



Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская ассоциация терапевтов (EAT)  
Министерство здравоохранения Ставропольского края  
Ставропольский государственный медицинский университет  
Ставропольское краевое научное медицинское общество терапевтов  
РОО «Амбулаторный врач»

**Посвящается 120-летию со дня рождения И.А. Кассирского**

# **IV** Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

**17-18 мая 2018 года**  
**Ставрополь**

Ставропольский государственный медицинский университет  
ул. Мира, д. 310

Генеральные информационные партнеры





# Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной» Всероссийская конференция молодых терапевтов

## 22-23 мая 2018 года

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

- обзорные лекции ведущих специалистов
- клинические разборы
- мастер-классы
- встречи с экспертами
- дебаты pro и contra
- клинические исследования и регистры
- конкурс на лучшую научную работу
- конкурс на лучший клинический случай
- непрерывное медицинское образование
- ассамблея молодых терапевтов
- секция электронных постеров

Подробнее на сайте [www.mt.rnmot.ru](http://www.mt.rnmot.ru)

### Оргкомитет:

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

18+ Реклама

### Конгресс-оператор:

 ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2  
телефон: +7 (495) 419-08-68  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

## Содержание

Организаторы и оргкомитет .....	3
Обращение к участникам.....	5
Страницы истории .....	8
Программа .....	10
Каталог выставки .....	16
Сборник тезисов .....	33

Генеральный спонсор



Официальные спонсоры



Генеральный партнер проекта  
«Домашняя Аптечка»



Спонсор регистрации



Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2  
телефон: +7 (495) 419-08-68  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

## Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская ассоциация терапевтов (ЕАТ)  
Министерство здравоохранения Ставропольского края  
Ставропольский государственный медицинский университет  
Ставропольское краевое научное медицинское общество терапевтов  
РОО «Амбулаторный врач»

## Оргкомитет

### Сопредседатели

**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

**Мажаров Виктор Николаевич** – министр здравоохранения Ставропольского края, к.м.н.

**Кошель Владимир Иванович** – ректор Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

### Оргкомитет

**Агранович Надежда Владимировна** – заведующая кафедрой поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Арутюнов Григорий Павлович** – вице-президент РНМОТ, член-корреспондент РАН, главный терапевт г. Москвы, заведующий кафедрой терапии московского факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

**Байда Александр Петрович** – заведующий кафедрой общей врачебной практики Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Батурин Владимир Александрович** – заведующий кафедрой клинической фармакологии, аллергологии и иммунологии с курсом ПДО Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Боева Ольга Игоревна** – член президиума РНМОТ, заведующая кафедрой медицинской радиологии с курсом ДПО, руководитель центра клинических исследований, профилактической медицины, кардиологии Ставропольского государственного медицинского университета, председатель регионального отделения РКО, д.м.н.

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

**Верткин Аркадий Львович** – член Президиума РНМОТ, заведующий кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

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

**Дидигова Роза Тагировна** – председатель Научного медицинского общества терапевтов Республики Ингушетия, д.м.н., профессор

**Евсеева Мария Евгеньевна** – заведующая кафедрой факультетской терапии Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Елисеева Людмила Николаевна** – заведующая кафедрой факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Ефименко Наталья Викторовна** – директор Пятигорского государственного научно-исследовательского института курортологии ФМБА России, д.м.н., профессор

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

**Крыжановская Наталья Викторовна** – председатель филиала Ставропольского краевого научного медицинского общества терапевтов на Кавказских Минеральных Водах

**Лечиев Узер Кориевич** – председатель Научного медицинского общества терапевтов Чеченской Республики

**Маммаев Сулейман Нуратдинович** – ректор Дагестанского государственного медицинского университета, председатель Научного медицинского общества терапевтов Республики Дагестан, д.м.н., профессор

**Мекерова Фатима Борисовна** – председатель Научного медицинского общества терапевтов Карачаево-Черкесской Республики

**Павленко Владимир Васильевич** – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Рубанова Наталья Андреевна** – главный терапевт Министерства здравоохранения Ставропольского края

**Сохач Александр Яковлевич** – директор института последипломного и дополнительного образования Ставропольского государственного медицинского университета, к.м.н., доцент

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

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

**Терентьев Владимир Петрович** – полномочный представитель РНМОТ в Южном федеральном округе (ЮФО), главный терапевт ЮФО, заведующий кафедрой внутренних болезней с основами физиотерапии №1 Ростовского государственного медицинского факультета, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

**Тотров Игорь Николаевич** – заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, д.м.н.

**Умарова Зура Асхабовна** – главный терапевт Министерства здравоохранения Чеченской Республики

**Уметов Мурат Анатольевич** – заведующий кафедрой факультетской терапии Кабардино-Балкарского государственного университета, главный внештатный специалист – клинический фармаколог Минздрава КБР, председатель правления РОО «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» и РОО «Врачебная палата КБР», д.м.н., профессор

**Францева Виктория Олеговна** – проректор по послевузовскому, дополнительному образованию и лечебной работе Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., доцент

**Чесникова Анна Ивановна** – председатель Ростовского областного научно-медицинского общества терапевтов, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней с основами общей физиотерапии №1 Ростовского государственного медицинского университета

**Щетинин Евгений Вячеславович** – проректор по научной и инновационной работе Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Ягода Александр Валентинович** – полномочный представитель РНМОТ в Северо-Кавказском федеральном округе, заведующий кафедрой госпитальной терапии Ставропольского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, 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 все самое важное и интересное. Но далеко не у всех есть возможность на несколько дней уехать в Москву, поэтому Общество проводит свои мероприятия по всей территории России.

Каждый год Общество старается приурочить свои мероприятия к юбилею одного из наших учителей. 2018 год – для нас год памяти Иосифа Абрамовича Кассирского, советского терапевта и гематолога, академика АМН СССР, заслуженного деятеля науки Узбекской ССР, вице-президента Международного союза гематологов (1961-63), почетного члена Польского и Венгерского медицинских обществ, Швейцарского общества гематологов. На протяжении всего года мы уделим особое внимание области гематологии, ревматологии, клинической фармакологии, кардиологии, методологии и истории медицины.

Одним из мероприятий 2018 года станет IV Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа в Ставрополе. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы и крупнейших городов Северо-Кавказского федерального округа Российской Федерации.

С нетерпением жду встречи на Съезде!

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



## Уважаемые коллеги!



Мы рады встретить на Ставрополье участников IV Съезда терапевтов Северо-Кавказского федерального округа, который пройдет 17-18 мая 2018 года.

Съезд посвящен 120-летию со дня рождения И.А. Кассирского, научные труды которого актуальны и сегодня.

Программа Съезда составлена таким образом, чтобы каждому из Вас, уважаемые коллеги, встреча принесла максимум пользы. Это и ревматические заболевания в клинике внутренних болезней, гастроэнтерологическая патология, поражения почек и мочевыводящей системы в терапевтической практике, лечение заболеваний органов дыхания. На повестке дня актуальные вопросы профилактики и лечения сердечно-сосудистой патологии, современные подходы к антибактериальной и противовирусной терапии.

Отдельного внимания заслуживает проводимый в рамках Съезда конкурс молодых терапевтов.

В число первоочередных приоритетов здравоохранения выносятся профилактика заболеваний, развитие гериатрии, реабилитации, внедрение принципов бережливого производства. Чтобы добиться результата, нам нужен постоянный диалог, эффективные механизмы обратной связи.

Убежден, что IV Съезд терапевтов СКФО – это передовая площадка обмена опытом, конструктивного диалога профессионалов, способствующих формированию новых подходов в развитии и совершенствовании медицинской помощи населению!

**Министр здравоохранения  
Ставропольского края, к.м.н.  
В.Н. Мажаров**

## Уважаемые коллеги!

В четвертый раз в стенах Ставропольского государственного медицинского университета проводится Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа, и сегодня это традиционное мероприятие, крупнейшее по числу участников, стало неотъемлемой и значимой частью жизни медицинского сообщества всего нашего региона. Его образовательная программа – пленарные заседания, семинары, симпозиумы, круглые столы – подчинены важнейшей задаче дать врачу практического здравоохранения самые современные представления, касающиеся диагностики, лечения и ведения больных с наиболее распространенной патологией – сердечно-сосудистой, заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и рядом других.

Этот год Российским научным медицинским обществом терапевтов посвящен памяти выдающегося отечественного ученого, клинициста, педагога, организатора здравоохранения Иосифа Абрамовича Кассирского. В биографии этого ярчайшего представителя российской медицины есть замечательный факт, связанный с нашим регионом: в составе конной армии С.М. Будённого в качестве военного врача, совмещавшего обязанности хирурга, терапевта, зубного врача, эпидемиолога и гигиениста, И.А. Кассирский участвовал в походах на Северный Кавказ. В своих воспоминаниях «Всадник из легенды» он писал: «Мысленным взором охватывая прожитую жизнь, всегда замечаю одно: что я ни делаю – решаю ли какую-либо научную проблему, лечу ли тяжелобольного человека, читаю ли лекцию, разучиваю ли новое музыкальное произведение, взялся ли за еще один иностранный язык, выступаю ли с кафедры международного конгресса перед огромной аудиторией, – во всем я ощущаю действие той упругой воли, той неодолимой силы человеческого упорства, которые были воспитаны во мне годами боев и походов. Эту волю воспитали во мне, мягком... человеке, нелегкие годы молодости».

Убежден, что такого почитания и даже преклонения перед Учителями, как в медицине, такой приверженности идеалам профессии больше нет ни в одной отрасли человеческой деятельности. И представители Ставропольской терапевтической школы под руководством заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора А.В. Ягода своими достижениями в научной и клинической практике продолжают и развивают лучшие традиции своих наставников.

Искренне желаю всем участникам и гостям IV Съезда терапевтов Северо-Кавказского федерального округа эффективной работы и продуктивного обмена опытом, новыми научными достижениями и идеями на благо сохранения здоровья людей!



**Ректор Ставропольского государственного  
медицинского университета, д.м.н., профессор  
В.И. Кошель**

### 120-летию со дня рождения Иосифа Абрамовича Кассирского

(4 (16) апреля 1898, Новый Маргилан (Фергана) –  
21 февраля 1971, Москва)



У Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) на протяжении уже многих лет есть традиция посвящать свои мероприятия в ходе календарного года одному из великих представителей отечественной терапевтической школы, внёсших значительный вклад в развитие научной медицинской мысли и работу Общества терапевтов.

Решением президиума РНМОТ, 2018 год мы посвящаем памяти выдающегося советского терапевта и гематолога, академика АМН СССР Иосифа Абрамовича Кассирского. Без преувеличения его можно назвать одним из основоположников отечественной гематологической школы. Помимо гематологии, И.А. Кассирский широко известен своими работами в области кардиологии, инфекционной патологии, ревматологии, эндокринологии, лабораторной диагностики, истории медицины и врачебной деонтологии. Он являлся блестящим примером образа клинициста, сочетая в себе лучшие качества Врача, учителя и учёного.

Иосиф Абрамович был чрезвычайно одарённой и разносторонне творческой личностью, совмещая свою страсть к медицине с увлечением литературой и музыкой. И.А. Кассирский долгие годы входил в состав правления Всесоюзного, Всероссийского и Московского научных обществ терапевтов, был заместителем председателя Всесоюзного общества гематологов и сопредседателем Международной ассоциации гематологов. Несмотря на прошедшее время, многие клинические идеи и концепции, сформулированные И.А. Кассирским, актуальны и по сей день.

Награждён двумя орденами Ленина, орденом Трудового Красного Знамени, орденом Знак почёта, медалью «За боевые заслуги», премией имени Н.Д. Стражеско АМН СССР.



## **Уважаемые коллеги!**

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

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

Член РНМОТ 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 РНМОТ, включая конгрессы, съезды, конференции, школы и мастер-классы по программе непрерывного медицинского образования, и накапливать Кредиты, которые будут учитываться при аттестации на категорию и сертификации специалиста.
- Бесплатно предоставляется электронная версия журнала «Терапия». Бесплатно (на всех мероприятиях РНМОТ) получает печатную продукцию РНМОТ (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 РНМОТ.
- Имеет преимущества при включении докладов в программу научно-практических мероприятий РНМОТ (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 РНМОТ, включая слайды презентаций.
- Автоматически становится членом Всемирного и Европейского обществ терапевтов.

**УЗНАЙТЕ ПОДРОБНОСТИ НА [WWW.RNMOT.RU](http://WWW.RNMOT.RU)**





## Актовый зал (2 этаж)

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)

Лечебно-диагностический подход у больных артериальной гипертензией с хронической обструктивной болезнью легких.

30' | Лович Драган (Сербия)

Персонализированная медицина и клиническая лабораторная диагностика. Взгляд интерниста.

20' | Спасский А.А. (Москва)

Внутренняя патология и 4П-медицина (предиктивная, превентивная, персонализированная, партисипативная): принципы HEALTH-NET в работе врача-терапевта.

20' | Евсеева М.Е. (Ставрополь)

Первые результаты программы РНМОТ «Разумный выбор».

20' | Боева О.И. (Ставрополь)

12:15–13:45

сателлитный симпозиум компании Пфайзер\*

**Современные возможности улучшить профилактику сердечно-сосудистых заболеваний на уровне отдельного ЛПУ и популяции в целом.**

Сопредседатели: Жернакова Ю.В. (Москва), Акашева Д.У. (Москва)

Артериальная гипертензия и дислипидемия. Традиционный и новый взгляд на проблему.

45' | Жернакова Ю.В. (Москва)

Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий: фокус на эффективность и безопасность.

45' | Акашева Д.У. (Москва)

13:45–14:30

**Обед**

14:30–16:00

симпозиум

**Как помочь пациентам чувствовать себя лучше?**

Сопредседатели: Ягода А.В. (Ставрополь),

Дворецкий Л.И. (Москва)

Коррекция железодефицитной анемии: проблема выбора препарата.

Доклад при поддержке компании Такеда\*

15' | Сидоров А.В. (Ярославль)

Нейропатическая боль в практике терапевта:

современные подходы к лечению, место нуклеотидов.

Доклад при поддержке компании Такеда\*

15' | Пчелинцев М.В. (Санкт-Петербург)

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

Доклад при поддержке компании Такеда\*

30' | Сидоров А.В. (Ярославль)

СТАРТ-терапия рецидива хронической боли у пациентов с остеоартритом и коморбидностью.

15' | Наумов А.В. (Москва)

Больной ОРЗ на приеме у терапевта.

15' | Дворецкий Л.И. (Москва)

16:15–17:45

симпозиум

**Заболевания внутренних органов в амбулаторной практике.**

Сопредседатели: Агранович Н.В. (Ставрополь),

Рубанова Н.А. (Ставрополь)

Бережливая поликлиника — реальная помощь медицине.

15' | Рубанова Н.А. (Ставрополь)

Сахарный диабет и поражение почек. Алгоритм диагностики и лечения диабетической нефропатии в общеклинической практике.

15' | Агранович Н.В. (Ставрополь)

Рентгенконтрастная нефропатия: вопросы диагностики, лечения и профилактики.

15' | Кнышова С.А. (Ставрополь)

Биохимические маркеры ранних проявлений хронической болезни почек у пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

15' | Пилипович Л.А. (Ставрополь)

Метаболический синдром и артериальная гипертензия у мужчин разных возрастных групп: коррекция факторов риска и тактика лечения.

15' | Андреева Е.А. (Ставрополь)

Современные подходы к комплексной реабилитации больных артериальной гипертензией на амбулаторном этапе.

15' | Анопченко А.С. (Ставрополь)

## Читальный зал (3 этаж, корпус Библиотеки)

12:15–13:45

симпозиум

**Актуальные вопросы внутренней медицины.**

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва),

Спасский А.А. (Москва)

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

30' | Мартынов А.И. (Москва)

\* Симпозиум/Доклад, не участвует в непрерывном образовании врачей

Роль внутрикоронарной цитопротекторной терапии в лечении острого коронарного синдрома.

15' | Спасский А.А. (Москва)

Анемия как фактор риска прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

15' | Хрипунова И.Г. (Ставрополь)

Внутренняя медицина 2017: краткие итоги года.

30' | Кокорин В.А. (Москва)

**13:45–14:30**

**Обед**

**14:30–16:00**

сателлитный симпозиум компании Акрихин\*

**Хроническая сердечная недостаточность: клинические рекомендации и реальная практика.**

Председатель Боева О.И. (Ставрополь)

**16:15–17:45**

симпозиум

**Избранные вопросы бронхолегочной патологии.**

Сопредседатели: Байда А.П. (Ставрополь), Позднякова О.Ю. (Ставрополь)

Персонализированный подход к диагностике и терапии бронхиальной астмы.

20' | Позднякова О.Ю. (Ставрополь)

Антибиотикотерапия респираторных инфекций, современные подходы.

20' | Батулин В.А. (Ставрополь)

Особенности лечения артериальной гипертензии у больных бронхиальной астмой.

20' | Байда А.П. (Ставрополь)

Грипп. Вопросы профилактики, диагностики и лечения.

15' | Ртищева Л.В. (Ставрополь)

Современная терапия ХОБЛ.

15' | Позднякова О.Ю. (Ставрополь)

## Конференц-зал (4 этаж, корпус Библиотеки)

**12:15–13:45**

симпозиум

**Ревматологические заболевания и нарушение костного метаболизма в практике врача-терапевта. Диагностика и возможности терапии.**

Сопредседатели: Щендрыгин И.Н. (Ставрополь), Наумов А.В. (Москва)

Особенности ведения пациентов с остеоартритом после протезирования суставов на амбулаторном этапе.

30' | Хрипунова И.Г. (Ставрополь)

Хондропротекторы в комплексном лечении остеоартроза.

15' | Щендрыгин И.Н. (Ставрополь)

Первичная профилактика и факторы риска остеопороза.

15' | Блинкова Л.Н. (Ставрополь)

ДАРТС: попадая в яблочко (новая методология терапии боли в суставах и спине).

30' | Наумов А.В. (Москва)

**13:45–14:30**

**Обед**

**14:30–16:00**

симпозиум

**Рациональное ведение и сопровождение пациента. Принципы формирования домашней аптечки.**

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

Эффективная работа участкового врача-терапевта – важная составляющая современной системы здравоохранения.

25' | Мартынов А.И. (Москва)

Сердечно-сосудистые заболевания и грипп: актуальные проблемы и современные возможности терапии.

25' | Хадзегова А.Б. (Москва)

Между Сциллой и Харибдой, или Как выбрать лекарство для домашней аптечки?

25' | Прохорович Е.А. (Москва)

Домашняя аптечка при ОРВИ.

15' | Малявин А.Г. (Москва)

**16:15–17:45**

симпозиум

**Избранные вопросы эндокринологии. Проблемы и решения.**

Сопредседатели: Александрович Г.А. (Ставрополь), Андреева Е.И. (Ставрополь)

Современные представления о патогенетической взаимопомощи ожирения и проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

20' | Андреева Е.И. (Ставрополь)

Зоб и беременность.

20' | Александрович Г.А. (Ставрополь)

Сахарный диабет и беременность.

20' | Унанова И.А. (Ставрополь)

Синдром низкорослости в педиатрии.

15' | Атанесян Р.А. (Ставрополь)

Ожирение и диабет. Новый взгляд на патогенетические факторы развития.

15' | Белова Н.Г. (Ставрополь)

\* Симпозиум не участвует в непрерывном образовании врачей

**Актальный зал (2 этаж)**

09:30–11:00

сателлитный симпозиум компании Вертекс

**Больной высокого сердечно-сосудистого риска: от рекомендаций к клинической практике.***Председатель Боева О.И. (Ставрополь)*

Медикаментозная терапия ИБС: все ли возможности мы используем?

45'| *Боева О.И. (Ставрополь)*

Синдром обструктивного апноэ во сне – как еще один компонент метаболического синдрома.

45'| *Коростовцева Л.С. (Санкт-Петербург)*

11:15–12:45

симпозиум

**Проблемы сердечно-сосудистой патологии у лиц трудоспособного и молодого возраста.***Сопредседатели: Евсевьева М.Е. (Ставрополь), Сергеева О.В. (Ставрополь)*

Проблема стрессогенной артериальной гипертензии: аспекты своевременной диагностики, лечения и профилактики.

30'| *Евсевьева М.Е., Чудновский Е.В. (Ставрополь)*

Раннее сосудистое старение в активном возрасте: как выявлять и как корректировать.

20'| *Евсевьева М.Е. (Ставрополь)*

Беременность и сердечно-сосудистое здоровье: клинические и организационные аспекты терапевтической поддержки.

20'| *Сергеева О.В. (Ставрополь)*

Современные подходы к ведению пациентов с наличием дисплазии соединительной ткани.

20'| *Евсевьева М.Е. (Ставрополь)*

13:00–14:30

симпозиум

**Коморбидность в практике терапевта: решение сложных проблем.***Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Ягода А.В. (Ставрополь)*

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

15'| *Мартынов А.И. (Москва)*

Особенности ведения пациентов с постхолецистэктомическим синдромом.

15'| *Перекалина М.С. (Ставрополь)*

Болевой синдром при остеоартрите.

15'| *Повзун А.С. (Санкт-Петербург)*

Современная энтеросорбция в практике терапевта.

30'| *Хованов А.В. (Москва)*

Случай синдрома Гудпасчера, дебютировавшего острым почечным повреждением.

15'| *Бородин Л.В., Болурова А.Р., Корой П.В., Сердюков В.Н., Дудов Т.Р., Петижев Э.Б. (Ставрополь)*

14:45–16:15

симпозиум

**Актуальные вопросы реабилитации.***Сопредседатели: Никулина Г.П. (Ставрополь), Малахова Т.В. (Ставрополь)*

Микрополяризация в комплексном лечении коморбидных больных, перенесших мозговой инсульт.

20'| *Бессонов А.А. (Ставрополь)*

Практические аспекты использования международной классификации функционирования в медицинской реабилитации.

20'| *Никулина Г.П. (Ставрополь)*

Анализ использования международной классификации функционирования в условиях реабилитационного отделения для больных, перенесших ОНМК.

20'| *Казакова Л.П. (Ставрополь)*

Санаторно-курортные факторы в реабилитации больных кардиологического профиля.

15'| *Мисикова И.Х.-М. (Кисловодск)*

Оценка синдрома обструктивного апноэ сна у больных кардиологического профиля по данным холтеровского мониторинга.

15'| *Руженков Д.В. (Кисловодск)***Читальный зал (3 этаж, корпус Библиотеки)**

09:30–11:00

симпозиум

**Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии.***Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва), Карпов В.П. (Ставрополь)*

ХОБЛ и обструктивный синдром в практике врача-терапевта: чем мы лечим и всё ли зависит от врача.

15'| *Малявин А.Г. (Москва)*

Применение фито препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей.

15'| *Карпов В.П. (Ставрополь)*

Современная муколитическая терапия респираторных заболеваний.

Доклад при поддержке компании Санофи.\*

15'| *Бабак С.Л. (Москва)*

Рациональная антибиотикотерапия инфекций нижних дыхательных путей.

20'| *Мальхин Ф.Т. (Ставрополь)*

Применение антагонистов лейкотриенов в терапии тяжелой персистирующей бронхиальной астмы: за и против.

15'| *Победенная Г.П., Ярцева С.В. (Луганск)*10'| **Дискуссия.**

11:15–12:45

симпозиум

**Клиническая фармакология — основа персонализированной фармакотерапии.***Председатель Батурин В.А. (Ставрополь)*

Лабораторная диагностика лекарственной аллергии в современных условиях.

25'| *Батурина М.В. (Ставрополь)*

\* Доклад, не участвует в непрерывном образовании врачей

Резистентность к терапии антитромбоцитарными средствами — проблема кардиологии.

25' | Иванова А.В. (Ставрополь)

Рациональная антибиотикотерапия респираторных инфекций в поликлинике и стационаре.

25' | Батурин В.А. (Ставрополь)

15' | Дискуссия.

**13:00–14:30**

мастер-класс

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

Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)

**14:45–16:15**

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).

## Конференц-зал (4 этаж, корпус Библиотеки)

**09:30–11:00**

симпозиум

**Актуальные вопросы современной гастроэнтерологии.**

Сопредседатели: Гейвандова Н.И. (Ставрополь), Павленко В.В. (Ставрополь)

Тактика ведения больных циррозом печени после эрадикации вируса гепатита С.

15' | Гейвандова Н.И. (Ставрополь)

Современные методы лечения больных воспалительных заболеваний кишечника.

15' | Павленко В.В. (Ставрополь)

На приеме больной с дивертикулярной болезнью толстой кишки — что делать?

15' | Алфёров В.В. (Ставрополь)

Желчнокаменная болезнь — что изменилось в диагностике и лечении?

15' | Павленко А.Ф. (Ставрополь)

Антибиотики в гастроэнтерологии — друзья или враги?

15' | Перекалина М.В. (Ставрополь)

Лечение ГЭРБ у больных с коморбидной патологией.

15' | Алфёров В.В. (Ставрополь)

**11:15–12:45**

симпозиум

**Актуальные вопросы гериатрии.**

Сопредседатели: Сохач А.Я. (Ставрополь), Агранович Н.В. (Ставрополь)

Особенности тактики и ошибки при ведении пожилых пациентов на амбулаторном этапе.

20' | Агранович Н.В. (Ставрополь)

Проблема памяти у лиц пожилого возраста.

20' | Кечеджиева С.Г. (Ставрополь)

Сахарный диабет в пожилом возрасте: особенности течения, лечебная тактика.

20' | Андреева Е.И. (Ставрополь)

Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. Принципы диагностики.

20' | Солгалова С.А. (Ставрополь)

10' | Дискуссия.

**13:00–14:30**

симпозиум

**Современная практика ведения кардиологических больных.**

Сопредседатели: Боева О.И. (Ставрополь), Кокорин В.А. (Москва)

Симпатическая гиперактивация при артериальной гипертензии: роль бета-адреноблокаторов.

15' | Власяц Е.А. (Ставрополь)

Современные тренды антигипертензивной терапии (на примере клинических случаев).

30' | Боева О.И. (Ставрополь)

Ведение больных тромбозом легочной артерии: рекомендации и реальная практика.

30' | Кокорин В.А. (Москва)

Совершенствование фибринолитической терапии у больных острым инфарктом миокарда.

15' | Костогрыз В.Б. (Донецк)

**14:45–16:15**

Конкурс молодых терапевтов

Председатель Кокорин В.А. (Москва)

Индивидуализация прогноза у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий по результатам трехлетнего наблюдения.

8' | Агибова Н.Е. (Ставрополь)

Самооценка комплаентности врачей с коморбидными хроническими неинфекционными заболеваниями.

8' | Бабич А.Э. (Краснодар)

Влияние сопутствующей патологии на течение и контроль бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

8' | Бойко Е.Ю. (Донецк)

Эффективность тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда на фоне тромбоцитоза и тромбоцитопении.

8' | Борт Д.В. (Донецк)

Первичный пролапс митрального клапана: от патогенеза к тактике ведения.

8' | Зангелова Т.Э. (Ставрополь)

Клинико-лабораторные сопоставления у больных саркоидозом и идиопатическими интерстициальными пневмониями.

8' | Зейналова А.А. (Донецк)

Оценка риска развития больших кардиоваскулярных событий у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек.

8' | Являнская В.В. (Краснодар)

## АО «Акрихин»

115054, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 5, этаж 6, БЦ «Риверсайд Тауэрз»  
телефон: +7 (495) 721-36-97  
факс: +7 (495) 723-72-82  
электронная почта: info@akrikhin.ru

Официальный  
спонсор



АО «АКРИХИН» – одна из ведущих российских фармацевтических компаний, выпускающая эффективные, доступные по цене и высококачественные лекарственные средства наиболее востребованных российскими пациентами терапевтических групп. Компания по объему продаж входит в пятерку ведущих локальных фармацевтических производителей на российском фармацевтическом рынке, показывая при этом значительные темпы роста и развития.

В продуктовом портфеле компании насчитывается около 200 препаратов, более ста из которых производятся на производственной площадке в Московской области. Наши препараты относятся к основным фармакотерапевтическим направлениям – туберкулез, диабет, дерматология, кардиология, неврология, гинекология и др. и выпускаются в полном соответствии со стандартами GMP. 45% препаратов в объеме реализации продукции, выпускаемой компанией, входят в перечень ЖНВЛП.

## ООО «Асцензия Диабетическая продукция», Россия

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



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

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

## 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).



# Гипосарт

кандесартан

Продлевает трудоспособность  
пациента с артериальной  
гипертензией\*



- Доказанная органопротекция<sup>1</sup>
- Более сильное антигипертензивное действие в сравнении с первым поколением сартанов<sup>2</sup>
- Сохраняет антигипертензивный эффект после пропущенного приёма препарата<sup>2</sup>

Производитель – фармацевтический завод «Польфарма» АО, Польша

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

<sup>1</sup>Kjeldsen S.E. et al. Effects of losartan vs candesartan in reducing cardiovascular events in the primary treatment of hypertension// Journal of Hypertension. – 2010. – №24. – P. 263-273.

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



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ РВ ЛП-002665

Информация для медицинских и фармацевтических работников

## Biotehnos

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



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

## АО «ВЕРТЕКС»

197350, Санкт-Петербург, дорога в Каменку, д. 62, литера А  
телефон/факс: +7 (812) 329-30-41  
электронная почта: vertex@vertex.spb.ru  
www.vertex.spb.ru

Официальный  
спонсор



Российская фармкомпания из Петербурга, производит более 220 позиций: лекарств (более 150 наименований, около 80 из них входят в перечень ЖНВЛП) и продукции косметических брендов. Зарегистрирована в 1999 году, производство стартовало в 2003 году. Полный цикл от разработки до упаковки продукции. В 2015 году открыла фармзавод с проектной мощностью до 100 млн упаковок в год. Система качества соответствует национальным и международным стандартам: GMP, ISO 9001. Лауреат Премии Правительства РФ в области качества, в 2017 году – высшую госнаграду в сфере качества вручил Д.А. Медведев.

## АО «ГлаксoСмитКляйн Хелскер»

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



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

# ТРИМЕКТАЛ® МВ

триметазидин

таблетки 35 мг № 60, № 120



## Терапия триметазидином:

- ✓ Сокращает количество приступов стенокардии\*
- ✓ Снижает количество таблеток принимаемого нитроглицерина\*
- ✓ Улучшает переносимость физических нагрузок\*\*

*Сердце не устанет*



Реклама.

\* Исследование TACT (Trimetazidine in Angina Combination Therapy). Триметазидин в комбинированной терапии стенокардии напряжения (TACT) // Сердце. 2002; 1: 204–206.

\*\* Efficacy comparison of trimetazidine with therapeutic alternatives in stable angina pectoris: a network meta-analysis. Int J Cardiol. 2014 Dec 20; 177(3):780-5. Сравнительная эффективность альтернативной терапии триметазидином у пациентов со стабильной стенокардией: мета-анализ. Международный журнал кардиология 2014 г. стр 177. Int J Cardiol. 2014 Dec 20; 177(3):780-5.

## Компания «Гринвуд»

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

– эксклюзивный поставщик натуральных растительных препаратов, производимых крупнейшими фармацевтическими фабриками Индонезии:

- Современное технологическое оборудование.
- Аккредитованные химико-биологические лаборатории.
- Соответствие продукции требованиям GMP, ISO9001.2000.
- Микробиологический контроль продукции и производственных процессов.

Наиболее известными среди потребителей и изученными в урологической практике являются следующие бренды: Пролит, Урисан, Золотой конек.



## ООО «Мерк»

115054, Москва, Бизнес центр 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](mailto:russia@merckgroup.com)  
[www.merck.ru](http://www.merck.ru)

Компания MERCK, основанная в 1668 году, 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 (Erbixut®), препараты для борьбы с бесплодием (Гонал-Ф®, Перговерис® и другие), Мавенклад® – первый пероральный препарат с коротким курсом приема для лечения высоко активного 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® ПN014893/01
- 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 Эрбикс® 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



## ООО Натива

123001, Москва, Ермолаевский пер., д.25  
телефон: +7 (495) 644-00-59  
факс: +7 (495) 644-00-59  
электронная почта: [info@nativa.pro](mailto:info@nativa.pro)  
[www.nativa.pro](http://www.nativa.pro)

ООО «Натива» – российская фармацевтическая компания, которая специализируется на разработке фармацевтических субстанций и производстве лекарственных средств для применения в пульмонологии, онкологии, неврологии, эндокринологии и гинекологии. Производство организовано в соответствии с международными стандартами GMP и функционирует по принципу полного цикла, что позволяет осуществлять тщательный контроль качества выпускаемых препаратов на всех этапах.

Компания «Натива» осуществляет свою деятельность в рамках федеральной целевой программы «Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года» и занимается разработкой технологий и организацией производства жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, ранее не производимых отечественными производителями и не защищенных патентами иностранных компаний на территории Российской Федерации.

В настоящее время продуктовый портфель компании на 90% состоит из препаратов, входящих в перечень ЖНВЛП и ориентированных на приоритеты государственной политики в области импортозамещения.



# ЧТО бы Вы выбрали ДЛЯ СЕБЯ? ЭФФЕКТИВНОСТЬ и БЕЗОПАСНОСТЬ



Выбирая ЭЛИКВИС® – Вы выбираете эффективность и безопасность одновременно

Для пациентов с неклапанной ФП препарат ЭЛИКВИС® является единственным ингибитором фактора Ха, который позволяет одновременно обеспечить:

- Более эффективную профилактику инсульта / системной эмболии по сравнению с варфарином<sup>1</sup>
- Лучшую безопасность по риску большого кровотечения по сравнению с варфарином<sup>1</sup>

ЭЛИКВИС®  
апиксабан

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Эликвис®

**Торговое название:** Эликвис®. **МНН:** апиксабан. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав:** одна таблетка содержит 2,5 мг или 5 мг апиксабана. **Показания к применению:** Профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава. Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с стенозом и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца. Лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к любому компоненту препарата. Клинически значимое кровотечение. При состоянии, характеризующемся повышенным риском кровотечения: врожденных или приобретенных нарушений свертываемости крови; обостренной хронической болезни желудочно-кишечного тракта; бактериальном эндокардите; тромбоцитопатиях; геморрагическом инсульте в анамнезе; недавно перенесенном оперативном вмешательстве на головном или спинном мозге,

а также на органе зрения; при тяжелой неконтролируемой артериальной гипертензии. Тяжелые нарушения функции печени, заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с препаратами, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **Побочное действие:** Часто: анемия, кровотечения (часто – носовые, желудочно-кишечные, ректальные, кровотечения из десен, гематурии, гиперемия, кровоизлияния в ткани глазного яблока, гематома, тошнота). Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. **Способ применения и дозы:** Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре и немедленно принять внутрь. В качестве альтернативы таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и немедленно ввести по лечебную суспензию через назогастральный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет

стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 часов. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови  $\geq 1,5$  мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг два раза в сутки (первый прием через 12-24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): по 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг два раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): по 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача.

**Срок годности:** 3 года. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002007, ЛП-001473. **Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. Дата версии:** 30.11.2016г.

1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365:981-992. 2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ЭЛИКВИС® от 30.11.2016.



ООО «Пфайзер Инновации»  
Россия, 123112, Москва, Певенская наб., д.10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)  
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00.  
www.pfizer.ru PP-ELI-RUS-0234.22.11.2017

## «Ниармедик»

125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 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 году. 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 лаб.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».



Ниармедик  
Фарма

## ООО «Пфайзер» и ООО «Пфайзер Инновации»

Страна происхождения: США

Адрес: 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10, блок С, БЦ «Башня на Набережной»

телефон: + 7 (495) 287-50-00

электронная почта: Russia@pfizer.com

www.pfizer.ru

Генеральный  
спонсор

Компания Pfizer представлена в России с 1992 года, и сейчас свыше 1000 сотрудников работают в более чем 50 городах страны. Сегодня в России зарегистрировано более 100 препаратов Pfizer. Благодаря деятельности компании, российским потребителям стали доступны не только хорошо известные препараты, но и новейшие научные разработки, изменившие парадигму лечения серьезных заболеваний.

В 2011 году компания Pfizer начала реализацию инвестиционной стратегии «БОЛЬШЕ ЧЕМ». Локализация производства, образовательные программы с ведущими вузами, поддержка российских исследовательских проектов – важнейшие направления деятельности в России. Объединяя их, инвестиционная стратегия Pfizer представляет собой БОЛЬШЕ, ЧЕМ БИЗНЕС: это вклад компании в развитие российских инноваций в области медицины, модернизацию фармацевтической индустрии, повышение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья и самочувствия россиян.

Также с 2010 года компания проводит программу «Благотворительность вместо сувениров». В ходе реализации проекта ежегодно сувенирный бюджет компании направляется на благотворительные проекты в области здравоохранения. С 2014 года в рамках инициативы «Больше, чем реабилитация» в клинических центрах крупных городов России производится оснащение кабинетов реабилитационной медицины.

Деятельность компании отмечена рядом престижных наград. Препараты Pfizer получают признание медицинского сообщества и потребителей, становясь победителями престижных премий. 4 менеджера компании входят рейтинг «ТОП-1000 российских менеджеров». Трижды компания получала награду «Платиновая Унция» как Лучший работодатель.



## Rompharm Company

г. 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 ЕС и СНГ.

В портфель компании входят оригинальный инъекционный хондропротектор РУМАЛОН (ГАГ-пептидный комплекс), эффективность и безопасность которого доказана в многочисленных многолетних международных и российских плацебо-контролируемых клинических исследованиях и ДИАФЛЕКС (МНН диацереин), рекомендованный как препарат первой линии базисной противовоспалительной терапии остеоартроза (ESCEO, 2016) и остеохондроза.

Препараты Rompharm Company заслужили высокое доверие врачей и пациентов. Мы желаем всем здоровья!



ROMPHARM COMPANY

## Санофи

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

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



## ЗАО «ФармФирма «Сотекс»

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

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



## ООО «Такеда Фармасьютикалс»

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

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

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

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

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



## ООО «ТНК СИЛМА», Россия

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



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

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

## ООО «ЭГИС-РУС»

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



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

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

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

## ООО «Юник Фармасьютикал Лабораториз»

Москва, ул. Тверская д.18, корп.1, каб. 609



Компания «Юник Фармасьютикал Лабораториз» является дочерней компанией концерна J.V. Chemicals and Pharmaceuticals limited (Индия).

Начиная с 1995 года, компания успешно работает на российском фармацевтическом рынке с такими брендами, как: Метрогил® инфузионный раствор, Метрогил® гель наружный и вагинальный, Метрогил Плюс®, Джосет® и Панум®.

«Юник Фармасьютикал» стремится предоставлять доступные препараты, которые улучшают качество жизни пациентов.

# Средства профессиональной информации и коммуникации

## Журнал «Терапия»

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

«Терапия» – научно-практический рецензируемый журнал; с 2015 года является официальным изданием Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). Главный редактор – президент РНМОТ, академик РАН, 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.

Генеральный  
информационный спонсор



## Портал российского врача www.medvestnik.ru

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

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

Генеральный  
информационный спонсор



## Журнал «Фарматека», Россия

Россия, 117420, Москва, ул. Профсоюзная, 57  
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.

Генеральный  
информационный спонсор



## Газета «Фармацевтический вестник»

Россия, 117420, Москва, ул. Профсоюзная, 57  
телефоны: +7 (495) 786-25-57, +7 (495) 786-25-34  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.pharmvestnik.ru

Генеральный  
информационный спонсор

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](http://www.pharmvestnik.ru) помимо электронного архива газеты содержит ежедневно обновляемую ленту новостей, калькулятор надбавок, сервисы для первостольников и других работников фармакологической 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 фармакологической 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.

*Фармацевтический*  
**ВЕСТНИК**

ПОДПИСКА

# ТЕРАПИЯ

www.bionika-media.ru

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

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

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

## Уважаемые читатели!

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

## Стоимость подписки на 2018 год с приложением:

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

1016 руб. 40 коп.  
1848 руб. 00 коп.

Оформить подписку вы можете на портале [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8 (495) 332-02-63** и по **e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)**

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

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



### Газета «Московские аптеки», Россия

Россия, 109456, Москва, ул. Яснополянская, 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

Россия, 105066, Москва, ул. Спартаковская, 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](http://www.rmj.ru)

### ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика»

Россия, 115054, Москва, Жуков проезд, 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 последипломного 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

Россия, 115054, Москва, Жуков проезд, 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 совершенствованию. Характерна высокая степень повторного обращения в течение нескольких лет.



## Газета «Участковый терапевт»

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

Тираж 35 000 экз.

Периодичность 6 номеров в год.

Тип издания: медицинская газета.

Целевая аудитория: терапевты поликлиник.

Рубрики издания:

- Вспомним пропедевтику;
- Диагноз за 5 минут;
- Неотложная помощь;
- Гид по рациональной фармакотерапии;
- Профилактическая медицина;
- Пожилой больной;
- Ошибка диагностики и лечения;
- Алгоритм действий врача поликлиники на приеме и участке;
- Новый лекарственный препарат;
- КЭК (клинико-экспертная комиссия);
- «Непрофильный» больной;
- Школы для терапевтов.



## Журнал «Главный врач Юга России»

344064, Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, д. 54, оф. 404  
телефон: +7 (863) 223-23-25, +7 (988) 950-98-70  
электронная почта: info@akvarel2002.ru  
www.akvarel2002.ru

Информационный журнал для врачей, выходит с 2005 года.

В каждом номере публикуются актуальные статьи по различным областям медицины, статьи сотрудников министерств здравоохранения, Роспотребнадзора, а также реклама новинок в области медицины. Журнал входит в РИНЦ.

Распространяется бесплатно по больницам и поликлиникам Крыма, МЗ ЮФО и СКФО (Ростовская, Астраханская, Волгоградская области, Краснодарский и Ставропольский края, республики: Адыгея, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Северная Осетия-Алания, Чечня, Крым), на медицинских выставках, в санаторно-курортных учреждениях, в министерствах и управлениях здравоохранения, в военных госпиталях юга.



## 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](http://www.remedium-nn.ru)
- Издание рецензируемого общероссийского научно-практического журнала «Медицинский Альманах» [www.medalmanac.ru](http://www.medalmanac.ru)
- Издание электронного рецензируемого научного «Журнала МедиАль» [www.medial-journal.ru](http://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](mailto:nn_remedium@medalmanac.ru) – общие организационные вопросы, статьи и обсуждение публикаций;

[medalmanac@medalmanac.ru](mailto:medalmanac@medalmanac.ru) – все для научных публикаций и научных программ мероприятий;

[commerc@medalmanac.ru](mailto:commerc@medalmanac.ru) – вопросы размещения рекламы и коммерческого участия в научно-практических мероприятиях.

[www.remedium-nn.ru](http://www.remedium-nn.ru)

[www.medalmanac.ru](http://www.medalmanac.ru)

[www.medial-journal.ru](http://www.medial-journal.ru)



### Медицинский портал Medego.ru

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

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



### Клуб практикующих врачей iVrach.com

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

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

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



### Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

Россия, 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 соц. сетях, 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 крупнейших 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

Изучение эффективности комплексного лечения некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата у пациентов пожилого возраста Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Хан Т.А., Закирова Д.К., Шукуров У.М., Турсунбаев А.К. ....	39
Влияние фактического питания на нутритивный статус у больных на программном гемодиализе Абрамова Е.Э., Королева И.Е. ....	39
Фармакоэкономический анализ применения антигистаминных препаратов при лечении рецидивирующего бронхита Агзамова Н.В., Мавлянова Н.Т. ....	40
Диагностика диабетической нефропатии. Алгоритм действий участкового врача-терапевта Агранович Н.В. ....	40
Управление качеством физиотерапевтических вмешательств на этапах медицинской реабилитации больных Азов С.Х., Никулина Г.П., Безвербная И.С., Хаджиева З.М., Бессонов А.А., Рубчевская Д.И., Строганова Н.В. ....	41
Внешние фены дисплазии соединительной ткани у пациентов с интракраниальными аневризмами Акимова А.В., Гончарова Д.А., Дроздова А.В., Бураков М.Ю., Миронов В.А. ....	41
Распространенность анемий в отделениях терапевтического стационара Акимова А.В., Качанова О.Н., Невская А.В., Ржаникова Д.Д. ....	42
Дисплазия соединительной ткани сердца у курсантов Акимова А.В., Миронов В.А., Тарасова Е.В., Лазарева Э.Р., Сафина Т.В., Палабугина П.А. ....	43
Влияние антиагрегантов и статинов на состояние печени и течение ишемической болезни сердца у пациентов после ангиопластики Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Узаков Ж.К., Далимова Д.А. ....	43
Нарушения периферической вегетативной регуляции пейсмекерной активности синусового узла сердца при хронической обструктивной болезни легких Андреев А.Н., Миронов В.А., Миронова Т.Ф., Милащенко А.И., Акимова А.В., Бельтюкова М.В. ....	44
Факторы риска развития частых рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста с фибрилляцией предсердий Андрянов М.Т. ....	44
Влияние хронических заболеваний, ассоциирующиеся с развитием фибрилляции предсердий на риск развития частых приступов аритмии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий Андрянов М.Т., Ильичева О.Е. ....	45
Влияние факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста Андрянов М.Т., Ильичева О.Е. ....	46
Влияние уровня артериального давления на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста Андрянов М.Т., Ильичева О.Е. ....	46
Влияние депрессии и тревоги на риск развития частых рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий Андрянов М.Т., Ильичева О.Е. ....	47

Влияние размеров левого предсердия на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста Андрянов М.Т., Ильичева О.Е. ....	47
Влияние психосоциальных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на риск развития частых приступов аритмии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий Андрянов М.Т., Ильичева О.Е. ....	48
Значимость биохимического маркера – гомоцистеина у пожилых пациентов с артериальной гипертензией Анопоченко А.С., Агранович Н.В. ....	48
Ипохондрия с демонстративным типом акцентуации у пациента с опухолью височной доли Аптикеева Н.В., Юсупова А.М., Долгов А.М. ....	49
Современные реабилитационные технологии в оценке эффективности лечения при спортивных травмах Бабий В.В., Никулина Г.П., Агранович В.О., Почтовая С.В. ....	49
Разумный выбор: больше – не значит лучше Боева О.И., Кокорин В.А. ....	50
Исследование реологических свойств пищеварительных секретов в клинических условиях Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. ....	50
Новые возможности прогнозирования гастродуоденальных кровотечений при язвенной болезни Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г., Ломоносова Г.Г. ....	51
Факторы, влияющие на сердечно-сосудистую выживаемость пациентов, страдающих неспецифическим аортоартериитом Бородин И.Э., Шардина Л.А., Салаватова Г.Г. ....	51
Системный амилоидоз – как осложнение периодической болезни с длительной ремиссией Бородин Л.В., Болурова А.Р., Рыбас А.В., Сердюков В.Н. ....	52
Почечный дебют множественной миеломы Бородин Л.В., Воробьева О.А., Козакова С.А., Власов В.О. ....	52
Случай синдрома Бартера, диагностированный впервые при остром почечном повреждении Бородин Л.В., Гладких Н.Н., Рыбас А.В., Болурова А.Р., Сердюков В.Н., Григорян З.Э. ....	53
Случай генерализованного саркоидоза с поражением почек, диагностированного на стадии почечной недостаточности Бородин Л.В., Корой П.В., Болурова А.Р., Чернышова А.А., Дудов Т.Р. ....	53
Случай рецидивирующей макрогематурии, обусловленной наследственной гемолитической анемией, осложнившейся острым почечным повреждением Бородин Л.В., Рыбас А.В., Дудов Т.Р., Петижев Э.Б. ....	54
Анализ процесса госпитализации больных по итогам работы приемного отделения городской больницы Булгакова И.А. ....	55
Содержание лейкотриена В4 в сыворотке крови больных пневмонией, ассоциированной с ожирением Вагина Ю.И., Победенная Г.П. ....	55
Проблемы применения опиоидов в терапии пациентов неонкологического профиля с хроническим болевым синдромом Введенская Е.С., Палехов А.В. ....	56
Эндоскопическая и морфологическая характеристика гастрита в этнических популяциях детей региона с высокой заболеваемостью раком желудка Вшивков В.А., Поливанова Т.В., Перетьяко О.В. ....	56
Состояние коронарных артерий у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда в разные сезоны года Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Година Э.Н., Тханг Н.В. ....	57

Факторы, влияющие на приверженность терапии у больных, перенесших инфаркт миокарда Дощанников Д.А., Кулешова В.В., Новикова Р.А., Тянутов М.Ю. ....	58
Выбор дозы бисопролола у пациентов, перенесших инфаркт миокарда Замахина О.В., Бунова С.С., Николаев Н.А. ....	58
Опыт применения международной классификации функционирования в оценке клинической эффективности 2 этапа реабилитации пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения Казакова Л.П., Никулина Г.П., Бабий В.В., Почтовая С.В. ....	58
Некоторые особенности гормонально-метаболического профиля у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертонией при наличии и отсутствии ожирения Каратаева О.В., Панова Е.И., Ковалева А.О. ....	59
Снижение функции щитовидной железы, как фактор риска прогрессирования атеросклероза у пожилых пациентов. Фокус на раннюю диагностику в первичном звене Классова А.Т., Агранович Н.В. ....	60
Рентгеноконтрастная нефропатия в амбулаторной практике Кнышова С.А., Агранович Н.В. ....	60
Профилактика развития эндокринной офтальмопатии Коровина И.В., Маркова А.С. ....	61
Качество компенсации пациентов с первичным гипотиреозом, имеющих нормальную массу тела или ожирение Коровина И.В., Маркова А.С. ....	61
Клиническая эффективность фибринолитической терапии рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой у больных острым инфарктом миокарда Костокрыз В.Б. ....	62
Особенности микроциркуляции при сочетанном течении хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа Котова И.С., Победенная Г.П. ....	62
Контроль астмы с использованием визуально-аналоговой шкалы Лабинцева Н.В. ....	63
Некоторые аспекты фармакоэкономической эффективности лечения с использованием мукосата при остеоартрозе Майко О.Ю. ....	63
Коморбидность при патологии органов дыхания по данным патологоанатомических исследований Малыхин Ф.Т., Приймак В.В., Хаджимурзаева А.И., Крон А.В., Темирболатова З.Р. ....	64
Особенности артериальной гипертензии у женщин в периоде постменопаузы Маммаев С.Н., Ибрагимов Х.И. ....	65
Оптимизация закупок лекарственных препаратов в системе льготного лекарственного обеспечения Манеева Е.С., Елисева Е.В., Гончарова Р.К., Еремеева В.А. ....	65
Показатели качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких и хронической болезнью почек, выявленных во время диспансеризации Мацукатова В.С., Агранович Н.В., Пилипович Л.А. ....	66
Санаторно-курортные факторы в реабилитации больных кардиологического профиля Мисикова И.М., Руженков Д.В., Данильченко С.В. ....	66
Распространенность аллергических реакций Митрофанова И.С., Овчинникова Ю.Г., Морина А.А., Гоцкина В.В. ....	67

Опыт применения препарата Гиалуром в лечении гонартроза Мнацакян С.Г., Кутепова Т.Ф., Козлова М.Ю., Рокотянская Ю.А. ....	68
Опыт лечения ревматоидного артрита препаратами Тоцилизумаб (Актемра) в кабинете терапии генно-инженерными биологическими препаратами за 2 года Мнацакян С.Г., Кутепова Т.Ф., Козлова М.Ю., Рокотянская Ю.А. ....	68
Клиническая характеристика различных форм идиопатических интерстициальных пневмоний Моногарова Н.Е., Вишневская А.А., Зейналова А.А. ....	69
Оценка психоэмоционального статуса и качества жизни у пациентов с синдромом раздраженного кишечника Нефедова А.М., Шомин А.В., Побоева А.В., Шаньгина С.В. ....	69
Некоторые аспекты профилактики и возможности реабилитации больных с диспластическими заболеваниями молочных желез Острова Н.А., Ветлицкая Э.Л. ....	70
Опыт применения лактитола (Экспортал) при синдроме раздраженного кишечника с запором Павленко В.В., Кораблина Н.В., Сидельникова Т.А. ....	70
Опыт применения препарата гиалуроновой кислоты (Хиалубрик) в лечении гонартроза в РГБ ЛПУ КЧРКБ Павлова А.Б., Кнухова З.Н. ....	71
Склеродерма Бушке, ассоциированная со злокачественной опухолью Павлова А.Б., Кубанова А.А. ....	71
Коррекция уровня антител к тироксину и трийодтирону у больных ревматоидной тиреопатией при помощи иммобилизованных магнитосорбентов Парамонова О.В. ....	72
Преимущества группового обучения пациентов в «Школе сахарного диабета 2 типа» в условиях стационара Писарева В.В., Резникова Е.А., Гальченко О.Е. ....	72
Маски аллергических болезней в практике терапевта Победенная Г.П. ....	73
Изменения цитогенетических показателей клеток крови пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением Победенная Г.П., Ярцева С.В. ....	74
Применение антагонистов лейкотриенов в терапии тяжелой персистирующей бронхиальной астмы: за и против Победенная Г.П., Ярцева С.В. ....	74
Клиническое течение бронхиальной астмы и хронического бронхита у беременных на фоне хронической никотиновой интоксикации Приходько О.Б., Зенкина А.С., Кострова И.В., Горячева С.А., Смородина Е.И. ....	75
Оценка синдрома обструктивного апноэ сна у больных кардиологического профиля по данным холтеровского мониторинга Руженков Д.В., Мисикова И.М., Данильченко С.В. ....	75
Анемический синдром у больных хронической обструктивной болезнью легких Рыбас А.В. ....	76
Клеточная реакция сердца, легких и уровень интерлейкина при экспериментальном хроническом гнойном воспалении легких Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Базарова С.А. ....	77
Вертеброгенный синдром при гипермобильности суставов Санеева Г.А. ....	77
Проявление дисгормоноза при внебольничных пневмониях у лиц молодого возраста Саргсян М.В. ....	78

Содержание гепсидина в крови при ревматоидном артрите Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В. ....	78
Особенности содержания метаболитов оксида азота у больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с остеоартрозом Скиба Т.А., Сиротин В.И., Штыка Е.С. ....	79
Чрезмерное повышение артериального давления в ответ на стандартизованную физическую нагрузку как фактор риска развития артериальной гипертензии у молодых лиц Склянная Е.В. ....	80
Реактивная и личностная тревожность пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на помповой инсулинотерапии Сорокина Ю.А., Занозина О.В., Занозин А.В., Доценко В.Л. ....	80
Влияние магния оротата на морфофункциональное состояние артерий у женщин в постменопаузальном периоде Улубиева Е.А., Боровая Т.Г., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Джигкаева З.С. ....	80
Содержание гликопротеинов на поверхностях клеточной культуры эндотелиоцитов Ea.hy 926 и интимы внутренних сонных артерий под влиянием магния оротата Улубиева У.А., Боровая Т.Г., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Медоева А.А. ....	81
Динамика показателей центрального аортального давления и жесткости сосудистой стенки в зависимости от солечувствительности пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа Фендрикова А.В., Скибицкий В.В., Киселёв А.А. ....	81
Метаболический синдром у пациента с подагрой и хронической болезнью почек: возможности коррекции Хрипунова И.Г., Ивахненко О.И., Хрипунова А.А., Ивахненко Л.И. ....	82
Особенности рациона питания больных с хронической обструктивной болезнью легких Чижова О.Ю., Назаренко Л.И., Семенова Е.А., Павлова Е.Ю., Хлизунова Е.И. ....	82
Традиции и инновации в проведении конференций для врачей первичного звена здравоохранения в г. Ростове-на-Дону Шавкута Г.В., Шнюкова Т.В., Тимченко А.С., Пахомова В.М., Вайнштейн Н.В. ....	83
Расстройства сна у больных артериальной гипертензией, как критерий оценки эффективности гипотензивной терапии Щедренко В.В., Агранович Н.В., Анопченко А.С., Агранович А.О. ....	83
Распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди сельского населения Эльгарова Л.В., Кишева А.А. ....	84
Изменения в системе матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов при дисплазии соединительной ткани Ягода А.В., Гладких Н.Н., Джазаева М.Б. ....	85
Состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением Ярцева С.В. ....	85

## **КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ**

Самооценка комплаентности врачей с коморбидными хроническими неинфекционными заболеваниями Агалец О.О., Бабич А.Э., Юркова Ю.Г. ....	87
Индивидуализация прогноза у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий по результатам трехлетнего наблюдения Агибова Н.Е., Боева О.И. ....	87

Влияние сопутствующей патологии на течение и контроль бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) Бойко Е.Ю. ....	88
Оценка риска развития больших кардиоваскулярных событий у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек Болотова Е.В., Являнская В.В., Дудникова А.В. ....	88
Эффективность тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда на фоне тромбоцитоза и тромбоцитопении Борт Д.В., Харченко А.В., Роговая Ю.Д. ....	89
Первичный пролапс митрального клапана: от патогенеза к тактике ведения Зангелова Т.Э. ....	89
Клинико-лабораторные сопоставления у больных саркоидозом и идиопатическими интерстициальными пневмониями Зейналова А.А. ....	90
Оценка антитромботической терапии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, проводимой на догоспитальном этапе Магомедов Н.Д., Терентьева Н.Н. ....	91
Влияние нарушений психоэмоционального состояния на тяжесть течения хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии Христинченко М.А., Гончарук М.С. ....	91

### Изучение эффективности комплексного лечения некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата у пациентов пожилого возраста

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Хан Т.А., Закирова Д.К., Шукуров У.М., Турсунбаев А.К.

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

Цель работы. Оценка эффективности комплексного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата с болями в спине у больных пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование включили больных пожилого возраста (старше 64 лет) с болями в спине (деформирующий спондилоартроз, остеохондроз, остеопороз). Исключали больных с отраженными болями, новообразованиями, нейрогенной спондилоартропатией, инфекционными заболеваниями, дисплазией. Пациенты I-й группы (17) принимали противовоспалительный препарат Кюпен форте (кеторолака трометамин, 10 мг) (SHAYANA FARM) по 1 таблетке 3 раза в день, 7-10 дней; больные II-й группы (17) – Кюпен форте + миорелаксант кеплерон (Grand Medical), в/м (4 мг) 2 раза в сутки, 5 дней и III-й группы (19) – Кюпен форте, кеплерон и комбинированный препарат Суставит (VITAMORE) – по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3 месяцев. Проводили общеклинические, лабораторно-инструментальные исследования, рентгеноденситометрию (DEXXUM-T, Южная Корея), при необходимости – КТ, МРТ, МСКТ и консультации соответствующих специалистов. Оценивали интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), объем движений и выраженность корешкового синдрома. Результаты исследования. Наблюдение в течение 6 месяцев показало, что под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались показатели (С-реактивный белок, лейкоциты, СОЭ, данные КТ, МРТ, МСКТ, рентгеноденситометрии) и результаты оценки интенсивности боли по ВАШ, объем движений и выраженность корешкового синдрома. Наиболее частой причиной боли были воспаление и мышечный спазм. До лечения интенсивность боли по ВАШ у больных I группы –  $71 \pm 8$  мм, у пациентов II группы –  $72 \pm 9$  мм, III группы  $72 \pm 7$  мм. Под влиянием лечения интенсивность боли у больных I группы снизилась до  $21 \pm 4$  мм, у пациентов II группы – до  $17 \pm 3$  мм и у включенных в исследование больных III группы боли почти исчезли, и этот показатель составил лишь –  $8 \pm 2$  мм. Для обследованных больных были характерны повышение экскреции кальция с мочой, снижение его всасывания в кишечнике, недостаточное поступление кальция в костную ткань. Причиной остеопороза чаще были хроническая недостаточность кальция, снижение адсорбции кальция в кишечнике, гиподинамия. В конце наблюдения пациенты отмечали уменьшение болей в костях и мягких тканях, шаткости при ходьбе. Более выраженная положительная динамика, улучшение клинического состояния и изученных показателей, особенно остеопении по данным рентгеноденситометрии, наступала раньше у больных III группы. Комплекс Кюпен форте+Кеплерон+Суставит(хондроитин сульфат, D-глюкозамин, метилсульфонилметан, кальция карбонат, витамин

D, экстракт корней лопуха и мумиё) способствовал более быстрому улучшению состояния больных, купированию болевого синдрома, и симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Суставит стимулирует иммунитет и синтез коллагена, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие, участвует в процессах энергообразования, синтезе соединительной ткани, восстанавливает поврежденные клетки соединительной ткани, улучшает кровоснабжение суставов и тканей. Наблюдения продолжаются, побочных эффектов не отмечено. Пациенты продолжают принимать Суставит.

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать указанный комплекс, включающего противовоспалительный препарат, миорелаксант и Суставит в лечении пожилых больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

### Влияние фактического питания на нутритивный статус у больных на программном гемодиализе

Абрамова Е.Э., Королева И.Е.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Одной из основных проблем больных на программном гемодиализе являются нарушения нутритивного статуса, которые определяют заболеваемость и прогноз у этой категории пациентов. В качестве интегрального показателя, характеризующего состояние нутритивного статуса, в настоящее время рассматривается индекс массы тела (ИМТ). В соответствии с Европейскими рекомендациями по питанию у больных, на программном гемодиализе, ИМТ должен быть выше 23.

Цель: оценить влияние фактического питания на состояние нутритивного статуса у больных на гемодиализе.

Материалы и методы: в исследование включено 124 пациента, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом. Все пациенты были разделены на 3 группы: первую группу составили 44 больных с ИМТ  $\leq 23$ ; вторую группу – 64 пациента с ИМТ от 23,1 до 29,9; третью группу – 16 человек с ИМТ 30 и более. Фактическое питание оценивалось с помощью 7 дневных пищевых дневников. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS 12.0.

Результаты: в целом питание больных на гемодиализе характеризовалось недостаточной энергетической ценностью 1446,6 (1271,6; 1697,9) и недостаточным потреблением основных нутриентов: белка 57,4 (46,4; 64,9), жиров 56,9 (47,4; 65,6) и углеводов 170,3 (143,2; 227,8). Анализ фактического питания трех исследуемых групп показал, что фактическое питание пациентов имеющих ИМТ  $\leq 23$  характеризуется более высокой калорийностью рациона 1511,6 (1440,3; 1665,0) (против 1406,2 (1275,1; 1728,6) и 1231,6 (1098,8; 1620,6) соотв.) (р 1-3 = 0,026); содержанием белка 58,3 (50,6; 69,0) (против 57,5 (48,8; 61,7) и 46,2 (42,3; 69,4) соотв.), жиров 58,2 (52,6; 63,4) (против 56,7 (50,4; 66,8) и 44,4 (40,5; 88,7) соотв.) и углеводов 186,4 (145,9; 206,2) (против 169,7 (151,8; 261,0) и 168,2 (123,7; 224,2) соотв.) (р 1-3 = 0,026). В целом по группе корреляционный

анализ показал слабую отрицательную корреляционную связь ИМТ с калорийностью рациона ( $r=-0,216$ ;  $p=0,016$ ); суточным количеством белка ( $r=-0,215$ ;  $p=0,016$ ) и жиров ( $r=-0,211$ ;  $p=0,019$ ).

Выводы: наше исследование показало, что фактическое питание не оказывает существенного влияния на состояние нутритивного статуса больных на гемодиализе. Выявленные корреляционные взаимосвязи вероятно можно объяснить более высокой физической активностью больных с меньшей массой тела.

## Фармакоэкономический анализ применения антигистаминных препаратов при лечении рецидивирующего бронхита

Агзамова Н.В., Мавлянова Н.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент

Актуальность. Антигистаминные лекарственные средства при лечении рецидивирующего бронхита оказывают противовоспалительное, противоаллергическое действие. Экономический аспект лечения особенно важен сегодня, в условиях постоянного роста стоимости медицинской и фармацевтической помощи.

Материалы исследования. Для анализа использовались данные открытых баз данных Кохрейновской библиотеки и других исследований.

Цель исследования. Фармакоэкономический анализ проводился с целью определения частоты применения антигистаминных лекарственных средств у детей раннего возраста. Был проведен анализ всех случаев рецидивирующего бронхита зарегистрированных в период с ноября 2017 г. по январь 2018 г.

Результаты исследования. Рецидивирующий бронхит – повторно возникающее, затяжное воспаление слизистой бронхов, повторяющееся до 2-3 и более раз на протяжении года, но не приводящее к необратимым нарушениям функции органов дыхания. Обострение рецидивирующего бронхита протекает как острый бронхит. При лечении основные усилия направляются на устранение нарушений бронхиальной проходимости и снижение реактивности бронхов. При рецидивирующем бронхите использование средней суточной дозы раствора для инъекций Димедрол 10 мг/мл, в ампулах по 1 мл, (на момент написания статьи) цена составила 1300 сум. При использовании средней суточной дозы раствора для инъекций Супрастин 20 мг/1 мл, в ампулах 1мл – 2000 сум. А курсовой дозы – 6500 и 10000 сум соответственно. Был проведен анализ «влияния на бюджет» для оценки экономического эффекта на бюджет клиники. Было использовано два сценария. Первый предполагал использование в качестве фармакотерапии раствор для инъекций Димедрол 10 мг/мл, в ампулах по 1 мл, средняя цена курсовой дозы составило 2 372 500 сум. Второй – раствор для инъекций Супрастин 20 мг/1 мл, в ампулах 1 мл, средняя цена курсовой дозы – 3 650 000 сум. Данные результаты демонстрируют экономию бюджетных средств в размере 1 277 500 сум. Выводы. Было установлено, что применение Димедрола согласно результатам анализа «минимизации затрат» является доминантой и позволяет снизить сумму прямых затрат при лечении пациентов с рецидивирующим бронхитом, по сравнению с использованием Супрастина. Таким образом, проведенный анализ «влияния на бюджет» показал, что закупка раствора для инъекций Димедрол, в целях экономии бюджетных средств предпочтительнее по сравнению с Супрастином.

## Диагностика диабетической нефропатии. Алгоритм действий участкового врача-терапевта

Агранович Н.В.

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь

В индустриально развитых странах диабет находится на 4 месте в рейтинге наиболее частых причин смерти. Международная федерация диабета (IDF) в конце 2015 года опубликовала обновленные данные, показавшие, что во всем мире сахарным диабетом (СД) больны уже 382 млн человек (это втрое выше, чем в 1990 году). По прогнозам, к 2030 году с этим диагнозом будет 500 млн человек. Каждый год от осложненной сахарного диабета умирает 3,8 млн человек. У больных сахарным диабетом смертность от болезней сердца и инсульта выше в 2-3 раза, слепота – в 10 раз, нефропатия – в 12–15 раз, гангрена нижних конечностей – почти в 20 раз, чем среди населения в целом. Сахарный диабет является наиболее частыми причинами развития почечной недостаточности и составляет около 33% больных с ХПН, а при диабете 2 типа до 57%. Поэтому раннее выявление, рано начатое профилактическое лечение диабетической нефропатии является актуальной проблемой современной медицины. Алгоритм действий врача во многом способствует своевременной диагностике осложнений СД и правильной тактике ведения данных больных. Одним из важных методов ранней диагностики является скрининг начальных проявлений поражений почек у больных с СД. Проведение обязательных методов исследования, определение клинической формы нефропатии ложится на врачей первичного звена эндокринолога и участкового терапевта. Ведение больных на стадии микроальбуминурии и протеинурии обеспечивается эндокринологом, при обязательном контроле течения заболевания врачом – терапевтом участковым. На этом этапе очень важно правильно подобрать специфическое лечение СД и добиться оптимального уровня гликемии. По данным Европейской группы по изучению СД (European Diabetes Policy Group), предупредить развитие сосудистых осложнений при СД и обеспечить высокое качество жизни больных позволяют следующие значения гликемии: натощак – 5,1-6,5 ммоль/л (91-120 мг %), через 2 ч после еды – 7,6-9,0 ммоль/л (136-160 мг %); HbA1c – 6,2-7,0 % (норма < 6,1%). На стадии ХПН к ведению больных с СД и диабетической нефропатией присоединяется нефролог, в задачи которого входит не только патогенетическое лечение почечной недостаточности, но и подготовка больного к заместительной терапии. Подготовка к проведению заместительной почечной терапии (ЗПТ) у больных СД должна начинаться при повышении креатинина крови до 200 мкмоль/л. В стандарт обязательных методов подготовки входит: коррекция углеводного обмена, артериальной гипертензии, дислипидемии, фосфорно-кальциевого обмена, почечной анемии, консультации узких специалистов – невролога, офтальмолога, кардиолога. Как правило, на стадии терминальной ХПН развивается белково-энергетическая недостаточность (БЭН), коррекция которой очень важна на подготовительном этапе для успешного проведения заместительной терапии в дальнейшем. Малосолевая и малобелковая диета на консервативной стадии ХПН рассчитывается по уровню креатинина. При значительном снижении (0,3-0,4 мг/кг/сут) потребляемого белка в рацион добавляются заменители необходимых аминокислот (Кетостерил и др.) для устранения тяжелых проявлений БЭН. Обязательным моментом в ведении больных с ХПН на додиализной стадии является проведение энтеросорбции до начала заместительной терапии, выполнение

которой возможно как в нефрологическом, так и терапевтическом стационаре или амбулаторно в дневном стационаре. Показанием к началу гемодиализа может быть: снижение СКФ меньше 15 мл в мин. и/или наличие симптомов уремии, повышение калия сыворотки крови больше 6,5 ммоль/л, появление симптомов тяжелой гипергидратации с риском развития отека легких, нарастание белково-энергетической недостаточности. После начала ЗПТ ведение больных осуществляется совместно нефрологом и врачом диализной службы с периодическим консультированием эндокринологом для коррекции гликемии.

## **Управление качеством физиотерапевтических вмешательств на этапах медицинской реабилитации больных**

*Азов С.Х., Никулина Г.П., Безвербная И.С., Хаджиева З.М., Бессонов А.А., Рубчевская Д.И., Строганова Н.В.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Цель. Изучить пути подхода к системному, компетентному переходу организации методических приемов при физиотерапевтических вмешательствах у больных.

Материалы и методы. За основу исследований взяты наши системные клинические наблюдения и анализ результатов лечения больных в условиях многопрофильного клинического стационара и поликлиники за период с 1980 по 2015 г.

Результаты и обсуждения. Выявлено, что применение физическими лечебными средствами ФЛС должно базироваться на достижении конкретного гарантированного терапевтического результата с возможностью объективной оценки (шкалометрия). Приведенные данные стали основой для разработки нового раздела клинической и общей физиотерапии, которым являются организация и управление качеством физиотерапевтических технологий. Настоящая работа состоит из 2 взаимосвязанных разделов: 1. Технология физиотерапевтическая. 2. Организация и управление качеством физиотерапевтических технологий. Технология физиотерапевтическая. Реализация подхода к получению высокого лечебного эффекта именно физическими лечебными средствами (ФЛС) направлена на выполнение социального заказа. Первое ключевое положение – это оптимальное построение и реализация лечебного вмешательства с учетом гарантированного достижения целей установок (как социальный заказ, цели и содержание лечебного взаимодействия физиотерапевтическими факторами). Второе положение связано с применением медицинским персоналом соответствующих лечебных средств. Системообразующим фактором физиотерапевтической технологии становится цель, которую можно сформулировать как оказание пациентам профессионально компетентными специалистами высокотехнологической специализированной помощи. Компетентность специалиста и должна гарантировать достижение планируемого результата. Организация и управление качеством физиотерапевтических технологий. Здесь можно допустить определение трактовки качества как «соответствие цели». Программа качества в физиотерапии должна стать ориентированной на пациента. Основной целью физиотерапевтической деятельности должно стать оказание высококачественной специализированной помощи взрослому и детскому населению с использованием высокотехнологических методов лечения. Для реализации работы по «качеству, ориентированному на пациента» с указанных позиций можно

предложить три принципа: индивидуализация, участие пациента и его заинтересованность. 1. Представление пациентам возможности вклада в процедуру выработки целей работы по повышению качества и в саму эту работу, иметь возможность обозначить свои требования и нужды. Концепция качества, в которой во главе угла стоит пациент, строится исходя из следующих позиций: 1. Пациенты должны осознать свою ответственность за повышение качества лечебного процесса. Они должны быть «соавторами» процедуры повышения качества лечебного процесса. 2. Требования пациента затрагивают все этапы лечебного процесса. 3. Модель качества должна включать весь спектр предлагаемой физиотерапевтической помощи как составной части медицинской помощи, оказываемой пациенту. Требования пациентов должны быть отмечены индивидуально, отдельно для каждого из них. Индивидуализация лечебного процесса предусматривает использование разных режимов в подходе к организации всего лечебного процесса.

Заключение. Работа по повышению качества требует грамотности в вопросах качества, способности вводить инновации и вносить изменения в условия работы. Весь цикл работ по повышению качества включает: знания о качестве, ввод инноваций, опыт работы по качеству и анализ качества. Таким образом, качество – это соотношение между требованиями и потребностями каждой из сторон и реалиями лечебного процесса.

## **Внешние фены дисплазии соединительной ткани у пациентов с интракраниальными аневризмами**

*Акимова А.В., Гончарова Д.А., Дроздова А.В., Бураков М.Ю., Миронов В.А.*

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург*

Комитет Экспертов ВНОК определил дисплазию соединительной ткани (ДСТ) как нарушения мультифакторной природы, объединенные в синдромы и фенотипы. Частым проявлением ДСТ является развитие кардиоваскулярного синдрома, с преобладанием патологии мышечно-эластических сосудов, в частности, интракраниальных артерий. Семейные внутрочерепные аневризмы встречаются у 7-20% пациентов с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием и не связаны ни с одним из наследуемых заболеваний соединительной ткани. В некоторых случаях у больных с интракраниальными аневризмами (ИА) могут наблюдаться множественные врожденные аномалии или отдельные признаки наследственных заболеваний соединительной ткани. С целью произвести оценку внешних фенотипов ДСТ у пациентов с диагностированными аневризмами церебральных сосудов мы обследовали 60 пациентов (32 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 18 до 69 лет, средний возраст 47,2 лет. Основную группу составили 30 человек (16 женщин и 14 мужчин) с верифицированными ИА, находившиеся на лечении в нейрохирургическом отделении МАО ГКБ №40 г. Екатеринбурга, группа контроля – 30 человек (16 женщин и 14 мужчин), находящихся на лечении в ГКБ №40 и СОКБ №1, не имеющих аневризм. Пациентам проводился сбор анамнеза, стандартный терапевтический осмотр, антропометрия. Признаки дисплазии соединительной ткани определялись согласно Рекомендациям Российского научного медицинского общества терапевтов 2016 г. Проведен анализ результатов МР/КТ-ангиографии по данным историй болезни исследуемых пациентов. Статистическую

обработку результатов проводили с использованием программы Primer of biostatistics version 4.03. Анализу подлежал каждый фенотипический признак дисплазии соединительной ткани. Связь между количественными показателями оценивалась с помощью линейного коэффициента корреляции ( $r$ ), достоверность которого определялась вычислением Хи-критерия. Различия достоверны при  $p < 0,05$ . По результатам исследования нами были определены следующие наиболее часто встречающиеся фены ДСТ: сандалевидная щель, приросшая мочка уха, короткий 5 палец кисти, телеангиоэктазии, сколиоз, короткий 1 палец стопы, тест запястья, голубые склеры, варикозно расширенные вены, hallux valgus, синдактилия 2-3 пальцев стопы, повышенная растяжимость кожи, белые стрии, аномалии прикуса и роста зубов, поперечное плоскостопие, множественные невусы, гипермобильность 1 пальца кисти, арахнодактилия, плоская спина, тонкая кожа, клинодактилия 5 пальца кисти, оттопыренные уши, долихостеномелия. В основной группе внешние фены ДСТ встречались чаще по сравнению с контрольной группой. Достоверно чаще у больных с верифицированными ИА выявлены следующие признаки: телеангиоэктазии ( $p=0,000$ ), короткий 5 палец кисти ( $p=0,000$ ), синдактилия 2-3 пальцев стопы ( $p=0,002$ ), повышенная растяжимость кожи ( $p=0,002$ ), белые стрии ( $p=0,002$ ), аномальный прикус ( $p=0,002$ ), множественные невусы ( $p=0,002$ ), голубые склеры ( $p=0,004$ ), hallux valgus ( $p=0,004$ ), гипермобильность 1 пальца кисти ( $p=0,006$ ), тест запястья ( $p=0,006$ ), короткий 1 палец стопы ( $p=0,006$ ), сколиоз ( $p=0,014$ ), сандалевидная щель ( $p=0,018$ ), приросшая мочка уха ( $p=0,018$ ), варикозно расширенные вены ( $p=0,022$ ), тонкая кожа ( $p=0,024$ ), клинодактилия 5 пальца ( $p=0,024$ ), тест 1 пальца кисти ( $p=0,033$ ). Обнаружено, что из 40 диагностированных аневризм (у 21 пациента по 1 аневризме, у 8 пациентов по 2 аневризмы, у 1 пациента – 3 аневризмы) особенности локализации следующие: в передней мозговой артерии – 40%, во внутренней сонной артерии – 25%, в средней мозговой артерии – 22,5%, локализация в верхней мозжечковой и в передней соединительной артерии составила по 5%, аневризмы позвоночной артерии – 2,5%. Наличие аневризм у лиц с ДСТ всегда сопровождалось и изменением общей картины сосудов головного мозга. Среди исследуемых с ИА выявлены следующие аномалии развития артерий головного мозга: аплазия/гипоплазия присутствовали у 11 пациентов, стеноз был диагностирован у 10 и патологическая извитость у 4 пациентов, у 5 пациентов патологии развития артерий головного мозга не было обнаружено. Таким образом, среди пациентов с церебральными аневризмами достоверно чаще встречаются следующие внешние фены ДСТ: сандалевидная щель, приросшая мочка уха, телеангиоэктазии, короткий 5 палец кисти, сколиоз, короткий 1 палец стопы, синдактилия 2-3 пальцев стопы, голубые склеры, клинодактилия 5 пальца кисти, тонкая кожа, гипермобильность 1 пальца кисти. Данные фены можно использовать в качестве скрининга для раннего выявления внутричерепных аневризм.

## Распространенность анемий в отделениях терапевтического стационара

Акимова А.В., Качанова О.Н., Невская А.В., Ржаникова Д.Д.

Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург

Цель исследования – оценить частоту и структуру анемий в отделениях терапевтического стационара МАУ ЦГКБ №6 г. Екатеринбург.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование,

основанное на анализе 1371 истории болезни пациентов, выбывших из терапевтического стационара МАУ ЦГКБ №6 в период с 1 июля по 30 сентября 2017 года. Количество проанализированных историй болезней составило в пульмонологическом отделении – 270, в гастроэнтерологическом – 181, в нефрологическом – 147, в кардиологическом – 387, в ОНТ – 386. Первоначальный критерий отбора историй болезни – уровень гемоглобина менее 120 г/л у женщин и менее 130 г/л у мужчин. В исследовании оценивались пол, возраст пациентов, выделение анемии в структуру диагноза, степени тяжести анемии, показатели общего анализа крови (гемоглобин – Hb, эритроциты – RBC, гематокрит – HCT, средний объем эритроцита – MCV, среднее содержание гемоглобина в эритроците – MCH, ретикулоциты – Rct), хромность анемии (MCH, цветовой показатель – ЦП). Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica for windows v.10 с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия признаны достоверными при  $p < 0,05$ . Результаты и обсуждение. Анализ историй болезни пациентов с анемиями за период с 01.07.2017 г. по 30.09.2017 г. выявил 366 случаев анемии (26,7%): в пульмонологическом отделении – 28 (12 мужчин и 16 женщин), в гастроэнтерологическом – 55 (24 и 31), в нефрологическом – 61 (14 и 47), в кардиологическом – 102 (32 и 70 соответственно), в отделении неотложной терапии (ОНТ) – 120. Средний возраст пациентов составил – 64,4 ( $\pm 16,6$ ) лет. Анемия хронического заболевания в ОНТ чаще была ассоциирована с активными онкологическими заболеваниями, хронической болезнью почек и сахарным диабетом с нефропатией. В пульмонологическом – с хронической сердечной недостаточностью, бронхитическим фенотипом ХОБЛ, ВИЧ-инфекцией. В отделении гастроэнтерологии – с хроническим панкреатитом, ВИЧ-инфекцией. В нефрологическом отделении – с хронической болезнью почек, почечной недостаточностью и сахарным диабетом с нефропатией. В кардиологическом отделении АХЗ ассоциирована с хронической сердечной недостаточностью на фоне ИБС, артериальной гипертонии и фибрилляции предсердий. Определено, что чаще анемии любого генеза встречаются у женщин. Этиология анемии не была определена и/или указана в диагнозе у 80 пациентов стационара (21,8%). При анализе данной группы пациентов выявлено, что они пребывали в стационаре меньшее число койко-дней, имели признаки нормохромной нормоцитарной анемии с медианой гемоглобина 92 ( $73,2 \div 107$ ) г/л. Вероятно, у большей части из них мог рассматриваться диагноз анемии хронических заболеваний. Выявлено, что в ОНТ анемия отсутствует в диагнозе у 29,07%, в пульмонологическом отделении – у 39,29%, в гастроэнтерологическом – у 42,62%, в нефрологическом – 25,45% и в кардиологическом – 29,41% соответственно. Всего в течение 3 месяцев по отделениям терапевтического стационара не было вынесено в диагноз 105 случаев анемии из 366 (28,7%). Анализ этих историй показал, что это легкие нормохромные нормоцитарные анемии. Возможно, причиной отсутствия в диагнозе являются референсные значения гемоглобина, указанные на бланке общего клинического анализа крови (ОАК), где нижняя граница нормы обозначена как 110 г/л. В любом случае, данная категория пациентов нуждается в контроле показателей ОАК, выявлении причин анемии на ранней стадии и профилактике прогрессирования заболевания и возможных осложнений. Выводы 1. Выявлено 26,7% анемий в отделениях терапевтического стационара. Наибольшая частота анемий – в нефрологическом отделении (37,4%), наименьшая – в пульмонологическом (10,4%). 2. Не вынесена в диагноз этиология анемии в 21,8% случаев нормохромной нормоцитарной анемии 1-2 степени тяжести. 3. Не вынесена в диагноз анемия в 28,7% случаев легкой нормохромной нормоцитарной

анемии с медианой гемоглобина 116 (110÷118) г/л. 4. Наиболее часто анемия в терапевтическом стационаре была ассоциирована с ХСН, ХБП, онкологическими заболеваниями.

## **Дисплазия соединительной ткани сердца у курсантов**

*Акимова А.В., Миронов В.А., Тарасова Е.В., Лазарева Э.Р., Сафина Т.В., Палабугина П.А.*

*Уральский государственный медицинский университет, Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел РФ по Свердловской области, Екатеринбург*

Резюме. Представлены результаты электрокардиографического и эхокардиографического исследования 28 курсантов юридического института МВД с позиций дисплазии соединительной ткани сердца. Ключевые слова: электрокардиография, эхокардиография, дисплазия соединительной ткани сердца, курсанты. Abstract. Presents the results of electrocardiographic and echocardiographic study of 28 cadets of law Institute from the standpoint of heart connective tissue dysplasia. Key words: electrocardiography, echocardiography, heart connective tissue dysplasia, the cadets. Разнообразные признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в том числе – соединительной ткани сердца, встречаются среди здоровых молодых людей. По данным Семенова С.В. (2009), среди военнослужащих срочной службы ДСТ выявлена у 32,7%. По данным Краснопольской Н.С. (2008), распространённость малых аномалий сердца (МАС) среди студентов составила 62,9%: пролапс митрального клапана (ПМК) – 40,4%, аномально расположенная хорда левого желудочка (АХЛЖ) – 28,7% случаев. Среди МАС у мужчин призывного возраста чаще встречается ПМК (Казакова И.А., 2015). Среди мужчин с НДСТ ПМК выявлен в 57,4%, АХЛЖ – в 76,5% (Паторская О.А., 2016). Цель исследования: оценить частоту и выраженность диспластикозависимых изменений сердца у курсантов.

Материалы и методы. Обследовали 28 здоровых курсантов третьего курса Уральского юридического института МВД России. Определяли внешние фены ДСТ согласно Национальным рекомендациям 2016 г. При выявлении 6 и более признаков ДСТ, обследуемого включали в группу недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Синдромных форм выявлено не было. Выполняли электрокардиографическое и эхокардиографическое исследование по стандартному протоколу, выявляли пролапсы клапанов, миксоматозную дегенерацию створок, расширение восходящего отдела аорты и ствола легочной артерии, аномально расположенные хорды, аневризмы.

Результаты. НДСТ была выявлена у 16 здоровых курсантов (57,1%). Они составили основную группу, остальные 12 курсантов составили группу контроля. Среди 28 обследованных, у 4 курсантов (14,3%) был впервые выявлен ПМК без гемодинамических нарушений и миксоматозных изменений створок, который был расценен как пограничный ПМК (фенотип НДСТ). Все 4 курсанта имели более 6 признаков ДСТ и вошли в основную группу. У 11 курсантов (39,3%) были выявлены аномально расположенные хорды левого желудочка, которые сравнимо часто встречались в обеих группах ( $\chi^2=0,000$ ;  $p=0,988$ ). Других аномалий развития сердца не обнаружено. Выявленная среди обследованных курсантов МВД частота ПМК и АХЛЖ ниже, чем среди студентов и призывников, что может быть связано с исходно более высокими требованиями к состоянию их здоровья. По результатам электрокардиографии все курсанты имели нормальные показатели

исследуемых параметров. Однако были выявлены достоверные различия по оси QRS в градусах. Курсанты с НДСТ имели медиану оси 84(78÷85) градусов, более вертикальную, чем курсанты без НДСТ 66(54÷80),  $p=0,015$ . Данный факт может быть связан с астенической конституцией, типичной для лиц с НДСТ. Показатели эхокардиографического исследования также были в пределах нормальных величин у всех курсантов. Были выявлены достоверно меньшие показатели конечного диастолического объема (КДО) в группе НДСТ ( $p=0,03$ ). Данные литературы на этот счет противоречивы: с одной стороны свидетельствуют о связи нарастания данного показателя с наличием ПМК и АХЛЖ (Хаит Г.Я. и соавт., 2006), а с другой – демонстрируют более низкий КДО на фоне НДСТ, объясняя его повышенной эффективной упругостью левого желудочка как компенсаторным механизмом, направленным на преодоление повышенной постнагрузки, формируемой величиной общего периферического сосудистого сопротивления (Кузнецова В.В., 2012).

Заключение. Частота НДСТ среди курсантов МВД соответствует таковой среди молодых людей других социальных групп, однако частота ПМК и АХЛЖ у курсантов значительно меньше, они не сопровождаются клиническими симптомами и гемодинамическими нарушениями, что обусловлено тщательным медицинским отбором перед поступлением в ВУЗ.

## **Влияние антиагрегантов и статинов на состояние печени и течение ишемической болезни сердца у пациентов после ангиопластики**

*Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Узakov Ж.К., Далимова Д.А.*

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

Цель работы. Оценить влияние антиагрегантов и статинов на агрегацию тромбоцитов, показатели липидного обмена, эхокардиографические параметры миокарда левого желудочка и состояние печени у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся ангиопластике коронарных артерий.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 20 пациентов (18 – мужчин и 2 – женщины) с ИБС, стабильной стенокардией III функционального класса (ФК) (средний возраст 55,1±4,9 лет). Лечение включало антиагреганты (клопидогрел и ацетилсалициловая кислота), бета-блокаторы, розувастатин, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, по показаниям – нитраты. После проведенной коронароангиографии пациентам в плановом порядке выполнено стентирование коронарных артерий стентами с лекарственным покрытием. До и после процедуры через 3 месяца в крови пациентов изучали агрегационную активность тромбоцитов, содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), активность ферментов аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы, содержание билирубина (Б). Проводилась эхокардиография (ЭХОКГ) с оценкой основных параметров структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ), ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и общей сонной артерии с оценкой толщины комплекса «интима-медиа» (ТКИМ).

Результаты. Исходно у включенных в исследование больных выявлены повышение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации

тромбоцитов, существенные изменения липидного спектра, соответствующие атерогенной дислипидемии. Розувастатин привел к нормализации липидов. Под влиянием статины уменьшилось содержание ОХС (с  $6,9 \pm 0,31$  до  $4,83 \pm 0,21$ ), ХСЛПНП (с  $3,6 \pm 0,20$  до  $2,3 \pm 0,18$  ммоль/л) и ТГ (с  $2,5 \pm 0,12$  до  $1,55 \pm 0,12$  ммоль/л) и несколько увеличился ХСЛПВП (с  $1,1 \pm 0,04$  до  $1,18 \pm 0,04$  ммоль/л). Ангиопластика и консервативное лечение значительно улучшили показатели ЭХО КГ: увеличение фракции выброса ЛЖ (исходно – 59% и через 3 месяца – 61,5%), масса миокарда ЛЖ (188 г и 181,5 г), толщина задней стенки ЛЖ (1,1 см и 1,05 см), толщина межжелудочковой перегородки (1,05 см и 1,05 см), конечно-диастолический размер ЛЖ (4,95 см и 4,85 см), конечно-диастолический объем (124,5 мл и 119 мл), конечно-систолический объем (48,5 мл и 48,0 мл), ударный объем (79 мл и 77,5 мл). Проведенное исследование показало целесообразность проведения ЭХО КГ исследования, определения ТКИМ ОСА для оценки эффективности лечения, а также ТКИМ ОСА как маркера атеросклеротического поражения. ЭХО КГ и УЗИ доплер брахиоцефальных артерий (БЦА), позволяет в комплексе с другими клиническими и лабораторными данными (в том числе определением уровней ОХС, ХС ЛПНП и ТГ) заподозрить мультифокальный атеросклероз у больных с поражением одного из сосудистых регионов. У пациентов через 3 месяца после стентирования выявлены все еще увеличенные показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. При этом наблюдается выраженная тенденция к снижению изученных показателей агрегации тромбоцитов. Активность изученных ферментов (трансаминаз, щелочной фосфатазы) была в пределах нормальных величин, явления атерогенной дислипидемии выявлены только у 2 больных. Следует отметить, что побочных явлений у больных не выявлено, на что также указывают изученные показатели АЛТ, АСТ и Б. Адекватные дозы антиагрегантов и статинов – главное условие достижения необходимого снижения концентрации ХСЛПНП и регресса атеросклероза. Для максимального клинического эффекта лечения доказана необходимость проведения интенсивной профилактики сердечно-сосудистых осложнений с достижением достаточно низких уровней ХСЛПНП и нормализации агрегационных свойств тромбоцитов, концепции «чем ниже – тем лучше».

Выводы. Комплексное лечение больных с включением двойной антиагрегантной и гиполипидемической терапии пациентов ИБС после ангиопластики со стентированием коронарных артерий сопровождалось значительным клиническим эффектом, благоприятной динамикой структурно-функциональных параметров ЛЖ, БЦА. Для подбора адекватных и безопасных доз антиагрегантов и гиполипидемических препаратов требуется учет индивидуальных особенностей больных, в частности полиморфизма генов, отвечающих за резистентность к антиагрегантам.

### **Нарушения периферической вегетативной регуляции пейсмекерной активности синусового узла сердца при хронической обструктивной болезни легких**

*Андреев А.Н., Миронов В.А., Миронова Т.Ф., Милащенко А.И., Акимова А.В., Бельтюкова М.В.*

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из значимых проблем здравоохранения и в настоящее время является 4-й лидирующей причиной смерти в мире. [А.Г.Чучалин и др., 2017]. Пациенты

с ХОБЛ являются группой риска по формированию патологии сердечно-сосудистой системы. Ранние изменения кардиоваскулярной системы опосредуются через дизрегуляторные нарушения в сократительной деятельности сердца и, соответственно, тесно взаимосвязаны с вегетативной регуляцией, в том числе и при бронхолегочной патологии. Цель работы: исследовать периферическую вегетативную регуляцию синусового узла у пациентов с ХОБЛ и влияние на нее гуморально-метаболической среды с помощью анализа волновой variability сердечного ритма.

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов мужского пола в возрасте 45-74 лет, получавших лечение в пульмонологическом отделении многопрофильного стационара. Диагноз ХОБЛ установлен согласно критериям GOLD 2016 г. Также в исследование было набрано 48 участников, сопоставимых с исследуемой группой по полу и возрасту. Мы исключали лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, способными исказить РКГ-данные. В дополнение к стандартным методам обследования всем участникам исследования с целью оценки волновой структуры сердечного ритма проведена ритмокардиография высокого разрешения с помощью аппаратно-программного комплекса КАП-РК-02-«МИКОР». Регистрацию ритмокардиограмм осуществляли в покое и при разнонаправленных вегетативных стимулах. Мы оценивали следующие показатели: средняя величина RR; среднеквадратичное отклонение всех волн – SDNN; ARA-амплитуда дыхательной аритмии; среднеквадратичное отклонение для симпатических, парасимпатических и гуморально-метаболических флуктуаций:  $\sigma_T$ ,  $\sigma_S$  и  $\sigma_I$ ; соотношение влияний парасимпатического, симпатического и гуморального факторов, регулирующих пейсмекерную активность синусового узла – показатели VLF %, LF %, HF %.

Результаты. У пациентов с ХОБЛ отмечено снижение variability сердечного ритма (показатель SDNN) вдвое, преобладание гуморально-метаболической регуляции пейсмекерной активности синусового узла (данный фактор регуляции должен вносить минимальный вклад у здоровых лиц). У пациентов с ХОБЛ регистрировались очень низкочастотные волны с отклонением вверх от основных волн РКГ, соответствующие бронхообструктивному синдрому по клиническим данным и показателям спирометрии. У пациентов с ХОБЛ зарегистрировано также изменение реакций сердечного ритма при выполнении вегетативных проб в сравнении с контрольной группой (лица без ХОБЛ) в виде более медленного достижения максимальных реакций на разнонаправленные стимулы и более продолжительное восстановление сердечного ритма после пробы. Выводы. Паттерн изменений variability ритма сердца при ХОБЛ отражает изменения в регуляции деятельности сердечного ритма с угнетением периферической вегетативной регуляции хронотропной функции синусового узла и преобладанием гуморально-метаболического фактора регуляции.

### **Факторы риска развития частых рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста с фибрилляцией предсердий**

*Андрянов М.Т.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние хронических заболеваний, ассоциирующиеся с развитием фибрилляции предсердий (ФП),

факторов риска (ФР), предрасполагающих к рецидивам ФП после электрической кардиоверсии и ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин с трудоспособного возраста рецидивами ФП. В зависимости от частоты развития приступов аритмии в течение года, в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц), 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. В соответствии с рекомендациями ВНОК и ВНОА по диагностике и лечению фибрилляции предсердий 2011 г., рекомендациям РНМОТ по профилактике хронических неинфекционных заболеваний 2013 г. и рекомендациям Европейского общества кардиологов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2012 г. были изучены артериальная гипертензия (АГ), клинически выраженная сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая болезнь почек, длительность заболевания ФП, число предшествующих рецидивов, размеры левого предсердия (ЛП), преждевременный сердечно-сосудистый анамнез, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, избыточное потребление алкоголя, курение, дислипидемия, частота сердечных сокращений в покое (ЧСС), психосоциальные факторы риска и рассчитано их влияние на частоту приступов ФП. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии хирургическим методом, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: были установлены различия между 1 и 2 группами по таким показателям как длительность анамнеза ГБ (P1-2=0,0001), привычное артериальное давление (АД) (P1-2=0,0001), масса тела (P1-2=0,01), индекс массы тела (P1-2=0,01), длительность аритмического анамнеза (P1-2=0,03), число предшествующих рецидивов за год до включения в исследование (P1-2=0,00001), диаметр ЛП (P1-2=0,01), индекс ЛП (P1-2=0,04), раннее развитие ГБ в семейном анамнезе (P1-2=0,02), малоподвижный образ жизни (P1-2=0,02), избыточное потребление алкоголя (P1-2=0,02), ЧСС в покое (P1-2=0,0001), субклинически выраженная депрессия (P1-2=0,01), стресс на работе и в семье (P1-2=0,009), тип личности D (P1-2=0,02). Остальные изученные заболевания и ФР не различались между группами. Для изучения влияния выявленных различий на риск развития частых рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста был рассчитан относительный риск (ОР) и проведен логистический регрессионный анализ. Установлено, что в группе женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП оказывают влияние на риск развития частых приступов аритмии повышенное привычное АД, длительность аритмического анамнеза, диаметр левого предсердия, раннее развитие ГБ в семейном анамнезе, малоподвижный образ жизни, избыточное потребление алкоголя, стресс на работе и в семье, тип личности D.

Выводы: выявленные ФР развития частых рецидивов ФП необходимо учитывать при планировании терапии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами данной аритмии.

## **Влияние хронических заболеваний, ассоциирующиеся с развитием фибрилляции предсердий на риск развития частых приступов аритмии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий**

*Андрянов М.Т., Ильичева О.Е.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние хронических заболеваний, ассоциирующиеся с развитием фибрилляции предсердий на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) у женщин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин с трудоспособного возраста рецидивами ФП. В зависимости от частоты развития приступов аритмии в течение года, в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц), 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. В обеих группах были изучены такие заболевания, как артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая болезнь почек и рассчитано их влияние на частоту приступов ФП. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии хирургическим методом, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: гипертоническая болезнь (ГБ) встречалась в обеих группах одинаково часто (1 группа – 76,4%, 2 группа – 70,4%, P1-2=0,32), но длительность анамнеза ГБ в 1 группе составила 4 года и превышала таковой во 2 группе (P1-2=0,0001). Привычное артериальное давление (АД) в 1 группе 134/84 mm Hg и превышало привычное АД во 2 группе (P1-2=0,0001). Масса тела в 1 группе превышала массу тела пациентов во 2 группе (P1-2=0,01). Индекс массы тела (ИМТ) в 1 группе составил 27,9, во 2 группе 25,9 (P1-2=0,01). Остальные изученные заболевания не различались между группами. ИБС в 1 группе установлено у 4,7% пациентов, во 2 группе у 3,7% (P1-2=0,6). Клинически выраженная ХСН в 1 группе выявлена в 11,6%, во 2 группе в 3,7% случаев (P1-2=0,07). Различные нарушения функции щитовидной железы в 1 группе выявлены в 34,9%, во 2 группе в 29,6 случаев (P1-2=0,37). Сахарный диабет 2 типа в первой группе установлен у 2,3% пациентов, во 2 группе у 1,9% (P1-2=0,4). Для изучения влияния изученных хронических заболеваний на риск развития частых рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста был рассчитан относительный риск (ОР). Установлено, что в группе женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП все изученные заболевания повышают риск развития частых приступов аритмии, но их влияние не достоверное.

Выводы: у женщин трудоспособного возраста с частыми рецидивами ФП длительность анамнеза ГБ, привычное АД и ИМТ больше чем в группе с нечастыми рецидивами ФП, однако влияние изученных

хронических заболеваний на риск развития частых рецидивов ФП не достоверное.

### **Влияние факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста**

*Андрянов М.Т., Ильичева О.Е.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), таких как преждевременный семейный анамнез, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, избыточное потребление алкоголя и курение, частота сердечных сокращений в покое и дислипидемия у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий (ФП) на риск развития частых приступов аритмии.

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП. Был проведен анализ числа вызовов скорой медицинской помощи к данным больным по поводу приступа ФП в течение года до включения в исследование и в течение следующего года после включения в исследование, а также анализ амбулаторных карт пациентов, анамнестическое и клинико-анамнестическое исследование. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции или криоабляции, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. В зависимости от частоты развития приступов аритмии, в течение последующего года после включения в исследование, и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц), 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования. В группе с частыми рецидивами ФП достоверно чаще встречались такие ФР ССЗ как раннее развитие гипертонической болезни в семейном анамнезе ( $P1-2=0,02$ ), избыточное потребление алкоголя ( $P1-2=0,02$ ), малоподвижный образ жизни ( $P1-2=0,02$ ), частота сердечных сокращений в покое ( $P1-2=0,00001$ ). Хотя остальные различия носили недостоверный характер, но в 1 группе чаще выявлялись такие ФР как преждевременный семейный анамнез по ИБС ( $P1-2=0,34$ ), преждевременный семейный анамнез по наличию ишемического инсульта ( $P1-2=0,69$ ), раннее развитие диабета ( $P1-2=0,43$ ), нерациональное питание ( $P1-2=0,17$ ), активное табакокурение ( $P1-2=0,24$ ), пассивное табакокурение ( $P1-2=0,41$ ), дислипидемия ( $P=0,09$ ). Для изучения влияния семейного анамнеза и ФР развития ССЗ, обусловленных поведением человека, на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста нами был проведен расчет относительного риска (ОР). Было установлено, что на риск развития частых приступов ФП имеют достоверное влияние такие ФР развития ССЗ как малоподвижный

образ жизни ( $OP1-2=2,4$ ) и избыточное потребление алкоголя ( $OP1-2=1,9$ ). Влияние других изученных факторов на риск развития частых рецидивов ФП было недостоверным.

Выводы. Установлено достоверное влияние на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста таких ФР развития ССЗ как малоподвижный образ жизни и избыточное потребление алкоголя. Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

### **Влияние уровня артериального давления на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста**

*Андрянов М.Т., Ильичева О.Е.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние уровня артериального давления (АД) на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) у женщин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин с трудоспособного возраста рецидивами ФП. Уровень АД определялся как среднее арифметическое двух измерений с интервалом 3 минуты по методу Н.С. Короткова после 5-минутного отдыха в положении сидя на амбулаторном приеме. Был проведен анализ числа вызовов скорой медицинской помощи к данным больным по поводу приступа ФП в течение года до включения в исследование и в течение следующего года после включения в исследование, а также анализ амбулаторных карт пациентов. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции или криоабляции, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. В зависимости от частоты развития приступов аритмии, в течение последующего года после включения в исследование, и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц), 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: привычное систолическое АД в 1 группе составило 134 мм Hg, во 2 группе – 124 мм Hg ( $P1-2=0,0001$ ). Привычное диастолическое АД в 1 группе составило 84 мм Hg, во 2 группе – 76 мм Hg ( $P1-2=0,0001$ ). Привычное систолическое АД у женщин с установленной гипертонической болезнью в 1 группе составило 136 мм Hg, во 2 группе – 126 мм Hg ( $P1-2=0,0001$ ). Привычное диастолическое АД в 1 группе составило 86 мм Hg, во 2 группе – 76 мм Hg ( $P1-2=0,0001$ ). Привычная артериальная гипертензия 1 степени в группе с частыми рецидивами ФП встречалась в 51,2% в группе с нечастыми рецидивами ФП в 18,4% ( $P1-2=0,003$ ). Для изучения влияния размеров ЛП на частоту рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста был рассчитан относительный риск. Установлено, что в группе женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП и гипертонической болезнью артериальная

гипертензия 1 степени влияет на риск развития частых рецидивов аритмии.

Выводы: установлено влияние на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста с гипертонической болезнью привычной артериальной гипертензии 1 степени. Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

### **Влияние депрессии и тревоги на риск развития частых рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий**

*Андрянов М.Т., Ильичева О.Е.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние тревоги и депрессии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий (ФП) на риск развития частых приступов аритмии.

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП. Для оценки тяжести депрессии и тревоги использовалась шкала HADS. Был проведен анализ числа вызовов скорой медицинской помощи к данным больным по поводу приступа ФП в течение года до включения в исследование и в течение следующего года после включения в исследование, а также анализ амбулаторных карт пациентов. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции или криоабляции, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. В зависимости от частоты развития приступов аритмии, в течение последующего года после включения в исследование, и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц), 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: показатель уровня депрессии в 1 группе был достоверно выше такового во 2 группе ( $P1-2=0,008$ ). Лиц с достоверно выраженными симптомами депрессии в 1 группе было достоверно меньше ( $P1-2=0,04$ ). Субклинически выраженная депрессия в 1 группе встречалась достоверно чаще ( $P1-2=0,04$ ). Пациентов с клинически выраженной депрессией в нашем исследовании не было. Уровень тревоги в 1 группе также был выше в сравнении со 2 группой ( $P1-2=0,002$ ). Однако не установлено достоверных различий, между группами по числу лиц как с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги ( $P1-2=0,13$ ) так и с субклинически выраженной тревогой ( $P1-2=0,13$ ). Клинически выраженной тревоги в нашем исследовании обнаружено не было. Влияние субклинически выраженных уровней депрессии и тревоги на частоту рецидивов фибрилляции предсердий у обследуемого контингента было выявлено путем изучения ОР. Было установлено достоверное влияние

субклинически выраженной депрессии на риск развития частых приступов ФП у женщин трудоспособного возраста ( $OP1-2=1,6$ ). Субклинически выраженная тревога не оказывала достоверное влияние на риск развития частых приступов аритмии.

Выводы: достоверное влияние на частоту рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста оказывает субклинически выраженная депрессия. Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

### **Влияние размеров левого предсердия на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста**

*Андрянов М.Т., Ильичева О.Е.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние размеров левого предсердия (ЛП) на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) у женщин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин с трудоспособного возраста рецидивами ФП. Параметры отделов сердца оценивались на ультразвуковом аппарате доплер-ЭХО КГ VIVID-7 фирмы General Electric, Co с датчиком с изменяемой частотой от 2 до 3,5 МГц. Исследование проводилось в стандартных эхокардиографических позициях, согласно рекомендациям Европейской эхокардиографической ассоциации. Был проведен анализ числа вызовов скорой медицинской помощи к данным больным по поводу приступа ФП в течение года до включения в исследование и в течение следующего года после включения в исследование, а также анализ амбулаторных карт пациентов. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции или криоабляции, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. В зависимости от частоты развития приступов аритмии, в течение последующего года после включения в исследование, и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц), 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: размер ЛП в 1 группе составил 4,9 см, во 2 группе – 4,5 см ( $P1-2=0,01$ ). Индекс левого предсердия (ИЛП) в 1 группе был выше и составил 2,6 см/м<sup>2</sup>, во 2 группе ФП 2,4 см/м<sup>2</sup> ( $P1-2=0,04$ ). В 1 группе чаще встречалось умеренное увеличение диаметра ЛП ( $P1-2=0,0004$ ) и значительное увеличение диаметра ЛП ( $P1-2=0,003$ ). Не выявлено достоверного различия между 1 и 2 группой по числу лиц с нормальным размером ЛП ( $P1-2=0,4$ ) и незначительным увеличением ЛП ( $P1-2=0,24$ ). Умеренное увеличение ИЛП чаще встречалось в 1 группе ( $P1-2=0,004$ ). Остальные различия по ИЛП между группами были недостоверными. Для изучения влияния размеров ЛП на

частоту рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста был рассчитан относительный риск. Установлено, что в группе женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП на риск развития частых приступов аритмии достоверно влияют только два показателя: значительное увеличение диаметра ЛП по короткой оси ( $OR_{1-2}=2,0$ ) и умеренное увеличение ИЛП ( $OR_{1-2}=2,2$ ). Влияние других показателей размеров ЛП на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста было недостоверным.

Выводы: установлено влияние на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста таких показателей, как значительного увеличения диаметра ЛП и умеренное увеличение ИЛП. Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

### **Влияние психосоциальных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на риск развития частых приступов аритмии у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий**

*Андрянов М.Т., Ильичева О.Е.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Цель исследования: изучить влияние психосоциальных факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на риск развития частых приступов ФП у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. В исследование было включено 97 женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП. Изучалось влияние психосоциальных факторов риска, таких как низкий социально-экономический статус, стресс на работе и в семье, социальная изоляция, депрессия, враждебность и тип личности D на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста. Для выявления психосоциальных ФР был использован опросник, рекомендованный Европейским обществом кардиологов и Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации. Также был проведен анализ числа вызовов скорой медицинской помощи к данным больным по поводу приступа ФП в течение года после включения в исследование и анализ амбулаторных карт пациентов. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции или криоабляции, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. В зависимости от частоты развития приступов аритмии, в течение последующего года после включения в исследование, и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц) – 2 группа – 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования. Достоверно чаще в 1 группе встречался стресс на работе ( $P_{1-2}=0,03$ ) и тип личности D ( $P_{1-2}=0,02$ ). Различия по

другим изученным ФР, таким как низкий социально-экономический статус ( $P_{1-2}=0,18$ ), недостаточная социальная поддержка ( $P_{1-2}=0,05$ ), стресс в семье ( $P_{1-2}=0,33$ ), враждебность ( $P_{1-2}=0,41$ ) были недостоверными. Влияние изученных психосоциальных ФР на риск развития частых рецидивов ФП у обследуемого контингента было изучено путем расчета относительного риска (ОР). Было установлено, что среди изученных ФР недостаточная социальная поддержка и социальная изоляция ( $OR=1,5$ ), стресс на работе ( $OR=1,6$ ) и тип личности D ( $OR=1,8$ ) оказывает достоверное влияние ( $P<0,05$ ) на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста. Влияние других изученных психосоциальных факторов на риск развития частых рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста было недостоверным.

Выводы: достоверное влияние на риск развития частых рецидивов ФП оказывают такие психосоциальные факторы, как недостаточная социальная поддержка и социальная изоляция, стресс на работе и тип личности D. Следует учитывать полученные данные в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

### **Значимость биохимического маркера – гомоцистеина у пожилых пациентов с артериальной гипертензией**

*Анопченко А.С., Агранович Н.В.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

В Послании Президента Российской Федерации к Федеральному собранию 2018 года поставлена первоочередная задача – увеличить продолжительность и качество активной жизни пожилых людей. Это положение закреплено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Увеличение продолжительности жизни влечет за собой и рост числа заболеваний, характерных для населения пожилого возраста. Одним из них является артериальная гипертензия (АГ). Распространенность артериальной гипертензии увеличивается с возрастом и отмечается примерно у 60% пожилых людей. Лечение АГ связано с большими финансовыми затратами. Известно, что на лечение 20% пожилых людей расходуется 1/3 средств, выделяемых на здравоохранение. Это ставит перед здравоохранением первоочередные задачи разработки новых методов предупреждения и лечения и реабилитации пациентов с АГ. Определенные успехи в этом направлении в последние годы уже достигнуты. В значительной мере они связаны с достижениями в лабораторной диагностике. Открытие новых биохимических маркеров воспаления (С-реактивный белок, тропонины, гомоцистеин, ФНО $\alpha$  и интерлейкины и другие) и определение их роли в патогенезе развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний создали возможность их эффективного внедрения в клиническую практику. В настоящее время особенное внимание стало уделяться немедикаментозным методам лечения АГ, главную роль среди которых занимает физическая реабилитация. Немедикаментозные воздействия, в частности применение физических тренировок (ФТ), являются важным компонентом тактики ведения пожилых пациентов с АГ. Особое внимание в контроле за течением АГ уделяют гомоцистеину (ГЦ). Повышение уровня ГЦ в плазме крови имеет большое прогностическое значение при сердечно-сосудистой патологии. При недостатке физической нагрузки, при сидячем образе жизни уровень ГЦ в крови значительно увеличивается и может

является фактором прогрессирования заболевания у пациентов с артериальной гипертензией.

Целью нашего исследования явилось изучение биохимического маркера АГ гомоцистеина у пожилых пациентов и влияние физической нагрузки на его плазменные показатели.

Материалы и методы. Объектом исследования стали пожилые пациенты (60-74 года), проходившие обследование и/или лечение по поводу АГ I-II ст. в городских поликлиниках г. Ставрополя. Всего в исследовании приняли участие 148 человек. Среди них 30,4% составили мужчины и 69,6% женщины. Всем больным был разрешен прием препаратов, необходимых для лечения АГ в течение всего исследования. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу (основную) составили 72 пациента (48,6%), которым дополнительно к медикаментозной терапии были включены регулярные занятия ЛФК. Пациенты, получавшие только медикаментозную терапию, были отнесены ко второй группе (сравнения) – 76 чел. (51,4%). В течение 12 месяцев пациенты, включенные в основную группу, занимались физическими упражнениями по разработанной методике с инструктором ЛФК по одному часу 3 раза в неделю. Через месяц от начала занятий, при хорошей переносимости пациентом, нагрузка постепенно возрастала за счет увеличения количества повторений упражнений. Всем пациентам до начала проведения занятий и через 12 месяцев выполнялся забор крови для определения уровня гомоцистеина (ГЦ).

Результаты. Проведенное исследование показало, что уровень маркера эндотелиальной дисфункции – гомоцистеина достоверно снижался в группе больных, регулярно занимающихся физическими нагрузками АГ (с  $23/7,1 \pm 1,2$  мкмоль/л до начала занятий и до  $11,4 \pm 1,1/6,1 \pm 0,2$  мкмоль/л через 12 месяцев), в сравнении со второй группой пациентов ( $25,3 \pm 1,54$  мкмоль/л и  $22,9 \pm 1,41$  мкмоль/л, соответственно). Ухудшения состояния пациента отмечено не было ни в одном случае.

Выводы. Исследование показателей гомоцистеина выявило повышенный уровень его содержания у пожилых пациентов с АГ. При регулярных занятиях физической нагрузкой в течение 12 месяцев уровень гомоцистеина в крови значительно снижался. Данный показатель может быть маркером прогрессирования и стабилизации течения АГ у пожилых пациентов.

## **Ипохондрия с демонстративным типом акцентуации у пациента с опухолью височной доли**

*Аптикеева Н.В., Юсупова А.М., Долгов А.М.*

*Оренбургский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова, первичное сосудистое отделение, Оренбург*

Цель – изучить ранние диагностические признаки растущей опухоли височной локализации и анализировать синдромы ипохондрии при демонстративном типе акцентуации личности.

Материалы и методы. Проведено нейропсихологическое обследование пациентки 41 года и анализ записанных ею переживаний и состояний развития симптомов во времени.

Результат. Выявлено «ощущение одиночества и закрытости» при присутствии близких в жизни, проявляющих заботу к ней. Не говорила о своей «проблеме», поэтому записывала в заметках. Отмечалась «фиксированность» на своих ощущениях, это свидетельствует о присутствии в личности пациентки ипохондрических черт. В структуре

черт характера выявлен демонстративный тип акцентуации (то есть заостренность таких черт, как живость, подвижность, легкость в установлении контактов). Склонна к фантазерству, лживости и притворству, которые направлены на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму. Ею двигало стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы, перспектива быть незамеченной отягощает. Демонстрировала высокую приспособляемость к людям, легкую смену настроения при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечался беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Самооценка сильно далека от объективности. Заключение. Ранними признаками растущей опухоли височной области можно считать признаки ипохондрии с демонстративным типом акцентуации. Этот произвольный подход пациентки к облегчению своих переживаний, высказав их на бумаге, эмоционально облегчая её состояние, появляется ощущение некой защищенности и что «ты не один со своей проблемой».

## **Современные реабилитационные технологии в оценке эффективности лечения при спортивных травмах**

*Бабий В.В., Никулина Г.П., Агранович В.О., Почтовая С.В.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Актуальность темы: травмы опорно-двигательного аппарата считаются основной причиной перерыва в тренировочном процессе, что приводит к стойкому снижению уровня физической работоспособности и качества жизни спортсменов. Наиболее частыми и серьезными травмами при занятиях различными видами спорта, являются повреждения коленного и голеностопного суставов (50% и 28% соответственно из всей костной патологии). Распространенность повреждений нижних конечностей высока в игровых видах спорта, поскольку они являются контактными (1-ое место среди них занимает – футбол, 2-ое место – гандбол, 3-е и 4-е места занимают волейбол и баскетбол). Важной особенностью реабилитации спортсменов после травм является не только достижение клинко-функционального восстановления опорно-двигательного аппарата, но и быстрее восстановления спортивной формы и улучшение качества их жизни. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанного на субъективном восприятии (Новик А.А., 1999 г.) В исследовании приняли участие 60 спортсменов игровых видов спорта (футбол, гандбол, волейбол и баскетбол), с травмой коленного сустава. Возраст спортсменов от 19 до 23 лет. Из них 91,7% спортсменов лечились консервативно и только 8,3% – оперативно. «Качество жизни» оценивали с помощью опросника под названием «Шкала исходов травм и остеоартроза коленного сустава» (KneeInjureandOs – teoarthritisoutcome Score – (KOOS) (DawsonJ. 1998 г.). Показатель качества жизни изучался до лечения, во время лечения и после его завершения. Для выявления взаимосвязи качества жизни с типами отношений к болезни использовалась методика «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И. и соавт., 2005 г.).

Результаты исследования: выявлено достоверное снижение интегрального показателя «качество жизни» спортсменов до лечения и начальном этапе лечения ( $p < 0,05$ ). В 100% случаев травма опорно-

двигательного аппарата оказала влияние на профессиональную деятельность, у 80,1% создала ограничения в повседневной жизни. Имелись значимые различия показателя «качество жизни» спортсменов, имеющих травмы различной степени тяжести ( $p < 0,05$ ). На заключительном этапе лечения наблюдалась положительная динамика показателя «качество жизни» у 98,2% спортсменов ( $p < 0,05$ ). Анализ взаимосвязи качества жизни с типами отношения к болезни показал, что показатель «качество жизни» положительно коррелировал с гармоническим ( $r = 0,25$ ), анозогнозическим ( $r = 0,30$ ) и отрицательно: с неврастеническим ( $r = -0,39$ ), меланхолическим ( $r = -0,26$ ), эгоцентрическим ( $r = -0,30$ ), ипохондрическим ( $r = -0,27$ ) типами отношения к болезни.

Выводы: низкий уровень качества жизни формирует неправильную внутреннюю картину болезни и извращает реакцию на различных этапах её лечения.

## Разумный выбор: больше – не значит лучше

Боева О.И., Кокорин В.А.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Ставрополь, Москва*

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ), являясь полноправным членом Европейской Федерации внутренней медицины, принимает участие в глобальной кампании «Разумный выбор». Концепция кампании подразумевает содействие рациональному распределению и повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения. Признавая важность данной инициативы, ведущие зарубежные медицинские профессиональные сообщества поддержали ее, объединив свои усилия с целью улучшения качества и безопасности медицинской помощи. В рамках кампании каждая организация – участник создала списки клинических ситуаций (рекомендаций), которые следовало бы рассмотреть с точки зрения рационализации лечебно-диагностических подходов. Полученные списки стимулируют дискуссию о целесообразности применения многих часто назначаемых вмешательств.

Цель работы – создание списка топ-5 клинических ситуаций Российского проекта «Разумный выбор».

Методология и результаты. На первом этапе работы члены соответствующей рабочей группы РНМОТ из списка рекомендаций «чего не следует делать», опубликованных за рубежом в ходе кампаний «Разумный выбор», отобрали 90 ситуаций, имеющих отношение к клинической практике в области внутренней медицины в РФ. В качестве второго шага, отобранные положения были переданы группе экспертов для рейтинговой оценки. Клинические ситуации в количестве 26, получившие наибольшее количество баллов, а также 4 пункта, дополнительно предложенные экспертами, были представлены для онлайн голосования действительным членам РНМОТ с целью аналогичной оценки. После четырехмесячного периода голосования эксперты оценили доказательную базу 10 ситуаций, набравших максимальное количество баллов. Экспертной группе удалось сформировать согласованную позицию.

Заключение. Таким образом, был создан список из пяти рекомендаций (топ-5) кампании «Разумный выбор», который, как предполагается, будет обсужден профессиональным терапевтическим сообществом России. Будущие ассоциированные исследования покажут,

последуют ли врачи рекомендациям кампании и приведет ли это к снижению заболеваемости и смертности, а также уменьшению финансовых потерь в здравоохранении. Кампания может явиться полезным инструментом для побуждения врачей-терапевтов и узких специалистов к переосмыслению понятий профессионализма и уместности вмешательств.

## Исследование реологических свойств пищеварительных секретов в клинических условиях

Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г.

*Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования, Краснодар*

Целью работы явилось определение патогенетического и диагностического значения изменений реологических свойств важнейших пищеварительных секретов – пристеночной желудочной слизи, желудочного сока и дуоденального содержимого. Под наблюдением находилось 355 человек: 185 больных дуоденальной язвой, 46 – медиогастральной язвой, 38 – хроническим гастритом, 28 – хроническим панкреатитом, 18 – желчнокаменной болезнью и 40 практически здоровых лиц. Желудочное и дуоденальное содержимое получали с помощью оригинального устройства для синхронной регистрации антродуоденальной моторики и секреторной деятельности желудка, поджелудочной железы и печени. Вязкость нативных пищеварительных соков измеряли прецизионным вискозиметром Herpler ВН-2 (Германия) при температуре 37° С. Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра Rheotest-2 (Германия); при этом определяли предел упругости (дин/см<sup>2</sup>) и два значения эффективной вязкости (сП), измеренной при низкой ( $D = 11,1$  с-1) и высокой ( $D = 4860$  с-1) скорости сдвига. Кроме того, в желудочном соке определяли кислотность, рН, активность пепсина, концентрацию общего и непепсинного белка; в дуоденальном содержимом – концентрацию общего белка, амилазы, холестерина, билирубина и вычисляли продукцию каждого ингредиента за единицу времени.

Результаты. Установлено, что больные язвенной болезнью характеризуются статистически достоверным снижением вязкости желудочного сока и резким падением упруговязких свойств желудочной слизи, причем степень выраженности и частота реологических нарушений обнаруживают четкую связь с фазой заболевания и локализацией язвы. Так, при активной дуоденальной язве предел упругости слизистого геля снижен в среднем в 1,8 раза ( $310 \pm 15,0$  дин/см<sup>2</sup> против  $552 \pm 28,6$  дин/см<sup>2</sup> у здоровых,  $p < 0,001$ ), его вязкость при низкой скорости сдвига – в 1,9 раза ( $1706 \pm 219,7$  сП и  $3037 \pm 159,6$  сП, соответственно,  $p < 0,001$ ), при высокой скорости сдвига – на 18% ( $15 \pm 0,9$  сП и  $18 \pm 1,0$  сП,  $p < 0,01$ ), а вязкость желудочного сока – на 12% ( $0,89 \pm 0,01$  сП и  $1,01 \pm 0,02$  сП,  $p < 0,01$ ). У больных активной медиогастральной язвой упомянутые параметры снижены, соответственно, в 2,1, 2,5, 1,4 и 1,1 раза. Рубцевание язвы сопровождается выраженной тенденцией к нормализации реологических свойств слизи, однако у 1/3 пациентов они не достигают нижней границы нормы. Можно полагать, что падение упруговязких свойств пристеночной слизи, которые в конечном итоге определяют ее цитопротективный потенциал, является одним

из важных патогенетических механизмов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. При хроническом гастрите вязкость желудочного сока существенно не изменена, а нарушения реологии слизи обнаруживают четкую связь с выраженностью гастритической перестройки слизистой оболочки желудка: при поверхностном гастрите упруговязкие свойства слизи практически не отличаются от таковых у здоровых людей, а при атрофическом гастрите они снижены в 2,3-2,5 раза и эти сдвиги статистически высоко достоверны,  $p < 0,01$ . У больных хроническим панкреатитом вязкость дуоденального содержимого, собранного в период усиления секреторной активности поджелудочной железы (2-3-я фазы межпищеварительного цикла), увеличена в среднем на 17% ( $0,96 \pm 0,03$  сП против  $0,80 \pm 0,02$  сП,  $p < 0,01$ ), что коррелирует с повышением (в среднем на 39%) уровня неферментного белка ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,01$ ). При желчнокаменной болезни (вне обострения) вязкость пузырной желчи увеличена в среднем в 1,2 раза ( $p < 0,001$ ) преимущественно за счет гиперсекреции нерастворимых гликопротеинов. Таким образом, поражения гастродуоденальной зоны, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы характеризуются весьма значительными нарушениями реологических свойств секретов пищеварительных желез. Исследование реологических свойств пищеварительных секретов углубляет современные представления о патогенезе заболеваний проксимального отрезка пищеварительного тракта и может найти применение в качестве дополнительного метода функциональной диагностики и контроля эффективности лечения.

## Новые возможности прогнозирования гастродуоденальных кровотечений при язвенной болезни

*Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г., Ломоносова Г.Г.*

*Краснодарский муниципальный медицинский институт  
высшего сестринского образования, Краснодар*

Цель работы – изучение упруговязких свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением, и оценка диагностической и прогностической информативности реологического метода исследования при этом осложнении.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 206 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения (154 мужчины и 52 женщины в возрасте от 16 до 67 лет). В их числе было 129 человек с неосложненной формой заболевания, 46 больных, перенесших 72 кровотечения (в среднем  $1,6 \pm 0,13$  кровотечений на 1 человека), 19 пациентов с ушитой перфоративной язвой и 12 – с компенсированным пилородуоденальным стенозом. Контрольную группу составили 98 лиц без патологии желудочно-кишечного тракта (56 мужчин и 42 женщины в возрасте от 15 до 65 лет). Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра Rheotest-2 (Германия). При этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см<sup>2</sup>), два значения эффективной вязкости (сП) – при низкой (ЭВ1,  $D = 11,1$  с-1) и высокой (ЭВ2,  $D = 4860$  с-1) скоростях сдвига, а также толерантность слизистого геля к механическому повреждению (Т, с). Кроме того, в каждой 15-минутной порции желудочного сока определяли концентрацию кислоты, пепсина, неперсинного белка и вычисляли их продукцию за час. Результаты. Анализ полученных данных свидетельствует, что у

больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки существенно снижены упруговязкие свойства желудочной слизи: ПУ – в среднем в 1,5 раза ( $358 \pm 23,3$  против  $544 \pm 32,1$  дин/см<sup>2</sup> у здоровых), ЭВ1 – в 1,8 раза ( $1798 \pm 67,6$  и  $3206 \pm 89,8$  сП, соответственно), ЭВ2 – в 1,5 раза ( $11,6 \pm 0,34$  и  $17,6 \pm 0,88$  сП), Т – в 1,3 раза ( $56 \pm 1,4$  и  $40 \pm 0,9$  с); здесь и далее приведены только статистически достоверные сдвиги,  $p < 0,05$ . Падение ПУ ниже нижней границы нормы (300 дин/см<sup>2</sup>) отмечено у 52% таких пациентов, ЭВ1 (ниже 1800 сП) – у 62%, ЭВ2 (ниже 8 сП) – у 10%, Т (ниже 30 с) – у 12% пациентов. Изучение реологических свойств желудочной слизи у больных дуоденальной язвой в зависимости от характера «хирургических» осложнений обнаруживает следующие закономерности. У пациентов с геморрагическими осложнениями упруговязкие свойства слизи, по сравнению с таковыми у больных с неосложненной формой заболевания, существенно снижены: ПУ – в среднем на 15,9%, ЭВ1 – на 16,1%, ЭВ2 – на 15,2% (во всех случаях  $p < 0,05$ ). Наоборот, по частоте выхода за нижнюю границу нормы первых двух реологических параметров больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (в анамнезе), значительно превосходят группу больных с неосложненной формой заболевания: по ПУ – в 1,4 раза ( $70 \pm 6\%$  и  $49 \pm 4\%$ , соответственно), а по ЭВ1 – в 1,3 раза ( $76 \pm 7\%$  и  $57 \pm 4\%$ ). В то же время больные с ушитой перфоративной язвой и компенсированным пилородуоденальным стенозом по степени и частоте отклонений от нормы изучаемых реологических параметров практически не отличаются от лиц с неосложненной дуоденальной язвой. Иными словами, наличие и характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки может существенно отразиться на реологических свойствах слизистого геля желудка. В то время как перфорация и стенозирование (по крайней мере, в стадии компенсации) существенно не влияют на изменения упруговязких свойств желудочной слизи, у лиц с кровоточащей (в анамнезе) пилородуоденальной язвой гиповязкие сдвиги более выражены и встречаются значительно чаще.

Выводы. Представленные результаты свидетельствуют о том, что геморрагические осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки сопровождаются более глубокими нарушениями структуры и, соответственно, защитной функции слизистого барьера желудка. Следовательно, нарушения упруговязких свойств пристеночной слизи могут рассматриваться в качестве одного из факторов риска язвенных кровотечений, а реологический метод исследования может использоваться для прогнозирования этого осложнения.

## Факторы, влияющие на сердечно-сосудистую выживаемость пациентов, страдающих неспецифическим аортоартериитом

*Бородина И.Э., Шардина Л.А., Салаватова Г.Г.*

*Свердловская областная клиническая больница №1,  
Екатеринбург*

Актуальность. Мировые данные о выживаемости пациентов с неспецифическим аортоартериитом варьируют. Литературных данных о сердечно-сосудистой выживаемости пациентов с артериитом Такаясу в России крайне мало. В связи с этим вопросы, связанные с выживаемостью с акцентом на сосудистые осложнения актуальны в аспекте данного заболевания.

Цель. Выявить факторы, влияющие на сосудистую выживаемость пациентов с артериитом Такаясу, используя монофакторный анализ по методу Каплан-Майера.

Материалы и методы. В качестве независимых факторов, нами анализировались демографические данные, социальный статус пациентов до развития события, анамнез жизни, жалобы в дебюте заболевания, при поступлении, в дальнейшем наблюдении; данные физикального осмотра, данные лабораторных исследований, данные клинико-инструментальных, сопутствующие заболевания пациентов, данные о терапии пациентов, данные об хирургической коррекции/реваскуляризации, осложнений болезни с указанием даты развития события на 96 пациентах, страдающих неспецифическим аортоартериитом и наблюдавшихся в Областной клинической больнице №1 с 1999 по 2016 года.

Результаты. На сердечно-сосудистую выживаемость пациентов, страдающих неспецифическим аортоартериитом, влияли: мужской пол ( $p=0,01108$ ), возраст младше 44 лет ( $p=0,02219$ ), курение ( $p=0,00001$ ), артериальная гипертензия ( $p=0,04106$ ), поражение левой почечной артерии ( $p=0,00046$ ), количество пораженных артерий более 3 ( $p=0,00893$ ), прогрессирующее течение основного заболевания до развития артериального тромбоза ( $p=0,00003$ ).

Заключение. Уточнены независимые факторы, влияющие на сосудистую выживаемость пациентов, страдающих неспецифическим аортоартериитом. Ключевые слова: неспецифический аортоартериит, сердечно-сосудистая выживаемость, Каплан Майер.

## **Системный амилоидоз – как осложнение периодической болезни с длительной ремиссией**

*Бородина Л.В., Болурова А.Р., Рыбас А.В., Сердюков В.Н.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь*

Системный амилоидоз является частым осложнением периодической болезни (ПБ), особенно это касается случаев с частым обострением. Мы наблюдали случай развития системного амилоидоза у больного с ПБ. Больной А. 62 лет, армянин, медицинский работник. В детском возрасте были частые приступы ПБ с выраженным абдоминальным синдромом, полиартралгиями, гипертермией. В Ереване проводилось обследование, верифицирована ПБ, получал колхицин (сколько времени не помнит). В последние годы проживал и работал в Ставрополе. Посещал участкового терапевта при вирусных инфекциях. Никаких клинических симптомов обострения ПБ больной не отмечал. Несколько месяцев назад отметил нарастание общей слабости, тошноту, значительное снижение аппетита, массы тела на 18 кг, одышку. Обследовался амбулаторно. Онкомаркеры – отрицательные. Причина нарастающего ухудшения состояния не была выявлена. Поступил в стационар в тяжелом состоянии, передвижение только на каталке. ИМТ 17,6. Мышечная система атрофична. АД 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Стул – тенденция к послаблению. Суточный диурез 1200 мл. ОАК: эр.  $3,24 \times 10^9$  /л, Нб-93 г/л, тр.  $193,0 \times 10^9$  /л, СОЭ –39 мм/час. ОАМ: протеинурия 0,24 -0,41 г/л. Биохимические показатели: общий белок, креатинин, мочевина, билирубин. АЛТ, АСТ, глюкоза, кортизол – существенно не отличались от нормы. Показатели щелочной фосфатазы, ГГТ, повышены. КФК – повышена. ЭКГ: Синусовая брадикардия с ЧСС 55 в минуту. Резко снижен вольтаж ЭКГ в стандартных и усиленных отведениях от конечностей. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Диффузные нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка. ЭГДС. Пищевод свободно проходим, слизистая его в средней и нижней трети гиперемирована, отечна, с множественными сливными

эрозиями. Тонус желудка несколько снижен. Слизистая оболочка луковицы 12-перстной кишки гиперемирована, отечна, с участками гиперплазии. Просвет луковицы ДПК несколько сужен из-за отека: Закл. Рефлюкс-эзофагит II ст. Гиперплазия слизистой луковицы ДПК. Биопсия слизистой антрального отдела желудка. УЗИ печени, селезёнки. 12.2017. Печень: контур ровный, четкий, КВР 167 мм. Эхоструктура паренхимы диффузно неоднородная. Портальная вена до 13 мм. Печеночные вены до 10 мм. Селезеночная вена 5 мм. Селезёнка: 136 x 43 мм. Во всех отделах брюшной полости определяются скопления свободной жидкости (асцит). ЭХО КГ. 08.12.17. Заключение. Снижение глобальной сократительной способности миокарда левого желудочка. Дилатация полостей обоих предсердий. Гипертрофия миокарда межжелудочковой перегородки. Гистологическое исследование кожно-мышечного лоскута 06.12.17 Закл. Окраска на амилоид положительная. Гистологическое исследование гипертрофированной слизистой оболочки желудка 08.12.17. Закл. Хронический гипертрофический гастрит. Окраска на амилоид положительная. Учитывая анамнез, клинические и инструментальные данные, сформулирован диагноз: Осн.: Периодическая болезнь, латентно прогрессирующее течение. Вторичный системный амилоидоз с поражением сердца, печени, селезёнки, почек, желудка, кишечника, кожи. Осл: кардиомиопатия. ХСН 2Б ст ХБП 3А ст. (СКФ  $39,94$  мл/мин- MDRD), амилоидный гепатоз, холестаза, выраженная миопатия, миолиз, анемия смешанного генеза 2 ст. Рефрактерная гипотония. Проводилась интенсивная терапия метипредом, кортинефом, регидратация, метаболическая терапия (октолипен, милдронат, цитафлавин, рекомон, витасинотерапия и др. Однако состояние прогрессивно ухудшалось, АД оставалось на уровне 85/70 мм рт. ст., переведен в реанимацию, наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия не эффективны. От патологоанатомического вскрытия родственники категорически отказались.

Таким образом, при периодической болезни необходима постоянная терапия кохицином, настороженность в отношении амилоидоза и его ранняя диагностика.

## **Почечный дебют множественной миеломы**

*Бородина Л.В., Воробьёва О.А., Козакова С.А., Власов В.О.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Национальный центр клинической морфологической диагностики, Ставрополь, Санкт-Петербург*

Множественная миелома клинически дебютирует различными синдромами, одним из частых является синдром мультиморбидной почечной патологии с развитием терминальной почечной недостаточности. Ранняя диагностика заболевания существенно улучшает прогноз.

Больной Г., 60 лет, поступил в нефрологическое отделение 11.10.2017 г. с жалобами на резко выраженную общую слабость, тошноту, рвоту, снижение массы тела на 7 кг за 2 месяца, одышку при небольших физ. нагрузках, боли в пояснично-крестцовой области, снижение диуреза в течение недели до 300 мл в сутки. Anamnesis morbi: в июле 2017 г., в связи с болями в голеностопном суставе, определением повышенного уровня креатинина крови  $200$  мкмоль/л., установлен диагноз подагрической полиартрит, подагрическая нефропатия. Получал аллопуринол, НПВС. Состояние прогрессивно ухудшалось, креатинин повысился до  $1923,0$  ммоль/л, и мочевина до  $37$  ммоль/л. Поступил в нефрологическое отделение. Об-но: состояние тяжелое, кожные покровы: бледные,

голени, стопы отёчны. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 145/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Суточный диурез ~ 350 мл. Результаты специальных исследований: ОАК: Эр 1,69х 10<sup>9</sup>/л; Нб - 56 г/л; СОЭ 65мм рт. ст. ОАМ: бел. - 4,61 г/л, сахар 4(+); эр. 10-14 в п зр.: цил гиал. 10-12 в п зр.; зерн. 2-4 в п.зр.; клетки почечн. эп. 4-6 в п.зр. Исследование моноклональности сывороточных иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (20.10.17): в сыворотке крови обнаружен парапротеин типа каппа класса IgG. БАК: Креатинин 1693,61 мкмоль/л, мочевина 37,19 ммоль/л; при выписке креатинин 509,56 мкмоль/л, мочевина 10,32 ммоль/л, мочевая кислота 510 мкмоль/л, общий белок крови 111,52 г/л. R – графия черепа. Костных изменений не выявлено, черепные швы не изменены, гиперостоз внутренней пластины лобной кости. Рентгенография ПОП в 2 проекциях (19.10.17.): Клиновидная деформация LI неизвестной этиологии. Миелограмма (24.10.17): Плазматические клетки 22,2% (N до 1,8%) УЗИ почек: контуры неровные, нечёткие, правая: 78 x 49 мм; левая 83 x 46 мм; структура неоднородная, эхогенность повышенная. Гистологическое исследование материала нефробиопсии выполнено 14.11.17 в «Национальном центре клинической морфологической диагностики», Санкт-Петербург, к.м.н. Воробьёвой О.А. Установлена сочетанная моноклональная парапротеинемическая нефропатия (IgG/каппа): 1) Диффузная выраженная моноклональная цилиндровая нефропатия Bens Jones' (каппа); 2) Диффузное отложение моноклонального иммуноглобулина IgG/каппа (MIDD/IgGk) во всех базальных мембранах ткани почки (ГБМ, ТБМ, БМГК); 3) Диффузная выраженная моноклональная тубулопатия Fanconi's (каппа). С сочетанными хроническими и острыми изменениями ткани почек в виде полного гломерулосклероза (31%), тяжелого тубулоинтерстициального фиброза (70%), выраженного артериолосклероза, диффузного тубуло-интерстициального воспаления и тотального острого канальцевого некроза. Клинический диагноз: Миеломная болезнь III стадия, парапротеинемия типа каппа класса IgG, кл. гр. 2 Миеломная нефропатия (см. выше) Проведено лечение: программный гемодиализ 16 сеансов, эндоксан 3000 мг, дексаметазон 8 мг в/м № 14, преднизолон 30 мг в сутки. Достигнута положительная клиничко-лабораторная динамика. Переведен в гематологическое отделение. На фоне комплексной иммуносупрессивной терапии дальнейшая положительная клиническая динамика. Получает программный гемодиализ.

Выводы: при первом обращении пациента в медучреждение необходимо было провести полное обследование, включая исследование на миеломную болезнь, тогда можно было бы ожидать лучшего прогноза.

### **Случай синдрома Бартера, диагностированный впервые при остром почечном повреждении**

*Бородина Л.В., Гладких Н.Н., Рыбас А.В., Болурова А.Р., Сердюков В.Н., Григорян З.Э.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь*

Синдром Бартера – генетически обусловленная тубулопатия, наследуемая по аутосомно-рецессивному типу, проявляющаяся гипокалиемическим алкалозом, гиперальдостеронизмом на фоне нормального АД, гиперплазией ЮГА (вследствие сниженной прессорной реакцией на АII). Встречается 1, 2 случая на 1 млн человек. Возможно и чаще, но диагностируется редко. Обусловлен дефектом в дистальном

прямом канальце петли Генле. Имеется врожденная резистентность сосудов к А II с компенсаторной стимуляцией РААС приводит к гипокалиемическому алкалозу, тубулопатии. Дополнительным фактором гиперплазии ЮГА является повышенный синтез простагландинов в почке. Гипокалиемия – как следствие гиперальдостеронизма часто сопровождается гипонатриемией в связи с повышенным транспортом натрия из проксимальных к дистальным канальцев. Наблюдают снижение дистальной резорбции хлора. Адекватность реакции сосудов на введение прессорных субстанций (ангиотензин II) восстанавливается после введения ингибиторов синтеза простагландинов. Ведущая симптоматика синдрома Бартера обусловлена гипокалиемией. Больной М. 1983 г.р. с подросткового возраста отмечает выраженную общую слабость, особенно зимой, на фоне приёма панангина слабость уменьшается. В феврале 2015 г. ОРВИ – рвота, боли в животе, слабость, судороги боли в икроножных мышцах, поясничной области, полиурия. Хирургическая патология была исключена, выявлены повышение уровня креатинина и мочевины крови, подиурия сменилась олигурией. Поступил в реанимационное отделение ГБУЗ ГКБ СМП. Об-но: состояние тяжелое, адинамичен, масса тела снижена, мышечная система развита слабо, резко снижен тургор. Стигмы дизэмбриогенеза. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 80 в мин. Тоны сердца ритмичные. Живот умеренно болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. С-м поколачивания – слабо положительный. Лаб-инстр. данные: ОАМ-ОПМ 1002-1006, белок 0,31 ммоль/л, эр., свеж 30 вп/зр.. изм 6-8, креатинин 596,0 мкмоль/л, мочевина 41,0 ммоль/л К+ < 1 ммоль/л, Na +снижен до 120 ммоль/л; увеличены показатели альдостерона, ренина. На ЭКГ переходящие нарушения сердечного ритма – различные варианты экстрасистолии. УЗИ почек: увеличены размеры и ТП до 134x73 мм – 24 мм. На фоне сеансов ГД нарастала церебральная и дыхательная недостаточность (гипокалиемический и гипонатриемический паралич), переведен на ИВЛ, продолжены сеансы острого диализа, интенсивная регидратация, хлорид калия в/в, хлорид натрия. Положительная клиничко-лабораторная динамика. Консультирован в клинике нефрологии им. Е.М. Тареева проф. Н.Л. Козловской. Д-з: учитывая стойкую гипокалиемию на фоне заместительной терапии, отсутствие повышенного АД на фоне увеличенных уровней альдостерона и ренина, стигмы дизэмбриогенеза, имеется: Хронический тубулоинтерстициальный нефрит: калийпеническая нефропатия с эпизодом ОПП. Синдром Бартера. ХБП I ст. (СКФ 85 мл/мин.) Вторичный гиперальдостеронизм. В последующие годы получает заместительную терапию препаратами калия, спиrolактоном, калиевой диетой, НПВС (для снижения синтеза простагландинов), кардиометаболиты. Ранняя диагностика синдрома Бартера позволит осуществить рациональную профориентацию, предупреждение тяжелых физических нагрузок, профилактику нарушений сердечного ритма, острого почечного повреждения (более легко возникающего при нарушении обмена в эпителии канальцев на фоне гипокалиемии).

### **Случай генерализованного саркоидоза с поражением почек, диагностированного на стадии почечной недостаточности**

*Бородина Л.В., Корой П.В., Болурова А.Р., Чернышова А.А., Дудов Т.Р.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Саркоидоз (СР) – мультисистемное воспалительное заболевание неизвестной природы, характеризующимся образованием

эпителиоидно-клеточных гранулам в различных органах. СР может поражать любые органы, имитируя соответствующую патологию, в том числе онкопатологию, что затрудняет диагностику и может привести к необоснованной терапии, оказывающей неблагоприятное влияние на организм. Поражение почек при СР встречается у 10-30% пациентов, обусловлено: изменениями вследствие формирования гранулем, гиперкальциурией, гиперкальциемией.

Больной Б. 67 лет. Поступил в нефрологическое отд. ГБУЗ «ГКБ СМП» г. Ставрополя. Жалобы на: резко выраженную общую слабость, затрудняющую самообслуживание, сонливость, заторможенность, нарушение равновесия, походки, постоянную жажду, учащённое мочеиспускание, тошноту, рвоту, снижение аппетита. Первые симптомы появились около 2 лет назад, в течение нескольких месяцев отмечает прогрессивное ухудшение состояния.

Результаты обследования – повышение креатинина до 600 мкмоль/л. При УЗИ, КТ почек подозрение на опухоль левой почки. ПСА – 58 нг/мл. Консультация онколога: С-г ren sinistra Оперативное лечение было противопоказано в связи с ХПН. Направлен в нефрологическое отделение. ОАК: Нб 84 г/л, эр.2,75 x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 70 мм/час. ОАМ: ОПМ 1008, белок 0,9 г/л, эр.св. 22-32 в п.зр., лейкоц. 11-12 в п.зр, эпителий почечный 8-10 в п.зр., цил. гиал. 2-4, зерн. 3-4 в п.зр. Креатинин крови 455.89 (при поступлении) – 282,2 мкмоль/л (при выписке). Мочевая кислота – 688-391 мкмоль/л. Кальций крови – 3,35-2,21 ммоль/л. ПСА 58 нг/мл, при выписке 1,0 нг/мл! Онкомаркеры: Са 19-9, АФП, РЭА – отрицательны. Парапротеины крови – отрицательны. УЗИ почек, печени, селезенки. Размеры почек нормальные, но паренхима уменьшена до 10 мм. С обеих сторон контуры неровные бугристые, экзогенность высокая, структура неоднородная, с обеих сторон множественные полостные образования размером от 0,5-1,0 до 4,2-4,6 см. В динамике: на фоне терапии саркоидоза количество кист в почках увеличивалось вследствие лизиса содержимого гранулём. Печень: контуры неровные, бугристые, размеры увеличены, структура неоднородная, участки пониженной экзогенности правильной округлой формы до 15 мм в диаметре. Селезенка: контуры неровные, бугристые, размером 160x64 мм, структура диффузно неоднородная, экзогенность смешанная. В паренхиме гиперэкзогенные структуры и участки пониженной экзогенности правильной округлой формы до 10 мм в диаметре. Компьютерная томография легких. В обоих легких определяется множество мелких очагов с перибронхиальным и периваскулярным расположением, чередующихся с участками тяжистого пневмофиброза. Лимфатические узлы паратрахеальной, трахеобронхеальной, бронхопюльмональной групп с обеих сторон, бифуркационные и аорто-пюльмонального окна увеличены до 15 мм. Заключение: КТ-признаки саркоидоза, 2-3-я стадия, кардиопатии, аортокальциноза. Учитывая: полиорганное поражение с преимущественным поражением почек и нарушением их функции, множественные кистозные образования, типичные для саркоидоза (КТ легких), гиперкальциемию, сформулирован диагноз: Осн.: Саркоидоз с преимущественным поражением легких II-III ст., почек, печени, селезенки, простаты. Осл.: ХПН II (два) Б. ХБП IIIБ ст. Проведено лечение: метипред, азатиоприн, фосамакс и др. Достигнута отчетливая положительная клиническая динамика. Диагноз опухоли снят. Анализируя случай заболевания, можно сделать вывод, что симптоматика заболевания на начальном этапе обусловлена была гиперкальциемией, впоследствии – уремией. Повышение ПСА в крови обусловлено деструктивным процессом в предстательной железе. Учитывая симптоматику, возможно было поставить правильный диагноз в более ранние сроки.

## Случай рецидивирующей макрогематурии, обусловленной наследственной гемолитической анемией, осложнившейся острым почечным повреждением

Бородина Л.В., Рыбас А.В., Дудов Т.Р., Петижев Э.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Гемолитические анемии могут являться причиной рецидивирующей макрогематурии и поэтому при её дифференциальном диагнозе необходимо помнить о такой причине. Сгустки крови в мочевыводящих путях могут приводить к острому почечному повреждению. Подобный случай был в нашей практике.

Случай С., 62 лет, поступил в нефрологическое отделение 03.2017 г. с жалобами на выраженную общую слабость, тошноту, частую рвоту, боли в мышцах всего тела, больше выраженные в икроножных мышцах, постоянное выделение мочи красного цвета. Анамнез заболевания. В июле 2016 г., впервые обратил внимание на появление мочи красного цвета, эпизоды задержки мочеиспускания. 27.07.16 г. операция по поводу тампонады мочевого пузыря, эпицистостомия. При осмотре общее состояние тяжелое, пониженного питания, мышечная система слабо развита. Кожные покровы бледные, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД 70/60-90/70 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Ритмичный. Тоны сердца ритмичны. Живот мягкий, чувствительный при пальпации печени, селезенки. Печень +4 см, умеренно уплотнена. Селезенка +8 см, плотная. Функционирующая цистостома. Суточный диурез при поступлении 600 мл, при выписке – 2 200 мл. Дополнительные методы исследования ОАК (10) – Эр. 2,05-3,39x10<sup>9</sup>/л, Нб 56-66 г/л, Тр. 33 – 106-109/л, СОЭ 44-15 мм/час. Юные 2%, миелоциты 3%, анизоцитоз ++, анизохромия эритроцитов +, пойкилоцитоз ++, овалциты 1-2, акантоциты 14-16 в поле зр. ОАМ (8): ОПМ 1005-1014, белок 0,165 – 3,04 г/л, эр. свежие и изменённые – большое количество, цил.: гиал. 16-18 в п.зр., зерн. 4-6 в п.зр. Креатинин крови – 648,4 мкмоль/л – 144,0 мкмоль/л. Мочевина крови – 23,4-8,4 ммоль/л. Билирубин общий: 43,87 мкмоль/л, прямой 14,5 мкмоль/л. Калий крови – 2,05-2,40 ммоль/л. Кальций крови – 1,3 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ 93% МНО1,061,06 Фибриноген 1,87 г/-3,01 г/л. АЧТВ 30,8 сек 21,7 сек. Онкомаркеры – отрицательные, маркеры гепатита – отрицательные. Посев крови на стерильность (8 раз) – отрицательные. Кальций крови -1,32 – 1,9 ммоль/л. СРБ -4+. УЗИ печени, селезенки: печень – контур ровный, четкий. КВР – 160 мм. Толщина правой доли 130 мм. Толщина левой доли 60 мм. ККР 103 мм. Эхоструктура однородная. Экзогенность незначительно сниженная. Портальная вена 11-12 мм, имеет локальное расширение до 15-16 мм. Печеночные вены 8-9 мм. Селезенка: Контур ровный, четкий, размеры 180 x 78 мм, эхоструктура однородная; селезеночная вена в области ворот извита, расширена до 9-10 мм. УЗИ почек: правая – нефрэктомия сентябрь 2016 г. левая: 122x64 мм, контур ровный, четкий, паренхима 19 мм, структура умеренно диффузно неоднородная. ЭГДС: пищевод проходим, в нижней трети эрозии, желудок обычной формы, слизистая анемичная. Клинический диагноз: Осн. Наследственная по аутосомно-рецессивному типу гемолитическая анемия – акантоцитоз – синдром Бассено-Корнцвейга, α β липопротеинемия, криз. Синдром Бартерра: рефрактерная гипокальциемия, гипокальциемия рефрактерная гипотония Осл. Преренальное острое почечное повреждение, неолитическая форма (05.02.2017 г.) с восстановлением функции почек (10.03.2017), полиурическая фаза Проведено лечение: острый гемодиализ 8

сеансов, эритроцетов в/в, метипред 500 мг в/в № 5, затем преднизолон 30 мг/сут., рекормон, КСИ в/в, альфаД3, эссенциале. Достигнута положительная клинико-лабораторная динамика: нормализовались показатели креатинина, мочевины, восстановился диурез. Показатели калия, кальция оставались сниженными, как проявления синдрома Бартера, коррекция этих показателей будет продолжена в амбулаторных условиях.

## **Анализ процесса госпитализации больных по итогам работы приемного отделения городской больницы**

*Булгакова И.А.*

*Городская клиническая больница № 2, Ставрополь*

Одной из наиболее частых причин обращений больных за скорой медицинской помощью являются острая сердечно-сосудистая патология, острая хирургическая патология органов брюшной полости, травмы и политравмы. При внедрении системы стационарозаменяющей терапии возрастает роль приемного отделения. Больницы постепенно ограничивают свою деятельность лечением острых случаев, принимая только таких больных, которые нуждаются в относительно интенсивной помощи, в постановке сложного диагноза или в сложном лечении. Специалисты догоспитального этапа играют важную роль в строгом соблюдении алгоритма маршрутизации больных и выделении потоков пациентов, которые могут лечиться амбулаторно и которые нуждаются в стационарном лечении.

Цель: изучение и анализ причин отказов в госпитализации за 2015-2017 гг.

Задачи: повышение эффективности маршрутизации больных, нуждающихся в обследовании и медицинской помощи.

Результаты исследования. Анализ данных по отказам в госпитализации демонстрирует, что из общего количества больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, отказано в госпитализации 3330 пациентам (51% обратившихся). Из них по причине отсутствия показаний к госпитализации отказано 2846 пациентам (85,7% отказов), 314 (9,7%) пациентов отказались от госпитализации сами, 170 (4,6%) человек направлены в другие медицинские учреждения. По причине отсутствия мест отказов в госпитализации не было. Из общего количества больных, обратившихся в больницу самостоятельно, отказано в госпитализации 1661 пациентом (25,4%). Из них по причине отсутствия показаний к госпитализации отказано 1524 (92%) пациентам, 91 (5,5%) человек отказались от госпитализации сами, 46 (2,5%) человек направлены в другие медицинские учреждения. Из общего количества больных, направленных поликлиниками города, отказано в госпитализации 1159 пациентам (17,8%). Из них по причине отсутствия показаний к госпитализации отказано 987 (85%) пациентам, 122 (10,5%) пациентов отказались от госпитализации сами, 50 (4,5%) человек направлены в другие медицинские учреждения. Из общего количества больных, направленных другими медицинскими учреждениями, отказано в госпитализации 377 пациентам (5,8%). Из них по причине отсутствия показаний к госпитализации отказано 327 (87%) пациентам, 29 (7,4%) пациентов отказались от госпитализации сами, 21 (5,6%) человек перенаправлены в другие учреждения. Рассматривая отказы ретроспективно, можно отметить, что количество их значительно и имеет тенденцию к росту: 4873 в 2015 г., 5474 в 2016 г., 6527 в 2017 г. Подавляющее число составляют отказы по причине

отсутствия показаний – 4116 (84,4%) в 2015 г., 4786 (87,4%) в 2016 г., 5684 (87%) в 2017 г. При сравнении количества госпитализированных лиц с количеством отказов отмечается следующая тенденция: в 2015 г. – 4873 на 13512 (36%), в 2016 г. – 5474 на 13199 (41,4%), в 2017 г. – 6527 на 12556 (52%). Анализируя причины отказов в госпитализации по профилю заболеваний, обнаруживается та же тенденция, что и в общем количестве больных. Наибольшее число пациентов хирургического 2662 (40,8%) и терапевтического 1616 (24,8%) профиля. Вне зависимости от причин отказов на всех больных оформлялась амбулаторная карта, проводились необходимые обследования и консультации, по показаниям оказывалась экстренная помощь. При необходимости выполняются клинические и биохимические лабораторные исследования, рентгенография, ультразвуковая диагностика, эндоскопические исследования, ЭКГ, консультации специалистов. Нередко в приемном отделении оказывается помощь, которая могла бы и должна была бы быть оказанной в поликлинике, травматологическом пункте. 15,5% больных поступало в состоянии алкогольного опьянения, что затрудняет работу персонала. За этим стоят причины организационного и социально-экономического характера.

Выводы. Причинами высокого уровня отказов в госпитализации по причине отсутствия показаний являются: - недостаточная работа медицинских учреждений догоспитального этапа, что способствует перекладыванию диагностического процесса на стационар; - недооценка состояния пациентов и неправильная оценка профиля основного заболевания.

Заключение: для повышения эффективности лечебного процесса и повышения удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг необходима оптимизация взаимодействия медицинского персонала всех этапов оказания помощи.

## **Содержание лейкотриена В4 в сыворотке крови больных пневмонией, ассоциированной с ожирением**

*Вагина Ю.И., Победенная Г.П.*

*Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганская городская клиническая многопрофильная больница №1, Луганск*

Внебольничная пневмония (ВП) является одним из заболеваний органов дыхания с достаточно высоким риском смерти больного, особенно если она сочетается с другими заболеваниями. С учетом распространенности, пневмония достаточно часто встречается у лиц с ожирением (Ож). Взгляд на жировую ткань как на источник продукции медиаторов воспаления делает Ож одним из факторов риска тяжести пневмонии. В последнее время у пациентов с пневмонией значительное внимание уделяют роли провоспалительных эйкозаноидов и их коррекции.

Целью работы было определить содержание лейкотриена В4 (ЛТВ4) в сыворотке крови больных пневмонией, сочетанной с ожирением. Материал и методы исследования. Исследованию подлежал 71 больной в среднем возрасте ( $38,3 \pm 3,6$ ) лет, лечившихся с ВП в условиях терапевтического стационара. Среди исследованных мужчин было 32 (45%), женщин – 39 (55%). У 34 больных была диагностирована ВП, сочетанная с Ож (основная группа), у 37 пациентов была ВП без Ож (группа сравнения). В сыворотке крови всех больных определяли содержание ЛТВ4 иммуноферментным методом. Для определения

референтной нормы были обследованы 25 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты. У всех пациентов (100%), лечившихся с ВП, отмечались синдромы интоксикационный и респираторный, проявлявшийся кашлем с гнойной или слизисто-гнойной мокротой, астено-невротический – у 25 пациентов (74%) основной группы и у 21 (57%) – из группы сравнения. У пациентов основной группы содержание лейкоцитов в периферической крови было, в среднем, в 1,2 раза больше, чем у пациентов из группы сравнения. У больных основной группы содержание ЛТВ4 в сыворотке крови было в 30,5 раза выше ( $p < 0,001$ ) нормы и в 2,1 раза выше аналогичного в группе сравнения. Нормализация температуры тела у пациентов группы сравнения происходила на 3-4 сутки пребывания в стационаре, у больных основной группы – на 5-6 сутки.

Таким образом, у пациентов с ВП, ассоциированной с Ож, содержание ЛТВ4 в сыворотке крови было значительно выше, чем у пациентов без Ож, что на наш взгляд, способствовало более торпидному клиническому течению основного заболевания и нуждалось в коррекции.

## **Проблемы применения опиоидов в терапии пациентов неонкологического профиля с хроническим болевым синдромом**

*Введенская Е.С., Палехов А.В.*

*Городская клиническая больница №30; Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Нижний Новгород; Ставрополь*

Принятые в последнее время законы и подзаконные акты, касающиеся применения опиоидных анальгетиков (ОА), дают возможность значительно улучшить качество обезболивания пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом. Минздрав РФ обращает внимание врачей на то, что ОА должны назначаться при наличии показаний и пациентам неонкологического профиля (ПНП). Применение ОА у ПНП является сложным вопросом, вызывает дискуссии и заставляет задуматься клиницистов и ученых во всех странах мира. Основным показанием к назначению ОА ПНП является интенсивная боль, которая значительно снижает функциональные возможности и качество жизни пациента. Но назначение ОА будет обоснованным только при наличии следующих условий: недостаточной эффективности анальгезии применяемыми в адекватном режиме неопиоидными анальгетиками при проведении в полном объеме патогенетически обоснованной терапии основного заболевания, или в период подготовки к вмешательству, которое может изменить течение основного заболевания; наличии противопоказаний к применению или непереносимости неопиоидных анальгетиков; недостаточной эффективности или невозможности применения малоинвазивных и других альтернативных методов обезболивания. Сегодня в России ОА представлены достаточным количеством препаратов, и выбор оптимального зависит от ряда факторов: лекарственная форма препарата; планируемый способ применения, характеристики лекарственного средства; дозировки, в которых возможно использовать препарат; планируемая продолжительность применения. Преимущество должно отдаваться неинвазивным лекарственным формам ОА пролонгированного действия. При применении пролонгированных лекарственных

форм ОА не создается «пиков» концентрации препарата в крови, и, следовательно, медленнее формируется опиоидная толерантность, приводящая к необходимости повышения анальгетических доз и росту нежелательных побочных эффектов. В то же время создание «пиков» концентрации происходит при применении любой (в том числе и неинвазивной) короткодействующей лекарственной формы, а ОА с быстрым началом действия обладают большим наркотическим потенциалом. Следствием нарастающей опиоидной толерантности может стать полная неэффективность ОА и развитие гипералгезии, что затрудняет дальнейшее достижение полноценного обезболивания и является одной из наиболее актуальных проблем мировой медицины и науки о боли на современном этапе. Основными принципами, определяющими выбор ОА для проведения обезболивающей терапии ПНП, следует считать: выбор пролонгированных и неинвазивных лекарственных форм; средств с минимальным наркотическим потенциалом; использование низких доз; кратковременных курсов применения ОА; использование ОА в составе мультимодальной терапии боли. Риск развития побочных эффектов ОА значительно увеличивается при повышении дозы. Существует значительный риск развития токсических осложнений и передозировки ОА даже при относительно низкой ежедневной дозе, особенно у пациентов, которые имеют неблагоприятные социальные и демографические факторы, сопутствующие заболевания и зависимость от депрессантов ЦНС или других веществ. Очень важно, чтобы пациент был информирован обо всех рисках и возможных побочных эффектах применения ОА, в том числе и о возможности развития опиоидной зависимости, а также готов принимать препараты, строго соблюдая назначения врача; совместно с врачом проводить тщательный мониторинг различных параметров своего состояния на фоне приема ОА. Чтобы понять, следует ли ПНП назначить ОА, необходима тщательная оценка всех возможных рисков, в том числе, возможности злоупотребления ОА, оценка баланса «пользы» и «вреда». В каждом случае нужно индивидуально согласовывать и обсуждать с пациентом цели назначения и ожидаемые результаты. Попытка использования ОА должна проводиться только после того, как были использованы другие методы лечения, доказавшие свою эффективность, например, трициклические антидепрессанты и противосудорожные средства при нейропатической боли. Врачу следует тщательно анализировать ситуацию и следить не только за качеством проводимой терапии, но и за появлением признаков, свидетельствующих о формировании опиоидной зависимости. Терапия опиоидами всегда была и должна всегда оставаться лечением, строго регламентированным юридическими рамками из-за риска развития зависимого поведения.

## **Эндоскопическая и морфологическая характеристика гастрита в этнических популяциях детей региона с высокой заболеваемостью раком желудка**

*Вшивков В.А., Поливанова Т.В., Перетяцько О.В.*

*Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН» – Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск*

Согласно «каскаду Корреа» слизистая оболочка желудка проходит ряд изменений до момента формирования состояний, классифицируемых современной наукой как предраковые. В детском возрасте, вероятно, присутствуют первоначальные этапы патологического процесса. Это

относится к формированию и прогрессированию воспалительных изменений в слизистой желудка.

Цель. Оценить эндоскопическую и морфологическую характеристику гастрита у детей школьного возраста на территории с высокой заболеваемостью раком желудка среди взрослого населения.

Материал и методы. В Республике Тыва (г. Туран, 2017 год) клинически обследованы дети коренного (тувинцы-монголоиды – 336 детей) и пришлого населения (европеоиды – 135 детей). Возраст детей составил от 7 до 17 лет. Из них 69 коренным детям (тувинцы-монголоиды) и 34 пришлым (европеоиды) с синдромом неисследованной диспепсии проведена гастроскопия с забором биопсий из слизистой антрального отдела и тела желудка. Морфологическая оценка гастрита осуществлялась по Сиднейской классификации, после окраски гематоксилин-эозином. Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью критерия  $\chi^2$ . Статистическая значимость различий признаков оценивалась при  $p < 0,05$ .

Результаты. Эндоскопически у всех детей был диагностирован гастрит, который в 89,9% у тувинцев и в 55,8% у европеоидов был единственной основной патологией ( $p < 0,01$ ). В остальных случаях гастрит сочетался с дуоденитом и язвенной болезнью. У 32,8% тувинцев и 40,6% европеоидов ( $p > 0,05$ ) процесс был диффузный. Антральный гастрит имели 46,3% тувинцев и 37,5% европеоидов ( $p > 0,05$ ); гастрит тела – 20,9% и 21,9% соответственно ( $p > 0,05$ ). Морфологически воспалительные изменения в слизистой отмечены в 96,6% в антральном отделе и в 95,5% в теле желудка. Этнических различий в активности гастрита в антральном отделе и теле желудка у школьников не выявлено. Однако у тувинцев имелись различия показателей активности между отделами желудка (II-III степень активности в антральном отделе – 49,1%, в теле – 35,1%;  $p < 0,05$ ). У европеоидов значимых различий показателей активности гастрита в зависимости от топографии не отмечено. Достаточно высокую активность гастрита в антральном отделе с медленным прогрессированием на тело желудка, очевидно, можно рассматривать особенностью течения патологического процесса у коренных детей, которая лежит в основе увеличения некардиального рака желудка среди тувинцев. Подтверждают это и данные о наличии у двух детей-тувинцев метапластического процесса в слизистой.

Выводы. Эндоскопический метод является информативным методом в диагностике гастрита. Результаты свидетельствуют о своеобразии течения воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка у тувинцев, которое заключается в более локальном поражении антрального отдела желудка и может являться одной из патофизиологических особенностей течения гастрита, приводящих к увеличению предраковых состояний среди взрослых коренных жителей региона.

## Состояние коронарных артерий у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда в разные сезоны года

Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Година З.Н., Тханг Н.В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Цель и задачи работы. Оценить изменения коронарных артерий у мужчин моложе при инфаркте миокарда (ИМ) с учетом клинических особенностей и сезонов года.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования 59 мужчин 19-60 лет (средний –  $52,9 \pm 7,8$  лет), жителей Санкт-Петербурга, получавших стационарное лечение по поводу ИМ в 2005-2015 гг. У 61% пациентов отмечали осложненный ИМ. Q-ИМ наблюдали в 63% случаев. Передние ИМ – у 41%; нижние – у 51%. Повторный ИМ зарегистрирован у 32% больных, рецидивирующий – у 14%. За период наблюдения умерли 30 пациентов (5,3%). Селективную коронарографию выполнили на аппаратах Philips Allura Xper FD20 с программой QCA Philips Medical systems (Голландия). По шкале SYNTAX локальными поражениями артерий признавали одиночные стенозы длиной менее 20 мм. При стенозах длиной более 20 мм и диффузных сужениях их считали протяженными. Для оценки также использовали средние значения максимальных уровней стенозов, выявленных при коронарографии. Сведения о состоянии коронарных артерий у умерших подтверждены при аутопсии. Сезонные изменения определяли, разделяя случаи по климатическим периодам на основании значений среднесуточной температуры воздуха на метеостанции Санкт-Петербурга. Показатели в парных группах сравнивали по критерию Хи-квадрат; в трех и более группах – Краскела-Уолеса с апостериорным критерием. Для оценки данных также применяли анализ временных рядов.

Результаты. Отличий по сравниваемым показателям в группах больных до 45 лет и 46-60 лет не получено. Большая часть мужчин моложе 60 лет имела три и более сосудистых поражений (52,6%), более половины из которых оказались протяженными. Выявлены тенденции к нарастанию протяженности поражения с возрастом пациентов, при проникающих (49 и 41%), повторных (58 и 47%), осложненных (61 и 39%) случаях, передних (54%) и смешанных (60%) локализациях и неблагоприятных исходах (59 и 54%). Наибольшие частоты полных окклюзий коронарных артерий отмечены в группах умерших пациентов (95 и 17%;  $p < 0,05$ ), при рецидивирующих (63%), осложненных (64 и 9%;  $p < 0,05$ ) и проникающих ИМ (68 и 24%;  $p < 0,05$ ). Максимальные значения стенозов венечных сосудов выявлены при неблагоприятных исходах ( $99,1 \pm 4,4\%$ ), рецидивирующих ( $94,4 \pm 8,5\%$ ), осложненных ( $95,2 \pm 8,5\%$ ) поражениях. При сравнении ангиографических данных по формам течения заболевания обнаружено, что большие уровни стенозов характерны для неангинозных форм ( $95,8 \pm 8,6\%$ ), чем для смешанных ( $90,0 \pm 14,1\%$ ) и ангинозных вариантов ( $87,3 \pm 11,8\%$ ,  $p < 0,05$ ), а значимых отличий по числу пораженных ветвей и протяженности поражения не получено. Большие частоты полных окклюзий коронарных артерий обнаружены в весенний (59%) и зимний (57%) периоды, а меньшие – в летний (21%;  $p < 0,05$ ). Большие величины окклюзий также отмечены в зимний ( $94,7 \pm 6,8\%$ ) и весенний ( $89,7 \pm 12,6\%$ ) периоды. Отмечена тенденция к наибольшей частоте выявления многососудистых (71%) и протяженных (64%) поражений венечных артерий в зимний период. Тенденция к большей частоте однососудистых (29%) поражений отмечена в весенний период, а локальных (58%) – в осенний. При анализе максимальных уровней стенозов методом временных рядов выявлен умеренный отрицательный тренд ( $-0,388$ ;  $R^2 = 41,2\%$ ;  $p < 0,001$ ; оценка сезонности: зима: 3,9%; весна: – 1,2%; лето: – 2,9%; осень: 0,7%;  $R^2 = 45,1\%$ ;  $p < 0,001$ ), что отражает позитивные тенденции в отношении профилактики ИМ и свидетельствует о больших значениях зимой и осенью и меньших – летом и весной. В группе умерших отмечали большие значения максимальных уровней окклюзии (во все периоды года), большую долю полных окклюзий (особенно весной (100%)), протяженных (80%) и многососудистых (100%) поражений осенью. Следует отметить, что морфологические признаки некроза миокарда различной давности обнаруживали у

всех умерших, но только в 27,3% случаев дополнительно выявлены атеросклеротические поражения венечных артерий на стадии фиброзных бляшек.

Выводы. Протяженные и многососудистые (три и более) поражения артерий сердца выявляются у половины мужчин в возрасте до 60 лет при инфаркте миокарда. Наибольшая частота инфаркт-связанной полной окклюзии наблюдается в весенний период, а минимальная – в летний. Более выраженные изменения артерий сердца характерны для инфарктов миокарда с зубцом Q, осложненных, рецидивирующих поражений и для группы умерших.

## Факторы, влияющие на приверженность терапии у больных, перенесших инфаркт миокарда

*Доцанников Д.А., Кулешова В.В., Новикова Р.А., Тянутов М.Ю.*

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород*

Цель. Выявить факторы, влияющие на приверженность терапии у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы. В исследование включили результаты анкетирования 623 больных, через 3 мес. после стационарного лечения по поводу инфаркта миокарда. Приверженность к терапии оценивалась с помощью специализированного опросника Мориски-Грина. Также дополнительно оценивались: возраст, пол, семейное положение, привычные интоксикации, наличие сопутствующих заболеваний. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов статистических программ Statistica 6.0. Для каждой из непрерывных величин приведены: среднее (M) и стандартное отклонение (SD). Для сравнения количественных признаков применялся однофакторный дисперсионный анализ, для сравнения долей использовался критерий z. Уровнем статистической значимости было принято считать  $p < 0,05$ .

Результаты. Приверженность терапии в исследуемой когорте составила  $2,9 \pm 0,4$  балла по опроснику Мориски-Грина. Для выявления факторов, оказывающих влияние на приверженность терапии, пациенты были разделены на 2 группы. Группа 1 включила 288 больных с высокой приверженностью к терапии (4 балла по опроснику Мориски-Грина), группа 2 включила 335 больных с низкой приверженностью к лечению (3 и менее баллов по опроснику Мориски-Грина). Средний возраст был выше в группе 2 ( $65,1 \pm 8,2$  лет против  $63,4 \pm 7,7$  лет;  $p = 0,008$ ). В группе 1 значимо преобладали женщины (66% против 57%;  $z = 2,22$ ,  $p = 0,027$ ). Лица, состоящие в браке, также чаще наблюдались в группе 1 (74,7% против 70,1%;  $z = 1,19$ ,  $p = 0,23$ ). Привычные интоксикации (алкоголь, никотин) чаще выявлялись в группе 2 (22,4% против 14,9%;  $z = 2,28$ ,  $p = 0,023$ ). Из сопутствующих заболеваний в группе 1 превалировали сахарный диабет (24% против 15,5%;  $z = 2,57$ ,  $p = 0,01$ ) и хроническая болезнь почек (11,1% против 9,6%;  $z = 0,48$ ,  $p = 0,63$ ). В группе 2 чаще наблюдались ХОБЛ (18,8% против 16%;  $z = 0,81$ ,  $p = 0,42$ ), и заболевания органов ЖКТ (27,8% против 25,3%;  $z = 0,61$ ,  $p = 0,54$ ).

Выводы. Факторами, повышающими приверженность терапии у больных, перенесших инфаркт миокарда, через 3 мес. после стационарного лечения, являются женский пол и наличие сахарного диабета. К факторам, снижающим приверженность терапии, относится более пожилой возраст и наличие привычных интоксикаций.

## Выбор дозы бисопролола у пациентов, перенесших инфаркт миокарда

*Замахина О.В., Бунова С.С., Николаев Н.А.*

*Омский государственный медицинский университет, Омск*

Цель. Разработать формулу для расчета стартовой дозы бисопролола у пациентов со стабильной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), при недостижении целевой ЧСС 55-60 в 1 минуту на приеме.

Материал и методы. Объект исследования: 107 пациентов со стенокардией напряжения, перенесших ИМ и принимающих бисопролол, в возрасте  $54,7 \pm 6,2$  года.

Методы исследования: ЭХО КГ, 5-минутная ВСП, тест с 6-минутной ходьбой. 1 группа – 46 пациентов с ЧСС 60 в 1 мин. и менее, 2 группа – 61 пациент с ЧСС более 60 в 1 мин. Группы были сопоставимы по полу ( $p = 0,24$ ), возрасту ( $p = 0,26$ ) и дозам бисопролола ( $p = 0,9$ ). Анализ полученных данных проводился в программе STATISTICA 6.0. Уровень значимости ( $p$ ) принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Построено уравнение регрессии –  $y = e0,666 * x1 + 0,003 * x2 - 0,435 * x3 + 0,495 * x4 - 0,0004 * x5 - 0,008 * x6 + 0,661 * x7 + 0,124 * x8 - 0,595 * x9 + 0,672 * x10$ , где  $y$  – % от максимальной дозы бисопролола;  $e$  – основание натурального логарифма;  $x1$  – ФК стенокардии;  $x2$  – ходьба за 6 минут в м;  $x3$  – размер левого предсердия в см;  $x4$  – размер правого желудочка в см.;  $x5$  – TP, мс2 в фоновой пробе (ф.п.) ВСП;  $x6$  – разница значений RMSSD в ф. п. и ортостатической пробе (о.п.) ВСП;  $x7$  – стентирование коронарных артерий в анамнезе;  $x8$  – ИИ2/ИИ1 в ф. и о. п. ВСП;  $x9$  – избыточная масса тела;  $x10$  – отеки в анамнезе.

Закключение. Большая доза бисопролола необходима пациентам с более высоким ФК стенокардии, с меньшими проявлениями ХСН, с большими размерами правого желудочка, отсутствием стентирования коронарных артерий в анамнезе, с высоким ИИ2/ИИ1 в ф. и о. п. 5-минутной ВСП и отсутствием отеков в анамнезе. Уменьшают дозу увеличение размеров левого предсердия в см, увеличение общей мощности спектра в ф. п. ВСП, увеличение разницы значений RMSSD в ф. и о. п. ВСП, отсутствие избыточной массы тела.

## Опыт применения международной классификации функционирования в оценке клинической эффективности 2 этапа реабилитации пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения

*Казакова Л.П., Никулина Г.П., Бабий В.В., Почтовая С.В.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2, Ставрополь*

Международная классификация функционирования является одним из международных стандартов для оценки качества жизни, оказываемых медицинских услуг и эффективности реабилитации пациентов. МКФ является классификацией составляющих здоровья, позволяющей объективно определить состояние здоровья пациентов и оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий. МКФ дает возможность на уровне организма, личности и общества довольно точно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности, что в последующем

позволит обосновать необходимость и объем реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: оценка эффективности медицинской реабилитации на основе МКФ у пациентов с последствиями ишемического и геморрагического инсультов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 526 больных в раннем восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Пациенты, перенесшие инсульт головного мозга, в свою очередь, были разделены на 2 группы: 18 человек, перенесших геморрагический инсульт головного мозга и 508 человек, перенесших ишемический инсульт головного мозга. Средний возраст пациентов составил  $61,7 \pm 3,6$  лет. Все пациенты, с учетом специфики поражения структур центральной нервной системы и характерными проявлениями, получали патогенетическую медикаментозную терапию, физиотерапию, индивидуальную и групповую лечебную гимнастику, механотерапию, массаж, рефлексотерапию, психологическую коррекцию, занятия с логопедом. Реабилитационный диагноз формировался с использованием доменов МКФ и отражал основные нарушения и ограничения, явившиеся следствием заболевания.

Анализ наиболее распространенных проблем пациентов с инсультом показал, что чаще всего наблюдались симптомы, характеризующиеся кодами b7302 (сила мышц одной стороны тела) и b7352 (тонус мышц одной стороны тела) – 74%, второй по частоте была дизартрия (b320) – 37%. Нарушения регуляции АД (b420), сердечного ритма (b410) и снижение толерантности к физической нагрузке (b455) отмечались чаще у коморбидных больных (ишемическая болезнь сердца и хроническая обструктивная болезнь легких). Изменения со стороны умственных функций (b1), чувствительные нарушения (b2), функции эмоций (b152) и синдром хронической боли (b2801 и b28010) одинаково часто в 10-12% случаев. Полученные данные позволяют прогнозировать загруженность специалистов реабилитационной бригады и востребованность реабилитационных технологий. После проведенного лечения индекс мобильности Ривермид повышался до 12-14 баллов, что соответствовало частичному восстановлению мобильности и уменьшению степени афазии. Показатель шкалы Рэнкен в процессе реабилитации варьировал в диапазоне 3 баллов. У пациентов, перенесших ишемический инсульт, после проведенного курса комплексной реабилитации было отмечено улучшение умственных функций на 39,8%, функции голоса и речи – на 27,8%, функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем – на 13,5%; нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением улучшились на 14,1%. У пациентов, перенесших геморрагический инсульт, было отмечено также улучшение умственных функций на 42,1%; функции голоса и речи – на 29,6%; функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы улучшились на 12,3%; нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением, улучшились на 11,3%.

Выводы. При оценке эффективности реабилитации на основе МКФ у пациентов с поражениями ЦНС было выявлено, что наибольшая динамика достигнута в восстановлении умственных функций, функций, связанных с аппаратом движения (нейромышечные, скелетные), сердечно-сосудистой системы и функций голоса и речи. Использование отдельных шкал не позволяет провести системный анализ состояния здоровья пациента, определить краткосрочную и долгосрочную цель медицинской реабилитации. Перемещая акцент с причины на воздействие, МКФ помещает все состояния здоровья на равную основу так, что они сравниваются по общей шкале – шкале здоровья и ограничений жизнедеятельности.

## **Некоторые особенности гормонально-метаболического профиля у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией при наличии и отсутствии ожирения**

*Каратаева О.В., Панова Е.И., Ковалева А.О.*

*Медико-санитарная часть МВД России по Нижегородской области, Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

Цель: оценить гормонально-метаболический статус у мужчин трудоспособного возраста в зависимости от массы тела.

Материалы и методы: обследовано 79 мужчин трудоспособного возраста (средний возраст- 46,4 $\pm$ 7,5 лет) с артериальной гипертензией (АГ) II-III стадии. Обследование, помимо общеклинического с оценкой антропометрических показателей (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), коэффициент ОТ/ОБ), включило оценку метаболических показателей (липидограмма, гликемия натощак), а также гормонального профиля (инсулин с расчетом НОМА-коэффициента инсулинорезистентности (ИР), адипонектина (А)). Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы STATISTICA 6.0 с использованием непараметрических методов.

Результаты: в зависимости от ИМТ пациенты были разделены на 2 группы: 1 – с ожирением (ОЖ)-ИМТ $\geq$ 30 кг/м<sup>2</sup> (50 чел.) и 2 – лица с нормальной (<30 кг/м<sup>2</sup>) массой тела (29 чел.) Значимые различия ( $p < 0,05$ ) в двух группах касались инсулинемии и ИР, при этом не регистрировалось существенных различий в показателях метаболизма и А, хотя наблюдалась тенденция к гипертриглицеридемии (ТГ) в первой группе – 2,1 [1,4;2,7] и 1,4 [1;2] ммоль/л во второй группе,  $p=0,07$ . При сравнении пациентов в ОЖ в зависимости от типа – метаболически осложненное ОЖ (МОО) – группа А и метаболически здоровое ОЖ (МЗО), группа Б, нами выявлены существенные различия. Так, группа А отличалась пониженным содержанием адипонектина – 13,2 [7,9;15,8] и 7,7 [5,5;11,8] мкг/мл,  $p=0,01$ ; неблагоприятными показателями липидограммы (ТГ 1,2 [0,9;1,4] и 1,3 [1,1;1,3] ммоль/л,  $p=0,004$ ; ХсЛПВП-1,3 [1,35;1,5] и 1,5 [1,1;1,3],  $p=0,004$ ; гликемии-5,6 [5,2;6,5] и 5,2 [4,7;5,3] ммоль/л,  $p=0,006$ ; ИР-  $p=0,02$ . Сравнение изучаемых показателей в группах больных с МЗО (группа С) и с нормальной массой тела (группа Д) позволило, при прочих сопоставимых показателях, выявить наличие ИР у пациентов с МЗО. Так, инсулинемия в группах составила соответственно 15,6 [11,4;17,9] и 6,9 [3,9;11,3] мкме/мл,  $p=0,005$ ; НОМА-коэффициент-3,83 [2,41;4,0] и 1,73 [1,05;3,01] Ед,  $p=0,01$ . Корреляционный анализ показал связь пониженной секреции А с липидограммой, коэффициентом атерогенности (КА) –  $p < 0,05$ .

Выводы: в развитии неблагоприятных метаболических нарушений, свидетельствующих об активном атерогенезе, значимую роль играет не столько факт наличия ОЖ, сколько его тип-МОО, характеризующийся пониженной секрецией антиатерогенного адипоцитокина-А, обратно коррелирующего с липидемией и КА. В то же время и при МЗО мы выявили гиперинсулинемию и ИР, что можно рассматривать как фактор повышенного риска атерогенеза.

## Снижение функции щитовидной железы, как фактор риска прогрессирования атеросклероза у пожилых пациентов. Фокус на раннюю диагностику в первичном звене

Классова А.Т., Агранович Н.В.

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь

Гипотиреоз является одним из самых распространенных заболеваний щитовидной железы у лиц пожилого и старческого возраста. Вместе с тем, часто пациенты с гипотиреозом не предъявляют никаких жалоб. «Типичные» симптомы гипотиреоза выявляются только у 25-50% пожилых людей. Прогрессирование гипотиреоза у лиц преклонного возраста приводит к развитию неспецифической, либо крайне стертой и моносимптомной симптоматики, что затрудняет своевременное выявление этого состояния и приводит к постановке ошибочного диагноза. Сниженная функция щитовидной железы является причиной развития функциональных нарушений всех органов и систем. Нарушается работа желудочно-кишечного тракта: возникают запоры, которые сопровождаются метеоризмом, гепатомегалией, тошнотой, дискинезией желчевыводящих путей, снижением аппетита. Часто пациенты жалуются на болезненность мышц и суставов при отсутствии видимых причин. Возникшие нарушения в функциональной деятельности мозжечка провоцируют появление шаткой походки и нарушение равновесия, снижение памяти, концентрации внимания, интеллектуальных способностей, познавательной активности. Часто возникают депрессивное состояние, нарушение сна, тоска, потеря интереса к жизни, в тяжелых случаях – бред, галлюцинации. Снижение синтеза тиреоидных гормонов оказывает серьезное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы: уменьшение общего объема крови, нарушение активности миокарда, появление брадикардии, артериальной гипертензии, перикардита, развитию сердечной недостаточности. По мере снижения функциональной активности щитовидной железы происходит изменение липидного обмена: повышение уровня холестерина, ЛНП, ЛОНП и бета-липопротеидов, которые играют основную роль в развитии и прогрессировании атеросклеротических процессов. Нередко при обращении пожилого пациента к врачу подобные жалобы ошибочно расцениваются как естественный процесс старения, и гиподисфункция щитовидной железы не распознается, что значительно увеличивает риск развития кардиальных осложнений у пожилых людей. В связи с этим, если при обращении к участковому терапевту при наличии подобных симптомов, и/или наличия какого-либо заболевания щитовидной железы в анамнезе, прием лекарств, которые могут провоцировать развитие гипотиреоза необходимо провести определение уровня ТТГ в сыворотке крови. Поводом для исследования функции щитовидной железы так же могут стать наличие запоров, резистентных к обычному лечению, кардиомиопатии, анемии неясного генеза, деменции у пожилого больного.

## Рентгеноконтрастная нефропатия в амбулаторной практике

Кнышова С.А., Агранович Н.В.

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь

С развитием высокоточных методов диагностики в начале XXI века значительно увеличилось применение рентгеноконтрастных средств

(РКС) при проведении урографии, ангиографии, компьютерной томографии и операционных процедур. Ежегодно в мире используется около 60 миллионов доз РКС. Увеличение объема контраста, вводимого при одной процедуре, количества пациентов с наличием факторов риска развития поражения почек обуславливает значительный прирост новых случаев контраст-индуцированной нефропатии (КИН). По данным крупных эпидемиологических исследований, на долю КИН приходится 12-14,5% всех случаев острой почечной недостаточности (ОПН). Летальность, обусловленная ОПН, также остается высокой и достигает 30% наблюдений. КИН относится к ятрогенному острому повреждению почек (ОПП), возникающему после внутрисосудистого введения йодсодержащего РКС, при исключении других альтернативных причин. КИН диагностируется при наличии одного из критериев: • прирост креатинина сыворотки на  $\geq 26,5$  мкмоль/л от исходного уровня в течение 48 часов или • повышение уровня креатинина плазмы в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем в течение недели до исследования. Факторы риска КИН: – возраст более 75 лет, – заболевание почек в анамнезе (альбуминурия/протеинурия, стойкие изменения в осадке мочи, изменения почек при визуализирующих методах исследования, стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, – трансплантация почки, единственная почка, рак почки, операции на почке, – сахарный диабет, – известное или подозреваемое ОПП, – гиповолемия, дегидратация, нестабильная гемодинамика, гипотензия, шок, – хроническая сердечная недостаточность (NYHA класс 3-4), низкая фракция выброса левого желудочка, – острый инфаркт миокарда ( $< 24$  ч), – множественная миелома, – анемия, – конкурирующее применение нефротоксических препаратов, – большой объем РКС, – повторное введение йодсодержащего РКС за короткий промежуток времени – менее 24 часов (за исключением экстренных ситуаций) или многократное применение в течение нескольких дней, – внутриартериальное введение РКС в сравнении с внутривенным, – применение высоко-осмолярных РКС, – осложнения при предыдущем применении РКС.

Целью собственного исследования являлась оценка распространенности РКН в амбулаторной практике.

Материалы и методы: в течение 2016-2017 гг. проанализированы результаты обращения 30 пациентов возраста 32-81 года к нефрологу Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра, которым была проведена мультиспиральная компьютерная томография почек и мочевыводящих путей по стандартной методике с использованием контраста Iodixanol. 14 (46,7%) из обследованных имели сахарный диабет 2 типа, 12 (40%) были старше 75 лет, у 10 (33,3%) выявлена ХСН 3 класса NYHA, у 25 (83,3%) – хроническая почечная патология.

Результаты: у 7 (23,3%) обследованных выявлены признаки обратимой РКН, а у 2 (6,7%) в течение года отмечено ухудшение почечной функции, связанное с РКН (СКФ снизилась от 60 до 34-45 мл/мин). Клинические рекомендации в качестве профилактики КИН советуют отменить прием потенциально нефротоксичных препаратов за 1-2 дня перед процедурой исследования с РКС. У пациентов высокого риска повторное определение уровня креатинина проводится через 48 и 72 часа после рентгеноконтрастного исследования. Пациентам с сахарным диабетом, принимающим метформин, лечение метформином должно быть временно прекращено при СКФ 30-44 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> на период проведения рентгеноконтрастного исследования сроком на 48 часов. У пациентов с факторами риска развития КИН рекомендуется использовать изо-осмолярные (Iodixanol) или гипо-осмолярные (Iopamidol) йодсодержащие РКС. У пациентов с низким риском КИН рекомендуется использовать

пероральный путь гидратации. У пациентов с повышенным риском КИН рекомендуется адекватное внутривенное восполнение объема 0,9% физиологическим раствором хлорида натрия со скоростью 1,0-1,5 мл/кг/ч в течение 6-12 часов до и после процедуры. Применение N-ацетилцистеина в сочетании с пероральным введением жидкости эффективно у пациентов с относительно низким риском КИН.

Выводы. РКН в амбулаторной практике встречается у каждого пятого, получавшего РКС, что требует дальнейшего изучения влияния РКС на функцию почек у данной категории пациентов.

## Профилактика развития эндокринной офтальмопатии

*Коровина И.В., Маркова А.С.*

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь*

Эндокринная офтальмопатия (тироид-ассоциированная орбитопатия, офтальмопатия Грейвса, сокращенно ЭОП) – аутоиммунный процесс, часто сочетающийся с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), поражающий орбитальные и периорбитальные ткани и приводящий к их дистрофическим изменениям. ЭОП встречается в 80% случаев диффузного токсического зоба, чаще в молодом возрасте. Частота встречаемости ЭОП у женщин выше, чем у мужчин в 2-5 раз. Цель: оценить возможности профилактических мероприятий в развитии ЭОП.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК ГКБ №3 и ГБУЗ ГКП №1 г. Ставрополя. Под наблюдением находилось 46 человек. Из них было 38 женщин, что составило 83% и 8 мужчин – 17% с верифицированным диагнозом ЭОП. Возраст больных составил  $48 \pm 6,5$  лет. Всем пациентам проведено обследование: осмотр, определение уровня ТТГ, свободного тироксина (св. Т4), свободного трийодтиронина (св. Т3), антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, УЗИ ЩЖ, консультация окулиста, общеклинические исследования. Больные в 100% случаев получали лечение по поводу гипертиреоза (тиреотоксикоза) легкой и средней степени тяжести. Все больные были поделены на 2 группы по 23 человека, в каждую группу входило 19 женщин и 4 мужчин. Лечение проводилось амбулаторно тиреостатиками (тиамазол или пропилурацил) длительно (12-18 месяцев) под контролем общего анализа крови (лейкоциты, тромбоциты) и уровня тиреоидных гормонов. Доза тиреостатиков начиналась от 30 мг/сут. с последующим снижением. Контроль тиреоидных гормонов и ТТГ проводился один раз в 3 месяца. Кроме тиреостатической терапии, всем пациентам были назначены глюкокортикоидные препараты. Преднизолон внутрь после еды 20 мг/сут. первой группе пациентов и 40 мг/сут. второй группе пациентов. Доза преднизолона снижалась постепенно в каждой группе на 2,5 мг в неделю. Пульс – терапия метилпреднизолоном по протяженной схеме в виде еженедельных инфузий в течение 3–4 месяцев не проводилась, так как ЭОП у всех больных была средней степени тяжести. Всем пациентам рекомендовано было использовать местные препараты, защищающие роговицу (тауфон, баларпан, корнелегель и др.). Клиника ЭОП оценивалась эндокринологом и окулистом по основным симптомам: экзофтальму, поражению экстраокулярных мышц и поражению диска зрительного нерва и роговицы. Для этого проводилась визуализация орбит при помощи эхографии (УЗИ), компьютерной и магнитно-резонансной томографии на базе клиники микрохирургии глаза СтГМУ.

Результаты: критериями эффективности лечения явилось достижение компенсации и субкомпенсации ЭОП на фоне лечения тиреотоксикоза у всех больных. Так, у второй группы больных, получающих первоначально лечение преднизолоном в дозе 40 мг/сут. регрессия симптомов ЭОП была достигнута в течение 6 месяцев у всех пациентов. В первой группе у 3 пациентов регрессии симптомов ЭОП достигнуть не удалось, что потребовало продления лечения глюкокортикоидами в дозе 20 мг/сут. в течение 2 месяцев с последующим снижением дозы и проведением этим больным 3 сеансов плазмафереза. Выводы. Так как нелеченная, декомпенсированная ЭОП представляет угрозу потери зрения пациентом, необходимо начинать лечение глюкокортикоидными препаратами на ранних стадиях развития ЭОП.

## Качество компенсации пациентов с первичным гипотиреозом, имеющих нормальную массу тела или ожирение

*Коровина И.В., Маркова А.С.*

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь*

Первичный гипотиреоз – наиболее распространенный вид гипотиреоза (встречается в 95% всех случаев гипотиреоза). Распространенность клинически выраженного первичного гипотиреоза в популяции составляет 0,2-2%, при этом у женщин частота встречаемости первичного гипотиреоза достигает 10%, у мужчин около 3%. Основными клиническими симптомами гипотиреоза являются: увеличение веса, повышение уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов (т.е. раннее развитие атеросклероза), микседематозные отеки, желтушность кожных покровов, ломкость и выпадение волос, запоры, снижение памяти и т.д.

Цель: оценить качество компенсации заболевания, выраженность симптомов у пациентов с первичным гипотиреозом с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГБУЗ СК ГКБ №3 и ГБУЗ ГКП №1 г. Ставрополя. Под наблюдением находилось 57 человек. Из них было 50 женщин, что составило 88% и 7 мужчин – 12% с верифицированным диагнозом первичного гипотиреоза в возрасте  $55 \pm 6,3$  лет и длительностью заболевания от 6 месяцев до 1 года. Все пациенты получали заместительную терапию левотироксином (L-T4) в дозе 1,6–1,8 мкг на килограмм идеальной массы тела с последующей титрацией дозы под контролем уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Расчет на фактическую массу тела у пациентов с ожирением приводил к передозировке L-T4. Доза L-T4 не менялась на протяжении 3 месяцев. Критериями исключения из исследования служили тяжелая сопутствующая соматическая патология и пациенты, принимающие препараты, снижающие клиренс L-T4 (препараты кальция, железа, алюминия и т.д.). Всем пациентам проведено обследование: осмотр с измерением роста, веса и последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ), определение уровня ТТГ, свободного тироксина (св. Т4), свободного трийодтиронина (св. Т3), оценка выраженности симптомов гипотиреоза (модифицированная версия опросника Thyroid Symptom Questionnaire, TSQ). Больные были разделены на группы в зависимости от ИМТ: с нормальной массой тела ( $18-24,9$  кг/м<sup>2</sup>), избыточной ( $25-29,9$  кг/м<sup>2</sup>), ожирением I степени ( $30-34,9$  кг/м<sup>2</sup>) и ожирением II-III степени ( $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup>). Также проводился расчет идеальной массы тела (ИдМТ) по формуле Devine: для мужчин

ИдМТ=  $50+2,3 \times (0,394 \times \text{рост} - 60)$ ; для женщин ИдМТ =  $45,5 + 2,3 \times (0,394 \times \text{рост} - 60)$ , где ИдМТ рассчитывалась в килограммах, а рост учитывался в сантиметрах. Статистический анализ проводился с помощью статистического пакета программы Statistica 13. Так среди всех больных с нормальной массой тела было 28 человек (49%), с избыточной массой тела – 20 человек (35%), с ожирением 9 человек (16%).

Результаты. При оценке компенсации первичного гипотиреоза, выраженности клинических симптомов у пациентов с нормальной, избыточной массой тела и ожирением разной степени значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Доза L–T4 в группе пациентов с нормальной массой тела была значимо меньше по сравнению с группой пациентов с избыточной массой тела. Доза L–T4 на 1 кг ИдМТ была значимо меньше в группе пациентов с нормальной массой тела по сравнению с избыточной массой и ожирением. Симптоматика гипотиреоза у пациентов с компенсированным гипотиреозом и ожирением почти не отличалась от показателей у пациентов с нормальной и избыточной массой тела ( $p > 0,05$ ). Однако физическая активность у пациентов с разной степенью ожирения и гипотиреозом была значительно ниже по сравнению с пациентами с нормальной массой тела ( $p < 0,05$ ). Уровень Т3 у всех пациентов с ожирением был снижен.

Выводы. Доза L–T4 чаще зависит от степени повышения ТТГ, возраста и наличия сопутствующей патологии. У пациентов с ожирением, избыточной массой тела доза L–T4 была несколько выше по сравнению с группой нормального веса ( $p > 0,05$ ). Более высокая доза L–T4 для достижения компенсации обусловлена нарушением фармакокинетики препарата, более длительным временем достижения максимальной концентрации, нарушением конверсии T4 в Т3 при выраженном ожирении.

## **Клиническая эффективность фибринолитической терапии рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой у больных острым инфарктом миокарда**

*Костокрыз В.Б.*

*Институт неотложной и восстановительной хирургии  
им. В.К. Гусака, Донецк*

Цель: оценить клиническую эффективность фибринолитической терапии рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ 40 медицинских карт стационарных больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 6 часов от начала ангинозного приступа. Всем больным на госпитальном этапе проводилась фибринолитическая терапия рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой, согласно инструкции по зарегистрированным схемам: однократным внутривенным болюсным введением 15 мг или двукратным внутривенным болюсным введением: 1-й болюс 10 мг и через 30 мин – 2-й болюс 5 мг. Всем больным на догоспитальном этапе внутривенно болюсно вводился нефракционированный гепарин 60 ЕД/кг, на госпитальном этапе лечения не позднее 30 мин после начала фибринолитической терапии всем больным в возрасте менее 75 лет подкожно вводился низкомолекулярный гепарин – эноксапарин из расчета 1 мг/кг каждые 12 час от 2 до 8 сут., в возрасте старше 75 лет – 0,75 мг/кг каждые 12 час. Все больные получали сопутствующую антитромботическую терапию. Также все больные получали стандартную

медикаментозную терапию согласно рекомендациям по показаниям:  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины, нитраты и др. Через 90 мин. после начала фибринолитической терапии у всех больных регистрировалась стандартная электрокардиограмма. Согласно фармакоинвазивной стратегии лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST в первые 2-24 часа 27 больным выполнена коронароангиография. В случаях выполнения чрескожного коронарного вмешательства подкожное введение эноксапарина прекращали. Анализировались следующие показатели: время от начала болевого синдрома до начала фибринолитической терапии (время «боль-игла»), частота реперфузии миокарда по данным электрокардиограммы (снижение сегмента ST к изолинии на 50% и более в информативных отведениях), степень восстановления коронарного кровотока по данным коронароангиографии в соответствии с классификацией TIMI, госпитальная летальность.

Полученные результаты. Средний возраст больных составил 58,4±6,2 лет. Мужчины составили 74% от общего числа больных. Среднее время «боль-игла» составило 136,4±8,4 мин. Признаки реперфузии миокарда по данным контрольной ЭКГ через 90 мин от начала ТЛТ были отмечены у 37 больных (93,5%), при этом отмечено снижение сегмента ST к изолинии более 50%. По данным коронароангиографии у 24 больных (88,9%) в инфарктсвязанной коронарной артерии визуализирован антеградный кровоток TIMI 3. В этой группе больных также отмечено снижение сегмента ST ЭКГ к изолинии более чем на 50%. У всех больных до момента регистрации контрольной ЭКГ в разные сроки отмечено купирование болевого синдрома. Госпитальная летальность – 0%.

Выводы. Применяемый на госпитальном этапе лечения больных острым инфарктом миокарда фибринолитический препарат рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы показал высокую клиническую эффективность восстановления кровотока в инфарктсвязанной коронарной артерии.

## **Особенности микроциркуляции при сочетанном течении хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа**

*Котова И.С., Победенная Г.П.*

*Луганский государственный медицинский университет  
им. Святого Луки, Луганск*

Современная медицина отмечает значительный рост распространенности коморбидных состояний, что накладывает отпечаток на течение каждого, затрудняя диагностику, снижая эффективность стандартной терапии и увеличивая риск смерти пациентов. Одним из часто встречаемых видов коморбидности является сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сахарного диабета II типа (СД). При исследовании их сосуществования было выявлено, что ХОБЛ вносит существенный вклад в формирование патологического процесса при СД. Цель работы – выявить состояние микроциркуляторного русла и морфологические показатели тромбоцитов у пациентов с ХОБЛ в ассоциации с СД II типа.

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 91 больных с обострением ХОБЛ, в т.ч. с ХОБЛ в сочетании с СД II типа средней тяжести в фазе компенсации – 43 человека (I группа), с ХОБЛ без СД – 48 пациентов (II группа). Средний возраст больных составлял (53,8±2,4) лет, срок заболевания ХОБЛ – (6,2±1,9). Мужчин было 79, женщин – 12. Диагнозы ХОБЛ и СД, степень тяжести заболеваний

и объем лечения устанавливались согласно существующим рекомендациям. Всем больным проводилось общеклиническое, биохимическое, спирометрическое и электрокардиографическое исследование. Состояние микроциркуляции было изучено методом биомикроскопии бульбарной конъюнктивы с помощью щелевой лампы ШЛ-2М в соответствии с опубликованными рекомендациями с вычислением конъюнктивальных индексов – КИ1, КИ2, КИ3 и общего конъюнктивального индекса Кобщ, который рассчитывался как сумма трех указанных индексов. Внутрисосудистая агрегация форменных элементов крови определялась путем изучения сладж-феномена по N. Knisely (1965). Параметры тромбоцитов – их средний объем MPV, PDW и P-LCR исследовались с помощью анализатора K-1000 фирмы Sysmex (Япония). Контрольную группу составили 32 практически здоровых донора того же возраста и пола.

Результаты исследования. У больных I группы в период обострения ХОБЛ при биомикроскопии бульбарной конъюнктивы наблюдалось сужение артериол и дилатация венул, уменьшение количества функционирующих капилляров с образованием в ряде случаев аваскулярных зон, неравномерность калибра, извитость и полиморфизм микрососудов, замедление кровотока и сладж-синдром 1-2 степени в венулах и артериолах, имели место периваскулярные отеки, что свидетельствовало о повышении проницаемости сосудистой стенки. Все конъюнктивальные индексы были повышенными с увеличением общего конъюнктивального индекса, который превышал референтную норму в 2,1 раза. Следовательно, у больных ХОБЛ с сопутствующим СД II типа отмечались нарушения как сосудистого, так и внутрисосудистого компонентов микроциркуляторного русла. У пациентов II группы показатели микрогемодинамики были менее выраженными. Все конъюнктивальные индексы хоть и оказались достоверно выше показателей здоровых лиц, но были ниже аналогичных у лиц I группы. Количество тромбоцитов в периферической крови пациентов всех исследованных групп было равно таковому у здоровых лиц. MPV в I группе был самым высоким: на 29,5% превысил референтную норму. Во II группе MPV был больше, чем у здоровых лиц, на 10,9% ( $p < 0,05$ ), но ниже аналогичного у пациентов I группы, на 14,4% ( $p < 0,05$ ). Показатели PDW превышали норму у всех больных, но больше всего – в I группе – в 1,4 раза от нормы ( $p < 0,05$ ). P-LCR пациентов I группы превысил условную норму в 1,5 раза, во II группе – в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ). Таким образом, у пациентов с ХОБЛ, сочетанной с СД II типа, отмечалось наиболее существенное увеличение объема тромбоцитов и количества крупных тромбоцитов по сравнению с практически здоровыми лицами и с больными ХОБЛ.

Выводы. У больных с ХОБЛ, сочетанной с СД II типа, имели место микрососудистые изменения, которые характеризовались увеличением конъюнктивальных индексов и наличием сладж-феномена по данным бульбарной биомикроскопии на фоне увеличения объема тромбоцитов и увеличения количества крупных тромбоцитов.

### **Контроль астмы с использованием визуально-аналоговой шкалы**

*Лабинцева Н.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Краснодар*

Астма относится к глобальным медико-социальным проблемам, как одно из наиболее распространенных хронических заболеваний,

являющихся тяжелым социальным и экономическим бременем общества. Своевременная диагностика и реализация комплекса мероприятий по обеспечению контроля над астмой является единственным способом уменьшения последствий ее бремени для общества. В настоящее время астма считается неизлечимым заболеванием. Между тем, разработаны эффективные способы фармакологического предупреждения и лечения обострений, так как именно обострения болезни создают прогностически неблагоприятную ситуацию. Современные международные и Российские рекомендации по диагностике и лечению астмы одной из основных целей лечения астмы считают «достижение и поддержание хорошего контроля симптомов астмы в течение длительного времени». Определение уровня контроля астмы возможно с использованием опросников. Контроль над астмой служит важнейшим маркером качества оказания медицинской помощи. Целью данной работы являлась оценка контроля астмы средней тяжести после годичного использования базисной терапии. Материалы и методы исследования. В исследование было включено 102 пациента с астмой средней тяжести в возрасте 18-22 лет. Уровень контроля бронхиальной астмы оценивался по рекомендациям GINA, 2016.

Результаты и обсуждение. Для оценки уровня контроля использовалась визуально-аналоговая шкала симптомов астмы (ВАШ), заполняемая пациентами самостоятельно. Она содержит сведения о ночных эпизодах астмы, дневных приступах удушья, одышке при физической нагрузке, то есть данные, необходимые для оценки уровня контроля астмы. Пациенты были распределены по виду базисной терапии на три группы: первая группа из 36 человек принимала фиксированные комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и длительно действующих адреноагонистов (ДДБА); вторая группа – 32 человека – нефиксированные комбинации данных препаратов; третья группа – 34 человека использовали изолированно ИГКС. Оценка контроля астмы по данным ВАШ проводилась до начала базисной терапии и спустя год ее использования. Наилучшие показатели зарегистрированы в группах, принимавших фиксированные и нефиксированные комбинации ИГКС или ДДБА. Уровень контроля астмы в данных группах около 40%. Уровень контроля астмы в группе изолированного приема ИГКС около 25%.

Выводы. Частота достижения контроля астмы средней тяжести зависит от вида поддерживающей терапии: при назначении сочетания ИГКС и ДДБА уровень контроля выше, чем при изолированном использовании ИГКС.

### **Некоторые аспекты фармакоэкономической эффективности лечения с использованием мукосата при остеоартрозе**

*Майко О.Ю.*

*Оренбургский государственный медицинский университет,  
Оренбург*

Проблема остеоартроза (ОА) приобрела огромное общемедицинское и социальное значение, определяемое широкой распространенностью болезни, быстрым развитием функциональных нарушений при поражении несущих суставов нижних конечностей – коленных и тазобедренных. Одной из ведущих проблем фармакоэкономики в ревматологии является оценка экономической эффективности лечения ОА.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 больных гонартрозом и коксартрозом в стадии обострения, обратившихся в поликлинику. Диагноз ОА устанавливали в соответствии с критериями Altman (1991). Для оценки эффективности лечения, наряду с клиническим обследованием, учитывали оценку пациентом выраженности боли в покое и движении по ВАШ (от 0 до 100 мм), функциональный индекс Лекена Критериями исключения были наличие у пациента других ревматических заболеваний, тяжелых заболеваний печени, почек, сердечно-сосудистой системы, выраженной эндокринной патологии, онкологический анамнез. Больные получали препарат хондроитинсульфат в виде препарата мукосат (Россия) по 100 мг внутримышечно через день на курс 20 инъекций. В качестве дополнительной терапии больным назначался найз в дозе 200 мг/сут. в течение 14 дней. В проведенных фармакоэкономических расчетах учитывались прямые, косвенные, общие медицинские затраты в амбулаторных условиях, коэффициент «затраты-эффективность».

Результаты. Большинство пациентов составили женщины (85%). Наиболее многочисленной была группа больных от 50 до 60 лет. Длительность заболевания ОА колебалась от 1,5 до 10 лет, средняя длительность обострения составила  $1,5 \pm 1,2$  месяцев. У 14 пациентов (70%) имел место гонартроз, коксартроз у 6 (30%) больных. У больных преобладала II рентгенологическая стадия (по Kellgren-Lawrence) (45%), I (35%) и III (20%). Более чем у половины больных в обеих группах выявлялась функциональная недостаточность суставов II степени. У большинства пациентов (90%) отмечалось ограничение объема движений в пораженных суставах, выраженность болевого синдрома при движении по ВАШ колебалась от 40 до 100 мм (средн.  $75,4 \pm 10,6$ ). Значения болевого/функционального индекса Лекена находилось в интервале от 12 до 20 баллов (средн.  $16,5 \pm 3,5$  и  $14,7 \pm 4,3$  при гонартрозе и коксартрозе, соответственно). Рассчитывались прямые медицинские затраты на медицинские услуги и лекарства по тарифам ОМС (на период 2017 года). Таким образом, стоимость обострения, т.е. прямые медицинские затраты, на одного больного при включении в курсовое сочетанное лечение мукосата составила 23700 руб. Общие, включая косвенные затраты на одного больного в группе больных, получавших курсовое лечение мукосата – 54 000 руб. Причем прямые затраты от общих затрат составили при использовании мукосата – 40% соответственно. Анализ «затраты-эффективность» производился по формуле:  $CEA = C/Ef = (DC + IC)/Ef$ , где  $C/Ef$  – соотношение затраты, приходящиеся на единицу эффективности; DC – прямые затраты; IC – косвенные затраты; Ef – эффективность лечения. Проведенный в нашем исследовании анализ показывает, что у больных, получающих курсовое лечение с использованием мукосата, отмечено 1,37 обострений. В стоимость общих затрат были включены прямые и косвенные затраты и стоимость лечения осложнений в течение одного года курсового лечения. Показатель «затраты-эффективность» при данном методе лечения составил – 1620 баллов, а при монотерапии НПВП – 3124 балла соответственно.

Выводы. 1. Меньшее количество обострений на одного больного при сочетанной терапии с включением мукосата обеспечивало снижение коэффициента «затраты/эффективность», рассчитанного на одно предотвращенное обострение, что свидетельствует о целесообразности использования сочетанного лечения НПВП (найз) с хондроитинсульфатом (мукосат). 2. Следует отметить, что полученные данные показывают преимущество включения мукосата в курсовое лечение мукосата за счет наличия у препарата хондропротективного, противовоспалительного и анальгетического действия.

## Коморбидность при патологии органов дыхания по данным патологоанатомических исследований

Малыхин Ф.Т., Приймак В.В., Хаджимурзаева А.И., Крон А.В., Темирболатова З.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель и задачи: изучить распространенность коморбидной патологии при заболеваниях дыхательной системы по данным патологоанатомических вскрытий.

Материалы и методы. Изучены отделенческие журналы регистрации результатов патологоанатомических исследований, выполненных в 2013-2016 гг. централизованной городской патологоанатомической службой г. Ставрополя.

Полученные результаты. Установлено, что из 1800 случаев патологоанатомических вскрытий 362 человека (20,1% случаев от общего количества патологоанатомических исследований) умерли от заболеваний органов дыхания. Средний возраст умерших составил  $66,5 \pm 4,1$  года, мужчин –  $65,7 \pm 4,9$  года, женщин –  $69,4 \pm 5,8$  года. В возрастной категории до 59 лет включительно средний возраст умерших равен  $48,6 \pm 2,7$  года, возрастной категории 60-74 года –  $66,5 \pm 1,1$  года, возрастной категории 75 лет и старше  $81,0 \pm 1,7$  года. Среди умерших от патологии органов дыхания оказалось 257 мужчин (71 %) и 105 женщин. Средний возраст умерших от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) –  $69,1 \pm 3,2$  года, пневмонии –  $65,0 \pm 5,0$  года. Средний возраст умерших от ХОБЛ в возрастной категории до 59 лет включительно –  $51,2 \pm 3,6$  года; в возрастной категории 60-74 года –  $66,7 \pm 1,8$  года; в возрастной категории 75 лет и старше –  $81,8 \pm 2,9$  года. Из 362 умерших с заболеваниями дыхательной системы у 61,9% легочная патология являлась основным заболеванием, а у остальных (38,1%) – сопутствующим. Среди бронхолегочных заболеваний как основной патологии можно выделить: наличие пневмонии – у 51,8% умерших от респираторных заболеваний, диагноз ХОБЛ – 11,3% случаев, рак легких – 15,2% вскрытий, туберкулез – 6,3% исследований, бронхиальная астма – 0,8% диагнозов. Чаще других среди сопутствующих заболеваний бронхолегочной системы встречались: ХОБЛ – в 81,9% случаев, пневмонии – 25,4%, бронхиальная астма – 9,4%, рак легких – 4,3%. Коморбидная патология у умерших от заболеваний органов дыхания распределилась следующим образом: заболевания сердечно-сосудистой системы – 69,2% диагнозов, заболевания органов пищеварения – 15,3% диагнозов, заболевания мочеполовой системы – 10,9% диагнозов, заболевания центральной нервной системы – 4,6% диагнозов. Коморбидные заболевания сердечно-сосудистой системы имелись у 187 мужчин и 77 женщин; средний возраст мужчин составил  $71,4 \pm 3,2$  года, женщин –  $72,6 \pm 3,8$  года. В числе заболеваний сердечно-сосудистой системы преобладали различные проявления атеросклероза (76 %) и гипертоническая болезнь – (24%). Среди проявлений атеросклероза преобладали: ишемическая болезнь сердца – 24,2% общего количества заболеваний сердечно-сосудистой системы, атеросклероз аорты и ее ветвей – 23,1%, генерализованный атеросклероз – 12,8%, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз – 11,5%, крупноочаговый кардиосклероз – 4,5%. Среди патологии органов пищеварения (57 мужчин, средний возраст –  $64,8 \pm 4,1$  года; 26 женщин –  $67,2 \pm 4,7$  года) чаще других выявляли хронический панкреатит (32,2%), желчнокаменную болезнь (24,6%), жировой гепатоз – 11,9%, цирроз печени и язвенную болезнь – по 8,5%.

Нарушения обмена веществ отмечены у 65 умерших (44 мужчины, средний возраст – 63,2±1,7 года; 21 женщин – 68,03±2,8 года), преобладали сахарный диабет 2 типа – 61,5%, ожирение – 26,2%, кахексия – 12,3%. Заболевания мочеполовой системы (у 45 мужчин, средний возраст 72,4±4,5 года; 26 женщин, 71,8±5,0 года) чаще других были представлены хроническим пиелонефритом и хроническим циститом (60,7%), ХПН – 4,8%, аденокарциномой предстательной железы и мочекаменной болезнью – по 3,6%.

Выводы: 1. Стабильно частыми причинами смерти у пациентов с легочной патологией/сопутствующими заболеваниями являлись пневмония и ХОБЛ. 2. Большое количество случаев смерти от ХОБЛ (в качестве основной и сопутствующей причины) может быть подтверждением актуальности в клинической практике как самой этой патологии, так и борьбы с основным фактором риска ее развития – табакокурением. 3. Мужчины составили большую часть от числа всех умерших от легочной патологии, они умирали в среднем в более молодом возрасте, чем женщины. Это может быть связано с традиционно большей распространенностью курения среди мужчин и более поздним их обращением за медицинской помощью.

## Особенности артериальной гипертензии у женщин в периоде постменопаузы

*Маммаев С.Н., Ибрагимова Х.И.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала*

Цель. Определение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и гормонального статуса у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от пола и возраста.

Методы исследования. В исследование включено 120 больных эссенциальной АГ I стадии, 1 и 2 степени, в возрасте от 30 до 68 лет, из них 60 женщин (50%) и 60 мужчин (50%). Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 30 женщин в возрасте до 50 лет, без признаков менопаузы; во 2-ю группу – 30 женщин, старше 50 лет в постменопаузе; в 3-ю группу – 30 мужчин до 50 лет; в 4-ю группу – 30 мужчин старше 50 лет. Группу контроля (ГК) составили 45 практически здоровых лиц: 24 женщины и 21 мужчина. Всем больным проводилось, суточное мониторирование артериального давления (АД), а также определение ЭТ-1, альдостерона, пролактина и эстрадиола в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Полученные результаты. Среднесуточное систолическое АД (САД) у женщин в постменопаузе достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и у мужчин 4-й группы. Диастолическое АД в сравниваемых группах достоверно не отличалось ( $p>0,05$ ). При анализе пульсового АД (ПАД) отмечено его повышение с возрастом, которое достигало максимальных значений у женщин во 2-й группе в сравнении с 1-й ( $p<0,01$ ) и 4-й группой ( $p<0,05$ ). При исследовании уровня ЭТ-1 выявлено его достоверное ( $p<0,05$ ) повышение во всех группах в сравнении с ГК. При проведении гендерного анализа выявлено достоверное ( $p<0,05$ ) повышение ЭТ-1 у женщин по сравнению с мужчинами, причем наибольшая его концентрация выявлена во 2-й группе. У женщин во 2-й группе выявлена положительная корреляционная связь между уровнем ЭТ-1 как со среднесуточным значением САД ( $r=0,85$ ,  $p<0,001$ ), так и ПАД ( $r=0,84$ ,  $p<0,001$ ). При изучении гормонального статуса у женщин в постменопаузе выявлено достоверное снижение уровня эстрадиола, как у женщин с АГ, так и в ГК ( $p<0,001$  и  $p<0,01$  соответственно). Также, у женщин в

постменопаузе с АГ выявлено достоверное ( $p<0,001$ ) повышение альдостерона в крови. У здоровых женщин уровень альдостерона меняется незначительно ( $p>0,05$ ). Также у здоровых женщин с увеличением возраста выявлено снижение уровня пролактина в крови ( $p<0,05$ ). У женщин с АГ в постменопаузе концентрация пролактина увеличивается ( $p<0,05$ ). В группе женщин с АГ в постменопаузе, установлено наличие значимых обратных корреляционных связей между уровнем эстрадиола и ЭТ-1 ( $r=-0,67$ ,  $p<0,001$ ), эстрадиола и САД ( $r=-0,66$ ;  $p<0,0001$ ), эстрадиола и ПАД ( $r=-0,45$ ,  $p<0,05$ ). Прямая зависимость выявлена между ЭТ-1 с уровнем альдостерона ( $r=0,72$ ,  $p<0,001$ ) и пролактина ( $r=0,73$ ,  $p<0,001$ ).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 способствует возникновению АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности ЭД и преобладании вазоконстрикторных эффектов ЭТ-1 в периоде постменопаузы. Выявленные корреляционные связи подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса в прогрессировании эндотелиальной дисфункции и повышении АД.

## Оптимизация закупок лекарственных препаратов в системе льготного лекарственного обеспечения

*Манеева Е.С., Елисеева Е.В., Гончарова Р.К., Еремеева В.А.*

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,  
Владивосток*

Цель: провести клинико-экономический анализ (КЭА) закупок лекарственных препаратов (ЛП) в программе обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛП) для оптимизации финансовых затрат.

Задачи: определить структуру закупок ЛП для льготного лекарственного обеспечения и оценить ее рациональность.

Материалы и методы: проведен КЭА и прикладной ABC VEN-анализ в рамках программы ОНЛП. Проанализированы официальные данные государственного портала – <http://zakupki.gov.ru> о приобретении препаратов в рамках данной государственной программы льготного лекарственного обеспечения для двух субъектов Дальневосточного федерального округа РФ (регион I и регион II), за период 2014-2016 гг. Проведен VEN-анализ с определением классов жизненной важности ЛП.

Результаты: установлено, что в регионе I в 2014 г. на приобретение 11 ЛП классов «Е» (Essential, необходимые, препараты, эффективные при лечении менее опасных, но серьезных заболеваний) и «N» (Non-essential, второстепенные, ЛП для лечения легких заболеваний и препараты сомнительной эффективности, дорогостоящие ЛП с симптоматическими показаниями) израсходовано 590 808,83 руб. Лекарства классов «Е» и «N» имеют категории доказательств «С» и «D» согласно «Федеральному Руководству по использованию лекарственных средств (XVII выпуск 2016г)». В топ-5 наиболее затратных препаратов (далее – «топ пять») класса «Е» входили колекальциферол+кальция карбонат; толперизон, ацетилцистеин, амброксол, латанопрол. Топ наиболее затратных препаратов класса «N» представляли двумя препаратами – таурином и метилэтилпиридинолом. 2015 г. в данном субъекте на 9 ЛП классов «Е» и «N» выделено 4 061 293,77 руб. В «топ пять» класса «Е» включены дорзоламид, ацетилцистеин, урсодезоксихолевая

кислота, амброксол, мометазон. Топ наиболее затратных препаратов класса «N» представлен тремя ЛП – адеметионином, комбинированным препаратом «фосфолипиды + глицерризиновая кислота»; этилметилгидроксипиридином. В этом же регионе в 2016 г. сумма затрат на 28 ЛП классов «E» и «N» составила 17 107 510,08 руб. «Топ пять» класса «E» включал ботулинический токсин типа А; урсодезоксихолевую кислоту, тамсулозин, панкреатин, доксазозин. «Топ пять» класса «N» представлен адеметионином, комбинированным препаратом «фосфолипиды + глицерризиновая кислота»; тиоктовой кислотой, N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидоном и этилметилгидроксипиридином. В регионе II за 2014 г. приобретение 57 препаратов классов «E» и «N» заняло 2 768 737,23 руб. В «топ пять» класса «E» вошли ботулинический токсин типа А; панкреатин, тамсулозин, латанопрол, лактулоза. «Топ пять» класса «N» включал комбинированный препарат «фосфолипиды + глицерризиновая кислота»; триметазидин, церебролизин, N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон и азапентацен. В 2015 г. в этом же субъекте на 77 ЛП классов «E» и «N» затрачено 13 171 303,48 руб. «Топ пять» класса «E» состоял из следующих препаратов: ботулинический токсин типа А; урсодезоксихолевая кислота, панкреатин, колекальциферол + кальция карбонат; пентоксифиллин. В «топ пять» класса «N» входили церебролизин, комбинированный препарат «фосфолипиды + глицерризиновая кислота»; тиоктовая кислота, бифидобактерии бифидум; N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон. В данном субъекте в 2016 г. на приобретение 38 ЛП классов «E» и «N» израсходовано 5 675 487,23 руб. «Топ пять» класса «E» включал ботулинический токсин типа А; урсодезоксихолевую кислоту, бетагистин, панкреатин, лактулозу. В «топ пять» класса «N» включены комбинированный препарат «фосфолипиды + глицерризиновая кислота»; тиоктовая кислота, церебролизин, N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон; винпоцетин.

Выводы. Проведение КЭА и прикладного ABC VEN-анализа льготного лекарственного обеспечения позволяет предоставить профессионалам здравоохранения рекомендации о сокращении расходов на закупку ЛП класса «E», отказе от ряда второстепенных препаратов класса «N» и перераспределении финансовых средств на приобретение жизненно важных лекарств класса «V» с высокими уровнями доказательности – «А» и «В» согласно «Федеральному Руководству по использованию лекарственных средств».

### **Показатели качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких и хронической болезнью почек, выявленных во время диспансеризации**

*Мацукатова В.С., Агранович Н.В., Пилипович Л.А.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Цель: изучить показатели качества жизни (КЖ) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких ХОБЛ при наличии и отсутствии хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городских поликлиник г. Ставрополя. Было проанкетировано всего 96 пациентов с изолированной ХОБЛ I-IV стадии и ХОБЛ в сочетании с ХБП. Из них мужчины составили 62,5%, женщины – 37,5%. Обследуемых разделили на 2 группы: 1 группа – 45 пациентов с ХОБЛ (мужчин – 68,8%, женщин – 31,1%); 2 группа – 51 пациент с ХОБЛ и ХБП (мужчин

– 56,9%, женщин – 43,3%). Возраст больных находился в пределах 44 года – 90 лет. В возрасте 44-59 лет – 7%, 60-74 лет – 48,8%, 75-90 лет – 44,2%. Во время исследования пациентам были предложены опросники: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» – SF 36 и «Респираторный опросник больницы святого Георгия» (Saint George Respiratory Questionnaire hospital- SGRQ).

Результаты. Результаты исследования показали, что по шкале SF-36 показатели психологического и физического КЖ больных ХОБЛ значительно снижены по всем параметрам. Вместе с тем, качество жизни у больных с сочетанной патологией ХОБЛ и ХБП значительно ниже, чем у больных с изолированной ХОБЛ. Так, суммарный показатель физического здоровья у больных с изолированной ХОБЛ составил 39,6±2,4%, у больных с ХОБЛ в сочетании с ХБП – 36,4±2,3%. Суммарный показатель психического здоровья у больных с изолированной ХОБЛ составил 70,1 ± 2,2%, у больных с ХОБЛ в сочетании с ХБП – 67,8±2,6%. Проанализированные показатели качества жизни в зависимости от пола пациента показали, что у женщин, как с изолированной ХОБЛ, так и в сочетании с ХБП в большей степени снижаются параметры физической активности. Наиболее низким показателем было ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, который составил 28,75±2,45%. У мужчин, в первую очередь, страдает психоэмоциональный статус. Показатель ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием, составил 30,4±5,9%. Более низкие показатели качества жизни были отмечены у пациентов при длительном (10 лет и более) течении заболевания.

Выводы. Полученные данные подтверждают снижение качества жизни у больных как с изолированной ХОБЛ, так и в сочетании с ХБП. Это обосновывает необходимость комплексного подхода, с обязательным включением немедикаментозных методов в реабилитацию больных с ХОБЛ и ставит целесообразность разработки новых методов восстановительного лечения больных ХОБЛ с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия. Становится все более очевидной необходимость научно обоснованной психопрофилактической и психокоррекционной работы с такими больными. Диспансеризация может стать важным венком в мероприятиях повышения качества жизни, особенно коморбидных пациентов ХОБЛ.

### **Санаторно-курортные факторы в реабилитации больных кардиологического профиля**

*Мисикова И.М., Руженков Д.В., Данильченко С.В.*

*ЗАО «Санаторий "Кругозор"», Кисловодск*

Поэтапная система реабилитации больных инфарктом миокарда по системе «стационар–поликлиника–санаторий» предусматривает последовательное применение программы восстановительного лечения на всех ее этапах. Третий этап медицинской реабилитации больных, перенесших инфаркт, является самым продолжительным и имеет очень важное значение у кардиологических больных. Особое место в программах кардиореабилитации на третьем этапе занимает санаторно-курортное лечение. Особенности третьего этапа медицинской реабилитации в санаторно-курортных условиях является комплексное применение природных лечебных физических факторов в сочетании с физической реабилитацией (ФР), включающей в себя различные формы контролируемых физических нагрузок (ФН), а также осуществление мероприятий по вторичной профилактике,

направленной на коррекцию гиподинамии, улучшение показателей эмоциональной сферы кардиологических больных.

Целью настоящей работы являлась разработка индивидуальной для каждого пациента кардиологического профиля физической тренировки в сочетании с обучением психологической регуляции и оценка эффективности ее реализации в условиях санатория. Предложенная программа ФР включала в себя: 1. Информационный (образовательный) раздел: включал в себя лекции по 20 минут ежедневно и содержал информацию о механизмах физиологического действия физических упражнений разного характера на функционирование организма. 2. Обучение самодиагностике на терренкуре (медленные расслабленные прогулки до 60 минут) и во время физических тренировок – оценке самочувствия, определение частоты сердечных сокращений и дыхания, количества баллов по шкале Борга. 3. Динамические и статико-динамические упражнения на занятиях, преимущественно аэробного характера, направленные на повышение физической работоспособности, коррекцию гиподинамии, избыточного веса – 35 минут. 4. Раздел психической регуляции, продолжительностью сеанса 40 минут, сеансы психологической саморегуляции в состоянии релаксации для улучшения эмоционального состояния, снижения уровня тревожности, нервно-психического напряжения, формирования установки на позитивный результат реабилитации.

Материал и методы исследования. С целью оценки эффективности разработанной программы было обследовано 36 пациентов в возрасте от 54 до 69 лет (в том числе 5 женщин и 31 мужчин), находившихся на санаторно-курортном лечении по поводу перенесенного неосложненного острого инфаркта миокарда. С целью подбора индивидуальной программы кардиореабилитации при поступлении проводилось: ЭКГ, Холтер-ЭКГ, ЭХО КГ, определение липидного и углеводного обмена. Все больные получали индивидуально подобранную базовую медикаментозную терапию. Физические тренировки проводились ежедневно, в течение 40 минут. Интенсивность нагрузки определялась с учетом тяжести заболевания, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, толерантности организма к физическим нагрузкам. Оценка показателей проводилась до и после проведения занятий по разработанной программе: 1. Определение толерантности к физической нагрузке – тест шестиминутной ходьбы. 2. Оценка эмоционального состояния по методике «Самочувствие, активность, настроение» (САН).

Результаты исследования. У обследуемых пациентов отмечалось достоверное увеличение дистанции, пройденной в ходе проведения теста шестиминутной ходьбы: с  $332,2 \pm 9,7$  до  $396,3 \pm 9,5$  метров ( $p < 0,05$ ), а также наблюдалось снижение количества баллов по шкале Борга. Изменения показателей при проведении нагрузочного теста свидетельствуют о том, что пациенты субъективно легче переносили физическую нагрузку. Увеличение пройденной дистанции указывает на повышение толерантности организма к физическим нагрузкам. Проведение методики САН у пациентов выявило достоверное повышение среднего значения по шкале «самочувствие»: с  $3,8 \pm 0,7$  до  $4,4 \pm 0,8$  баллов, соответственно. Выявленная позитивная динамика показателей по методике САН свидетельствует об улучшении эмоционального состояния пациентов после проведенного цикла занятий по разработанной программе.

Выводы. Реализация программы ПТ и ФР на 3-м этапе лечения кардиологических пациентов позволило увеличить их толерантность к ФН, повысить функциональные резервы и адаптационные возможности организма, улучшить эмоциональное состояние, обеспечить более высокое качество

жизни. Это позволяет использовать программу на третьем этапе кардиореабилитации.

## Распространенность аллергических реакций

*Митрофанова И.С., Овчинникова Ю.Г., Морина А.А.,*

*Гоцкина В.В.*

*Оренбургский государственный медицинский университет,  
Областная клиническая больница №2, Оренбург*

Лекарственная аллергия – это развитие аллергических и псевдоаллергических реакций при введении в организм медикаментозных средств. По данным статистики, от 1 до 3% используемых в медицинской практике лекарственных препаратов могут приводить к развитию аллергии. Чаще всего гиперчувствительность развивается к антибиотикам пенициллинового ряда, нестероидным противовоспалительным средствам, местным анестетикам, вакцинам и сывороткам. В основе патогенеза лежат аллергические реакции немедленного и замедленного типа, а также иммунокомплексные и цитотоксические реакции. Основные клинические проявления – кожная сыпь по типу крапивницы, эритемы и контактного дерматита, ангиоотек, системные аллергические реакции (лекарственная лихорадка, сывороточная болезнь, системные васкулиты, анафилаксия). Лекарственная аллергия может отмечаться на любой медикамент, при этом различают полноценные антигены с наличием белковых компонентов (препараты крови, гормональные средства, высокомолекулярные препараты животного происхождения) и частичные (неполноценные) антигены – гаптены, приобретающие аллергенные свойства при контакте с тканями организма (альбуминами и глобулинами сыворотки крови, тканевыми белками проколлагенами и гистонами). В ОКБ №2 г. Оренбурга в отделе клинической фармакологии постоянно проводится мониторинг всех побочных реакций на лекарственные препараты назначаемые пациентам.

Цель: уменьшить число неблагоприятных побочных реакций на лекарственные препараты.

Задачи: определить частоту встречаемости неблагоприятных побочных реакций на лекарственные препараты в течение года, выявить препараты, на которые чаще бывают аллергические реакции и их виды, и разработать методы борьбы с развитием аллергических реакций.

Материалы и методы: за 2017 год в нашей больнице в терапевтических отделениях было пролечено 4457 пациента.

Результаты: всего было зафиксировано 109 побочных реакций на лекарственный препарат, что составляет 2,44%. Чаще всего неблагоприятные реакции развивались при назначении антибиотиков (цефтриаксон, доксицилин, бициллин, ципролет), нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, парацетамол, аспирин), противовирусных препаратов (ремантадин, амиксин), ингибиторов АПФ (эналаприл, каптоприл). Наиболее часто развивалась – острая крапивница в 49%, на втором и третьем месте отек Квинке – 12% и токсикодермия 11%. Реже встречались анафилактический шок – 6% и аллергический дерматит – 5%. Все побочные явления были купированы, но продолжительность лечения пациентов увеличилась. Выводы: чтобы снизить риск развития аллергических реакций на лекарственные препараты, необходимо проводить профилактику. К мерам общего порядка относят борьбу с полипрагмазией, налаживание в учреждениях здравоохранения методов раннего

выявления и профилактики лекарственной аллергии, их тщательный учет. К мерам первичной профилактики следует отнести улучшение подготовки врачей по вопросам лекарственной аллергии, изменения порядка назначения медикаментов в амбулаторных и стационарных учреждениях, тщательное обследование больных перед проведением фармакотерапии. Сбор аллергологического анамнеза является основным этапом профилактики лекарственной аллергии. Индивидуальные меры профилактики лекарственной аллергии должны осуществляться непосредственно лицами, принимающими лекарственные средства. Больные должны представлять себе всю небезопасность лекарственных препаратов и соблюдать комплекс необходимых мер предосторожности. В этом им должны помочь медицинские работники, внимательно относясь к анамнезу больного. При замене одного лекарственного средства на другое необходимо учитывать возможность перекрестных антигенных свойств между ними. Тщательная оценка и подбор переносимого препарата являются основой профилактики возможных осложнений лекарственной аллергии.

## Опыт применения препарата Гиалуром в лечении гонартроза

*Минацаканян С.Г., Кутепова Т.Ф., Козлова М.Ю., Рокотьянская Ю.А.*

*Городская клиническая больница №2, Ставрополь*

Цель исследования. Оценить эффективность, переносимость и безопасность внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты (Гиалуром) у больных с остеоартритом коленных суставов.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение 6 месяцев. Приняли участие 25 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет – 18 женщин и 6 мужчин, у которых после рентгенографии коленных суставов были выявлены стадии артроза II (85%) и III (15%) по Kellgren-Lawrence. Средний индекс массы тела составлял 32+5кг/м<sup>2</sup>. Длительность заболевания в среднем составила 5,6+2,5 года. Проводилось внутрисуставное введение Гиалурома интраартикулярно передне-латеральным доступом курсом по 3 инъекции с интервалом в 1 неделю. Последующее наблюдение осуществлялось на протяжении 6 месяцев. Состояние пациентов оценивалось с помощью врачебного осмотра, заполнения пациентами опросников WOMAC, определения интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ.

Результаты. У большинства пациентов (70%) эффект от лечения развился уже в течение 1-1,5 месяца. Выявлено значимое снижение суммарного индекса WOMAC через 1 мес. на 30%, через 3 и 6 мес. на 28%, боли через 1 мес. на 40%, через 3 мес. на 37% и через 6 мес. на 35%, скованности на 38, 39 и 40%, ФН на 29, 25 и 22% (P<0,01). До лечения препаратом болевой синдром по ВАШ составлял в среднем 6-7 баллов. После проведения полного курса лечения было отмечено снижение боли уже в 1 месяц до 50%, через 3 месяца до 40%, через 6 мес. до 30% (у 3-х пациентов до 20%), что позволило снизить дозу и частоту приема НПВС. Эффект терапии у большинства пациентов (75%) сохранялся на протяжении всего периода наблюдения, к концу 6 месяца только 15% продолжали принимать НПВС с прежней частотой, 60% использовали их только по потребности, 25% не нуждались в приеме НПВП. Было отмечено улучшение качества жизни, увеличение объема движений в коленных суставах, увеличение общей двигательной активности у 80% исследуемых. Наиболее быстрый и выраженный эффект от терапии был отмечен у пациентов с II стадией

артроза. За период исследования не выявлено нежелательных реакций.

Выводы. В результате 6-месячного исследования пациентов, получивших терапию препаратом Гиалуром, была выявлена высокая эффективность в плане улучшения качества жизни, снижения болевого синдрома, скованности в суставах, увеличения объема движений, замедления прогрессирования остеоартрита. Учитывая хорошую переносимость препарата, значимый симптоматический эффект, отсутствие различных осложнений, препарат Гиалуром можно успешно использовать в лечении остеоартрита, как на ранних, так и на более поздних стадиях.

## Опыт лечения ревматоидного артрита препаратами Тоцилизумаб (Актемра) в кабинете терапии генно-инженерными биологическими препаратами за 2 года

*Минацаканян С.Г., Кутепова Т.Ф., Козлова М.Ю., Рокотьянская Ю.А.*

*Городская клиническая больница №2, Ставрополь*

Актуальность. Ревматоидный артрит – аутоиммунное заболевание с неизвестной этиологией, которому присущи сравнительно высокая распространенность среди трудоспособного населения, высокий риск инвалидизации в случае неэффективного лечения. Через 5 лет от начала заболевания, несмотря на лечение синтетическими базисными препаратами, 16% пациентов теряют трудоспособность, а через 20 лет – 80%, треть из которых становятся полными инвалидами. Известно, что центральную роль в патогенезе РА играет ИТ-6. Появление ГИБП позволило значительно улучшить прогноз для пациентов с данной патологией. В 2016 году на базе ГБУЗ СК «ГКБ №2» в ревматологическом отделении был создан кабинет терапии генно-инженерными биологическими препаратами.

Цель. Оценить эффективность в лечении РА препаратом Тоцилизумаб. Материалы и методы. За 2 года в нашем кабинете терапии генно-инженерными биологическими препаратами было отобрано 4 пациента с наиболее тяжело протекающим РА, которые ранее принимали БПВП, цитостатики и ГКС без значительного положительного эффекта. Осуществлялся постоянный мониторинг эффективности и безопасности терапии ГИБП (тоцилизумаб).

Результаты. Тоцилизумаб в течение 2 лет получали 4 пациента. Среди которых были 2 мужчин и 2 женщин среднего возраста с высокой и средней активностью заболевания (DAS 4,5-5,4), 3 пациента были позитивными по РФ, а 1 пациент негативный. У 3 пациентов определялись антитела к циклическому цитруллинному пептиду. До назначения Тоцилизумаба все пациенты принимали метотрексат, ГКС на протяжении 5 лет без улучшения. За время наблюдения уже через 16 недель у пациентов наблюдалось значительное улучшение самочувствия, увеличился объем движений, уменьшилось количество припухших суставов, снизилась активность процесса. Из них 2 пациента продолжали прием метотрексата в качестве комбинированной терапии, 2 пациент получают только ГИБП.

Выводы. В результате клинических исследований за 2 года работы нашего кабинета ГИБП была доказана эффективность применения Тоцилизумаба у пациентов с ревматоидным артритом как в виде монотерапии, так и в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами. Уменьшились клинические

проявления РА, улучшилась функция суставов, снизилась активность процесса, улучшилось качество жизни пациентов.

## **Клиническая характеристика различных форм идиопатических интерстициальных пневмоний**

*Моногарова Н.Е., Вишневецкая А.А., Зейналова А.А.*

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

Обследовано 124 больных с идиопатическими интерстициальными пневмониями (ИПП). Основу верификации диагноза ИПП составляли данные компьютерной томографии высокой разрешающей способности, 73 больным проведена морфологическая диагностика (биопсия легких).

Результаты исследования: у большинства пациентов (76,3%) был диагностирован идиопатический легочной фиброз; у 15,7% – неспецифическая интерстициальная пневмония, у 3% – криптогенная организирующая пневмония, у 1,5% – лимфоидная интерстициальная, у 1,5% респираторный бронхолит, у 0,75% – острая интерстициальная пневмония. Возраст больных от 22 до 76 лет (средний 49,3±1,2), до тридцатилетнего возраста только у 4,9 % отмечалось развитие идиопатических интерстициальных пневмоний. Основным проявлением заболевания была одышка (100%), больше чем у 50% были значительные нарушения функции дыхания, у 89,3% больных с идиопатическим легочным фиброзом отмечался сухой кашель, при неспецифических интерстициальных пневмониях таких больных 9,5%, чаще кашель с мокротой. При аускультации звучная крепитация была у 83,5% с идиопатическим лёгочным фиброзом и у 71,4% с неспецифической интерстициальной пневмонией. Признаки легочного сердца были у 18,7% больных. Пациенты с неспецифической интерстициальной пневмонией имели большую продолжительность заболевания до направления в специализированную клинику, чем и объясняются выраженные нарушения функции дыхания. Клинические проявления лимфоидной интерстициальной пневмонии не имели особенностей клинической картины. У пациентов с криптогенной организирующей пневмонией наблюдались умеренные нарушения функции дыхания, у всех было повышение температуры тела, незначительные боли в суставах.

Таким образом, дифференциальная диагностика идиопатических интерстициальных пневмоний, которая базируется только на клинических признаках, очень сложна. Анализ клинических признаков может дать врачу ориентиры для диагностики этих процессов в целом, а в меньшей степени для идентификации нозологических форм.

## **Оценка психоэмоционального статуса и качества жизни у пациентов с синдромом раздраженного кишечника**

*Нефедова А.М., Шомин А.В., Побоева А.В., Шаньгина С.В.*

*Северо-западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Актуальность исследования. Согласно Римским критериям последнего пересмотра (2016 г.), синдром раздражённого кишечника (СРК) – это функциональное заболевание, характеризующееся рецидивирующими

абдоминальными болями, сопровождающимися различными нарушениями стула, причем симптомы должны проявляться не реже 1 раза в неделю при общей длительности заболевания не менее 6 месяцев. Развитие СРК является результатом сложного психосоматического патологического процесса, пусковым фактором которого является психосоциальный и/или психоэмоциональный стресс. В результате нарушается работа интестинальной нервной системы, формируется висцеральная гипералгезия-гиперестезия и аллодиния. По данным отечественных исследователей 54-100% больных СРК имеют отклонения в психической сфере, среди которых чаще всего определяются тревожно-депрессивные расстройства (до 70%).

Цель. Оценить уровень реактивной и личностной тревожности, уровень депрессии, субъективное восприятие разных аспектов качества жизни у пациентов с установленным диагнозом СРК на основании Римских критериев IV.

Материалы и методы. Опрошено 13 пациентов с диагнозом СРК в возрасте от 28 до 72 лет, из них 12 женщин и 1 мужчина. Средний возраст больных составил 50,8±16,2 лет. Для оценки уровня депрессии был использован тест Цунга, для оценки тревожности тест Спилберга. Для оценки восприятия качества жизни пациентов был использован адаптированный опросник IBS-QOL, состоящий из 33 утверждений, отражающих качество жизни на данный момент времени. Оценка проводилась как по общему количеству набранных баллов, так и по каждой из 8 подшкал – дисфория, помеха для активности, отношение к своему телу, обеспокоенность за здоровье, ограничения в еде, социальные реакции, сексуальность, взаимоотношения с другими людьми. Полученные данные были обработаны в программе Excel-2010.

Результаты. По результатам теста Цунга у 2 человек (18%) выявлена легкая депрессия, у остальных 11 человек (82%) депрессии не наблюдалось. При оценке тревожности с помощью тестов Спилберга, отдельно изучены реактивная тревожность (на данный момент) и личностная тревожность (постоянная). Признаки реактивной тревожности низкого уровня определялись у 1 обследуемого (7%), умеренная тревожность – у 4 человек (31%), и высокая тревожность – у 8 человек (62%). Уровень личностной тревожности, характеризующей поведение и реакции человека на протяжении всей жизни, был умеренным у 2 пациентов (18%), высоким – у остальных 11 пациентов (82%). По результатам опросника IBS-QOL более половины баллов (82,5) набрало 8 пациентов (53,4%), что говорит о высоком уровне обеспокоенности за свое здоровье и о низком качестве жизни. При детальном анализе выявлено, что у 5 пациентов (33,3%) определялся низкий уровень дискомфорта, обусловленного заболеванием (40-60 баллов); у 2 пациентов (13,3%) – средний уровень (61-80 баллов); у 4 пациентов (26,7%) – выраженный уровень дискомфорта (81-100 баллов); у 3 пациентов (20%) – высокий уровень (101-120 баллов); у 1 пациента (6,7%) – крайне высокий уровень дискомфорта (121-140 баллов). Причем максимально возможный балл согласно опроснику – 165, максимальный набранный балл – 128, а минимальный набранный балл – 46 (средний балл – 79,26).

Выводы: Согласно результатам проведенного исследования, психоэмоциональный статус пациентов с СРК характеризовался высокими показателями тревожности с преобладанием уровня личностной тревожности по отношению к уровню реактивной тревожности. Обращает на себя внимание низкая оценка качества жизни и повышенная обеспокоенность своим здоровьем у пациентов с выраженными признаками тревожного расстройства.

## Некоторые аспекты профилактики и возможности реабилитации больных с диспластическими заболеваниями молочных желез

Острова Н.А., Ветлицкая Э.Л.

Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, Ставрополь

Многолетние исследования по этиологии и эпидемиологии заболеваний молочной железы не выявили каких-либо специфических причинных факторов, достоверно приводящих к их развитию. Это объясняется полиэтиологичностью опухолей молочной железы. На каждой стадии канцерогенеза могут оказаться решающими различные сочетания факторов. Знание этих факторов дает возможность предотвратить не менее трети всех случаев изменения генов, ответственных за рост и восстановление клеток. Эти изменения происходят в результате взаимодействия генетических факторов организма с внешними факторами (химические, физические, биологические и др.). Большую роль играют рацион питания, избыточный вес, малоподвижный образ жизни, алкоголь, курение. Изменение модели питания, физической активности, исключение вредных привычек, контроль над профессиональными вредными факторами, сокращение времени пребывания на солнце, выполнение естественных репродуктивных функций позволяют на одну треть снизить уровень заболеваемости опухолями молочной железы. Не менее важными факторами риска стоит ускорение темпа жизни, информационные перегрузки, стрессовые ситуации. При оценке нервно-психической сферы больных с мастопатией необходимо оценивать прежде всего толерантность к ситуации, мешающей достижению цели, степень невротизации, склонность к неадекватным эмоциональным реакциям.

Цель исследования: анализ патогенетических факторов, способствующих развитию пролиферативных заболеваний молочных желез и определение возможных путей профилактики рецидива заболевания. Материалы и методы. В маммологическом центре Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра (СККДЦ) было проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение 1200 женщин старше 30 лет с пролиферативными заболеваниями молочных желез. Все больные осмотрены маммологом, выполнены ультразвуковое исследование с биопсией, лабораторные исследования. Молекулярно-генетический анализ проводился при наличии отягощенного семейного анамнеза (у 25% пациенток).

Результаты и обсуждение. Диффузные формы пролиферативной мастопатии выявлены у 680 женщин, локализованные формы мастопатии – у 374 женщин, рак молочной железы диагностирован в 146 случаях. Рак молочной железы в 72% случаев развивался у женщин старше 50 лет. В 80% случаев всех обследованных женщин выявлен избыточный вес, у большинства в рационе определялся дефицит растительной пищи, избыток красного мяса и жиров, в 30% случаев – алкоголь, курение, в 84% – низкая физическая активность, в 94% – эмоциональные перегрузки. Установлен генетический субстрат рака молочной железы – это гены BRCA 1 и BRCA2. Генетический риск рака молочной железы в популяции не превышает 15%, по нашим данным в группе женщин с РМЖ – в 12%. В 28% случаев РМЖ развился у женщин, которые отмечали факт травмы молочной железы в анамнезе. Молочные железы невозможно рассматривать отдельно от репродуктивной системы женщины. У 78% женщин с доброкачественными пролиферативными заболеваниями молочных желез отмечалась гинекологическая

патология (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия), в 24% случаев – патология щитовидной железы, в 75% случаев – отягощенный репродуктивный анамнез. Активное послеоперационное наблюдение не ограничивалось какими-либо сроками. Комплексная консервативная терапия после удаления узловых образований проводилась с целью восстановления репродуктивной функции женщин, что способствовало предотвращению рецидивов заболевания. Для профилактики прогрессирования заболевания в восстановительном периоде больным рекомендовалось санаторно-курортное лечение с использованием климато-ландшафто-терапии, лечения минеральными водами, ароматерапия, озонотерапия, ЛФК, диетотерапии, лечение метаболического синдрома. Также оказывалась психологическая помощь: создание благоприятного психологического климата, предотвращение ятрогений, проведение реконструктивной психотерапии. С пациентами проводится разъяснительная работа о необходимости оберегать железы от травматических воздействий. Только в 6% случаев отмечался рецидив фиброаденом, в 2% – рецидив локализованных форм мастопатии, в 86% случаев удалось добиться стойкой ремиссии у больных с диффузными формами пролиферативных мастопатий.

Выводы: комплексное лечение больных пролиферативными заболеваниями молочных желез с использованием физических немедикаментозных методов позволяет повысить эффективность и способствует снижению риска рецидива.

## Опыт применения лактитола (Экспортал) при синдроме раздраженного кишечника с запором

Павленко В.В., Кораблина Н.В., Сидельникова Т.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель исследования: изучить терапевтическую эффективность препарата лактитола (Экспортал) в комплексной терапии у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) с запором.

Материал и методы: обследовано 19 пациентов с диагнозом: СРК с запором, в возрасте от 19 до 38 лет и длительностью заболевания от 1 года до 8 лет. Все пациенты проходили общеклиническое обследование, рентгенологическое и эндоскопическое исследование кишечника. Диагноз заболевания устанавливался на основании Римских критериев IV. Лактитол (Экспортал) назначали ежедневно 1 раз в сутки утром. Подбор дозы проводился индивидуально. Эффективность лечения оценивалась через 1 месяц по купированию таких симптомов как нарушение стула, метеоризм, абдоминальная боль.

Результаты: начальная терапевтическая доза препарата составляла 20 г. В ходе лечения доза препарата регулировалась индивидуально с постепенным её снижением до 10-15 г. Терапевтическая эффективность отмечена во всех случаях. В процессе лечения дефекация становилась регулярной (от 5 до 7 раз в неделю). Все больные отмечали уменьшение силы и продолжительности натуживания при акте дефекации, уменьшение метеоризма (на 5-7 день приема препарата), абдоминальной боли к 14 дню приема Экспортала.

Выводы: препарат лактитола (Экспортал) в короткие сроки обеспечивает хорошую переносимость и наступление клинического эффекта у пациентов при СРК с запором. Подбор дозы исследуемого препарата должен проводиться индивидуально с учетом активности работы кишечника.

## Опыт применения препарата гиалуроновой кислоты (Хиалубрикс) в лечении гонартроза в РГБ ЛПУ КЧРКБ

Павлова А.Б., Кнухова З.Н.

Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия, медицинский институт, Территориальный ревматологический центр Карачаево-Черкесской республиканской больницы, Черкесск

Введение/цель исследования. Остеоартроз (ОА) – распространенное заболевание, не только приводящее к инвалидизации населения, но и значительно снижающее качество жизни пациентов, поэтому его лечение является актуальной проблемой.

Цель исследования – оценить эффективность, переносимость и безопасность препарата гиалуроновой кислоты (Хиалубрикс) в комплексной терапии ОА коленных суставов (КС).

Материалы и методы. В исследование были включены 42 пациента в возрасте от 28 до 78 лет – 37 женщин и 7 мужчин, страдающих гонартрозом I, II, III ст. по Kellgren-Lawrence (I ст. – 12%, II ст. – 66%, III ст. – 22%). Для определения стадии остеоартроза применялись лучевые методы диагностики (рентгенография коленных суставов и УЗС коленных суставов). Препарат Хиалубрикс вводился интраартикулярно 1 раз неделю курсом по 3 инъекции с соблюдением правил асептики. Эффективность лечения оценивалась по изменениям индекса WOMAC, функционального индекса Лекена, боли по ВАШ в покое, при ходьбе. Динамическую оценку показателей проводили до лечения, через 6 недель, 3 месяца и через 6 месяцев после лечения. Комплексное лечение предусматривало использование НПВП, немедикаментозных методов лечения.

Результаты. Был отмечен положительный эффект всех показателей: индекса WOMAC, индекса Лекена, болевого синдрома по ВАШ и функциональных тестов. До лечения данным препаратом болевой синдром по ВАШ составлял в среднем 70 баллов. После проведения курса лечения отмечено снижение боли по ВАШ до 35, что позволило снизить дозу и кратность применяемых НПВП и анальгетиков практически у всех пациентов. При анализе эффективности лечения отмечено достоверное снижение боли по индексу WOMAC уже с 6-й недели, максимальное анальгетическое действие отмечено через 3 мес., оно сохранялось до 6 мес. (-1,8, -4,8 и -3,0 соответственно). Также наблюдалось достоверное улучшение физической активности (на 6,4, 16,8 и 18,8 соответственно). Получено возрастание всех шкал, входящих в показатели ОФЗ (оценка физического здоровья). Отмечено улучшение качества жизни у 94% пациентов до 80 (по сравнению с исходными 52), расширение объема движений в коленных суставах, увеличение двигательной активности у 88%. Эффективность лечения коррелировала с выраженностью структурных изменений: наиболее выраженный терапевтический эффект отмечен у пациентов с I и II стадиями гонартроза. Отмечена четкая зависимость эффекта терапии от возраста (лучший эффект у молодых пациентов), и степени ожирения (лучшая эффективность при нормальной и средней массе тела). За время исследования ни у одного пациента не отмечалось аллергических реакций или инфекционных осложнений. Побочные эффекты проявлялись у 2-х пациентов в виде усиления болевого синдрома в 1-е сутки после пункции сустава, купированного применением НПВП и местного охлаждения, у 3-х пациентов – в виде синовита.

Выводы/заключение. Опыт лечения остеоартроза коленных суставов препаратом Хиалубрикс показывает его высокую эффективность в

плане уменьшения болевого синдрома, улучшения качества жизни, функционального состояния суставов, замедления прогрессирования остеоартроза, что в сочетании с хорошей переносимостью, гипоаллергенностью и отсутствием постинъекционных осложнений позволяет успешно применять его в лечении дегенеративно-дистрофических поражений коленных суставов, особенно на ранних стадиях заболевания. Использование Хиалубрикса в поздних стадиях гонартроза позволяет отсрочить протезирование КС.

## Склеродерма Бушке, ассоциированная со злокачественной опухолью

Павлова А.Б., Кубанова А.А.

Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия, медицинский институт, Черкесск

Актуальность. Согласно современным представлениям, термин «склеродермия» объединяет широкий круг заболеваний склеродермической группы: от склеродермии системной и очаговой до индуцированных форм и псевдосклеродермии. В классификацию этой группы входит также склеродерма Бушке. Данное заболевание было описано в 1900 г. немецким дерматологом А. Buschke. Данная патология считается относительно редкой.

Материал и методы. Пациентка С.Н. 1961 г.р. поступила в ревматологическое отделение РГБ ЛПУ КЧРКБ 22.11.17 с предположительным диагнозом «Системная склеродермия». Жалобы при поступлении: на каменистую плотность мышц верхнего плечевого пояса, чувство дискомфорта в области шеи, плотный отек кожи и подкожной клетчатки на лице, резкую выраженную слабость верхних конечностей. Анамнез заболевания: вышеперечисленные жалобы начали беспокоить с октября 2017 года. Заболевание связывает с прививкой против гриппа – гриппол 0,5 мл в сентябре 2017 года. Обратилась на прием к неврологу и лечилась амбулаторно по поводу нейропатии, с применением НПВП, миорелаксантов без эффекта. В дальнейшем была консультирована ревматологом, после чего пациентка была направлена в стационар для дообследования и лечения с подозрением на дерматомиозит. Физикальное обследование: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Телосложение правильное. Кожные покровы: обычной окраски, плотность, «натянutosть» кожи лица, шеи, верхней части туловища, кожа в складку не берется (кожный счет =36). Мышечная сила снижена в обеих руках; в нижних конечностях сохранена, симметрична. Сила мышц шеи сохранена. Пальпация мышц и суставов безболезненна. Со стороны внутренних органов без патологии. На основании жалоб пациентки, данных анамнеза заболевания, результатов исследования необходимо было провести дифференциальную диагностику между системной склеродермией, эозинофильным фасциитом и склеродермой Бушке.

Результаты. В анализах крови кроме повышения СОЭ (46 мм/ч) других отклонений выявлено не было. Общий анализ мочи: без особенностей. Кровь на ВИЧ, гепатиты – отриц. ЭКГ: без особенностей, рентгенография органов грудной клетки: без патологии. УЗИ щитовидной железы: без патологии. УЗИ брюшной полости: УЗИ признаки МКБ слева без уродинамических нарушений. УЗИ органов малого таза: в малом тазу лоцируется значительных размеров объемное образование, исходящее из обоих придатков. 27.11.17 патогистологическое исследование кожного биоптата выявило незначительное утолщение эпидермиса, диффузный склероз дермы

с фрагментацией коллагеновых волокон и гиперплазией эластических волокон, с наличием больших участков скопления муциноподобного вещества, которое окрашивается альциановым синим, что указывает на их мукополисахаридный состав. В микропрепарате отсутствовали воспалительные инфильтраты и признаки васкулита МРТ малого таза: по данным МР-томографии имеют место образования (с-г?) обоих яичников, без признаков инфильтрации в окружающие ткани и органы. Умеренное количество асептической жидкости в малом тазу. Консультация онкогинеколога: миома тела матки в ст. инволюции. Хронический периметрит. Хронический двусторонний сальпингит. С-г ovarium? Рекомендовано обследование и лечение в онкологическом диспансере. Консультация дерматолога: склеродерма Бушке, рекомендовано лечение (преднизолон 30 мг в сутки, аспаркам, гель троксевазин).

**Выводы/заключение.** Склеродерма Бушке-редкое заболевание, рассматриваемое как очаговая склеродермия, встречается чаще при патологии щитовидной железы и злокачественных новообразованиях, чаще в гематологии при миеломной болезни. Уникальность случая в том, что заболевание наблюдается при двустороннем раковом поражении яичников, что ранее мы в литературе не встречали. Эффект в лечении склеродермы Бушке наблюдается при лечении основного заболевания – рака яичников после проведения оперативного лечения и химиогормонотерапии (паклитаксел – 175 мг/1,7 м = 297,5 мг, карбопластин АUC 6-638,75 мг в/в капельно – 1 день). Предложенная наша терапия ГКС, Д-пеницилламины, НПВС, сосудистые средства эффекта не дали. После оперативного лечения уменьшилась деревянистость кожи лица, шеи, верхнего плечевого пояса, увеличился объем движений, купирована депрессия. Склеродерму Бушке в нашем наблюдении можно рассматривать как паранеопластический синдром при двустороннем раке яичников.

### **Коррекция уровня антител к тироксину и трийодтирону у больных ревматоидной тиреопатией при помощи иммобилизованных магнитосорбентов**

*Парамонова О.В.*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград*

**Введение.** Гормоны щитовидной железы влияют на все виды метаболизма в организме человека. Они усиливают резорбцию и синтез костной ткани и регулируют развитие гликозаминогликанов и протеогликанов в соединительной ткани. Увеличение содержания антител по отношению к гормонам щитовидной железы в крови пациента указывает на то, что аутоиммунный процесс прогрессирует клинически.

**Цель.** Разработка метода устранения антител из крови и их использования в диагностических и терапевтических целях.

**Методы.** Было обследовано 25 пациентов с ревматоидным артритом и патологией щитовидной железы в Волгоградскую клиническую больницу скорой медицинской помощи №25, а их сыворотки и нативные образцы гепаринизированной крови были собраны для дальнейших исследований. Обработка крови проводилась с использованием магнитоуправляемых полиакриламидных гранул с иммобилизованными тироксиним и трийодтироном, которые были синтезированы методом эмульсионной полимеризации. В качестве контроля использовали десять образцов сывороток здоровых лиц, доноров областной станции

переливания крови, в соответствующем возрастном диапазоне. Мы сравнили наши результаты с ранее опубликованным прототипом. В качестве прототипа мы использовали метод, исключаящий антиреолоидные антитела из крови путем пропускания его через иммуносорбент (гормон щитовидной железы), который активировался сефарозой. Указанный метод имеет ряд недостатков: чрезвычайно высокая стоимость реагентов, токсичность и сравнительно небольшой сорбционный резервуар. Из-за низкой молекулярной массы гормонов мы ковалентно связывали их с носителем глутаровым альдегидом для достижения более высокой концентрации антигена на поверхности. После этого химические группы активных центров гормона остаются свободными для связывания с антителами. Концентрация антител против тироксина и трийодтирона в сыворотке до и после перфузии определяли с помощью ELISA. – теста (ИФА). Сорбцию антител в образцах гепаринизированной крови проводили с использованием колонки, снабженной подвеской магнитных шариков. После процедуры гранулы промывали и регенерировали.

**Результаты:** ранее синтезированные полиакриламидные гранулы использовали для сорбции антиреолоидных антител из крови пациентов с РА и тиреопатией. Перфузия вызывала снижение антиреолоидных антител на 99,5%; однако с помощью прототипа снижение было достигнуто только на 93% от первоначального количества. В процентном отношении содержание антител перед проведением сорбции как в прототипе, так и в заявленном образце составляло 100%. Однако после перфузии средние концентрации антител к трийодтирону в указанных образцах были снижены на 7% в нашем методе по сравнению с 0,5% с прототипом; то же самое было с уровнем антител к тироксину: 8% и 0,4% соответственно.

**Выводы.** Нами выявлено, что при помощи иммобилизованных тироксина и трийодтирона, полученных по нашему методу процент сорбции антител из крови пациента значительно выше, чем в прототипе, с использованием сефарозы, что дает возможность рекомендовать данный метод сорбции в комплексном лечении пациентов.

### **Преимущества группового обучения пациентов в «Школе сахарного диабета 2 типа» в условиях стационара**

*Писарева В.В., Резникова Е.А., Гальченко О.Е.*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград*

**Введение:** социальная значимость сахарного диабета определяется его неуклонно возрастающей распространенностью во всем мире. В резолюции ООН, принятой в 2006 году по инициативе Международной диабетической федерации, отмечена необходимость совместных усилий всех, кто имеет отношение к решению проблем, связанных с сахарным диабетом. Предоставление доступа к обучению и информации является важнейшей частью эффективного лечения больного сахарным диабетом и эффективного контроля заболевания. В Волгоградской области, как и в других регионах РФ, «Школы сахарного диабета» функционируют на базе всех специализированных эндокринологических стационаров и ЛПУ амбулаторного звена. В результате в 62 существующих школах обучение проходят около 15-20% пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

**Цель:** обобщить характеристики «портрета» пациента, направленного на обучение в «Школу сахарного диабета 2 типа»; оценить

преимущества обучения в малых группах пациентов, находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы: проведен анализ результатов работы «Школы сахарного диабета 2 типа», функционирующей на базе эндокринологического отделения ГУЗ КБ № 4 г. Волгограда за 2015-2018 гг. Обучение проводилось в малых группах (5-7 человек) по разработанной структурированной программе в соответствии с рекомендациями ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава РФ. Занятия проводились ежедневно в специально оборудованном помещении, продолжительность занятия 1 час, общая продолжительность цикла 5 часов. Уровень знаний оценивался до и после обучения с помощью стандартных опросников.

Результаты и обсуждение: проведено обучение более 200 пациентов (n=205) в малых группах по цикловому принципу с использованием структурированной программы. Стаж заболевания составил  $9,4 \pm 1,3$  лет. Средний возраст пациентов –  $62,4 \pm 8,2$  года. Впервые сахарный диабет был выявлен у 12,3%, длительность заболевания от 1 года до 5 лет имели 32,3%, от 5 до 10 лет 37,6%, более 10 лет 17,8% пациентов. Впервые обучение проходили 57,3% пациентов. В ходе опроса выявлены следующие цели обучения: «правильное питание при сахарном диабете» – 53,6%, «узнать причины колебания сахара крови и нормальные значения» – 21,4%, «профилактика осложнений диабета» – 19,2%, «любая новая информация о диабете» – 5,8%. 18,2% пациентов посещали занятия по настоянию лечащего врача. Представления о причинах и особенностях течения сахарного диабета до начала обучения имели 54,3%, после обучения 86,7% пациентов ( $p < 0,05$ ). До начала обучения регулярно проводили самоконтроль 32,3%, после обучения мотивация к самоконтролю появилась у 76,4% пациентов ( $p < 0,05$ ). Представление о рациональном питании до обучения имели 57,4% пациентов, после обучения 68% пациентов были ориентированы в диетотерапии ( $p < 0,05$ ). К началу обучения 4,3% пациентов были информированы об индивидуальных целях лечения, после обучения 57,6% правильно назвали нормальные значения метаболических показателей и критерии контроля эффективности терапии сахарного диабета ( $p < 0,05$ ). Результаты свидетельствуют, что пациенты имеют разный уровень исходных знаний о сахарном диабете и находятся на различных фазах принятия заболевания, что может отражаться на результатах обучения.

Выводы: терапевтическое обучение в «Школе сахарного диабета» имеет достаточную информационную эффективность для пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Преимуществами обучения в малых группах по программе непрерывного непродолжительного цикла можно считать сочетание «традиционного» курсового лечения в стационаре и возможность сотрудничества больных и медицинского персонала в создании новой стратегии контроля над течением заболевания и повышения качества жизни пациентов с сахарным диабетом.

## Маски аллергических болезней в практике терапевта

*Победенная Г.П.*

*Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск*

Цель работы – выявить причины сложности дифференциальной диагностики некоторых болезней в терапии с аллергическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Материалом исследования служат данные собственного опыта диагностики болезней во внутренней медицине, имеющих сходные черты с аллергическими заболеваниями.

Результаты. Аллергические и соматические заболевания в разные периоды своего развития могут иметь сходные клинические проявления. Появление различных клинических симптомов аллергии связано с выделением различных медиаторов из активированных тучных клеток и базофилов. По функциональным свойствам медиаторы обладают вазоактивными свойствами, способны вызывать сокращение гладкой мускулатуры, стимулировать периферические нервные окончания, имеют хемотаксическое действие, ферментативную активность, иммунотропные эффекты и т.д. Один и тот же медиатор способен проявлять несколько видов активности. Одним из главных медиаторов немедленной гиперчувствительности, который накапливается преимущественно в гранулах тучных клеток и базофилов, является гистамин. Уровень гистамина в плазме крови и тканевой жидкости повышается вследствие действия разнообразных иммунных и неиммунных стимулов. Наиболее частым синдромом, симулирующим в клинической практике аллергическое заболевание, из-за повышения уровня гистамина в крови пациента, является синдром кожной сыпи, в т.ч. – синдром крапивницы. Крапивница (КР) – общее название группы заболеваний, которые различаются по механизмам развития и методическим подходам к терапии. Основным клиническим симптомом КР являются волдырные элементы размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, четко ограниченные, возвышающиеся над уровнем кожи, часто сопровождаются зудом, или реже – болезненным жжением. Если поражаются более глубокие слои кожи, подкожная клетчатка, развивается отек Квинке. Патогенез КР во многом остается невыясненным, хотя известно, что основным механизмом разных видов КР является высвобождение медиаторов тучными клетками. Крапивничноподобные состояния наблюдаются при системной красной волчанке, дерматомиозите, системных васкулитах, синдроме Чарджа-Стросс, синдроме Вегенера и болезни Бехчета. Крапивничноподобный синдром нередко сопровождает заболевания печени, в частности, вирусные гепатиты В и С, а также аутоиммунный гепатит. Отек Квинке могут провоцировать инфекция *H. pylori*, аутоиммунный тиреоидит. Зачастую кожные проявления, сходные с аллергическим дерматитом, могут давать зудящие дерматомиозиты. Эозинофилией сопровождаются гельминтные инвазии, протекающие с кожным и бронхообструктивным синдромами в клинической картине, – аскаридоз, трихинеллез, токсокароз. Эритема на коже может быть проявлением Лайм-боррелиоза. Тщательных дифференциально-диагностических усилий требуют синдромы, сопровождающиеся высокой эозинофилией крови. Повреждающее действие эозинофилов на ткани обусловлено их способностью вырабатывать токсические медиаторы воспаления, которые хранятся в гранулах и высвобождаются после активации клетки. Длительная значительная эозинофилия негативно влияет на организм независимо от ее характера, т.к. из эозинофилов высвобождаются цитокины и другие белковые вещества, которые повреждают эндотелий сосудов, миелиновые нервные волокна, ткани, что приводит к поражению сердца, легких, кожи, нервной системы, суставов, пищеварительного тракта. Повышение уровня эозинофилов отмечено при дебюте лимфо- или миелопролиферативных заболеваний и требует тщательной диагностики и дифференциальной диагностики с аллергическими состояниями. «Маской» аллергического поражения глаз в практике офтальмолога могут быть хламидиозные и вирусные конъюнктивиты. Начало заболевания хламидиозным конъюнктивитом может

наблюдаться в летний период («бассейновый» конъюнктивит). Затруднение в диагнозе и, что важно, в лечении, вызывает ринит беременных. Именно он нередко служит поводом для обращения к аллергологу, особенно, если начинается в летнее время. Причина этого состояния – гормональная перестройка организма. Важное значение для дифференциальной диагностики имеют и медикаментозные риниты.

Выводы. Разнообразие заболеваний, которые в своей манифестации или развитии могут иметь симптомы, сходные с аллергическими заболеваниями, требует знания их клинических особенностей, объема диагностических мероприятий, которые будут способствовать установлению точного диагноза и определяют направления эффективного лечения

### **Изменения цитогенетических показателей клеток крови пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением**

*Победенная Г.П., Ярцева С.В.*

*Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск*

Состояние хромосомного аппарата клеток в значительной степени определяется системным состоянием организма и изменяется под влиянием эндо- и экзо-мутагенов. Поражение генетического аппарата клеток, которое встречается при различных заболеваниях, можно разделить на специфические, поражающие участки генома, и это определяет начало заболевания, и неспецифические (вторичные) поражения. Появление вторичных связано с действием эндомутагенов – производных измененного метаболизма, которые накапливаются в клетках больного в условиях патологии. Неспецифические хромосомные поражения, выявленные при ряде хронических воспалительных заболеваний и инфекций, позволяют предположить универсальность этого явления.

Цель работы – оценить состояние цитогенетических показателей клеток крови – лимфоцитов как универсальной модели нарушений состояния клеток организма больных бронхиальной астмой (БА), сочетанной с ожирением (Ож).

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 67 больных БА, в том числе – 37 с БА, сочетанной с Ож. Среди них с легким течением БА – 11 пациентов, среднетяжелым – 14, тяжелым – 12. Хромосомный анализ лимфоцитов осуществлялся по методике К. Бактон, Г. Эванс (1975). Среди пациентов с БА и нормально массой тела легкое течение диагностировано у 10, средней тяжести – у 11, тяжелое – у 9 лиц. Диагноз БА устанавливали в соответствии с существующими клиническими рекомендациями. Ожирение диагностировали при индексе массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц с нормальной массой тела.

Результаты. У больных БА легкого течения, сочетанной с Ож, наблюдались преимущественно абберрации хроматидного типа, число которых превышало референтную норму ( $p < 0,05$ ) и аналогичные показатели у пациентов с БА соответственно в 1,2 и 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). При среднетяжелом течении БА, сочетанной с Ож, количество хроматидных абберраций возрастало более существенно, чем в норме, и у больных с БА соответствующей степени тяжести. При тяжелой БА, сочетанной с Ож, количество хроматидных абберраций было несколько меньше, однако, более существенно увеличивалось количество хромосомных абберраций в лимфоцитах по сравнению с таковым в

группе тяжелой БА без Ож и БА средней тяжести, сочетанной с Ож. Выводы. Таким образом, с нарастанием степени тяжести БА, сочетанной с Ож, количество цитогенетических нарушений также увеличивалось, отражая значительные изменения метаболизма клеток организма, которые приводили к изменениям их структуры, что может отразиться на функции этих клеток.

### **Применение антагонистов лейкотриенов в терапии тяжелой персистирующей бронхиальной астмы: за и против**

*Победенная Г.П., Ярцева С.В.*

*Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск*

Важными медиаторами воспаления при бронхиальной астме (БА) рассматривают лейкотриены (ЛТ), которые обеспечивают длительную бронхоконстрикцию, секрецию вязкой слизи, приток нейтрофилов, экссудацию плазмы, участвуют в иммунных реакциях. ЛТС<sub>4</sub>, ЛТД<sub>4</sub>, ЛТЕ<sub>4</sub> называются цистеиновыми ЛТ, продуцируются преимущественно эозинофилами и отличаются от ЛТВ<sub>4</sub>, источником которого являются нейтрофилы, наличием пептидной группы. Против цистеиновых ЛТ разработаны антилейкотриеновые препараты (АЛП), наиболее часто употребляемым представителем которых является монтелукаст натрия. При тяжелой персистирующей БА у пациента в дыхательных путях имеет место нейтрофильное воспаление. Существуют различные мнения по поводу эффективности ингибиторов лейкотриенов, в частности, монтелукаста натрия при тяжелой персистирующей БА. Целью работы было изучение концентрации ЛТВ<sub>4</sub> у больных тяжелой персистирующей БА.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 89 больных со среднетяжелым обострением БА тяжелого персистирующего течения (IV степень тяжести) в возрасте (34,5±3,7) г., в т.ч. мужчин – 35 (39,3%), женщин – 54 (60,7%). Диагноз БА и степень тяжести устанавливались в соответствии с существующими рекомендациями. Все больные согласно виду терапии были разделены на 2 группы – основную (45 человек) и сравнения (44 больных). Все больные основной группы в период обострения БА и на амбулаторном этапе получали базисные средства согласно существующим протоколам с включением АЛП – монтелукаста натрия в дозе 10 мг (1 таб.) на ночь. Больным группы сравнения АЛП по разным причинам не назначался. Помимо рутинного лабораторного исследования крови, мочи и мокроты пациентов, в сыворотке крови и моче больных изучали концентрацию ЛТВ<sub>4</sub> при поступлении в стационар, при выписке и через месяц диспансерного наблюдения методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных коммерческих наборов ЛТВ<sub>4</sub> ELISA kit (Enzo Life Sciences, USA), и ТхВ<sub>2</sub> – с помощью набора ТХВ<sub>2</sub> ELISA kit (Enzo Life Sciences, USA). Результаты исследования. В мокроте всех пациентов, наряду с единичными эозинофилами, обнаруживалось, в среднем, до (47,3±3,6) нейтрофильных лейкоцитов в поле зрения. Определение ЛТВ<sub>4</sub> выявило, что при поступлении в стационар его концентрация в сыворотке крови в утренние часы в 16,7 раз ( $p < 0,001$ ) превышала концентрацию этого эйкозаноида у здоровых лиц с отсутствием динамики в вечернее время. В моче этих больных значения ЛТВ<sub>4</sub> были выше, чем у здоровых, в 3,7 раза ( $p < 0,01$ ). На фоне базисной терапии, включавшей монтелукаст натрия, при выходе из обострения было достигнуто снижение уровня ЛТВ<sub>4</sub>, однако, его показатель остался в

12,3 раза ( $p < 0,001$ ) выше, чем у здоровых. При этом значения ЛТВ4 у пациентов, которые не получали монтелукаст натрия, существенно не отличались от аналогичных у больных, которым он назначался. Через 1 месяц наблюдения концентрация ЛТВ4 в сыворотке крови больных БА снизилась от уровня при выписке и в 2,1 раза от исходных значений ( $p < 0,05$ ), но осталась выше нормы в 11,4 раза ( $p < 0,001$ ). На фоне терапии в моче исследованных пациентов концентрация указанного лейкотриена продолжала возрастать и наблюдалась существенно выше референтных значений. У больных группы сравнения в периоды наблюдения отмечались однонаправленные изменения с аналогичными у пациентов основной группы. При этом значения ЛТВ4 у лиц, которые не получали монтелукаст натрия, существенно не отличались от аналогичных у пациентов, которым он назначался.

Выводы. Таким образом, была выявлена недостаточная эффективность монтелукаста натрия на снижение концентрации ЛТВ4 у больных тяжелой персистирующей БА, что определяет направления поиска путей повышения эффективности лечения.

### **Клиническое течение бронхиальной астмы и хронического бронхита у беременных на фоне хронической никотиновой интоксикации**

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

*Амурская государственная медицинская академия,  
Благовещенск*

Хронические бронхолегочные заболевания, такие как бронхиальная астма и хронический бронхит, относятся к числу распространенной экстрагенитальной патологии у беременных. Представляет интерес изучение влияния курения на течение хронического бронхолегочного процесса во время беременности. Влияние активного и пассивного курения на течение бронхиальной астмы изучено в многочисленных работах, в то же время, учитывая увеличение распространенности курения среди беременных, наблюдаемое на протяжении последних лет, представляет интерес изучение клинико-функциональных особенностей течения БА в гестационном периоде у пациенток с хронической никотиновой интоксикацией, с определением ее влияния на уровень контроля БА, развитие гестационных осложнений и состояние плода и новорожденного. Бронхиальная астма относится к одному из самых распространенных заболеваний дыхательных путей, в том числе, и у беременных. Неконтролируемое течение заболевания у этой категории больных является серьезной фоновой патологией, поскольку эпизоды гипоксии и сенсибилизация могут быть причиной появления осложнений как у матери, так и плода. Во время беременности степень тяжести БА и уровень контроля заболевания часто претерпевает изменения, и пациентки нуждаются в более строгом наблюдении и подборе адекватной терапии. Приблизительно у трети беременных данное заболевание может протекать более тяжело, у трети – более легко и у трети – без изменений, что соответствует «правилу 1/3», при этом большинство авторов рассматривают беременность и БА как взаимовлияющие состояния, при неблагоприятном течении которых наблюдается взаимное отягощение.

Целью работы явилось изучение особенностей клинического течения бронхиальной астмы (БА) и хронического бронхита (ХБ) в различные периоды беременности, влияния хронической

никотиновой интоксикации на течение хронического бронхолегочного процесса, развитие гестационных осложнений, состояние плода и новорожденного.

Материалы и методы исследования. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных у курящих беременных: у 42 пациенток с бронхиальной астмой (I группа) и 30 больных с хроническим необструктивным (простым) бронхитом (II группа), группа сравнения (III) составили 30 некурящих беременных с хроническим необструктивным бронхитом. Изучены особенности течения БА у пациенток в динамике беременности в зависимости от уровня контроля заболевания согласно критериям GINA, 2017.

Результаты и их обсуждение. Длительность бронхиальной астмы составила 9,8 лет, хронического бронхита – 8,5 лет. Средний стаж курения у пациенток с бронхиальной астмой – 8,2 лет, с хроническим бронхитом – 9,3 лет. Обострения БА во время беременности отмечались у 26 (61,9%) пациенток. При этом, неконтролируемое течение БА на протяжении одного триместра было у 11 (42,3%) из них, в 2-х триместрах – у 10 (38,5%), на протяжении всех 3-х триместров – у 5 (19,2%), то есть, у 15 из 26 (57,7%) беременных отмечены повторные обострения БА на протяжении всего гестационного периода. Динамика течения БА во время беременности выглядела следующим образом: у 22 (52,4%) – ухудшение, у 14 (33,3%) – без перемен, у 6 (14,3%) – более легкое течение. Утяжеление симптомов БА во время беременности отмечено у пациенток с неаллергической и смешанной формами среднетяжелой и тяжелой БА, продолжающих курить в гестационном периоде, в этой же группе наблюдалось и более частое развитие осложнений. Обострение ХБ во время беременности наблюдалось у 34 пациенток (50%), при этом во II группе – у 28 (82%), в III – у 6 (18%). Повторные обострения хронического бронхита во время беременности отмечены в 7 (10,2%) случаях, причем все из них – во II группе. В структуре заболеваний новорожденных от пациенток I и II группы, в сравнении с III группой, чаще отмечены: церебральная ишемия – в 1,9 раза, внутриутробное инфицирование (ВУИ) – в 2,7 раза, нарушение периода адаптации – в 6,1 раза, задержка внутриутробного развития плода – в 3,2 раза, синдром респираторных расстройств – в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Необходимы профилактические мероприятия, направленные на отказ от курения, являющегося не только предиктором утяжеления бронхолегочной патологии во время беременности, но и способствующему развитию перинатальных осложнений.

### **Оценка синдрома обструктивного апноэ сна у больных кардиологического профиля по данным холтеровского мониторинга**

*Руженков Д.В., Мисикова И.М., Данильченко С.В.*

*ЗАО «Санаторий "Кругозор"», Кисловодск*

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) является одним из распространенных патологических состояний, характеризующееся повторяющимися эпизодами прекращения дыхания или существенного уменьшения дыхательного потока, что обычно вызывает снижение насыщения крови кислородом и фрагментацию сна и сопровождается храпом и избыточной дневной сонливостью. Согласно существующему определению обструктивное апноэ (ОА) – дыхательная пауза во время сна, характеризующаяся отсутствием или значительным, более чем на 90% от исходного, уменьшением носоротового воздушного потока

длительностью 10 секунд и более на фоне сохраняющихся дыхательных усилий. ОА завершается реакцией активации – микропробуждением головного мозга. Гиппноэ – это неполное спадение верхних дыхательных путей, уменьшение дыхательного потока более 50%. Известно, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) относятся к группе риска развития СОАС. При его наличии в три раза выше частота фатальных осложнений от ССЗ (смерть от инфаркта и инсульта) и в 4-5 раз чаще распространённость нефатальных сердечно-сосудистых событий.

Целью исследования было оценка СОАС у больных кардиологического профиля и сравнение его выраженности между группами пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (2 группа) и не имеющих его в анамнезе (1 группа).

Для выявления и оценки тяжести СОАС мы использовали аппараты суточного мониторирования ЭКГ, АД, ЧП с возможностью реопульмографии (РПГ) производства ООО «ДМС. Передовые технологии» (г. Москва). Было обследовано 100 мужчин, у которых при РПГ были выявлены эпизоды апноэ/гиппноэ, образовавших две группы по 50 человек. Пациенты вызывались на повторный осмотр для сбора уточняющего ретроспективного анамнеза, измерения окружности шеи (ОШ), оценки индекса массы тела (ИМТ). По всем этим показателям статистически достоверных различий не получено. При ретроспективном анализе все пациенты знали, что страдают храпом, но только 13 человек отметили неудобства в социально-бытовом плане, доставляемые им. О наличии периодов апноэ знали 37 больных (17 и 20 человек в соответствующих группах). Нормальный и избыточный вес имели всего 31 человек, ожирение 1 степени определено у 48 пациентов, ожирение 2 степени – у 21 человека. Считается, что ОШ более точно, чем ИМТ, отражает наличие СОАС. Так, если ОШ более 43 см у мужчин, и более 37 см у женщин, то можно уже задуматься о наличии СОАС, если еще при этом отмечается храп. В нашем исследовании ОШ более 43 см отмечалась у 72 человек (34 и 28 человек по группам соответственно). Все эти показатели соответствуют литературным данным. Единственным отличием было повышение АД, которое отмечалось у 61% пациентов (в доступных источниках – 30%), хотя не у всех них гипертония была определена как основное заболевание. Лёгкая форма СОАС отмечалась у 34%, средняя – у 46%, тяжелая – у 20% обследуемых. Классификация тяжести синдрома обструктивного апноэ сна основана на суммарной частоте эпизодов апноэ и гиппноэ в час: 5-15 – это легкая форма, 15-30 – средняя тяжесть и более 30 – это тяжелая форма. Различные нарушения ритма и проводимости были выявлены у всех больных. Наиболее общим являются наджелудочковая эктопическая активность и ночная тахикардия, которую приходится дифференцировать с пароксизмами циркуляции возбуждения в синусовом узле (СУ), одним из проявлений синдрома слабости СУ, в чём помогает соотношение времени эпизодов тахикардии с временем апноэ/гиппноэ. Во многих случаях эпизоды тахикардии сопровождались усилением желудочковой и наджелудочковой активности. В одном случае на фоне периода апноэ развилась пауза более 2 секунд. Желудочковая эктопическая активность (ЖЭ) встречалась у 26 пациентов (52%) в первой группе и у 39 (78%) во второй, что является статистически значимым (Стьюдента = 2,9;  $p > 0,05$ ). Отмечается и более выраженная тяжесть этих нарушений у больных, перенесших ОИМ. У 7 пациентов этой группы отмечалась ЖЭ высоких градаций (по М.Ryan, 1975 г.). Всем пациентам со средней и тяжелой формами СОАС было рекомендовано проведение кардиореспираторного мониторирования или полисомнографии для уточнения генеза нарушений и определения тактики лечения. Таким образом, хотя

реопульмография и не является методом первичной диагностики СОАС, её использование позволяет объективизировать наличие синдрома и рекомендовать дальнейшее обследование в специализированном учреждении. Кроме того, использование РПГ помогает в диф.диагностике некоторых нарушений ритма.

## **Анемический синдром у больных хронической обструктивной болезнью легких**

*Рыбас А.В.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Анемия является более частым изменением со стороны эритроидного ростка у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), по сравнению с эритроцитозом, и регистрируется у 15-30% больных. Высокая распространённость анемии у пациентов ХОБЛ дала основание считать, что анемия может вносить вклад в ограничение физической активности и усиление диспноэ у данной категории пациентов. Анемия является независимым предиктором летальности у больных ХОБЛ.

Цель исследования: изучить распространённость и структуру анемического синдрома у больных ХОБЛ.

Задачи исследования: 1) выявить распространённость анемического синдрома у больных ХОБЛ; 2) проанализировать связь анемического синдрома с полом, возрастом, степенью тяжести у больных ХОБЛ; 3) определить влияние анемии на клиническое течение ХОБЛ и показатели функции внешнего дыхания.

Материал и методы исследования: обследовано 170 больных ХОБЛ, 68 женщин и 102 мужчины. Всем пациентам выполнялись электрокардиография, обзорная рентгенография органов грудной полости, спирография, фибробронхоскопия. Степень тяжести ХОБЛ оценивали по классификации GOLD (2018). Анемии диагностировали согласно рекомендациям ВОЗ. Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа SPSS, версия 11.0 для Windows.

Результаты: средний возраст больных составил  $55,15 \pm 2,25$  лет. Анемический синдром выявлен у 37 пациентов ХОБЛ (21,8 %): у 24 женщин и 13 мужчин; у женщин распространённость анемии достоверно больше ( $p < 0,05$ ). У 29 больных (78,3 %) диагностирована анемия легкой степени (Hb 90-119 г/л), у 8 пациентов (21,7 %) – анемия средней степени тяжести (Hb 70 – 89 г/л). У 5,4% больных ХОБЛ диагностирована гиперхромная (В12-дефицитная анемия), у 18,9% – железодефицитная анемия, у большинства пациентов (75,7%) выявлена нормохромная нормоцитарная анемия. У больных старше 60 лет анемия встречалась достоверно чаще (в 72,9% случаев,  $p < 0,05$ ). Подавляющее большинство пациентов с анемическим синдромом имели сопутствующую артериальную гипертензию (67,5%), в 83,3% случаев у больных ХОБЛ с анемией течение болезни осложнялось ИБС с наличием ХСН. Достоверно чаще анемия встречалась при тяжелом (III стадия по GOLD, 70,3%) и среднетяжелом (II стадия по GOLD, 29,7%) течении ХОБЛ ( $p < 0,05$ ), в то же время при легком течении ХОБЛ снижения гемоглобина не определялось. Выраженность одышки по шкале Борга была больше у больных ХОБЛ с анемией в сравнении с пациентами без сопутствующего анемического синдрома ( $7,4 \pm 2,6$  против  $3,2 \pm 1,8$ ,  $p < 0,05$ ). Выявлена корреляция между снижением гемоглобина и ОФВ1 ( $r = 0,786$ ,  $p < 0,05$ ).

Заключение: анемический синдром часто встречается у больных ХОБЛ, ухудшая течение заболевания, вызывая усиление одышки и нарушение функции внешнего дыхания.

### **Клеточная реакция сердца, легких и уровень интерлейкина при экспериментальном хроническом гнойном воспалении легких**

*Садыхова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Базарова С.А.*

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

Цель исследования – анализировать влияние озон-терапии на уровень интерлейкина IL1 $\beta$ , клеточную реакцию сердца, легких в эксперименте на модели хронического гнойного воспаления лёгких (э-ХВЛ) вызванной длительным раздражением бронхов инородным телом.

Материал и методы. Модель э-ХВЛ вызывалась по методике Батыровой З.Б., и Шамирзаева Н.Х. [1992] у (34) беспородных крыс. В первой группе озон терапия проведена путём подкожного или внутрибрюшинного введения озонированного физиологического раствора, одноразовыми шприцами по 3 мл тончайшими иглами 1 раз ежедневно в течение 10 дней. Во 2 группе – озон-терапия проводилась внутримышечным введением одноразовыми шприцами 5 мл озонированного физиологического раствора, ежедневно №10. В контрольной группе лечение не проводилось. Исследованы уровень интерлейкина (IL1 $\beta$ ) в сыворотке крови (твердофазный иммуноферментный анализ), цитология – методом препаратов отпечатков (Наджимитдинов С. Т., 2000) до лечения, после 10 процедур и через месяц после завершения лечения.

Результаты. Уровень IL1 $\beta$  составил до лечения 120,29 $\pm$ 3,8 пг/мл (контроль 6,3 $\pm$ 0,3 пг/мл). После 10 процедур в 1 группе оно составило 86,10 $\pm$ 1,45, во второй группе 86,8 $\pm$ 2,00 пг/мл, а в ближайшие отдалённые сроки в I группе составило 70,49 $\pm$ 1,15 пг/мл и во 2 группе 40,49 $\pm$ 1,0 пг/мл. В исходном состоянии в ткани легкого превалировала лимфоцитарно-микрофагальная реакция, легочные макрофаги были мелкими без пищеварительных вакуолей, располагались вплотную к альвеолярной мембране. В ткани легкого после 10 процедур в обеих группах выявлено обилие макрофагов с признаками частичной активности с отдельными пищеварительными вакуолями. В контрольной группе макрофаги были единичными, неактивными. В ткани сердца до лечения выявлены признаки дистрофии, альтерации миокардиоцитов, а также клеточной инфильтрации. Миокардиоциты крупного размера составили 43,3%, среднего 34,2%, мелкого 22,5% по сравнению с контрольной здоровой группой (соответственно 26%, 32%, 42%). Установлено наличие различных типов клеток: лимфоцитов, неактивных макрофагов, эозинофилов, плазматических и гигантских клеток. После 10 процедур в 1 группе увеличилось количество миокардиоцитов мелкого диаметра соответственно (63,0%-68,0%) во 2 группе крупного (55,3-62,0%) по сравнению с группой контроля. В отдаленные сроки в 1 группе увеличилось количество миокардиоцитов крупного диаметра (52,0%) и мелкого калибра во 2 группе (55,0%). Количество лейкоцитов и эозинофилов уменьшилось, увеличилось количество макрофагов с выраженными пищеварительными вакуолями ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, при воздействии дозированной озон терапии у э-ХВЛ выявлено снижение провоспалительных интерлейкинов – показателей

воспаления, активация миокардиоцитов и исходно сниженных показателей легочной макрофагальной реакции, что может найти практическое применение для профилактики и лечения хронических воспалительных процессов в дыхательных путях.

### **Вертеброгенный синдром при гипермобильности суставов**

*Санеева Г.А.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Синдром гипермобильности суставов (СГМС) широко распространен в структуре болезней костно-мышечной системы, представляя собой одну из часто встречаемых клиничко-функциональных нозологических форм генерализованной дисплазии соединительной ткани. Генетически детерминированные изменения в структуре коллагена, лежащие в основе СГМС, обуславливают облигатное вовлечение в патологический процесс костных и хрящевых структур различных отделов опорно-двигательного аппарата, в том числе позвоночника. Целью работы явилась оценка клиничко-рентгенологических особенностей вертеброгенного синдрома в структуре костно-мышечной патологии у лиц молодого возраста с СГМС.

Материал и методы. Распространенность и проявления вертеброгенного синдрома в диспластическом фенотипе исследованы у 214 пациентов (128 мужчин и 86 женщин) с СГМС в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст 22,8 $\pm$ 3,6 лет). Гипермобильный синдром диагностировали согласно действующим критериям. В исследование не включались больные с моногенными наследственными заболеваниями, ревматической патологией. В контрольную группу были включены 40 человек без внешних признаков дисплазии соединительной ткани. Полученные результаты статистически обработаны.

Результаты и обсуждение. Выраженность гипермобильности в суставах по шкале Beighton чаще всего (51,9%) соответствовала 5 баллам. У 24,3% обследуемых данный показатель составил 4 балла. Выраженные степени гипермобильности – по 7 и 9 баллов, выявлены соответственно у 13,1% и 10,7% пациентов. При клиническом осмотре у больных СГМС достоверно часто ( $p \leq 0,05$ ) встречались такие аномалии ортопедического статуса, как изменение выраженности физиологических изгибов позвоночника, нарушение осанки, сколиоз. В группе пациентов с СГМС в соответствии с особенностями грудного кифоза отмечены следующие типы нарушений осанки. Преобладающей оказалась верхнегрудная форма кифоза – так называемая верхнегрудная сутуловатость (42,5%;  $\chi^2=5,999$ ,  $p=0,014$ ). Достоверно чаще по сравнению с контролем встречался синдром «плоской спины» (36,4%;  $\chi^2=8,545$ ,  $p=0,003$ ). Как известно, именно «плоская спина» предрасполагает к снижению упругости позвоночника и формированию фронтальных искривлений – сколиозов. Кифотическая форма отмечена у 10,7% обследуемых с СГМС. Физиологическая форма грудного кифоза имела место в 10,3% случаев против 82,5% наблюдений в контрольной группе ( $\chi^2=46,645$ ,  $p < 0,0001$ ). Рентгенофункциональные исследования позволили верифицировать нозологические формы диспластической патологии позвоночника у больных СГМС, носившие в ряде случаев полифокальный характер. Превалировали сколиотические деформации позвоночника, зафиксированные клинически и рентгенологически достоверно чаще по сравнению с контрольной группой (50,96%;  $\chi^2=8,210$ ,  $p=0,004$ ). В 83% случаев отмечена начальная, I степень

искривления. У 15,1% больных выявлен сколиоз II степени. У одного больного верифицирован сколиоз III степени. С учетом локализации сколиотической дуги наиболее часто имели место грудной, и комбинированный, грудо-поясничный сколиоз. Полисегментарный остеохондроз, зарегистрированный достоверно часто (47,1%;  $\chi^2=5,691$ ,  $p=0,017$ ), может свидетельствовать о раннем прогрессировании дегенеративных изменений в суставах позвоночника у пациентов с СГМС. Остеохондропатия позвоночника, или болезнь Шойермана-Мау, отмечена у 18,3% больных СГМС, что превышает популяционную распространенность ( $p>0,05$ ) и может объясняться нарушением метаболизма коллагена и других компонентов соединительнотканного матрикса, а также функциональной недостаточностью хрящевой ткани. Диспластические аномалии кранивертебрального сегмента позвоночника, включающие костную, связочную и сочетанные костно-связочные дисплазии, встречались достоверно чаще (44,2%;  $\chi^2=6,831$ ,  $p=0,009$ ) у лиц с гипермобильным синдромом в сравнении с контролем. Одним из проявлений вертебральной патологии, часто встречающимся при СГМС, является спондилолистез. Дополнительным фактором, провоцирующим смещение позвонка относительно нижележащего, может служить излишняя растяжимость соединительнотканых связочных элементов, характерная для лиц с гипермобильным синдромом. В исследуемой группе спондилолистез зарегистрирован у 26,9% пациентов ( $\chi^2=5,088$ ,  $p=0,024$ ). Таким образом, учитывая распространенность вертеброгенного синдрома при СГМС, целесообразно применение диагностических мероприятий и активных лечебно-профилактических стратегий для своевременного выявления и адекватной коррекции его компонентов.

## Проявление дисгормоноза при внебольничных пневмониях у лиц молодого возраста

*Саргсян М.В.*

*Ереванский государственный медицинский университет,  
Республика Армения, Ереван*

**Резюме.** Внебольничные пневмонии (ВПБ) считаются опасными для жизни инфекционными заболеваниями и являются одной из основных причин заболеваемости, госпитализации и смертности. Своевременная диагностика, лечение и профилактика внебольничных пневмоний все еще являются одними из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Повышение эффективности лечения внебольничной пневмонии возможно только при своевременной постановке диагноза, адекватной оценке поражения других органов-систем у пациента.

**Цель.** Исследовать и оценить роль дисгормоноза в нарушениях адаптации молодого организма при внебольничных пневмониях. **Материал и методы.** Для достижения целей данной работы было исследовано 296 больных пневмонией мужского пола, в возрасте 18-21 лет, которые были госпитализированы и получили лечение в Ереванском Центральном клиническом госпитале. Сравнительная группа состояла из 63 практически здоровых лиц мужского пола того же возраста. Кроме принятых клинических (общие анализы крови и мочи), биохимических (общий белок и его фракции, креатинин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, билирубин и его фракции, коагулограмма и т. д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма, сонография органов брюшной полости, рентгеноскопия/графия органов грудной клетки, компьютерная томография), иммуноферментным методом были определены уровни

кортизола, тестостерона, пролактина, ТТГ, Т3, Т4, антиТГ и антиТРО в сыворотке крови. Уровни кортизола, тестостерона, пролактина были определены с учетом их циркадных ритмов в молодом организме. Сравнительный анализ показателей и достоверность результатов оценивались по критерию Стьюдента.

**Результаты.** Анализ данных показывает, что во всех обследуемых группах по сравнению с группой практически здоровых лиц наблюдается тенденция к повышению пролактина, уровень тестостерона во всех группах имеет тенденцию к снижению, тенденция к снижению уровня кортизола наблюдается в группе пациентов 18-19 лет, данный показатель в некоторой степени растет у лиц в возрасте 20-21 года, но он остается ниже уровня показателя контрольной группы. Известно, что в зрелых организмах пролактин и кортизол в сочетании с соматотропным гормоном представляют собой мощный модулирующий фактор, который выборочно активирует обмен веществ в паренхиматозных органах. Относительно низкий уровень кортизола у этих пациентов можно рассматривать как неадекватную адаптивную реакцию, которая в экстремальных условиях может привести к медленному или быстрому угнетению метаболических процессов в паренхиматозных органах. Поскольку относительно высокие цифры пролактина по сравнению с контрольной группой находятся в пределах значений обобщенной мужской популяции, не исключено, что в этом случае мы имеем дело с перенапряженным синтезом гормона, который выражается неполноценной продукцией. Относительно низкий уровень тестостерона, скорее всего, связан с истощением адаптивных ресурсов организма во время внебольничной пневмонии. Так как даже непостоянная гиперпролактинемия косвенно подавляет синтез хорионического гонадотропина, а последний стимулирует выброс тестостерона из клеток Лейдига, следовательно, при внебольничных пневмониях относительное снижение уровня тестостерона следует рассматривать как уменьшение защитно-приспособительных реакций по оси гипофиз-надпочечники-семенные пузырьки.

**Заключение.** Таким образом, при внебольничных пневмониях в эндокринной системе организма происходят некоторые фазовые сдвиги, что, по всей вероятности, может привести к перенапряжению защитных адаптационных реакций, а в конечном итоге – к их истощению. Между тем, принимая во внимание тот факт, что ответная реакция на гормональную адаптацию во всех группах больных с ВБП имеет схожий характер, а ВБП протекает как острый стрессовый процесс, можно предположить, что у обследованных нами больных организм не может быть полностью подготовлен и адекватно реагировать на агрессию пневмонии, по-видимому, из-за их прежнего состояния здоровья. Учитывая указанные изменения, рекомендуется провести повторные гормональные тесты после полного излечения основного заболевания; в случае отклонений – обратиться к эндокринологу.

## Содержание гепсидина в крови при ревматоидном артрите

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

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь*

Гепсидин – циркулирующий пептидный гормон, который является медиатором воспаления, обладает антимикробной активностью, а также угнетает всасывание железа в тонком кишечнике и

высвобождение его макрофагами и гепатоцитами. Провоспалительные цитокины (интерлейкин-6), гиперпродукция которых наблюдается при ревматоидном артрите, усиливают синтез гепсидина и экспрессию его мРНК в гепатоцитах.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи сывороточного содержания гепсидина с особенностями течения ревматоидного артрита.

**Материал и методы.** Обследовано 78 больных ревматоидным артритом (59 женщин, 19 мужчин) в возрасте от 22 до 66 лет (средний возраст  $49,87 \pm 1,28$  лет). Критерии включения в исследование: больные ревматоидным артритом в возрасте 18 лет и старше, согласие на участие в исследовании, прием нестероидных противовоспалительных препаратов или глюкокортикоидов в стабильной дозе не менее 4 недель. К критериям исключения относились переливание эритроцитарной массы, недавние острые кровотечения в анамнезе, прием препаратов железа в течение последних 3 месяцев, прием генно-инженерных биологических препаратов, заболевания суставов другой этиологии, острые и хронические в периоде обострения соматические заболевания, инфекции, злокачественные новообразования, отказ от участия в исследовании. Группу контроля составили 12 практически здоровых людей, сопоставимых по полу, возрасту, физическому развитию и сопутствующей патологии. Диагноз РА устанавливали согласно классификационным критериям ACR/EULAR (2010). Среди пациентов преобладали женщины (75,6%) старше 50 лет, имеющие позднюю стадию заболевания (84,6%) и высокую степень активности (71,8%). Длительность суставного синдрома составила  $11,446 \pm 0,91$  лет. Средние значения шкалы DAS28 были равны  $5,46 \pm 0,08$ . Ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) в крови выявлялись у 88,5% и 74,4% больных соответственно, среднее содержание РФ IgM и АЦЦП в сыворотке крови достигало  $154,53 \pm 17,42$  МЕ/мл и  $303,14 \pm 47,79$  ед/мл соответственно. У большинства больных диагностированы эрозивный вариант болезни (88,5%), III-я рентгенологическая стадия (73,1%), II и III функциональные классы (48,7% и 48,7% соответственно). У 17,9% пациентов определялись системные проявления (преимущественно ревматоидные узелки), в 66,7% случаев имелся вторичный остеоартроз. Пациенты и лица группы контроля дали информированное согласие на проведение исследования, которое было одобрено этическим комитетом университета. Определение сывороточного содержания гепсидина проводилось методом иммуноферментного анализа с помощью наборов фирмы Cusabio Biotech Co., Ltd. (Китай) в соответствии с прилагаемыми инструкциями. Статистическая обработка результатов проведена с помощью пакета программ, адаптированных для медико-биологических исследований (IBM SPSS Statistics 24). Достоверными считали результаты при уровне значимости различий  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При ревматоидном артрите содержание гепсидина в крови было достоверно выше, чем у здоровых ( $p < 0,03$ ). У 62,8% пациентов показатели гепсидина располагались выше верхнего диапазона значений контрольной группы. Концентрация гепсидина в крови не была связана с длительностью или клинической стадией заболевания, а также с наличием или отсутствием ревматоидного фактора и АЦЦП. Обнаружена позитивная корреляция значений гепсидина с количеством АЦЦП в крови ( $p = 0,03$ ). Достоверной зависимости показателей гепсидина от активности воспалительного процесса (по данным индекса DAS28) выявлено не было. Уровни гепсидина не коррелировали со значениями СОЭ и С-реактивного белка, а также не зависели от тяжести рентгенологических изменений суставов, в том числе от наличия или отсутствия эрозий, хотя отмечена тенденция к более высоким значениям медиатора в случаях менее

выраженной картины костно-деструктивных изменений в суставах. Наличие высоких градаций функционального класса, системных проявлений или осложнений ревматоидного артрита не влияло на динамику гормона в крови.

**Заключение.** При ревматоидном артрите наблюдается увеличение содержания гепсидина в крови, не ассоциированное с иммунологической перестройкой, активностью, системными проявлениями и осложнениями заболевания.

## **Особенности содержания метаболитов оксида азота у больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с остеоартрозом**

*Скиба Т.А., Сиротин В.И., Штыка Е.С.*

*Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск*

По современным представлениям хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это хроническое воспалительное заболевание с бронхопульмональными и экстрапульмональными проявлениями. Частым спутником ХОБЛ у лиц старше 40 лет является остеоартроз (ОА). Одним из следствий системного воспаления при ХОБЛ у пациентов является развитие остеопороза и деструктивных изменений в костно-суставной ткани, что служит основой для ОА. Метаболические расстройства при ХОБЛ и при ОА всегда предшествуют морфологическим изменениям в легких и суставной ткани. Среди нарушений метаболизма при сочетании ХОБЛ и ОА важное место принадлежит изменениям обмена оксида азота (NO).

Целью работы было определить содержание метаболитов оксида азота (NOx) у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ОА в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ).

**Материал и методы.** Обследованы 54 больных с обострением ХОБЛ, в т.ч. с ХОБЛ (клиническая группа В – GOLD II), коморбидной с ОА, без сино-вита 33 человека – основная группа, с ХОБЛ без коморбидности с ОА – 21 (группа сравнения) в среднем возрасте ( $54,4 \pm 3,1$ ) лет с продолжительностью заболевания ХОБЛ ( $9,6 \pm 1,1$ ) года. Среди больных мужчин было 46 (85,1%), женщин – 8 (14,9%). Все больные были курильщиками со стажем курения ( $22,4 \pm 2,9$ ) пачко-лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц того же пола и возраста. Уровни метаболитов NO (NOx) в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) в соответствии с методикой Griess и соавт. (1982). Полученные результаты были обработаны статистически с привлечением методов параметрического и непараметрического анализа.

**Результаты исследования.** У больных основной группы концентрация NOx в сыворотке крови была достоверно выше аналогичного показателя здоровых лиц на 12%. Показатель NOx в сыворотке крови больных группы сравнения превышал норму на 28,2% ( $p < 0,01$ ) и был выше, чем у исследованных основной группы, на 14,4% ( $p < 0,05$ ). Уровень NOx в КВВВ пациентов основной группы был самым высоким среди всех исследованных больных, превышая норму в 2,8 раза ( $p < 0,01$ ) и аналогичный в группе сравнения, в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ). У пациентов группы сравнения величина NOx в КВВВ превышала таковой у здоровых лиц в 2,2 раза ( $p < 0,01$ ). У пациентов основной группы с дыхательной недостаточностью (ДН) I степени уровень NOx в сыворотке крови в 1,5 раза и в КВВВ – в 3,3 раза превышал контрольные значения ( $p < 0,01$ ). У больных с ДН II степени концентрация NOx в сыворотке крови была ниже контрольной в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), а в КВВВ – выше

в 2,3 раза ( $p < 0,01$ ). У пациентов группы сравнения с ДН I степени концентрация NOx была выше, чем у здоровых, в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ) и выше, чем в основной группе, в 1,1 раза. У больных этой группы с ДН II степени содержание NOx достигало референтной нормы, однако, достоверно превышало таковое в основной группе в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ). В КВВВ у пациентов группы сравнения значения NOx при ДН I и II степени были также достоверно выше, чем у здоровых в 2,7 раза и 1,8 раза соответственно ( $p < 0,05$ ). Однако эти же значения NOx в КВВВ группы сравнения при ДН I и II степени были ниже, чем в основной, соответственно в 1,2 раза и 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ОА наблюдается повышенное содержание метаболитов оксида азота в КВВВ и дефицит в сыворотке крови. 2. Значительное повышение метаболитов оксида азота в КВВВ у пациентов с ассоциацией ХОБЛ и ОА можно рассматривать как проявления наиболее высокой активности местного нитрозивного стресса при указанной коморбидности.

### **Чрезмерное повышение артериального давления в ответ на стандартизованную физическую нагрузку как фактор риска развития артериальной гипертензии у молодых лиц**

*Склянная Е.В.*

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

Целью данного исследования стало изучение роли чрезмерного повышения артериального давления (АД) в ответ на стандартизованную физическую нагрузку в оценке риска развития артериальной гипертензии (АГ) у молодых лиц с нормальным исходным уровнем АД. Материалы и методы. Объектом проспективного обсервационного исследования послужили 840 молодых лиц в возрасте от 20 до 29 лет с нормальным уровнем АД. АД по стандартной методике измерялось за 30 мин до и сразу после стандартизованной физической нагрузки. В качестве физической нагрузки выступал тредмил-тест по модифицированному протоколу Брюса. Чрезмерным считалось повышение систолического и/или диастолического АД после выполнения нагрузки более 25% от исходного. В последующем обследуемые наблюдались в течение 5 лет. По уровню АД были выделены 2 группы: 1 группу составили пациенты с АГ (АД 140/90 мм рт. ст. и выше), 2 группу – обследованные, у которых уровень АД был в пределах нормы (ниже 140/90 мм рт.ст.).

Результаты. Повышение систолического АД после физической нагрузки более 25% было выявлено у 154 обследованных (18,3%, 95% ДИ 15,8-21,0%), диастолического – у 172 (20,5%, 95% ДИ 17,8-23,3%). В целом патологическая стрессовая реакция АД наблюдалась у 215 обследованных (25,6%, 95% ДИ 22,7-28,6%). За период наблюдения из исследования по различным причинам выбыли 76 человек. АГ была выявлена у 144 обследованных (18,8%, 95% ДИ 16,2-21,7%) – 1 группа, у остальных 620 человек (81,2%, 95% ДИ 78,3-83,8%) наблюдался нормальный уровень АД – 2 группа. При ретроспективном анализе чрезмерное повышение АД после стандартизованной физической нагрузки было выявлено у 62 обследованных 1 группы (43,1%) и 134 (21,6%) человек 2 группы ( $p < 0,001$ ). По результатам однофакторного логистического регрессионного анализа патологическая реакция АД на физическую нагрузку является значимым фактором риска развития АГ (ОШ 2,7, 95% ДИ 1,9-4,0,  $p < 0,05$ ).

Заключение. Чрезмерное повышение АД в ответ на стандартизованную физическую нагрузку является независимым фактором риска развития

АГ в течение 5 лет у лиц молодого возраста с исходно нормальным уровнем АД.

### **Реактивная и личностная тревожность пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на помповой инсулинотерапии**

*Сорокина Ю.А., Занозина О.В., Занозин А.В., Доценко В.Л.*

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Наркологическая больница, Нижний Новгород*

Цель. Оценить тревожность и приверженность к помповой инсулинотерапии больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. За период 2015-2016 гг. на базе ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» установлены 199 инсулиновых помп с многосуточным контролем гликемии методом непрерывного мониторинга глюкозы в рамках высокотехнологичной медицинской помощи. Доля пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) составила 11 человек, средний возраст  $53,50 \pm 4,55$  лет, установленный диагноз  $5,6 \pm 0,5$  лет. Оценивался уровень тревожности после 2 лет проведенной помповой инсулинотерапии по личной и реактивной тревожности Спилберга-Ханина. При интерпретации показателей использовали следующие ориентировочные оценки: до 30 баллов – низкая, 31 - 44 балла – умеренная; 45 и более – высокая. Результаты. Пациенты с СД2 после 2 лет инсулиновой помпотерапии отличаются уровнем личной тревожности чуть выше среднего (от 40 до 45 баллов), вместе с тем ситуативная тревожность находилась на умеренном и чуть завышенном уровне (от 35 до 49 баллов). Отказ 3 пациентов из 11 от продолжения спровоцирован трудностью планирования собственной активности.

Выводы. Пациенты с СД2, приверженные к помповой инсулинотерапии, – это больные с высокой мотивацией, а также заинтересованные в собственном престиже и положении в обществе. Однако некоторым из пациентов оказалось затруднительно содержательное осмысление и планирование собственной деятельности, необходимой для корректного расчета доз, что, в свою очередь, привело к отказу от помповой инсулинотерапии.

### **Влияние магния оротата на морфофункциональное состояние артерий у женщин в постменопаузальном периоде**

*Улубиева Е.А., Боровая Т.Г., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Джигкаева З.С.*

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ*

Цель. Выявить влияние магния оротата на морфофункциональное состояние сосудистой стенки у здоровых некурящих женщин, находящихся в постменопаузе.

Материалы и методы. Для участия в исследовании были отобраны 37 некурящих женщин (находящихся в постменопаузальном периоде около 2,5 лет), признанных по данным амбулаторных карт и динамике ежегодных диспансерных осмотров практически здоровыми, а также 7 некурящих женщин в постменопаузе (около 2,5 лет), с двусторонней патологической извитостью внутренних сонных артерий (ПИ ВСА),

требующей оперативного вмешательства. Все отобранные женщины были одной возрастной группы согласно классификации ВОЗ – 45-59 лет (средний возраст – 51,9±5,1 лет). Исходно и после проведенного 12-недельного курса лечения магния оротатом в суточной дозе 2 г всем женщинам провели ультразвуковое исследование сонных и плечевых артерий с определением толщины комплекса интима-медиа, эндотелийзависимой вазодилатации, с одновременным мониторингом показателей кровотока осциллометрическим методом. Параллельно с исследованием морфофункционального состояния артерий под влиянием магния оротата с помощью инструментальных методов проводилось изучение морфологических изменений сосудистой стенки артерий в условиях *in vivo*. Такая возможность появилась в результате операций по реконструкции ВСА (резекция с реддрессацией и реимплантацией артерии в старое устье) у 7 участниц исследования, проведенных в два этапа: на первом этапе удаляли извитой участок ВСА с одной стороны; на втором (через 12 нед. после первой операции, в течение которых пациентки принимали магния оротат,) – с противоположной. Морфологически исследовались дистальные с обеих сторон визуально неизмененные участки сосудов, взятые до и после лечения, которые были подвергнуты комплексному анализу, включавшему световую микроскопию гистологических препаратов артерий, электронно-микроскопическое исследование образцов в двулучевом сканирующем электронном микроскопе Quanta 200 3D, FEI Company (USA), анализ гистологических препаратов на эластин с морфометрической оценкой его площади до и после лечения. Полученные результаты. Исследование показало положительное влияние курса терапии магния оротатом на морфофункциональное состояние стенок артерий у исследуемых женщин, проявляющееся улучшением эндотелиальной функции, уменьшением скорости пульсовой волны и индексов ригидности, повышением податливости плечевой артерии. По данным световой и сканирующей электронной микроскопии: восстановлением эндотелиального покрытия поверхности интимы, целостности внутренней эластической мембраны, упорядоченности укладки гладкомышечных клеток средней оболочки, увеличением синтеза внеклеточного матрикса, гликокаликса. Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о положительном влиянии магния оротата на морфофункциональный статус сосудистой стенки у женщин в постменопаузальном периоде, обеспечивая улучшение функции интимы.

### **Содержание гликопротеинов на поверхностях клеточной культуры эндотелиоцитов Ea.hu 926 и интимы внутренних сонных артерий под влиянием магния оротата**

*Улубиева У.А., Боровая Т.Г., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Медоева А.А.*

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ*

Цель. Выявление изменения содержания гликопротеинов под влиянием магния оротата в гликокаликсе эндотелиоцитов. Материал и методы. Использовали эндотелиоциты перевиваемой клеточной культуры Ea.hu 926 (ATCC CRL-2922; условия *in vitro*), полученной путем гибридизации первичной эндотелиальной линии HUVEC с клетками карциномы легкого A-549 в 1983 г. Dr. Cora-Jean Edgell. Культура была предоставлена отделом иммунологии ФГБУ «Научно-исследовательского института экспериментальной медицины» (Санкт-

Петербург). Культура выращивалась на покровных стеклах, помещенных в питательную среду DMEM с добавлением 10% эмбриональной телячьей сыворотки (FCS; Биолот, Россия) по стандартной методике. Пересев клеточной линии Ea.hu926 осуществляли 1 раз в 3 дня по общепринятой методике в лаборатории культур тканей ФГБУ «ФНИЦЭМ им Н.Ф. Гамалеи», в эксперименте клетки использовали между 4-5 пассажами. Исследовали параллельно эндотелиоциты клеточной культуры Ea.hu 926 до и после добавления в среду магния оротата и эндотелий интимы внутренних сонных артерий, фрагменты которых были получены при последовательно выполненной билатеральной резекции артерий у больных с двусторонней патологической извитостью внутренних сонных артерий до (с одной стороны) и после (с противоположной стороны) проведенного им курса лечения магния оротатом в суточной дозе 2,0 г в течение 12 недель. Для достижения поставленной цели был применен метод детекции гликопротеинов сульфатом меди, который был разработан Энтони (1931) для выявления гликопротеинов капсулы бактерий, и затем модифицирован в лаборатории Л.В. Диденко (ФГБУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи) в 2013 г. применительно к гликокаликсу эукариот. Исследование проводилось с помощью двулучевого сканирующего ионно-электронного микроскопа Quanta 200 3D (FEI Company, USA) с приставкой Genesis XM2 (EDAX, USA) для рентгеновского микроанализа (PMA). В обоих опытах проводилось картирование заданной площади поверхности образца (заданном «поле сканирования») для уточнения характера распределения ионов меди. Изменения степени распределения меди в исследуемых образцах до и после взаимодействия с магния оротатом определяли планиметрическим методом.

Полученные результаты. При картировании исследуемых образцов по химическому элементу «медь» как косвенного детектора содержания гликопротеинов в образцах клеточной культуры эндотелиоцитов Ea.hu 926 до инкубации с магния оротатом общее количество сигналов меди на одно поле сканирования составило 6928±124, а в образцах, полученных после инкубации с магния оротатом – 7592±131. В условиях *in vivo* на поверхности интимы внутренних сонных артерий количество сигналов ионов меди до курса лечения магния оротатом составило в среднем 5015±407, после – 6100±152.

Выводы. Выявлено достоверное увеличение содержания гликопротеинов на поверхности клеточной культуры эндотелиоцитов Ea.hu 926 (на 10%) и интимы внутренних сонных артерий (на 22%) под влиянием магния оротата.

### **Динамика показателей центрального аортального давления и жесткости сосудистой стенки в зависимости от солечувствительности пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа**

*Фендрикова А.В., Скибицкий В.В., Киселёв А.А.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Цель: оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на показатели центрального аортального давления (ЦАД) и жесткости сосудистой стенки в зависимости от солечувствительности пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследование включен 61 пациент с АГ и СД 2 типа. На основании результатов пробы по В.И. Харченко было

сформированы две группы больных: 1 группа (n=31) - солечувствительные и 2 группа (n=30) – солерезистентные. Все пациенты получали утром рамиприл 10 мг и индапамид-ретард 1,5 мг, а вечером – амлодипин 10 мг. Исходно и через 6 месяцев проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппаратного комплекса VPLabVasotens (ООО «Петр Телегин», Россия) и определением основных показателей СМАД, а также параметров жесткости сосудистой стенки и ЦАД: скорости распространения пульсовой волны в аорте (PWV<sub>ao</sub>, м/с), времени распространения отраженной волны (RWTT, мс), индекса аугментации (Alx, %); систолического аортального давления (САДао, мм рт. ст.), диастолического аортального давления (ДАДао, мм рт. ст.), среднего пульсового давления в аорте (ПАДао, мм рт. ст.), индекса аугментации в аорте (Alx<sub>ao</sub>, %), амплификации пульсового давления (PPA, %), длительности периода изгнания левого желудочка (ED, мс), индекса эффективности субэндокардиального кровотока (SERV, %). Пациенты с профилем АД «over-dipper» в исследование не включались. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 10.

Результаты. Исходно в обеих группах больных основные показатели СМАД, жесткости сосудистой стенки и ЦАД достоверно не различались. Через 6 месяцев применения комбинированной антигипертензивной терапии в группе как солечувствительных, так и солерезистентных пациентов, отмечалась достоверная положительная динамика всех изучаемых показателей СМАД, ЦАД и жесткости сосудистой стенки. В то же время во второй группе регистрировалось уменьшение Alx<sub>ao</sub>, ДАДао, АДао ср., ПАДао, ВарСАДао, PPA соответственно на 8,1%, 64,7%, 17,6%, 20,7%, 20,2%, 31,1% и увеличение RWTT на 9,5%, что было достоверно более значимо по сравнению с первой группой (p<0,05). С другой стороны, уменьшение PWV<sub>ao</sub> пр. и PPA оказалось достоверно больше в первой группе и составило 8,1% и 25,1% соответственно. Степень изменения остальных показателей оказалась сопоставимой.

Выводы. Применение комбинированной антигипертензивной терапии обеспечивало статистически значимые позитивные изменения основных показателей СМАД, ЦАД и жесткости сосудистой стенки независимо от солечувствительности больных АГ и СД 2 типа. В то же время у солерезистентных пациентов по сравнению с солечувствительными позитивные изменения большинства показателей ЦАД и жесткости оказались достоверно более выражены, что может быть использовано при индивидуализированном выборе фармакотерапии у пациентов с АГ и СД 2 типа.

## **Метаболический синдром у пациента с подагрой и хронической болезнью почек: возможности коррекции**

*Хрипунова И.Г., Ивахненко О.И., Хрипунова А.А., Ивахненко Л.И.*

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Центральный военный клинический госпиталь  
им. П.В. Мандрыка МО РФ, Ставрополь, Москва*

Цель. Изучить эффективность контроля мочевого кислоты у пациентов с подагрой на фоне МС и ХПБ при использовании селективного ингибитора ксантинооксидазы фебуксостата.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента (20 мужчин и 12 женщин) в возрасте 47-70 лет, с подтвержденным диагнозом метаболического синдрома (МС), подагрой и ХПБ. Длительность заболевания подагрой была 7,1±2 года. Анамнестически

тофусная подагра с цифрами гиперурикемии 460±50 мкмоль/л была выявлена через 4,6±1 год после постановки диагноза МС, проявлялась вначале подагрическими кризами до 2-3 раз в квартал, а затем приняла хроническое течение. Прогрессирование подагры коррелировало с ростом ИМТ у этих больных в динамике, и на момент появления признаков подагры ИМТ составил 34,2±2,3 кг/м<sup>2</sup>. У всех пациентов наблюдались: повышенный уровень глюкозы натощак, гиперхолестеринемия 2б типа по Фредриксону у 76% и 3 типа – у 24% больных. Объем талии у женщин составил 102±1,2 см, у мужчин 108±2,1 см. С момента диагностики подагры, всем пациентам на фоне стандартной терапии МС, к лечению был добавлен ингибитор ксантинооксидазы аллопуринол в стартовой дозе 100 мг/с, с последующим увеличением дозы до 300 мг/с. В течение 3 лет приема аллопуринола у пациентов не наблюдалось стойкого контроля за показателями концентрации мочевой кислоты крови и клиническими проявлениями подагры. У 75% больных развилась подагрическая нефропатия с ХБП 2 стадии, у 25% – с ХБП 3 стадии. Согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (2016), проведена коррекция терапии: назначено сочетание нефармакологических (диета 9, тренировочная физическая нагрузка) и фармакологических методов (метформин 2000 мг/с, для пациентов со смешанным типом гиперхолестеринемии – аторвостатин 20±10 мг/с, для остальных – фенофибрат М 145 мг/с), т.е. были назначены препараты, обладающие дополнительными плейотропными свойствами, в частности снижения гиперурикемии, а также к лечению добавлен фебуксостат в дозе 80 мг/сут. Длительность наблюдения была 12 мес. Контроль за показателями глюкозы, липидного спектра и мочевого кислоты в крови, СКФ, а также ИМТ и измерение объема талии проводились ежеквартально.

Результаты. На фоне назначенной терапии наблюдалась положительная динамика показателей гликемического и липидного профиля, снижение гиперурикемии, стабилизация проявлений подагры и повышение СКФ. К концу наблюдения у 28% наблюдаемых отмечена полная нормализация показателей глюкозы натощак, мочевого кислоты (<360 мкмоль/л) и показателей липидограммы. 50% пациентов с 3 стадией ХБП перешли во 2-ю стадию ХБП. У остальных наблюдалось снижение гиперурикемии на 30% по сравнению с исходными данными, и на 40% снижение общего холестерина и уровня триглицеридов. ИМТ достиг 28,5±3,2 кг/м<sup>2</sup>, объем талии уменьшился в среднем на 4±3,2 см.

Заключение. Таким образом, представленное клиническое наблюдение позволяет с уверенностью утверждать, что пациентам с подагрой, ХБП на фоне МС, целесообразно проведение комплексной терапии с включением препаратов гиполлипидемического и гипогликемического действия с доказанным эффектом снижения уровня мочевого кислоты в крови в сочетании с селективным ингибитором ксантинооксидазы фебуксостатом в дозе 80 мг/сут., добавление к лечению которого дает дополнительный нефропротективный эффект на фоне ХБП.

## **Особенности рациона питания больных с хронической обструктивной болезнью легких**

*Чижова О.Ю., Назаренко Л.И., Семенова Е.А., Павлова Е.Ю.,  
Хлизунова Е.И.*

*Северо-западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Нутритивный статус является важным фактором, определяющим исход хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Эффективность

поддержки питания при лечении ХОБЛ является основной частью комплексного лечебного подхода и имеет свои особенности. Известно, что дыхательный коэффициент для углеводов равняется 1. В случае высокого содержания простых углеводов в рационе глюкоза превращается в жир с поглощением энергии, при этом дыхательный коэффициент существенно повышается и потребность в кислороде возрастает, что неблагоприятно сказывается на течении ХОБЛ.

Цель исследования: проанализировать фактический рацион питания пациентов с ХОБЛ и выявить его дефекты.

Материалы и методы. Обследовано 11 больных ХОБЛ, из них – 10 мужчин, 1 женщина, возраст которых составил от 56 до 82 лет (средний возраст 69 лет). Всем больным проводилась оценка антропометрических показателей и биоимпедансный анализ состава тела. Анализировался пищевой дневник за 3 дня путем подсчета состава рациона по таблицам химического состава пищевых продуктов. Определялась энергетическая ценность, количество белков, жиров, углеводов, в том числе простых. Проведено сравнение фактического рациона питания с групповыми нормами физиологических потребностей РФ от 2008 г., а также нормами лечебного питания больных ХОБЛ по данным Европейского респираторного общества, от 2014 г.

Полученные результаты и их обсуждение. Энергетическая ценность фактического рациона питания была снижена по сравнению с нормами РФ для здорового взрослого населения и нормами лечебного питания для больных ХОБЛ – у 9 пациентов (82%). Превышение норм энергетической ценности по сравнению с нормами РФ определялось у 2 пациентов (18%) и у 1 пациента (9%) по сравнению с нормами для больных ХОБЛ. Согласно нормативам РФ, превышение суточной потребности в белках, жирах и углеводах наблюдалось у 4-х (36%), 3-х (27%) и 1 человека (9%), соответственно. Снижение белковой составляющей рациона выявлено у 3-х пациентов (27%), жиров – у 8 пациентов (73%), углеводов – у 9 пациентов (82%) при сравнении с групповыми нормами физиологических потребностей. В то же время по нормам для пациентов с ХОБЛ определялось превышение углеводов у 5 человек (45%), у 10 человек (91%) выявлен недостаток белков, у 3 человек (27%) – углеводов, у всех обследованных анализ рациона питания показал недостаток жиров. Следует отметить, что у всех пациентов выявлено избыточное количество простых углеводов в рационе питания.

Выводы. У пациентов с ХОБЛ выявлены дефекты фактического рациона питания, заключающиеся в недостатке энергии, жиров и избытке углеводов за счет простых (моно- и дисахаридов) в фактическом рационе питания. Данные недостатки необходимо учитывать при комплексном лечебном подходе с использованием нутритивной поддержки у пациентов с ХОБЛ.

### **Традиции и инновации в проведении конференций для врачей первичного звена здравоохранения в г. Ростове-на-Дону**

*Шавкута Г.В., Шнюкова Т.В., Тимченко А.С., Пахомова В.М., Вайнштейн Н.В.*

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону*

Цель и задачи: выявление образовательных потребностей врачей Ростовской области при помощи анкетирования.

Материал и методы. В течение последних 15 лет в г. Ростове-на-Дону для врачей первичного звена здравоохранения проводится

в среднем 4 конференции в год. Последняя такая конференция прошла 31 марта 2018 года под названием «Актуальные проблемы кардиологии, пульмонологии, аллергологии, оториноларингологии». На конференции выступили не только сотрудники РостГМУ, но и иногородние лекторы (г. Москва и г. Казань). Зарегистрировались на конференции 157 врачей, из них 136 врачей первичного звена здравоохранения (врачи общей практики и врачи-терапевты), получившие по 6 зачетных единиц (кредитов) в системе непрерывного медицинского образования (НМО), а также 21 узкий специалист (кардиологи, пульмонологи, оториноларингологи, аллергологи, физиотерапевты). Проведено одномоментное анкетирование врачей при помощи специально разработанной анкеты. В частности, докторам было необходимо внести предложения, какие темы и лекторский состав было бы интересно послушать на последующих конференциях. Полученные результаты обработали статистически. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты и выводы. В результате анкетирования врачей выяснено, что наибольший интерес вызывают вопросы кардиологии (39,43% опрошенных). Из них в порядке убывания интереса прозвучали нарушения ритма (21,43% от желающих слушать кардиологическую тематику), пороки сердца (14,29%), ХСН (10,72%), миокардит (7,14%), гипотензии (7,14%). Второе место поделили гастроэнтерология и ревматология (по 18,31% от общего числа опрошенных). Тройку лидеров замыкает нефрология (8,45% от общего числа опрошенных). Кроме того, доктора хотели бы услышать на последующих конференциях доклады по диагностике и лечению лимфаденопатии, лихорадки, инфекций, сахарного диабета (все – по 4,23%), метаболического синдрома и неврологических заболеваний (по 2,82%). По 1 слушателю заинтересованы в докладах на тему крапивницы, отека Квинке, лечения хронической боли, мигрени, диетологии, диагностики и лечения микроэлементной недостаточности, алгоритмов диагностики в медицине. При анализе лекторского состава для последующих конференций выявлено, что большинство слушателей согласны с любыми предложениями организаторов конференции, заслужившими их доверие. Среди перечисленных желательных лекторов лидировали сотрудники РостГМУ (35,21%). Интересно, что среди иногородних лекторов были названы исключительно кардиологи г. Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска (18,31% опрошенных,  $p < 0,05$  по сравнению с лекторами РостГМУ). На наш взгляд, это связано с тем, что доктора Ростовской области среди лекторов из других регионов лучше знают именно кардиологов, чаще, чем другие специалисты, выступающих в Ростове-на-Дону. Проведенный анализ результатов анкетирования слушателей врачебной конференции позволит еще более эффективно проводить обучение врачей, в том числе в рамках системы НМО.

### **Расстройства сна у больных артериальной гипертензией, как критерий оценки эффективности гипотензивной терапии**

*Щедренко В.В., Агранович Н.В., Анопченко А.С., Агранович А.О.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Нарушения сна являются одними из самых распространенных психопатологических состояний. Известно, что почти 40% населения России, по крайней мере, время от времени страдают инсомнией. Высока распространенность расстройств сна у соматических больных.

Так, в исследовании В.Н. Козырева (2015) показано, что только выраженная инсомния, требующая медикаментозной коррекции, наблюдаются почти у 25% пациентов, обратившихся за помощью в территориальную поликлинику. В данном плане представляло интерес изучение характера влияния гипотензивной терапии на сон. Цель исследования: изучить частоту развития инсомний у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне гипотензивной терапии. Методы и объекты исследования: исследование выполнено на базе городской поликлиники г. Ставрополя. В исследовании были включены больные в возрасте от 65 до 90 лет, предъявляющие жалобы на расстройство сна. Изученную выборку составили 125 пациентов (36 мужчин и 89 женщин, средний возраст  $67,9 \pm 1,2$ ). Все пациенты наблюдались по поводу АГ II ст., получали терапию ингибиторами АПФ, блокаторами АРА2, диуретиками, блокаторами кальциевых каналов. Пациенты, систематически получающие гипнотики, из исследования исключались. Для сопоставления расстройств сна с уровнем контроля АД проводился факторный дисперсионный анализ наблюдений за характером сна пациентов и контролем АД. В исследовании учитывались количественные и качественные показатели оценки сна.

Результаты исследования. Полученные данные факторного анализа позволили выявить у исследуемых больных зависимость расстройств сна от уровня контроля за АД. При низком контроле за АД спектр качественных и количественных нарушений сна был шире, чем при удовлетворительном (регулярном) контроле. Нарушения сна при низком уровне контроля за АД были представлены прежде всего трудностями засыпания, частыми ночными пробуждениями, нередко сопряженными с кошмарными сновидениями. При этом обнаруживались отчетливые признаки ипохондрической фиксации. Нередко при этом инсомния становилась основной «самостоятельной» жалобой. Даже при отсутствии в ночные часы признаков соматического дискомфорта пациентов беспокоили частые пробуждения, после чего они еще долго не могли уснуть. Субъективно пациенты засыпали значительно лучше при отсутствии «скачков» артериального давления.

Выводы: таким образом, были выявлены значимые взаимосвязи между уровнем контроля за АД и качественными и количественными показателями инсомнии. В связи с этим, можно предположить, что симптомы проявлений инсомнии возможно использовать в лечении больных с артериальной гипертензией, как критерий оценки эффективности проведения гипотензивной терапии.

## **Распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди сельского населения**

*Эльгарова Л.В., Кишева А.А.*

*Кабардино-Балкарский государственный университет  
им. Х.М. Бербекова, Нальчик*

Актуальность. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются одной из наиболее важных медико-социальных проблем современности: среди лиц трудоспособного возраста 80% всех смертей обусловлено ХНИЗ. Причина сложившейся ситуации – широкая распространенность среди населения России основных факторов риска (ФР) ХНИЗ, таких как курение, артериальная гипертензия (АГ), злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность (НФА), недостаточное потребление овощей и фруктов, избыточная масса

тела (ИМТ) и ожирение. При общности ФР для населения России существуют региональные особенности в распространенности ХНИЗ, а также различия в образе жизни городского и сельского населения. В основном, эпидемиологические исследования проводятся среди городского населения, для сельских жителей данные вопросы остаются малоизученными.

Цель работы: изучить распространенность основных ФР ХНИЗ среди сельского населения Кабардино-Балкарской республики (КБР) для разработки комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике.

Материал и методы. Для исследования было выбрано взрослое население одного терапевтического участка с.п. Чегем-2 в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст  $49,5 \pm 11,3$  года). Для выявления ХНИЗ и их ФР использовался «Инструмент STEPS», разработанный сотрудниками НМИЦ ПМ. В анализ вошли результаты обследования 760 человек, из них 327 мужчин и 433 женщины, которые были распределены в соответствии с классификацией ВОЗ на 4 возрастные группы. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием программы Statistica 10. Результаты и их обсуждение. Анализ социально-демографических показателей обследованной выборки показал превалирование женщин (57,0%), лиц трудоспособного возраста (63,8%), со средним образованием (60,1%), что достаточно типично для сельского населения КБР. Большинство состоят в браке (65%), из обследованных – 21,3% неженатых, 5% разведенных и 6,7% вдовцов; 63,3% опрошенных имеют средний годовой доход и у каждого четвертого годовой доход ниже среднего. Распространенность АГ по данным обследования составила 27,5%, без существенных различий по полу. Обращает на себя внимание крайне низкий охват лечением, антигипертензивную терапию регулярно получали лишь 9,7% мужчин и 20,0% женщин. У каждого четвертого выявлена отягощенная наследственность по АГ. Распространенность курения составила 14,6% среди мужчин, среди женщин курящих не было. Зафиксирован достаточно большой процент лиц, подвергающихся пассивному курению: 35,3 среди мужчин и 64,5 среди женщин. Среди употребляющих алкоголь превалировали мужчины – 76,2%, из них 18,5% злоупотребляют алкоголем, а 8,5% употребляют его ежедневно. Процент женщин, употребляющих алкоголь, составил 6,5%. НФА установлена у 66% опрошенных; занимаются спортом 29,6% респондентов, в основном молодого и среднего возраста, из них 12,8% уделяют физической активности 6 часов в неделю, 49,4% уделяют 7 часов в неделю, 37,8% – 10 часов в неделю. Женщины достоверно чаще по сравнению с мужчинами имеют ИМТ (43,3 и 26,4%, соответственно). Ожирение I степени выявлено у 28,8% женщин и у 26,4% мужчин, ожирение II степени – у 4,9 и 5,0%, ожирение III степени – 1,5 и 0,8%, соответственно. Независимо от половозрастной группы выявлено низкое потребление как овощей (45,6% обследуемой выборки), так и фруктов (60% обследуемой выборки). В среднем, потребление фруктов и овощей составило 160 г в сутки при норме 400 г в сутки и более.

Выводы. Сельское население одного из районов КБР имеет высокую распространенность ФР ХНИЗ. Среди женщин достоверно чаще выявлена ИМТ, среди мужчин – такие ФР, как курение и злоупотребление алкоголем. Независимо от гендерной принадлежности, установлены высокие уровни распространенности НФА и АГ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости активного внедрения в первичное звено здравоохранения мероприятий как по первичной (информирование населения, профилактические осмотры), так и вторичной (диспансеризация, школы здоровья для пациентов с ХНИЗ) профилактике.

## Изменения в системе матричных металлопротеиназ и их ингибиторов при дисплазии соединительной ткани

Ягода А.В., Гладких Н.Н., Джазаева М.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь

Цель: оценить состояние сывороточных матричных металлопротеиназ-1, -9 (MMP-1, MMP-9) и ингибитора матричной металлопротеиназы-1 (TIMP-1) при дисплазии соединительной ткани. Материал и методы. Обследовано 82 пациента (64 мужчины и 18 женщин, средний возраст  $21,96 \pm 4,47$  лет) с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Критериями включения в исследование являлись: ДСТ у пациентов обоего пола в возрасте 18–35 лет, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: моногенные наследственные синдромы (Марфана, Элерса-Данло и др.); сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, некоронарогенные заболевания миокарда, пороки сердца, инфекционный эндокардит, травмы грудной клетки и др.); диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.); хроническая почечная и печеночная недостаточность; острые или обострения хронических воспалительных и/или инфекционных заболеваний в течение последних 3 месяцев; оперативное вмешательство в течение последних 2-х месяцев; злокачественные заболевания; эндокринная патология; беременность и женщины в послеродовом периоде. Выбор указанных критериев был обусловлен необходимостью исключения заболеваний и состояний, которые могут быть причиной изменений в системе MMP/TIMP. Степень системного вовлечения соединительной ткани у пациентов составила 2 (1; 3) балла. Доминирующим в структуре ДСТ оказался спорадический синдром пролапса митрального клапана (73,17%). В единичных наблюдениях диагностированы первичный миксоматозный ПМК (3,66%), первичный семейный ПМК (17,07%), неклассифицируемый фенотип (1,22%), повышенная диспластическая стигматизация (4,88%). Контрольную группу составили 15 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту, без признаков ДСТ. Проводили иммуноферментный анализ сывороточных уровней MMP-1, MMP-9 и TIMP-1 (BioChemMak, Китай). Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы IBM SPSS Statistics (версия 21 для Windows). Применяли t-критерий Стьюдента или Манна-Уитни (U) в зависимости от типа распределения показателей.

Результаты. У пациентов с ДСТ распределение значений MMP-1 отличалось от нормального, в то время как показатели MMP-9 и TIMP-1 соответствовали нормальному распределению. В этой связи показатели MMP-1 представлены как медиана (25; 75 %), а MMP-9 и TIMP-1 в виде  $M \pm SD$ . В группе ДСТ сывороточное содержание MMP-1 ( $2,05 (1,18; 3,61)$  нг/мл), MMP-9 ( $827,83 \pm 303,36$  нг/мл) было значительно выше, чем у здоровых людей (соответственно  $1,34 (1,18; 1,38)$  нг/мл и  $385,87 \pm 43,34$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). Концентрация TIMP-1 в случаях ДСТ достоверно не отличалась от контрольной величины ( $615,45 \pm 281,35$  vs  $710,80 \pm 199,24$ ;  $p > 0,05$ ). Для оценки баланса между MMP-1, MMP-9 и их ингибитора – TIMP-1 использовали индексы MMP-1/TIMP-1 и MMP-9/TIMP-1, рассчитываемые как соотношения соответственно MMP-1 и MMP-9 к TIMP-1. У больных ДСТ по сравнению со здоровыми соотношения MMP-1/TIMP-1 и MMP-9/TIMP-1 были повышены (соответственно  $0,004 (0,002; 0,010)$  vs  $0,002 (0,001; 0,002)$ ,  $U=310$ ,  $p=0,002$  и  $1,37 (1,04; 1,98)$  vs

$0,53 (0,42; 0,65)$ ,  $U=96$ ,  $p < 0,0001$ ). Данные результаты указывают на превалирование активности MMP-1, -9 над уровнем TIMP-1. Нарушение соотношения компонентов MMP/TIMP может быть одним из механизмов развития и прогрессирования врождённых соединительнотканых нарушений. Оценка состояния регуляторов метаболизма коллагена – матричных металлопротеиназ – при ДСТ может явиться существенным дополнением к пониманию патогенеза заболевания. Достоверных различий уровней циркулирующих в крови MMP-1, -9, TIMP-1, а также показателей коэффициентов MMP-1/TIMP-1 и MMP-9/TIMP-1 у мужчин и женщин с ДСТ установлено не было. Выводы. Изменения в системе матричных металлопротеиназ и их ингибиторов у пациентов с дисплазией соединительной ткани отражают превышение скорости деградации коллагена над степенью его синтеза, то есть процессы синтеза и утилизации коллагена не сбалансированы. Дисбаланс системы MMP/TIMP может использоваться как «лабораторный тест» для диагностики дисплазии соединительной ткани.

## Состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением

Ярцева С.В.

Луганский государственный медицинский университет  
им. Святого Луки, Луганск

Введение. Одним из часто встречающихся видов коморбидности является сочетание бронхиальной астмы (БА) с ожирением. Ключевым звеном, связывающим развитие БА и ожирения, является развитие системного субклинического воспаления с участием клеточных и гуморальных реакций. Жировая ткань, являясь источником продукции провоспалительных медиаторов обуславливает более значимые изменения состояния иммунной системы при БА, сочетанной с ожирением.

Материалы и методы. Было обследовано 95 пациентов в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести и персистирующей тяжелой БА, (39 мужчин и 56 женщин), из числа которых были сформированы две группы. Пациенты с БА 1 группы (49 человека) были с нормальной массой тела, пациенты с БА 2 группы (46 человек) имели ожирение 1 и 2 степени. Всем пациентам была проведена антропометрия с вычислением индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), их отношения (ОТ/ОБ). У всех пациентов наряду с общеклиническими обследованиями были исследованы показатели клеточного и гуморального иммунитета. Так популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови исследовали методом непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител к поверхностным рецепторам CD3, CD4, CD8, CD16, CD22 (ТОО «Сорбент», Москва, Россия). Уровни иммуноглобулинов (Ig) A, M, G определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Manchini G. et al.; содержание IgE-методом иммуноферментативного анализа (ИФА) с тест-системой ООО «Полигност» (РФ, СПб).

Результаты. При обследовании у всех пациентов определялись изменения в количестве и составе иммунокомпетентных клеток. Так у пациентов 1 группы пул CD3+ лимфоцитов не отличался от контрольных цифр, у пациентов 2 группы был достоверно ниже показателей здоровых лиц и пациентов 1 группы. Уровень

натуральных киллеров CD16+ в 1 группе был в 1,1 раз ниже показателя контрольной группы, во 2 группе данный показатель превышал в 1,2 раза показатели пациентов 1 группы. Показатели Т-хелперов 1 группы регистрировались ниже, чем в контрольной группе в 1,1 раз, во 2 группе в 1,2 раза соответственно. Уровень цитотоксических Т-лимфоцитов у пациентов 1 группы был достоверно ниже не только контрольной группы, но и уровня показателя 2 группы. Показатель CD22+ лимфоцитов пациентов 1 и 2 группы не отличался от контрольной. Уровень IgE пациентов 1 группы были в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе, у пациентов 2 группы концентрация IgE превышала значения нормы в 4,3 раза и в 1,8 раз аналогичные показатели в 1 группе, что характеризовало воздействие сопутствующего ожирения на состояние системного аллергического воспаления при БА. Содержание IgA, в крови пациентов 1 группы, было

выше контрольных цифр в 1,5 раз, а концентрация IgM пациентов с БА и нормальной массой тела также превышала показатели контроля, но в меньшей степени – в 1,3 раза. Уровни IgA и IgM пациентов с сопутствующим ожирением были достоверно ниже аналогичных в 1 группе в 1,3 и 1,2 раза. Показатель IgG у пациентов при сочетании БА и ожирения превышал значения в контрольной группе в 1,5 раз, однако, существенно не отличался от такового у пациентов 1 группы. Таким образом, у пациентов с БА и БА сочетанной с ожирением отмечается формирование недостаточности клеточного звена иммунитета, выраженность которой наиболее значима при БА, ассоциированной с ожирением. У пациентов с БА и ожирением, в сравнении с пациентами с БА отмечены разнонаправленные изменения неспецифического гуморального ответа при активации специфического.

## Конкурс молодых терапевтов

### Самооценка комплаентности врачей с коморбидными хроническими неинфекционными заболеваниями

Агалец О.О., Бабич А.Э., Юркова Ю.Г.

Кубанский государственный медицинский университет,  
Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая  
больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Цель работы – анализ распространенности и выраженности психологических характеристик комплаентности у врачей, имеющих хронические неинфекционные заболевания.

Методы исследования. В процессе проведения конференций и семинаров проведено добровольное анонимное анкетирование врачей с использованием опросника «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова (форма для лиц с хроническими заболеваниями). К проведению исследования приглашались только врачи, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие постоянного приема лекарственных средств. После того как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по 3 вариантам проявления комплаентного поведения: социальный, поведенческий, эмоциональный. Значения от 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения; от 16 до 29 баллов – средне-выраженный показатель, от 30 до 40 баллов – значительно выраженный показатель комплаентного поведения. Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и интерпретируется от 0 до 40 – низкий уровень комплаентности, от 41 до 80 – средний уровень комплаентности, от 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.

Результаты. В исследовании приняли участие 133 врача, добровольно заполнивших форму опросника Р.В. Кадырова для пациентов с хроническими заболеваниями. Три анкеты выбракованы в связи с неполным заполнением, в статистический анализ включено 130 анкет. Гендерное распределение интервьюированных: 24,6% мужчин, 75,4 % женщин, средний возраст 41±6,3. Общая комплаентность составила 87,5 баллов, социальная – 28,8, эмоциональная – 30,1, поведенческая – 28,6. 61,5% врачей имели средне-выраженную социальную комплаентность, 38,5% средне-выраженную поведенческую комплаентность, 30,8% средне-выраженную эмоциональную составляющую комплаентности.

Вывод. Несмотря на высокую общую комплаентность врачей к лечению хронических неинфекционных заболеваний, более половины из них имеют средне-выраженную социальную составляющую приверженности к лечению, наименее подверженную коррекции в реальной клинической практике. Каждый третий врач имеет возможность повышения комплаентности к лечению за счет оптимизации поведенческой составляющей, что делает перспективным подходы, основанные на использовании фиксированных комбинаций лекарственных средств, блистеров с календарным обозначением, информационных телефонных технологий с функционалом напоминания событий, нивелирующим факторы забывчивости, подверженности влиянию случая и обстоятельств, снижающих устойчивость стремления к своевременному приему лекарственных средств.

### Индивидуализация прогноза у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий по результатам трехлетнего наблюдения

Агибова Н.Е., Боева О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь

Введение. Риск ишемического инсульта у пациентов с ФП в 5 раз выше, чем на фоне синусового ритма. Для оценки риска тромбозомболических осложнений (ТЭ) у пациентов с ФП используется клиническая шкала CHA2DS2-VASc. Относительная ненадежность оценки риска ТЭ у больных неклапанной ФП, основанной на учете быстро изменяющихся в процессе наблюдения клинических факторов, стала очевидной в результате валидации данной шкалы.

Идея. Учитывая, что уровень факторов свертывания крови и генетическая предрасположенность к тромбозам в значительной мере оказывают влияние на процесс тромбообразования, изучение данных маркеров представляется перспективным для индивидуализации подхода к прогнозированию ТЭ и выбору профилактической стратегии у пациентов с неклапанной ФП.

Цель исследования: изучить новые маркеры в аспекте прогнозирования тромбозомболических осложнений у больных неклапанной фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. В когортное проспективное исследование включены 102 больных неклапанной ФП с 0-2 дополнительными факторами риска ТЭ, помимо женского пола ( $\leq 2$  баллов у мужчин и  $\leq 3$  баллов у женщин по шкале CHA2DS2-VASc). Специальные методы исследования включали типирование полиморфизмов G(-455)A гена фибриногена B (FBG), G10976A – гена фактора VII (FVII), C807T – гена интегрина  $\alpha 2$  (ITG $\alpha 2$ ), T1565C – гена интегрина  $\beta 3$  (ITG $\beta 3$ ) и C3550T – гена гликопротеина Iba (GPIba), определение концентрации VII и XII факторов свертывания методом иммуноферментного анализа и уровня фибриногена плазмы крови методом Клаусса. Период наблюдения составил 36 месяцев. Конечными точками считали развитие ишемического инсульта, транзиторной ишемической атаки или артериальной тромбоэмболии иной локализации. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 20. Нормальность распределения оценивали с помощью теста Шапиро-Уилка, межгрупповые различия – при помощи t-критерия Стьюдента, U критерия Манна-Уитни. Различия между долями оценивали с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона, точного критерия Фишера. Построение прогностической модели осуществляли методом логистического регрессионного анализа. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты. За период наблюдения конечных точек достигли 14 (13,7%) больных, ишемический инсульт зафиксирован в 13 (92,9%) случаях, транзиторная ишемическая атака – у одного больного (7,1%). Пациенты объединённой группы гомо- и гетерозиготных носителей полиморфной аллели (-455)A (GA+AA) гена FGB чаще достигали конечных точек, чем гомозиготы GG (64,2% против 35,7%,  $p=0,006$ ). Пациенты с генотипами TT и (CT+TT) гена ITG $\alpha 2$  чаще достигали конечных точек, чем гомозиготные носители дикой аллели.

Уровень фибриногена в плазме крови был достоверно выше в объединенной группе (GA+AA) по сравнению с группой GG гена FGB (2,8 (2,4–2,9) г/л против 2,5 (2,3–2,6) г/л,  $p=0,002$ ). Кроме того, уровень фибриногена был на уровне тенденции выше в группе пациентов, достигших конечных точек, по сравнению с группой без таковых (2,7 (2,45–3,03) г/л против 2,51 (2,3–2,8) г/л,  $p=0,087$ ). Связи уровня факторов VII и XII в плазме крови с развитием конечных точек не выявлено. Не выявлено ассоциации между наличием полиморфизмов G10976A гена FVII, T1565C гена ITGβ3 и C3550T гена GPIIbα с развитием конечных точек. По результатам трехлетнего наблюдения создана прогностическая модель, включающая стаж ФП, наличие ишемической болезни сердца, размер левого предсердия, уровень фибриногена плазмы крови и наличие полиморфной аллели 807T гена ITGα2. Специфичность данной модели составила 98,9%, чувствительность – 64,3%. Информационная способность модели в целом составила 94,1%.

Обсуждение. Прогностическая модель, разработанная на основе комплекса немногочисленных клинических и лабораторных маркеров в сочетании с генетическим предиктором, продемонстрировала высокую надежность в предсказании фактического количества ТЭ у больных неклапанной ФП с 0-2 дополнительными факторами риска, помимо пола, в течение 3 лет наблюдения. Применение данного способа прогнозирования позволяет индивидуализировать прогнозирование риска ТЭ и представляется перспективным дополнительным инструментом в принятии решения в отношении лечебно-профилактической стратегии в разных клинических ситуациях при неклапанной ФП. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Ставропольского государственного медицинского университета (протокол № 26 от 22 марта 2013 года).

### **Влияние сопутствующей патологии на течение и контроль бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ)**

*Бойко Е.Ю.*

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

Коморбидные состояния влияют на течение ХОЗЛ и БА. Современная их диагностика и лечение способствуют достижению контроля при астме, улучшению клинико-функциональных параметров при ХОЗЛ. Заболевания органов пищеварения (особенно гастроэзофагеальная болезнь) по частоте встречаемости занимают одно из ведущих мест в группе коморбидных состояний при хронической патологии органов дыхания (идеопатический легочной фиброз, БА, ХОЗЛ).

Цель исследования: изучение клинико-функциональных показателей у больных ХОЗЛ в зависимости от наличия коморбидных состояний. Изучение уровня контроля у больных БА и выявление факторов влияющих на его достижение.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 73 больных с персистирующей бронхиальной астмой. Средний возраст составил 44,3±16лет; длительность заболевания 20,4±3,9 и 46 больных с ХОЗЛ. Опросили качество жизни: все больные заполняли тест по контролю над астмой. проводилась спирометрия на спирографе Master Scope (YEGGER), пикфлоуметрия. по показаниям Эхо-КГ, спиральной компьютерной томографии, эндоскопических

исследований (ФГДС, бронхоскопия), консультация отоларинголога, невропатолога. 38 больным проводилась аллергологическое обследование (кожные пробы с бытовыми, пыльцевыми эпидермальными аллергенами). у 27 пациентов определяли общий иммуноглобулин Е, 14 проводилось изучение пищевой аллергопанели по уровню специфических иммуноглобулинов Е (54 аллергена), так же оценивали уровень базисной терапии и комплаентность пациентов, у более чем 45% проводилась техника ингаляции.

Результаты: среди обследованных больных тяжелое течение бронхиальной астмы у 18 пациентов, среднетяжелое персистирующее у 41, легкое персистирующее у 14 больных. Большая часть пациентов имели высшее образование: более 60 %, среднее специальное: 17%, учащиеся – 19%, среди обследованных медицинских работников было 14.8%. Большинство пациентов не курило-66%, курили ранее – 11% больных, курящих в настоящее время 6,8%. Средне суточное потребление препаратов для купирования удушья было 2,1 ингаляций в сутки, ночные пробуждения отмечались у 46%. Тест по контролю над астмой показал следующие результаты: у 16 пациентов – 25 баллов, у 24 – от 20-24 баллов, у остальных менее 20 баллов. Сопутствующая патология была выявлена у 85% больных, в основном это другие аллергологические заболевания (аллергический ринит у 24 больных (51%)), 11 пациентов имели избыточный вес, более 1/3 отмечали жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, у 20 диагностировано ГЭРБ и диафрагмальная грыжа. Базисную терапию бронхиальной астмы получали все больные, адекватная доза ИКС (ингаляционных кортикостероидов была только у 6%). 45 пациентов получали комбинацию ИКС и бронхолитиков пролонгированного действия в одном ингаляторе. Пациенты с ХОЗЛ были в основной клинической группе С и Д (82,6%) и ОФВ1 средние показатели 43,8±6.2; количество обострений >2 в год у всех пациентов. 78% курильщиков (индекс курения >10 пачка/лет), остальные бывшие курильщики. из коморбидных состояний чаще всего отмечалось патология сердечнососудистой системы и заболевание желудочно-кишечного тракта (до 37-40% соответственно). Течение ХОЗЛ у этой категории больных было наиболее тяжелым.

Выводы: неадекватный уровень контроля БА и усиление симптомов ХОЗЛ отмечено у больных, которые не регулярно получали базисную терапию, имели такую сопутствующую патологию как сердечнососудистые заболевания, ГЭРБ, аллергический ринит, длительный анамнез заболевания.

### **Оценка риска развития больших кардиоваскулярных событий у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек**

*Болотова Е.В., Являнская В.В., Дудникова А.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница №2, Краснодар*

Введение. В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) рассматривается как нозологическая единица со значимыми системными проявлениями и выраженной коморбидностью, важную роль среди которых отводят заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Помимо основных предикторов развития острых кардиоваскулярных событий, в настоящее время широко обсуждается ассоциация ХОБЛ и хронической болезни

почек (ХБП), достигающая по разным данным 22-52%, и являющаяся еще одним предиктором сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов данной группы. Наибольший интерес представляет группа больных ХОБЛ в сочетании с ранними стадиями ХБП, риск развития острых сердечно-сосудистых событий у которых изучен недостаточно.

Цель. Разработать шкалы оценки развития больших сердечно-сосудистых событий (БКВС) у пациентов с ХОБЛ в сочетании с ранними стадиями ХБП.

Материалы и методы. В исследование включено 279 пациентов с ХОБЛ 2-4 степени тяжести (GOLD 2014): 72,8% мужчин (средний возраст 70,1±5,9 лет, средний стаж болезни 18,1±6,9 лет), 27,2% женщин (средний возраст 68,5±7,2 лет, средний стаж болезни 18,5±4,9 лет). На первом этапе исследования оценивали потенциальные факторы риска развития БКВС: определяли уровень витамина D (25(ОН)D), общего холестерина, липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, уровень С-реактивного белка, рассчитывали альбумин/креатининовое соотношение в разовой утренней порции мочи, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI, индекс массы тела по формуле Кетле, определяли объем форсированного выдоха за 1 секунду, учитывали частоту обострений за предшествующие 12 месяцев, рассчитывали индекс курящего человека, суммарный балл по шкале PROCAM (Prospective Cardiovascular Munster Study) посредством компьютерной программы CERCA (Coronary Events Risk Calculator). Через 12 месяцев у всех пациентов собирали анамнез БКВС: гипертонический криз, потребовавший медицинского вмешательства, нарушения ритма сердца (НРС), не купированные на догоспитальном этапе, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и транзиторная ишемическая атака (ТИА), острый коронарный синдром (ОКС), тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Пациенты были разделены на 2 группы: имевшие БКВС в течение предшествующих 12 месяцев и без них. Статистическая обработка проведена с использованием пакета статистической программы Excel 2013, пакета прикладных программ MedCalcforWindows (версия 17,4). Факторы риска развития БКВС, достоверно различаются между двумя группами по результатам унивариантного анализа ( $p < 0,05$ ), последовательно включали в логистическую регрессию для определения достоверных независимых предикторов БКВС. Методом ROC-анализа выявляли прогностические точки отсечения, методом логистической регрессии – значимость каждого фактора и далее повторно включали в ROC-анализ для определения точки отсечения для разработанной шкалы и выявления высоко и низкого риска развития БКВС.

Результаты. Независимыми предикторами развития БКВС стали: уровень витамина D, частота обострений за предшествующие 12 месяцев, СКФ, сумма баллов по шкале PROCAM. Точками отсечения для факторов стали: сумма баллов по шкале PROCAM более 56, частота обострений ХОБЛ за предшествующие 12 месяцев более 2, СКФ менее 80 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, уровень витамина D менее 34,3 нг/мл. Каждому из факторов присвоена бальная градация: уровень витамина D < 34,3 нг/мл – 4 балла, СКФ < 80 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – 1 балл, частота обострений в год > 2 – 2 балла, сумма баллов по шкале PROCAM > 56 – 18 баллов. Точка отсечения для шкалы составила ≥20 баллов, что соответствует высокому риску развития БКВС. Площадь под кривой для данной модели составила 0,971 (0,944-0,987), чувствительность 94,59%, специфичность 90,5% ( $p=0,0001$ ).

Выводы. Сумма баллов по разработанной шкале менее 20 соответствует низкому, а более 20 высокому риску развития БКВС у пациентов с ХОБЛ в сочетании с дисфункцией почек.

## Эффективность тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда на фоне тромбоцитоза и тромбоцитопении

*Борт Д.В., Харченко А.В., Роговая Ю.Д.*

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

Цель исследования: изучение эффективности тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда на фоне тромбоцитоза и тромбоцитопении.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 114 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им. В.К. Гусака за период с июня 2015 г. по декабрь 2017 г. В зависимости от уровня тромбоцитов пациенты были разделены на 3 группы: 1 – уровень тромбоцитов менее 150 x 10<sup>9</sup>/л; 2 – уровень тромбоцитов более 400 x 10<sup>9</sup>/л; 3 – группа контроля. В первые 24 часа после тромболитической терапии всем пациентам выполнялась urgentная коронароангиография. Эффективность тромболитической терапии оценивалась по шкале оценки коронарного кровотока TIMI. Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием программы MedStat. Результаты исследования. В первую группу вошли 16 пациентов с острым инфарктом миокарда и тромбоцитопенией. Степень восстановления кровотока TIMI 3 была зарегистрирована у 3 пациентов (18,75%); TIMI 2 – у 1 (6,25%); TIMI 1 – у 6 (37,50%) и TIMI 0 – у 6 пациентов (37,50%). Во вторую группу вошли 39 пациентов с острым инфарктом миокарда и тромбоцитозом. Кровоток TIMI 3 имел место у 30 пациентов (76,93%); TIMI 2 – у 7 (7,69%); TIMI 1 – у 3 (7,69%) и TIMI 0 – у 3 пациентов (7,69%). В третью группу вошли 59 пациентов с острым инфарктом миокарда и нормальным уровнем тромбоцитов. Восстановление кровотока до TIMI 3 было у 24 пациентов (40,68%); TIMI 2 – у 17 (28,82%); TIMI 1 – у 6 (10,17%); и TIMI 0 – у 12 пациентов (20,33%). Распределение по типу кровотока TIMI достоверно различалось между группами ( $p < 0,001$ ). Полное восстановление кровотока достоверно чаще регистрировалось при ОИМ на фоне тромбоцитоза, а реже – при ОИМ на фоне тромбоцитопении.

Выводы. Эффективность тромболитической терапии у пациентов с ОИМ зависит от исходного уровня тромбоцитов у пациента: наиболее эффективна у пациентов с ОИМ на фоне тромбоцитоза, наименее – на фоне тромбоцитопении.

## Первичный пролапс митрального клапана: от патогенеза к тактике ведения

*Зангелова Т.Э.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольская краевая клиническая больница, Ставрополь*

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в изучении первичного пролапса митрального клапана (ПМК) как проявления дисплазии соединительной ткани, тактика ведения этой категории пациентов в ряде случаев остается неопределенной. Значительная клиническая и прогностическая неоднородность пациентов с ПМК обосновывает необходимость дальнейшего исследования проблемы.

Идея. Доказано значение сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF) как предиктора при ряде заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых. Поскольку эффекты VEGF, наряду с влиянием на ангиогенез, включают участие в формировании атриовентрикулярных клапанов сердца, в регуляции коллагенообразования, поддержании гомеостаза эндотелия, есть основания полагать, что его определение может рассматриваться в качестве диагностического и прогностического критерия ПМК.

Цель. Определить диагностические и прогностические возможности сосудисто-эндотелиального фактора роста типа А (VEGF-A) и состояния его рецепторов 1-го и 2-го типов (VEGF-R1 и VEGF-R2) у молодых пациентов с первичным ПМК.

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов (68 мужчин, 32 женщины, средний возраст  $21,85 \pm 4,13$  лет) с ПМК. Критерии включения: подписание информированного согласия; наличие первичного ПМК; мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет. Контрольную группу сформировали 20 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Проводили фенотипический анализ, эхокардиографию, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, иммуноферментный анализ сывороточных уровней VEGF-A, VEGF-R1 и VEGF-R2 (Bender MedSystems GmbH, Австрия), проводили расчет коэффициентов VEGF-A/VEGF-R1 и VEGF-A/VEGF-R2. Результаты 3-летнего мониторинга оценивались по любым негативным клинико-инструментальным событиям. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы IBM SPSS Statistics (версия 21 для Windows).

Результаты. ПМК в 96% оказался «неклассическим» (без миксоматозной дегенерации) с глубиной пролабирования I степени (92%) и регургитацией I-II степени (I-я – у 53%, II-я – у 47%). ПМК в качестве самостоятельного синдрома (спорадический, семейный, миксоматозный) диагностирован в 74% наблюдений, в 26% – как аномалия при диспластических фенотипах (марфаноидная внешность, неклассифицируемый фенотип) и при повышенной диспластической стигматизации. Доминирующим был спорадический синдром ПМК (56%). Содержание VEGF-A у 42% пациентов с ПМК превышало контрольные значения ( $\chi^2=8,38$ ,  $p=0,004$ ), а в трети случаев – было ниже этого уровня ( $\chi^2=5,12$ ,  $p=0,024$ ). Количество наблюдений низкого VEGF-R1 в группе больных ПМК превышало таковое у здоровых (43%;  $\chi^2=8,79$ ,  $p=0,003$ ). Наблюдались также повышенный VEGF-A/VEGF-R1 (38%;  $\chi^2=8,84$ ,  $p=0,009$ ), высокий (25%;  $\chi^2=4,89$ ,  $p=0,027$ ) и низкий (27%;  $\chi^2=5,51$ ,  $p=0,018$ ) VEGF-A/VEGF-R2. Установлены клинико-фенотипические особенности больных ПМК со сниженным VEGF-A в виде более высокой частоты долихостеномелии (55,56%), сколиотической деформации позвоночника (61,11%), митральной регургитации II степени (72,22%) и клинически значимых аритмий (55,56%). При трехлетнем наблюдении у 30,12% пациентов зарегистрированы негативные морфо-функциональные изменения: прогрессирование митрального пролабирования (21,68%), нарастание массы миокарда левого желудочка (18,07%), появление новых (4,82%) и персистенция исходных клинически значимых аритмий (28,91%). Наибольшее количество пациентов с изменениями сердечно-сосудистой системы в динамике отмечено в группе с исходно низким VEGF-A (86,67%), несколько меньше у больных с высокими VEGF-A (37,04%). У пациентов с балансом в системе VEGF-A развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий наблюдалось в единичных случаях (4,88%). Мультивариантный анализ позволил выявить независимые предикторы структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы при трехлетнем наблюдении за пациентами с ПМК. Оказалось, что

только комплекс показателей, определяющий сдвиг системы в сторону снижения VEGF-A, сохранял независимую ассоциацию с частотой кумулятивных структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы ( $\chi^2 = 19,44$ ;  $p < 0,0001$ ).

Заключение. Оценка состояния VEGF-A у молодых пациентов с первичным ПМК I-II степени может явиться элементом индивидуального подхода, позволяющим формировать сравнительно однородные по прогнозу группы для рациональной организации профилактических мероприятий и лечения. Протокол клинического исследования был одобрен локальным Этическим комитетом Ставропольского государственного медицинского университета 17.11.16.

### **Клинико-лабораторные сопоставления у больных саркоидозом и идиопатическими интерстициальными пневмониями**

*Зейналова А.А.*

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

Толкование различных маркеров тяжести и активности саркоидоза не однозначно, некоторые из них не имеют достоверного различия при идиопатических интерстициальных пневмониях (ИИП) и саркоидозе. Цель работы: на основании оценки клинико-функциональных и лабораторных показателей разработать критерии прогрессирующего течения саркоидоза и идиопатических интерстициальных пневмоний. Материал и методы: обследовано 106 больных с саркоидозом, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период 2014-2017 гг., и 35 пациентов с идиопатическими интерстициальными пневмониями. Средний возраст больных –  $52,0 \pm 4,6$ ; мужчин – 34%, женщин – 66%. Длительность течения заболевания –  $10 \pm 2,5$  года. Всем пациентам проводились следующие методы обследования: общий анализ крови, подсчет соотношения нейтрофилов к лимфоцитам в периферической крови, рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки, бодиплетизмография, эхокардиография, анализ крови на ангиотензинпревращающий фермент (АПФ), ионизированный кальций. Для проведения дифференциальной диагностики по показаниям проводилось медиастиноскопия с биопсией лимфоузлов, биопсия легкого.

Результаты исследований: Диагноз саркоидоз был верифицирован морфологически у 77,5%. Медиастиноскопия с биопсией лимфоузлов проведена – 53 больным, торакатомия с биопсией легкого – 23, видеоторакоскопия с биопсией 14 пациентам. У больных с ИИП биопсия проведена – 43%: обычная интерстициальная пневмония диагностирована – 66,8%, облитерирующий бронхиолит – 3,4%, неспецифическая интерстициальная пневмония – 17,6%, криптогенная организующая пневмония – 8,8%, десквамативная интерстициальная пневмония – 3,4%. Распределение больных саркоидозом по стадиям: I – 66%, II – 79,0%, III – 10,6%, IV – 3,8%. При ИИП: идиопатический легочный фиброз – 66,8%. Внегоспитальные проявления наблюдались у 23,6%. На группу других ИИП приходилось – 33,2%. АПФ был повышен у 29,6% больных с саркоидозом, ионизированный кальций – у 13,2%. АПФ в пределах нормы у пациентов с ИИП. Соотношение нейтрофилов к лимфоцитам достоверно не отличалось от нормы. По данным бодиплетизмографии нарушения функции дыхания наблюдались у 52% саркоидозом, и у всех больных с ИИП.

Выводы: к факторам хронического прогрессирующего течения саркоидоза можно отнести тяжелые нарушения функции дыхания, позднее выявление заболевания, генерализованный активный процесс с внелегочными проявлениями. У пациентов с группой ИИП наихудший прогноз у больных и идиопатическим легочным фиброзом.

## **Оценка антитромботической терапии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, проводимой на догоспитальном этапе**

*Магомедов Н.Д., Терентьева Н.Н*

*Сургутский государственный университет, медицинский институт, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. Одним из распространенных патогенетических подтипов ишемических нарушений мозгового кровообращения считается кардиоэмболический инсульт. Наиболее частая причина его развития – фибрилляция предсердий (ФП). Количество пациентов с клинически выраженной картиной инвалидизации после кардиоэмболического инсульта увеличивается на 44-73%, а риск смерти в течение первого месяца возрастает почти в 2 раза. Наиболее эффективным и значимым методом снижения смертности у таких пациентов является адекватная антитромботическая терапия.

Цель нашего исследования. Оценить эффективность антитромботической терапии у лиц с неклапанной фибрилляцией предсердий, поступивших на стационарное лечение в отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения БУ ХМАО – Югры «Сургутская областная клиническая больница» в 2016г. Для решения этой проблемы, нами были разработаны задачи: - Определить частоту кардиоэмболических инсультов среди пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, находившихся на лечении в нейросудистом отделении СОКБ в 2016 г. - Оценить адекватность антитромботической терапии этих пациентов, проводимой на догоспитальном этапе.

Дизайн исследования. На первом этапе нами был проведен ретроспективный анализ 664 историй болезней с документированным острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). При статистическом анализе была выделена группа больных с сочетанием ОНМК и неклапанной фибрилляции предсердий. (n=75). Это послужило аргументом к выполнению второго этапа. На втором этапе изучены структуры клапанной фибрилляции предсердий на фоне ОНМК: 12 пациентов с пароксизмальной формой, 13 с персистирующей и 51 пациент с постоянной формой фибрилляции предсердий. Затем определен фенотип пациентов с сочетанием ОНМК и неклапанной фибрилляцией предсердий и проведена оценка адекватности антитромботической терапии, проводимая у этих пациентов на догоспитальном этапе.

Результаты исследования. Среди 664 пациентов, находящихся на госпитализации в отделение для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения БУ ХМАО Югры «Сургутская окружная клиническая больница», было выделено две группы; это группа пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (n=75) и большая группа пациентов с ОНМК другой этиологии (n=588), среди которых 3 пациента имели нарушения ритма клапанного генеза. На втором этапе было показано, что в нашем исследовании

преобладали женщины 67% (51 чел), мужчин было 33% (25 чел). Средний возраст пациентов 69,7±2,04. При оценке форм фибрилляции предсердий на фоне ОНМК чаще всего в 67% (n=51) встречалась постоянная форма аритмии и практически в равных количествах встречались пароксизмальная (n=12) и персистирующая (n=13) формы фибрилляции предсердий, 16% и 17% соответственно. Большая часть пациентов принимала аспирин в монотерапии (n=54), комбинацию аспирина с клопидогрелем принимало столько же человек, сколько вообще ничего не принимали (n=9), и лишь 18 пациентов принимали варфарин на догоспитальном этапе. Причем средние цифры МНО в этой группе не превышали 1,78, что не соответствует целевому значению МНО при неклапанной фибрилляции предсердий.

Выводы: 1. Частота встречаемости кардиоэмболических подтипов ОНМК среди пациентов отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения БУ ХМАО – Югры «Сургутская областная клиническая больница», в 2016 г. 2. Пациенты, поступившие в отделение в 2016 г., не имели на догоспитальном этапе достаточной антитромботической терапии. Прием различных форм ацетилсалициловой кислоты в монотерапии или в комбинации с клопидогрелем не профилактируют тромбозы на фоне ФП, а прием варфарина не приводил к достижению целевых значений МНО, что может быть объяснено недостаточными дозами препарата. Отсутствие возможности контроля МНО в виду ограничений двигательной активности. 3. Учитывая пожилой возраст пациентов, ограничения двигательной активности пациентов после перенесенного ОНМК на фоне неклапанной ФП и как следствие невозможность контроля МНО ежемесячно на амбулаторном этапе, следует рекомендовать прием новых пероральных антикоагулянтов, не требующих контроля МНО.

## **Влияние нарушений психоэмоционального состояния на тяжесть течения хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии**

*Христиченко М.А., Гончарук М.С.*

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

Цель. Оценить влияние нарушений психоэмоционального состояния на тяжесть течения сердечной недостаточности у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 142 пациента с ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии (85 мужчин и 57 женщин, средний возраст 66,4±10,5 года). Критерии включения: наличие клинических признаков ХСН II-IV ФК по NYHA, адекватная медикаментозная терапия ХСН, рекомендованная действующими руководствами, добровольное согласие больного. Критерии исключения: I ФК ХСН по NYHA, органические расстройства личности, прием антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов в течение 1 мес. до включения, декомпенсация ХСН в течение 1 мес. до включения, тяжелая сопутствующая патология, острый коронарный синдром в течение 2 мес. до включения, алкогольная и наркотическая зависимость, выраженные нарушения когнитивных функций. Наличие психоэмоциональных нарушений определялось при помощи опросников госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Спилберга-Ханина и Бека. У всех больных определяли тяжесть течения сердечной недостаточности по шкале оценки

клинического состояния (в модификации Мареева В.Ю.) (ШОКС). Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере при помощи Microsoft Excel и статистического пакета Medstat.

Результаты. С учетом показателей опросников HADS, Спилбергера-Ханина и Бека, пациенты были разделены на 2 группы: пациенты с нарушениями психоэмоционального статуса (n=111, 78,1%) вошли в 1-ю группу (при этом тревожность отмечалась у 23 (16,2%) пациентов, депрессия – у 32 (22,5%), а сочетание тревожности и депрессии – у 56 (39,4%) больных), 2-ю группу (n=31, 21,9%) составили обследованные без психоэмоциональных нарушений. Группы сопоставимы по возрасту, полу, получаемой медикаментозной терапии (p>0,05). Среди пациентов 1-й группы преобладали пациенты с III-IV ФК ХСН, в то время как во 2-й группе – пациенты со II ФК ХСН ( $\chi^2=13,7$ , p<0,001).

Количество баллов по ШОКС соответствовало функциональному классу ХСН у всех обследованных пациентов. Клиническое состояние больных, оцененное с помощью этой шкалы, было достоверно хуже в 1-й группе пациентов (8 (6;11) и 5 (3;7) соответственно; p=0,001). Наибольшее количество баллов по ШОКС наблюдалось у пациентов в подгруппе с сочетанием тревожности и депрессии – 10 (9;11), при этом различия были статистически значимыми как в сравнении с группой 2 (p<0,001), так и с подгруппами с тревожностью/депрессией (p<0,001).

Выводы. Наличие сочетанного тревожно-депрессивного расстройства ассоциировано с более тяжелым клиническим течением ХСН ишемической этиологии, оцененным по ШОКС в модификации Мареева.







**Сборник материалов  
IV Съезд терапевтов Северо-Кавказского  
федерального округа**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 26.04.2018. Подписано в печать 04.05.2018. 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



Посвящается 120-летию со дня рождения И.А. Кассирского

# XIII Национальный конгресс терапевтов

21–23 ноября 2018 года

**Москва**  **КРОКУС ЭКСПО**

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте [www.congress.rnmot.ru](http://www.congress.rnmot.ru)

**Оргкомитет:**

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

**Конгресс-оператор:**



ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2  
телефон: +7 (495) 419-08-68  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

# ЛИПРИМАР®

ОРИГИНАЛЬНЫЙ АТОРВАСТАТИН

Зарегистрирован в 118 странах.  
Изучен более чем у 80 000 пациентов  
в рамках 400 клинических исследований<sup>1</sup>

Для выбора Липримара у него есть много веских причин.  
Знакомьтесь, вот семь из них!



**СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ И ДОКАЗАННО ПРЕДОТВРАЩАЕТ  
ИНФАРКТЫ И ИНСУЛЬТЫ у широкого спектра пациентов<sup>2-7</sup>**

#### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ЛИПРИМАР®

**Торговое название:** Липримар®. Международное непатентованное название: аторвастатин. Регистрационный номер: П N014014/01. Фармакологические свойства: аторвастатин – селективный конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы. Синтетическое гиполипидемическое средство. **Показания к применению:** *Гиперхолестеринемия:* – в качестве дополнения к диете для снижения повышенного общего холестерина, ХС-ЛПНП, апо-В и триглицеридов у взрослых, подростков и детей в возрасте 10 лет или старше с первичной гиперхолестеринемией, включая семейную гиперхолестеринемию (гетерозиготный вариант) или комбинированную (смешанный) гиперлипидемию (соответственно тип IIa и IIb по классификации Фредриксона), когда ответ на диету и другие немедикаментозные методы лечения недостаточны, – для снижения повышенного общего холестерина, ХС-ЛПНП у взрослых с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией в качестве дополнения к другим гиполипидемическим методам лечения (например, ЛПНП-аферез) или если такие методы лечения недоступны. *Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний:* – профилактика сердечно-сосудистых событий у взрослых пациентов, имеющих высокий риск развития первичных сердечно-сосудистых событий, в качестве дополнения к коррекции других факторов риска; – вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС с целью снижения смертности, инфарктов миокарда, инсультов, повторных госпитализаций по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата; активное заболевание печени или повышение активности «печеночных» трансаминаз в плазме крови неясного генеза более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы; беременность; период грудного вскармливания; женщины детородного возраста, не использующие адекватные методы контрацепции; возраст до 18 лет, за исключением гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии (применение противопоказано у детей в возрасте до 10 лет); одновременное применение с фузидовой кислотой; врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. С осторожностью применяют у пациентов, злоупотребляющих алкоголем; у пациентов, имеющих в анамнезе заболевания печени; у пациентов с наличием факторов риска развития рабдомиолиза. При беременности и в период кормления грудью Липримар® противопоказан. **Способ применения и дозы:** внутрь, в любое время суток независимо от приема пищи. Доза препарата варьируется от 10 мг до 80 мг 1 раз в сутки и титруется с учетом концентрации ХС-ЛПНП, цели терапии и индивидуального ответа на проводимую терапию. Максимальная суточная доза – 80 мг. Первичная гиперхолестеринемия и комбинированная (смешанная) гиперлипидемия: рекомендуемая доза – 10 мг 1 раз в сутки; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия: рекомендуемая доза – 80 мг 1 раз в сутки. Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия: начальная доза составляет 10 мг в сутки. Дозу следует подбирать индивидуально и оценивать актуальность дозы каждые 4 недели с возможным повышением до 40 мг в сутки. Доза может быть увеличена до максимальной – 80 мг в сутки. Применение у детей с 10 до 18 лет при гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии: рекомендуемая начальная доза – 10 мг 1 раз в сутки. Доза может быть увеличена до 20 мг в сутки. У пациентов с недостаточностью функции печени дозу необходимо снижать, при регулярном контроле активности «печеночных» трансаминаз: аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ); у пациентов с недостаточностью функции почек и у пожилых пациентов коррекция дозы не требуется. Побочные действия: Липримар обычно хорошо переносится; побочные реакции, как правило, легкие и преходящие: головная боль, боль в горле, носовое кровотечение, запор, метеоризм, диспепсия, тошнота, диарея, мигалгия, артралгия, боль в конечностях, судороги мышц, припухлость суставов, боль в спине, мышечно-скелетные боли, отклонение от нормы результатов «печеночных» тестов (АСТ и АЛТ), повышение активности сывороточной креатинфосфокиназы (КФК), аллергические реакции, гиперлипкемия, назофарингит. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг, 40 мг и 80 мг. По 14, 30 и 100 таблеток в картонной упаковке. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Липримар П N014014/01-190216.**

1. Внутренние данные компании «Пфайзер». 2. Sever P. et al. Lancet 2003; 361: 1149-58. 3. Colhoun H.M. et al. Lancet 2004; 364: 685-96. 4. Athyros V.G. et al. Current Medical Research and Opinion 2002; 18:220-228. 5. Schwartz G.G. et al. JAMA 2001; 285: 1711-1718. 6. Amarenco P. et al. N Eng J Med 2006; 223: 549-559. 7. Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар, П N014014/01-190216.



Пфайзер, Россия, 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10.  
Тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00, www.pfizer.com



Сила. Доказательство. Уверенность.