) и оценка наличия АГ (ESH/ESC, 2018). Синдром АГ имели 79 человек (79,0%). Из них 10 (12,7%) имели 1 ст. ХБП, 14 (17,7%) – 2

ст., 17 (21,5%) – 3 ст., 18 (22,8%) – 4 ст., 20 (25,3%) – 5D ст. Для суточного мониторирования ЦАД и ПеАД использовали амбулаторный монитор АД ВРLab и программный комплекс Vasotens-24 (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия). Изучались следующие показатели ЦАД и ПеАД, мм рт. ст., соответственно: среднее систолическое АД (ЦСАД и САД) в течение суток, в дневные (ЦСАДд и САДд) и ночные (ЦСАДн и САДн) часы; среднее диастолическое АД (ЦДАД и ДАД) в течение суток, в дневное (ЦДАДд и ДАДд) и ночное (ЦДАДн и ДАДн) время; среднее пульсовое АД (ЦПАД и ПАД) в течение суток. Результаты анализировали с помощью пакета программ Statistica 10.0 с использованием метода Манна-Уитни.

Результаты. В целом, все исследуемые показатели систолического АД, измеренного как в аорте, так и на плечевой артерии, увеличивались при утяжелении ст. ХБП. Так, у больных с ХБП С 1 и С 5D ЦСАД составило 111 [108; 125] и 147 [135; 152] ($p=0,000$); ЦСАДд – 114 [104; 128] и 151 [131; 153] ($p=0,000$); ЦСАДн – 107 [95; 121] и 143 [122; 147] ($p=0,001$), мм рт. ст. В свою очередь, САД было равным 122 [110; 144] при ХБП С 1 и 157 [125; 159] при ХБП С 5D ($p=0,012$); САДд – 130 [116; 147] и 156 [135; 165] ($p=0,021$); САДн – 115 [103; 128] и 158 [126; 159] ($p=0,001$), мм рт. ст. При этом значения систолического ЦАД (ЦСАД, ЦСАДд, ЦСАДн) были ниже, чем соответствующие показатели ПеАД (САД, САДд, САДн) у всех групп больных. В среднем ЦСАД и САД составило 126 [120; 135] и 137 [126; 151] ($p=0,031$), ЦСАДд и САДд – 130 [122; 134] и 143 [126; 147] ($p=0,012$), ЦСАДн и САДн – 121 [111; 125] и 129 [116; 148] ($p=0,043$) мм рт. ст. Такие параметры, как ДАД, ДАДд, ДАДн также повышались при ухудшении функционального состояния почек и при 1 ст. ХБП составляли 75 [63; 84], 80 [72; 82] и 70 [62; 81], а при ХБП С 5D – 100 [88; 107], 104 [91; 112] и 95 [85; 102] мм рт.ст., соответственно ($p_1=p_2=p_3=0,000$). При этом было отмечено и увеличение ЦДАДн – от 71 [62; 88] до 100 [80; 101] мм рт.ст. ($p=0,000$). ПАД у больных ХГН с 1-4 ст. ХБП также не имело достоверных различий с ЦПАД, а при ХБП С 5D аортальное ПАД было больше, чем на периферии и составляло 56 [45; 59] в сравнении с 44 [42; 53] ($p=0,041$), мм рт. ст. Отмечалась тенденция к увеличению и ЦПАД, и ПАД при ухудшении функционального состояния почек, но статистически незначимая.

Выводы. Изучены особенности суточных показателей ЦАД и ПеАД у больных ХГН с синдромом АГ. Параметры систолического ЦАД характеризуются более низкими значениями, чем соответствующие показатели ПеАД у этих лиц, а ЦПАД на терминальной ст. ХБП является более высоким, чем периферическое ПАД. Значения систолического, пульсового и ночного диастолического АД увеличиваются как в аорте, так и на плечевой артерии при утяжелении ст. ХБП.

Частота интрадиализной гипертензии и особенности лекарственной терапии сердечно-сосудистой патологии у пациентов на программном гемодиализе

Токарева А.С., Боровкова Н.Ю., Линева Н.Ю.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Введение. Наличие интрадиализной гипертензии (ИДГ) является независимым фактором риска общей и сердечно-сосудистой (СС) смертности диализных пациентов. В настоящее время в качестве одного из патофизиологических механизмов повышения интрадиализного артериального давления рассматривается падение концентрации высокодиализируемых гипотензивных препаратов во время сеанса гемодиализа (ГД).

Цель исследования. Дать клиническую характеристику пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение программным ГД, оценить частоту ИДГ и сопутствующей СС патологии, уточнить связь характера проводимой лекарственной терапии с частотой ИДГ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 296 амбулаторных карт пациентов, получавших лечение программным ГД в период с января 2014 г. по декабрь 2016 г. на базе отделения диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко». Фиксировались демографические данные пациентов, диализный стаж, сопутствующие СС заболевания, частота ИДГ и проводимая лекарственная терапия с акцентом на диализируемость используемых препаратов. Все пациенты получали заместительную почечную терапию методом программного ГД: по 3 сеанса в неделю, каждый сеанс длительностью по 4 часа в день в бикарбонатном режиме. В зависимости от факта наличия ИДГ пациенты были разделены на две группы: первую составили пациенты с хотя бы одним эпизодом ИДГ в течение 12 месяцев («случай»), вторую – пациенты, не имевшие ИДГ («контроль»). К низкодиализируемым препаратам были отнесены рамиприл, хинаприл, фозиноприл, все антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРАII) и блокаторы кальциевых каналов (БКК), индапамид, гидрохлоротиазид, хлорталидон, бисопролол, бетаксолол, небиволол и карведилол. Высокой способностью проходить через диализные мембраны обладали метопролол, атенолол, эналаприл, периндоприл и соталол. Анализ полученных данных выполнен с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 20. Нормальность распределения переменных оценивалась с помощью теста Шапиро-Уилка. Для проверки статистической значимости различий данных номинативного характера использовался критерий χ^2 Пирсона, отношение шансов (ОШ) рассчитывалось с учетом 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 58 [47,5; 64,0] лет, диализный стаж – 4,5 [2,1; 7,7] года. Соотношение полов было почти равным: 51% мужчин и 49% женщин. Все пациенты имели артериальную гипертензию (АГ) и получали регулярную гипотензивную терапию. У 55% диализных пациентов в качестве сопутствующей СС патологии выступала хроническая сердечная недостаточность. Диагноз стабильной ишемической болезни сердца имели 35,5% пациентов, кардиомиопатии уремиического/смешанного генеза – 14%, фибрилляции предсердий – 13%. 15% пациентов перенесли инфаркт миокарда, 12% – острое нарушение мозгового кровообращения. С целью лекарственной терапии СС патологии одинаково часто использовались бета-адреноблокаторы (БАБ) и БКК – в 75% случаев, 45% пациентов получали АРАII, 18,5% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). Широкое применение в лечении АГ в диализной популяции нашел агонист I1-имидазолиновых рецепторов моксонидин, рекомендованный 48% лиц. Диуретики были назначены 7% пациентов, имеющим остаточную функцию почек. Высокодиализируемые препараты применялись у 61% пациентов, наиболее часто они использовались в группе БАБ (68%), реже – среди иАПФ (32%). Такие классы препаратов, как АРАII, БКК и диуретики, характеризовались низкой способностью проходить через диализные мембраны. ИДГ встречалась у 60% диализных пациентов, причем частота использования высокодиализируемых препаратов в этой группе достигла 80%. Среди же пациентов без эпизодов ИДГ высокодиализируемые препараты использовались достоверно реже – лишь в 33% случаев ($\chi^2=28,350$; $p<0,001$). Дальнейший анализ полученных данных показал, что применение высокодиализируемых препаратов у пациентов на ГД было ассоциировано с высокой частотой развития ИДГ (ОШ 7,529; 95% ДИ 3,457-16,401; $p<0,05$).

Заключение. Анализ особенностей лекарственной терапии продемонстрировал преобладание высокодиализируемых

препаратов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов на программном ГД. Однако, использование данной группы лекарственных средств в исследовании было связано с высокой частотой развития ИДГ.

Динамика показателей суточного профиля артериального давления и ригидности у больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией при лечении нитрендипином

Туличев А.А., Боровкова Н.Ю., Максимова И.Ю., Зубова С.Ю., Колодей Е.Н.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород

Цель исследования: изучить динамику показателей суточного профиля артериального давления (АД) и ригидности (АР) у больных ревматоидным артритом (РА) с артериальной гипертензией (АГ) при лечении нитрендипином.

Материалы и методы: на базе ревматологического отделения ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко проведено обследование 40 больных РА с АГ. Из них 25 женщин (62,5%) и 15 мужчин (37,5%). Средний возраст обследованных составил 56,8±10,0 лет. Лицам РА с АГ проводили общеклиническое исследование, а также суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и АР при помощи прибора VpLab с программным комплексом Vasotens24 (Пётр Телегин, Россия). Впоследствии больным РА с целью лечения АГ применялся нитрендипин. Препарат назначался перорально в суточной дозе 10-40 мг/сутки в зависимости от степени АГ в течении 90 дней (3 месяцев). Для оценки его влияния на суточный профиль АД и АР больные РА с АГ обследованы повторно через 3 месяца. Проводили контрольное СМАД и мониторирование АР. Статистическая обработка материала осуществлялась при помощи пакета программ Microsoft Office Excel 2013 (США) и Statistica 6.0, Statsoft, США.

Результаты: до лечения показатели СМАД и АР у больных РА с АГ были следующими. Среднедневные уровни систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) составили соответственно 136,31±15,56 мм рт. ст. и 82,81±12,72 мм рт. ст. Кроме того, у больных РА с АГ констатировали ночную гипертензию. Среднее САД ночью было 129,78±18,70, а ДАД – 75,84±15,36 мм рт. ст. При этом найт-пикеры составили 20% от всех больных, а дипперы – 30%. ASI, Aix, AASI были равны соответственно 184 у.е. [155; 217], -4% [-44,5; 3] и 0,343 у.е. [0,25; 0,507]. В результате лечения нитрендипином показатели СМАД и АР у больных РА с АГ снижались. Среднедневное САД уменьшалось на 8,73 мм рт. ст., $p=0,003$, а среднее ДАД – на 2,23 мм рт. ст., $p=0,050$. САД ночью снижалось в значительной степени - на 31,7 мм рт. ст., $p=0,006$, как и ДАД ночью – на 17,97 мм рт. ст., $p=0,014$. Также количество найт-пикеров уменьшилось до 7,5%, а число дипперов возросло до 40%. Показатели АР при лечении нитрендипином также уменьшались. ASI снизилось на 30 усл.ед., $p=0,243$, Aix – на 31%, $p=0,246$, AASI – на 8 у.е., $p=0,365$. Хотя достоверных различий при лечении не получено, при подробном анализе данных оказалось, что число патологических значений Aix в группе уменьшилось на 15%, ASI – на 20% и PWVao на 10%.

Выводы: нитрендипин при использовании у больных РА с АГ улучшал показатели суточного профиля АД и артериальной ригидности.

**Сборник материалов
V Съезд терапевтов Приволжского федерального округа**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 20.03.2019. Подписано в печать 28.03.2019. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117485, г. Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2, тел.: +7 (495) 419-08-68



Профессиональный конгресс-оператор
в области организации специализированных
многопрофильных медицинских
и фармацевтических мероприятий,
бизнес-конференций

КОНГРЕССЫ, ФОРУМЫ,
СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ
**ОРГАНИЗОВАНО БОЛЕЕ
250 МЕРОПРИЯТИЙ**

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ

ШИРОКАЯ ГЕОГРАФИЯ
МЕРОПРИЯТИЯ
БОЛЕЕ ЧЕМ В 50
ГОРОДАХ РОССИИ

МАСШТАБ
МЕРОПРИЯТИЙ
ДО 10 000 ДЕЛЕГАТОВ

ПОСТАВЬ Точку В ВЫБОРЕ КОНГРЕСС-ОПЕРАТОРА



Посвящается 190-летию со дня рождения Г.А. Захарьина

XIV Национальный конгресс терапевтов

20–22 ноября 2019 года

Москва  **КРОКУС ЭКСПО**

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте <https://congress.rnmot.ru>

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 419-08-68
электронная почта: therapy@kstinterforum.ru

 Реклама