



Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Российская академия наук, Сибирское отделение  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская Ассоциация терапевтов (EAT)  
Правительство Новосибирской области  
Мэрия г. Новосибирска  
Министерство здравоохранения Новосибирской области  
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ  
«Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН»  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Новосибирское областное общество терапевтов  
Межрегиональная ассоциация «Сибирское соглашение»  
ОО «Амбулаторный врач»

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

# VI Съезд терапевтов Сибири

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

**4–5 октября 2018 года**  
**Новосибирск**

Центр культуры и отдыха «Победа»  
г. Новосибирск, ул. Ленина, 7

Генеральные информационные партнеры





120  
лет

со дня рождения  
И.А. Кассирского

- 11-12 октября, **Самара**, 48-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
<https://samara.rnmot.ru>
- 1-2 ноября, **Екатеринбург**, IV Съезд терапевтов Уральского федерального округа  
<https://ural.rnmot.ru>
- 21-23 ноября, **Москва**, XIII Национальный Конгресс терапевтов  
<https://congress.rnmot.ru>
- 13-14 декабря, **Чебоксары**, 49-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
<https://cheboksary.rnmot.ru>

2018

Подробнее на сайте <https://rnmot.ru>

Конгресс-оператор:



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

18+ Реклама

## Содержание

Организаторы и оргкомитет .....	3
Обращение к участникам.....	5
Страницы истории .....	9
Программа .....	10
Каталог выставки .....	17
Сборник тезисов .....	37

Официальные спонсоры



Спонсор регистрации



Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»

Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2

телефон: +7 (495) 419-08-68

электронная почта: [therapy@kstinterforum.ru](mailto:therapy@kstinterforum.ru)

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

## Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Российская академия наук, Сибирское отделение  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская Ассоциация терапевтов (ЕАТ)  
Правительство Новосибирской области мэрия г. Новосибирска  
Министерство здравоохранения Новосибирской области  
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ  
«Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН»  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Новосибирское областное общество терапевтов  
Межрегиональная ассоциация «Сибирское соглашение»  
ОО «Амбулаторный врач»

## Оргкомитет

### Почетный председатель

**Никитин Юрий Петрович** – почетный вице-президент РНМОТ, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ

### 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

**Иванинский Олег Иванович** – министр здравоохранения Новосибирской области, заслуженный врач РФ, к.м.н.

**Воевода Михаил Иванович** – руководитель Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН» (НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН), полномочный представитель РНМОТ в Сибирском федеральном округе, академик РАН

### Почетные члены оргкомитета

**Травников Андрей Александрович** – врио губернатора Новосибирской области

**Меняйло Сергей Иванович** – полномочный представитель Президента РФ в Сибирском федеральной округе

**Локоть Анатолий Евгеньевич** – мэр г. Новосибирска

**Маринкин Игорь Олегович** – ректор Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

### Оргкомитет

**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

**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

**Васькина Елена Анатольевна** – руководитель организационно-методического отдела НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, д.м.н., профессор

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

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

**Карпов Ростислав Сергеевич** – председатель президиума Томского научного центра, академик РАН

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

**Куимов Андрей Дмитриевич** – заведующий кафедрой факультетской терапии Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Курбетьева Татьяна Николаевна** – заместитель главного врача по терапевтической помощи ГБУЗ НСО «ГНОКБ», главный терапевт области, врач-терапевт высшей категории, к.м.н.

**Малявин Андрей Георгиевич** – член Президиума РНМОТ, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета МГМСУ им А.И. Евдокимова, заведующий кафедрой пульмонологии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководитель центра респираторной медицины, д.м.н., профессор

**Нечаева Галина Ивановна** – главный специалист по общей врачебной практике Координационного совета по здравоохранению Сибири Межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение», заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

**Осипенко Марина Федоровна** – начальник Управления организации и координации работы диссертационных и ученых советов, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Осипова Ирина Владимировна** – заведующая кафедрой факультетской терапии с курсами военно-полевой терапии иммунологии и аллергологии Алтайского государственного медицинского университета, председатель Алтайского краевого общества терапевтов, д.м.н., профессор

**Петрова Марина Михайловна** – проректор по научной работе Красноярского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Поспелова Татьяна Ивановна** – проректор по научной работе, заведующая кафедрой терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Потеряева Елена Леонидовна** – проректор по лечебной работе, заведующая кафедрой неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Рагино Юлия Игоревна** – заместитель руководителя по научной работе, член-корр.РАН, д.м.н., профессор

**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

**Тов Никита Львович** – председатель Новосибирского общества терапевтов, заведующий кафедрой внутренних болезней Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Томский Михаил Иннокентьевич** – директор ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем», д.м.н., профессор

**Фомичева Марина Леонидовна** – главный специалист по профилактической медицине Новосибирской области, директор ГКУЗ НСО «Городской медицинский информационно-аналитический центр», заведующая лабораторией профилактической медицины НИИТПМ – филиал ИЦИГ СО РАН, к.м.н.

**Шпагина Любовь Анатольевна** – главный врач Городской клинической больницы №2 г. Новосибирска, заведующая кафедрой госпитальной терапии и медицинской реабилитации Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

## Уважаемые коллеги!

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

Основным форумом традиционно является осенний Национальный конгресс в Москве. Здесь мы подводим итоги года, а в программу выносим 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 (1961–1963), 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 крупнейших региональных форумов 2018 года обещает стать VI Съезд терапевтов Сибири в Новосибирске. 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 не только терапевтов Москвы, Сибирского федерального округа, но и представителей Международного общества (ISIM) и Европейской федерации внутренней медицины (EFIM).

С нетерпением жду встречи на Съезде!

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



## Уважаемый президиум, участники Съезда терапевтов и гости!



От лица министерства здравоохранения и от себя лично хочется поприветствовать всех участников VI Съезда терапевтов Сибирского федерального округа со столь знаменательным событием. Съезд уже стал традиционным и сложно переоценить значимость такого мероприятия для Новосибирской области и медицинской общественности. Это возможность еще раз обсудить те актуальные проблемы здоровья, снижения смертности населения и увеличения продолжительности жизни на территории Новосибирской области и всей Сибири в рамках тех задач, которые поставил нам президент Российской Федерации В.В. Путин. Надеюсь, будет очень интересная и познавательная дискуссия, и мы получим по итогам Съезда терапевтов современные знания и практическое решение многих задач, которые стоят перед нами.

**Министр здравоохранения Новосибирской области,  
заслуженный врач РФ, к.м.н.  
О.И. Иванинский**



## Уважаемые участники!

Охрана здоровья населения и профилактика социально значимых заболеваний по-прежнему является приоритетной задачей современной медицинской науки и практического здравоохранения. Превентивный принцип оказания своевременной медицинской помощи обеспечивает снижение показателей смертности и инвалидности среди населения, в первую очередь, трудоспособного возраста.

Современная медицинская наука определяет широкий круг диагностических и лечебных методов, направленных на раннее выявление и эффективное лечение патологии. При этом особое значение имеет комплексный терапевтический подход.

Проводимый в Новосибирске VI Съезд терапевтов Сибири, посвященный 120-летию со дня рождения выдающегося отечественного терапевта-клинициста И.А. Кассирского, нацелен на обсуждение вопросов научного обоснования, создания и внедрения современных эффективных технологий медико-профилактической помощи работающим гражданам, раннюю диагностику и профилактику профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний бронхолегочной системы.

Конференция проходит в крупнейшем научно-промышленном центре Сибирского федерального округа – городе Новосибирске, имеющем свои многолетние научные традиции, которые активно поддерживаются и продолжают развиваться коллективом ученых Новосибирского государственного медицинского университета, начиная со второй половины XX века.

В Новосибирске существует четко налаженная система охраны здоровья работающих граждан, объединяющая усилия ведущих врачей и ученых в управлении качеством оказания медицинской помощи трудоспособному населению.

Желаю всем участникам Всероссийской конференции творческих успехов, неиссякаемого стремления к совершенству, профессионализма, крепкого здоровья и долголетия!



**Ректор Новосибирского государственного  
медицинского университета, д.м.н., профессор  
И.О. Маринкин**

## Глубокоуважаемые участники съезда и гости!



Очередной VI Съезд терапевтов Сибири собрал ведущих специалистов по внутренним заболеваниям из разных областей, краев и республик Сибирского федерального округа, гостей из других регионов России. На съезде будут рассмотрены новейшие данные по эпидемиологии важнейших терапевтических заболеваний, механизмах развития, новые достижения в области их диагностики, профилактики и лечения. Особое внимание будет уделено результатам исследований сибирских ученых. Будут рассмотрены вопросы совершенствования системы последипломного образования и аккредитации специалистов терапевтического профиля, повышения качества и доступности медицинской помощи. Следует отметить, что терапевтической службе страны, Российскому научному медицинскому обществу терапевтов и его региональным отделениям отводится особая роль в реализации грандиозных задач по сохранению здоровья населения России и значительному увеличению продолжительности жизни россиян. В этой связи следует отметить, что сибирские терапевтические школы имеют глубокие традиции и внесли значительный вклад в развитие отечественной медицинской науки и практического здравоохранения, развивая лучшие практики с учетом сибирских специфических климато-географических и социально-экономических условий.

Выражаю уверенность, что работа Съезда терапевтов будет способствовать повышению профессионального уровня участников, дальнейшему развитию фундаментальных и прикладных исследований в области внутренней медицины в регионе и в конечном счете решению сложных и исключительно ответственных задач, поставленных перед отечественным здравоохранением руководством нашей страны.

**Руководитель Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН» (НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН), полномочный представитель РНМОТ в Сибирском федеральном округе, академик РАН  
М.И. Воевода**

### 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.



4 октября

Большой зал

Зал № 4

Зал № 5

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30				09:30
09:45				09:45
10:00	<b>Официальное открытие съезда</b>			10:00
10:15				10:15
10:30	<b>пленарное заседание</b>			10:30
10:45	30' / Мартынов А.И. (Москва)			10:45
11:00	30' / Воевода М.И. (Новосибирск)			11:00
11:15	30' / Спасский А.А. (Москва)			11:15
11:30	30' / Верткин А.Л. (Москва)			11:30
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30	коммерческий симпозиум компании Сервье (не входит в программу для НМО)	<b>Амбулаторный прием</b> Ведущие: Верткин А.Л., Носова А.В. (Москва)	СИМПОЗИУМ Современная практика ведения кардиологических больных. Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Латынцева Л.Д. (Новосибирск)	12:30
12:45	Полный спектр терапевтических решений для пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).	(не входит в программу для НМО)		12:45
13:00	Председатель Привалова Е.В. (Москва)	«Мы бредим от удущья» – амбулаторный пациент с сердечной недостаточностью: клинические рекомендации и реальная практика. Председатель Верткин А.Л. (Москва)		13:00
13:15				13:15
13:30				13:30
13:45				13:45
14:00				14:00
14:15				14:15
14:30	<b>Обед</b>		<b>Обед</b>	14:30
14:45				14:45
15:00	Мультидисциплинарный больничный на приеме у терапевта.	<b>перерыв</b>	СИМПОЗИУМ «Жидкая биопсия» в практике врача-терапевта: в чем преимушества? Сопредседатели: Рагино Ю.И. (Новосибирск), Курилов С.А. (Новосибирск) Кручинина М.В. (Новосибирск)	15:00
15:15	Сопредседатели: Осипенко М.Ф. (Новосибирск), Якушин М.А. (Москва)			15:15
15:30		<b>Амбулаторный прием</b> Ведущие: Верткин А.Л., Носова А.В. (Москва)		15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30	СИМПОЗИУМ Популяционные фенотипы факторов риска хронических нефункционных заболеваний среди населения России/Сибири (по материалам международных программ).	СИМПОЗИУМ Пациенты с сахарным диабетом на приеме терапевта: персонализированные цели терапии. Сопредседатели: Рымар О.Д. (Новосибирск), Капитова Л.В. (Кемерово)	<b>Встреча членов Президиума РНМОТ с активом терапевтического сообщества региона</b>	16:30
16:45	Сопредседатели: Гафаров В.В. (Новосибирск), Малюткина С.К. (Новосибирск)			16:45
17:00				17:00
17:15				17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:00				18:00



**Большой зал**

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)

Распространенность факторов риска терапевтических заболеваний в урбанизированной популяции 25-44 лет Западной Сибири.

30' | Воевода М.И. (Новосибирск)

Персонализированная медицина и клиническая лабораторная диагностика. Взгляд интерниста.

30' | Спасский А.А. (Москва)

«...А сыновья уходят в бой» без интернатуры в поликлинику.

30' | Верткин А.Л. (Москва)

12:15–13:45

коммерческий симпозиум компании Сервье

(не входит в программу для НМО)

**Полный спектр терапевтических решений для пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).**

Председатель Привалова Е.В. (Москва)

Высшая математика в лечении гипертонии:

Часть 1: уравнение с 2-мя известными.

30' | Привалова Е.В. (Москва)

Часть 2: уравнение с 3-мя известными.

30' | Привалова Е.В. (Москва)

Схема лечения больного с ИБС: равнобедренный треугольник.

30' | Привалова Е.В. (Москва)

13:45–14:15

**Обед**

14:15–16:00

**Мультидисциплинарный больной на приеме у терапевта.**

Сопредседатели: Осипенко М.Ф. (Новосибирск), Якушин М.А. (Москва)

Ошибки ведения пожилого пациента.

15' | Якушин М.А. (Москва)

Возрастные аспекты нарушения сна: подходы к диагностике и терапии.

15' | Мордвинцева Е.Р. (Новосибирск)

Как не совершить ошибок в ведении больных НАЖБП.

15' | Осипенко М.Ф. (Новосибирск)

Эндотоксикоз: современные подходы к проблеме.

30' | Хованов А.В. (Москва)

Роль и место заключения патологоанатома в курации пациента с хроническим гастритом.

Коммерческий доклад компании Астеллас

(не входит в программу для НМО)

30' | Кононов А.В. (Омск)

16:15–18:00

симпозиум

**Популяционные фенотипы факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения России/Сибири (по материалам международных программ).**

Сопредседатели: Гафаров В.В. (Новосибирск),

Малютина С.К. (Новосибирск)

Молекулярно-генетические маркеры внезапной смерти в Сибирской популяции (Новосибирск).

15' | Максимов В.Н., Иванова А.А., Орлов П.С., Иванощук Д.Е.,

Малютина С.К. (Новосибирск)

Риск развития инфаркта миокарда, инсульта при нарушениях сна в России/Сибири – от эпидемиологии к персонализированной медицине (программа ВОЗ MONICA-psychosocial).

15' | Гафаров В.В., Гагулин И.В., Максимов В.Н., Панов Д.О.,

Гафарова А.В., Громова Е.А. (Новосибирск)

Ассоциации артериальной гипертензии с генетическими маркерами по данным полногеномных исследований (анализ в Сибирской популяционной выборке).

15' | Малютина С.К., Максимов В.Н., Маздорова Е.В., Рябиков А.Н.,

Воевода М.И., Никитин Ю.П. (Новосибирск)

Динамика ведущих факторов риска в разных когортах населения Алтайского региона России.

15' | Осипова И.В., Антропова О.Н., Репкина Т.В. (Барнаул)

Ранняя модификация факторов риска сахарного диабета в Сибирской популяционной выборке – как важный этап в профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

15' | Мустафина С.В., Воевода М.И., Малютина С.К.,

Щербак Л.В., Рымар О.Д. (Новосибирск)

Факторы хронического социального стресса в открытой городской популяции – ассоциации с поведенческими факторами риска ХНИЗ в гендерном аспекте.

10' | Акимова Е.В., Гакова Е.И., Кузнецов В.А. (Тюмень)

Дискордантные тренды артериальной гипертензии и избыточной массы тела у подростков в Сибирской популяционной выборке: возможности прогноза.

10' | Денисова Д.В., Завьялова Л.Г. (Новосибирск)

10' | Дискуссия

## Зал № 4

12:15–13:00

### Амбулаторный прием:

- Терапевт поликлиники и один в поле воин.
- «Первым делом – самолеты...» – ориентир на социально значимую патологию (диагноз в двери, подсказки на стенах, алгоритмы на столе).
- «Губы бескровные, веки упавшие, язвы на тощих руках...» – стигмы той или иной патологии, тактика на каждый случай.

Ведущие: *Верткин А.Л., Носова А.В. (Москва)*

13:00–14:30

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

### «Мы бредим от удушья» – амбулаторный пациент с сердечной недостаточностью: клинические рекомендации и реальная практика.

Председатель *Верткин А.Л. (Москва)*

14:30–15:00

### перерыв

15:00–16:00

### Амбулаторный прием:

- «Ни сна, ни отдыха измученной душе» – боль в суставах и спине.
- «И звезда с звездой говорит...» – перелистаем историю отечественной терапевтической школы (виртуальные и реальные образы терапевтов последних трех столетий).

Ведущие: *Верткин А.Л., Носова А.В. (Москва)*

16:15–17:45

### симпозиум

### Пациенты с сахарным диабетом на приеме терапевта: персонализированные цели терапии.

Сопредседатели: *Рымар О.Д. (Новосибирск), Квиткова Л.В. (Кемерово)*

Гендерные и возрастные особенности метаболического синдрома. Персонализированные подходы к терапии.

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

15' | *Квиткова Л.В. (Кемерово)*

Профилактика перехода от предиабета – к диабету.

15' | *Мустафина С.В. (Новосибирск)*

Пожилый пациент с СД2 – смена парадигмы целей лечения.

15' | *Рымар О.Д. (Новосибирск)*

Практические рекомендации по инъекционной и инфузионной терапии при сахарном диабете.

15' | *Сазонова О.В. (Новосибирск)*

Гиперурикемия при диабете, лечить или не лечить?

15' | *Васькина Е.А. (Новосибирск)*

15' | *Дискуссия*

## Зал № 5

12:15–14:00

### симпозиум

### Современная практика ведения кардиологических больных.

Сопредседатели: *Мартынов А.И. (Москва), Латынцева Л.Д. (Новосибирск)*

Ведение коморбидного больного с АГ: преимущество фиксированных комбинаций. Коммерческий доклад компании Эгис  
(не входит в программу для НМО)

30' | *Мартынов А.И. (Москва)*

Еще раз о безопасности статинов: мифы и реальность.

15' | *Латынцева Л.Д. (Новосибирск)*

Терапевтические ниши для Б-блокаторов при артериальной гипертензии сегодня.

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

15' | *Ружайкин Д.С. (Новосибирск)*

Анемия и сердечно-сосудистые заболевания. Коммерческий доклад компании Эгис  
(не входит в программу для НМО)

15' | *Мартынов А.И. (Москва)*

Антитромботическая терапия при фибрилляции предсердий: стратегические цели и тактические подходы.

30' | *Ларёва Н.В. (Чита)*

14:00–14:30

### Обед

14:30–16:00

### симпозиум

### «Жидкая биопсия» в практике врача-терапевта: в чем преимущества?

Сопредседатели: *Рагино Ю.И. (Новосибирск), Курилович С.А. (Новосибирск), Кручинина М.В. (Новосибирск)*

«АтероПанель» в оценке коронарного атеросклероза.

15' | *Рагино Ю.И. (Новосибирск)*

«ГастроПанель» и пепсиногеновый тест в оценке морфологического состояния желудка.

15' | *Белковец А.В. (Новосибирск)*

«Жидкая биопсия» в оценке степени фиброза печени.

15' | *Курилович С.А. (Новосибирск)*

«Жидкая биопсия» в оценке прогрессии колоректального рака.

15' | *Кручинина М.В. (Новосибирск)*

Биомаркеры воспалительных заболеваний кишечника: диагностическая и прогностическая роль.

15' | *Осипенко М.Ф. (Новосибирск)*

15' | *Дискуссия*

16:15–17:45

### Встреча членов Президиума РНМОТ с активом терапевтического сообщества региона

## Зал № 3

09:30–11:15

симпозиум

**Современные возможности лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.**

Сопредседатели: Лазебник Л.Б. (Москва), Голованова Е.В. (Москва)

Идеи И.И. Мечникова и парадигмы современной медицины.

30' | Лазебник Л.Б. (Москва)

Актуальные вопросы лечения жировой болезни печени.

15' | Голованова Е.В. (Москва)

Пути повышения эффективности эрадикационной терапии.

15' | Голованова Е.В. (Москва)

Функциональные расстройства органов ЖКТ.

15' | Плотникова Е.Ю. (Кемерово)

Место ребамипида в лечении заболеваний пищеварительной трубки.

15' | Лазебник Л.Б. (Москва)

Комбинированная терапия запоров.

15' | Плотникова Е.Ю. (Кемерово)

11:30–13:00

коммерческий симпозиум компании Вертекс

(не входит в программу для НМО)

**Больной высокого сердечно-сосудистого риска: от рекомендаций к клинической практике.**

Председатель Ярохно Н.Н. (Новосибирск)

Современные возможности терапии больных с коморбидной сердечно-сосудистой патологией.

45' | Ярохно Н.Н. (Новосибирск)

Больной артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска. Мультидисциплинарные подходы к коррекции.

45' | Яхонтов Д.А. (Новосибирск)

13:15–14:45

симпозиум

**Актуальные вопросы профилактики терапевтических заболеваний.**

Сопредседатели: Кутумова О.Ю. (Красноярск),

Фомичева М.Л. (Новосибирск)

Технологии бережливого производства в организации профилактической работы поликлиники.

15' | Кутумова О.Ю. (Красноярск)

Опыт использования информационно-коммуникативных технологий в профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

15' | Линок Е.А., Палий И.А. (Томск)

Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на региональном уровне.

15' | Фомичева М.Л. (Новосибирск)

Профилактическое консультирование: эффективные подходы в Алтайском крае.

15' | Осипова И.В., Репкина Т.В. (Барнаул)

Гендерные особенности терапевтических заболеваний.

10' | Ковалькова Н.А. (Новосибирск)

Многолетние тренды физической активности подростков в контексте профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в сибирской популяционной выборке.

10' | Денисова Д.В. (Новосибирск)

10' | Дискуссия

15:00–16:30

круглый стол

**Школа гематологов для врачей-терапевтов.**

Ведущие: Поспелова Т.И. (Новосибирск), Ковынев И.Б. (Новосибирск),

Нечунаева И.Н. (Новосибирск), Лямкина А.С. (Новосибирск), Бабаева

Т.Н. (Новосибирск), Шамаева Г.В. (Новосибирск)

## Зал № 4

09:30–11:15

симпозиум

**Современные подходы к терапии внутренних болезней.**

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Дума С.Н. (Москва)

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

15' | Мартынов А.И. (Москва)

Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях.

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

30' | Дума С.Н. (Новосибирск)

Хронические болезни почек при сердечно-сосудистых заболеваниях, некоторые терапевтические подходы.

30' | Латынцева Л.Д. (Новосибирск)

Место SYSADOA в терапии боли в спине у пожилых пациентов.

15' | Дума С.Н. (Новосибирск)

Терапия обострения хронической боли – от идеи до реализации.

15' | Ховасова Н.О. (Москва)

11:30–13:00

симпозиум

**Актуальные вопросы внутренних болезней в многопрофильном стационаре.**

Сопредседатели: Тов Н.Л. (Новосибирск), Курбетьева Т.Н.

(Новосибирск)

Актуальные вопросы ведения пациентов с орфанными заболеваниями на территории Новосибирской области.

10' | Курбетьева Т.Н., Тов Н.Л., Максимова Ю.В., Рейдер Т.Н.,

Тюпина В.Н. (Новосибирск)

Современные подходы к антибактериальной терапии внебольничных пневмоний.

10' | Куделя Л.М., Можина Л.Н., Манжилеева Т.В., Витухина Е.А.,

Зубрицкая И.А., Новикова Е.В., Хусаинова Е.С. (Новосибирск)



Структурно–функциональная оптимизация работы по оказанию помощи больным с хронической болезнью почек: 25-летний опыт Новосибирского областного нефрологического центра.

10' | Галкина Е.В., Быков А.Ю., Мовчан Е.А. (Новосибирск)

Вторичная профилактика инсульта с позиции доказательной медицины.

10' | Танеева Е.В., Рерих К.В., Затынко А.В. (Новосибирск)

Особенности инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.

10' | Зенкова Е.В., Бондарь И.А., Краснопевцева И.П., Шабельникова О.Ю. (Новосибирск)

Новые лекарственные технологии в лечении ревматических заболеваний в реальной клинической практике.

10' | Богодерова Л.А., Уколова Л.А. (Новосибирск)

Особенности язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки в пожилом возрасте.

10' | Абрамова Е.Э., Непомнящих Д.Л. (Новосибирск)

Состояние вегетативной нервной системы сердца у пациентов с неходжкинскими лимфомами в динамике химиотерапии.

10' | Долгих Т.Ю. (Новосибирск)

10' | Дискуссия

**13:15–14:45**

мастер-класс

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

Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)

**15:00–16:30**

сессия

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

Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)

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

## Зал № 5

**09:30–11:15**

симпозиум

**Оказание помощи работающему населению (качество, безопасность, диагностика, профилактика, лечение, реабилитация).**

Сопредседатели: Логвиненко И.И. (Новосибирск),

Шпагина Л.А. (Новосибирск), Потеряева Е.Л. (Новосибирск)

Медицинские осмотры работающих в НСО: опыт реализации профилактической стратегии в здравоохранении.

15' | Потеряева Е.Л., Кругликова Н.В., Труфанова Н.Л.,

Смирнова Е.Л. (Новосибирск)

Возможности и перспективы применения биологически активных добавок у работающих в условиях воздействия электромагнитного поля широкополосного спектра частот от персональных электронно-вычислительных машин.

15' | Логвиненко И.И., Добрынина Н.А., Тимощенко О.В., Мустафина С.В. (Новосибирск)

Инновации в лечении профессиональных интерстициальных болезней легких.

15' | Шпагина Л.А. (Новосибирск)

Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких: особенности диагностики и лечения.

15' | Шпагина Л.А. (Новосибирск), Котова О.С. (Новосибирск)

Бронхиальная астма и артериальная гипертензия.

Совместный вклад в дисфункцию эндотелия, сопряженной с дефицитом оксида азота.

15' | Логвиненко Н.И., Стафеев А.Н. (Новосибирск)

«Женское лицо» хронической обструктивной болезни легких.

15' | Ларёва Н.В. (Чита)

15' | Дискуссия

**11:30–13:00**

симпозиум

**Сложные вопросы дифференциального диагноза и лечения в терапевтической практике.**

Сопредседатели: Логвиненко Н.И. (Новосибирск),

Сидоров А.В. (Ярославль)

Диареи в практике терапевта, современные подходы к лечению.

15' | Солдатова Г.С. (Новосибирск)

Рациональная антибактериальная терапия инфекций дыхательных путей.

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

15' | Логвиненко Н.И. (Новосибирск)

Проблемы кашля у больных с бронхолегочной патологией.

15' | Можина Л.Н. (Новосибирск)

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

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

30' | Сидоров А.В. (Ярославль)

Коррекция железодефицитной анемии: проблема выбора препарата.

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

15' | Сидоров А.В. (Ярославль)

**13:15–14:45**

симпозиум

**Современные методы диагностики и терапии в общеклинической практике.**

Сопредседатели: Дума С.Н. (Новосибирск), Куимов А.Д.

(Новосибирск), Курилович С.А. (Новосибирск)

К вопросу о персонализированной медицине и стратегии активного долголетия.

15' | *Пальцев А.И., Воевода М.И. (Новосибирск)*

Пациент, который не должен ждать.

Время мозга при гипертонии. Диалог кардиолога и невролога.

15' | *Дума С.Н., Латынцева Л.Д. (Новосибирск)*

Методология клинического диагноза в практике врача-терапевта.

15' | *Куимов А.Д. (Новосибирск)*

Сердечно-сосудистые нарушения у женщин в постменопаузе.

15' | *Ларёва Н.В. (Чита)*

Фенотип ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией: оптимизация терапии, прогноз.

15' | *Шпагин И.С. (Новосибирск)*

Функциональные расстройства билиарной системы: как диагностировать, как лечить.

15' | *Курилович С.А. (Новосибирск)*

Дискуссия

15:00–16:30

**Конкурс молодых терапевтов**

*Ведущая Рагино Ю.И. (Новосибирск)*

Белок PCSK9 у молодых мужчин Новосибирска.

*Бенимецкая К.С. (Новосибирск)*

Дефицит микроэлементов: роль в формировании фибрилляции предсердий при болезни Грейвса.

*Виниченко Д.С. (Кемерово)*

Возможности персонализированной терапии при стентировании по поводу острого коронарного синдрома с учетом генетических полиморфизмов у пациентов бурятской национальности.

*Зеленская Е.М. (Новосибирск)*

Частота инфаркта миокарда в выборке мужчин и женщин с метаболически здоровым ожирением.

*Козупеева Д.А. (Новосибирск)*

Вариации пищевого поведения и хронобиологических ритмов как предикторы абдоминального ожирения.

*Сотникова Ю.М. (Кемерово)*

Клинико-рентгенологические особенности пациентов с интерстициальными заболеваниями легких.

*Хусаинова Е.С. (Новосибирск)*

### АО «Акрихин»

105064, Россия, Москва, ул. Земляной Вал, д. 9  
Бизнес-центр «СИТИДЕЛ»  
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 продуктивном 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.



### АО «Астеллас Фарма»

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16.  
телефон: +7 (495) 737-07-56  
www.astellas.ru

Компания «Астеллас» входит в число 20 ведущих фармацевтических компаний мира; в отделениях компании в разных странах работает около 15 000 сотрудников. Молодая и дальновидная компания «Астеллас» посвятила себя улучшению жизни людей во всем мире путем внедрения новых надежных лекарственных средств.

Созданная в 2005 году путем слияния компаний «Яманучи» и «Фуджисава», компания «Астеллас» целенаправленно продолжает разработку первоклассных препаратов в ряде областей медицины благодаря деятельности высокопрофессионального Центра клинических исследований и разработок, используя маркетинговый потенциал в условиях непрерывного роста мирового фармацевтического рынка. <http://www.astellas.ru/en/about-us/>



### 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](http://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).

## Biotechnos

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



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

## АО «ВЕРТЕКС»

Место нахождения: 197350, Санкт-Петербург г, дорога в Каменку, д. № 62, литера А  
телефон/факс: +7 (812) 329-30-41  
электронная почта: [vertex@vertex.spb.ru](mailto:vertex@vertex.spb.ru)  
[www.vertex.spb.ru](http://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, 2017 год – высшую госнаграду в сфере качества вручил Д.А. Медведев.



# 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

## Компания «Гринвуд»

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



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

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

Препараты группы «Пролит», «Урисан», «Золотой Конек», «Фитопилули Ремилакс» представлены во всех крупных городах России.

## ООО «Гриндекс Рус»

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



АО «Гриндекс» – ведущее фармацевтическое предприятие Балтии. В портфеле «Гриндекс» препараты: МИЛДРОНАТ (мельдоний) – для защиты мозга и сосудов от ишемии, ГРИНТЕРОЛ (УДХК) – для терапии холестаза, медикаментозного литолиза и гепатопротекции, ИПИГРИКС (ипидакрин) – для улучшения нервно-мышечной проводимости и когнитивных функций, ВЕНЛАКСОР (венлафаксин) – для терапии депрессий разных типов и хронического болевого синдрома, СОМНОЛ (зопиклон) – для лечения любых видов бессонницы, ТИНГРЕКС (мемантин) – для терапии деменций, а также мази КАПСИКАМ и ВИПРОСАЛ В – для лечения боли в спине, мышцах и суставах.

## ООО «Мерк»

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

Компания MERCK, основанная в 1668 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 (Erbitux®), 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® П N014893/01
- Инструкция по медицинскому применению препарата Эутирокс® П N015039/01 для дозировок 25, 50, 75, 100, 125 и 150 мкг; ЛП-000910 для дозировок 88, 112 и 137 мкг.
- Инструкция по медицинскому применению препарата Эрбитукс® ЛСР-002745/09, 2009-04-07
- Инструкция по медицинскому применению препарата Гонал-Ф® № ЛС-000957, № ЛС-000200
- Инструкция по медицинскому применению препарата Перговерис® №ЛП-001160



# МОКСАРЕЛ®

современное  
гипотензивное средство  
центрального действия

МОКСОНИДИН  
таблетки

0,2 мг и 0,4 мг №30



*На высоте ВВ1,  
а не давление*



## Терапия моксонидином:

- ✓ Эффективно контролирует АД\*
- ✓ На 21 % улучшает индекс чувствительности к инсулину\*\*
- ✓ Улучшает показатели липидного и углеводного обменов у пациентов с АГ и МС\*\*

\* Чазова И. Шлайх М. журнал Гипертензия, 2013 (Chazova I, Schlaich M P. Int J Hypertens. 2013; 2013: 541689).

\*\* Хейни А. Литхелл Х. журнал Гипертензия, 1999 (стр. 29–35) (Haenni A, Lithell H. J Hypertens Suppl. 1999 Aug; 17(3): S29–S35).

Телефон горячей линии: 8-800-2000-305.

На правах рекламы.

## «НИАРМЕДИК»

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



«Ниармедик» – российская фармацевтическая, биотехнологическая, медицинская компания, созданная в 1989 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 лабораторное оборудование мировых производителей, проводит его сервисное обслуживание, а также развивает сеть многопрофильных клиник. Все продукты компании выпускаются на собственных производственных площадках «Ниармедик» в Москве и Обнинске. С 2012 года компания является одним из создателей и активным участником (входит в Правление) НП «Калужский фармацевтический кластер».

## АО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское»

Московская область, Серпуховский район,  
рабочий поселок Оболенск, промзона район рп Оболенск, строение 78.  
телефон: +7 495 646 28 68  
факс: +7 495 646 28 68  
электронная почта: info@obolensk.ru  
www.obolensk.ru

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

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

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

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

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



## ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН»  
192102, Санкт-Петербург, ул. Салова, д.72, корп.2, лит. А  
телефон: +7 812 7121379  
факс: +7 812 7108225  
электронная почта: ovd@polysan.ru  
www.polysan.ru

ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН» основана в 1992 году. Сфера деятельности – разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику. ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: Циклоферон, Цитофлавин, Реамберин и Ремасол. Специалисты фирмы продолжают работать над созданием новых оригинальных препаратов, 8 из которых поступят на фармацевтический рынок в ближайшие годы. Компания «ПОЛИСАН» была дважды удостоена премии Правительства РФ в области науки и техники, премии «Золотой Меркурий» в области предпринимательской деятельности, премии Правительства Санкт-Петербурга по качеству. Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза. В настоящее время ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» идет строительство 3-ей очереди фармзавода. ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» – член Ассоциации Российских фармацевтических производителей и Союза профессиональных фармацевтических организаций.





## ООО «Рош Диагностика Рус»

115114, Россия, г. Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 2, Бизнес-центр «Вивальди Плаза»  
телефон: +7 (495) 229-69-99  
moscow.reception\_dia@roche.com

Компания «Рош» является одной из ведущих компаний мира в области фармацевтики и лидером в области диагностики *in vitro* (IVD). «Рош» – социально ответственная компания, активно поддерживающая внедрение в России современных методов диагностики и лечения социально значимых заболеваний. Компания «Рош» – это ведущий производитель биотехнологических препаратов, направленных на лечение онкологических заболеваний, тяжелых вирусных инфекций, аутоиммунных воспалительных заболеваний, поражений центральной нервной системы и обмена веществ, а также пионер в области самоконтроля приема антикоагулянтов и сахарного диабета.

Будучи лидером в области *in vitro* диагностики, подразделение «Рош Диагностика» предлагает широкий спектр диагностической аппаратуры и тестов для быстрого и надежного выявления заболеваний и контроля лечения. Основываясь на своем опыте по различным направлениям диагностики, группа компаний «Рош» является ключевым мировым поставщиком комплексных инновационных решений, ориентированных на увеличение клинической значимости диагностики для усовершенствования существующих и внедрения новых видов лечения.

Успешно адаптируя свои предложения к условиям различных рынков, группа компаний «Рош» оказывает услуги своим клиентам в больницах и коммерческих лабораториях, врачебных кабинетах, исследовательских институтах и на дому. Благодаря непрерывным инвестициям в исследования и разработки, а также тесной обратной связи со своими клиентами, компания «Рош» сохраняет ведущие позиции в здравоохранении, отвечая любым медицинским потребностям.



## Rompharm Company

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

Rompharm Company – современное европейское производство (GMP), выпускающее лекарственные препараты для стран 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!



## ООО «Русфик»

123610, Москва, Краснопресненская наб., д. 12,  
ЦМТ, Офисное здание №2, подъезд №7, 6 этаж, офис 605-608  
телефон/факс: +7 (495) 225-80-01/258-20-07  
электронная почта: info@rusfic.com  
www.rusfic.ru

Группа компаний Recordati основана в 1926 г. Сегодня продукция Recordati представлена в более чем 100 странах – в Европе, в США и России.

В России Recordati представляет ООО «Русфик». Компания занимается реализацией лекарственных препаратов Полидекса, Изофра, Отофа, Гексаспрей, Гексализ (оториноларингология); Тержинан, Клималанин, Ломексин (гинекология); Корипрен, Занидип-Рекордати (кардиология); Урорек, Прокто-Гливенол, (урология, проктология).

С 2012 г. «Русфик» занимается продвижением препаратов Алфавит, Кудесан, Веторон, Фокус и Карнитон. Эти лекарственные средства и витамины присутствуют на фармрынке в течение многих лет.



## АО «Сервье», Россия

125047, Москва, ул. Лесная, д. 7

телефон: +7 (495) 937-07-00

электронная почта: events@servier.com

www.servier.ru

Официальный  
спонсор



«Сервье» – международная фармацевтическая компания, находящаяся под управлением некоммерческого фонда. Штаб-квартира расположена во Франции. Компания имеет представительства в 148 странах мира, общая численность сотрудников составляет более 21 200 человек. Годовой оборот «Сервье» в 2015 году составил 3,9 миллиардов евро. Высокие темпы роста компании обусловлены постоянным развитием и поиском инноваций в пяти ключевых областях: кардиология, онкология, диабетология, нейропсихиатрия, ревматология. Являясь полностью независимой, Группа «Сервье» реинвестирует до 25% оборота в научные исследования и разработки, а весь доход – в развитие. «Сервье» работает в России уже 25 лет, являясь одной из ведущих фармацевтических компаний в России. В 2000 году в Москве был открыт «Центр научных исследований и разработок» компании. В 2007 году на территории Новой Москвы был запущен высокотехнологичный производственный комплекс полного цикла «Сердикс», работающий в полном соответствии с международными требованиями и стандартами надлежащей производственной практики (GMP) и выпускающий широкий спектр современных оригинальных лекарственных препаратов для российских граждан. С 2011 года завод начал экспортировать продукцию в страны СНГ.

Сотрудничая с медицинским сообществом и отвечая на потребности здравоохранения, «Сервье» стремится предоставить врачам и пациентам высокоэффективные лекарственные препараты, которые способствуют не только лечению заболеваний, но и улучшению качества жизни и увеличению ее продолжительности.

## 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.

## Тева

115054, Москва, ул. Валовая, д.35, БЦ «Wall Street»

телефон: +7 (495) 644-22-34

www.teva.ru



Teva – один из лидеров мировой фармацевтической отрасли. Компания, штаб-квартира которой расположена в Израиле, ежедневно предлагает высококачественные, ориентированные на потребности пациента решения для миллионов нуждающихся в лечении людей по всему миру.

Teva является ведущим мировым производителем воспроизведенных лекарственных препаратов. Продуктовый портфель компании включает более 1800 молекул, что позволяет производить широкий спектр воспроизведенных лекарств практически для всех областей медицины.

Teva также занимает ведущие мировые позиции в области инновационных специализированных лекарственных препаратов, используемых при различных заболеваниях центральной нервной системы, таких как рассеянный склероз, цереброваскулярные расстройства, эпилепсия, болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера.

Объединение возможностей компании в области воспроизведенных и специализированных лекарственных препаратов позволяет Teva предлагать новые способы удовлетворения нужд пациентов, сочетая разработку лекарств с разнообразными устройствами, услугами и технологиями.

В течение более 20 лет присутствия на российском рынке Teva служит своей главной цели – обеспечению здоровья, безопасности и высокого качества жизни пациентов в России. www.teva.ru

ДЕЛАЙ ПРОЩЕ  
ДЕЛАЙ ЛУЧШЕ



# Импликор®

1 таблетка 2 раза в сутки

Ивабрадин + Метопролол

Больше возможностей в одной таблетке для пациентов со стабильной стенокардией!

В 6 раз меньше приступов стенокардии!

Лучше переносимость физической нагрузки!

Выше качество жизни пациента!

Отличная переносимость лечения!

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ИМПЛИКОР®.

**СОСТАВ:** Импликор® 5мг/25мг: 5 мг ивабрадина/25 мг метопролола; Импликор® 7,5мг/25мг: 7,5 мг ивабрадина/25 мг метопролола; Импликор® 5мг/50мг: 5 мг ивабрадина/50 мг метопролола; Импликор® 7,5 мг/50 мг: 7,5 мг ивабрадина/50 мг метопролола. Показания к применению®. Симптоматическое лечение стабильной стенокардии у взрослых пациентов с нормальным синусовым ритмом, состояние которых адекватно контролировалось применением комбинации монопрепаратов ивабрадина и метопролола в тех же дозах. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ®. 1 таблетка 2 раза в сутки, утром и вечером, во время еды, запивая достаточным количеством жидкости. Концентрация метопролола в плазме крови повышается при одновременном приеме с пищей. Этот факт должен учитываться при лечении пациентов, которые принимали метопролол наотчет перед назначением препарата Импликор®. При необходимости коррекции дозы следует проводить монотерапию ивабрадина и метопролола. При почечной недостаточности: при величине клиренса креатинина выше 15 мл/мин не требуется изменения дозы. При снижении клиренса креатинина ниже 15 мл/мин применять с осторожностью. При печеночной недостаточности: у пациентов с печеночной недостаточностью средней степени тяжести применять с осторожностью, пациентам с печеночной недостаточностью тяжелой степени тяжести препарат противопоказан. Пациенты пожилого возраста: с осторожностью. Применение у детей и подростков: противопоказан (эффективность и безопасность применения у данной возрастной группы не установлены). Противопоказан®. Повышенная чувствительность к ивабрадину, метопрололу (и другим препаратам группы бета-адреноблокаторов ввиду возможной перекрестной чувствительности), а также к вспомогательным веществам; выраженная или симптоматическая брадикардия; кардиогенный шок; острый инфаркт миокарда (ОИМ) или подозрение на ОИМ, осложненный выраженной брадикардией, атриовентрикулярной блокадой I степени, артериальной гипотензией (АГ) (систолическое артериальное давление (АД) менее 100 мм рт.ст.) и/или тяжелой сердечной недостаточности; синдром слабости синусового узла (включая синоатриальную блокаду); атриовентрикулярная блокада (АВ) I и II степени; тяжелая артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт.ст.) или симптоматическая артериальная гипотензия; нестабильная или острая сердечная недостаточность; у пациентов, периодически получающих кратковременное лечение бета-адреноблокаторами; пациенты, зависимые от кардиостимулятора (у которых сердечный ритм обеспечивается только постоянной кардиостимуляцией); нестабильная стенокардия; тяжелое заболевание периферических сосудов; нелеченная почечная недостаточность; метаболический ацидоз; одновременное применение с мощными ингибиторами изоферментов СYP3A4, такими как противогрибковые средства группы азолов (кетоназол, итраконазол), антибиотики группы макролидов (кларитромицин, эритромицин для приема внутрь, джозамицин, телитромицин), ингибиторы ВИЧ-протеазы (нефавирир, ритонавир) и нефазадон; одновременное применение с верапамилом или дилтиаземом; беременность; грудное вскармливание и применение женщинами с сохраненным детородным потенциалом, не использующими надежные методы контрацепции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность применения в данной возрастной группе не изучены). **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ®.** Пациенты с умеренно выраженной печеночной недостаточностью (менее 9 баллов по шкале Чайлд-Пью): с осторожностью. Недостаточность положительного эффекта в отношении клинических исходов у пациентов с симптоматической стабильной стенокардией, поскольку ивабрадин не оказывает положительного эффекта на частоту сердечно-сосудистых событий (например, инфаркт миокарда или смерть вследствие сердечно-сосудистых причин) у таких пациентов. Контроль ЧСС: определение ЧСС в покое у пациентов, принимающих ивабрадин, при принятии решения о коррекции дозы должно быть выполнено одним из указанных способов: серийное измерение ЧСС, ЭКГ или 24-часовое амбулаторное мониторирование ЭКГ. Нарушения сердечного ритма: Импликор® не рекомендуется пациентам с фибрилляцией предсердий или другими типами аритмий, связанными с функцией синусового узла. Повышен риск развития фибрилляции предсердий. Необходимо регулярное клиническое наблюдение за пациентами для своевременного выявления фибрилляции предсердий. Если в период лечения возникла фибрилляция предсердий, соотношение ожидаемой пользы к возможному риску при дальнейшем применении ивабрадина должно быть еще раз тщательным образом проанализировано. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и нарушениями внутрисердечной проводимости (блокада левой или правой ножки пучка Гиса) и желудочковой диссинхронией должны находиться под пристальным контролем. Применение у пациентов с низкой ЧСС: противопоказан, если до начала терапии ЧСС в покое составляет менее 70 уд. Если на фоне терапии наблюдается стойкое снижение ЧСС в покое менее 50 уд/мин, или у пациента возникают симптомы, связанные с брадикардией, необходимо уменьшить дозу препарата, перейти на прием препаратов на основе монокомпонентов, до достижения оптимальной дозы метопролола, или отменить лечение. Комбинированное применение с блокаторами «медленных» кальциевых каналов (БМКК): противопоказан. ХСН у пациентов с ХСН IV ФК по классификации NYHA применять с осторожностью. Инсулин: не рекомендуется назначать препарат сразу после перенесенного инсульта. AV I степени: с осторожностью. Тяжелые нарушения функции почек (клиренс креатинина менее 15 мл/мин): с осторожностью. Функции зрительного восприятия: применять с осторожностью у пациентов с пигментной дегенерацией сетчатки. Отмена терапии: нельзя резко отменять бета-адреноблокаторы. Прекращение приема должно сопровождаться одновременным приемом метопролола в виде монокомпонентного препарата в оптимальной для пациента дозе. Если необходимо, применение ивабрадина можно прекратить резко. Дозу метопролола следует снижать постепенно, в течение не менее 2 недель, одновременно начиная заместительную терапию, если необходимо. В случае появления у пациента любых симптомов отмены, снижение дозы должно быть более постепенным. Артериальная гипотензия: с осторожностью, при тяжелой артериальной гипотензии (АД менее 90/50 мм рт.ст.) применение противопоказано. Фибрилляция предсердий – сердечные аритмии: плановую электрическую кардиоверсию следует проводить не ранее, чем через 24 часа после приема последней дозы ивабрадина. Применение у пациентов с врожденным синдромом удлиненного интервала QT или у пациентов, принимающих препараты, удлиняющие интервал QT: не следует назначать. Применение у пациентов с артериальной гипертензией, которым требуется изменение антигипертензивной терапии: терапия должна сопровождаться регулярным контролем АД. Применение у пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ: с осторожностью и при необходимости назначать бронходилатирующие средства. Тяжелые поражения периферических сосудов: следует отменить препарат и подобрать индивидуальные дозы монокомпонентных препаратов. Феохромоцитомы: при подтвержденном или предполагаемом диагнозе феохромоцитомы применять бета-адреноблокаторы следует в комбинации с альфа-адреноблокаторами. Пациенты с сахарным диабетом: следует применять с осторожностью (бета-адреноблокаторы могут маскировать некоторые симптомы гипогликемии, в том числе, тахикардию). Стенокардия Принцметала: применение бета-адреноблокаторов может увеличить продолжительность и частоту приступов стенокардии Принцметала. Применение кардиоселективных бета-1-адреноблокаторов возможно в случае минимальных и ассоциированных форм заболевания и только в сочетании с вазодилаторами. Псориаз: можно применять только после тщательной оценки соотношения пользы и риска. Тиреотоксикоз: симптомы тиреотоксикоза могут маскироваться при приеме бета-адреноблокаторов. Общая анестезия: необходимо предупредить врача-анестезиолога о проводимом лечении. Если необходима отмена бета-блокатора, применение препарата прекращают постепенно. Полностью прием препарата должен быть прекращен за 48 часов до общей анестезии. Пациенты пожилого возраста: необходимо тщательно контролировать состояние пожилых пациентов, поскольку чрезмерное снижение АД или ЧСС может привести к недостаточному кровоснабжению жизненно важных органов. Аллергические реакции: с осторожностью, так как метопролол может повышать чувствительность к аллергенам и усиливать тяжесть анафилактических реакций. У спортсменов: следует принимать во внимание возможность получения положительных результатов допинг-теста. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ®.** Противопоказанные сочетания: мощные ингибиторы изофермента СYP3A4; умеренные ингибиторы изофермента СYP3A4 (дилтиазем или верапамил), бета-адреноблокаторы. Нежелательные сочетания: лекарственные средства, удлиняющие интервал QT, репайрфторный сок, барбитураты, гипотензивные лекарственные препараты центрального действия, антиаритмические препараты I класса. Сопутствующее применение с осторожностью: калийсберегающие диуретики (тиазидные и «петлевые» диуретики), другие умеренные ингибиторы изофермента СYP3A4, индукторы изофермента СYP3A4, индукторы изофермента СYP2D6, ингибиторы изофермента СYP2D6, лидокаин, ингаляционные анестетики, нитраты, сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы и ингибиторы моноаминоксидазы, адреналин, парасимпатомиметики, нестероидные противовоспалительные препараты, инсулин и пероральные сахароснижающие препараты. Комбинации, которые нужно принимать во внимание: трициклические антидепрессанты, нейролептики, мефлохин, дипиридамол (в/в), альфа-адреноблокаторы, применяемые в урологии, эрготамин, кураеподобные мюрексаламины, флоксатин, антациды. **БЕЗОПАСНОСТЬ И ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ®.** Противопоказан. Влияние на способность управлять транспортными средствами и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций®. Пациентов следует предупредить о возможных нежелательных симптомах (таких как головная боль, головокружение, повышенная утомляемость), которые могут усиливаться на фоне приема алкоголя или изменениями терапии. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ®.** Очень часто: изменения световосприятия (фосфены), повышенная утомляемость. Часто: ночные кошмары, патологические сновидения, головная боль, бессонница, сонливость, головокружение, нечеткость зрения, брадикардия, AV блокада I степени (удлинение интервала PQ на ЭКГ); желудочковая экстрасистолы, ощущение сердцебиения, неконтролируемое АД, фибрилляция предсердий, ощущение похолодания конечностей, боль Рейно, ортостатическая гипотензия, одышка при физической нагрузке, тошнота, запор, диарея, боли в животе, рвота, нарушение либидо. Нечасто: эозинофилия, обострение псориаза, нарушение зрения, диплопия, вертиго, атриовентрикулярная блокада I степени, ощущение сердцебиения, суправентрикулярные экстрасистолы, сердечная недостаточность, пониженная температура тела, артериальная гипотензия, перемежающаяся хромота, снижение АД, одышка, бронхоспазм, ангионевротический отек, кожная сыпь, дистрофические изменения кожи, крапивница, гипертермия, гипотермия, мышечные судороги, мышечные спазмы, астения, отеки, увеличение массы тела, повышение концентрации креатинина в плазме крови, удлинение интервала QT на ЭКГ. Редко: тромбоцитопения, повышенная возбудимость, тремор, снижение продукции слезы, конъюнктивит, шум в ушах, нарушение ритма сердца, нарушение проводимости миокарда, ринит, сухость слизистой оболочки полости рта, дисгевзия, отклонения показателей функции печени, нарушения функции печени, эритема, кожный зуд, алопеция, мышечная слабость, недомогание, повышение активности «печеночных» трансаминаз, полая дисфункция/импотенция. Очень редко: лейкопения, деперсонализация, амнезия, кератопатия, нарушение слуха, снижение слуха, глухота, AV блокада II и III степени, синдром слабости синусового узла, учащение и утяжеление приступов у пациентов со стенокардией, сухая гангрена, ретроперитонеальный фиброз, гепатит, реакции фотосенсибилизации, артриты, болезнь Пейрони. **ПЕРЕДОЗИРОВКА®. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ®.** Ивабрадин – препарат, замедляющий ритм сердца, механизм действия которого заключается в селективном и специфическом ингибировании If каналов синусового узла, контролирующего спонтанную диастолическую деполаризацию в синусовом узле и регулирующий ЧСС. Ивабрадин дозозависимо снижает ЧСС. Метопролол – кардиоселективный блокатор, блокирующий β<sub>1</sub>-адренорецепторы (расположенные преимущественно в сердце) в дозах значительно меньших, чем дозы, требующие для блокирования β<sub>2</sub>-адренорецепторов (локализованные, главным образом, в периферических сосудах и бронхах). Метопролол не обладает мембраностабилизирующей и внутренней симпатомиметической активностью. **ФОРМА ВЫПУСКА®.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг + 25 мг, 7,5 мг + 25 мг, 5 мг + 50 мг, 7,5 мг + 50 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 1, 2, 4 и 6 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **\*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.**



Реклама.

## 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](mailto:info@takeda.com)  
[www.takeda.com.ru](http://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: [info@enterosgel.ru](mailto:info@enterosgel.ru)  
[www.enterosgel.ru](http://www.enterosgel.ru)



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

ЭНТЕРОСГЕЛЬ® – гелевидный энтеросорбент, предназначенный для связывания в желудочно-кишечном тракте и выведения из организма токсических веществ различной природы, возбудителей заболеваний, метаболитов. Что важно, препарат не уменьшает всасывание витаминов и микроэлементов. ЭНТЕРОСГЕЛЬ® помогает защитить всю семью от: аллергических реакций, пищевых отравлений, синдрома раздраженного кишечника, диареи (бактериальной, вирусной, ротавирусной, антибиотик-ассоциированной, диареи путешественников). Благодаря своим уникальным свойствам, Энтеросгель применяется в различных областях медицины: аллергологии, гастроэнтерологии, инфектологии, нефрологии, токсикологии, акушерстве и гинекологии, хирургии и др.

## STADA CIS

119017, г. Москва, ул. Большая Ордынка, д. 44, стр. 4  
телефон: +7 (495) 797-31-10  
[www.stada.ru](http://www.stada.ru)



STADA CIS – российский холдинг в составе международного концерна STADA Arzneimittel AG, одного из мировых лидеров среди производителей непатентованных лекарственных средств – дженериков. На сегодняшний день продуктовый портфель STADA CIS включает более 160 наименований лекарственных средств различных АТС-классов и форм выпуска, произведенных ведущими российскими и международными фармацевтическими компаниями: НИЖФАРМ, STADA AG, Hemofarm A.D, Grünenthal и др. Все производства холдинга сертифицированы по GMP.

При формировании портфеля STADA CIS уделяет приоритетное внимание препаратам, используемым в гастроэнтерологии, неврологии, гинекологии, кардиологии, урологии, заболеваниям костно-мышечной системы и противовирусным средствам.

В августе 2015 года состоялось значимое для компании событие – открытие офтальмологического направления. Препараты, вошедшие в офтальмологическую линейку STADA CIS, уникальны и востребованы на современном рынке.

STADA CIS придает первостепенное значение самому важному параметру выпускаемых препаратов – качеству, для обеспечения высокого уровня которого осуществляется тщательный контроль, начиная с выбора субстанций и заканчивая проверкой готовых лекарственных форм.

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

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

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

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

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

На Российском рынке компания представляет препараты, используемые в различных областях клинической медицины, ассортимент включает лекарственные средства, применяемые в гастроэнтерологии, кардиологии, урологии, гинекологии, неврологии, ревматологии, витаминно-минеральные комплексы, а именно: УРСОСАН, ИНДАП, ПРОПАНОРМ, ИТОМЕД, СПАЗМЕКС, МОНОСАН, СЕЛЦИНК ПЛЮС, ПРОМАГСАН и новые инновационные препараты РЕБАГИТ и НИТРЕМЕД.

Философия компании PRO.MED.CS Praha a.s. – препараты современных фармакотерапевтических групп высокого качества по доступным ценам.



## ООО «ЭГИС-РУС»

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

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

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

Приоритетными направлениями фармацевтического производства «ЭГИС» является выпуск и создание лекарственных препаратов для лечения заболеваний 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

Генеральный  
информационный спонсор



## Журнал «Терапия»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2  
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

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

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

Генеральный  
информационный спонсор



## Журнал «Фарматека», Россия

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
факс: +7 (495) 334-22-55  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.pharmateca.ru

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

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

ПОДПИСКА

# ТЕРАПИЯ

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:

Второе полугодие (4 номера)

1016 руб. 40 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 2018 год можно в любом почтовом отделении по каталогу «Газеты и журналы» Агентства Роспечать 80346 (полугодовая)



ПРИЛОЖЕНИЕ

Генеральный  
информационный спонсор

*Фармацевтический*  
**ВЕСТНИК**

## Газета «Фармацевтический вестник»

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

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

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

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

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



## Информационные партнеры

### Газета «Московские аптеки», Россия

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

«Московские аптеки» – газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 г. В каждом номере:

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



### Журнал «РМЖ», Россия

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

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



### ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика»

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

ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для 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

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

Тираж 55 000 экз. Периодичность 12 номеров в год.

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

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

Особенности издания:

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

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



CONSILIUM  
MEDICUM

## Газета «Участковый терапевт»

115054, Москва, Жуков пр., д.19  
телефон: (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;
- Пожилые больные;
- Ошибка диагностики и лечения;
- Алгоритм действий врача поликлиники на приеме и участке;
- Новый лекарственный препарат;
- КЭК (клинико-экспертная комиссия);
- «Непрофильный» больной;
- Школы для терапевтов.



УЧАСТКОВЫЙ  
ТЕРАПЕВТ

## Медицинское издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»

Медицинское издательство «Ремедиум Приволжье» – профессиональное развитие информационной среды в медицине и фармации.

Вместе работа интереснее и эффективнее!

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

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

Деятельность нашей организации складывается из нескольких направлений:

- Издание информационно-аналитического журнала «Ремедиум Приволжье» [www.remedium-nn.ru](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)



РЕМЕДИУМ

## Российское общество сомнологов

123290, г. Москва, 1-й Магистральный тупик, д. 5А

телефон: +7 (916) 829-03-03

электронная почта: [info@rossleep.ru](mailto:info@rossleep.ru)

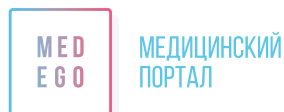
<http://rossleep.ru>

Российское общество сомнологов (до февраля 2016 г. – Ассоциация сомнологов) создано для того, чтобы представлять интересы специалистов, работающих в области практической медицины сна в различных регионах России. Основной целью является организация доступной и высоквалифицированной сомнологической помощи населению на всей территории Российской Федерации.



### Медицинский портал Medego.ru

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



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

### Клуб практикующих врачей iVrach.com

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



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

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

### Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

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



«Врачи РФ» – первая российская система e-Дайтейлинг 2.0, объединяющая более 470 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соцсетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково».



## **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)**

## 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

Некоторые аспекты качества жизни у больных ОА по опросникам HAQ и EQ-5D в амбулаторных условиях Майко О.Ю. ....	43
Новые подходы к лечению дорсалгий у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Аляви Б.А., Хан Т.А., Закирова Д.К., Шукуров У.М., Рузметова И.А. ....	43
Методы оценки распределения абдоминальной жировой ткани и их информативность у больных на программном гемодиализе Абрамова Е.Э., Королева И.Е. ....	44
Особенности вегетативной регуляции при недифференцированной дисплазии соединительной ткани у молодых мужчин Акимова А.В., Миронов В.А., Палабугина П.А., Трегубов К.А., Лягаева А.Г. ....	45
Определение детерминант-эффективности медицинской реабилитации больных ревматоидным артритом в рамках нового подхода к назначению физических лечебных факторов Александров А.В., Черкашина И.В., Александров В.А., Никитин М.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А. ....	45
Генетические маркеры микробиоты в атеросклеротических бляшках у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями Алшибая М.М., Витович М.В., Николаева Е.Н., Царев В.Н. ....	46
Некоторые аспекты антитромбоцитарной терапии при коронарной болезни сердца после стентирования Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Исаков Ш.А., Узакон Ж.К., Азизов Ш.И., Далимова Д.А., Сайфиев Н.Я., Каримова Д. ....	47
Общая выживаемость пациентов с неходжкинскими злокачественными лимфомами с высоким уровнем ферритина в дебюте заболевания Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И., Нечунаева И.Н., Серегина О.Б. ....	47
Эпигенетические механизмы дизрегуляции гемопоза при хроническом лимфоидном лейкозе Башарова Р.Р., Агакишиев М.М., Ковынев И.Б., Поспелова Т.И., Березина О.В. ....	48
История прогрессирования париетального первично-хронического септического эндокардита в рамках проспективного наблюдения больной (1985-2018) Бушманова Г.М., Зорина И.Г., Останькович О.И. ....	49
Первично-хронический септический эндокардит как основание для дискуссии и становления новых представлений о «старой» болезни Бушманова Г.М., Супотницкий М.В. ....	50
Факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани у больных лимфомой Ходжкина Войтко М.С., Поспелова Т.И., Климонтов В.В., Мезит Е.В., Шибуняева Я.Ю. ....	50
Оптимизация работы по оказанию помощи больным с хронической болезнью почек: 25-летний опыт Новосибирского областного нефрологического центра Галкина Е.В., Быков А.Ю., Мовчан Е.А. ....	51
Динамика когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на фоне метаболической терапии Гацких И.В., Пашкова И.Н., Петрова М.М., Шалда Т.П. ....	52
Оценка частоты осложнений при анализе временного диапазона между антикоагулянтами и гемостатическими препаратами у пациентов после тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов Головко Л.С., Сафроненко А.В. ....	52

Сезонные изменения показателей обмена веществ у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Година З.Н., Епифанов С.Ю., Тханг Н.В. ....	53
Применение модели MELD для оценки посттрансплантационной выживаемости реципиентов трансплантатов печени Григоренко Е.А., Руммо О.О., Митьковская Н.П. ....	53
Фармакоэкономический анализ применения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа в стартовой терапии ревматоидного артрита Гриценко О.Д., Шестерня П.А. ....	54
Об угрозе снижения диастолического артериального давления при его определении аускультативным методом Детярёв В.А. ....	55
Особенности проводящей системы сердца у пациентов с агрессивными и индолентными неходжкинскими лимфомами Долгих Т.Ю. ....	55
Структурно-функциональные особенности сердца у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией в условиях длительной производственной экспозиции к токсичным газам Ерихова С.М., Шпагин И.С., Шпагина Л.А., Паначева Л.А. ....	56
Иммуногистохимические особенности синдрома дисплазии соединительной ткани при варикозной болезни Захарьян Е.А. ....	56
Характеристика психосоматического состояния больных с ишемической болезнью сердца в зависимости от некоторых модифицируемых факторов Зюбина Л.Ю., Паначева Л.А., Колезнев С.Ю., Чачабая З.К., Зуева М.А., Андреев В.М. ....	57
Ассоциация однонуклеотидных полиморфизмов rs2136810, rs17797829, rs6582147, rs10010305 с внезапной сердечной смертью Иванова А.А., Максимов В.Н., Моисеева Д.И., Малютина С.К., Новоселов В.П., Воевода М.И. ....	57
Раннее выявление неблагоприятного прогноза у больных с алкогольной кардиомиопатией. Кебина А.Л. ....	58
Преждевременное старение кожи женщин с дисплазией соединительной ткани Кононова Н.Ю., Чернышова Т.Е., Загртинова Р.М., Сметанин М.Ю. ....	58
Выявление факторов риска и ранних проявлений метаболического синдрома у коренного и некоренного молодого населения северного региона (на примере Ханты-Мансийского автономного округа-Югры) Корнеева Е.В., Воевода М.И. ....	59
Генетические факторы риска лекарственного поражения печени при стационарном лечении в кардиологическом отделении Кох Н.В., Воронина Е.Н., Ефремова Т.В., Солдатов Г.С., Лифшиц Г.И. ....	59
Возможности «жидкой биопсии» в диагностике колоректального рака Кручинина М.В., Курилович С.А., Светлова И.О., Прудникова Я.И., Громов А.А., Кручинин В.Н., Володин В.А., Рыхлицкий С.В., Шашков М.В., Соколова А.С., Яковина И.Н., Баннова Н.А. ....	60
Роль хрящевого гликопротеина-39, витамина С в развитии и течении у больных остеоартрозом коленного сустава в сочетании с желчекаменной болезнью Кцова А.А., Тотров И.Н., Цаллагов А.К. ....	60
Таргетная терапия больных хроническим миелолейкозом в г. Новосибирске – результаты четырнадцати лет наблюдений Лямкина А.С., Поспелова Т.И., Маслова Л.М., Мельниченко Е.В., Обгольц Ю.Н. ....	61
Изменение морфометрии и параметров диастолической функции левого желудочка у больных системной красной волчанкой Мальх И.А., Кляшев С.М., Кляшева Ю.М., Бобрикова Д.А. ....	62
Взаимосвязи липидов крови и индекса массы тела у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией Матвеева С.А., Матвеев В.А. ....	62



Частота и структура сопутствующей патологии у больных лимфомой Ходжкина в дебюте заболевания Мезит Е.В., Маслова Л.М., Войтко М.С., Шибуняева Я.Ю., Поспелова Т.И. ....	63
Изменение уровня проадреномедуллина у пациентов с ишемической кардиомиопатией в зависимости от наличия у них постоянной формы фибрилляции предсердий Мухамбетова Г.Н., Мясоедова Е.И. ....	63
Динамика показателей системы глутатиона у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне пневмокозиозов в сочетании с вегето-сенсорной полинейропатией в периоде медицинской реабилитации Мякоткина Г.В., Соцкая Я.А. ....	64
Структурно-функциональные особенности слизистой оболочки желудка у пациентов с HCV- и HBV-инфекцией Непомнящих Д.Л., Постникова О.А., Мигуськина Е.И., Абрамова Е.Э., Доровская О.И. ....	64
Использование витаминов группы В в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы Носов Г.А., Сафонова И.А., Рыжкина Е.И., Денисенко А.О. ....	65
Особенности показателей суточного мониторирования артериального давления у пациентов пожилого и старческого возраста Овечкина Ю.В., Митрохин В.Е. ....	66
Анализ влияния фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов на показатели артериальной ригидности у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска Павленко В.И., Янина И.В. ....	66
Пневмонии – как «маски» респираторных проявлений системного васкулита, связанного с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами Пальмова Л.Ю. ....	67
Особенности атерогенеза у шахтеров с пылевой патологией органов дыхания Панев Н.И., Филимонов С.Н., Коротенко О.Ю., Панев Р.Н., Евсеева Н.А., Панева Н.Я. ....	68
Оценка эффективности метаболической терапии в лечении диабетической полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа Пашкова И.Н., Гацких И.В. ....	68
Липиды и артериальное давление: оптимизация возможностей, новые взгляды Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П., Staessen J.A. ....	69
Особенности лечения бронхиальной астмы в гестационном периоде Приходько О.Б., Лучникова Т.А., Кострова И.В., Горячева С.А. ....	70
Оценка качества оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом в региональном сосудистом центре №2 г. Новосибирска Рейдер Т.Н., Редькин Д.А., Митрохин В.Е., Громовой Р.М. ....	70
Влияние различных форм дисфункции щитовидной железы на вариабельность сердечного ритма у пациентов с артериальной гипертензией Савчук Н.О., Гагарина А.А., Савчук Е.А., Ушаков А.В. ....	71
Состояние диастолической функции левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с различными вариантами нарушения функции щитовидной железы Савчук Н.О., Кожанова Т.А., Савчук О.М., Ушаков А.В. ....	72
Прогнозирование терапии ревматоидного артрита: возможности молекул адгезии Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В. ....	72
Взаимосвязи гипертонической болезни с когнитивными нарушениями у лиц пожилого и старческого возраста Сахаутдинова Г.М., Юмакаева А.И., Балгазина Р.Ю., Габбасова Л.В. ....	73

Тромбоз легочной артерии: ревматологические аспекты проблемы Сентякова Т.Н., Демин А.А., Углова Д.А., Гричанова Е.С. ....	73
Вклад ангиогенной и гемостатической форм эндотелиальной дисфункции в развитие полиорганной недостаточности у больных злокачественными лимфомами Серегина О.Б., Бабаева Т.Н., Мезит Е.В., Шербуляева Я.Ю., Поспелова Т.И. ....	74
Оценка состояния редокс-системы глутатиона у больных с хроническим токсическим поражением печени и анемией хронического заболевания на фоне перенесенного инфильтративного туберкулеза легких Сидорова Н.С., Соцкая Я.А. ....	75
Модель «идеального» сердечно-сосудистого здоровья как инструмент рискометрии сердечно-сосудистых заболеваний Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В. ....	75
Новый подход в антитромбоцитарной терапии при лечении тромбозмболии ветвей легочной артерии Соловьев О.П. ....	76
Внедрение технологии дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией в системе первичной медико-санитарной помощи Строкольская И.Л., Макаров С.А. ....	77
Особенности питания и состава тела пациентов с артериальной гипертензией диппинг и нондиппинг статуса Татарникова И.С., Герасименко О.Н., Шпагина Л.А. ....	77
Встречаемость симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от степени висцерального ожирения Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С. ....	78
Состояние систолической функции правого желудочка у мужчин пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от степени выраженности легочной гипертензии при бронхообструктивной патологии Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С. ....	78
Оценка взаимосвязи интенсивности болевого абдоминального синдрома и психоэмоционального статуса пациентов с СРК Турчина М.С., Карасева З.В., Максимова А.А. ....	79
Некоторые психосоматические аспекты у больных с хронической прогрессирующей суставной патологией Уколова Л.А., Шубина О.С., Богодерова Л.А. ....	79
Кардиальные проблемы субклинической дисфункции щитовидной железы в пожилом возрасте Чернышова Т.Е., Коровкина Е.В., Бакирова Н.М., Стяжкина С.Н. ....	80
Возможности метаболической коррекции у больных с ожирением в амбулаторной практике Шалаева С.С. ....	80
Коррекция синдрома метаболической интоксикации у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения Шаповалова И.А., Соцкая Я.А. ....	81
Возможности снижения сердечно-сосудистого риска у больных ревматоидным артритом Шилкина Н.П., Виноградов А.А., Масина И.В., Замышляев А.В. ....	81
Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, структура нарушений здоровья и целевые показатели реализации программы превентивных мероприятий в Центре здоровья ГКБ № 2 г. Новосибирска Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Зюбина Л.Ю., Лазарева Э.Ш., Ерихова С.М. ....	82
Оценка показателей микроциркуляторных нарушений у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита в условиях промышленного региона Донбасса Якимович С.Е., Соцкая Я.А. ....	82

## КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Ассоциация генетических маркеров системы гемостаза и фолатного цикла с развитием эндокардитов Бахарева Ю.С., Иванова А.А., Максимов В.Н., Чапаева Н.Н. ....	84
Белок PCSK9 у молодых мужчин г. Новосибирска Бенимецкая К.С., Смолина М.О., Ячменева М.П., Рагино Ю.И., Воевода М.И. ....	84
Дефицит микроэлементов: роль в формировании фибрилляции предсердий при болезни Грейвса Виниченко Д.С., Квиткова Л.В. ....	85
Возможности персонализированной терапии при стентировании по поводу острого коронарного синдрома с учетом генетических полиморфизмов у пациентов бурятской национальности Зеленская Е.М., Воронина Е.Н., Донирова О.С., Николаев К.Ю., Лифшиц Г.И. ....	86
Содержание сывороточных цитокинов при циррозах печени Лоле О.Ю., Куликов В.Е., Николаева К.В., Казакова О.Г. ....	86
Частота инфаркта миокарда в выборке мужчин и женщин с метаболически здоровым ожирением Мустафина С.В., Козупеева Д.А., Малютина С.К., Щербакова Л.В., Рымар О.Д. ....	87
Вариации пищевого поведения и хронобиологических ритмов как предикторы абдоминального ожирения Сотникова Ю.М., Квиткова Л.В., Смакотина С.А. ....	88
Клинико-рентгенологические особенности пациентов с интерстициальными заболеваниями легких Хусаинова Е.С., Зубрицкая И.А. ....	88



### Некоторые аспекты качества жизни у больных ОА по опросникам HAQ и EQ-5D в амбулаторных условиях

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет,  
Оренбург

В структуре ревматических заболеваний остеоартроз (ОА) занимает лидирующие позиции. Постоянный болевой синдром, функциональные нарушения оказывают негативное влияние на качество жизни (КЖ). Параметры КЖ при ОА оцениваются с помощью общих и специальных инструменты, среди которых наиболее доступными являются опросники HAQ (Health Assessment Questionnaire) и EQ-5D (EuroQoL-5D).

Цель исследования: оценить параметры КЖ у больных ОА коленных суставов по данным опросников HAQ и EQ-5D.

Материалы и методы. В исследование включено 58 больных, обратившихся в поликлинику с обострением ОА, с выраженностью болевого синдрома по 100 мм визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 40 мм, необходимостью приема НПВП и давших информированное согласие на включение в исследование. Большинство (84%) составили женщины, возраст больных колебался от 37 до 65 лет, средний возраст – 54,87±11,2 года. У 84% пациентов длительность ОА не превышала 10 лет, средняя ОА – 6,96±5,12 лет, средняя продолжительность обострения – 3,0±1,65 месяцев. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных суставов, удовлетворяющие классификационным критериям Американской коллегии ревматологов. Преобладала II рентгенологическая стадия ОА по классификации Келлгрена-Лоуренса – у 57%, I – выявлена у 43%, двусторонний гонартроз был у 58% пациентов. Нарушения функции суставов I и II степени соответственно были у 34 (59%) и 21 (36%) больных. Опросник HAQ – специфический опросник, состоящий из 8 шкал, по которым оценивается повседневная активность за прошедшую неделю в баллах от 0 до 3: 0 – без затруднений, 1 – с некоторыми трудностями, 2 – с большими трудностями, 3 – не могу выполнить. В анкету включены дополнительные вопросы о способности пациента выполнять повседневные дела самостоятельно или с помощью специальных приспособлений. Показатели всех шкал суммируются и рассчитывается среднее арифметическое значение для 8 шкал – функциональный индекс нарушения жизнедеятельности (FDI- Functional Disability Index). Значение индекса от 0 до 1,0 соответствует «минимальным» нарушениям жизнедеятельности, от 1,1 до 2,0 – «умеренным», от 2,1 до 3,0 – «выраженным». По анкете EQ-5D оценивались 5 категорий здоровья, «термометр здоровья» и EQ-5D индекс.

Результаты. Наличие боли и функциональных ограничений в суставах негативно отразилось на параметрах КЖ больных ОА. Так, по анкете HAQ значение индекса FDI составило 1,8±0,22 баллов, индекса EQ-5D -0,25±0,18, «термометра здоровья» EQ-5D – 34,74±12,24 мм. У всех больных гонартрозом при обострении выявлено значительное снижение параметров по 5 категориям опросника EQ-5D: проблемы с передвижением в пространстве – 2,0±0,16, самообслуживанием –1,63±0,49, повседневной деятельностью –1,92±0,43, наличием боли/или дискомфорта – 2,63±0,54 и чувства тревоги/депрессии –2,24±0,63, которые достоверно отличались от популяционных

значений, причем наиболее значимым было снижение по параметрам боль и/или дискомфорт, передвижение, повседневная активность. К проблемам, связанным с физическим функционированием, присоединились нарушения в психологическом состоянии. Умеренное и/или выраженное чувство тревоги/депрессии испытывали 55% и 34% пациентов, только у 11% они отсутствовали. Проведенный корреляционный анализ выявил сильные прямые взаимосвязи индексов FDI и EQ-5D с функциональным индексом Лекена ( $r=0,73$ ), рентгенологической стадией ОА ( $r=0,73$ ), выраженностью боли по ВАШ в покое ( $r=0,68$ ). Наиболее сильные корреляционные связи определялись в отношении показателя ВАШ при ходьбе ( $r=0,83$ ). Проведен анализ наличия взаимосвязи между параметрами EQ-5D и продолжительностью ОА: до 5 лет, с 6 до 10 лет, более 10 лет. При длительности процесса более 10 лет достоверно значимо ухудшался показатель «термометр здоровья» – 45, 40 и 20 мм ( $p<0,05$ ), передвижения 2,17; 2,13 и 2,46, самообслуживания 1,42; 1,47 и 1,77, повседневная активность 2,08, 2,2 и 2,62 ( $p<0,05$ ), особенно достоверно значимо при длительном течении заболевания возрастал уровень тревоги/депрессии – 1,92, 1,93 и 2,31 ( $p<0,01$ ), соответственно по срокам длительности ОА.

Вывод. Выявлено, что у больных ОА коленных суставов с увеличением продолжительности заболевания более 10 лет и при обострении ухудшаются параметры КЖ: повседневная активность, самообслуживание, тревога/депрессия, что необходимо учитывать при подборе обезболивающей терапии в амбулаторных условиях.

### Новые подходы к лечению дорсалгий у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата

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

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

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

Материалы и методы исследования. В исследование включили 40 больных (средний возраст – 49,5±9,1 года), 26 женщин и 14 мужчин с дорсалгиями на фоне спондилоартроза и остеохондроза, получавших в течение 5-7 дней противовоспалительный препарат Кюпен форте (кеторолака трометамин, 10 мг) (SHAYANA FARM), по 1 таблетке 3 раза в день, 7-10 дней и комбинированный хондропротектор Суставит (VITAMORE) – по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3 месяцев. Исходно и через 3 месяцев проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общие и биохимические анализы крови, анализ мочи, С-реактивный белок (СРБ), рентген, при необходимости – магнитно-резонансную томографию (МРТ) или компьютерную томографию (КТ). Оценку эффективности лечения оценивали по интенсивности болевого синдрома по визуальной

аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм); объему движений; мышечно-тоническим проявлениям; выраженности корешкового синдрома; оценке пациентами болевых ощущений.

Результаты исследования. Длительность обострения до лечения в среднем составила  $12,4 \pm 3,7$  дня. У большинства пациентов преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижние конечности, с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью окологривных мышц и их остистых отростков, паравerteбральных точек при пальпации. У 2 пациентов с дискогенной радикулопатией наблюдали снижение или выпадение соответствующих рефлексов, мышечную слабость и гипестезию в зоне пораженных нервных корешков. 65% пациентов оценили интенсивность боли по ВАШ как сильную и 35% – как умеренную, соответственно  $80,2 \pm 7$  и  $62,5 \pm 6$  мм. Боли характеризовались широким спектром разнообразных ощущений. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ, рентген-денситометрии. Интенсивность боли по ВАШ через 7 дней у 85% снизилась до  $26,2 \pm 5$  мм и у 15% до  $35,7 \pm 7$  мм. У большинства пациентов восстановился объем движений и купировались явления корешкового болевого синдрома. Значительное улучшение отметили 36 больных (90%), положительная динамика выявлена у всех пациентов. Применение комплекса Кюпен форте и Сулавит способствовало быстрому улучшению состояния больных, купированию болевого синдрома и симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Оценка результатов лечения, по мнению врачей и пациентов, совпала во всех случаях. На наш взгляд, хороший клинический эффект достигался благодаря мощному противовоспалительному действию Кюпен форте и многогранным свойствам Сулавита, в состав которого, помимо хондроитина и Д-глюкозамина, входят метилсульфонилметан, кальция карбоната, витамин D и экстракт корней лопуха, а также мумий. Эти соединения стимулируют иммунитет и синтез коллагена, оказывают противовоспалительное и анальгезирующее действие, участвуют в процессах энергообразования, синтезе костей и соединительной ткани, восстанавливают поврежденные клетки соединительной ткани, улучшают кровоснабжение суставов и тканей. Препараты оказывают благоприятное комплексное воздействие на основные патогенетические звенья развития и прогрессирования дегенеративно-дистрофических заболеваний, проявлениями которых были дорсалгии. Следовательно, в арсенале современного врача имеются перспективные средства, позволяющих замедлить развитие или даже обратить структурные изменения сустава. Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать указанный комплекс (Кюпен форте и Сулавит) в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и дорсалгиями вертеброгенной этиологии.

## Методы оценки распределения абдоминальной жировой ткани и их информативность у больных на программном гемодиализе

Абрамова Е.Э., Королева И.Е.

Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирск

Введение. Абдоминальное ожирение является доказанным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний в общей популяции и связано

с избыточным накоплением висцеральной и подкожной жировой ткани. Для больных на программном гемодиализе характерна обратная эпидемиология или парадокс ожирения: пациенты с избыточной массой тела или ожирением, имеют более высокую выживаемость по сравнению с больными, имеющими нормальную массу тела или ее дефицит. В настоящее время особенности распределения висцеральной и подкожной жировой ткани у больных на программном гемодиализе изучены недостаточно.

Цель. Изучить методы оценки распределения абдоминальной жировой ткани и их информативность у больных на программном гемодиализе.

Материалы и методы. Обследовано 77 пациентов, 48 мужчин и 29 женщин в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст  $48,1 \pm 1,3$  года), получавших заместительную почечную терапию программным гемодиализом. Учитывая гендерные особенности распределения абдоминального жира в организме, обследованные пациенты были разделены по половому признаку. В группах не было отличий по возрасту и продолжительности диализа. Всем пациентам рассчитывали ИМТ, измеряли окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), определяли индекс ОТ/ОБ, выполняли интегральную многочастотную биоимпедансометрию, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS 12.0.

Результаты. При проведении корреляционного анализа по Спирмену выявлено, что у больных, находящихся на программном гемодиализе, ИМТ и ОТ были связаны с объемом висцеральной (ВЖ) и подкожной (ПЖ) жировой ткани в абдоминальной области. Однако ИМТ по сравнению с ОТ имел более сильную корреляционную связь с висцеральным ( $r=0,421$ ,  $p=0,0001$  и  $r=0,389$ ,  $p=0,0001$ ) и подкожным жиром ( $r=0,261$ ,  $p=0,022$  и  $r=0,263$ ,  $p=0,021$ ). Индекс ОТ/ОБ показал слабую положительную корреляционную связь с объемом подкожной жировой клетчатки ( $r=0,239$ ,  $p=0,036$ ). Показатели жировой массы по данным биоимпедансометрии имели положительные умеренной силы корреляционные связи с ИМТ ( $r=0,552$ ,  $p=0,0001$ ), ОТ ( $r=0,463$ ,  $p=0,0001$ ) и ОБ ( $r=0,418$ ,  $p=0,0001$ ), а также объемом ВЖ ( $r=0,389$ ,  $p=0,001$ ) и ПЖ ( $r=0,359$ ,  $p=0,0001$ ). При корреляционном анализе по Спирмену как у мужчин, так и у женщин выявлены различной силы положительные корреляционные связи между антропометрическими показателями. У женщин антропометрические показатели были тесно связаны с объемом висцерального жира. Выявлены умеренной силы положительные корреляционные связи объема ВЖ с ИМТ ( $r=0,651$ ,  $p=0,0001$ ); ОТ ( $r=0,449$ ,  $p=0,015$ ) и ОБ ( $r=0,371$ ,  $p=0,048$ ). Показатели жировой массы по данным биоимпедансометрии у женщин так же положительно коррелировали с объемом ВЖ ( $r=0,539$ ,  $p=0,003$ ), что свидетельствует о преимущественном накоплении висцеральной жировой ткани в брюшной полости. Кроме того, выявлена умеренной силы положительная корреляционная связь ИМТ с объемом ПЖ ( $r=0,440$ ,  $p=0,017$ ). У мужчин статистически значимой корреляции между антропометрическими показателями и объемом висцерального и подкожного жира выявлено не было. Вместе с тем, в этой группе отмечается умеренной силы положительная корреляционная связь в отношении объема висцерального и подкожного жира ( $r=0,483$ ,  $p=0,001$ ), что может свидетельствовать о пропорциональном распределении абдоминальной жировой клетчатки у мужчин.

Выводы. В целом по группе значение антропометрических показателей, таких как ИМТ и ОТ, а также результатов биоимпедансометрии для оценки распределения абдоминальной жировой ткани сопоставимо с результатами КТ. Индекс ОТ/ОБ у этой категории больных не позволяет

судить об объеме висцеральной жировой клетчатки. У женщин ИМТ тесно связан как с объемом висцеральной, так и подкожной жировой ткани, ОТ и жировая масса по данным биоимпедансометрии коррелирует только с объемом висцерального жира. Антропометрические показатели и данные биоимпедансометрии у мужчин не отражают количество висцерального жира. В связи с полученными данными в ходе исследования выявлены гендерные особенности распределения абдоминальной жировой ткани у больных на программном гемодиализе. Таким образом, у пациентов на программном гемодиализе следует учитывать влияние пола на распределение абдоминальной жировой ткани.

### **Особенности вегетативной регуляции при недифференцированной дисплазии соединительной ткани у молодых мужчин**

*Акимова А.В., Миронов В.А., Палабугина П.А., Трегубов К.А., Лягачева А.Г.*

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург*

Недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (НДСТ), согласно имеющимся данным, сопровождаются широким спектром клинических симптомов, в том числе признаками вегетативной дисфункции. Многие исследования вегетативного статуса пациентов с НДСТ различными методами указывают на преобладание симпатикотонии или снижение парасимпатического компонента variability сердечного ритма. Однако некоторые исследователи выявили преобладание парасимпатического тонуса у лиц с дисплазией соединительной ткани. Таким образом, исследование вегетативной регуляции сердца путем исследования variability сердечного ритма методом ритмокардиографии высокого разрешения является актуальным.

Цель исследования – выявить особенности вегетативной регуляции и признаки вегетативной дисфункции у молодых мужчин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы. В исследование на основе добровольного информированного согласия были включены 111 молодых мужчин в возрасте 18-25 лет, не имеющих на момент обследования острых заболеваний, и не состоящих на диспансерном наблюдении по поводу хронической патологии. Внешние признаки дисплазии соединительной ткани и малые аномалии развития оценивались в соответствии с Национальными рекомендациями российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (2016). Всего оценивалось 48 внешних фенов. При выявлении 6 и более внешних фенов ДСТ и исключении синдромов дифференцированной ДСТ у пациента регистрировалась недифференцированная дисплазия соединительной ткани. Оценивали критерии исходного вегетативного тонуса, вегетативные расстройства диагностировали с помощью Опросника Вейна. Вегетативная регуляция оценивалась по variability сердечного ритма методом ритмокардиографии высокого разрешения. Исследование проводилось на аппаратно-программном комплексе (АПК) – КАП-РК-01-«Микор» (регистрационное удостоверение №ФС 02262005/2447-06 Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения) в покое, в пробе Вальсальвы-Бюркера, пробе Ашнера-Даньини, активной ортостатической пробе и пробе с физической нагрузкой. Все участники

были разделены на 2 группы. В основную группу НДСТ включены лица, имеющие 6 и более внешних признаков (n=65). Контрольную группу составили участники, имевшие менее 6 признаков ДСТ (n=46). Результаты. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) выявлен у 58,6% (65 участников). Группы сравнения не различались по возрасту (p=0,9), однако мужчины с НДСТ имели меньшие показатели индекса массы тела (p=0,007), что может быть связано с гипотрофией мышц и меньшей плотностью костной ткани. При исследовании исходного вегетативного тонуса мужчины с НДСТ показали достоверно большее число критериев как симпатического (p=0,016), так и парасимпатического тонуса (0,005), набрали большее количество баллов по Опроснику Вейна (p=0,004), но в большинстве случаев не достигли диагностического порога СВД. По результатам оценки variability ритма сердца методом ритмокардиографии высокого разрешения в покое (фоновая проба) различий показателей групп сравнения не выявлено (p>0,05). Однако в разнонаправленных вегетативных нагрузочных пробах выявлены особенности вегетативной регуляции variability сердечного ритма. Так, в пробе Вальсальвы-Бюркера, стимулирующей парасимпатическую систему, выявлена более высокая амплитуда дыхательной аритмии в группе НДСТ (p=0,05), подобные различия наблюдались и после пробы Ашнера-Даньини (p=0,08) и пробы с физической нагрузкой (p=0,005). Выявлен более высокий процент парасимпатического влияния (HF%) и среднееквадратического отклонения (σ) среди мужчин с НДСТ в пробе Ашнера-Даньини и пробе с физической нагрузкой. Данные результаты указывают на преобладание парасимпатических влияний на регуляцию сердечного ритма у молодых мужчин с НДСТ.

Выводы: 1. НДСТ в исследуемой группе молодых мужчин (n=111) была выявлена в 58,6%. 2. Мужчины с НДСТ имели достоверно больше клинических симптомов вегетативной дисфункции, преобладание критериев исходного симпатического и в большей степени – парасимпатического тонуса. 3. Показатели variability ритма сердца в разнонаправленных вегетативных пробах указывают на преобладание парасимпатических влияний у мужчин с НДСТ. Ключевые слова: вегетативная регуляция, variability сердечного ритма, дисплазия соединительной ткани.

### **Определение детерминант-эффективности медицинской реабилитации больных ревматоидным артритом в рамках нового подхода к назначению физических лечебных факторов**

*Александров А.В., Черкашина И.В., Александров В.А., Никитин М.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.*

*Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского, Санаторно-курортный комплекс «Вулан» - Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии, Волгоград, Геленджик*

Цель исследования: совершенствование тактики ведения и критериев оценки эффективности этапного лечения больных ревматоидным артритом (РА) с использованием методов персонализированной реабилитации.

Материалы и методы. Наблюдавшиеся нами больные РА после стационарного лечения получали восстановительную терапию в

амбулаторно-поликлинических (г. Волгоград) и санаторно-курортных учреждений (СКК «Вулан» - НКФ ФГБУ «НМИЦ РИК» МЗ РФ, г. Геленджик). Было обследовано 63 больных РА в стадии ремиссии или низкой активности патологического процесса ( $DAS28 < 3,2$ ): 45 пациентов вошли в основную группу наблюдения (пациенты, проходившие реабилитацию в санаторно-курортных условиях), а 18 пациентов – в группу сравнения (пациенты, получавшие только медикаментозное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях). Группы больных РА (основная и сравнения) были сопоставимы по возрасту, полу, длительности анамнеза и тяжести заболевания, а также по характеру коморбидной патологии.

Результаты исследования. Предварительно был проведен наукометрический анализ используемых в настоящее время реабилитационных технологий (РТ) для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, в соответствии с критериями доказательной физиотерапии в соответствии с I-м классом рекомендаций, имеющим уровень доказательств эффективности А или В. По результатам данного анализа был составлен и частично апробирован комплекс РТ для пациентов с РА – трех компонентная программа реабилитации, включающая методы кинезитерапии, гидрокинезитерапии и низкочастотной магнитотерапии (НМТ). У большинства пациентов обеих групп наблюдали выраженное улучшение состояния и регресс клинических симптомов заболевания после проведенного курса реабилитации и лечения. Суммарный индекс оценки состояния пациентов  $DAS28$  значительно улучшался в обеих группах пациентов, но его динамика в основной группе была более выражена (основная группа: до лечения –  $3,0 \pm 0,9$ , после лечения –  $2,6 \pm 0,7$ ;  $p=0,021$ ; группа сравнения: до лечения –  $3,1 \pm 0,9$ , после лечения –  $2,7 \pm 0,7$ ;  $p=0,146$ ). Среднее число воспаленных суставов в группе наблюдения снизилось с  $4,4 \pm 2,3$  до  $3,0 \pm 1,8$  ( $p=0,002$ ), в группе сравнения – с  $4,5 \pm 1,9$  до  $3,2 \pm 1,7$  ( $p=0,038$ ). Динамика числа болезненных суставов повторяет динамику числа воспаленных суставов. В основной группе количество болезненных суставов при пальпации и движениях уменьшилось с  $4,8 \pm 2,9$  до  $2,7 \pm 1,6$  ( $p<0,001$ ), в группе сравнения с  $4,4 \pm 2,6$  до  $2,9 \pm 1,8$  ( $p=0,052$ ). Таким образом, применение предложенной РТ вызывает более выраженное улучшение показателей клинического статуса у больных РА, приводит к значимому уменьшению болевого и суставного синдромов. Детерминанты эффективности медицинской реабилитации больных РА определяли путем корреляционного и канонического корреляционного анализов. Результаты линейного корреляционного анализа позволили установить наличие достоверной корреляционной связи улучшения показателя  $DAS28$  после курса реабилитации с исходными значениями показателей боли по шкале ВАШ ( $r=0,8$ ), утренней скованности ( $r=0,81$ ), маршевой пробы ( $r=0,51$ ), уровнями СОЭ ( $r=0,67$ ) и С-реактивного белка ( $r=0,63$ ). Достоверные сильные корреляции показателя, отражающего динамику активности воспалительного процесса после использования трехкомпонентной РТ, выявлены с исходными значениями параметров СОЭ ( $r=0,79$ ) и числом пораженных суставов ( $r=0,78$ ). По результатам проведенного канонического корреляционного анализа была установлена достоверная умеренная связь между приростом показателей  $DAS28$  и СРБ и параметрами, характеризующими активность воспалительного процесса ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ). Полученные данные были подтверждены результатами факторного анализа. Оценка факторной модели, на 73% описывающей дисперсию показателя  $DAS28$  у пациентов с РА в основной группе наблюдения, позволила прийти к заключению, что основными факторами, существенно влияющими на динамику данного параметра, являются клинические и функциональные показатели (37%).

Заключение. Таким образом, персонализированная реабилитация больных с воспалительными заболеваниями суставов на постгоспитальном (амбулаторном и санаторно-курортном) этапе лечения представляет собой новый подход к назначению физических лечебных факторов (таких как НМТ). Детерминантами, ограничивающими эффективность реабилитации пациентов с РА, в значительной степени являются исходные клинико-функциональные показатели.

## Генетические маркеры микробиоты в атеросклеротических бляшках у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Алшибая М.М., Витович М.В., Николаева Е.Н., Царев В.Н.

*Лаборатория молекулярно-биологических исследований Научно-исследовательского медико-стоматологического института, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Институт коронарной и сосудистой хирургии, Москва*

Введение: история изучения атеросклероза привела к появлению множества гипотез его патогенеза и этиологии. До настоящего времени они сводились к двум основным концепциям: липидная инфильтрация и «ответ на повреждение эндотелия», в котором развивается воспалительный процесс, но что поддерживает воспаление – не ясно. Иммунная дисрегуляция, опосредованная микробиомом полости рта, также может оказывать хроническое воспаление и атеросклероз. Обсуждается, что пародонтопатогенные виды бактерий играют определенную роль в развитии атеросклероза. Цель: изучение состава анаэробных пародонтопатогенных видов бактерий и некоторых факультативно-анаэробных условно-патогенных представителей в атеросклеротических бляшках и ротовой жидкости с помощью молекулярно-генетических методов исследований. Материалы и методы: проведено изучение присутствия генетических маркеров микробиоты в атеросклеротических бляшках, ротовой жидкости у 45 мужчин в возрасте от 54 до 74 лет. Фрагменты сосудов забирали во время проведения аортокоронарного шунтирования, помещали в пробирку для транспортировки. После операции получали смывы ротовой жидкости. Образцы доставляли в лабораторию молекулярно-биологических исследований в течение 2 часов, выделяли из них ДНК с помощью набора реагентов или хранили при температуре - 30°C до использования. Амплификацию маркеров пародонтопатогенных бактерий I порядка *Aggregatibacter* (*Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythia* (*Bacteroides forsythus*), *Porphyromonas gingivalis* и пародонтопатогенов II порядка – *Prevotella intermedia* и *Treponema denticola* проводили в термоциклере «Терцик МС-2» с помощью мультипраймерного ПЦР набора «Мультидент-5». Клонированные образцы ДНК анализировали гель-электрофорезом в 1,6% агарозе после окрашивания бромистым этидием. Полученные результаты документировали фотографированием гелей в проходящем УФ-свете с помощью цифровой видеокамеры, соединенной с компьютером, и программного обеспечения Gellmager, позволяющего анализировать видеоизображение. Для амплификации ДНК пародонтопатогенов II порядка (*Parvimonas micra* (*Peptostreptococcus micros*), *Fusobacterium nucleatum/periodonticum*, *Campylobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Eikenella corrodens*, *Carnocytophaga* spp. (*S. gingivalis*, *C. ochraceus*, *C. sputigena*) использовали систему Micro-IDent®plus компании



HainLifescience. Амплифицированные образцы идентифицировали с помощью метода обратной гибридизации в соответствии с протоколом фирмы-производителя. ДНК представителей семейства Enterococcaceae – Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium и Klebsiella pneumoniae определяли с помощью наборов ООО НПФ «Генлаб». Результаты: у всех пациентов диагностированы постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения, у 10 (23 %) человек – мультифокальный атеросклероз, у 8 (18%) – постинфарктная аневризма. Средний возраст больных 63,6±1,6 лет. При стоматологическом осмотре прооперированных пациентов 18 (40%) человек имели хронический пародонтит легкой степени, 27 (60%) – хронический пародонтит средней степени тяжести. С помощью молекулярно-биологических методов исследований в исследуемом материале из атеросклеротических бляшек были выявлены с наибольшей частотой ДНК пигментообразующих пародонтопатогенных бактерий (I порядка) T. forsythia у 10 (20%), а P. gingivalis – у 8 (18%) обследованных пациентов. ДНК A. actinomycetemcomitans определили в 7 (16 %) образцах. Кроме этого, у 8 (18%) человек были выявлены маркеры потенциально пародонтопатогенных бактерий (II порядка) F. nucleatum, T. denticola – у 4 (9%), Capnocytophaga (C.spp.) – у 6 (13%) и E. corrodens – у 3 (7%) пациентов. Мы не выявили ДНК P. intermedia, P. micra, C. rectus и E. nodatum. В то же время в ротовой жидкости с наибольшей частотой также был выявлен генетический материал T. forsythia у 12 (27%), а P. gingivalis – у 10 (22%) обследованных пациентов. A. actinomycetemcomitans идентифицировали в 9 (20%) случаях. ДНК F. nucleatum и Capnocytophaga (C.spp.) выявили у половины обследованных больных, E. corrodens – у 8 (18%), C. rectus – у 6 (13%), T. denticola и P. intermedia – у 4 (9 %) человек. ДНК P. micra и E. nodatum в ротовой жидкости также не выявили.

Выводы: 1. В атеросклеротических бляшках больных с ИБС в 7-20% образцов выявлена ДНК пародонтопатогенных видов бактерий I и II порядков и ротовой жидкости – в 13-27% случаев. 2. ДНК бактерий Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium и Klebsiella pneumoniae не выявлена ни в одном из исследуемых материалов.

## Некоторые аспекты антитромбоцитарной терапии при коронарной болезни сердца после стентирования

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Исхаков Ш.А., Узаков Ж.К., Азизов Ш.И., Далимова Д.А., Сайфиев Н.Я., Каримова Д.

ГП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Центр высоких технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель работы – изучение связи между показателями агрегации тромбоцитов у больных коронарной болезнью сердца (КБС), перенесших стентирование коронарных артерий, клинико-анамнестическими данными и медикаментозной терапией. Материалы и методы. Обследовано 25 больных КБС – 23 мужчин и 2 женщины, средний возраст которых составил 57,0±7,5 и 59,5±5,0 года соответственно. Все пациенты перенесли стентирование коронарных артерий стентами с лекарственным покрытием. В комплекс обследования больных до чрезкожного коронарного вмешательства и после (через три месяца) были включены физикальные, общеклинические и инструментальные методы обследования (электрокардиография, холтеровское мониторирование, велоэргометрия, эхокардиоскопия), изучение

липидного спектра, С-реактивного белка, агрегации тромбоцитов, полиморфизма генов CYP2C19\*2 и CYP2C19\*17.

Результаты. Большинство пациентов имели множественные факторы риска: артериальная гипертензия – 88 %, курение – 46,6%, отягощенная наследственность – 45,3%, избыточная масса тела и ожирение – 89,3%, сахарный диабет – 22,7%, дислипотеинемия (на фоне терапии) – 69,3%. Согласно современным рекомендациям больные принимали двойную антитромбоцитарную терапию – комбинации аспирина и клопидогреля. При этом отмена одного из препаратов в раннем периоде ассоциирована с неблагоприятным течением. Статистических различий между показателями холтеровского мониторирования и показателями агрегации у пациентов не получено,  $p > 0,05$ .

Результаты холтеровского мониторирования могут свидетельствовать о наличии проявлений вазоспазма. Положительный результат нагрузочной пробы может объясняться повышенной потребностью миокарда в кислороде. Анализ результатов агрегатограммы свидетельствует, что почти у всех пациентов степень агрегации тромбоцитов была повышенной по сравнению с нормой (не выше 25%). На фоне проведения оптимальной медикаментозной терапии достигнуты изменения показателей агрегации тромбоцитов. Степень агрегации тромбоцитов у пациентов с отрицательным результатом теста толерантности к физической нагрузке ниже, чем у пациентов с положительным результатом велоэргометрии. Скорость агрегации тромбоцитов была выше у пациентов с положительным результатом велоэргометрии. Время агрегации было достоверно ниже среди пациентов с отрицательным результатом велоэргометрии. Показатель наличия дезагрегации был существенно выше у больных с отрицательным результатом велоэргометрии. Течение заболевания и прогноз больных, перенесших стентирование коронарных артерий, в значительной степени зависят от полноты выполнения стандартов терапии, прежде всего антитромбоцитарной. Использование двух препаратов с разным механизмом антитромбоцитарного действия позволяет повысить эффективность антитромбоцитарной терапии и снизить риск тромбоза. Двойная антитромбоцитарная терапия обеспечила более значимое влияние на некоторые показатели агрегации тромбоцитов (время агрегации, наличие дезагрегации), но достоверных отличий на степень агрегации у носителей мутантной аллели не выявлено, в то время как у гомозигот «дикого типа» двойная терапия обеспечивала более выраженное снижение степени агрегации по сравнению с приемом монотерапии аспирином.

Заключение. Прием двойной антитромбоцитарной терапии у больных КБС после стентирования коронарных артерий обеспечивает более значимое влияние на показатели агрегации тромбоцитов. Неблагоприятное течение заболевания ассоциировано с недостаточным снижением степени агрегации тромбоцитов и отсутствием дезагрегации.

## Общая выживаемость пациентов с неходжкинскими злокачественными лимфомами с высоким уровнем ферритина в дебюте заболевания

Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И., Нечунаева И.Н., Серегина О.Б.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Вступление: молекулярная эпидемиология окислительного стресса или хронического воспаления и заболеваемости злокачественными

новообразованиями демонстрируют, что окислительный стресс является одной из причин канцерогенеза. Известно, что внеклеточный ферритин, являясь активным окислителем, принимает участие в механизмах опухолевой прогрессии при солидных раках, провоцируя эпигенетические изменения, приводя к мутациям и инактивации тумор-супрессорных генов или активации протоонкогенов, что может индуцировать бесконтрольную пролиферацию злокачественных линий клеток [Fischer-Fodor E., 2015; Torti, SV., 2013]. У пациентов с гемобластозами, такими как злокачественные лимфомы и острые лейкозы, уровень ферритина в сыворотке также коррелирует с объемом опухолевой массы и степенью активности заболевания. С другой стороны, нормализация уровня ферритина сыворотки крови в период достижения ремиссии заболевания может свидетельствовать о клинической полезности определения его концентрации на этапе первичной диагностики и оценки ответа на терапию у пациентов, в том числе, со злокачественными лимфомами.

Цель работы: оценка прогностической значимости высокого уровня ферритина в дебюте заболевания у пациентов со злокачественными лимфомами.

Материал и методы: обследовано 98 больных с лимфомами, из них с диагнозом неходжкинская злокачественная лимфома (НХЗЛ) – 72 пациента (73,5%) и 26 больных (26,5%) с лимфомой Ходжкина (ЛХ). Все пациенты были обследованы до начала курсовой полихимиотерапии (ПХТ). Средний возраст пациентов составил 50,68±17,1 лет, по полу распределение было следующим: 48 (49%) мужчин, 50 (51%) женщин. В группе больных НХЗЛ у 84,7% обследованных определялись продвинутые стадии заболевания (III-IV), в группе пациентов с ЛХ – у 57,7%. Все пациенты получили от 4 до 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ). Концентрация ферритина сыворотки определялась при помощи «сэндвич» — варианта твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Результаты: медиана общей выживаемости (ОВ) была существенно короче у пациентов с высоким ферритином (>350 нг/мл, n=55) в дебюте заболевания (40 месяцев, p=0,004) в сравнении с группой больных с нормальным уровнем ферритина (<350 нг/мл, n=43), у которых медиана ОВ за период наблюдения не была достигнута. Высокий ферритин сыворотки до начала терапии у пациентов с лимфомами не входит в перечень отрицательных клинических прогностических факторов, однако, выступая в качестве острофазового показателя, может быть повышен без наличия истинного избытка железа у больных со злокачественными новообразованиями. Анемия при первичной постановке диагноза, напротив, является эталонным маркером неблагоприятного прогноза у пациентов с неоплазиями. ОВ больных с нормальным Hb (>120 г/л) в дебюте заболевания не достигла на момент оценки медианы, тогда как у пациентов с анемией (Hb<120 г/л) выявлена тенденция к ухудшению показателей ОВ – медиана 40 месяцев (p=0,007). Кроме уменьшения выживаемости, низкие уровни Hb, независимо от причин, вызвавших анемию, были связаны со значительным повышением риска смертности (ОШ 6,333; 95% ДИ, 2,152 – 18,638; p<0,05). Пациенты с высоким уровнем ферритина в сыворотке крови до начала ПХТ также показали значительно худший результат выживаемости и повышение риска смертности (ОШ 8,122; 95% ДИ, 1,764 – 37,396; p<0,05) в сравнении с подгруппой лиц с ферритином <350 нг/мл в дебюте опухолевого процесса. Таким образом, прослеживалось однонаправленное влияние на снижение длительности ОВ в группе с опухолеассоциированным повышением уровня ферритина и гипоксии в опухолевых клетках,

что подтверждает их совместное воздействие на канцерогенез и прогрессирование опухоли.

Заключение: полученные данные позволяют объединить больных лимфомами с высоким ферритином в дебюте заболевания в группу с неблагоприятным прогнозом и меньшей общей выживаемостью, а повышенную концентрацию ферритина у пациентов без предшествующего гемотрансфузионного анамнеза рассматривать в качестве значимого прогностического маркера. Исследование показателей феррокинетики у пациентов с лимфомами до начала ПХТ делает возможным превентивный подход для формирования групп неблагоприятного прогноза и поиска путей устранения негативных факторов.

### **Эпигенетические механизмы дисрегуляции гемопоза при хроническом лимфоидном лейкозе**

*Башарова Р.Р., Агакишиев М.М., Ковынев И.Б., Поспелова Т.И., Березина О.В.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Городской гематологический центр, Городская клиническая больница №2, Новосибирск*

Актуальность. Пациенты с хроническим лимфоидным лейкозом (ХЛЛ) представляют собой самую многочисленную группу среди больных мелкоклеточными неходжкинскими лимфомами. Проблема повреждения костно-мозгового кроветворения на фоне опухолевой прогрессии ХЛЛ уже не одно десятилетие привлекает внимание исследователей-гематологов, гемопатологов и молекулярных биологов. Цитоморфологические признаки повреждения гемопоза нередко выявляется сразу на этапе первичной диагностики опухоли. При этом нарушения кроветворения имеют морфологические признаки неэффективного гемопоза, схожие с таковыми при первичном миелодиспластическом синдроме (МДС). В исследованиях последних лет сформирована достаточная база данных, позволяющая утверждать, что некоторые микроРНК влияют на активность стволовых клеток костного мозга и программу дифференцировки миелокариоцитов. Особенно высока роль в этом процессе таких микроРНК как miR155 и miR223, оказывающих значительное участие в патогенезе мелкоклеточных лимфопрлиферативных неоплазий. Цель. Изучить уровень miR155 и miR223 в костном мозге первичных пациентов с В-ХЛЛ и соотнести эти данные с наличием и степенью выраженности признаков миелодисплазии нелимфоидных ростков гемопоза.

Материалы и методы. Методом РТ-ПЦР с использованием Taq-man зондов изучены уровни внеклеточной микроРНК (miR155 и miR223), выделенной с помощью фенол-хлороформной экстракции из костного мозга 35 пациентов с первичным В-клеточным хроническим лимфолейкозом/лимфомой из малых лимфоцитов (фенотип В-ХЛЛ). Средний возраст обследованных пациентов составил 63,37±8,67 лет, по полу 19 – мужчин и 16 – женщин. Экспрессию микроРНК оценивали с помощью ПЦР в реальном времени по принципу TaqMan на оборудовании iCyclerCFX96real-timePCRdetectionsystem (Bio-RadLaboratories, США). Использовали праймеры для miR-155, miR-223 и малой ядерной РНК U6 в качестве внутреннего стандарта. Оценивали кривые накопления флюоресценции для исследуемых микроРНК и контрольного гена. Для оценки экспрессии применялся показатель ΔСТ. По мазкам костного мозга методом световой микроскопии у

этих пациентов была оценена цитоморфология клеток эритроидного, гранулоцитарного и мегакариоцитарного ростков костного мозга на предмет выявления признаков вторичной миелодисплазии (в соответствии с критериями классификации ВОЗ для МДС, 2016 г.). Результаты. По уровню экспрессии тестируемых микроРНК пациенты разделились на две подгруппы: первая (n=11) – с высокими показателями значений  $\Delta Ct$  для *mir155* –  $453,1 \pm 30,2$  и низкими для *mir223* –  $2,08 \pm 2,8$ ; вторая (n=24) отличалась низкими  $\Delta Ct$ -значениями для *mir155* –  $23,9 \pm 9,9$  и относительно повышенными для *mir223* –  $9,26 \pm 3,25$ . При микроскопии мазков костного мозга у всех пациентов первой подгруппы было выявлено наличие цитоморфологических признаков дизэритропоэза (макроцитоз, диссоциация созревания, 2-ядерные формы эритрокариоцитов), в 6 случаях из 11 отмечена гипогрануляция и пельгероидность нейтрофилов. Особенно выраженные изменения цитоморфологии эритроцитов обнаружены при одновременном сочетании высоких показателей  $\Delta Ct$  *mir155* и низких – *mir223*. В подгруппе с обратным соотношением тестируемых микроРНК цитоморфологических изменений элементов нелимфоидных ростков костного мозга выявлено не было.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного пилотного исследования было показано наличие взаимосвязи между нарушениями баланса эпигенетических маркеров костного мозга и развитием цитоморфологических признаков вторичной миелодисплазии миелокариоцитов у пациентов с В-ХЛЛ.

## **История прогрессирования париетального первично-хронического септического эндокардита в рамках проспективного наблюдения больной (1985-2018)**

*Бушманова Г.М., Зорина И.Г., Останькович О.И.*

*Институт молекулярной патологии и патоморфологии  
Федерального исследовательского центра фундаментальной  
и трансляционной медицины, Сибирский федеральный  
биомедицинский исследовательский центр  
им. акад. Е.Н. Мешалкина, Новосибирск*

Возможность ранней клинической диагностики эпидемически протекающего первично-хронического сепсиса (П-ХС), реализованного в эндокардит (П-ХСЭ), достигаемая выявлением пентады патогномичных клинических маркеров патологии, по Г.М. Бушмановой, открыла путь к проведению исследований проспективного долгосрочного характера, результаты которых отражают картину естественного развития болезни с её особенностями и тенденциями прогрессии.

Цель исследования – проследить динамику развития изолированного париетального эндокардита на фоне периодически проводимой терапии у больной за наблюдаемый период (1985-2018).

Материалы и методы исследования. Больная Л.Л., 42 лет, экономист, наблюдается в течение 1985-2018 гг. В анамнезе: корь, ветряная оспа, коклюш, малярия, полиомиелит, частые пневмонии. Страдает хроническим пиелонефритом, парадонтозом, хроническим дисбактериозом, частыми ангинами и пневмониями до времени, когда была выполнена тонзиллэктомия. Замужем. Беременностей не было. Гистерэктомия с левыми придатками в 1986 году. Точность диагностики П-ХСЭ достигалась выявлением экстракардиальных клинических маркеров патологии. Для верификации диагноза –

ЭхоКГ и ЧП ЭхоКГ, посева крови на стерильность, цитологическое и ИГХИ обследование на кровепаразиты (бабезии, бартонеллы, риккетсии) по методу Романовского-Гимза в модификации А.В. Терлецкого и Л.Г. Ахмеровой, электронейромиография конечностей. Обсуждение полученных результатов. Диагноз П-ХСЭ без вовлечения клапанного эндокарда установлен при первичном обследовании на основании жалоб (ознобы, поты), клинических проявлений: мелкоvesикулезная экзантема твердого нёба, некроз на конъюнктиве верхнего века OS, мелкоvesикулезная экзантема кистей рук, стоп, голеней, отсутствие шумов над сердцем. Лабораторно: нейтропения, умеренная анемия, СОЭ замедлена. Активность процесса – I степени. Гемокультура многократно отрицательная. Проводившаяся с 1987 года в динамике ЭхоКГ свидетельствовала об исходной интактности эндокарда. Возникшие обострения процесса сопровождалась нормотермией. Признаки вальвулита АК, МК и ТК в виде фиброза эндокарда появились через 7, 15 и 22 года соответственно со дня постановки диагноза. Постепенное сокращение площадей клапанных отверстий за период наблюдения обнаружило следующую динамику: SAO с  $2,95 \text{ см}^2$  до  $1,95 \text{ см}^2$  при норме  $3,0-4,0 \text{ см}^2$ ; SMO – с  $3,38 \text{ см}^2$  до  $2,28 \text{ см}^2$  при норме  $4,0-6,0 \text{ см}^2$ ; STO – с  $4,52 \text{ см}^2$  до  $3,56 \text{ см}^2$  при норме  $5,0-7,0 \text{ см}^2$ . Это сопровождалось повышением давления в ЛА до 42 мм рт.ст. Постепенно прогрессировало фиброзирование экстравальвулярного эндокарда. В 2010 году при МСКТ обнаружен кальциноз передней огибающей и нисходящей коронарных артерий с гемодинамически незначимыми стенозами их и кальцинозом брюшной аорты. В 2006 году выявлена микроангиопатия почечных сосудов, 2007 – кровепаразитарное заболевание (бабезиоз с паразитемией 26%, бартонеллёз). Параллельно шло формирование коморбидной патологии: АГ, остеопороза, сахарного диабета II типа, диффузной струмы с эутиреозом, кист обеих почек, ДЦЭ (МРТ), аксономиелинопатии нервов конечностей, ДЦЭ. Получены данные за персистенцию представителей семейства герпесвирусов: CMV, VEB, HVS 1,2. Выраженный хронический стресс привел в 2016 году к появлению активности процесса II-III ст. В настоящее время на фоне активности I ст. имеют место умеренный стеноз МК и ТК, стеноз АК ближе к умеренному, незначительная регургитация I-II степени на уровне МК и ТК, коронарит с явлениями кальциноза артерий и гемодинамически незначимыми стенозами на их уровне, аортит восходящего отдела с некоторой дилатацией его на уровне синусов Вальсальвы – 3,98 см, восходящего отдела – 4,25 см при норме  $<3,6 \text{ см}$ ., аортит брюшной аорты с явлениями кальциноза её без дилатации. ХСН I ст. Больная компенсирована. Данных за дислипидемию и стенокардию нет. Течение сахарного диабета благоприятное. В настоящее время уровень глюкозы крови контролируется диетой.

Заключение. Таким образом, в ходе 33-летнего наблюдения и периодически проводимой терапии, у больной с исходным изолированным париетальным П-ХСЭ отмечено медленное прогрессирование болезни с вовлечением в процесс АК, МК, ТК и формированием умеренно выраженных мультиклапанных стенозов, прогрессирующее фиброзирование отмечено также со стороны экстравальвулярного эндокарда. Вероятно, результатом болезни явилось кальцинирование коронарных артерий и брюшной аорты. Результаты исследования подтверждают патогномичность клинических маркеров П-ХС и его осложнения П-ХСЭ.

## Первично-хронический септический эндокардит как основание для дискуссии и становления новых представлений о «старой» болезни

Бушманова Г.М., Супотницкий М.В.

*Институт молекулярной патологии и патоморфологии  
Федерального исследовательского центра фундаментальной  
и трансляционной медицины, Новосибирск, 27-й Научный  
центр Министерства обороны РФ, Москва*

Наблюдаемое в настоящее время в странах мира прогрессивное нарастание частоты ИЭ – грозного осложнения сепсиса позволяет рассматривать ситуацию как выходящую за рамки просто эпидемии. Выявленная впервые в 80-х годах XX века необычная форма болезни – первично-хронический септический эндокардит (П-ХСЭ) уже тогда характеризовалась высоким эпидемическим порогом. Заболевание, находящееся в одном ряду с такими пандемическими протекающими грозными болезнями, как ретровирусные ВИЧ/СПИД, Т-клеточный лейкоз, а также вирусные гепатиты, герпесвирусный сепсис и др., определяющими катастрофичность ситуации, выступает как облигатная составляющая пандемически протекающих многокомпонентных нециклических инфекций.

Цель исследования: определить, с учетом новых данных, основные положения проблемы, принципиально отличающиеся от существующих представлений об ИЭ, заслуживающие дискуссии. Материал и методы исследования. Путем анализа и сопоставления существующих общепринятых представлений об ИЭ с результатами многолетнего изучения больных П-ХСЭ (1980-2018), полученных на большом фактическом материале (>20 000 больных приобретенными пороками сердца, подавляющее большинство которых было прооперировано и >5 000 обследованных в условиях Научно-поликлинического отдела), выделить основные аспекты проблемы, требующие обсуждения в силу возникших разночтений.

Обсуждение результатов. П-ХСЭ, как было показано нами ранее, в течение многих лет скрывался под маской так называемой РЛ. Последняя, как известно, легендой своего существования была обязана предполагаемой «специфичности» гистоморфологического феномена – гранулемы Ашофф-Талалаева. Доказанная с помощью сканирующей электронной микроскопии и всех, доступных современной кардиохирургии и патоморфологии методов ошибочность этого мнения лишила РЛ права на существование в качестве самостоятельной болезни *sui generis*. Необычность выявленной формы СЭ состоит в свойственном болезни первично-хроническом воспалении, определяющим весь спектр её проявлений от клиники до морфологии, что дает право предполагать возможность интранатального генеза страдания. Начинаясь практически в «клинике здорового человека», П-ХСЭ сопровождает больного на протяжении всей его жизни, длительно оставаясь незамеченным. Как показали результаты долгосрочного проспективного наблюдения больных исходно ранними стадиями, болезнь сопровождается медленным прогрессирующим фиброзированием вальвулярных и экстрвальвулярных эндокардиальных структур, проявляя тенденцию к медленному поступательному развитию со стереотипной последовательностью вовлечения клапанов: МК > АК > ТК и последующим формированием стенозов их отверстий. Чаше и раньше других формируется митральный стеноз, что объясняется более ранним появлением вальвулита МК по сравнению с другими клапанами. При отсутствии терапии, по мере прогрессирования,

П-ХСЭ обретает способность к переходу в подострый либо острый процесс. При этом последний является вторично-острым и сохраняет черты первично-хронического воспаления.

Заключение. Полученные данные делают очевидной необходимость проведения широкого обсуждения ключевых аспектов проблемы. Результаты дискуссии послужат основанием для становления новых представлений о «старой» болезни, что позитивно отразится на характере реабилитационных подходов и эффективности вторичной профилактики, включая профилактику пороков сердца.

## Факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани у больных лимфомой Ходжкина

Войтко М.С., Поспелова Т.И., Климонтов В.В., Мезит Е.В., Шебунаяева Я.Ю.

*Новосибирский государственный медицинский университет,  
Научно-исследовательский институт клинической  
и экспериментальной лимфологии – филиал Института  
цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск*

Актуальность. В настоящее время лимфома Ходжкина (ЛХ) является высококурабельным заболеванием. Стандартом лечения являются протоколы полихимиотерапии (ПХТ), содержащие различные комбинации цитостатических препаратов и глюкокортикостероидов (ГКС). На промежуточных этапах болезни используется комбинированный подход: ПХТ в сочетании с лучевой терапией (ТГТ) на зоны исходного поражения. Достижение стойкой безрецидивной выживаемости поставило перед врачами вопрос обеспечения для пациентов удовлетворительного качества жизни и профилактики отдаленных последствий противоопухолевой терапии. Одним из таких последствий может быть изменение минеральной плотности костей скелета.

Цель: выявить факторы риска изменения минеральной плотности костной ткани (МПК) у больных с различными стадиями ЛХ.

Материалы и методы. Обследован 51 человек с ЛХ, от 19 до 70 лет (медиана 49 лет). Стадирование заболевания проводилось согласно классификации Ann Arbor: ранние стадии заболевания выявлены у 19 больных, распространенные – у 32 пациентов. Экстранодальные поражения (ЭП) отмечены у 15 пациентов с ЛХ, из них у 7 больных в опухолевый процесс были вовлечены 2 и более экстранодальные зоны. Наиболее частой локализацией ЭП были легкие (n=9) и селезенка (n=5). Реже наблюдались поражения щитовидной железы (n=1), тимуса (n=1) и перикарда (n=1). Большая опухолевая масса (bulky disease) встречалась у 19 человек. Стандартную ПХТ I-II линии (ABVD, BEACOPP, DHAP) получили 46 человек (90,1%), по протоколу DAL-HD-2002 были пролечены 2 больных, по схеме ProMACE-CytaBOM – 1, COPDIC – 1, COPP – 1, лучевая терапия была проведена 37 пациентам (72,5%), трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (аутоТГСК) – 1 больному ЛХ. Терапия приводила к достижению оптимального ответа у 43 больных ЛХ. В структуре сопутствующей патологии заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены у 14 пациентов, желудочно-кишечного тракта – у 13, мочеполовой системы – у 9. Реже наблюдались поражения эндокринной (n=3) и легочной систем (n=1). Исследование МПК проводилось с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на аппарате Lunar Prodigy. Определение риска

основных остеопоретических переломов проводилось с помощью опросника FRAX.

Результаты: по результатам DXA больше половины (n=26) больных ЛХ имели снижение МПК. На основании наименьшего Т-критерия, большинство обследованных пациентов старше 50 лет и женщины в постменопаузе (n=25) имели остеопению (n=11; 44%) и остеопороз (n=9; 36%). Согласно наименьшему Z-критерию, пациенты моложе 50 лет (n=23) чаще всего имели нормальные показатели МПК (n=18; 78,2%). У пациентов моложе 20 лет (n=3) уменьшение МПК не встречалось. Таким образом, у пациентов старше 50 лет, снижение МПК отмечалось значительно чаще ( $\chi^2=5,75$ ;  $p=0,0165$ ), чем у пациентов младших возрастных групп. У больных ЛХ, получавших комбинированную терапию, в большинстве случаев ( $\chi^2=8,82$ ;  $p=0,003$ ) выявлялось снижение МПК в сравнении с пациентами, получавшими только ПХТ. У пациента с проведенной аутоТГСК установлена остеопения. У половины больных, получавших схемы ПХТ, содержащие ГКС (n=38), было выявлено снижение МПК. Количество проведенных курсов ПХТ не влияло на развитие остеопении и остеопороза. Десятилетний риск основных низкоэнергетических переломов и переломов шейки бедра, согласно опросника FRAX, оказался ожидаемо выше в группах больных с остеопорозом и остеопенией ( $p<0,05$ ). Частота встречаемости остеопороза у группы больных с распространенными стадиями лимфомы Ходжкина была выше ( $\chi^2=7,25$ ), чем у пациентов на ранних стадиях заболевания. У пациентов с bulky disease снижение МПК было характерно в 52,6% случаев. Отягощенный соматический статус был положительно ассоциирован со снижением костной массы. Так, у коморбидных пациентов (n=33) снижение МПК было характерно в 19 случаях, в то время как у соматически сохранных пациентов (n=18) – лишь в 7.

Выводы: отягощенный соматический статус, распространенность опухолевого процесса, проведение комбинированной терапии и протоколов ПХТ, включающих ГКС, положительно ассоциированы со снижением МПК у больных ЛХ.

## **Оптимизация работы по оказанию помощи больным с хронической болезнью почек: 25-летний опыт Новосибирского областного нефрологического центра**

*Галкина Е.В., Быков А.Ю., Мовчан Е.А.*

*Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Хроническая болезнь почек (ХБП) – важная медицинская и социальная проблема в структуре терапевтической патологии. Частота ХБП и, как следствие, увеличение когорты больных с почечной недостаточностью, приводит к тяжелым последствиям для здоровья населения и требует высоких затрат на лечение. В связи с этим, разработка рациональной системы выявления и предоставления помощи пациентам на разных стадиях ХБП является весьма актуальной задачей для системы здравоохранения.

Цель. Изучить возможности оптимизации работы по оказанию помощи больным ХБП, используя 25-летний опыт функционирования Новосибирского областного нефрологического центра (НОНЦ).

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ структурно-функциональной организации и результатов работы НОНЦ с использованием законодательных и статистических материалов, регламентирующих и отражающих деятельность НОНЦ в период 1993-2018 годов.

Результаты и заключение. В начальном периоде в состав НОНЦ входили консультативный кабинет областной поликлиники, отделение нефрологии и хронического гемодиализа, а также вновь образованный регистр больных хронической почечной недостаточностью (ХПН). В настоящее время стационарный блок НОНЦ включает нефрологическое отделение на 45 коек, 20-коечное отделение по пересадке органов, отделение экстракорпоральной терапии с 6 аппаратами искусственной почки. Отделение нефрологии реализует современные стандарты диагностики и лечения, включая выполнение нефробиопсии со светооптическим и иммунофлуоресцентным изучением препаратов, поведение высокодозной химиотерапии при гломерулонефритах. Амбулаторное звено НОНЦ представлено нефрологическим отделом областной консультативно-диагностической поликлиники, который обеспечивает консультативный прием нефрологических пациентов, амбулаторные приемы для больных на постоянном перитонеальном диализе, по подготовке к трансплантации почки, для реципиентов почечного трансплантата, а также регистр больных ХБП 3-5 стадий. Специалисты НОНЦ проводят ежегодные дистанционные научно – практические конференции по ХБП, постоянно сотрудничают с врачами межрайонных нефрологических кабинетов, оказывают методическую и консультативную помощь врачам других специальностей (терапевтам, кардиологам, эндокринологам, пульмонологом) в городах и районах области. Налажены тесные функциональные связи с центром лечения больных с острой почечной недостаточностью и амбулаторными центрами хронического гемодиализа на территории г. Новосибирска и Новосибирской области. Эти контакты позволяют совершенствовать маршрутизацию пациентов с ХБП. Результатом такой многоплановой работы являются существенные изменения в численности больных, включенных в регистр ХБП 3-5 стадий. С 1994 по 2002 г. ХПН различной степени выраженности была диагностирована у 1407 пациентов. В настоящее время на учете состоит 6500 человек, которым оказывается консультативная помощь в осуществлении консервативной терапии, планируется и проводится подготовка к началу заместительной почечной терапией (ЗПТ). При этом в структуре регистра с 13,5 до 36,0% выросло число больных с гипертонивным нефросклерозом. Увеличение количества больных диабетической нефропатией и почечной недостаточностью с 10,9 до 13,3% сопровождается ростом пациентов со 2 типом сахарного диабета. Несмотря на интенсивное лечение основных заболеваний и активную нефропротективную тактику, прогрессирование ХБП до терминальной стадии неизбежно. По последним данным обеспеченность ЗПТ в Новосибирской области была выше общероссийского показателя (441,1 и 257,7 на 100 тыс. км<sup>2</sup> территории соответственно). Наряду с программным гемодиализом и постоянным перитонеальным диализом 78,9 больных на 1 млн населения Новосибирской области имели функционирующий почечный трансплантат.

Таким образом, за 25 лет существования НОНЦ сформировался как многокомпонентная, полифункциональная структура с четким регламентом работы всех составляющих звеньев специализированного центра. Динамика численности, адекватные изменения нозологической принадлежности больных в регистре ХБП, объем и качество оказания проводимого обследования и лечения, включая ЗПТ, свидетельствуют о неуклонном повышении уровня предоставляемой нефрологической помощи населению Новосибирской области. Опыт работы НОНЦ показывает, что подобный центр является оптимальным структурообразующим звеном единой службы по оказанию квалифицированной, специализированной помощи пациентам с патологией почек на крупной территории.

## **Динамика когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на фоне метаболической терапии**

*Гацких И.В., Пашкова И.Н., Петрова М.М., Шалда Т.П.*

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

Цель исследования: оценить динамику когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на фоне метаболической терапии.

Материалы исследования. Пациенты были разделены на 3 параллельные группы, основную группу составили 32 пациента, которым кроме базисной сахароснижающей терапии был назначен курс метаболической терапии с использованием комбинированного препарата янтарной кислоты (Цитофлавин), содержащего в качестве активных компонентов в 1 мл раствора: кислоту янтарную 100 мг., никотинамид 10 мг., рибоксин 20 мг., рибофлавина мононуклеотид 2 мг. Получали препарат ежедневно внутривенно капельно 10 мл раствора, разведенного в 200 мл 0,9% натрия хлорида, в течение 10 суток с переходом на таблетированную форму – по 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 суток. Прием препарата осуществлялся утром, натощак. Группу сравнения составили 29 пациентов, которым кроме базисной сахароснижающей терапии был назначен курс метаболической терапии препаратом тиоктовой кислоты тиоктацид, содержащий в 24 мл раствора 600 мг тиоктовой кислоты. Пациенты получали препарат ежедневно внутривенно капельно 24 мл (600 мг) раствора, разведенного в 200 мл 0,9% натрия хлорида, в течение 10 суток с переходом на таблетированную форму (Тиоктацид БВ) – по 1 таблетке 1 раз в день в течение 30 суток. Прием препарата осуществлялся утром, натощак. Группу контроля – 19 пациентов, получавших базисную сахароснижающую терапию без дополнительной метаболической терапии. Всем пациентам с целью оценки эффективности метаболической терапии за 24 часа до начала и после 35-40 суток терапии было проведено нейропсихологическое тестирование с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCa тест).

Методы исследования 1. Клинические: жалобы; анамнез жизни и болезни; объективное обследование по общепринятой методике стандартного терапевтического обследования: ИМТ, консультация офтальмолога, невролога (углубленный неврологический осмотр). 2. Лабораторные: ОАМ, ОАК, глюкоза крови, HbA1c, липидный спектр, мочевины, креатинин крови. 3. Инструментальные: ультразвуковая доплерография экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (БЦА). 4. Нейропсихологические: скрининг когнитивных нарушений проводили с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCa тест).

Полученные результаты. Основными жалобами пациентов до лечения были нарушение памяти на текущие события, снижение работоспособности, головные боли, головокружение и эмоциональная лабильность. По характеру базисной сахароснижающей терапии группы были сопоставимы. Характеристика параметров углеводного обмена не показала отличий показателей в группах. Средний уровень HbA1c в основной группе составил 7,0 [6,3; 7,8]%, группе сравнения 7,0 [6,5; 7,5]% и контрольной группе 7,0 [6,4; 7,5] (p=0,970). При объективной оценке влияния метаболической терапии на когнитивные нарушения у пациентов с СД 2 типа было выявлено, что у пациентов, получавших цитофлавин, отмечалось статистически значимое улучшение оптико-пространственной деятельности (p=0,001), внимания (p=0,001),

абстрактного мышления (p=0,046), памяти (p<0,001) по сравнению с пациентами других групп. Положительная динамика выражалась в улучшении результатов нейропсихологического тестирования (MoCa тест) по таким параметрам, как оптико-пространственная деятельность на 9,8±10,3%, внимание – на 13,5±11,8%, абстрактное мышление – 7,0±8,9%, память – 23,0±14,6%. Средний показатель MoCa теста к окончанию периода наблюдения потерпел статистически значимую положительную динамику в данной терапевтической группе (p<0,001). По другим показателям MoCa теста значимой динамики выявлено не было. При этом увеличение суммарного балла MoCa теста в группе цитофлавина к окончанию периода наблюдения было достоверно выше, чем в других группах (p<0,001; p=0,276; p=0,161). В группе сравнения (тиоктовая кислота) и контрольной группе значимой динамики показателей MoCa теста не выявлено.

Вывод. Включение в схему комплексной терапии пациентов с СД 2 типа и когнитивной дисфункцией препарата Цитофлавин способствовало коррекции когнитивной дисфункции, что выразилось в статистически значимом улучшении результатов нейропсихологического тестирования (MoCa-тест): оптико-пространственной деятельности на 9,8±10,3%, внимания – на 13,5±11,8%, абстрактного мышления – 7,0±8,9%, памяти – 23,0±14,6% (p<0,001).

## **Оценка частоты осложнений при анализе временного диапазона между антикоагулянтами и гемостатическими препаратами у пациентов после тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов**

*Головки Л.С., Сафроненко А.В.*

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

Актуальность. На сегодняшний день не перестает быть актуальной проблема лечения остеоартроза (ОА), по данным статистики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 40% лиц пожилого возраста страдают остеоартрозом, причем около 80% пациентов имеют различные ограничения подвижности, а у каждого четвертого больного возникают проблемы с осуществлением повседневной деятельности. Одним из самых эффективных методов лечения терминальной стадии остеоартроза является тотальное эндопротезирование суставов (ТЭПС). Осложнения при тотальном эндопротезировании суставов могут встречаться у 4,6-10% пациентов. Тромбозы глубоких вен могут развиваться в 3,4-60% случаев. Для их профилактики и лечения назначаются антикоагулянты (АК). Кровоточивость может достигать 20-40% от объема циркулирующей крови, для коррекции которой используются гемостатические препараты (ГСП). Разнонаправленный эффект антикоагулянтов и гемостатических препаратов, при одновременном их назначении, может влиять на эффективность их действия, что в свою очередь может влиять на частоту развития осложнений после операции. Поэтому целесообразно учитывать временной промежуток между вышеуказанными группами препаратов.

Цель исследования. Оценить временной интервал между последним назначением гемостатического препарата и первым приемом антикоагулянта и частоту осложнений у пациентов после эндопротезирования коленного или тазобедренного суставов.

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование 93 историй болезни пациентов за 2017 г. на базе

Ростовского государственного медицинского университета, отделения травматологии и ортопедии. Возрастной диапазон пациентов составил от 40 до 82 лет. Всем пациентам было проведено ТЭПС. Все больные получали антикоагулянты и гемостатические препараты.

Результаты. Среди гемостатических препаратов чаще всего назначалась транексамовая кислота (ТК), она применялась у 51 (54,84%) пациента. В соответствие со справочником регистра лекарственных средств (РЛС) антифибринолитическая концентрация ТК в различных тканях сохраняется в течение 17 ч, в плазме — до 7-8 ч. Самой часто назначаемой группой антикоагулянтов были эноксапарин натрия и дабигатран — 31 (33,33%) пациент. Все пациенты ранжировались по группам в соответствие с временным диапазоном между последним назначением гемостатического препарата и первым приемом антикоагулянта в послеоперационном периоде. В первой группе временной промежуток меньше или равен 17 часам. Во второй — 18 и более часов. В первую группу вошли 57 (61,3%) больных, во вторую — 36 (38,7%) пациентов. Осложнения тромбгеморрагического характера в первой группе наблюдались у пяти (5,38%) пациентов, причем у одного (1,08%) пациента развился ишемический инсульт, временной интервал составил 7 часов. У двух (2,15%) пациентов наблюдалась гематома послеоперационной раны, временной промежуток — 16 и 17 часов. Тромбоз глубоких вен голени развился у двух (2,15) пациентов, временной диапазон составил 16 часов. Во второй группе осложнения (тромбоз глубоких вен голени) наблюдались у одного пациента (1,08%) при временном интервале в 19 часов.

Выводы. В результате проведенного анализа выявлено, что у 61% больных временной интервал между гемостатическим препаратом и антикоагулянтам составил менее 17 часов. Тромбгеморрагические осложнения развились в 6,45% случаев. Чаще всего осложнения развивались при временном интервале в 16 часов.

### **Сезонные изменения показателей обмена веществ у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда**

*Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Година З.Н., Епифанов С.Ю., Тханг Н.В.*

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург, Лечебно-реабилитационный центр, Москва*

Цель работы. Оценить закономерности изменений обмена веществ у мужчин моложе 60 лет при инфаркте миокарда (ИМ) с точки зрения прогноза заболевания.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования 566 мужчин 19-60 лет (средний возраст — 52,9±7,8 лет), жителей Санкт-Петербурга, получавших стационарное лечение по поводу ИМ в 2000-2015 гг. В исследовании участвовали пациенты с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-ЕП) 30 и более мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Параметры обмена веществ анализировали в первые 48 часов (1) и в конце третьей недели заболевания (2). Для липидного обмена оценивали уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой (ЛНП), высокой (ЛВП) и очень низкой (ЛОНП) плотности, коэффициент (КА) и индексы (ОХ/ЛВП, ЛНП/ЛВП) атерогенности. За период исследования умерли 30 пациентов. Выживаемость оценивали на протяжении 52 суток от начала заболевания. Сезонные изменения изучали, разделяя случаи по климатическим периодам на основании среднесуточной

температуры воздуха метеостанции Санкт-Петербурга. Показатели сравнивали на основе критериев Манна-Уитни, Краскела-Уолеса с апостериорным критерием. Для оценки многолетних изменений все случаи распределили на периоды, I: 2000-2005 (251 наблюдение), II: 2005-2010 (224) и III: 2010-2015 гг. (91), которые анализировали с помощью метода временных рядов.

Результаты. При анализе временных рядов статистически достоверные сезонные закономерности подтверждены для большинства метаболических параметров. Более значимыми они оказались для ТГ1 (R<sup>2</sup>=27%; p<0,0001), КА1 (27%; p<0,0001), ОХ1/ЛВП1 (21%; p<0,001), магния1 (78%; p<0,01), СКФ1 (18%; p<0,01), ОХ2 (26%; p<0,001), КА2 (24%; p<0,01), ОХ2/ЛВП2 (24%; p<0,01), ЛНП2 (67%; p<0,0001), ЛОНП2 (51%; p<0,05), ЛНП2/ЛВП2 (47%; p<0,0001), глюкозы2 (34%; p<0,0001), калия2 (28%; p<0,001), мочевой кислоты2 (59%; p<0,01), СКФ2 (29%; p<0,001), креатинина2 (43%; p<0,0001). При сравнении групп по сезонам года значимые отличия получены для ОХ2, ЛВП1, ЛОНП1, ТГ1, ТГ2, КА1, ОХ1/ЛНП1, ЛНП1/ЛВП1. При этом в зимние месяцы уровни ОХ2, ТГ1 и ТГ2, ОХ1/ЛНП1, ЛНП1/ЛВП1 превышали — летние, а для ЛВП1 выявлено обратное соотношение. Значения ЛОНП1 и протромбина (ПИ)1 — весной, а ТГ1, глюкозы1 осенью также преобладали над летними. Уровни СКФ2 весеннего и зимнего периодов оказались выше осенних, а для креатинина в обе точки измерения закономерность оказалась обратной в эти периоды (p<0,05). У умерших ниже оказались уровни ТГ1, ЛНП1, ПИ1 и СКФ1 выше — креатинина1, натрия1 и хлоридов1 (p<0,05). При этом у умерших более высокие значения креатинина и низкие — ПИ, СКФ выявлены в летний период (p<0,05). Весной в группе умерших оказались ниже — СКФ, ПИ, ЛНП, ТГ, а креатинин — выше, чем у выживших (p<0,05).

Выводы. Наиболее выраженным сезонным изменениям среди параметров обмена веществ у мужчин моложе 60 лет с ИМ подвержены дислипидемии, гипергликемии, параметры функции почек и уровни мочевой кислоты. Негативное прогностическое значение для креатинина и СКФ отмечено в весенний и летний периоды, для ПИ, ЛНП и ТГ — в весенний.

### **Применение модели MELD для оценки посттрансплантационной выживаемости реципиентов трансплантатов печени**

*Григоренко Е.А., Руммо О.О., Митьковская Н.П.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь*

Цель исследования — определить прогностическое значение модели MELD для оценки посттрансплантационной выживаемости реципиентов трансплантатов печени и модифицировать представленную модель с учетом выявленных в предоперационном периоде факторов риска внезапной сердечной смерти.

Материалы и методы. В исследование включено 157 пациентов с хроническими терминальными заболеваниями печени, нуждающихся в трансплантации. Длительность наблюдения составила 4,5 года: лист ожидания, один год после ортотопической трансплантации печени. Основные заболевания, приведшие к трансплантации печени в группе обследованных пациентов, были представлены циррозом печени (n=133). После трансплантации печени все реципиенты получали 2-3-компонентную иммуносупрессивную терапию, включающую такролимус. Помимо лабораторных тестов, показатели которых

были необходимы для оценки статуса пациента по модели MELD, выполнены исследования, определяющие структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, определены уровни маркеров кардиометаболического риска. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6 (StatSoft, США). Оценка влияния нескольких показателей на летальный исход и прогноз вероятности летального исхода выполнены методом бинарной логистической регрессии. Общая оценка согласия моделей и фактических показателей летальности оценивалась с использованием ROC-кривой и теста согласия Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test. Результаты и их обсуждение. Показатель MELD варьировал от 6 до 40 и был связан с выживаемостью в течение 3 месяцев от 90% до 7% соответственно. Научная гипотеза исследования состояла в том, что выявление в предоперационном периоде факторов риска внезапной сердечной смерти позволит модифицировать представленную модель MELD и улучшить ее прогностическую значимость в постоперационном периоде. Анализ результатов холтеровского мониторинга реципиентов трансплантатов печени при их постановке в активный лист ожидания выявил наличие пароксизмов неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) у 42,7% пациентов (67 человек). При выполнении эхокардиографического исследования у 71,3% (n=112) реципиентов донорской печени выявлено достоверное уменьшение отношения скорости раннего к скорости позднего наполнения правого желудочка E/АТК  $0,92 \pm 0,04$ , умеренное снижение сократительной способности левого желудочка с фракцией выброса  $50,32 \pm 6,19\%$  отмечено у 36,3% реципиентов (n=57). У реципиентов трансплантатов печени в предоперационном периоде выявлено достоверное увеличение уровней NT-proBNP до  $416,7 \pm 34,8$  пг/мл и ФНО- $\alpha$  до  $16,74 \pm 3,14$  пг/мл. Средний уровень гомоцистеина у пациентов, включенных в лист ожидания, составил 5,1 мкмоль/л (25-й перцентиль – 2,27 мкмоль/л, 75-й перцентиль – 9,07 мкмоль/л). У 27,4% (n=43) обследованных пациентов уровень гомоцистеина был выше верхней границы референтных значений. Для определения прогностической значимости модели MELD и вычисления коэффициента конкордантности оценивали площадь под ROC-кривой. Показатель 0,5 соответствовал случайному развитию событий, при значении 1 отмечалась полная предопределенность развития событий, <0,7 – низкая прогностическая значимость, >0,7 – тест был приемлем для прогноза, значения >0,8 оценивались как хорошая прогностическая точность модели. При проспективном наблюдении за 157 реципиентами, включенными в исследование, анализируемый показатель оказался <0,7. Также было выявлено, что прогностическая точность MELD снижалась по мере удлинения периода наблюдения: с 0,614 для 3-месячной выживаемости до 0,539 для однолетней выживаемости. Модифицированная формула MELD выглядела следующим образом:  $10 \times (0,957 \times \ln(\text{креатинин, мг/дл}) + 0,387 \times \ln(\text{билирубин, мг/дл}) + 1,120 \times \ln(\text{MHO}) + 0,643 \times \text{этиология цирроза (0 – алкогольное, холестатические заболевания, 1 – прочие)} + 0,734 \times \text{наличие пароксизмов желудочковой тахикардии (0 – отсутствуют пароксизмы ЖТ, 1 – зарегистрированы пароксизм/пароксизмы ЖТ)} + 0,819 \times \text{наличие диастолической дисфункции правого желудочка (0 – изменения отсутствуют, 1 – выявлено уменьшение отношения E/АТК)}$ . При определении прогностической значимости модифицированной модели MELD анализируемый показатель составил 0,82, что свидетельствует о хорошей прогностической точности разработанной модели. Заключение. Для повышения прогностической значимости шкалы MELD показано сочетание ее применения с оценкой таких факторов риска, как наличие пароксизмов желудочковой тахикардии, диастолической дисфункции правого желудочка.

## Фармакоэкономический анализ применения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа в стартовой терапии ревматоидного артрита

Гриценко О.Д., Шестерня П.А.

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

Введение. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – неотъемлемая составляющая современной терапии ревматоидного артрита (РА). Согласно российским и международным клиническим рекомендациям, ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ИФНО- $\alpha$ ) являются препаратами первой линии в случае неэффективности базисных противовоспалительных препаратов. Учитывая высокую стоимость и разнообразие выбора препаратов этой группы, поиск оптимальных, с точки зрения фармакоэкономики, ГИБП является актуальной задачей. Цель: провести фармакоэкономический анализ применения ИФНО- $\alpha$  в стартовой терапии РА на основании различных критериев достижения эффекта.

Материалы и методы исследования. В работе проведен ретроспективный анализ первого полугодия терапии РА различными ИФНО- $\alpha$ . В исследование включено 47 «наивных» пациентов (7 мужчин и 48 женщин) в возрасте 51 [41; 56] лет, получавших: инфликсимаб (ИНФ) – 8 больных; адалимумаб (АДА) – 10; этанерцепт (ЭТЦ) – 29. Была рассчитана стоимость прямых затрат (direct cost – DC) на лечение, также проводился расчет стоимости единицы эффекта (cost-effectiveness/efficacyratio – CER) при применении каждого препарата. Статистическая значимость различий (p<0,05) для качественных показателей оценивалась по точному критерию Фишера и критерию хи-квадрат.

Результаты. Прямые затраты полугодия лечения одного пациента ИНФ составили 636,6; ЭТЦ – 279,5; АДА – 884,5 тыс. руб. В дальнейшем был рассчитан показатель CER для оценки реальной стоимости достижения эффекта терапии перечисленными ИФНО- $\alpha$ . В связи с тем, что в настоящее время существуют различные критерии достижения ремиссии или низкой активности заболевания (РЕМ/НАЗ), в качестве единицы эффекта были взяты: достижение цели (РЕМ/НАЗ) по шкалам DAS28-CPB, SDAI, CDAI; достижение ремиссии по этим же шкалам, а также достижение РЕМ суммарно по всем трем шкалам и критериям Boolean. Наибольшая частота РЕМ/НАЗ по шкалам DAS28-CPB/SDAI/CDAI наблюдалась у больных, получавших ЭТЦ (65,5%/75,8%/79,3%) и АДА (60%/60%/70%), однако различия были статистически незначимы. Частота РЕМ по шкалам DAS28-CPB/SDAI/CDAI при применении АДА составила: 60%/40%/50%; на фоне терапии ЭТЦ, соответственно, 41,4%/10,3%/6,9%. Частота достижения эффекта по наиболее жестким критериям (достижение РЕМ суммарно по всем шкалам и критериям Boolean) при терапии АДА составила соответственно 40% и 40%, ЭТЦ – 6,9% и 6,9%; ИНФ 12,5% и 12,5%. При этом, АДА статистически значимо отличался от ЭТЦ (p=0,028). Показатель CER достижения РЕМ/НАЗ как общепринятого критерия эффекта лечения по шкалам DAS28-CPB/SDAI/CDAI составил соответственно 426,7/368,5/352,5 тыс. руб. для ЭТЦ, 147,4/147,4/126,5 тыс. руб. для АДА, 2546,5/1697,6/1273,2 для ИНФ. CER достижения РЕМ по этим же шкалам для ЭТЦ: 675,6/2702,5/4053,7 тыс. руб., для АДА: 1474,1/2211,3/1769,0 тыс. руб., для ИНФ: 5092,9/5092,9/5092,9 тыс. руб. По критериям достижения РЕМ суммарно по всем шкалам и Boolean наилучший профиль продемонстрировал АДА (2211,3 и 2211,3 тыс. руб). Выводы. Частота достижения РЕМ суммарно по всем шкалам и критериям Boolean была наибольшей при терапии АДА. Стоимость достижения эффекта была наименьшей при применении АДА.



## Об угрозе снижения диастолического артериального давления при его определении аускультативным методом

Дегтярёв В.А.

ООО «Новые восточно-европейские технологии»,  
Москва

Существует обширная литература с определением критических значений снижения диастолического артериального давления (АДд). Например, по данным *Somes W. et al* при АДд менее 50 мм рт. ст. риск развития инсульта возрастает в два раза. По мнению исследователей *Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)*, больные с АДд менее 70 мм рт. ст. и особенно менее 60 мм рт. ст. имеют плохой прогноз. Е.И. Гусев и В.И. Скворцова пришли к выводу, что агрессивная антигипертензивная терапия является одним из ведущих факторов риска развития мозгового инсульта.

Целью наших исследований было определение величины ошибок измерения АДд аускультативным методом (АМ).

Материалы и методы. Работа выполнялась в процессе многоцентровых исследований с участием девяти медицинских учреждений Москвы, Московской области и Республики Татарстан. Альтернативой методу АМ был метод объёмной компрессионной осциллометрии (ОКО), отличающийся высокой точностью измерения артериального давления (АД) в плечевой артерии.

Результаты. По данным, полученным при обследовании 220 больных гипертонической болезнью (ГБ), АДд при измерении по ОКО оказалось значительно ниже, чем при определении по АМ. У 50 больных с диагнозом ГБ 1-й степени разница в 96% случаев составляла 15 мм рт. ст.; при обследовании 77 больных с диагнозом ГБ 2-й степени эта разница была 17 мм рт. ст.; при обследовании 93 больных с диагнозом ГБ 3-й степени – 15 мм рт. ст.

Обсуждение. Величина АДд в исследованиях *Somes W. et al*, когда риск развития инсульта возрастал в два раза, была бы ниже 35 мм рт. ст., если бы АДд было измерено по ОКО. В исследованиях *SHEP* у больных с плохим прогнозом АДд при измерении его по ОКО было бы ниже 45 и 35 мм рт. ст. Больные ГБ 1-й степени в 96% случаев на самом деле страдали изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ). При ГБ 2-й и ГБ 3-й степеней таких больных было 60% и 40% соответственно. Так как у больных с ИСАГ периферическое сопротивление снижено, им назначение антигипертензивной терапии противопоказано.

Вывод. Снижение диастолического артериального давления при его определении аускультативным методом создает угрозу для здоровья и жизни больных.

## Особенности проводящей системы сердца у пациентов с агрессивными и индолентными неходжкинскими лимфомами

Долгих Т.Ю.

Государственная Новосибирская областная клиническая  
больница, Новосибирск

Цель исследования – оценить состояние проводящей системы сердца у пациентов с агрессивными и индолентными неходжкинскими лимфомами в динамике химиотерапии путем

анализа продолжительности интервалов QT, QTc, их дисперсии и вариабельности ритма сердца.

Материалы и методы. До начала химиотерапии (ХТ) и по прошествии 4-6 курсов проводилась оценка электрофизиологических параметров у 19 пациентов (12 мужчин, 7 женщин, средний возраст  $55 \pm 2,34$  лет) с агрессивными неходжкинскими лимфомами (НХЛ) и 11 пациентов (10 мужчин, 1 женщина, средний возраст  $60 \pm 3,55$  лет) с индолентными НХЛ, находившихся на лечении в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в 2016-2017 гг. Пациенты с агрессивными НХЛ получали курсы СНОР и РСНОР, с индолентными – СОР и РСОР. У всех больных либо отсутствовала сопутствующая сердечно-сосудистая патология, либо имелась артериальная гипертензия 1-2 степени, компенсированная приемом эналаприла в дозе 5-10 мг/сутки. Определяли индексы интервалов QT и RR, а также вариабельность сердечного ритма (ВСР). Запись электрокардиограммы производили в 12 общепринятых отведениях на 6-канальном электрокардиографе FUKUDA DENSHI CARDIMAX FX – 326 U со скоростью 50 мм/с. Оценку фактического интервала QT проводили не менее чем в трех сердечных циклах в каждом из 12 отведений, получая в итоге среднее значение. Для каждого отведения рассчитывали скорректированный интервал QTc, используя формулу Bazett ( $QTc = QT / \sqrt{RR}$ ). Дисперсию интервалов QT (DQT) и QTc (DQTc) определяли как разницу между максимальным и минимальным значением интервала в 12 отведениях. Для анализа длительности и вариабельности интервала RR его измерение проводили в 5 последовательных сердечных циклах и определяли среднее значение и стандартное отклонение (SDNN). Замедление и негомогенность желудочковой реполяризации и снижение ВСР констатировали на основании пороговых прогностических индексов  $QTc \geq 440$  ms,  $DQT \geq 60$  ms,  $DQTc \geq 60$  ms,  $SDNN \leq 20$  ms.

Результаты исследований. У пациентов с агрессивными лимфомами на фоне ХТ продолжительность интервала QT возрастает с  $362 \pm 7,88$  мс до  $373 \pm 4,45$  мс ( $p=0,035$ ). Продолжительность интервала QT у пациентов с индолентными НХЛ существенно не меняется ( $358 \pm 3,48$  мс и  $354 \pm 1,89$  мс,  $p>0,05$ ). Достоверной разницы в значении интервала QT при агрессивных и индолентных лимфомах не обнаружено ( $p>0,05$ ). Длительность интервала QTc не зависит от проведения ХТ и агрессивности лимфомы и составляет  $412 \pm 3,45$  ms. DQT ( $66 \pm 5,39$  мс) и DQTc ( $56 \pm 3,27$  ms) у пациентов с агрессивными НХЛ возрастает в процессе ХТ до  $77 \pm 12,47$  мс и  $71 \pm 6,60$  ms соответственно ( $p=0,014$ ), что больше пороговых прогностических индексов ( $DQT \geq 60$  ms,  $DQTc \geq 60$  ms). При индолентных НХЛ DQT уменьшается с  $54 \pm 3,76$  мс до  $49 \pm 3,17$  мс ( $p<0,05$ ), DQTc не изменяется и составляет до ХТ  $59 \pm 33,03$  ms и после ХТ  $58 \pm 4,14$  ms. На фоне ХТ DQT при агрессивных НХЛ больше, чем при индолентных НХЛ ( $p<0,05$ ). Частота сердечных сокращений не зависит от агрессивности лимфомы и остаётся прежней в динамике ХТ. ВСР в процессе ХТ уменьшается при агрессивных НХЛ (с  $21 \pm 2,24$  мс до уровня меньше порогового прогностического индекса –  $15 \pm 2,29$  мс,  $p<0,001$ ). При индолентных НХЛ ВСР существенно не меняется и составляет до ХТ  $22 \pm 2,34$  мс и после ХТ  $20 \pm 1,95$  мс.

Выводы. При индолентных НХЛ на фоне цитостатического лечения значимых изменений функционирования проводящей системы сердца не обнаружено. У пациентов с агрессивными НХЛ на фоне ХТ наблюдается замедление и негомогенность реполяризации желудочков и снижение вариабельности ритма сердца. Это, возможно, связано с токсическим воздействием антрациклинов, более широко использующихся при агрессивных НХЛ.

## **Структурно-функциональные особенности сердца у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией в условиях длительной производственной экспозиции к токсичным газам**

*Ерихова С.М., Шпагин И.С., Шпагина Л.А., Паначева Л.А.*

*Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирск*

Цель исследования. Изучить ультразвуковые особенности сердца при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) при длительном воздействии токсичных газов (ТГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 человек (82 мужчины и 45 женщин), из них у 52 работников была ХОБЛ и экспозиция к ТГ более 10 лет, у 49 человек ХОБЛ в сочетании с АГ и такой же контакт с ТГ, у остальных 26 человек – коморбидный вариант ХОБЛ с АГ без экспозиции к ТГ. Средний возраст пациентов – 45,6±3,3 гг. Группу обследованных составили маляры и рабочие окрасочного производства авиационного предприятия г. Новосибирска. В воздухе рабочей зоны измерение концентрации ароматических углеводородов проводилось фотометрическим методом, хлорорганических углеводородов – газохроматографическим. Оценивались максимальная разовая и среднесменная концентрации ТГ в рабочей зоне. Полученные результаты были сопоставлены с предельно-допустимыми концентрациями. Преобладание тех или иных технологических операций в процессе трудовой деятельности рабочих определялось различными уровнями экспозиции вредных производственных факторов. В воздухе рабочей зоны определялись различные химические соединения, зависящие от состава лакокрасочных материалов, применяемых в производственном процессе (ацетон, толуол, бензин, ксилол, уайт-спирит, бутилацетат, бутанол, этилацетат). Исследование выполнялось в стабильную фазу ХОБЛ и при отсутствии острых состояний, обусловленных АГ. Диагноз ХОБЛ установлен на основании критериев [GOLD 2016]: отношение ОФВ1 к ФЖЕЛ < или равно 0,7. Всем пациентам с ХОБЛ проведена спирография с пробой бронхолитиком (сальбутамол, 400 мг). Методика выполнения исследования соответствовала международным стандартам и Федеральным клиническим рекомендациям [Miller M.R. et al., 2005; Чучалин А.Г. и др., 2014], использовался спирограф микропроцессорный «СМП-21/01-«Р-Д»». Основные показатели спирографии исследованы до и после ингаляции сальбутамола. Артериальная гипертензия диагностирована на основании критериев ESH/ESC 2013: по результатам суточного мониторирования АД среднесуточное АД ≥ 135/85 мм рт. ст. [Mancia G. et al., 2013]. Изучение правых и левых отделов сердца проведено методом доплерэхокардиографии [Howard L.S. et al., 2012; Неклюдова Г.В., Науменко Ж.К., 2015] на ультразвуковом сканере Mindray DC-7 (КНР).

Результаты. У работников, имеющих коморбидную патологию, в условиях воздействия ТГ, в отличие от лиц с ХОБЛ, экспонированных к ТГ, и ХОБЛ в сочетании с АГ без контакта с ТГ, выявлены более выраженные изменения структуры и функции правых и левых отделов сердца. Указанное касалось в большей степени достоверного ( $p < 0,0001$ ) увеличения площади правого предсердия ( $14,4 \pm 0,12$  см<sup>2</sup>), толщины передней стенки правого желудочка

(ПЖ) –  $4,2 \pm 0,25$  мм, базального поперечного и продольного диаметров ( $2,6 \pm 0,04$  см и  $4,4 \pm 0,05$  см соответственно), диаметра выносящего тракта ПЖ ( $2,1 \pm 0,03$  см), времени изоволюмического расслабления от момента закрытия аортального клапана до момента открытия митрального ( $74,3 \pm 1,94$  мс), индекса миокардиальной функции ( $0,28 \pm 0,05$ ), конечной систолической и диастолической площади ПЖ ( $10,9 \pm 0,15$  см<sup>2</sup> и  $21,5 \pm 0,26$  см<sup>2</sup>) и систолической экскурсии плоскости трикуспидального кольца ( $22,1 \pm 1,04$  мм) при нормальной фракции выброса ПЖ. У этих же рабочих с сочетанной патологией также наблюдалось повышение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) –  $223,1 \pm 4,74$  г и индекса ММЛЖ ( $150,1 \pm 3,07$  г/м<sup>2</sup>), увеличение толщины межжелудочковой перегородки ( $1,27 \pm 0,019$  см) и задней стенки ЛЖ ( $1,23 \pm 0,014$  см), конечного диастолического объема и конечного систолического объема ( $130,5 \pm 0,17$  мл и  $58,7 \pm 0,32$  мл), скорости раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ ( $0,86 \pm 0,004$  мс и  $139,3 \pm 0,29$  мс) и замедление кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ, что является признаком диастолической дисфункции по типу замедленной релаксации. Несмотря на то, что у всех обследованных величина среднего давления в легочной артерии была в пределах нормативных значений, легочно-сосудистое сопротивление оказалось повышенным в большей степени у работников с сочетанной патологией, контактирующих с ТГ (до  $172,31$  дин/см<sup>5</sup>,  $p < 0,001$ ).

Выводы. Среди высокостажированных пациентов с коморбидной ХОБЛ, в условиях воздействия ТГ наблюдаются более выраженные структурно-функциональные изменения правых и левых отделов сердца, что является основанием для их рационального трудоустройства и последующего динамического наблюдения.

## **Иммуногистохимические особенности синдрома дисплазии соединительной ткани при варикозной болезни**

*Захарьян Е.А.*

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

В последние годы в структуре заболеваемости детей и взрослых одно из ведущих мест занимают наследственные заболевания и генетически детерминированные синдромы, включая соединительнотканную дисплазию.

Целью данной работы явилось определение типов коллагена в коже и стенке вен у больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Двадцати больным с варикозной болезнью вен нижних конечностей было проведено иммуногистохимическое определение типов коллагена в стенке большой подкожной вены и в коже, взятой с медиальной поверхности бедра. При иммуногистохимическом исследовании коллагенов I и III типов в сравнительном аспекте в группе без признаков дисплазии соединительной ткани отмечается экспрессия коллагена III типа от 1 до 2 баллов в эпидермисе и в дерме, коллагена I типа – в базальной мембране. В вене коллаген III типа расположен неравномерно, очагами (от 1 до 2 баллов). В стенке вен реакция на I тип коллагена отрицательна, однако выявляются очаги в подкожной жировой клетчатке (1 балл). В группе больных с признаками дисплазии соединительной ткани экспрессия коллагена III типа более выражена в дерме и фибробластах, окружающих сосудистые структуры (до 4 баллов). При этом стенка вены экспрессирует коллагены как I, так и

III типов (коллаген III типа – до 3 баллов, I типа – неравномерно – до 3 баллов, в фибробластах – до 4 баллов).

Таким образом, представленные результаты дают основание для выявления соединительно-тканых изменений, лежащих в основе различных проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани и особенностей течения варикозной болезни, что важно для решения вопросов лечебной тактики.

### **Характеристика психосоматического состояния больных с ишемической болезнью сердца в зависимости от некоторых модифицируемых факторов**

*Зюбина Л.Ю., Паначева Л.А., Колезнев С.Ю., Чачабая З.К., Зуева М.А., Андреев В.М.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Цель исследования. Оценить частоту психосоматической патологии у пациентов с ИБС в зависимости от некоторых модифицируемых факторов риска.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 209 пациентов ПСО ГБУЗ НСО МКБ №2 с разными хроническими вариантами ИБС (стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, нарушение ритма и проводимости) по госпитальным HADS шкалам тревоги (Т) и депрессии (Д) и оценки когнитивных нарушений (КН) по шкале MMSE с учетом уровня холестерина (Х) и гликемии (Г) на их психику. I группу, независимо от клинического варианта болезни, составили 24 больных (11,5% от всех пациентов), с нормальным целевым уровнем Х (в среднем 3,8 ммоль/л), IA – 62 человек (29,7%) со средним повышенным уровнем Х – 5,8 ммоль/л, II группу – 48 человек (23,0%) с нормальным уровнем Г – в среднем 5,02 ммоль/л, IIA – 38 пациентов (18,2%) со средним повышенным уровнем до 9,1 ммоль/л. Нормальный уровень сахара и Х (III группа) – 17 больных (8,1%) и IYгруппу с обоими повышенными показателями – 20 больных (9,6%), со средними уровнями Х – 6,2, Г – 7,6 ммоль/л. Средний возраст 58,4±7,3 лет, женщины – 61%. Каждый больной заполнял анкеты самостоятельно в течение 5-8 минут. Отклик больных на обследование оказался достаточно низким – 63%, несмотря на то, что оно проводилось после адаптации больных к новой обстановке, на 7-8 сутки пребывания в стационаре, и после предварительного индивидуального разъяснения о цели заполнения анкеты, направленной на улучшение индивидуальной терапевтической тактики. Можно предположить, что уже этот факт характеризует нестабильное психологическое состояние коронарных больных, порой – их негативизм, недоверие к медицинским процедурам, и позволяет расценивать как проявление когнитивных нарушений. Все использованные шкалы оценивались по количеству баллов: отсутствие Т и Д – 0, легкая, допустимая – 1-7, умеренно субклинически выраженная – 8-10, клинически выраженная Т и Д – 11-15 и высокая 16 и более баллов, психологическое состояние (ПС): при 28-30 баллах – без когнитивных нарушений, 24-27 – преддементные когнитивные нарушения (ПКН), 20-23 – деменция легкой степени выраженности, 11-19 – деменция умеренно выраженной степени, 0-10 – тяжелая деменция.

Результаты. В целом для большинства пациентов с ИБС характерно наличие преимущественного клинически выраженного и умеренно выраженного тревожно-депрессивного состояния (Т – у 63,2%, Д –

55,1% больных) с количеством баллов – 11,2 и 10,8 соответственно, и ПКН со средним баллом ПС – 25,3 – у 62,7%. В 36,8%, 44,9% и 37,3% обследуемых ни Т, ни Д, ни психических расстройств по шкале MMSE, основанной на выявлении ориентирования больного во времени, в месте, на восприятие, на концентрацию внимания, сохранность памяти, речи и выполнения ряда доступных команд, не выявлены. Для 95,9% и 100% больных I и IA групп свойственна тревожность легкой степени, но у 3,8% лиц с повышенным уровнем Х имела место умеренная и даже крайне выраженная Т. Депрессия, выявленная в таких же соотношениях – у 95,8 и 98,4%, но с преобладанием на 14,1% лиц IA группы с умеренной и крайне выраженной степенью. КН определены без достоверных различий: в I группе у 41,7%, – когнитивные нарушения, у 45,8% – легкая деменция, во IA – у 58% и 27,1%, соответственно. Во IIA группе определены: более выраженная Т – на 7,9% случаев по сравнению со II группой, в 1,6 раза чаще признаки умеренной и крайне выраженной Д и на 15% случаев чаще – легкая деменция. Более заметны различия в психике между больными III и IV групп. Так, Т и Д у больных III группы преобладали в легкой, допустимой степени (у 64,7 и 64,7%), а средней степени у 35,3% и 35,7%, тогда как в IV группе средние и тяжелые симптомы Т и Д определены в 45 и 55% случаев. В III группе КН отмечены в 45,2% и легкая деменция – в 41% случаев, а в IV группе – 60 и 35%, соответственно.

Выводы. Таким образом, доказано, что у больных с хроническими вариантами ИБС такие факторы риска, как нарушение липидно-холестеринового и углеводного обмена, играют преимущественное отрицательное влияние на психику больных и диктует необходимость обязательной фармакологической коррекции этих модифицируемых факторов (общий холестерин, уровень триглицеридов и сахара крови) до стабильных целевых уровней и индивидуальных тревожно-депрессивных состояний и КН.

### **Ассоциация однонуклеотидных полиморфизмов rs2136810, rs17797829, rs6582147, rs10010305 с внезапной сердечной смертью**

*Иванова А.А., Максимов В.Н., Мусеева Д.И., Малютина С.К., Новоселов В.П., Воевода М.И.*

*Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Исследовательский центр Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск*

Целью исследования является верификация ассоциации с внезапной сердечной смертью (ВСС) однонуклеотидных полиморфизмов rs2136810, rs17797829, rs6582147, rs10010305, выявленных как наиболее вероятные кандидатные маркеры ВСС в собственном полногеномном ассоциативном исследовании.

Материалы и методы. Дизайн исследования построен по принципу «случай-контроль». Группа ВСС сформирована с использованием критериев ВСС Европейского общества кардиологов (n=360, средний возраст 53,0±9,2 лет, мужчины – 76,9%, женщины – 23,1%). Группа контроля подобрана по полу и возрасту из банка ДНК международных исследований HAPIEE, MONICA (n=402, средний возраст 52,9±9,1 лет, мужчины – 69,7%, женщины – 30,3%). ДНК выделена методом фенол-хлороформной экстракции из ткани миокарда в группе ВСС и венозной крови в контрольной группе. Генотипирование выполнено методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов.

Результаты. Генотип GG rs2136810 ассоциирован с повышенным риском ВСС в общей группе, а в группе лиц старше 50 лет генотип GA полиморфизма ассоциирован с протективным эффектом в отношении ВСС (ОШ=1,372, 95%ДИ 1,005-1,871,  $p=0,049$ ; ОШ=0,642, 95%ДИ 0,422-0,976,  $p=0,045$ , соответственно). В группе женщин генотип GG rs17797829 является протективным в отношении ВСС (ОШ=0,392, 95%ДИ 0,203-0,760,  $p=0,007$ ), в группе женщин старше 50 лет кроме генотипа GG с ВСС ассоциирован генотип AA этого же полиморфизма (ОШ=2,739, 95%ДИ 2,176-3,448,  $p=0,020$ ). Генотип GG rs6582147 ассоциирован с повышенным риском ВСС, а генотип GT полиморфизма – с протективным эффектом в отношении ВСС (ОШ=1,598, 95%ДИ 1,195-2,135,  $p=0,002$ ; ОШ=0,671, 95%ДИ 0,496-0,909,  $p=0,011$ , соответственно). Генотип CT полиморфизма rs10010305 ассоциирован с ВСС в группе мужчин (ОШ=1,773, 95%ДИ 1,085-2,897,  $p=0,027$ ), в группе мужчин старше 50 лет ( $p<0,05$ ) и в группе лиц старше 50 лет без разделения по полу ( $p<0,05$ ).

Заключение. Однонуклеотидные полиморфизмы rs2136810, rs17797829, rs6582147, rs10010305, выявленные в собственном полногеномном ассоциативном исследовании, подтвердили ассоциацию с ВСС по результатам исследования «случай-контроль». Исследование выполнено при поддержке стипендии Президента РФ для молодых ученых и аспирантов, осуществляющих перспективные научные исследования и разработки по приоритетным направлениям модернизации российской экономики (СП-625.2018.4).

## Раннее выявление неблагоприятного прогноза у больных с алкогольной кардиомиопатией

Кебина А.Л.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель исследования. Выявление критериев неблагоприятного прогноза у больных с алкогольной кардиомиопатией.

Задача. Выявить предикторы неблагоприятного прогноза для алкогольной кардиомиопатии.

Методы и материалы исследования. Ретроспективное исследование включает в себя оценку летальных исходов с АКМП в многопрофильном скорпомощном стационаре за 2 года с оценкой данных прижизненного обследования (анализа изменений лабораторных показателей, клинических данных, инструментальных исследований) и выявления неблагоприятного прогноза.

Результат. Изучена 81 клиническая карта больных с установленным при жизни диагнозом алкогольной кардиомиопатии. Летальному исходу предшествовал ряд изменений в лабораторных показателях нарушение синтетической функции печени (гипопротеинемия, гипоальбуминемия, снижение уровня протромбина) у 48 (76%). Повышение АЛТ и АСТ у 57 (90%). Анемия разной степени тяжести 48 (76%): легкой степени 27 (42%), средней степени тяжести 12 (19%), тяжелой степени 9 (14%). Гиперазотемия 42 (66%), гипогликемия 18 (28%). Обращает на себя внимание, что у 51 (80%) больных выявлены признаки сердечной недостаточности (одышка, отеки, асцит, анасарка). Нарушение ритма (мерцание предсердий) зарегистрировано у 21(33%). Длительность употребления алкоголя, более 3 дней, составила 36 (57%).

Общие выводы. Исходя из изложенных выше данных, для выявления неблагоприятного прогноза больных с алкогольной кардиомиопатией, необходимо оценивать сопутствующую патологию печени, степень анемии, поражения почек и вовремя начинать дезинтоксикационную и заместительную терапию.

## Преждевременное старение кожи женщин с дисплазией соединительной ткани

Кононова Н.Ю., Чернышова Т.Е., Загртидинова Р.М., Сметанин М.Ю.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования – связь недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) с преждевременным старением и перспективы ее коррекции.

Материалы и методы. Обследовано 45 женщин в возрасте от 32 до 48 лет с признаками НДСТ. Критерии исключения: наличие сопутствующих соматических и кожных заболеваний в стадии обострения, предшествующая косметологическая коррекция в течение года, беременность и лактация, прием антикоагулянтов, ретиноидов. По методам лечения пациентки разделены на 3 группы по 15 человек: в 1 группе проведен курс микротоковой терапии №10 через день, во 2 группе – инъекции 1% гиалуроновой кислоты внутрикжно №3 1 раз в 2 недели, в 3 группе – комплексная терапия. Оценка эффективности лечения проведена по Шкале симптомов старения кожи лица и шеи Лемперле. До и после курса лечения определяли уровни свободного гидроксипролина, гиалуронидазной активности и суммарных гликозаминогликанов по П.Н. Шараеву. Результаты. Все женщины имели тонкую кожу с выраженной подкожной венозной сетью, раннее формирование морщин выявлено в 91% случаев, симптом «папиросной бумаги» – 87%, келоидные или гипертрофические рубцы – 80%, тонкие, ломкие, тусклые волосы – 69%, множественные пигментные пятна – 64%, гиперпигментация над остистыми отростками грудно-поясничного отдела позвоночника – 53%, анонихии, пахионихии, лейконихии – 40%; ломкие ногти – 27%, гемангиомы и телеангиоэктазии – 27%. Характерным был мелкоморщинистый тип старения кожи с сетью мелких периорбитальных морщин и выраженными носогубными складками. В результате лечения отличный результат по коррекции выраженности морщин был получен в 3 группе по 3 признакам (сухость, стянутость, шелушение кожи, снижение эластичности и упругости кожи, изменения цвета и тона кожи). При оценке показателей обмена биополимеров соединительной ткани к концу наблюдения вырос уровень свободного гидроксипролина ( $p<0,05$ ), в 2 раза повысилась гиалуронидазная активность сыворотки крови ( $p<0,05$ ) и уровень суммарных гликозаминогликанов. ( $p<0,05$ ). Через 6 недель терапии зарегистрирована положительная динамика индекса Лемперле с достоверным преимуществом в 3 группе, получавшей комбинированное лечение: курс микротоковой терапии и инъекции 1% гиалуроновой кислоты.

Выводы. Включение в комплексную терапию инъекций гиалуроновой кислоты позволяет повысить уровень гиалуронидазной активности и гликозаминогликанов, ускорить распад «зрелого» коллагена, отражая стимуляцию фибробластов и повышение синтеза белков.

## **Выявление факторов риска и ранних проявлений метаболического синдрома у коренного и некоренного молодого населения северного региона (на примере Ханты-Мансийского автономного округа-Югры)**

*Корнеева Е.В., Воевода М.И.*

*Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Исследовательский центр Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Сургутский государственный университет, Сургут*

Цель исследования: выявить факторы риска развития метаболического синдрома (МС) у молодого трудоспособного населения, длительно проживающих в северных условиях.

Материалы и методы. Работа выполнена в НИИТПМ-филиал ФГБ НУ «Федеральный исследовательский центр ИЦИГ СО РАН» на базах «Федоровская городская больница», филиал больницы в д. Русскинская, «Сургутская городская клиническая поликлиника №1». За период 2015-2018 гг. среди 2354 человек в возрасте 18-44 лет были обследованы 930 пациентов (39,5%) с МС (36,62±5,12 лет). Городское некоренное население (253 пациента) – 157 женщин и 96 мужчин. Некоренные жители села (352 человек) – 103 мужчины и 249 женщин. Коренное население (ханты и манси) – 104 мужчины и 221 женщина. Проведено: анкетирование, антропометрическое обследование (рост, вес, ИМТ, окружностей талии (ОТ)); исследование липидного обмена (ОХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП), оценка индекса курьельщика. Получены информированные согласия. Диагноз «МС» устанавливался согласно Рекомендациям экспертов ВНОК по диагностике и лечению МС. Статистическая обработка данных выполнена с использованием Statistica for Windows v.7.0. (достоверность  $p < 0,05$ ).

Результаты. До 10 лет на территории ХМАО-Югры проживало 1,3%, более 10 лет – 98,7% пациентов (мужчины 27,61±7,45, женщины – 28,27±8,20 лет). МС встречался у 930 (39,5%) человек (у мужчин 32,1%, у женщин 44,5%). Выявлен высокий наследственный фактор: ожирение среди родителей у 88,7% женщин и 79,2% мужчин, АГ 31,2%, СД – 75,5% женщин и 68,8% мужчин. Обследованные мужчины в 1,5 раза чаще, чем женщины страдали АГ (с 35,8±1,53 лет). Отмечено 3 случая инфаркта миокарда среди городских мужчин (2,2%), сельских мужчин (2,4%) и сельских женщин (2,1%). Язвенной болезнью страдали 6,0% (14,4% мужчин и женщин 3,1%), хроническим холециститом – 20,4% (с 28,70±1,44 лет). СД – у мужчин в 2,3 раза чаще, чем у женщин. У некоренных жителей – у 12,8% гипотиреоз и у 14,9% АИТ. АГ среди мужчин-ханты встречалась 2,1 раза чаще, чем у женщин-ханты. С язвенной болезнью наблюдалось 7,6% человек (5,6% мужчин, 2,0% женщин). Хронический описторхоз и дифиллоботриоз распространены у всех коренных жителей. Выявлено 51,3% курящих, среди которых 58,1% мужчин и 41,9% женщин. Курящих мужчин и женщин с МС встречалось на 11,5% и 12,0% чаще по сравнению с контрольной группой. Никотинзависимых лиц среди коренных жителей встречалось 48% (62,2% мужчины, 37,8% женщин). Нарушения пищевого поведения были выявлены у 85,1%, что в 9 раз превышало в группах сравнения. Типы пищевого поведения среди женщин: эмоциогенный 41,3%, ограничительный 30,8%, экстернальный 27,9%. У 81,7% мужчин распространен экстернальный тип пищевого нарушения (50,5%). Среди городского и сельского населения с МС большинство имели I степень ожирения. Среди мужчин-ханты нормальный ИМТ встречался у 98,1%, избыточный вес – у 1,9%. Среди женщин-ханты ИМТ: норма – 7,7%, избыточный

вес – 33,9%, I – 46,6%, II – 10,9%, III степень ожирения – 0,9%. Не выявлены гендерные различия в содержании ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и ТГ ( $p > 0,05$ ). Высокий уровень ХС ЛПВП выявлен у всех пациентов, кроме 2 женщин с III степенью (0,8 и 0,9 ммоль/л). Для ОХС интервал распределений составил 3,84-6,12 у мужчин и 3,69-5,86 ммоль/л – у женщин; для ХС ЛПВП – 0,8 -1,92 и 1,0-1,99 ммоль/л; для ХС ЛПНП – 2,32-3,6 и 1,76-3,61 ммоль/л, ТГ – 1,83-3,31 ммоль/л. Уровень ОХС имел погранично-высокий уровень у мужчин (76,9%) и женщин (82,3%) при нормальном ИМТ. Уровень ХС ЛПВП более 1,55 ммоль/л наблюдали у 55,8% мужчин и 63,8% женщин. Снижение концентрации ХС ЛПВП менее 1,03 ммоль/л установлено у 22,1 и 12,2%. Высокое содержание ТГ выявлено у 57,7% обследованных мужчин и у 61,1% женщин.

Выводы. На высокую распространенность МС среди молодого населения, длительно проживающего в северных условиях, влияют нарушение пищевого поведения, гиподинамия, наследственная предрасположенность, наличие соматической патологии, курение. У некоренных молодых пациентов с МС нарушение в липидном обмене выражаются гипертриглицеридемией, повышением ХС ЛПНП и снижением ХС ЛПВП. У коренного населения выявлен погранично-высокий уровень ОХС, гипертриглицеридемия и высокий уровень ХС ЛПВП при нормальном ИМТ.

## **Генетические факторы риска лекарственного поражения печени при стационарном лечении в кардиологическом отделении**

*Кох Н.В., Воронина Е.Н., Ефремова Т.В., Солдатова Г.С., Лифшиц Г.И.*

*Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирский государственный университет, Новосибирск*

Пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и показаниями к пожизненному применению более чем одного лекарственного средства, а также наличием фонового процесса в печени, такого как стеатогепатоз, попадают в группу высокого риска лекарственного поражения печени (ЛПП). Нами было выполнено пилотное исследование «случай-контроль», цель которого – оценить клинические, биохимические и генетические факторы риска развития синдрома цитолиза гепатоцитов у пациентов с сочетанием стеатогепатоза и обострением хронической сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. В исследование включены 74 пациента с хроническим сердечно-сосудистым заболеванием (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь) проходивших лечение в отделении кардиологического стационара ЦКБ СО РАН с нормальным исходным уровнем трансаминаз (АСТ и АЛТ), из них у 12 человек на 10 день лечения отмечено повышение трансаминаз более чем в 3 раза. Всем пациентам проводились лечебные и диагностические мероприятия в соответствии с медицинскими стандартами действующими на территории РФ. Сверх стандартов было проведено генотипирование полиморфных локусов генов семейства цитохрома P450, в лаборатории фармакогеномики ИХБФМ СО РАН методом ПЦР в реальном времени.

Частота встречаемости «минорных» аллельных вариантов была значительно выше в группе с синдромом цитолиза: для аллелей CYP2C9\*3,

CYP2D6\*4, CYP2C19\*2, CYP2C19\*17 –  $p < 0,01$ . Не выявлено достоверной корреляции между синдромом цитолиза и фенотипическими параметрами: пол, возраст, индекс массы тела. Подтверждена положительная корреляция НАЖБП с абдоминальным ожирением и индексом массы тела. Не выявлено достоверной корреляции между синдромом цитолиза и клиническими и биохимическими факторами. Присутствие минорных аллелей генов системы цитохрома P-450 – CYP2C9, CYP2D6, CYP2C19 повышает риск цитолиза у пациентов при лечении обострений ССЗ на фоне стеатогепатоза. Необходимы дальнейшие фармакогенетические исследования для разработки практических рекомендаций для проведения генетического тестирования пациентам из группы высокого риска ЛПП с целью выбора наиболее безопасной комбинации лекарственной терапии.

## Возможности «жидкой биопсии» в диагностике колоректального рака

*Кручинина М.В., Курилович С.А., Светлова И.О., Прудникова Я.И., Громов А.А., Кручинин В.Н., Володин В.А., Рыхлицкий С.В., Шашков М.В., Соколова А.С., Яковина И.Н., Баннова Н.А.*

*Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Федерального исследовательского центра Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск*

Цель работы: исследовать возможности использования метаболитов сыворотки крови (СК) и эритроцитов (Эр) в диагностике колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. Обследовано 45 КРР пациентов с ранними (I-II) и 55 с поздними (III-IV) стадиями (63,2±9,4 года) с различной локализацией метастазов (mts), 20 больных с аденоматозными полипами и 30 условно здоровых. Спектры комбинационного рассеяния света жидких СК – Raman-спектроскопия (SERS) записывались с помощью спектрометра с тройным монохроматором T64000 (Horiba Jobin Yvon, France). Метаболиты Эр и СК изучены методом 1H ЯМР-спектроскопии (DRX 500Bruker (Германия); липидомические профили – с помощью FT масс-спектрометрии, газовой хроматографии – ГХ/МС системы на основе трех квадрупольных Agilent 7000B(США).

Результаты. Методом Raman-спектроскопии удалось выявить различия образцов СК пациентов с полипами от таковых с КРР и здоровых. Установлено, что интенсивности большей части пиков (725, 1128, 1275, 1350, 1664  $\text{cm}^{-1}$ ) у пациентов с полипами занимали промежуточное положение между таковыми у здоровых и с КРР. Однако интенсивность полос при 632  $\text{cm}^{-1}$  оказалась выше, а при 902, 1004  $\text{cm}^{-1}$  – ниже в случае полипов по сравнению с КРР и контролем ( $p < 0,001-0,05$ ), пик при 725  $\text{cm}^{-1}$  потенциален как маркер раннего КРР. Диагностическая чувствительность и специфичность для SERS дискриминирования СК пациентов с полипами от здоровых составили 92,4% и 83%, а образцов СК больных с полипами от КРР образцов – 72,7% и 95,2%, соответственно. С помощью методов FT масс-спектрометрии, газовой хроматографии определены метаболиты, позволившие дифференцировать ранние стадии КРР от здоровых и найти маркеры прогрессирования КРР. Комплекс липидных метаболитов СК (миристиновая, пальмитиновая, гексадекановая, октадекановая, эйкозатриеновая жирные кислоты, LPC(18:2), LPC(20:4), LPC(22:6), LPC(16:0) дифференцировал ранние стадии КРР от здоровых (AUC 0,97). В то время как уровни лизофосфатидилолина (18:0, 16:0), лизофосфатидной кислоты (18:0, 16:0), фосфатидилхолина (34:1) достоверно возрастали при опухолевой прогрессии (AUC 0,82).

Диагностическая «Панель 1», включающая ЖК Эр и СК - C20:2, C20:3, C20:4, C22:4, C22:5, C22:6 – позволила различить пациентов с ранними стадиями КРР от здоровых (AUC 0,86; чувствительность 0,78; специфичность 0,87) (OR 19,4 (0,17;0,55). «Панель 2» (ЖК Эр - C14:0, C16:0, C16:1, C18:1, C20:3, C20:4, C22:4, C22:5, C22:6) продемонстрировала высокий потенциал в выявлении отдаленных метастазов (AUC 0,83, OR=2,29). Установлены ассоциации уровня ЖК с локализацией опухоли в толстой кишке ( $r=0,64$ ,  $p=0,02$ ). Протонная ЯМР-спектроскопия СК позволила выявить метаболиты для различения метастазов различных локализаций (местно-регионарного КРР, вне- и печеночных mts): изолейцин и 2-оксоглутарат в большем количестве содержались в СК при экстрапеченочных mts; метионин и фумарат – при mts только в печень; манноза, О-фосфохолин преобладали у пациентов с местно-регионарным КРР (R2Y score = 0,66 и 0,38). Регрессионный анализ не выявил значимого эффекта химиотерапии в течение 3 месяцев на метаболический профиль во всех обследуемых группах ( $P = 2,83 \times 10^{-5}$  и  $P = 5,68 \times 10^{-6}$ ).

Выводы. Созданные диагностические модели, ассоциированные с изменениями уровней метаболитов, в том числе липидных, в мембранах Эр и СК, перспективны для скрининга, ранней диагностики и выявления прогрессирования КРР.

## Роль хрящевого гликопротеина-39, витамина С в развитии и течении у больных остеоартрозом коленного сустава в сочетании с желчекаменной болезнью

*Кцюева А.А., Тотров И.Н., Цаллагов А.К.*

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, клиническая больница, Владикавказ*

Цель: изучение роли хрящевого гликопротеина-39 (ХГП-39), витамина С у больных остеоартрозом коленного сустава (ОАКС) в сочетании с желчекаменной болезнью (ЖКБ) в зависимости от воспалительных изменений в суставах, рентгенологической стадии, выраженности болевого синдрома и степени функциональной недостаточности суставов.

Материал и методы исследования. Обследовано 70 больных ОАКС в сочетании с ЖКБ, находившихся на лечении в ревматологическом отделении КБ СОГМА в период с 2014 по 2016 г., подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Средний возраст пациентов составил 64,2±0,98 года, средняя длительность заболевания – 6,12±0,37 года. Диагноз ставился согласно диагностическим критериям АКР (Американской коллегии ревматологов, 1991). Диагноз ЖКБ ставился на основании клинических данных и УЗИ брюшной полости. У всех больных оценивали основные клинические параметры гонартроза, а также определяли содержание ХГП-39, витамина С, С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, липидов в сыворотке крови. Критериями включения больных с суставным синдромом в исследование являлись: интенсивность боли в анализируемом суставе  $\geq 40$  мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс массы тела  $\leq 40$   $\text{кг}/\text{м}^2$ , отсутствие злокачественных новообразований и иных ревматических заболеваний (ревматоидного артрита, системной красной волчанки, реактивного артрита и др.). Противопоказаниями для включения больных в исследование являлись: IV рентгенологическая стадия ОАКС по Kellgren, неконтролируемая АГ, застойная сердечная недостаточность, церебральные инсульты, сахарный диабет 1 типа, язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки в стадии

обострения. Клинические параметры оценивались определением индекса Лекена в баллах; ВАШ в покое и при ходьбе в мм; индексов WOMAC (Western Ontario and McMAster Universities Osteoarthritis Index) боли, скованности, функции и суммарного глобального в мм по ВАШ. Исследование содержания ХГП-39 в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа. Исследование содержания СРБ проводили методом иммунотурбидиметрии, холестерина (ХС), липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП) выполняли с помощью ферментативного фотометрического теста. На основании полученных данных подсчитывался коэффициент атерогенности (КА) по формуле  $КА = (\text{общий холестерин} - \text{ЛПВП}) / \text{ЛПВП}$ . Содержание витамина С определяли в сыворотке крови колориметрическим методом в Li-гепариновой плазме. Для статистической обработки полученных данных использовались программы Microsoft Excel 2007 и Statistica 10.0.

Результаты. У всех обследованных больных определялся повышенный уровень ХГП-39 в сыворотке крови. Наиболее высокий уровень ХГП-39 обнаружен у больных с III рентгенологической стадией ОА, особенно в случае наличия реактивного синовита ( $M \pm m: 157,0 \pm 3,49$ ,  $p=0,0000$ ) в сравнении с I стадией гонартроза. У больных с I, II стадией гонартроза отмечались меньшие уровни ХГП-39 ( $M \pm m: 56,99 \pm 1,15$ ;  $M \pm m: 82,86 \pm 1,43$ ,  $p=0,0000$ ). С целью выявления взаимосвязи между уровнем ХГП-39 и главными клинико-функциональными показателями больных ОА в сочетании с ЖКБ проведен корреляционный анализ. Отмечена достоверная прямая корреляционная связь уровня ХГП-39 с WOMAC выраженности боли ( $r=,8191$ ,  $p=,000$ ), WOMAC скованности ( $r=,7692$ ,  $p=,000$ ), WOMAC функциональной недостаточности ( $r=,8293$ ,  $p=,000$ ), глобальным WOMAC ( $r=,8659$ ,  $p=,000$ ), ВАШ боли покоя ( $r=,8289$ ,  $p=,000$ ) и ВАШ боли при ходьбе ( $r=,7897$ ,  $p=,000$ ). Наиболее тесная связь установлена между индексом Лекена и ХГП-39 ( $r=,89240$ ;  $p=,000$ ). Для выявления взаимосвязи между уровнями ХГП-39 с лабораторными показателями произведен был корреляционный анализ. Отмечена достоверная корреляционная связь содержания ХГП-39 с уровнями СРБ ( $r=,8622$ ,  $p=,000$ ), СОЭ ( $r=,7375$ ,  $p=,000$ ), ХС ( $r=,7827$ ,  $p=,000$ ) и КА ( $r=,8356$ ,  $p=,000$ ). При увеличении данных показателей, увеличивалась и концентрация ХГП-39 в сыворотке крови, что свидетельствует о прямой корреляционной зависимости. Выявлена достоверная обратная корреляционная зависимость между ХГП и витамином С ( $r=-,9400$ ,  $p=,000$ ). Выводы. Проведенное исследование показало, что ХГП-39 играет важную роль в развитии и течении ОА, ЖКБ и может рассматриваться как маркер активности заболеваний. Низкая концентрация витамина С в сыворотке крови, в частности, у больных, страдающих третьей стадией гонартроза, говорит о длительной недостаточности данного витамина, что может быть причиной развития и прогрессирования данных нозологий.

## Таргетная терапия больных хроническим миелолейкозом в г. Новосибирске – результаты четырнадцати лет наблюдений

Лямкина А.С., Поспелова Т.И., Маслова Л.М., Мельниченко Е.В., Обгольц Ю.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №2, Новосибирск

Цель исследования: оценить результаты длительной терапии пациентов с хроническим миелолейкозом в Городском гематологическом центре г. Новосибирска.

Материалы и методы. С января 2004 г. по июнь 2018 г. в г. Новосибирске наблюдалось 104 больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 42 мужчины (40,4%) и 62 женщины (59,6%). В хронической фазе (ХФ) 86 человек, фазе акселерации (ФА) 11 человек и фазе бластного криза (БК) 7 человек. Средний возраст пациентов был равен  $44,7 \pm 18,17$  года (от 16 до 78 лет). Всем больным было проведено цитогенетическое исследование костного мозга для выявления Ph-хромосомы, по показаниям – FISH исследование на наличие транслокации t(9;22). Молекулярный анализ на ген BCR/ABL при диагностике заболевания до 2014 г. проводился по показаниям, с 2014 г. – всем пациентам. Ингибитор тирозинкиназ (ИТК) иматиниб назначался в ХФ заболевания в дозе 400–600 мг в сутки, в ФА, БК – 600–800 мг в сутки. Для оценки выживаемости использовалась статистическая программа подсчета кумулятивной доли выживших (метод Каплан-Мейера), за критерий достоверности принималось  $p < 0,05$ .

Результаты. Анализ результатов проводился в группе пациентов, получавших терапию иматинибом более 12 месяцев (78 человек). На фоне терапии полная клинико-гематологическая ремиссия (ПКГР) достигнута у 98,7% больных (77 человек), частичный цитогенетический ответ (ЧЦО) ( $ph < 35\%$ ) – у 3 человек (3,8% больных), полный (ПЦО) ( $ph < 0\%$ ) – у 60 (76,9%), таким образом, большой цитогенетический ответ (БЦО) получен у 80,7% пациентов. Большой молекулярный ответ (БМО) (уровень гена BCR/ABL  $< 0,01\%$ ) получен у 58,9% больных (46 человек). В группе больных без ПЦО (18 человек) первичная резистентность к иматинибу наблюдалась у 12 обследуемых (15,4%), вторичная у 6 (7,7%) – (четверо больных утратили ПКГР и ПЦО, двое – ПЦО и БМО). Мутации гена BCR/ABL выявлены у 2 человек: у 1-го – E255K, E275K, Y253H, и у 2-го – M244T/731. У 6 больных с первичной резистентностью и у всех с вторичной при анализе выписки льготных рецептов и индивидуального ежемесячного расхода иматиниба установлено, что неэффективность терапии возникла в связи с нарушением пациентами дозы и режима приема препарата (12 человек из 18 – 66,6%). В результате первичной или вторичной резистентности к иматинибу, 9 человек из 18 были переведены на терапию ИТК 2 поколения: 6 человек на дазатиниб (по 100 – 140 мг в сутки) и 3 больных – на нилотиниб (800 мг в сутки). На фоне проводимой терапии ИТК 2 поколения у 8 человек из 9 сохраняется ПКГР (88,9%), у 5 – достигнут ПЦО (55,5%) и у 4 – БМО (44,4%). Таким образом, при терапии ИТК I и II поколения ПЦО достигнут у 83,3% пациентов, БМО – у 64,1% обследованных. В группе больных, получавших современную терапию ИТК, медиана общей выживаемости (ОВ) не достигнута, 5-летняя ОВ на ИТК I и II поколения составила 90%, 10-летняя ОВ составила 77%, расчетная 15-летняя ОВ – 62%. Данные показатели соответствуют результатам других авторов: Druker V.J. (2006), Kantarjian H.M. (2012), Henkes M. (2008). Летальность пациентов за период с 2004 г. по 2016 г. составила 20,2% (21 человек). У 11 пациентов (52,4%) это было определено развитием первичной и вторичной резистентности к терапии ИТК и прогрессированием основного заболевания в результате постоянного нарушения больными рекомендаций врача и режима приема иматиниба. У 5 человек (23,8% случаев) летальность была связана с имеющейся у пациента сопутствующей патологией при достижении ПЦО и БМО (вторые опухоли – у двух человек, патология сердечно-сосудистой системы – у троих). Только в 23,8% случаев (5 больных) летальность связана с первичной резистентностью к ИТК и прогрессированием ХМЛ до фазы акселерации и бластного криза.

Выводы. В настоящее время можно говорить не только об увеличении продолжительности жизни и улучшении качества жизни больных при ХМЛ, но и о достижении длительной стойкой цитогенетической

и молекулярной ремиссии. Возможность получения ответа тем выше, чем раньше от момента установления диагноза назначена терапия, и чем лучше больной соблюдает рекомендации по дозировке и режиму приема препаратов. Неудача терапии, прогрессирование в ФА и БК связаны с первичной и вторичной резистентностью к ИТК, при этом более чем в половине случаев причина этому – плохая приверженность пациентов к проводимому лечению.

### **Изменение морфометрии и параметров диастолической функции левого желудочка у больных системной красной волчанкой**

*Малых И.А., Кляшев С.М., Кляшева Ю.М., Бобрикова Д.А.*

*Областная клиническая больница №1, Тюмень*

Цель работы. Изучить морфометрические показатели и параметры диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) по данным доплерэхокардиографии у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. Обследована 71 пациентка женского пола с достоверной СКВ, наблюдавшиеся в Тюменском областном ревматологическом центре. Средний возраст больных составил  $26,7 \pm 1,7$  лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых исследуемых женщин, сопоставимых по возрасту. Всем исследуемым выполнялась эхокардиография в М- и В-режимах. Для изучения диастолического наполнения ЛЖ с помощью доплерэхокардиографии в импульсном режиме исследовались трансмитральный и транстрикуспидальный кровотоки. Рассчитывались следующие показатели диастолического наполнения ЛЖ: Елж, м/с – максимальная скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ; Алж, м/с – максимальная скорость предсердного диастолического наполнения ЛЖ; Е/Алж – отношение скоростей Е/А; ДТлж, мс – время замедления потока в фазу раннего наполнения ЛЖ. Время изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRTлж, мс) рассчитывали, установив контрольный объем в выносящем тракте ЛЖ, получив одновременно поток в приносящем и выносящем трактах.

Результаты. Полученные эхокардиографические данные показали, что в группе больных СКВ в сравнении с группой здоровых лиц наблюдались достоверные различия конечно-систолического и конечно-диастолического размеров ( $p < 0,05$ ), соответствующих им объемов ЛЖ ( $p < 0,01$ ), а также толщины задней стенки ЛЖ ( $p < 0,01$ ). Примечательно, что в группе СКВ отмечено увеличение толщины межжелудочковой перегородки ( $p < 0,001$ ). У больных СКВ наблюдалось увеличение массы миокарда и ее индекса в сравнении со здоровыми ( $p < 0,001$ ), у части пациенток отмечено увеличение относительной толщины стенки ЛЖ ( $2H/D$ )  $\geq 0,45$ . У 8 (16%) пациенток, имеющих СКВ выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ. У 12 (24%) больных данной группы отмечалась эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. При оценке показателей сократимости миокарда ЛЖ достоверных различий в обследованных группах не выявлено. Показатели диастолической функции ЛЖ у обследованных групп показали, что у 41 (57,7%) больных СКВ наблюдались нормальные показатели диастолической функции ЛЖ, у 30 (42,3%) отмечалось нарушение диастолической функции ЛЖ по первому типу (типу замедленной релаксации). У больных СКВ наблюдалось снижение Елж ( $p < 0,01$ ), отношения Е/Алж ( $p < 0,01$ ), увеличение

ДТлж ( $p < 0,001$ ) и IVRTлж ( $p < 0,001$ ) по отношению к здоровым лицам.

Выводы. У больных СКВ по данным эхокардиографии отмечено ремоделирование миокарда ЛЖ, появляющееся увеличением полости, гипертрофией стенок и повышением массы миокарда ЛЖ, наблюдалось нарушение скоростных и временных параметров диастолической функции ЛЖ.

### **Взаимосвязи липидов крови и индекса массы тела у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией**

*Матвеева С.А., Матвеев В.А.*

*Городская клиническая больница №4, Рязань*

Цель работы. Явилось изучение взаимосвязей между показателями липидов крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) – ТГ/ХС ЛПВП и индексом массы тела (ИМТ) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и артериальной гипертензией (АГ)/гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследованы 102 пациента/мужчины в возрасте  $47,63 \pm 0,79$  г. с НАЖБП, ИБС, ССН I-IV функционального класса (ФК) и АГ/ГБ II-III стадии, 2-3 степени. Программа обследования включала данные анамнеза, результаты общеклинических, биохимических анализов и инструментальных методов исследования. Изучены показатели липидов крови общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ=ТГ/ХС ЛПВП; ИМТ рассчитан как соотношение МТ (кг)/рост ( $m^2$ ). Проведен многофакторный корреляционный анализ с изучением критериев Стьюдента-Фишера, исследованы взаимосвязи между показателями варианты/ $\leq 10$  перцентиля/ $> 90$  перцентиля общего ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ и соответствующими значениями варианты/ $> 90$  перцентиля/ $\leq 10$  перцентиля ИМТ.

Полученные результаты. В результате многофакторного корреляционного анализа установлено, что значения варианты,  $\leq 10$  перцентиля и  $> 90$  перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и соответствующие значения варианты,  $\leq 10$  перцентиля и  $> 90$  перцентиля ИМТ достоверно ( $p < 0,001$ ) связаны. Выявлена ( $p < 0,001$ ) отрицательная корреляция между  $\leq 10$  перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и  $> 90$  перцентиля ИМТ. Определена отрицательная связь ( $p < 0,001$ ) между показателями  $> 90$  перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и  $\leq 10$  перцентиля ИМТ.

Выводы. Отмечены достоверные взаимосвязи между показателями липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ИМТ у пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН I-IV ФК и ГБ II-III стадии, 2-3 степени. Выявленные взаимосвязи между липидами крови и ИМТ у пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН и АГ/ГБ позволяют практическому врачу проводить индивидуализированные терапевтические мероприятия.



## Частота и структура сопутствующей патологии у больных лимфомой Ходжкина в дебюте заболевания

Мезит Е.В., Маслова Л.М., Войтко М.С., Шебуняева Я.Ю.,  
Поспелова Т.И.

Новосибирский государственный медицинский университет,  
Городская клиническая больница №2, Новосибирск

Актуальность. Лимфома Ходжкина представляет собой онкогематологическую патологию с доказанным В-клеточным происхождением субстрата. Среди всех онкологических заболеваний, регистрируемых ежегодно в развитых странах, данная нозология занимает 1-2% случаев, заболеваемость лимфомой Ходжкина в России составляет 2,1 случая на 100 тыс. населения в год. Дебют заболевания возможен в любом возрасте, однако основной пик заболеваемости приходится на период 16-35 лет, в данном возрастном интервале заболеваемость выше среди женщин [И.В. Поддубная, 2016]. К настоящему времени 5-летняя выживаемость больных лимфомой Ходжкина, свободная от неудач лечения, достигает 80-90%, а общая выживаемость – 90% и более [Franklin J., 2002]. Однако в отдаленном периоде клинко-гематологической ремиссии основные проблемы связаны с коморбидностью, развивающейся в результате поздних осложнений терапии. В соответствии с данными Европейской организации по исследованию и лечению рака, кумулятивный риск смерти больных в течение 25 лет от лимфомы Ходжкина составляет 24,2%, от других причин – 26,2%.

Цель исследования: оценить частоту и структуру сопутствующей патологии у пациентов с впервые выявленной лимфомой Ходжкина. Материалы и методы. В Городском гематологическом центре на диспансерном наблюдении в период 2013-2017 гг. находился 141 пациент с впервые выявленной лимфомой Ходжкина. В ходе исследования проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов. Средний возраст больных составлял 38,7±1,2лет, преобладали женщины – 65,7%. Согласно принятой в 2008 г. ВОЗ морфологической классификации варианты лимфомы Ходжкина распределялись: нодулярный склероз – 49,7% случаев, смешанно-клеточный вариант – 37,6%, классический вариант лимфоидного преобладания – 5,7%, лимфоидное истощение – 2,1%, нодулярное лимфоидное преобладание – 4,9%. При определении стадии лимфомы Ходжкина по Ann Arbor в модификации Cotswold 1988г. 1,4% пациентов имели I стадию заболевания, 34,8% – II стадию, 34% – III стадию, 29,8% – IV стадию. Поражение экстранодальных органов отмечалось у 18,4% пациентов, селезенки – у 24,8%. В-симптомы (субфебрильная температура тела, снижение массы тела на 10% за 6 месяцев, ночные профузные поты) зафиксированы в 55,4% случаев. Для оценки риска неблагоприятных исходов лимфомы Ходжкина использовался Международный прогностический индекс. Значение прогностического индекса в исследуемой группе было следующим: МПИ 0 - 23,4%, МПИ 1 и МПИ 2 – по 26,9%, МПИ 3 – 13,5%, МПИ 4 – 8,5%, МПИ 5 – 0,7%. Статистический анализ данных выполнен с использованием редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2010. Результаты и их обсуждение. На этапе установления диагноза лимфомы Ходжкина у 39% пациентов имелись болезни органов пищеварительной системы, из которых 12,7% составляли заболевания печени: стеатогепатоз, хронические гепатиты. Наличие вирусных гепатитов В и С определялось у 2,8% пациентов. В анамнезе у 2,1% пациентов отмечалось злоупотребление алкоголем, у 1 пациента - внутривенная наркомания. Состояли на учете по наличию вируса

иммунодефицита человека – 2,8% пациентов. У 21,3% пациентов исходно имелись заболевания сердечно-сосудистой системы, причем от артериальной гипертензии страдали 17% пациентов, гипертоническая болезнь III стадии диагностирована до начала терапии у 2,1% пациентов, хроническая сердечная недостаточность I-II стадии – у 5%, ишемическая болезнь сердца – у 2,8% пациентов. Заболевания органов дыхательной системы имелись у 9,2% пациентов, из них у 30,7% – бронхиальная астма, у 2,8% – хроническая обструктивная болезнь легких. 2,1% пациентов исследуемой группы состояли на учете по туберкулезу легких. Болезни почек встречались в 14,2% случаев, болезни эндокринной системы – в 8,5%. У 15,3% женщин отмечалась гинекологическая патология (эндометриоз, миома тела матки). Большая часть пациентов (66,7%) имели сочетания 2 и более хронических заболеваний, что согласно критериям ВОЗ, определяется как мультиморбидность. Сочетание более 4 заболеваний встречалось в 7% случаев.

Выводы. Проведение оценки сопутствующей патологии несомненно играет важную роль в дальнейшем выборе терапевтической тактики для пациентов, страдающих онкогематологической патологией. Опираясь на профиль токсичности препаратов, входящих в курсы полихимиотерапии, и наличие сопутствующей патологии в дебюте заболевания можно избежать обострения хронической патологии в ходе терапии и в отдаленный период, значительно повысив качество жизни больных лимфомой Ходжкина и эффективность терапии.

## Изменение уровня проадреномедуллина у пациентов с ишемической кардиомиопатией в зависимости от наличия у них постоянной формы фибрилляции предсердий

Мухамбетова Г.Н., Мясоедова Е.И.

Астраханский государственный медицинский университет,  
Астрахань

Цель – исследовать уровень проадреномедуллина у пациентов с ишемической кардиомиопатией в зависимости от наличия/отсутствия постоянной формы фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ишемической кардиомиопатией (ИКМП). Критерии включения в исследование: 1. перенесенный Q-образующий инфаркт миокарда (подтвержденный документально), 2. наличие систолической дисфункции левого желудочка (ФВ ЛЖ (Simpson) < 40%), 3. дилатация ЛЖ (конечный диастолический объем ≥ 180 мл), 4. наличие симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) 2-4 функциональный класс (ФК) согласно Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA), 5. поражение коронарных артерий атеросклерозом по данным коронарографии. Критерии исключения из исследования: возраст старше 65 лет, острые и злокачественные заболевания. Контрольная группа состояла из 30 соматически здоровых лиц. Диагноз устанавливали в соответствии с клиническими рекомендациями «Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца» Минздрава России (2013) и формулировали по Международной классификации болезней (X пересмотра). Диагноз ХСН устанавливали в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН (V пересмотр, 2017 г.). Для определения в образцах сыворотки крови уровня проадреномедуллина (MR-proADM) использовалась коммерческая тест система BRANMSMR-proADM KRYPTOR (Германия). Статистическая обработка данных была

проведена с помощью программы Statistica 12.0 (StatSoft, Inc., США). Статистически значимыми различия между изучаемыми показателями и коэффициенты корреляции считались при  $p < 0,05$ .

Результаты. В соответствии с целью исследования все пациенты были рандомизированы на две подгруппы: первая подгруппа – пациенты с ИКМП и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) (33 (41 %) чел.) и вторая подгруппа – пациенты с ИКМП без ФП (ИКМП) (47 (59 %) чел.). Оценка уровня MR-proADM выявила статистически значимое его повышение в общей группе пациентов относительно показателей группы контроля (1,85 [1,59; 2,06] нмоль/л и 0,49 [0,18; 0,58] нмоль/л, соответственно,  $p < 0,001$ ). При этом в подгруппе пациентов с ИКМП и ФП он был статистически значимо выше, чем в подгруппе без ФП (1,94 [1,73; 2,13] нмоль/л и 1,76 [1,51; 1,85] нмоль/л соответственно,  $p = 0,042$ ). Кроме этого, при проведении корреляционного анализа Спирмена выявлена умеренной силы прямая корреляционная связь уровня MR-proADM с наличием постоянной формы ФП ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,038$ ).

Выводы. Установлено увеличение концентрации MR-proADM у пациентов с ИКМП как с ФП, так и без нее. У больных ИКМП более высокие показатели изучаемого биомаркера ассоциированы с наличием постоянной формы ФП.

### **Динамика показателей системы глутатиона у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне пневмокозиозов в сочетании с вегето-сенсорной полинейропатией в периоде медицинской реабилитации**

*Мякоткина Г.В., Соцкая Я.А.*

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

Современные антропогенные процессы внесли существенные изменения в экологическое равновесие крупного угольного региона Донбасса, где с каждым годом нарастает частота профессиональных заболеваний. К числу негативных факторов производства относят шум, вибрацию, пыль и т.д., что в общей сложности повышает риск возникновения пневмокозиозов и вегето-сенсорной полинейропатии (ВСП). Помимо этого воздействие ксенобиотиков, пестицидов на здоровье взрослого населения региона Донбасса способствует увеличению частоты неалкогольного стеатогепатита (НАСГ). Известно, что в организме токсическое действие активных форм кислорода предотвращается за счет функционирования систем антиоксидантной защиты (АОЗ). Одной из наиболее важных составляющих общей системы АОЗ является система глутатиона (СГ).

Целью нашего исследования было изучение показателей СГ у больных НАСГ на фоне пневмокозиоза с ВСП в периоде медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 74 пациента мужского пола с НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП, возраста 20-59 лет. Все пациенты были поделены на две равные группы – основную – 36 чел. (48,6%) и сопоставления – 38 чел. (51,4%), с учетом рандомизации по возрасту и частоте обострений НАСГ. Диагноз НАСГ был выставлен в соответствии с методическими рекомендациями РФ «Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени». Диагноз пневмокозиоз был выставлен с учетом длительности стажа работы не менее 10

лет в условиях постоянного воздействия пыли, наличия характерных фиброзных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки, изменений показателей спирометрии. С помощью реовазографии периферических сосудов проводили оценку сосудистого тонуса и интенсивность пульсового кровенаполнения, чем подтверждали синдром ВСП. Пациенты обеих групп следовали общепринятым схемам медицинской реабилитации. Однако пациенты основной группы дополнительно получали гепатопротектор гепатрин по 1 капсуле 2 раза в день первые 2 недели, а затем по 1 капсуле 1 раза в день до 30-40 дней, а также бронхомунал по 1 капсуле в день утром, натощак, за 30 мин до еды, как иммуностимулирующее средство. Для реализации цели исследования у всех больных анализировали содержание восстановленного глутатиона (ВГ) и окисленного глутатиона (ОГ) в сыворотке крови с подсчитыванием коэффициента ВГ/ОГ до проведения медицинской реабилитации и после.

Результаты исследования и их обсуждение. До проведения медицинской реабилитации было установлено, уровень ВГ, который оказывает стабилизирующее влияние на содержание высокореакционных SH-групп в мембранах эритроцитов, в крови больных основной группы был сниженным в среднем в 1,72 раза, концентрация ОГ у была выше нормы в среднем в 3,56 раза. В результате этих смещений соотношение ВГ/ОГ было в среднем в 6,1 раза ниже показателя нормы. Что касается группы сопоставления, показатели этих пациентов выглядели следующим образом: уровень ВГ был сниженным в среднем в 1,64 раза, концентрация ОГ была выше нормы в среднем в 3,25; соотношение ВГ/ОГ было в среднем в 5,34 раза ниже показателя нормы. После завершения курса медицинской реабилитации больных НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП основной группы, которые получали гепатопротектор гепатрин и иммуномодулятор бронхомунал, показатели СГ практически полностью соответствовали значениям нормы, что, к сожалению, мы не наблюдали у больных группы сопоставления, поскольку по-прежнему отличались от соответствующей нормы в среднем в 1,5 раза.

Вывод. При специальном биохимическом исследовании у больных с НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП обеих групп был выявлен существенный дисбаланс со стороны показателей СГ. Оказалось, что применение только общепринятых средств с целью медицинской реабилитации не обеспечивает полной нормализации изученных показателей СГ. Тем не менее применение гепатопротектора гепатрина и иммуномодулятора бронхомунала способствует восстановлению дисбаланса СГ, а именно увеличению уровня ВГ, снижению ОГ, и следовательно, увеличению коэффициента ВГ/ОГ.

### **Структурно-функциональные особенности слизистой оболочки желудка у пациентов с HCV- и HBV-инфекцией**

*Непомнящих Д.Л., Постникова О.А., Мигуськина Е.И., Абрамова Е.Э., Доровская О.И.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Цель исследования: изучить структурные особенности слизистой оболочки желудка у пациентов с маркерами HCV- и HBV-инфекций. Материал и методы. Проведено комплексное клинко-эндоскопическое и патоморфологическое исследование 95

пациентов с маркерами HCV- и HBV-инфекции (52 мужчины и 43 женщины в возрасте от 16 до 66 лет). Обследование включало анализ биохимических показателей крови, серологических маркеров вирусного гепатита, изучение данных о наличии маркеров репликации HCV и HBV в крови и печени, уровне виремии, пункционную биопсию печени.

Результаты. При клинико-морфологическом анализе установлено, что в большинстве случаев в биоптатах печени преобладал различной степени выраженности фиброз; иногда выраженность фиброза была столь велика, что процесс оценивался как хронический гепатит с трансформацией в цирроз. Клинико-морфологический анализ состояния желудка проведен в зависимости от степени активности хронического гепатита: первая группа характеризовалась высокой степенью активности – 47 пациентов, вторая группа отличалась выраженной и ранней тенденцией к фиброзу органа (фиброз II-III стадии) – 30 пациентов, и третью группу составили пациенты которые по результатам комплексного морфологического анализа имели проявления синдрома регенераторно-пластической недостаточности интерпретируемые как гепатопатия – 18 случаев. Представляют интерес результаты эндоскопической оценки слизистой оболочки желудка по формам хронического вирусного гепатита. При высокой степени активности хронического гепатита визуально преобладал атрофический гастрит – 42%, некротические формы обнаружены в 16%, поверхностный гастрит – в 32% случаев. Во второй и третьей группах эндоскопически доминировал поверхностный гастрит (65%). При микроскопии биоптатов желудка у всех обследованных пациентов выявлены структурные изменения с различной степенью интенсивности клеточной инфильтрации, фиброзом слизистой оболочки и атрофией железистых структур, в других – хронический катаральный процесс с нерезко выраженной воспалительной инфильтрацией и фиброзом стромы. Во всех случаях дистрофические изменения сочетались со значительным фиброзом всех слоев слизистой оболочки, включая иногда и мышечный. Это свидетельствует о неблагоприятном прогнозе, так как в дальнейшем фиброзирование стенки желудка приводит к диффузной кишечной метаплазии, атрофии желез и снижению их секреторной функции. Изменения слизистой оболочки желудка отмечены у всех пациентов с различными формами хронического вирусного гепатита, при этом преобладающей была фиброзирующая форма поражения – гастропатия. При бактериоскопическом изучении образцов желудка бактериальная микрофлора обнаружена в 96% случаев, при этом *Helicobacter pylori* – в 86% наблюдений. При хроническом гепатите с высокой степенью активности *Helicobacter pylori* найдены в 81% случаев, при гепатите с минимальной степенью активности в 83% наблюдений, при гепатопатии – в 91% наблюдений. *Helicobacter pylori* одинаково часто обнаруживались в фундальном и антральном отделах желудка, при наличии образцов из обоих отделов желудка они выявлялись в 100% случаев.

Выводы. Результаты комплексного клинико-эндоскопического, патоморфологического и ультраструктурного исследования показали, что у всех пациентов с хроническим гепатитом в патологический процесс вовлекается слизистая оболочка желудка. При этом преобладает фиброзирующая форма поражения – гастропатия, существенными особенностями которой являются первично возникающие дистрофия и атрофия паренхиматозных структур (покровно-ямочного и железистого эпителия) и реактивное развитие фиброза

## Использование витаминов группы В в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы

*Носов Г.А., Сафонова И.А., Рыжкина Е.И., Денисенко А.О.*

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

Одной из важнейших проблем клинической неврологии настоящего времени являются заболевания периферической нервной системы – они составляют более половины всей неврологической заболеваемости взрослых. Витамины группы В на протяжении длительного времени используются при заболеваниях периферической нервной системы, однако до настоящего времени в стандарты консервативного лечения входили низкие дозы лекарственных препаратов, не способные оказать выраженный лечебный эффект.

Цель работы: оценка влияния различных доз витаминов В1, В6 и В12 на регресс неврологической симптоматики в основной и контрольной группах пациентов и формирование рабочей гипотезы об оптимальной терапевтической дозе витаминов группы В.

Методы. Исследование выполнено на базе неврологического центра клиники РостГМУ. В исследовании принимали участие 70 человек с заболеваниями периферической нервной системы, находившиеся на лечении и обследовании в Неврологическом центре в период с 15 января по 15 июня 2018 г. Диагностический алгоритм включал общий неврологический осмотр, МРТ спинного (головного) мозга, консультации уролога, гинеколога, терапевта, хирурга и др., параклинические методы обследования для верификации причин заболевания. Статистическая обработка проводилась на основе группировочных таблиц. Результаты обработаны методом параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической (коэффициент взаимной сопряженности Пирсона) статистики.

Результаты: все больные были разделены на две группы: основную и контрольную, близкие по клиническим проявлениям заболевания и возрастному составу. Пациенты контрольной группы получали комплексное консервативное лечение в условиях неврологического центра клиники РостГМУ в течение 10 дней, включающее: НПВС, миорелаксанты, периферические вазодилататоры, витамины В1 (1 мл 2,5% раствора – 0,025 г в/м 1 раз в день тиамин хлорид), В6 (1 мл 5% раствора 1 раз в день – 0,05 г в/м) и В12 (1 мл 0,01% раствора 1 раз в день – 100 мкг в/м). Пациентам основной группы было предложено заменить ежедневное однократное в/м введение витаминов В1, В6, В12 на пероральный прием таблеток Нейромультивит, содержащих 100 мг В1, 200 мг В6 и 200 мкг В12 в 1 таблетке по 1 таблетке 3 раза в день во время еды. Главным условием исследования был абсолютно идентичный подбор остальных лекарственных препаратов, больные также не должны были получать физиотерапевтического лечения, ЛФК, массажа. Анализ клинических показателей у пациентов 1-й и 2-й группы до начала лечения не выявил достоверной значимости ( $p > 0,05$ ). Они характеризовались нарушениями осанки и биомеханики двигательного акта у всех пациентов, наличием выраженного болевого синдрома по шкале ВАШ, психоэмоциональными расстройствами. Характерно, что на 3 день осмотра 11 пациентов (31,43% случаев) основной группы отмечали снижение ощущения напряженности и скованности в мышцах, умеренное уменьшение боли, увеличение двигательной активности. В контрольной группе подобные изменения наблюдались лишь у 3 пациентов (8,57% случаев). На 7 сутки от момента поступления 27 пациентов основной группы отмечали выраженное уменьшение болевого синдрома, они активно

передвигались по отделению, оценивая улучшение качества жизни на 90%. В контрольной группе только 4 пациента считали свое состояние удовлетворительным, но субъективно не были готовы приступить к работе. На 10-е сутки 28 пациентов основной группы отмечали полное исчезновение болевого синдрома и хорошее общее самочувствие с полной готовностью приступить к работе. В контрольной группе только 10 пациентов на момент выписки считали себя здоровыми, остальные 25 пациентов отмечали наличие в той или иной степени болевого синдрома.

Заключение: учитывая, что витамины группы В обеспечивают нейроны энергией, улучшая метаболизм нервной ткани, участвуют в синтезе нейромедиаторов, улучшая проведение нервного импульса, они должны являться обязательным компонентом комплексной терапии заболеваний нервной системы, однако применяться они должны, как показало исследование, в дозах, значительно превышающих общепринятые среднетерапевтические (наличие выраженного терапевтического эффекта при назначении высоких доз витаминов ( $p > 0,05$ ) и минимальный эффект от терапии стандартными дозами витаминов). А оптимальной терапевтической дозой – дозой, оказывающей выраженный терапевтический эффект при лечении заболеваний периферической нервной системы – можно считать дозы витаминов В1, В6, В12, содержащиеся в лекарственном препарате Нейромультивит.

## **Особенности показателей суточного мониторинга артериального давления у пациентов пожилого и старческого возраста**

*Овечкина Ю.В., Митрохин В.Е.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Цель и задачи исследования: провести сравнительный анализ показателей суточного мониторинга АД (СМАД) у пациентов с гипертонической болезнью различных возрастных групп и выявление особенностей у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 122 пациента с артериальной гипертензией различной степени выраженности, в возрасте от 30 до 86 лет, 76 мужчин и 46 женщин. Все наблюдения согласно классификации ВОЗ разделены на 4 группы: 1-ая группа – пациенты молодого возраста (25-44 года), 2-ая группа – среднего возраста (45-59 лет), 3-я группа – пожилого возраста (60-74 года) и 4-ая – пациенты старческого возраста (75-89 лет).

Результаты. Показатели среднесуточного САД были выше у пациентов пожилого и старческого возраста ( $134,2 \pm 14,29$  мм рт.ст. и  $135,1 \pm 12$  мм рт.ст. соответственно) по сравнению с 1-ой ( $129,5 \pm 9,6$  мм рт.ст.) и 2-ой ( $126,6 \pm 11,03$  мм рт.ст.) группами. Среднесуточные значения диастолического АД были выше в наблюдениях 1-ой и 2-ой групп: 1-ая –  $82,4 \pm 6,12$  мм рт.ст., 2-ая группа –  $81,8 \pm 8,6$  мм рт.ст., 3-я –  $79,1 \pm 10,02$  мм рт.ст. и 4 группа –  $74,2 \pm 6,02$  мм рт.ст. Для лиц старческого возраста была характерна изолированная систолическая гипертензия – 52,5%, во 2-ой и 3-ей группах она встречалась значительно реже (10% и 20% случаев соответственно), а у пациентов молодого возраста не отмечена ни в одном из случаев. У пациентов среднего и пожилого возраста преобладала систоло-диастолическая гипертензия (60% наблюдений), тогда как в 1-й и 4-й группах она отмечена всего в 34% и 35% случаев. Изолированная диастолическая гипертензия с высокой частотой выявлялась у лиц молодого и среднего возраста – 56% и 40%

случаев, для пациентов пожилого и старческого возраста она была не характерна и отмечена всего в 20% наблюдений пожилого и 12,5% старческого возраста. У 80% лиц пожилого и старческого возраста имелись разнообразные нарушения суточного ритма АД. Оценивая процентное соотношение больных по результатам суточного индекса, следует выделить преобладающее количество в 3-ей группе категории "Non-dipper" – 63,3%, а в 4-ой группе – "Night-peaker". Недостаточное снижение АД ночью отмечалось и у пациентов молодого и среднего возраста, но значительно реже в сравнении с 3-ей группой, всего у 25 – 30% наблюдений. Устойчивое повышение ночного АД для больных 1-й и 2-й групп было не характерно. Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости в 1-й и 2-й группах, по сравнению с 3-й и 4-й, суточного профиля с нормальным снижением АД в ночные часы и избыточным ночным снижением АД. Во всех группах с высокой частотой регистрировалась ночная гипертензия. Необходимо отметить, что систолическая гипертензия в ночное время чаще отмечалась у пациентов пожилого и старческого возраста – 86,5% и 97%, и несколько реже в 1-ой группе – 70% и у больных среднего возраста – 53% наблюдений. Наименее редко ночная диастолическая гипертензия была выявлена в 4-ой группе – 67,5%, в остальных группах она отмечалась более чем в 90% случаев. Существенных различий в таких показателях, как величина и скорость утреннего подъема САД и ДАД, по нашим данным, получено не было. Повышение среднего пульсового давления было характерно для 3-й и 4-й групп (56% и 87% соответственно), наблюдения 1-ой и 2-ой групп характеризовались преобладанием нормальных значений среднего пульсового давления (75% и 78%). У 40% пациентов старческого и 16,6% пожилого возраста были зарегистрированы эпизоды гипотонии, что повышает риск когнитивных нарушений и старческой астении, тогда как в 1-й и 2-й группах эпизоды гипотонии отмечались всего по 1 наблюдению. Выводы. Таким образом, для показателей СМАД у пациентов пожилого и старческого возраста характерны более высокие среднесуточные значения систолического АД, высокая распространенность изолированной систолической гипертензии, особенно у лиц старческого возраста. Высокая частота ночной гипертензии в сочетании с нарушением циркадного ритма АД по типу "Non-dipper" и "Night-peaker", в совокупности с другими часто встречающимися факторами риска такими как: повышенные пульсовое давление, а также величина и скорость утреннего подъема САД и ДАД, наличие эпизодов гипотонии значительно увеличивают угрозу развития сердечно-сосудистых осложнений.

## **Анализ влияния фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов на показатели артериальной ригидности у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска**

*Павленко В.И., Янина И.В.*

*Амурская государственная медицинская академия, Городская клиническая больница, Благовещенск*

Согласно современным представлениям, весьма важным является не только влияние антигипертензивных препаратов на артериальное давление, но и на жесткость артерий, которая является интегральным фактором, определяющим сердечно-сосудистые риски.

Цель. Оценить динамику основных показателей, характеризующих региональную ригидность сосудистой стенки, у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого риска на фоне

краткосрочной фиксированной комбинации амлодипином с вальсартаном (препарат Эксфорж).

Материалы и методы. Обследовано 14 больных (9 мужчин и 5 женщин) с АГ 2-3 степени, относящихся к категории высокого риска, в возрасте от 45 до 65 лет, из них, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ АО БГКБ и продолживших лечение на амбулаторном этапе. Длительность АГ составила  $6,5 \pm 2,8$  года. В исследование были включены пациенты, не достигающие адекватного контроля АГ с помощью терапии любой комбинации, отличной от амлодипина+валсартана. Все пациенты в течение 12 недель получали препарат Эксфорж в суточной дозе 10/160 мг. От всех больных получено информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Клиническую эффективность фармакотерапии оценивали по динамике основных показателей артериальной ригидности (АР): скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV-аорта), плече-лодыжечной артерии справа и слева (R/L-PWV), сердечно-лодыжечный индекс сосудистой жесткости справа и слева (R/L-CAVI) и офисного артериального давления. Показатели АР оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония) исходно, при выписке из стационара (10-15 день) и через 12 недель терапии. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 6.1 (Statsoft). Критический уровень значимости принимали равным 0,05.

Результаты: исходно показатели ригидности артерий по данным объемной сфигмографии составили: PWV-аорта –  $8,26 \pm 1,25$  м/с, R-PWV –  $11,28 \pm 2,2$  м/с, L-PWV –  $11,06 \pm 1,9$  м/с, R/CAVI –  $8,8 \pm 1,36$  ед., L-CAVI –  $8,6 \pm 1,14$  ед. На фоне 12-недельной фармакотерапии выявлена тенденция к снижению основных показателей АР: значение PWV-аорта снизилось на 6,6% ( $p > 0,05$ ), R-PWV на 4,2% ( $p > 0,05$ ), L-CAVI на 4,8% ( $p > 0,05$ ), индексы R/CAVI и L-CAVI уменьшились на 3,5% ( $p > 0,05$ ), и 3,3% ( $p > 0,05$ ), соответственно Целевой уровень офисного АД достигнут в 68,6% случаев.

Заключение. Краткосрочная 12-недельная комбинированная терапия больных АГ 2-3 степени высокого риска препаратом Эксфорж оказывала положительное воздействие на состояние сосудистой стенки крупных артерий, что определяет целесообразность его использования у данной категории больных с целью влияния на процессы сосудистого ремоделирования.

## **Пневмонии – как «маски» респираторных проявлений системного васкулита, связанного с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами**

*Пальмова Л.Ю.*

*Казанский государственный медицинский университет, Казань*

Цель и задачи: акцентировать внимание клиницистов общей терапевтической практики на легочных проявлениях системного васкулита, связанного с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА-СВ).

Основными задачами явились: изучить генез выявленных легочных изменений, провести дифференциальную диагностику, назначить адекватную терапию.

Материал и методы: проведена оценка клинического случая АНЦА-СВ, протекающего под маской повторной двухсторонней пневмонии у женщины в постменопаузальном периоде. Были проанализированы данные опроса, физикального исследования, результаты лабораторно-

инструментальных методов. Использовались данные историй болезни стационарного больного, результаты рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) органов грудной клетки, заключения специалистов. Результаты. При обращении пациентка предъявляла жалобы на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, частый кашель с трудноотделяемой мокротой, подъем температуры до  $38,8^\circ\text{C}$ , ознобы. Впервые заболела 2 месяца назад после контакта с дочерью, переносившей острую респираторную вирусную инфекцию. Отмечала непродуктивный кашель и умеренную лихорадку. Лечилась амбулаторно антибактериальными препаратами. Ввиду неэффективности терапии пациентка была госпитализирована в стационар, где проходила лечение с диагнозом «Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести. Синдром ускоренного СОЭ». К моменту выписки из стационара клинически сохранялись субфебрильная температура и нечастый кашель. По рентгенологическим данным в верхушках обоих легких фиксировались очаговые среднеинтенсивные тени различной формы и размеров с нечеткими контурами. Для уточнения генеза легочных теней амбулаторно было рекомендовано проведение РКТ, по результатам которой в обоих легких были выявлены множественные ретикулярные изменения и участки матового стекла. Через 2 недели при повторном исследовании была зафиксирована выраженная отрицательная динамика: участки очаговой инфильтрации и матового стекла стали более обширными, ретикулярные изменения стали сливаться между собой в зоны консолидации. Резкое ухудшение состояния произошло примерно через месяц после первой госпитализации, когда вновь усилилась инспираторная одышка, усугубились лихорадка и общая слабость, отмечался однократный эпизод кровохарканья. При повторном обращении отмечалось среднетяжелое состояние за счет дыхательной недостаточности,  $t - 38,1^\circ\text{C}$ . Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпировались. Частота дыхательных движений – 22 в мин. При аускультации по всем легочным полям выслушивалось жесткое дыхание, в нижних отделах с 2-х сторон – крепитация. SpO<sub>2</sub> – 93%. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 87 в мин., АД – 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков на ногах нет. Клиническое ухудшение (повторное появление одышки и лихорадки), рентгенологически выявленная организуемая пневмония наряду с признаками поражения почек (гематурия, повышение креатинина), сомнительный эффект от назначенной комбинированной антибактериальной терапии заставили усомниться в диагнозе «Внебольничная пневмония». Следующим диагностическим шагом явилась оценка аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов. Обнаружение IgG к миелопероксидазе наряду с признаками поражения легочной и почечной тканей позволило диагностировать АНЦА-СВ. Системная глюкокортикостероидная терапия (25 мг преднизолона внутрь) привела к значительному клиническому улучшению, а также к четкой положительной динамике в легких по данным компьютерной томографии.

Выводы. Повторные пневмонии – серьезный повод для комплексного анализа клинической ситуации. Необходимо еще раз вернуться к оценке первых симптомов болезни и выявлению провоцирующих факторов. В данном случае привлекало внимание отсутствие факта переохлаждения и полного разрешения инфильтрации в легких по данным предыдущих рентгенограмм, малый временной интервал после первого случая пневмонии, стойкое длительное сохранение высокой скорости оседания эритроцитов. Не менее важным является оценка других органов и систем, выявление коморбидных состояний. В данной ситуации отмечалась полиорганность (патология легких, почек,

иммунные отклонения), связанная единым патофизиологическим механизмом. Описываемое клиническое наблюдение является примером того, как повторные пневмонии могут маскировать начальные респираторные проявления АНЦА-СВ.

## Особенности атерогенеза у шахтеров с пылевой патологией органов дыхания

Панев Н.И., Филимонов С.Н., Коротенко О.Ю., Панев Р.Н., Евсеева Н.А., Панева Н.Я.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, Новокузнецк

Цель и задачи исследования. Целью исследования явилось изучение особенностей патогенеза атеросклероза у шахтеров с пылевой патологией органов дыхания (ППОД). Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи: изучить распространенность атеросклероза и оценить показатели отдельных звеньев атерогенеза у шахтеров с ППОД и контрольной группы.

Материалы и методы. Обследованы 687 работников угольных шахт в возрасте от 40 до 54 лет с пылевой патологией органов дыхания: 535 больных хроническим пылевым бронхитом и 152 – антракосиликозом. Контрольную группу составили 187 практически здоровых шахтеров. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы в пылевых условиях. Для диагностики наличия и стадии атеросклероза проводилось ультразвуковое исследование экстракраниальных и периферических артерий. Для выявления ишемической болезни сердца (ИБС) использовали опросник Роуза, электрокардиографию в покое (ЭКГ), велоэргометрию, холтеровское мониторирование ЭКГ. Исследован липидный обмен, показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, системы гемостаза, клеточного и гуморального звеньев иммунитета, уровень цитокинов, белков острой фазы воспаления и гомоцистеина, маркеры эндотелиальной дисфункции.

Результаты исследования. Выявлено, что у шахтеров с ППОД раньше возникает и чаще, чем в контроле встречается атеросклероз экстракраниальных, периферических, коронарных артерий и мультифокальный атеросклероз с поражением 2-х и 3-сосудистых бассейнов. Формирование дыхательной недостаточности у шахтеров с ППОД приводит к увеличению частоты атеросклероза указанной локализации. Оценка отдельных звеньев патогенеза атеросклероза показала, что у больных ППОД в сочетании с атеросклерозом имеются выраженные нарушения липидного обмена (повышение уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) и модифицированного ХСЛПНП, снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности), а также выше, чем в контроле, значения фактора некроза опухоли- $\alpha$ , интерлейкинов 2 и 6, гаптоглобина и С-реактивного белка, уровень общей окислительной способности, эндогенной пероксидазной активности, церулоплазмينا и ниже – уровень общей антиоксидантной способности. При ППОД в сочетании с атеросклерозом выявлена также гипергомоцистеинемия и различные формы эндотелиальной дисфункции: вазомоторная (снижение синтеза оксида азота, повышение – эндотелина-1), гемостатическая (повышение уровня фактора Виллебранда), адгезивная (повышение уровня эндотелиальных молекул адгезии (sVCAM-1). Изучение показателей системы гемостаза показало, что при ППОД в сочетании с атеросклерозом выше уровень фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов,

что свидетельствует о наличии гиперкоагуляции. Формирование дыхательной недостаточности у шахтеров с ППОД усиливает нарушения липидного обмена и гемостаза.

Выводы. У шахтеров с пылевой патологией органов дыхания развивается оксидативный стресс, хроническое системное воспаление, нарушения липидного обмена, гипергомоцистеинемия и различные формы эндотелиальной дисфункции (вазомоторная, гемостатическая, адгезивная), играющие важную роль в атерогенезе. Выявленные нарушения в системе гемостаза могут способствовать прогрессированию атеросклероза и развитию клинически выраженных форм заболевания. Формирование дыхательной недостаточности у шахтеров с ППОД усиливает процессы атерогенеза, что приводит к более раннему развитию и большей частоте атеросклероза с поражением экстракраниальных и периферических артерий, коронарной болезни сердца, а также мультифокального атеросклероза с поражением 2-х и 3-сосудистых бассейнов.

## Оценка эффективности метаболической терапии в лечении диабетической полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Пашкова И.Н., Гацких И.В.

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

Цель: изучить эффективность метаболической терапии в лечении полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Задачи: 1. Изучить структуру полинейропатии у пациентов с СД 2 типа. 2. Оценить эффективность различных схем метаболической терапии в лечении полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Материалы исследования. В исследование были включены 110 пациентов с СД 2 типа. Исключались пациенты с тяжелой сопутствующей соматической патологией, неврологическими и/или психическими заболеваниями, препятствующими обследованию (кроме патогенетически связанных с СД 2 типа, артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Скрининг нейропатических нарушений проводился с помощью количественных шкал оценки нейропатических симптомов: TSS (шкала общих симптомов), NSS (балл нейропатических симптомов) и NDS (Шкала нейропатического дисфункционального счета). Также проводилось исследование суммарной биоэлектрической активности малоберцового нерва (ЭНМГ).

Полученные результаты. Для изучения эффективности и безопасности препаратов метаболического типа действия пациенты были разделены на 4 параллельных группы. 1 группа (Контрольная группа) (n=20), пациенты, получающие только базисную сахароснижающую терапию. 2 группа (Кокарнит) (n=31), пациенты, которые кроме базисной сахароснижающей терапии получали комбинированный метаболический препарат Кокарнит 3 группа (n=30), пациенты, которые получали препарат Цитофлавин 4 группа (n=29), пациенты, получающее препарат Тиоктацид. Большинство пациентов составили женщины 76 (69,1±7,9%), мужчин соответственно 34 (30,9±8,7%). Средний возраст пациентов 61 [57;66] лет. Длительность заболевания 9 [5;14,5] лет. Уровень HbA1c составил 7,9 [6,8;8,9]%. Всем пациентам с целью оценки эффективности метаболической терапии за 24-48 часов до начала и после 36-70 суток терапии было проведено общеклиническое и нейрофизиологическое

исследование. При оценке суммы баллов по шкалам TSS и NSS, у пациентов, получавших метаболическую терапию и у пациентов группы контроля, отмечалось статистически значимое улучшение ( $p < 0,001$ ). Достоверность отличий до и после терапии значительно выше в группах, получающих Кокарнит, Цитофлавин и Тиоктовую кислоту, чем в группе контроля  $p = 0,001$ . В группе «Контроль» на фоне сахароснижающей терапии за период наблюдения достоверное улучшение наблюдались по следующим показателям: вибрационной чувствительности ( $p = 0,007$ ), температурная чувствительность ( $p = 0,004$ ), болевая чувствительность ( $p = 0,048$ ), достоверная положительная динамика выявлена и по улучшению ахиллового рефлекса ( $p = 0,048$ ); в группе «Кокарнит» улучшилась вибрационная чувствительность ( $p = 0,017$ ), температурная чувствительность ( $p = 0,001$ ), болевая чувствительность ( $p = 0,002$ ), а также тактильная чувствительность ( $p = 0,011$ ) достоверно улучшился ахиллов рефлекс ( $p = 0,047$ ). В группе «Цитофлавин» улучшения достоверны по показателям температурной чувствительности ( $p = 0,005$ ), болевой чувствительности ( $p = 0,006$ ) и коленного рефлекс ( $p = 0,011$ ). В группе «Тиоктовая кислота» по NDS хорошая достоверность ( $p < 0,0001$ ) получена по вибрационной чувствительности, температурной чувствительности ( $p = 0,005$ ), и динамики коленного рефлекса ( $p = 0,001$ ). Наилучшие показатели по изменению электронейрофизиологических параметров мы наблюдали в группе «Кокарнит»: увеличение дистальной ( $p = 0,033$ ) и проксимальной ( $p = 0,034$ ) амплитуды сокращения нервных волокон, а также улучшение дистальной ( $p = 0,05$ ) и проксимальной ( $p = 0,05$ ) скорости проведения возбуждения по нерву. В группе «Тиоктовая кислота» получены достоверные изменения по следующим параметрам: улучшение дистальной ( $p = 0,05$ ), и проксимальной ( $p = 0,02$ ) скорости проведения возбуждения по нерву. В группе «Цитофлавин» и группе «Контроль» достоверные улучшения электронейрофизиологических параметров не зафиксированы. Выводы. В ходе проведенной нами работы было выявлено, что наиболее эффективным препаратом для метаболической терапии диабетической полинейропатии, на фоне базисной терапии является препарат Кокарнит, что было подтверждено улучшением показателей количественных шкал оценки нейропатических симптомов и данными ЭНМГ.

### **Липиды и артериальное давление: оптимизация возможностей, новые взгляды**

*Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П., Staessen J.A.*

*Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск, University of Leuven, Division of Hypertension and Cardiovascular Rehabilitation, Department of Cardiovascular Sciences, Leuven, Belgium*

Цель. Общепризнано, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются лидирующими причинами смерти повсеместно; атеросклеротическое поражение артериальной стенки – одна из основных причин ССЗ, дислипидемия и повышенное АД – доминирующие факторы риска ССЗ; атеросклероз считается одной из важных медицинских проблем.

Методы. В рамках EROGH ( $n = 300$ ) оценивали липидный спектр, ХС-ЛПНП с использованием паттерна DeLong et al., DF (mg/dL), клинические, домашние, амбулаторные АД, ЧСС, применяли часовой-зависимый метод «узкий» подход.

Результаты. В последние годы во множестве работ была отмечена связь ХС-ЛПНП с повышенным риском коронарной болезни сердца. Серьезным дополнением служит сообщение NCEP-ATP III – уровень ХС-ЛПНП используется в качестве простого показателя для предикции кардиоваскулярных событий. В постоянно набирающем темпы роста технологическом прогрессе ключевая роль отводится изобретению новых методов и подходов для оценки липидного спектра, стоимость их снижается, но продолжает оставаться достаточно высокой по сравнению с использованием математических показателей. Литературные данные свидетельствуют, что точность и ценность формулы Friedewald et al. относительно ХС-ЛПНП продолжает подробно изучаться. Безусловно, многими современниками разработаны аддитивные уравнения для определения ХС-ЛПНП, но только несколько исследований представляют сравнительное отождествление новых формул. Значительный интерес представляют рассуждения мэтров мировой науки, Chung-Huang Tsai et al, которые подробно рассмотрели несколько новых формул для расчетных показателей ХС-ЛПНП на основе Taiwanese выборки, сравнение проводили в зависимости от возраста и гендерного дифференцирования. В своем творческом замысле авторы заметили, что уравнения Tsai et al., TF и CTF (с калибровкой), обладали более высокой точностью; формулы Friedewald et al. и DeLong et al. имели устойчивую тенденцию к занижению концентрации расчетного ХС-ЛПНП, такая особенность сохранялась во всех шести группах, учитывалось влияние возраста и пола; сходные данные были получены в предсказательной оценке уравнений Balal et al. и Teerakanchana et al. – предложения ученых по математическим показателям ХС-ЛПНП оказались в большинстве случаев шокирующими, недостаточно эффективными. Собственные материалы проведенного анализа с применением формул, возможно, позволят получить ответы на ряд поставленных вопросов. Как и Chung-Huang Tsai et al., мы попытались проверить правдоподобие размышлений на счет относительно недавно появившихся восьми новых уравнений, удалось обнаружить сходную по мощности с вычислениями согласно Teerakanchana et al. корреляцию клинического САД ( $r = 0,376$ ), ДАД ( $r = 0,315$ ), ЧСС ( $r = -0,054$ ), домашнего САД ( $r = 0,305$ ), ДАД ( $r = 0,260$ ), ЧСС ( $r = -0,021$ ), 24-ч САД ( $r = 0,293$ ), ДАД ( $r = 0,297$ ), ЧСС ( $r = -0,184$ ,  $p = 0,001$ ), дневного САД ( $r = 0,277$ ), ДАД ( $r = 0,259$ ), ЧСС ( $r = -0,222$ ), ночного САД ( $r = 0,235$ ), ДАД ( $r = 0,251$ ), ЧСС ( $r = -0,110$ ),  $p < 0,001$ , с ХС-ЛПНП, определенным с помощью подхода, предложенного DeLong et al. Уже несколько десятков лет существует такое направление, как использование передовых математических концепций, в свою очередь параметры с предиктивной значимостью являются дополнительным, альтернативным подспорьем в клинической практике. Как известно, формула Friedewald et al. хорошо изучена и часто используется клиницистами, однако подмечены некоторые существенные ограничения для практического применения расчетного ХС-ЛПНП по Friedewald et al. – гипертриглицеридемия ( $> 400$  мг/dL) или III тип гиперлипопротеинемии могут обуславливать неточность калькуляций, представлен факт недооценки уровня ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ или ниже 400 мг/dL. С момента открытия формулы Friedewald et al. последовательно появились несколько доводов, которые одновременно подчеркивали уникальность метода и недостатки; по мере достижений взгляды постепенно менялись, проводились сопоставления с прямыми методами определения ХС-ЛПНП, в своих заключениях авторы высказывали некоторые предостережения; насчитывается уже достаточно большое количество обновленных представлений, принципиально разнородных и отличающихся по значимости, преимущества

которых идентифицируются в исследованиях в разных странах, однако обобщенных постулатов пока не сформировано. Выводы. Несмотря на то, что результаты не столь оптимистичны, удается привести косвенные доказательства необходимости разработки новых методик и расчетов компонентов липидного спектра, сопоставимых по рациональности применения в практической медицине.

## Особенности лечения бронхиальной астмы в гестационном периоде

*Приходько О.Б., Лучникова Т.А., Кострова И.В., Горячева С.А.*

*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск*

В последние годы во всем мире отмечается возрастающий интерес к проблеме диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА) в гестационном периоде, встречающейся, по данным различных источников, у 1-13,8% беременных. Поскольку физиологические, метаболические и нейроэндокринные изменения, связанные с беременностью, затрагивают все системы организма, риск осложнений хронических заболеваний во время беременности особенно высок. Первой линией препаратов во время беременности являются ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид). В качестве экстренной терапии рекомендуется ингаляционный сальбутамол. При БА средней степени тяжести предпочтение следует отдавать низким дозам ингаляционных глюкокортикостероидов и сальметеролу, альтернатива – антагонисты лейкотриеновых рецепторов. При обострении БА или тяжелом течении – системные кортикостероиды.

Целью работы явилось изучение клинических особенностей течения БА у беременных в зависимости от объема получаемой терапии.

Материалы и методы исследования. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у больных БА, при этом легкое течение БА (БАЛТ) отмечено у 62,1%, среднетяжелое (БАСТ) – у 30,6%, тяжелое (БАТТ) – у 8,3%. У 62,4% больных диагностирована аллергическая форма БА, у 10,4% – неаллергическая, у 27,2% – смешанная. Лечение больных проводилось согласно рекомендациям GINA, 2017 г. Для определения уровня контроля заболевания использовали «Тест по контролю БА» (АСТТМ). Оценивая результаты АСТТМ, выявили, что у 62,5% пациенток течение заболевания на протяжении 4 предшествующих недель было неконтролируемым, с преобладающим большинством среди них тяжелой и среднетяжелой БА, что потребовало усиления терапии. В то же время частично или полностью контролируемая БА отмечена у 37,5% больных с легким (1/2) и среднетяжелым (1/3) течением заболевания.

Результаты. Базисную противовоспалительную терапию получали 51,7% беременных (I группа). Из них – 28% – кромогликат натрия; 63,3% – ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазона дипропионат, будесонид); при стероидозависимой БА – 8,7% – системные глюкокортикостероиды – преднизолон. Из бронхолитических препаратов назначались β<sub>2</sub>-агонисты короткого и длительного действия с предпочтительным введением через небулайзер, метилксантины, по показаниям использовались муколитические средства, дыхательная гимнастика. 24,1% больных

(с легким интермиттирующим течением БА) использовали β<sub>2</sub>-агонисты короткого действия по требованию. II группу составили 31% пациенток, которые ограничивались лишь симптоматической терапией, несмотря на персистирующее течение заболевания и наличие симптомов бронхиальной обструкции, вследствие низкой приверженности к лечению (из-за боязни неблагоприятного влияния лекарственных препаратов на плод). В данной группе больных частой причиной развития обострений, то есть, отсутствия контроля заболевания, явился отказ от базисной противовоспалительной терапии астмы в связи с наступлением беременности. В I группе больных с контролируемым течением БА (с полным или частичным контролем) в сравнении со II группой отмечались достоверно лучшие показатели функции внешнего дыхания (p<0,05). При неконтролируемом течении БА наблюдались значительное увеличение вентиляционно-перфузионных отношений в легких, свидетельствующие о развитии дыхательной недостаточности, высокой уровень тревожности, большая частота осложнений беременности: угрозы прерывания (в 2 раза), раннего токсикоза (в 2,9 раза), гестоза (в 2,0 раза), хронической фетоплацентарной недостаточности (в 1,4 раза), хронической внутриутробной гипоксии плода (в 1,3 раза), церебральной ишемии, синдрома задержки внутриутробного развития плода, реализации внутриутробного инфицирования (p<0,05).

Выводы. Конечной целью терапии БА во время беременности является поддержание адекватной оксигенации и предотвращения гипоксии плода. Терапия БА в гестационном периоде должна проводиться в объеме, достаточном для достижения и поддержания полного контроля заболевания.

## Оценка качества оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом в региональном сосудистом центре №2 г. Новосибирска

*Рейдер Т.Н., Редькин Д.А., Митрохин В.Е., Громовой Р.М.*

*Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск*

Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является основной стратегией реперфузии при остром инфаркте миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST. Круглосуточная неотложная помощь пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) оказывается в г. Новосибирске в двух региональных сосудистых центрах (РСЦ). В РСЦ №2 с мая 2013 по август 2018 высокотехнологичная медицинская помощь в виде ЧКВ была оказана 4220 пациентам с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. РСЦ №2 обслуживает 4 района Новосибирска и 28 районов Новосибирской области.

Цель исследования. Оценка качества оказания медицинской помощи пациентам с ОКС и подъемом ST в условиях реальной клинической практики в РСЦ №2 Новосибирска в 2015-2017 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ работы РСЦ №2 за 2017 г., включая количество поступивших пациентов с диагнозом ОКС, число и структуру вмешательств в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДЛ), оценку времени оказания высокотехнологичной помощи, показатели летальности в сравнении с 2015 и 2016 годами. Оценивали соответствие диагностики и лечения в РСЦ актуальным национальным клиническим рекомендациям.



Результаты. В 2017 в РСЦ №2 было пролечено 1061 больной, из которых 615 жители области и 446 – г. Новосибирска. Всего в ОРХМДЛ в составе РСЦ №2 на базе Новосибирской областной клинической больницы в 2017 г выполнено 1349 коронарографий, больше, чем в 2015 и 2016 гг. – 1151 и 1155 соответственно. Также в 2017 отмечен рост ЧКВ со стентированием – 988, в сравнении с 921 и 893, в 2015 и 2016 гг. Время оказания экстренной высокотехнологичной медицинской помощи в РСЦ №2 города Новосибирска пациентам с ОКС: 1 – поступление пациента в приемное отделение (оформление истории болезни – 5-7 минут); 2 – транспортировка пациента в сопровождении персонала в ОРХМДЛ (5 минут); 3 – повторная регистрация ЭКГ, переключивание пациента на операционный стол, сбор анамнеза (10 минут); 4 – подготовка пациента и операционной бригады к операции, начало операции (максимальная продолжительность 5 минут). На всех этапах применялись лекарственные препараты в соответствии с действующими рекомендациями. Число выписанных больных с ОИМ в 2017 г. составило 828, и не отличается достоверно от 2015 и 2016 гг. – 837 и 815. Умерло от ОИМ в 2017 г. 54 больных, из них до суток – 25, летальность в этой группе составила 6,5%, что сопоставимо с летальностью (5,0-12,8%) в других центрах интервенционной кардиологии в РФ. Большинство летальных исходов связано с тяжелым многососудистым поражением коронарного русла, развитием кардиогенного шока.

Выводы. Внедрение ЧКВ, как наиболее эффективного метода реперфузионной терапии позволило улучшить прогноз у пациентов с ОКС. Летальность в РСЦ №2 г. Новосибирска сравнима с летальностью (5,0-12,8%) в других центрах интервенционной кардиологии в России, и не меняется существенно в течение последних 3 лет. Объем оказания помощи в РСЦ №2 Новосибирска соответствует современным российским клиническим рекомендациям.

### **Влияние различных форм дисфункции щитовидной железы на вариабельность сердечного ритма у пациентов с артериальной гипертензией**

*Савчук Н.О., Гагарина А.А., Савчук Е.А., Ушаков А.В.*

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

Гормоны щитовидной железы (ЩЖ) играют важнейшую роль в поддержании гомеостаза. Изменяя чувствительность тканей к катехоламинам, они играют роль регулятора равновесия звеньев вегетативной нервной системы (НС). Как недостаток так избыток гормонов ЩЖ негативно сказывается на функционировании сердечно-сосудистой системы. Принято считать, что гипертиреоз вызывает гиперadrenergическое состояние, сопровождающееся сердцебиением и тремором конечностей, а гипотиреоз, напротив, гипoadrenergию, которая проявляется слабостью, вялостью и брадикардией. Однако механизмы, которые лежат в основе этих процессов, не вполне ясны. Так, согласно большинству литературных данных, эффекты парасимпатки вызваны повышением ее тонуса, тогда как ряд исследователей считает, что в основе вышеописанной симптоматики лежит снижение тонуса симпатической части нервной системы, и, исходя из этого усиление парасимпатки является относительным. Те же противоречия имеются и в результатах исследований, описывающих состояние вегетативной НС у пациентов

с гипертиреозом. Изучено и влияние артериальной гипертензии (АГ) на показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) – вызывая увеличение тонуса симпатической нервной системы, АГ ассоциируется со снижением показателей ВСР. Вместе с тем, изучение этой области является несомненно важным: по данным ряда крупных популяционных исследований снижение ВСР увеличивает риск внезапной смерти. Наиболее простым методом, позволяющем оценить влияние различных звеньев вегетативной НС на сердце является оценка ВСР по данным суточного мониторирования электрокардиограммы.

Цель: изучить влияние различных форм дисфункции ЩЖ на показатели ВСР у пациентов с АГ.

Материалы и методы: Обследован 101 пациент: 40 – с АГ в сочетании с гипотиреозом, 39 – с АГ в сочетании с гипертиреозом, 22 – с АГ без нарушений функции ЩЖ. Контрольную группу составили 20 человек без кардиальной патологии и дисфункции ЩЖ. Всем исследуемым проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы. С целью оценки ВСР использовались следующие показатели: SDNNi – стандартное отклонение NN; pNN50 – количество RR интервалов, различающихся более чем на 50 м/с от соседних; TP – общая мощность спектра; ULF – ультранизкочастотный компонент спектра; VLF – очень низкочастотный компонент спектра; LF – низкочастотный компонент спектра; LFnorm – нормализованное значение LF; HF – высокочастотный компонент спектра; HFnorm – нормализованное значение HF.

Результаты. У пациентов с АГ без нарушения функции ЩЖ регистрировалось снижение SDNNi (46,75±3,83 мс днем и 44,43±4,32 мс ночью), рост LF (1059,38±295,64 мс<sup>2</sup> днем и 1448,67±280,02 мс<sup>2</sup> ночью), снижение HF (401,71±190,31 мс<sup>2</sup> днем и 626,24±153,82 мс<sup>2</sup> ночью) на протяжении суток по сравнению с контролем. В группе пациентов с АГ и гипертиреозом отмечались достоверно более низкие цифры LF (823,05±179,35 мс<sup>2</sup> днем и 70,63±2,2 мс<sup>2</sup> ночью) по сравнению с контролем и группой с АГ. Однако, стоит отметить, что TP в данной группе (3719,24±664,46 мс<sup>2</sup> днем и 5500,82±906,28 мс<sup>2</sup> ночью) хотя в среднем и не выходил за пределы нормы, все же был достоверно ниже по сравнению с группой контроля (3781,78±276,33 мс<sup>2</sup> днем и 4672,67±395,33 мс<sup>2</sup> ночью), а также принять во внимание тот факт, что все пациенты в состоянии тиреотоксикоза принимали терапию бета-адреноблокаторами. Несмотря на это, соотношение LF/HF в среднем превышало норму и составило 3,02±0,27 днем и 2,41±0,21 ночью. Таким образом, несмотря на терапию бета-блокаторами, у пациентов с тиреотоксикозом сохранялась гиперadrenergия на фоне снижения мощности спектра, вызванная, в первую очередь гипертонусом симпатической нервной системы. В группе пациентов с АГ и гипотиреозом регистрировалась наиболее низкие TP (2736,95±273,61) и SDNNi (50,66±2,58 мс). При этом, несмотря на достоверно более высокие показатели активности парасимпатической нервной системы (HF=348,37±102,03 мс<sup>2</sup>; HFnorm=29,13±2,23%), также преобладал тонус симпатической НС (LF/HF=3,05±0,24 днем и 2,39±0,24 ночью). В группе пациентов с гипотиреозом и АГ выявлялись корреляционные взаимосвязи между уровнем ТТГ в крови и LFnorm (r=-0,36; P<0,05), HFnorm (r=0,36; P<0,05), LF/HF (r=-0,36; P<0,05).

Выводы: у всех пациентов с АГ наблюдается изменение показателей ВСР, свидетельствующее в пользу смещения тонуса вегетативной НС в сторону симпатической ее части. Присоединение дисфункции ЩЖ ассоциируется со снижением общей мощности спектра ВСР с сохранением указанного дисбаланса в случае как гипер-, так и гипотиреоза.

## Состояние диастолической функции левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с различными вариантами нарушения функции щитовидной железы

Савчук Н.О., Кожанова Т.А., Савчук О.М., Ушаков А.В.

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

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска развития сердечной недостаточности (СН) и острых сердечно-сосудистых событий. В свою очередь дисфункция щитовидной железы (ЩЖ) прочно занимает второе место по распространенности среди эндокринной патологии, уступая лишь сахарному диабету. Одним из осложнений этих заболеваний является СН. В современной диагностике и терапии сердечно-сосудистых заболеваний важнейшим фактором является выявление поражения органов мишеней до возникновения клинически манифестных симптомов. Известно, что развитию систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) в большинстве случаев предшествует дисфункция диастолическая: чтобы облегчить изгнание крови из камер сердца происходит изменение морфологических свойств кардиомиоцитов – за счет фиброза, возрастает упругость, синтезируются новые миофибриллы в кардиомиоцитах, вызывая впоследствии гипертрофию миокарда. Более того, согласно некоторым сообщениям, тяжесть СН и ее прогноз, в большей степени зависят от нарушения наполнения камер сердца, чем от фракции выброса. Так или иначе, для оценки выраженности этих изменений в клинической практике традиционно используется измерение показателей трансмитрального кровотока методом эхокардиографии.

Цель работы: оценить параметры, выявить особенности нарушений диастолической функции ЛЖ у пациентов с АГ в сочетании с различными вариантами дисфункции ЩЖ.

Материалы и методы. В исследование включен 101 пациент в возрасте от 39 до 58 лет, страдающих АГ 1 и 2 степени, 1 и 2 стадии, из которых: 39 пациентов с АГ в сочетании с тиреотоксикозом (6 мужчин и 33 женщины, средний возраст  $50,15 \pm 1,11$  лет); 40 - с АГ в сочетании с гипотиреозом (8 мужчин и 32 женщины, средний возраст  $52,63 \pm 0,58$  лет); 22 пациента с АГ без нарушений функции ЩЖ (5 мужчин и 17 женщин, средний возраст  $49,4 \pm 1,42$  лет). Контрольную группу составили 20 человек без сердечно-сосудистой и тиреоидной патологии (9 мужчин и 11 женщин, средний возраст  $51,20 \pm 0,87$  лет). Всем исследуемым после получения информированного согласия проводилось стандартное общеклиническое обследование. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали с помощью доплерэхокардиографии. Оценивались: время изоволюмического расслабления (IVRT), максимальная скорость раннего диастолического потока (Е), скорость потока, обусловленного систолой предсердий (А) и их соотношению (Е/А). Для статистической обработки данных использовались непараметрические методы статистики с использованием программного обеспечения Statistica v6. Для оценки взаимосвязей между показателями применялся метод корреляции Спирмена.

Результаты. У пациентов в группе с АГ в состоянии гипертиреоза показатели трансмитрального кровотока имели следующие средние значения:  $E/A=1,23 \pm 0,08$  см/с,  $E=0,78 \pm 0,04$  см/с,  $A=0,57 \pm 0,01$  см/с,  $IVRT=90,32 \pm 3,00$  см/с. В группе с АГ и гипотиреозом –  $E/A=0,95 \pm 0,07$  см/с,  $E=0,54 \pm 0,03$  см/с,  $A=0,57 \pm 0,02$  см/с,  $IVRT=109,82 \pm 2,19$  см/с. У

пациентов с АГ без дисфункции ЩЖ они составили  $E/A=1,30 \pm 0,05$  см/с,  $E=0,67 \pm 0,03$  см/с,  $A=0,52 \pm 0,02$  см/с,  $IVRT=94,94 \pm 1,54$  см/с. В группе контроля –  $E/A=1,51 \pm 0,02$  см/с,  $E=0,86 \pm 0,02$  см/с,  $A=0,57 \pm 0,02$  см/с,  $IVRT=72,35 \pm 0,41$  см/с. У всех пациентов с АГ вне зависимости от состояния функции ЩЖ были выявлены признаки диастолической дисфункции: рост IVRT, уменьшение соотношения Е/А, за счет уменьшения пика Е. Такие изменения не вызывают удивления, они довольно характерны для пациентов с АГ. Однако при сравнении групп между собой, было установлено, что несмотря на отсутствие достоверных различий в длительности и тяжести АГ группы достоверно различаются между собой практически по всем показателям трансмитрального кровотока, что свидетельствует в пользу негативного влияния патологии ЩЖ на диастолическую функцию ЛЖ. И если у пациентов с гипертиреозом несмотря на достоверные ( $P < 0,05$ ) различия и от группы контроля и от группы с изолированной АГ, вышеуказанные показатели в среднем не выходили за пределы нормы, то у пациентов с АГ в состоянии гипотиреоза регистрировались наиболее выраженные изменения: пик Е был ниже нормы, а IVRT превышала ее. Это подтверждается как достоверностью различий с остальными группами (включая группу с тиреотоксикозом), так и выявленными связями: уровень ТТГ коррелировал с Е ( $r=-0,39$ ;  $P < 0,05$ ) и с IVRT ( $r=0,52$ ;  $P < 0,05$ ), а уровень свободного тироксина – с Е/А ( $r=0,47$ ;  $P < 0,05$ ).

Заключение: в настоящем исследовании было установлено, что присоединение дисфункции ЩЖ (как гипо-, так и гипертиреоза) у пациентов с АГ ухудшает показатели диастолической функции ЛЖ.

## Прогнозирование терапии ревматоидного артрита: возможности молекул адгезии

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

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь

Адгезины играют важную роль в формировании и прогрессировании ревматоидного артрита. Целью исследования явилась оценка взаимосвязи содержания адгезинов в крови с результатами лечения ревматоидного артрита.

Материал и методы. Обследовано 28 больных ревматоидным артритом (23 женщин, 5 мужчин) в возрасте от 22 до 65 лет, которым была назначена терапия лефлуномидом. Пациентам была проведена модификация базисной терапии (метотрексат) в связи с неэффективностью лечения. Через 3 месяца комбинированного лечения происходило статистически значимое снижение значений DAS28, числа болезненных и припухших суставов, показателей общей оценки состояния здоровья пациентом, СОЭ, С-реактивного белка. Положительный ответ на терапию (согласно критериям EULAR) наблюдался у 67,9 % больных, в 32,1 % случаев она была неэффективной. Ремиссия или низкая активность ревматоидного артрита достигнута у 10,7 % пациентов. Группу контроля составили 70 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию в крови молекул межклеточной адгезии-1 (ICAM-1), адгезии сосудистого эндотелия-1 (VCAM-1), адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 (PECAM-1), E-, P- и L-селектинов определяли методом иммуноферментного анализа до и через 12 недель терапии. Для количественной оценки связи качественных признаков проводили расчет отношения шансов (ОШ) и его 95% доверительного интервала (ДИ). Диагностическую ценность признаков определяли их чувствительностью (Se),

специфичностью (Sp), положительной (PPV) и отрицательной предсказательной ценностью (NPV), точностью (Ac), которые выражали в процентах. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ . Результаты. У больных ревматоидным артритом отмечались увеличение содержания в крови всех молекул суперсемейства иммуноглобулинов, Р-селектина и нормальные показатели Е- и L-селектинов. В динамике 12 недель комбинированной терапии регистрировалась нормализация исходно увеличенных плазменных уровней ICAM-1 и Р-селектина, тогда как повышенная концентрация VCAM-1 и PECAM-1 после лечения достоверно не изменялась. В случаях эффекта от лечения наблюдались нормализация показателей ICAM-1 и Р-селектина и отсутствие динамики остальных показателей. Отсутствие положительной динамики от проводимой терапии характеризовалось инертностью значений адгезинов, при этом содержание Р-селектина в крови становилось выше, чем в другой группе пациентов. Благоприятный ответ на терапию был сопряжен со сравнительно более высокими исходными величинами ICAM-1. Содержание ICAM-1 более 1162 нг/мл (ОШ 65,4; 95% ДИ (3,2-1356,3)) было связано с повышенным шансом ответа на лечение лефлуномидом и метотрексатом. Вышеуказанные значения ICAM-1 (Se – 78,9, Sp – 100, PPV – 100, NPV – 69,2, Ac – 85,7) характеризовались высокой точностью в разграничении результатов терапии. Заключение. В динамике 12 недель терапии ревматоидного артрита лефлуномидом наблюдается снижение увеличенного содержания ICAM-1 и Р-селектина в крови, особенно в случаях эффективного лечения. Исходные плазменные уровни ICAM-1 могут использоваться в качестве предикторов результатов лечения лефлуномидом у больных ревматоидным артритом.

### **Взаимосвязи гипертонической болезни с когнитивными нарушениями у лиц пожилого и старческого возраста**

*Сахаутдинова Г.М., Юмакаева А.И., Балгазина Р.Ю., Габбасова Л.В.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Цель работы: определить распространенность когнитивных нарушений (КН) и влияние факторов риска на течение ГБ и ГБ в сочетании с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) у больных пожилого и старческого возраста, проживающих на терапевтическом городском участке.

Материалы и методы исследования: 1 группа – 46 больных с диагнозом ГБ III ст., 2-3 ст., риск 4 в сочетании с ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга, 2 группа – 32 больных с диагнозом ГБ II ст., 1-2 ст., риск 3. В исследование не были включены больные с сахарным диабетом, деменцией. Все были пожилого (от 60 до 74 лет) и старческого возраста (от 75 до 89 лет согласно классификации возраста ВОЗ (1963г.). Использовались Монреальская шкала когнитивных нарушений (The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) и опросник самооценки памяти. Статистический анализ включал в себя применение пакета статистических программ Excel for Windows XP с вычислением средних арифметических величин (M) и ошибки средней величины (m) при нормальном распределении данных, медианы (M) и ее ошибки – при ненормальном распределении, оценки достоверности различий показателей по критерию Стьюдента-Фишера (t) и Манна-Уитни соответственно. Оценку степени взаимосвязи между признаками оценивали методами корреляционного анализа.

Применялся показатель относительного риска – весовой коэффициент (R). Если фактор не оказывает влияния, то весовой коэффициент равен единице. Чем больше весовой коэффициент, тем больше значимость фактора для возникновения риска заболевания.

Результаты и обсуждение: мужчин 16 (20,5%), женщин – 62 (79,5%) в возрасте  $66,9 \pm 4,2$  лет. Пенсионеры – 63 (80,8%), работающие – 15 (19,2%). По семейному статусу: одинокие – 60 (76,9%), живут семьями – 18 (23,1%). MoCA применяют для комплексной оценки когнитивных функций. КН выявлены у 80,43% (n=37) больных с ГБ в сочетании с ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга, и у 43,75% больных ГБ пожилого и старческого возраста. Среди пациентов с КН преобладали пациенты с избыточной массой тела – 62,8% (n=49). Установлена корреляционная связь между наличием КН, выявленных при проведении MoCA, и субъективной оценкой больного по опроснику самооценки памяти ( $r=0,5$ ;  $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ выявил зависимость между уровнем холестерина и наличием КН ( $r=0,5$ ;  $p < 0,05$ ). Факторы риска развития когнитивных нарушений у больных в порядке уменьшения их влияния распределились следующим образом: стеноз общей сонной артерии (ОСА), толщина комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА, уровень холестерина, креатинина, ПТИ, частота пульса, уровень САД, толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), уровень глюкозы, ДАД, ИМТ и время свертываемости крови оказывают наименьшее влияние на течение ГБ в сочетании с ЦВЗ, а именно атеросклерозом сосудов головного мозга. Получены достоверные отличия по увеличению КИМ ОСА между показателями пациентов 1 и 2 групп ( $p < 0,05$ ). У 3 больных из 1 группы при ультразвуковом дуплексном сканировании (УЗДС) выявлялись атеросклеротические бляшки, суживающие просвет сосуда до 70% их диаметра, у 5 больных – до 50%, у 27 больных – до 30%. Во 2 группе у 3 больных выявлялись атеросклеротические бляшки, суживающие просвет сосуда до 30% их диаметра.

Выводы: 1. Когнитивные нарушения выявлены у 80,43% (n=37) больных с диагнозом ГБ в сочетании с ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга, и у 43,75% больных с диагнозом ГБ пожилого и старческого возраста. 2. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых фактор риска развития когнитивных нарушений. 3. Прогностически значимыми факторами риска развития когнитивных нарушений у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями являются стеноз ОСА, толщина КИМ ОСА, уровень холестерина, креатинина, ПТИ, частота пульса, уровень САД, ТЗСЛЖ. Своевременная коррекция данных факторов риска может положительно повлиять на когнитивные функции человека в старости.

### **Тромбоз легочной артерии: ревматологические аспекты проблемы**

*Сентякова Т.Н., Демин А.А., Углова Д.А., Гричанова Е.С.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2, Новосибирск*

Цель. Описание редкого случая тромбоза легочной артерии (ТЛА), причиной которого явилась системная красная волчанка (СКВ) с проявлениями антифосфолипидного (АФС) и нефротического синдромов (НС), нераспознанных на догоспитальном этапе.

Материал и методы. В работе представлены стандартные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования,

используемые для диагностики поражения легких, сердца, почек, для оценки воспалительной активности, гемостаза, иммунного статуса. Результаты. В пульмонологическое отделение клиники 29.12.2016 поступила больная Р., 36 лет с диагнозом пневмония, с жалобами на боль в груди, одышку, кровохарканье. За месяц до госпитализации отметила отечность голеней, за две недели – боль в правой половине грудной клетки, одышку, мокроту с прожилками крови, за 2-3 дня – температуру 39° С. Объективно: состояние тяжелое, одышка, температура 38° С, АД 110/70 мм рт.ст., тахикардия, тоны сердца ритмичные, приглушены на верхушке, перкуторно укорочение легочного звука справа в нижних отделах, хрипы не прослушивались, печень по краю реберной дуги. В общем анализе крови лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, в общем анализе мочи протеинурия 1 г/л. ЭКГ: синусовый ритм, умеренные изменения миокарда. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: объем правого легкого уменьшен за счет выпота в плевральной полости; в проекции средней и нижней долей инфильтративные изменения. Эхокардиограмма без патологических изменений. Несмотря на антибактериальную терапию, отмечено торпидное течение инфильтративных изменений в легких. 12.01.17 проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) грудной клетки с контрастированием сосудов, выявлена картина субмассивного тромбоза нижнедолевой легочной артерии, сегментарных артерий нижней доли справа, инфаркт пневмония S9, правосторонний гидроторакс. При УЗИ периферических сосудов, МСКТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием источника эмболии не выявлено. К лечению добавлен нефракционированный гепарин, дезагреганты. При динамическом исследовании отмечено нарастание протеинурии до 8 г/сут. В круг дифференциального диагноза включены первичный и вторичный АФС (ВАФС), первичные и вторичные нефропатии. Из анамнеза: в детстве подозревали ревматизм, но с учёта была снята, так как не отмечено вовлечение сердца, но в последующем больная отмечала артралгии. В летнее время случались солнечные ожоги. В 2012 г. перенесла тромбоз правого плеча, в сентябре 2015 г. – ишемический инсульт с транзиторным парезом правой руки. В течение двух лет АД 160/90 мм рт. ст. Было 5 беременностей, 3 родов, 2 выкидыша на ранних сроках беременности. По данным иммунологического исследования обнаружены антинуклеарный фактор (АНФ) и антифосфолипидные антитела (АФА). Фотодерматоз, артралгии в анамнезе, отягощенный акушерский анамнез, перенесенный ранее ишемический инсульт, вовлечение почек с нефротическим синдромом, развитие ТЛА и инфаркт пневмонии позволили диагностировать СКВ, ВАФС. К лечению добавлены преднизолон, 30 мг/сут и плаквенил, 200 мг/сут. Через месяц отменен гепарин, назначен варфарин. Под влиянием лечения состояние больной удалось стабилизировать. Для уточнения характера поражения почек 07.04.2017 проведена нефробиопсия, выявлен мембранозный волчаночный нефрит (ВН) в сочетании с АФС-нефропатией. Больной была усилена иммуносупрессивная терапия, включающая применение последовательно трех сеансов плазмафереза, трех внутривенных пульса циклофосамида, 400 мг/м<sup>2</sup>, трех внутривенных пульса метилпреднизолона, 500 мг и далее азатиоприна, 100 мг/сут, и метилпреднизолона, 40 мг/сут, внутрь. В январе 2018 г. отмечен регресс нефротического синдрома, стабилизация функциональной способности почек. На контрольной МСКТ отмечена положительная динамика нивелирования гидроторакса, а также уменьшение субплеврального паренхиматозного уплотнения в S9 правого легкого с исходом в фиброз.

Заключение. При нетипичном течении пневмонии в клинической практике у лиц молодого возраста целесообразно более раннее

проведение МСКТ с контрастированием сосудов для исключения тромбоза легочных артерий, в генезе которого могут иметь значение АФС и вовлечение в процесс почек. Тщательно собранный анамнез, выявление АФА и антиядерных антител играют большое значение для верификации диагноза тромбозов и эмболий в рамках СКВ и АФС.

### **Вклад ангиогенной и гемостатической форм эндотелиальной дисфункции в развитие полиорганной недостаточности у больных злокачественными лимфомами**

*Серегина О.Б., Бабаева Т.Н., Мезит Е.В., Шебуняева Я.Ю., Поспелова Т.И.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Введение: в основе как острого, так и хронического системного воспаления лежит единый патогенетический механизм – системная альтерация, вызывающая генерализацию базовых механизмов программы воспалительного процесса. При системном воспалении источником цитокинов становятся тотально активированные эндотелиоциты и сосудистые макрофаги. Хотя микроциркуляторные расстройства при хроническом воспалении не характеризуются кризисной остротой, но они могут проявить себя в процессе постепенного склерозирования внутренних органов. В зависимости от преобладания тех или иных специфических маркеров повреждения эндотелия выделяют несколько форм эндотелиальной дисфункции (ЭД). Ангиогенная форма ЭД возникает вследствие повышения в сыворотке крови ангиогенных факторов, вызывающих увеличение проницаемости эндотелия, разрушение базальной мембраны и миграцию эндотелиоцитов за пределы базальной мембраны с формированием ответвлений основных сосудов. Неоангиогенез является одним из патофизиологических механизмов, обеспечивающих опухолевый рост и метастазирование. Также отмечается активация неоангиогенеза при воспалении и в условиях хронической гипоксии. Гемостатическая форма ЭД характеризуется потерей эндотелием своих антикоагулянтных свойств, и вносит дополнительный вклад в развитие нарушений нормального функционирования микроциркуляторного русла.

Задачи исследования. Исследовать уровень маркеров гемостатической формы эндотелиальной дисфункции (ЭД), системного воспаления и противовоспалительной резистентности в сыворотке крови больных агрессивными вариантами неходжкинских злокачественных лимфом в отдаленном периоде клинико-гематологической ремиссии.

Материалы и методы. На базе Новосибирского городского гематологического центра были обследованы 20 больных агрессивными вариантами НХЗЛ, находящихся в отдаленном периоде клинико-гематологической ремиссии. Определяли уровень маркеров ангиогенной – фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), гемостатической формы ЭД – тромбомодулина, D-димеров, РФМК и активности фактора фон Виллебранда, а также уровень маркеров системной воспалительной реакции – провоспалительных цитокинов (TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$  и IL-6), острофазовых белков (С-реактивного белка и фибриногена). Для оценки противовоспалительной резистентности организма исследовался уровень противовоспалительного цитокина IL-4 в сыворотке крови больных. Группу контроля составляли 20 здоровых доноров.

Результаты: у больных агрессивными лимфомами, находящихся в отдаленном периоде клинико-гематологической ремиссии были

выявлены признаки ангиогенной формы ЭД, проявляющейся повышением уровня VEGF в сравнении с данными группы контроля ( $p < 0,001$ ), а также гемостатической формы ЭД, которая проявлялась высоким уровнем тромбомодулина ( $p < 0,001$ ), и повышением активности фактора Виллебранда ( $p < 0,001$ ) в сравнении с группой контроля. При этом маркеры тромбинемии – уровень D-димеров и РФМК не отличались от значений группы контроля ( $p > 0,05$ ). Средний уровень некоторых провоспалительных цитокинов – IL-6 и IL-1 $\beta$  – был выше значений контрольной группы (для обоих значений  $p < 0,001$ ). Среднее значение противовоспалительного цитокина IL-4 было ниже значения контрольной группы ( $p < 0,01$ ).

Резюме. У больных в отдаленном периоде клинко-гематологической ремиссии отмечалось наличие ангиогенной и гемостатической формы ЭД. Признаков тромбинемии не наблюдалось, что позволяет нам предположить, что гемостатическая форма нарушения эндотелия находится в стадии компенсации. Выявляются признаки системной воспалительной реакции, о чем свидетельствует повышение уровня некоторых провоспалительных цитокинов и ослабление противовоспалительной резистентности, которая проявляется не только отсутствием компенсаторного увеличения уровня противовоспалительного цитокина, но даже снижением его в сыворотке крови. Все вышеизложенное свидетельствует о сохранении хронического системного воспаления, которое поддерживает воспалительную трансформацию эндотелиоцитов и является причиной развития данных форм нарушения функции эндотелия. Даже низкой степени выраженности воспалительная трансформация эндотелиоцитов, но персистирующая долгие годы, может вызывать дистрофические изменения внутренних органов и приводит к развитию полиорганной недостаточности.

## **Оценка состояния редокс-системы глутатиона у больных с хроническим токсическим поражением печени и анемией хронического заболевания на фоне перенесенного инфильтративного туберкулеза легких**

*Сидорова Н.С., Соцкая Я.А.*

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

Введение. Одним из важнейших и социально значимых заболеваний остается туберкулез. По данным авторов, до 38% случаев развития лекарственных поражений печени обусловлены токсическими эффектами противотуберкулезных препаратов. У пациентов с хронической активацией клеточного иммунитета, в частности при туберкулезе, довольно часто встречается анемия хронического заболевания, от эффективного лечения которой зависит быстрота нормализации состояния больного, восстановление его работоспособности, а также успех в лечении основного заболевания. Тканевая гипоксия и сопряженная с ней активация перекисного окисления липидов играет существенную роль в патогенезе данной сочетанной патологии.

Цель исследования. Оценка эффективности комбинации препаратов сирепар и натрия нуклеинат при хроническом токсическом поражении печени и анемии хронического заболевания на фоне перенесенного инфильтративного туберкулеза легких и ее влияние на систему глутатиона.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 64 больных с ХТПП и АХЗ на фоне перенесенного туберкулеза легких, разделенных на две группы. Содержание восстановленного глутатиона определяли, учитывая, что глутатион реагирует с избытком алоксана, в результате чего образуется соединение, которое имеет максимум поглощения при длине волны 305 нм, условно называемое «Алоксан-305». Количество образованного комплекса «Алоксан-305» прямо пропорционально содержанию G-SH в пробе. Для определения количества G-SH в исследуемой пробе использовали калиброванную кривую, построенную по стандартному раствору G-SH. Полученную концентрацию G-SH выражали в мг/мл взвеси эритроцитов. Активность ферментов: глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР) та глутатионтрансферазы (ГТ) изучали по методу И.Ф. Мещишена.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения в обеих группах больных установлено повышение содержания ВГ, который в среднем в 1,81 раз был ниже нормы и составил  $0,58 \pm 0,03$ ,  $P < 0,01$ . Уровень ОГ в среднем составил  $0,765 \pm 0,02$ ,  $P < 0,01$ , что было в 4,7 раза выше данного показателя в норме,  $P < 0,001$ . Коэффициент соотношения ВГ/ОГ у больных обеих групп в среднем составил  $0,88 \pm 0,02$ ,  $P < 0,01$  что было ниже нормы в 7,1 раз ( $P < 0,001$ ). Активность же до начала лечения ГП была снижена у обследованных больных обеих групп в среднем в почти 1,3 раза,  $P < 0,01$ . Активность ГР также была снижена относительно нормы в 1,61 раз и составила  $21,9 \pm 0,3$  мкмоль НАДФ2/хв•гНб. Активность ГТ составила в среднем  $92,55 \pm 0,3$  нмоль ГВ/хв•гНб;  $P < 0,01$ , что было в 1,5 раз ниже нормы,  $P < 0,01$ . После проведения лечения мы видим положительную динамику, которая более выражена у пациентов основной группы.

Выводы. Считаем патогенетически обоснованным и перспективным применение комбинации препаратов сирепар и натрия нуклеинат в лечении больных с ХТПП и АХЗ на фоне перенесенного инфильтративного туберкулеза легких, что подтверждается динамикой изученных показателей редокс-системы глутатиона.

## **Модель «идеального» сердечно-сосудистого здоровья как инструмент рискометрии сердечно-сосудистых заболеваний**

*Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В.*

*Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА  
России, Томск*

Отсутствие значимой тенденции к снижению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в определенной степени обусловлено низкой эффективностью используемых инструментов рискометрии и поздним выявлением ССЗ, что особенно актуально, учитывая малосимптомное течение кардиоваскулярной патологии. Экспертами АНА была разработана новая модель сердечно-сосудистого здоровья и введено понятие «идеального сердечно-сосудистого здоровья», при этом понятие «фактор здоровья» является противоположным понятию «фактор риска». С учетом анализа 7 основных факторов здоровья определяется его уровень – «слабое», «среднее» или «идеальное» сердечно-сосудистое здоровье (ИССЗ).

Цель исследования: определение групп здоровья и тактики диспансерного наблюдения с применением модели «идеального» сердечно-сосудистого здоровья у работников промышленного предприятия.

Материал и методы. В рамках периодического медицинского осмотра проведено обследование работников Сибирского химического

комбината с использованием программы кардиологического скрининга и модели «идеального» сердечно-сосудистого здоровья (ИССЗ). В исследование было включено 206 работников, завершили программу обследования 198 (90,4%), средний возраст 47,4±5,2 лет. Рискометрию ССЗ проводили с использованием модели «идеального» сердечно-сосудистого здоровья (ИССЗ) в соответствии с рекомендациями АНА, использовали комплекс из 7 показателей, включавших поведенческие и физиологические ФР.

Результаты. Среди обследованного контингента работников СХК выявлена высокая частота ФР ССЗ: низкая физическая активность (81,6%), дислипидемия (77,5%), наследственная отягощенность (37,5%), курение (37,5%), гипергликемия (64,75%), прием более чем 5 ед. алкоголя в неделю (29,0%), избыточная масса тела (44,4%), артериальная гипертония (30,5%). Оценка суммарного риска с использованием модели ИССЗ показала, что «идеальным» ССЗ (нормальные значения всех 7 компонентов) никто из обследованной когорты не обладает, большинство имели «среднее» и «слабое» ИССЗ: у 43,7% (n=106) из 7 изученных компонентов ИССЗ имелось 3-4 «идеальных» компонента, у 46,9% (n=115) – всего 1-2 «идеальных» компонента ИССЗ. На основании технологии ИССЗ сформированы группы здоровья и определена тактика диспансерного наблюдения. 1-я группа (n=13, 6,3%) – практически здоровые лица, у которых в ходе ПМО не выявлено патологических отклонений в состоянии здоровья. Рекомендовано поддержание здорового образа жизни. 2-я группа (n=34, 16,5%) – лица с напряжением механизмов адаптации и донозологическими нарушениями здоровья, которым необходимы оздоровительные мероприятия, коррекция модифицируемых ФР и диетотерапия. 3-я группа (n=89, 43,2%) – лица с клинически выраженными нарушениями здоровья (гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, нарушение углеводного обмена и др.), которые нуждаются в динамическом наблюдении и лечебно-профилактических мероприятиях по коррекции ФР и клинических синдромов. 4-я группа (n=70, 34%) – больные с ССЗ, которые нуждаются в диспансерном наблюдении 2 раза в год и лечении.

Выводы. Таким образом, модель ИССЗ является информативным инструментом рискометрии ССЗ, позволяющая на этапе периодических медицинских осмотров формировать группы работников с неблагоприятным профилем ССЗ, которые приоритетно нуждаются в профилактических мероприятиях.

## Новый подход в антитромбоцитарной терапии при лечении тромбоэмболии ветвей легочной артерии

*Соловьев О.П.*

*Красногорская городская больница №1, Региональный сосудистый центр, Красногорск*

Ключевые слова: Тромбоэмболия ветвей легочной артерии; Системная тромболитическая терапия; Альтеплаза; Дабигатран.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность использования системной тромболитической терапии альтеплазой с последующим назначением дабигатрана при лечении и профилактики тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

Задачи исследования: 1. Изучить эффективность и безопасность использования альтеплазы в качестве фибринолитика при лечении тромбоэмболии ветвей легочной артерии. 2. Изучить эффективность и безопасность назначения дабигатрана без предшествующей

гепаринотерапии для профилактики рецидивов тромбоэмболии после проведения системной тромболитической терапии альтеплазой (исследование офф-лейбл) 3. Оценить эффективность комбинированного применения альтеплазы и дабигатрана в лечении и профилактике тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Научная новизна: Мы впервые исследовали использование системной тромболитической терапии альтеплазой с последующим назначением дабигатрана без предшествующей гепаринотерапии.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения пациентов с острой ТЭЛА, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии регионального сосудистого центра ГБУЗ МО КГБ№1. С 2015 г. по 2017 г. были госпитализированы 223 пациента с последующей верификацией острой ТЭЛА. После визуальной верификации ТЭЛА (после проведения МСКТ) при наличии показаний и отсутствии противопоказаний 60 (26,9%) больным была проведена системная тромболитическая терапия альтеплазой, которые и вошли в наше исследование. Пациентам, вошедшим в исследование, проводилась системная тромболитическая терапия альтеплазой по 2-часовой схеме. По завершению ТЛТ пациентам был назначен дабигатран в дозе 110/150 мг 2 раза в день (доза препарата определялась по показаниям). Большинство пациентов (63,3%) были мужчинами, средний возраст исследуемых больных составил 48,3±6,5 лет. Факторы риска (заболевания вен нижних конечностей, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы) отмечались у 11,7-16,7% больных.

У подавляющего большинства пациентов (98,3%) отмечалась положительная динамика течения заболевания: уменьшение тахикардии (в среднем на 26,4±6,1 уд/мин), уменьшение тахипноэ (в среднем на 7,4±1,3 дых/мин), уменьшение давления в легочной артерии (в среднем на 18,2±4,8 мм рт.ст.), отсутствие признаков рецидивирования ТЭЛА на стационарном этапе. Поскольку при назначении альтеплазы и дабигатрана возможно развитие аналогичных осложнений, мы рассматривали развитие осложнений в комплексе комбинированного применения альтеплазы и дабигатрана. Нами не было зарегистрировано ни одного случая развития аллергических реакций, что может служить критерием безопасности используемого метода лечения, хотя возможно это наблюдалось в результате небольшого объема выборки. Внутричерепные кровоизлияния наблюдались в 1,7% случаев (у одного пациента), также они привели к единственному летальному исходу в нашем исследовании. В остальных случаях развития неблагоприятных событий мы наблюдали малые кровотечения, для купирования которых не требовалась коррекция проводимой терапии: в 3,4% (2 случая) отмечалась макрогематурия (следует отметить, что во всех случаях развития она наблюдалась после постановки мочевого катетера, поэтому ее развитие могла быть спровоцирована травматизацией уретры при катетеризации мочевого пузыря). И у двух пациентов (3,4% случаев) отмечалась кровоточивость десен, длившаяся 1-2 дня, скорее всего обусловленное проводимой системной тромболитической терапией. Через три месяца после первичной госпитализации мы провели телефонный опрос 36 пациентов, пролеченных в нашем центре от ТЭЛА. В большинстве случаев (88,8%) пациенты отмечали продолжавшееся уменьшение явлений дыхательной недостаточности, а также отсутствие показаний для повторных госпитализаций. У четырех больных отмечались повторные госпитализации в связи с развитием рецидивирующих пневмоний.

Выводы: 1. Применение альтеплазы в качестве системной тромболитической терапии при ТЭЛА является эффективным и безопасным методом лечения. 2. Применение дабигатрана после системной ТЛТ без предшествующей гепаринотерапии является

эффективным и безопасным методом профилактики рецидивов ТЭЛА. Рекомендации. Комбинированное применение системной тромболитической терапии альтеплазой с последующим назначением дабигатрана без предшествующей гепаринотерапии может быть рекомендовано в качестве методов лечения и профилактики тромбозов ветвей легочной артерии.

## **Внедрение технологии дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией в системе первичной медико-санитарной помощи**

*Строкольская И.Л., Макаров С.А.*

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово*

Внедрение технологии дистанционного диспансерного наблюдения (ДДН) больных с хроническими неинфекционными заболеваниями с использованием персональных телемедицинских приборов и систем искусственного интеллекта является одним из основных направлений развития российского здравоохранения. Внедрение в практику первичного звена здравоохранения научно-методических разработок с использованием дистанционного наблюдения пациентов способствовало созданию эффективной модели организации профилактической помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ).

Цель исследования. Создание и внедрение в практику поликлинического учреждения программы медицинской профилактики, основанной на Национальных рекомендациях по ведению пациентов с артериальной гипертензией с использованием технологий дистанционных форм медицинского обслуживания при диспансерном наблюдении пациентов.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе территориальной поликлиники г. Кемерово с использованием приборов для дистанционного мониторинга АД при технической поддержке ООО «Дистанционная медицина» (г. Москва). В исследование было включено 53 пациента с АГ, возраст которых составил от 21 до 80 лет, а продолжительность дистанционного мониторинга от 14 до 60 дней. Методика профилактического наблюдения пациентов была разработана в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Пациенты в ходе первичного осмотра врача-терапевта участкового получали рекомендации по медикаментозному лечению АГ и пояснения по методике проведения дистанционного наблюдения. В течение всего периода наблюдения врач анализировал данные измерения АД и ЧСС пациента в личном кабинете, принимая решение о коррекции лечения при получении неудовлетворительных результатов. Коррекция лечения проводилась путем дистанционного консультирования пациента.

Полученные результаты. Снижение уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления было достигнуто у 40 пациентов (75,5% случаев наблюдения), достижение целевого уровня АД получено у 34 пациентов (64,2% случаев наблюдения). На момент начала исследования целевые уровни систолического АД (САД) не были достигнуты у 19 (35,8%) пациентов, а целевые уровни диастолического АД (ДАД) – у 14 (26,4%) пациентов из общего числа включенных в исследование, по окончании исследования не достигли целевого уровня САД 4 пациента (7,5%),  $p=0,0004$  и целевого уровня

ДАД 9 пациентов (16,9%),  $p=0,35$ . Доказано, что доля пациентов с высокой приверженностью к профилактической программе наблюдения (соблюдение режима контроля АД, регулярный прием медикаментов) увеличилась в заключительной фазе исследования с 84,9% (45 пациентов) до 94,3% (50 пациентов) от общего числа пациентов группы,  $p=0,11$ .

Выводы: 1. Дистанционный мониторинг уровня АД показал свою эффективность в отношении достижения и поддержания целевых уровней АД у пациентов с уже установленным диагнозом, а также при первичном подборе гипотензивной терапии. 2. Доказана эффективность методики в повышении приверженности пациентов к регулярному контролю уровня артериального давления, а также к медикаментозному лечению АГ.

## **Особенности питания и состава тела пациентов с артериальной гипертензией диппинг и нондиппинг статуса**

*Татарникова И.С., Герасименко О.Н., Шпагина Л.А.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Цель исследования: изучить показатели состава тела и оценить пищевой статус у пациентов, с артериальной гипертензией с диппинг и нондиппинг вариантами суточной регуляции артериального давления. Материалы и методы. Обследовано 132 пациента. Группу контроля представили 25 пациентов без артериальной гипертензии (АГ). В исследование включены 52 пациента с АГ с нондиппинг статусом, 55 пациентов с АГ с диппинг статусом. Для анализа питания использовалась компьютерная программа, разработанная НИИ Питания РАМН «Оценка фактического питания от НИИ Питания РАМН» (2005). Измерение компонентного состава тела методом биоимпедансометрии аппаратом МЕДАСС АВС-01 (Россия). Суточное мониторирование артериального давления проводилось с использованием портативных мониторов системы АВРМ-02 (Венгрия). Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ SPSS 10.0.

Результаты. Согласно результатам исследования, во всех группах больных было выявлено недостаточное потребление пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот, микроэлементов и витаминов, увеличение в рационе продуктов богатых холестерином, общим жиром, насыщенными жирными кислотами, натрием, добавленным сахаром и общими углеводами, тогда как потребление белка, витамина С и железа оказалось адекватным. Больше всего общего жира в рационе присутствовало у пациентов с артериальной гипертензией, как при нондиппинг, так и при диппинг варианте регуляции артериального давления (АД): на 31,1% и на 29,26% больше от рекомендуемого потребления, тогда как в группе сравнения на 14,34% выше нормы. Показатели холестерина в пище в группах АГ более чем в два раза превышают показатели группы сравнения: +8,27%, +7,15%, и +3,04% соответственно, в том числе уровень насыщенных жирных кислот выше в группах АГ на 24,49% и 22,34%, группе сравнения же только на 9,56% от нормы. Большой дефицит полиненасыщенных жирных кислот показан в группах АГ вне зависимости от паттерна 14,43% и 13,36% от рекомендуемого. Уровень натрия в пище группах АГ с диппинг статусом выше на 4,21%, с нондиппинг статусом выше на 4,65% от рекомендуемого, тогда как в группе сравнения этот показатель соответствует низкому риску

избытка нутриента в питании (< 3%) и превышает норму потребления всего на 2,65% и 2,98%. В категории общих углеводов и добавленного сахара также показатели в группах АГ оказались выше примерно на 4,2% (нондипперы) и 4% (дипперы), чем в группе контроля. Дефицит в рационе пищевых волокон наблюдался во всех группах примерно на одинаковом уровне 61,15%-65,4%. Микроэлементы и витамины входят в состав ферментов и активно участвуют в метаболизме, поэтому их недостаток может негативно влиять на гомеостаз. Недостаток таких минеральных веществ, как кальций, магний, витаминов группы В, витамина А, ниацина выявлен во всех группах, но намеченные тенденции среди пациентов с АГ сохраняются, они показали большие дефициты по сравнению с группой контроля.

Результаты несбалансированного питания исследуемых групп подтверждаются результатами оценки их пищевого статуса. В группе АГ отмечены наибольшие значения индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ), достоверно отличавшиеся от контрольных значений – в 1,2 ( $p = 0,0475$ ) и 1,3 раза ( $p = 0,0027$ ) соответственно. В группе нондиппинг варианта АГ выявлено наиболее высокое среднее значение окружности талии  $100,2 \pm 14,1$  см и индекса соотношения ОТ/ОБ  $0,9 \pm 0,2$ . Наиболее значимые отклонения в композиции тела также отмечены в данной группе в виде повышения жировой массы тела, снижения активно-клеточной массы и фазового угла в сравнении с контролем ( $p > 0,05$ ).

Выводы. Выявлены значимые нарушения в композиционном составе тела в группах пациентов с АГ как диппинг, так и нондиппинг статуса в преобладании висцерального типа распределения жировой ткани, в группе АГ нондиппинг варианта также выявлено увеличение жировой массы на фоне снижения активно-клеточной массы и фазового угла. В данных группах определены признаки несбалансированного рациона питания по макро- и микронутриентам, в основном за счёт избытка общего жира, холестерина, общих углеводов, добавленного сахара, насыщенных жирных кислот на фоне дефицита в рационе пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот, микроэлементов (кальция, магния) и витаминов (витамина А, витаминов группы В, ниацина). Обращает на себя внимание, что в группе сравнения, несмотря на имеющиеся нарушения питания, показатели имеют более благоприятную тенденцию.

### **Встречаемость симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от степени висцерального ожирения**

*Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Цель исследования: изучить встречаемость симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от степени висцерального ожирения.

Материал исследования. Обследовано 34 человека. В зависимости от индекса массы тела группа была разделена на три подгруппы. Первую составили 12 человек с избыточной массой тела (средний возраст 68,0 лет, средний индекс массы тела (ИМТ) 26,5), вторую 12 человек с висцеральным ожирением первой степени (средний возраст 66,0 лет, средний ИМТ 32), третью – 10 человек со второй и

третьей степени висцерального ожирения (средний возраст 67,2 года, средний ИМТ 43). Все обследуемые лица страдали артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени. Сердечная недостаточность (СН) представлена ФК 1-2.

Методы исследования. Использовалась анкета-опросник GerdQ для диагностики ГЭРБ и шкала наиболее частых симптомов ГЭРБ (Frequency Scale for Symptoms of GERD, FSSG), по которой оценивали общую сумму баллов, симптомы, связанные с рефлюксом и нарушением моторики пищевода.

Результаты исследования. По группе вопросов А во второй и третьей группах лиц, в отличие от первой группы лиц, отмечались более высокие значения общего балла на 27,4% и 26,4% соответственно. При этом в первой группе у лиц отсутствовали симптомы ГЭРБ, во второй группе они встречались на 40% чаще. На этом фоне средний балл по группе вопросов В в первой группе, по сравнению со второй и третьей, был на 7% и 5% соответственно выше, чем в первой, а наибольшее количество баллов по группе вопросов С были в третьей группе. Согласно шкале FSSG величина общей суммы баллов во второй и третьей группах, по сравнению с первой, была на 47,4% и на 28,6% соответственно выше. Нарушения моторики пищевода и диспепсии наибольшие были во второй и третьей группах. Симптомы рефлюкса встречались чаще во второй и третьей группах, по сравнению с первой в 3,9 раза. Симптомы нарушенной моторики пищевода в первой группе встречались реже, чем во второй и третьей группах на 44,9%.

Выводы. У лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией со второй и третьей степенями ожирения отмечаются более выраженные симптомы ГЭРБ и большая степень влияния ГЭРБ на качество жизни. Полученные данные требуют дальнейшего клинического обследования и назначения как симптоматической терапии, так и антисекреторных препаратов.

### **Состояние систолической функции правого желудочка у мужчин пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от степени выраженности легочной гипертензии при бронхообструктивной патологии**

*Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

С целью уточнения особенностей функционального состояния правого желудочка (ПЖ) у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от степени выраженности легочной гипертензии (ЛГ) при бронхообструктивной патологии изучена сократительная функция правого желудочка.

Материал исследования. Обследованные лица были разделены на две группы. Первую группу составили 15 больных с умеренной легочной гипертензией (средний возраст  $63,4 \pm 3,2$  года). Вторую – 15 мужчин со значительной легочной гипертензией (средний возраст составил  $68,4 \pm 3,6$  года). Критериями исключения из исследования были: инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, клапанная патология сердца, сердечная недостаточность 3-4 функциональных классов, ожирение 2-3 степени.

Методы исследования. Проводилась эхокардиография, определялись: пиковая систолическая скорость смещения трикуспидального кольца (Sm, м/с), продолжительность периода предизгнания (PP, мс),



давление в правом предсердии (RAP, мм рт.ст.), процент укорочения площади правого желудочка (CRVA, %), объем правого желудочка в систолу (RVVs, см<sup>3</sup>) и диастолу (RVVd, см<sup>3</sup>), ударный объем правого желудочка (RVSV, мл), фракция выброса правого желудочка (RVEF,%) и Tei-индекс.

Результаты исследования. Во второй группе, в отличие от первой происходит укорочение периода предизгнания в 1,34 раза ( $p < 0,05$ ), т.е. ускорение вхождения ионов кальция в миоплазму в систолу. У больных со значительной легочной гипертензией, в отличие от группы лиц с умеренной ЛГ, отмечается возрастание Sm, отражающее глобальную продольную систолическую функцию правого желудочка, на 29% ( $p < 0,05$ ). Во второй группе объем правого желудочка в систолу на 12,9% ( $p < 0,05$ ) меньше, а в диастолу на 19% ( $p < 0,05$ ) меньше, чем в первой группе, что повлекло снижение ударного объема правого желудочка во второй группе на 24% ( $p < 0,05$ ) при отсутствии достоверных отличий по ФВ правого желудочка. Процент укорочения площади правого желудочка во второй группе меньше на 29,3% ( $p < 0,05$ ). Величина Tei-индекса, представляющего собой сумму показателей, отражающих систолическую и диастолическую функции и количественно характеризующий глобальную функцию правого желудочка, во второй группе на 10% меньше, чем в первой, что свидетельствует о повышении функции правого желудочка сердца. Это косвенно подтверждает и величина соотношения ППИ/ПИ, которая уменьшается во второй группе на 30% ( $p < 0,05$ ).

Выводы. При значительной легочной гипертензии, в отличие от умеренной, у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией, отмечается повышение функции правого желудочка, в частности, его глобальной продольной систолической функции.

### **Оценка взаимосвязи интенсивности болевого абдоминального синдрома и психоэмоционального статуса пациентов с СРК**

*Турчина М.С., Карасева З.В., Максимова А.А.*

*Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Орёл*

Цель исследования. Изучение взаимосвязи выраженности абдоминального болевого синдрома и психоэмоционального статуса у пациентов с СРК.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты в возрасте от 23 до 56 лет, страдающие СРК, обратившиеся за амбулаторной помощью к врачу-гастроэнтерологу. При этом основными критериями исключения являлись «симптомы тревоги», тяжелая сопутствующая соматическая патология, способная повлиять на психоэмоциональный статус пациентов. Женщины в возрасте от 20 до 35 лет составили 45%, от 35 до 50 лет – 35%, от 50-65 лет – 20%. Мужчины в возрасте от 20 до 35 лет – 40%, от 35 до 50 лет – 35%, от 50 до 65 лет – 25%. У всех пациентов была произведена оценка интенсивности абдоминального болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) боли. Кроме того, проводилось анкетирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Результаты. При оценке результатов анкетирования можно отметить, что у 77% пациентов отмечался повышенный уровень тревоги, у 15% – субклиническая депрессия и лишь 8% опрошенных психоэмоциональный статус соответствовал норме. Необходимо

отметить, что все пациенты с нормальным психоэмоциональным статусом были мужского пола. При оценке интенсивности болевого синдрома наибольшие показатели по шкале ВАШ (5-6 баллов) отмечались у пациентов с высоким уровнем тревоги, среди пациентов с признаками субклинической депрессии интенсивность болевого синдрома была меньше (3-4 балла), однако чаще встречались хронические запоры, в то время как среди пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом показатели интенсивности абдоминального болевого синдрома по шкале ВАШ были минимальны (1-2 балла).

Выводы. Из проведенного исследования можно сделать вывод, что молодые женщины с проблемой СРК обращаются к гастроэнтерологу чаще, чем мужчины того же возраста. Также стоит отметить взаимосвязь тревоги или депрессии и выраженности абдоминальных болей – чем выше психоэмоциональный фон пациента, тем ярче выражен болевой синдром.

### **Некоторые психосоматические аспекты у больных с хронической прогрессирующей суставной патологией**

*Уколова Л.А., Шубина О.С., Богодерова Л.А.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск*

Актуальность. Среди хронических заболеваний суставов ревматоидный артрит (РА) и анкилозирующий спондилит (АС) занимают особое место из-за прогрессирующего течения. Хронический болевой синдром, функциональная ограниченность сопровождаются низким качеством жизни и психосоматическими расстройствами. В реальной клинической практике психосоматический подход фактически игнорируется, доминирует биомедицинская модель адаптации при течении как АС, так и РА.

Цель исследования. 1. Изучить особенности внутрисемейных отношений у больных с РА. 2. Определить ведущие личностные черты пациентов, преобладающие типы отношения к болезни и изучить корреляционные связи между длительностью заболевания и развитием отдельных типов отношения к болезни у пациентов с АС.

Материалы и методы. На базе ревматологического отделения ГНОКБ поэтапно были обследованы и проанкетированы больные с верифицированными диагнозами с АС и РА. Повременно в 2016 году обследовано 30 пациентов с РА с использованием клиничко-психологического интервью, опросника «Конструктивно-деструктивная семья», методики «Семейная социопрограмма». В 2017 году обследовано 26 пациентов с АС. Использовались: опросник «Мини-смил тест», личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Статистическая обработка материала по программе Excel 2010 с использованием корреляционного анализа Спирмена и критериев сравнения независимых совокупностей Манна-Уитни.

Результаты исследования. 30 пациентов с РА, 25 женщин, 5 мужчин. Средний возраст 52 года. Выявлены проблемы внутрисемейных отношений, характеризующиеся стремлением больных к отчужденности ( $p < 0,05$ ), нежеланием понимать и решать данные проблемы, в результате больной испытывает нарастающее чувство вины ( $p < 0,05$ ), которое пытается компенсировать контролирующим влиянием на остальных членов семьи ( $p < 0,05$ ), и невозможности

решить внутрисемейные проблемы самостоятельно. Мужчины с РА не выделяют себя в качестве ключевой фигуры в семье, а женщины подчеркивают свое лидерство и зависимость себя от других членов семьи. Достоверных корреляций от длительности болезни и уровня образования не выявлено. Среди 26 пациентов с АС обследовано 20 мужчин и 6 – женщин. Средний возраст мужчин 39,1±8,8, средний возраст женщин 41±8,5. Ведущие личностные черты у мужчин – отсутствие критики к своему состоянию, ипохондричность, повышенная тревожность. У женщин – ипохондричность, импульсивность. Превалирующие типы отношения к болезни у мужчин: неврастенический, паранойяльный, у женщин – сенситивный, ипохондрический. Среди мужчин выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между длительностью заболевания у мужчин и неврастеническим типом отношения к болезни ( $p < 0,05$ ), ( $r = -0,51$ ) и статистически значимая положительная корреляция между длительностью заболевания у мужчин и паранойяльным типом отношения к болезни ( $p < 0,05$ ) ( $r = 0,53$ ). 92% обследованных имеют дизадаптивное отношение к болезни.

Выводы. Установлена важность целостного представления психосоциальной картины болезни как у пациентов с РА, так и с АС. Связь социально-психологических, психических и соматических изменений у больных с хронической прогрессирующей суставной патологией реальна, что обосновывает объединение профессиональных усилий ревматолога и психотерапевта.

### **Кардиальные проблемы субклинической дисфункции щитовидной железы в пожилом возрасте**

*Чернышова Т.Е., Коровкина Е.В., Бакирова Н.М., Стяжкина С.Н.*

*Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск*

Цель исследования: характеристика кардиальных проблем субклинического гипотиреоза у пожилых больных.

Материалы и методы. Обследовано 97 пациентов (16 мужчин и 81 женщина) в возрасте от 60 до 75 лет (65,7±0,8 лет). В зависимости от уровня тиреотропного гормона (ТТГ) сформированы 2 клинические группы. В 1 группу вошло 55 пациентов с уровнем ТТГ в пределах референсного диапазона, которые были подразделены на подгруппы с высоконормальными (ВН) и низконормальными (НН) значениями ТТГ. Вторую группу составили 42 пациента с субклиническим гипотиреозом (СГ). Уровень сТ4 во всех случаях находился в пределах нормы. Всем больным проводилось ЭКГ-мониторирование по Холтеру, суточное мониторирование АД (СМАД). Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0 и Biostat 4.03.

Полученные результаты. Дислипидемия наблюдалась в обеих группах: 36,4% - 90% соответственно. Ее частота при НН и ВН значениях ТТГ соотносилась 1,0/3,2. Атерогенные изменения липидного спектра нарастали по мере повышения уровня ТТГ: общий холестерин ( $p < 0,001$ ), ХС-ЛПНП ( $p < 0,001$ ) и КА ( $p < 0,001$ ). При низконормальном диапазоне ТТГ частота дислипидемии составила 47,5%, при высоконормальном – 63,6%, в группе СГ составила 83%. Зарегистрирована взаимосвязь ТТГ с повышением уровня эндотелиальной дисфункции – маркера раннего развития атеросклероза ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,025$ ). По данным ХМ-ЭКГ частота встречаемости ишемических изменений, проявлявшихся горизонтальной депрессией сегмента ST, увеличивалась с

повышением уровня ТТГ ( $p < 0,001$ ) и была максимальной при СГ ( $p < 0,01$ ). Эпизоды безболевой ишемии миокарда также чаще наблюдались при СГ (40% против 18,2%). Выявлена прямая умеренная связь ТТГ с длительностью эпизодов безболевой ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,006$ ) и болевой ишемии ( $r = 0,66$ ;  $p = 0,026$ ), глубиной депрессии сегмента ST при безболевой ишемии ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,03$ ), что свидетельствовало об усугублении ишемии миокарда при повышении уровня ТТГ. С увеличением уровня ТТГ прослеживалась тенденция к увеличению частоты желудочковых экстрасистол (77,2%, 85%) и отрицательная связь среднесуточной и минимальной ЧСС с уровнем ТТГ ( $p < 0,01$ ). Выводы. Субклиническая гипофункция щитовидной железы в пожилом возрасте является предиктором формирования и прогрессирования атерогенной дислипидемии, ишемии миокарда, являясь значимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, требуя целенаправленной коррекции. Заместительную терапию СГ пожилым больным целесообразно проводить после холтеровского мониторинга ЭКГ.

### **Возможности метаболической коррекции у больных с ожирением в амбулаторной практике**

*Шалаева С.С.*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград*

Цель: оценить возможность улучшения клинико-лабораторных показателей метаболического обмена и качества жизни у пациентов, страдающих ожирением путем снижения массы тела.

Материалы и методы: в исследование включены 57 пациентов (38 женщин и 19 мужчин) от 32-67 лет с абдоминальным ожирением 1-3 степени (ИМТ 37,3±6,1). Оценивались основные клинико-лабораторные показатели метаболического синдрома и качества жизни до и после снижения массы тела исследуемых. Период наблюдения составил 12 недель.

Результаты: в конце 12-ти недель наблюдения произошло снижение массы тела исследуемых на 12,3±6,2 кг (10,4%), уменьшение ОТ (объем талии) на 9,1%, ОБ (объем бедер) на 10,5%, систолического артериального давления на 5,8%, диастолического на 5%. Отмечено снижение уровня глюкозы натощак на 10,4%, а постпрандиального на 6,0%, гликированного гемоглобина на 8,7%, общего холестерина 18,7%, а также липопротеидов низкой плотности на 7,8%. Выявлено достоверное снижение триглицеридов крови на 38%, инсулина плазмы на 38,2%, индекса НОМА на 31% (до 2,7), и мочевой кислоты на 19%, все при  $p < 0,05$ . Выявлено повышение липопротеидов высокой плотности на 16,1%, а среднего уровня тестостерона у мужчин на 21%. Субъективная оценка качества жизни по результатам опросника статистически значимо увеличилась на 33% ( $p < 0,05$ ). Кроме того, у 4 из 19 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, стала возможна отмена 1-го сахароснижающего препарата (21%), а у 7 человек снижение их суточной дозировки (36%), у 6 из 26 пациентов с артериальной гипертензией произошла отмена 1-го препарата (23%), и снижение дозировок у 11-ти пациентов (42%,  $p < 0,05$ ).

Выводы: у пациентов, с абдоминальным типом ожирения, снижение веса приводит к значимым положительным изменениям субъективной оценки качества жизни и клинико-лабораторных показателей метаболического обмена, а также улучшает течение и тяжесть ассоциированных с ним заболеваний.

## **Коррекция синдрома метаболической интоксикации у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения**

*Шаповалова И.А., Соцкая Я.А.*

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

Одной из серьезных проблем современной гастроэнтерологии является гепатотоксичность широко используемых медикаментозных средств. Ситуация усугубляется для жителей промышленных регионов, где вследствие негативного влияния токсичными соединениями повышается уровень заболеваемости хроническими токсическими гепатитами (ХТГ). Токсическая агрессия сопровождается неспецифическим генерализованным ответом организма в виде синдрома «метаболической» интоксикации (МИ) и изменением гомеостаза. Зачастую данный процесс сопровождается также хронический некалькулезный холецистит (ХНХ), что позволяет констатировать сочетанную хроническую патологию органов гепатобилиарной системы (ГБС). Известно, что в экономически развитых странах как минимум 30% населения имеет избыточную массу тела, и количество лиц, имеющих избыточный вес, к несчастью, прогрессивно увеличивается.

Цель исследования – изучение выраженности синдрома МИ с определением концентрации средних молекул (СМ) у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились две группы больных ХТГ, сочетанным с ХНХ и ОЖ по 32 человека в каждой, которые были рандомизированы по возрасту, полу и тяжести течения ХТГ. Возраст больных составлял от 28 до 52 лет, лиц мужского пола было 39 (60,9%), женского – 25 (39,1%). Диагноз хронической сочетанной патологии ГБС в виде ХТГ и ХНХ был установлен в соответствии со стандартизированными протоколами диагностики и лечения болезней органов пищеварения на основании данных анамнеза, клинического и инструментального (сонографическое обследование органов брюшной полости) обследования, с обязательным учетом данных общепринятых биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени. Степень ОЖ определяли на основании вычитания индекса массы тела и оценке средней кожно-жировой складки. При этом при значениях ИМТ 30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup> диагностировали ОЖ I степени, при ИМТ 35,0-39,0 – ОЖ II степени, при ИМТ более 40,0 – III степени. В соответствии с этими градациями среди обследованных пациентов было 38 (59,4%) лиц с ОЖ II степени и 26 (40,6%) – с ОЖ III степени. Больные с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ обеих групп получали общепринятую терапию, включавшую рациональную диету согласно рекомендациям, дезинтоксикационную терапию, эссенциальные фосфолипиды, спазмолитики, антиоксиданты (витамины С и Е). Больные первой группы дополнительно в качестве гепатопротектора получали гептор по 2 капсулы 3 раза в день в течение 30-40 суток подряд.

Результаты исследования. Проведение специального биохимического исследования до начала медицинской реабилитации позволило установить, что у всех обследованных пациентов, как первой, так и второй группы, наблюдалось достоверное повышение концентрации СМ в сыворотке крови. Так, у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ первой группы концентрация СМ в сыворотке крови до начала медицинской реабилитации была выше нормы в среднем

в 1,44 раза, а у пациентов второй группы – в среднем в 1,42 раза. На момент завершения медицинской реабилитации концентрация СМ в сыворотке крови больных первой группы, которые получали гепатопротектор гептор, составляла в среднем 0,54±0,04 г/л, что достоверно от нормы не отличалось. У пациентов второй группы, получавших только общепринятые средства медицинской реабилитации, уровень СМ на момент завершения курса медицинской реабилитации равнялся в среднем 0,63±0,03 г/л, что было в 1,21 раза выше нормы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности общепринятых методов медицинской реабилитации.

Заключение. В период обострения хронического патологического процесса в ГБС определяется существенное повышение концентрации СМ, что свидетельствует об активации эндогенной интоксикации. В клиническом плане это сопровождается обострением хронического патологического процесса в печени. Включение современного гепатопротекторного препарата гептора в комплекс лечения больных ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ способствует нормализации показателей АС. Это свидетельствует об устранении «метаболической» интоксикации, что проявляется снижением соответствующих показателей. При проведении реабилитации общепринятыми методами также отмечается тенденция к их уменьшению, однако менее выраженная, поскольку интересующие нас показатели сохраняются выше нормы.

## **Возможности снижения сердечно-сосудистого риска у больных ревматоидным артритом**

*Шилкина Н.П., Виноградов А.А., Масина И.В., Замышляев А.В.*

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль*

Задачи. Хроническое воспаление при ревматоидном артрите (РА) связано с эндотелиальной дисфункцией и высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Целью этого исследования было определить влияние пентоксифиллина на эндотелиальную функцию у пациентов с высокой активностью РА и определить возможности снижения ССР.

Методы: 24 пациента с РА ранее не получавших биологическую терапию (средний возраст 49±1,8 года, длительность заболевания 8,5±5,8 года) с индексом активности DAS28>5,1 на фоне лечения стабильными дозами болезнью модифицирующих препаратов (DMARD), имеющие гемодинамически незначимыми атеросклеротическими изменениями в бассейне сонных артерий. Оценивались активность заболевания (DAS28 и индекс инвалидности (HAQ-DI)), С-реактивный белок (СРБ), сывороточные маркеры эндотелиальной дисфункции (фактор фон Виллебранда и концентрация нитрита в сыворотке), эндотелий-зависимая и независимая вазодилатация плечевой артерии измерена до и после 12 недель терапии пероральным пентоксифиллином 400мг/ день.

Результаты: После лечения пентоксифиллином поток-зависимая вазодилатация улучшилась с 3,18±0,46% до 3,95±0,49% (p < 0,001), тогда как не было существенного изменения эндотелий-независимой вазодилатации нитроглицерином и базового диаметра (18,4±1,15% против 18,3±1,13%, p=0,046 и 3,5±0,1 против 3,52±0,1 мм, p=0,952 соответственно); концентрация нитрита в сыворотке значительно снижалась от 6,9±0,34 до 6,8±0,33 мкмоль/л (p < 0,001), и уровень СРБ от 1,52±0,38 до 0,94±0,26 мг/л (p=0,019). Значения DAS28 и HAQ-DI

были значительно снижены: от  $6,9 \pm 0,25$  до  $4,1 \pm 0,31$  ( $p < 0,05$ ) и от  $1,47 \pm 0,09$  до  $0,69 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ) соответственно.

Выводы. У больных РА эндотелиальная дисфункция является частью процесса болезни, а лечение пентоксифиллином улучшает эндотелиальную дисфункцию и снижает активность воспалительного процесса, уменьшая тем самым сердечно-сосудистый риск.

## **Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, структура нарушений здоровья и целевые показатели реализации программы превентивных мероприятий в Центре здоровья ГКБ № 2 г. Новосибирск**

*Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Зюбина Л.Ю., Лазарева Э.Ш., Ерихова С.М.*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск*

Цель исследования. Изучить структуру факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), клинико-функциональные показатели взрослого населения и целевые параметры реализации программы профилактических мероприятий, проведенных в Центре здоровья (ЦЗ) ГКБ № 2 областного центра.

Материал и методы исследования. Представлены данные о состоянии здоровья обратившихся в ЦЗ 11897 граждан в возрасте 18-74 лет за период с 2013 по 2017 г. Возраст пациентов оценивался согласно классификации ВОЗ (1964). При первичном обращении всем лицам проведены осмотр терапевта и клинико-диагностический стандарт обследования. На 2-м этапе пациентам с выявленными нарушениями осуществлялись скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-оценка сердца по данным ЭКГ, комплексная оценка дыхательной системы, экспресс-диагностика общего холестерина и глюкозы в крови, определение окиси углерода (СО) выдыхаемого воздуха и карбоксигемоглобина (НbCO), альвеолярной концентрации СО газоанализатором, ангиологический скрининг, измерение уровня систолического АД (САД) и расчет плечелодыжечного индекса (ПЛИ).

Результаты. Среди обратившихся преобладали лица молодого (38,0%-41,6%) и среднего (31,3%-35,7%) возраста, тогда как пожилых было меньше (25,2%-28,0%). В динамике 5-летнего наблюдения несколько увеличилось число лиц молодого и пожилого возраста и снизилось число пациентов среднего возраста. Большинство граждан, обратившихся в ЦЗ, были трудоспособны (60,7%). Ведущими факторами риска развития ХНИЗ являлись гиперхолестеринемия – 33,2%; артериальная гипертензия (АГ) – 32,8%; отягощенная наследственность преимущественно по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и онкологическим – 32,3%; нерациональное питание – 30,8%; избыточная масса тела (ИМТ) – 30,6% и гиподинамия – 29,0%. В то же время, курение и гипергликемия отмечены всего у 7,5% и 1,9% обратившихся. В динамике наблюдения выявлено увеличение таких факторов риска, как нерациональное питание, отягощенная наследственность, гиподинамия и гиперхолестеринемия. При этом произошло снижение частоты курения, АГ, гипергликемии и ИМТ. По имеющимся клинико-анамнестическим данным, пациентам при повторном обследовании чаще проводились экспресс диагностика общего холестерина и глюкозы в крови (26,1%), реже – скрининг-

оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма (21,8%), экспресс-оценка состояния сердца по данным ЭКГ (20,9%), ангиологический скрининг, измерение САД и расчет ПЛИ (20,6%), комплексная оценка дыхательной системы (20,0%) и в 10,8% и 10,6% случаев – исследование уровня альвеолярной концентрации СО газоанализатором и СО выдыхаемого воздуха и НbCO. Большинство населения, обратившееся в ЦЗ, мотивированы на ведение здорового образа жизни, при этом их численность за последние 5 лет увеличилась с 44,1% до 51,6%. Количество повторных обращений в ЦЗ в течение этого же времени составило в среднем 35,7%, при этом в динамике оно возросло в 1,4 раза. За это же время в 1,7 раза снизилось число лиц с ранее выявленными факторами риска развития ХНИЗ с 19,8% до 11,9%. Важное влияние на развитие факторов сердечно-сосудистого риска оказывает обучение населения в Школах здоровья. Однако число лиц, прошедших его, в целом было не высоким (в 2013 г. – 22,2% и 21,5% соответственно; в последующие 3 года – всего 14,4-16,3%). Выводы. Таким образом, среди обратившихся в ЦЗ преобладали лица молодого и среднего возраста. Ведущими факторами риска развития ХНИЗ являются гиперхолестеринемия, АГ, отягощенная наследственность преимущественно по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и онкологическим, нерациональное питание, ИМТ и гиподинамия. В динамике наблюдения выявлено снижение частоты курения, АГ, гипергликемии и ИМТ. В динамике 5-летнего наблюдения увеличилось число пациентов, мотивированных на ведение здорового образа жизни.

## **Оценка показателей микроциркуляторных нарушений у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита в условиях промышленного региона Донбасса**

*Якимович С.Е., Соцкая Я.А.*

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

Введение. На сегодняшний день одной из значимых медико-социальных проблем в современном мире являются вирусные гепатиты. У 1/3 населения Земли выявляются маркеры перенесенной инфекции вирусом гепатита В (ВГВ) и у 350 млн человек – маркеры текущей хронической инфекции. Важную роль в хронизации патологического процесса в печени также играет наличие распространенной для нашего региона Донбасса фоновой хронической патологии гепатобилиарной системы, такой как хронический некалькулезный холецистит.

Цель исследования: оценить показатели микроциркуляторного русла у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита в динамике лечения с применением комбинации препаратов ремаксол и гепатосан.

Материалы и методы. Для реализации указанной цели исследования под нашим наблюдением находилось 66 больных ХВГВ на фоне ХНХ, которые были разделены на две группы – основную (34 пациента) и сопоставления (32 пациента). Проведена рандомизация обеих групп. При проведении исследования в качестве основного метода изучения состояния микроциркуляторной динамики проводили биомикроскопию бульбарной конъюнктивы (БК) обоих глаз при помощи фотоцелевой лампы ЩЛ-2М. В ряде случаев дополнительно

использовали метод морфометрии капилляров ногтевого ложа с использованием капилляроскопа М-60 А.

Результаты исследования и их обсуждение. В клиническом плане у больных ХВГВ на фоне ХНХ отмечается типичная клиническая симптоматика, умеренное повышение биохимических показателей (97% обследованных нами больных), отражающие среднюю степень активности процесса. Мы наблюдали извитость и неравномерность калибра венул и капилляров, уменьшение числа функционирующих капилляров с образованием аваскулярных зон, у части больных – сетчатость структуры сосудов, что говорит о наличии функционирующих артериоло-венулярных анастомозов (АВА), уменьшение артериоло-венулярного коэффициента (АВК) до 1:4 – 1:5; замедление, у части обследованных – наличие обратного кровотока; признаки сладж-синдрома I-II степени в венулах и капиллярах в виде гранулярно-зернистого кровотока; наличия периваскулярного отека различной степени выраженности. При

этом данные нарушения наблюдались нами у больных обеих групп. Также мы видим повышение всех исследуемых сосудистых индексов (КИ). При проведении ББК в динамике установлено, что в основной группе больных, имеет место тенденция к нормализации изучаемых показателей МЦР, в т. ч. нами отмечено снижение АВК, исчезновение стаза крови, ликвидация сладж-синдрома в артериолах и капиллярах и снижение выраженности периваскулярного отека, рассасывание микрогеморрагий (Кюбц составил  $4,1 \pm 0,25$ ). У больных группы сопоставления отмечалось сохранение более выраженных сдвигов со стороны показателей МЦР, что отображает сохранение повышения у них показателей КИ, хотя и положительная динамика нами отмечается. Выводы. Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным и перспективным в клиническом плане использование комбинации ремаксоло и гепатосана в лечении больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита.

### Ассоциация генетических маркеров системы гемостаза и фолатного цикла с развитием эндокардитов

Бахарева Ю.С., Иванова А.А., Максимов В.Н., Чапаева Н.Н.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии – филиал Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Эндокардит – это нарушение функции клапанов сердца, обусловленное их деструкцией, ассоциированное с инфекционным и неинфекционным воспалением эндокарда. Наше понимание патогенеза эндокардитов по-прежнему остаётся неполным. Генетические, геномные исследования способны улучшить диагностические, профилактические и лечебные мероприятия.

Цель исследования: выявление возможных ассоциативных связей между полиморфизмами генов-кандидатов и развитием эндокардитов инфекционного и неинфекционного генеза.

Материалы и методы. Обследовано 175 пациентов с вегетациями на клапанном аппарате сердца (81 пациент с неинфекционным и 94 пациента с инфекционным эндокардитами). Средний возраст пациентов не имел существенных различий, большинство составили лица молодого и среднего возраста; в группе инфекционного эндокардита (ИЭ) значительно преобладали мужчины, а в группе с неинфекционным эндокардитом (НИЭ) распределение полов оказалось в равном процентном соотношении. В группе пациентов с НИЭ в 25% случаев отмечалась акушерская патология: привычное невынашивание беременности, рецидивирующие спонтанные аборт; внутриутробная гибель плода; преэклампсия; преждевременные роды, а при ИЭ патологическое течение беременности выявлено лишь в 2,15% случаев,  $p=0,01$ . В группе с НИЭ в 62% случаев и в группе с ИЭ в 54% случаев наблюдалась гиперфибриногенемия, что характеризовало высокий риск тромбозомболических осложнений. Мы приводим сравнительный анализ частот генотипов полиморфизмов следующих генов: rs1799963 гена (20210 G>A) F2, rs6025 гена (1691 G>A) F5, rs6046 (10976 G>A) гена F7, rs5985 гена (103 G>T) F13, rs1800790 (-455 G>A) гена FGB, rs1126643 (807 C>T) гена ITGA2, rs5918 (1565T>C) гена ITGB3, rs1799889 (-675 5G>4G) гена PAI-1 (SERPINE1), rs1801131 (1298 A>C) гена MTHFR, rs1801133 (677 C>T) гена MTHFR, rs1805087 (2756 A>G) гена MTR, rs1801394 (66 A>G) гена MTRR в группах с эндокардитами и здоровых индивидумов (225 человек). Генотипирование выполняли на базе Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины. Геномную ДНК выделяли из 6-10 мл венозной крови. Образцы крови до экстракции ДНК хранили при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$ . Экстракция ДНК из крови проводилась фенол-хлороформным методом. Полиморфизмы тестировали с помощью РТ-ПЦР на тест-системах производства «ДНК-технология». Исследование выполнено в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Статистический анализ проводили с помощью

статистического пакета, версия 21.0 (SPSS). Расчет величины ОШ (отношение шансов) проводили по методу Вульфа-Холдейна, который допускает рассчитывать ORs по таблице 2x2 для случаев, когда хотя бы одна из ячеек таблицы имеет значение ноль. Статистически значимыми считались различия при  $p<0,05$ .

Результаты и обсуждение. Как известно, при дефекте гена рецептора к коллагену ITGA2 усиливается прилипание тромбоцитов к эндотелию сосудов и к друг к другу, что приводит к повышенному тромбообразованию. Носительство генотипов СТ и СС полиморфизма rs1126643 (807 C>T) гена ITGA2 выявлено в 88% случаев при НИЭ и в 73% при ИЭ. Для носителей генотипа ТТ риск формирования вегетаций при ИЭ в два раза выше по сравнению с группой контроля, ОШ=2,36, 95% ДИ: 1,1-5,08,  $p=0,04$ . Нарушение фолатного цикла приводит к гипергомоцистеинемии, гиперкоагуляции и формированию тромботических масс на сердечных клапанах. Носительство генотипа GA rs1805087 (2756A>G) гена MTR значимо меньше встречается у пациентов с вегетациями, как инфекционной, так и неинфекционной этиологии,  $p=0,04$ .

Выводы. Для двух из двенадцати полиморфизмов обнаружена ассоциация с синдромом вегетаций на клапанном аппарате сердца. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения результатов на выборках большого объема, а также включение в анализ новых полиморфизмов для всесторонней оценки генетического вклада в развитие эндокардитов.

### Белок PCSK9 у молодых мужчин г. Новосибирска

Бенимецкая К.С., Смолина М.О., Ячменева М.П., Рагино Ю.И., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск

Введение. Пропртеин конвертаза субтилизин/кексин 9 типа (PCSK9), новая мишень гипополипидемической терапии, обладает множественными эффектами в организме человека, а также является перспективным маркером атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них.

Идея исследования заключается в том, что белок PCSK9 играет значительную роль в патогенезе атеросклероза и имеет прогностическую значимость в отношении неблагоприятного прогноза, в том числе сердечно-сосудистого.

Цель. Поскольку исследования PCSK9 в российской популяции единичны, хотя необходимы в силу популяционной специфичности, целью исследования было изучить концентрацию PCSK9 в популяции молодых мужчин г. Новосибирска, характер распределения и ассоциации изучаемого белка с показателями липидного обмена (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛВП), триглицериды (ТГ)).

Материалы и методы. В кросс-секционное исследование были включены 492 мужчины из популяционной выборки жителей

Октябрьского района г. Новосибирска в возрасте 25-45 лет, обследованных в скрининг-центре НИИТПМ - филиале ИЦиГ СО РАН. Уровни липидных показателей (ОХС, ТГ, ХС-ЛВП) в крови определяли энзиматическими методами. ХС-ЛНП рассчитывали по формуле Фридвалда. Методами иммуноферментного анализа (ИФА) был определен уровень белка PCSK9, используя тест-системы Human PCSK9 ELISA (BioVendor, Czech Republic). Для проведения статистического анализа использовалась программа SPSS (v.13). Проверка на нормальность распределения проводилась методом Колмогорова-Смирнова. Количественные признаки представлены как арифметическое среднее±стандартное отклонение и как медиана и межквартильный размах (25%; 75%). Сравнение в группах проводилось с помощью непараметрического метода Mann-Whitney. Многомерный анализ проводился с помощью множественной линейной регрессии: в качестве зависимой переменной использовался PCSK9, в качестве независимых переменных в модель включали курение, возраст, САД, ИМТ, ОХС.

Результаты. Средний уровень PCSK9 в популяционной группе составил 325,9±141,97 нг/мл. Распределение показателя PCSK9 в исследуемой группе значимо отличается от нормального ( $p < 0,001$ ). Медиана PCSK9 в исследуемой группе 300,19 нг/мл (240,2; 361,8). Сравнивали показатели PCSK9 в подгруппах, отличных по уровню ОХС. В подгруппе с уровнем ОХС менее 5 ммоль/л (238 мужчин) средний уровень PCSK9 составил 315,7±142,3 нг/мл. В подгруппе с уровнем ОХС более 5 ммоль/л (254 мужчины) средний уровень PCSK9 составил 335,378±141,28 нг/мл. Выявлено значимое различие между двумя подгруппами с разным уровнем ОХС: показатель PCSK9 статистически значимо выше в группе с ОХС > 5 ммоль/л ( $p = 0,048$ ). Сравнивали показатели PCSK9 в группах, контрастных по уровню ХС-ЛНП (ХС ЛНП  $\leq 3$  ммоль/л и  $> 3$  ммоль/л). Количество мужчин с уровнем ХС-ЛНП  $\leq 3$  ммоль/л составило 196, средний уровень PCSK9 в этой подгруппе 316,1±140,94 нг/мл. Количество мужчин с уровнем ХС-ЛНП  $> 3$  ммоль/л составило 295. Средний уровень PCSK9 в этой подгруппе 332,86±142,47 нг/мл. Выявлено значимое различие в этих подгруппах: показатель PCSK9 статистически значимо выше в группе с ХС-ЛНП  $> 3$  ммоль/л ( $p = 0,041$ ). С помощью анализа по Спирману выявлена слабая корреляционная связь PCSK9 с ОХС, ХС-ЛНП:  $r_s = 0,115$  ( $p = 0,011$ );  $r_s = 0,091$  ( $p = 0,043$ ). В результате регрессионного анализа была получена положительная ассоциация PCSK9 с ОХС ( $p = 0,017$ ). Пошаговый регрессионный анализ подтвердил связь PCSK9 с ОХС ( $B = 16,904$  (6,225);  $p = 0,007$ ).

Обсуждение. Получены данные о концентрации белка PCSK9, а также о корреляционных связях и ассоциациях его с липидными параметрами в популяции молодых мужчин г. Новосибирска, такая оценка выполнена впервые на российской популяции. Полученные данные представляют интерес в силу популяционной специфичности PCSK9 и его взаимосвязей с показателями липидного обмена.

Заключение. Наличие ассоциаций PCSK9 с атерогенными фракциями липопротеидов позволяют предположить роль PCSK9 в кардиометаболическом гомеостазе и его прогностическую значимость в отношении атеросклероз ассоциированных заболеваний, что является предметом дальнейшего изучения в рамках текущего исследования. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-34-00763.

## Дефицит микроэлементов: роль в формировании фибрилляции предсердий при болезни Грейвса

Виниченко Д.С., Квиткова Л.В.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Цель. Оценить вклад дефицита селена, цинка, меди в формировании фибрилляции предсердий при болезни Грейвса.

Материалы и методы. В исследование включены 113 женщин 25-60 лет, поступивших на оперативное лечение с диагнозом болезнь Грейвса (БГ). Больные разделены на 2 группы: 1-я – со средней степенью – 54% ( $n = 61$ ), 2-я группа – с тяжелой степенью тяжести – 46% ( $n = 52$ ). Контрольную группу составили 37 женщин без патологии сердечно-сосудистой системы и щитовидной железы (ЩЖ) аналогичного возраста. При обследовании всех пациентов за референсный диапазон принимали значения ТТГ – 0,4-4,0 мкЕд/мл, св.Т4 – 9-22 пмоль/л, АТ к рецептору ТТГ  $\leq 1,0$  МЕ/л, объем ЩЖ 9-18 см<sup>3</sup>, содержание цинка в волосах – 180-230 мкг/г, меди в волосах – 11-17 мкг/г, селена в волосах – 0,2-1,8 мкг/г. Всем проведено УЗИ ЩЖ на аппарате Mindray DC-3, ЭКГ на аппарате Sciller Cardiovit AT-1, Эхо-КГ на аппарате Vivid 7,0 demention. Полученные данные проанализированы в Statistica 6.1. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов с БГ на стандартной тиреостатической терапии (ТТ) достигнут субклинический тиреотоксикоз: уровень ТТГ – 0,07 (0,04; 0,12) мЕд/л, св. Т4 – 18,5 (17,0; 19,5) пмоль/л. Значения АТ к рТТГ – 16,5 (9,5; 22,3) МЕ/л и объем ЩЖ – 32,0 (26,0; 40,3) см<sup>3</sup> сохранялись повышенными. В контрольной группе все показатели находились в референсном диапазоне. По данным выкопировок из амбулаторных карт в период декомпенсации БГ у 59,6% ( $n = 31$ ) пациентов с тяжелым тиреотоксикозом была зарегистрирована фибрилляция предсердий (ФП): у 19,2% ( $n = 10$ ) – персистирующая форма, у 40,4% ( $n = 21$ ) – пароксизмальная форма ( $p = 0,01$ ). ФП чаще встречалась среди пациентов с несвоевременным назначением ТТ (3,5 месяца и позднее от дебюта БГ) – 59,6,0% ( $n = 31$ ) ( $p = 0,01$ ), титром АТ к ТТГ 11,0 и выше МЕ/л – 59,6% ( $n = 31$ ) ( $p = 0,01$ ), уровнем Т4 св. – 32,0 пмоль/л и выше – 55,8% ( $n = 29$ ) ( $p = 0,01$ ), объемом ЩЖ 32,0 см<sup>3</sup> и более – 57,7% ( $n = 30$ ) ( $p = 0,01$ ).

Результаты исследования продемонстрировали, что одной из причин ФП при БГ является недостаточная обеспеченность организма микроэлементами (МЭ). Так, при ФП у пациентов с БГ значительно чаще встречается – 77,4% ( $n = 24$ ) и более выражен дефицит цинка 154,0 (118,8; 171,3) мкг/г, меди – 67,7% ( $n = 21$ ) и 7,0(5,5;8,0) мкг/г, селена – 70,9% ( $n = 22$ ) и 0,16 (0,15; 0,17) мкг/г, чем у здоровых лиц: цинка 27,0% ( $n = 10$ ) и 177,5 (175,0; 179,0) мкг/г ( $p = 0,01$ ) ( $p = 0,01$ ), меди – 10,8% ( $n = 4$ ) и 10,0(9,5; 10,5) мкг/г ( $p = 0,01$ ), ( $p = 0,01$ ) селена – 15,5% ( $n = 6$ ) и 0,16(0,15; 0,17) мкг/г ( $p = 0,01$ ) ( $p = 0,01$ ). С помощью метода логистической регрессии и рок-анализа была разработана диагностическая модель и таблица факторов риска развития ФП в баллах. Оценивались следующие факторы риска: ТТГ, св.Т4, АТ к рТТГ, объем ЩЖ, сроки назначения ТТ, уровень цинка, селена, меди в волосах (в дебюте БГ). По уравнениям регрессии минимальное количество баллов (8) определяет наименьшую вероятность наличия ФП (0), а максимальное число баллов (32) увеличивает риск до 97,0%. При проведении градации рисков были установлены: низкий риск ФП- 8 баллов, средний риск – 9-16 баллов, высокий – 17-32 баллов. Таким образом, одним из возможных факторов риска ФП при БГ, помимо

уровня ТТГ, св.Т4, АТ к рТТГ, объема ЩЖ, сроков назначения ТТ, является недостаточная обеспеченность организма МЭ. Полученные данные позволяют считать, что с целью персонализированного подхода к профилактике ФП целесообразно определение селена, цинка, меди в волосах больных в дебюте БГ и в процессе динамического наблюдения за пациентами с последующей коррекцией МЭ на фоне ТТ.

Выводы: 1. При ФП у пациентов с БГ значительно чаще встречается и более выражен дефицит цинка 77,4% (n = 24) и 154,0(118,8; 171,3) мкг/г; меди – 67,7% (n=21) и 7,0(5,5;8,0) мкг/г; селена – 70,9%(n=22) и 0,16(0,15; 0,17) мкг/г, чем у здоровых лиц: цинка 27,0% (n=10) 177,5(175,0; 179,0)мкг/г (p=0,01) (p=0,01), меди – 10,8% (n=4) и 10,0(9,5; 10,5)мкг/г (p=0,01) (p=0,01), селена – 15,5% (n=6) 0,16(0,15; 0,17) мкг/г(p=0,01) (p=0,01). 2. Разработанная с помощью метода логистической регрессии и рок-анализа модель важнейших прогностических факторов позволяет оценить риск развития ФП у больных БГ и дифференцированно подойти к ее профилактике: при низком риске ФП, помимо ТТ рекомендовать продукты с повышенным содержанием селена, цинка, меди, при среднем и высоком назначать препараты с повышенным содержанием этих МЭ.

### **Возможности персонализированной терапии при стентировании по поводу острого коронарного синдрома с учетом генетических полиморфизмов у пациентов бурятской национальности**

*Зеленская Е.М., Воронина Е.Н., Донирова О.С., Николаев К.Ю., Лифшиц Г.И.*

*Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Новосибирск, Улан-Уде*

Введение. Одним из препаратов для антитромбоцитарной терапии в кардиологии является клопидогрел, использование которого позволяет снизить частоту тромботических осложнений. Изменение активности белков, участвующих в транспорте и метаболизме клопидогрела, в частности белков системы цитохрома P450, особенно CYP2C19, является одной из причин неэффективности антитромбоцитарной терапии, манифестирующейся тромбозом стента после стентирования коронарных сосудов. Показано, что пациенты-носители хотя бы одного аллеля CYP2C19\*2 имеют более высокую остаточную реактивность тромбоцитов после приема клопидогрела, что ассоциируется с плохим клиническим исходом после установки коронарного стента и повышением вероятности его тромбоза. Так, встречаемость аллелей CYP2C19\*2 и CYP2C19\*3, определяющих измененный метаболизм, составляет у европеоидов и негроидов 1-8% и 13-23% у азиатов, а это является существенным для гетерогенной популяции Сибири. У пациентов-носителей другого минорного аллеля, CYP2C19\*17, чаще встречаются малые и большие кровотечения на фоне приема клопидогрела, что делает его менее безопасным для применения у таких пациентов. По данным литературы, у европеоидов этот аллель встречается с частотой 17-27%, среди азиатов – с частотой 0,4-4% по разным данным.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости аллельных вариантов CYP2C19\*2, CYP2C19\*3 и CYP2C19\*17 у пациентов с ОКС русской и бурятской национальности.

Материалы и методы: в исследование включено 306 пациентов русской национальности и 23 бурята, жителей Новосибирска, Иркутска,

Кемерово, Сургута и Улан Уде, поступивших по экстренным показаниям для чрескожного вмешательства по поводу острого коронарного синдрома и стентирования коронарных сосудов, принимающих клопидогрел в течение исследования. Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическими комитетами всех участвующих клинических центров (25 мая 2018 года, Протокол 17). До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие. Пациенты прошли 4 визита (при поступлении, 48±6 ч после стентирования, день выписки из стационара и 30±3 суток после стентирования) для оценки конечных точек эффективности и безопасности. Для сравнительного анализа конечных точек пациенты стратифицированы по носительству аллеля CYP2C19\*2, CYP2C19\*3 и CYP2C19\*17. В качестве конечной точки эффективности выступает определенный или вероятный тромбоз коронарного стента по критериям Academic Research Consortium. В качестве конечной точки безопасности выступают большие и умеренные клинически значимые кровотечения. Сбор данных на визитах 1-3 проведен в форме осмотра, на визите 4 – в форме телефонного контакта.

Результаты. У пациентов русской национальности чаще встречается аллельный вариант CYP2C19\*2 (частота минорного аллеля – 11,8%), связанный со снижением эффективности клопидогрела, а аллель CYP2C19\*3 встречается намного реже (1,1%). Однако среди бурят отмечена более высокая частота аллеля CYP2C19\*3 (13%), сравнимая с частотой аллельного варианта CYP2C19\*2 (13%). У пациентов бурятской национальности ожидается более частые осложнения после ЧКВ, связанные с неэффективностью клопидогрела. Аллель CYP2C19\*17 встречается среди европеоидов с частотой 29% по нашим данным, что коррелирует с данными литературы. Однако у пациентов бурятской национальности частота минорного аллеля CYP2C19\*17 составила 6,5%.

Обсуждение. На территории Сибири среди русских чаще встречается аллельный вариант CYP2C19\*2, связанный со снижением эффективности клопидогрела, чем аллель CYP2C19\*3, который не встречается практически совсем. Однако среди бурят отмечена более высокая частота минорного аллеля CYP2C19\*3, сравнимая с частотой аллельного варианта CYP2C19\*2 как среди бурят, так и среди русских. Аллельный вариант CYP2C19\*17 среди пациентов русской национальности встречается гораздо чаще, чем у пациентов бурятской национальности.

Выводы. У пациентов бурятской национальности можно прогнозировать более редкое возникновение малых и больших кровотечений, но более частую неэффективность и возникновение тромботических осложнений на фоне приема клопидогрела после стентирования коронарных сосудов, чем у русских. Полученные данные позволяют рекомендовать использование других антиагрегантов в лечении пациентов бурятской национальности с ОКС.

### **Содержание сывороточных цитокинов при циррозах печени**

*Лоле О.Ю., Куликов В.Е., Николаева К.В., Казакова О.Г.*

*Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород*

Для оценки уровней сывороточных цитокинемий и их взаимосвязей при циррозах печени в зависимости от класса тяжести по Child – Pugh



и уровня портального давления было проведено исследование сывороточных уровней интерлейкина – 2, интерлейкина – 6, фактора некроза опухоли альфа при циррозах печени классов А, В, С по Child – Pugh. Концентрации цитокинов определялись методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Цель исследования: изучить сывороточные концентрации ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО- $\alpha$  и их взаимосвязи для определения цитокинового статуса у пациентов с ЦП в зависимости от класса тяжести по Child – Pugh и уровня портального давления.

Материал и методы. Обследовано 107 (87 (81,3%) мужчин и 20 (18,7%) женщин) пациентов с ЦП в исходе хронических гепатитов. Возрастной период больных колебался от 30 до 69 лет (средний возраст составил 57,3 $\pm$ 4,6 лет). Для подтверждения диагноза ЦП, его этиологии, стадии компенсации и осложнений изучались клиническая картина и анамнез заболевания, проводился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Клинико-биохимические исследования крови проводились ферментативным, колориметрическим, ферментативно-колориметрическим, иммунотурбидиметрическим и кинетическим методами диагностическим комплексом Cobas 6000 (Roche Diagnostics). Определения уровней ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  были основаны на методе твердофазного «сэндвич»-варианте иммуноферментного анализа. Стадия ЦП оценивалась по METAVIR с использованием классификационной счетной шкалы Bonacini и соноэластографией. Уровень портального давления определялся ультразвуковой доплеросонографией с использованием эмпирической формулой расчета, прямой трансюгулярной портографией с портометрией. Обработка полученных клинических и лабораторно-инструментальных данных осуществлялась с помощью критериев параметрической и непараметрической статистик.

Результаты и обсуждения. При ЦП в зависимости от стадии компенсации отмечается общая тенденция к увеличению уровней сывороточных концентраций ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ . Между сывороточными концентрациями цитокинов при циррозах печени классов А, В, С наиболее значимые корреляционные взаимосвязи наблюдаются между фактором некроза опухоли- $\alpha$  и интерлейкином-6 при циррозе печени класса А ( $r=0,499$ ), фактором некроза опухоли- $\alpha$  и интерлейкином-2 при циррозе печени класса В ( $r=0,521$ ). Следовательно, повышение сывороточной концентрации ФНО- $\alpha$  сопровождается увеличением концентрации ИЛ-2 и ИЛ-6 у пациентов с циррозом печени. В зависимости от стадии компенсации цирроза печени отмечается тенденция к увеличению уровней всех исследуемых в крови цитокинов, но в пределах референсных значений, за исключением ИЛ-6. Различия в среднем уровне цитокинов отмечались только между ЦП классов А и С. Кроме того, при исследовании цитокинового профиля больных ЦП с маркерами ХВГ С и ХВГ В обнаружены существенные и разнонаправленные изменения содержания многих лимфокинов в сыворотке крови, входящих в набор иммунорегуляторных молекул, характерный для клона Т-лимфоцитов, что может отражать усиление активности Т-хелперных клеток первого типа. Сывороточная концентрация интерлейкина-6 возрастает при циррозах печени и может оставаться без динамики на последующих периодах прогрессирования заболевания.

Выводы. Представленные данные указывают на значительную патогенетическую роль изменения продукции цитокинов в процессе формирования хронического воспалительного процесса. Отмечается повышение сывороточной концентрации ИЛ-2 и ФНО- $\alpha$  при ЦП. При этом присутствовала корреляция с параметрами воспалительного процесса (активность трансаминаз – АлАт, АсАт) со степенью функциональных нарушений (протромбиновое время, концентрация

сывороточного альбумина), гиперпродукция провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6 вызывает повреждения печени и коррелирует с тяжестью течения ЦП. Кроме того, на фоне снижения компенсации цирроза печени отмечается увеличение сывороточных уровней ИЛ2, ИЛ6 и ФНО $\alpha$  в пределах референсных значений, за исключением уровня ИЛ-6 при циррозе печени класса С с наибольшим уровнем портального давления. Значимая корреляционная связь отмечается между ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 ( $r=0,499$ ) при циррозе печени класса А, между ФНО -  $\alpha$  и ИЛ-2 ( $r=0,521$ ) при циррозе печени класса В. Количественные соотношения между цитокинами могут определяться направлением развития воспалительного ответа и стадией компенсации ЦП.

## Частота инфаркта миокарда в выборке мужчин и женщин с метаболически здоровым ожирением

*Мустафина С.В., Козупеева Д.А., Малютина С.К., Щербакова Л.В., Рымар О.Д.*

*Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск*

Цель: оценить частоту новых случаев инфаркта миокарда у лиц с метаболически здоровым ожирением, в популяционной выборке г. Новосибирска.

Материалы и методы. В 2003-2006 гг. было проведено эпидемиологическое обследование НАPIEE населения 45-69 лет г. Новосибирска. Обработка проспективных данных проводилась на 3054 респондентах с индексом массы тела (ИМТ)  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>, из них 816 (26,7%) – мужчины и 2238 (73,2%) – женщины. Средний возраст обследованных в 2003-2006 гг. составил 58,2 $\pm$ 0,07 лет. Для анализа использованы критерии метаболически здорового ожирения (МЗО): NCEP ATP III 2001, IDF 2005 и обследованные без единого фактора риска по IDF 2005. Впервые возникшие новые случаи инфаркта миокарда (ИМ) регистрировались в период наблюдения с 2003-2018. Регистрация всех случаев ИМ проводилась на основе программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». Всего зарегистрировано 100 случаев впервые возникшего инфаркта. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS, v-13.

Результаты. Частота впервые возникшего инфаркта миокарда по критериям NCP ATP III составила 1,9% (n=25) у метаболически здоровых лиц, а при метаболическом синдроме (МС) – 4,2% (n=75),  $p < 0,001$ ; по критериям IDF у лиц с МЗО -1,8 % (n=13), у лиц с МС – 3,7% (n=87),  $p = 0,01$ ; у лиц с ожирением без какого-либо фактора риска – 2,4% (n=45), лиц с МС – 4,7% (n=55),  $p < 0,001$ . Частота впервые возникшего инфаркта миокарда выше в группе с МС как у мужчин – 7,6% (n=38), без МС – 3,8% (n=12),  $p = 0,003$ , так и у женщин – 3,5% (n=28), без МС – 1,5% (n=22),  $p = 0,002$ . При сравнительном анализе гендерных особенностей обращают на себя внимание следующие данные: в группе метаболически здорового ожирения по критериям NCEP ATP III, частота впервые возникшего инфаркта выше у мужчин – 3,8% (n=12), чем у женщин 1,3% (n=13),  $p = 0,005$ . В мужской популяции при ожирении без факторов риска частота инфаркта миокарда статистически значимо выше и составляет – 5,2% (n=23), в сравнении с женщинами – 1,5% (n=22),  $p < 0,001$ , так и внутри группы. В группе МЗО по критериям IDF не получено достоверных различий в частоте впервые возникшего инфаркта миокарда у мужчин и женщин – 3,2% (n=5) и 1,4% (n=8),  $p = 0,1$  соответственно. Относительный риск

инфаркта миокарда у лиц с МЗО по критериям IDF, NCEP ATP III и у лиц с ожирением без единого фактора кардиометаболического риска ниже, чем в группе с ожирением и МС – OR=2,08 (95% ДИ: 1,1;3,7); OR=2,2 (95%ДИ:1,4;35); OR= 1,9 (95%ДИ:1,3;2,9).

Выводы: 1. У лиц с метаболически здоровым ожирением частота инфаркта миокарда ниже, чем в группах с МС по всем изучаемым критериям,  $p < 0,001$ . 2. В мужской выборке с МЗО по критериям NCEP ATP III и у лиц с ожирением без единого фактора риска частота сердечно-сосудистой смертности выше, чем у женщин. 3. Относительный риск инфаркта миокарда в группе с метаболически здоровым ожирением в среднем в два раза ниже, чем в группе с метаболическим синдромом по всем анализируемым классификациям. Ключевые слова: инфаркт миокарда, метаболически здоровое ожирение, метаболический синдром.

### **Вариации пищевого поведения и хронобиологических ритмов как предикторы абдоминального ожирения**

*Сотникова Ю.М., Квиткова Л.В., Смакотина С.А.*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово*

На сегодняшний день масштабы распространения ожирения носят характер пандемии, которую не представляется возможным объяснить лишь с позиции злоупотребления высококалорийной пищей и малоподвижного образа жизни. В связи со сложившейся ситуацией необходим поиск и других причин развития ожирения.

Цель исследования: оценить влияние расстройств пищевого поведения (ПП) и различных хронотипов (ХР) в формировании абдоминального ожирения (АО) у мужчин среднего возраста.

Задачи исследования: 1. Проанализировать варианты ПП и ХР у больных с АО. 2. Оценить наличие различий в окружности талии (ОТ) у пациентов с АО с разным типом ПП, ХР. 3. Оценить наличие связи между ХР и ПП у пациентов с АО.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 84 мужчины в возрасте 45-60 лет с АО (ОТ 94 см и более) согласно критериям Международной федерации диабета (The International Diabetes Federation, IDF) 2005 года. Критерии исключения: женский пол, возраст моложе 45 и старше 60 лет, симптоматические формы ожирения, тяжелая соматическая и онкологическая патология, психические и инфекционные заболевания в анамнезе, наличие нарушений углеводного обмена. Всем проводились антропометрические измерения, включавшие определение массы тела (кг), роста (см), ОТ (см). У всех рассчитывался индекс массы тела (ИМТ): масса тела (кг)/рост (м<sup>2</sup>) и степень ожирения (по ИМТ) в соответствии с критериями ВОЗ (1997 год). Хронотип пациентов определялся по опроснику Хорна-Остберга (Morningness – eveningness Questionnaire, Horne J.A., Ostberg O., 1976 год). Для определения типа пищевого поведения использовался голландский опросник DEBQ (The Dutch Eating Behavior Questionnaire, T. Van Strein и соавторы, 1986 год). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 - процентиля - Ме [25;75]. Уровень статистической значимости (p) принимался равным 0,05. Результаты исследования. Возраст пациентов составил 59 [57;60] лет, ИМТ – 34,5 [31,6;37,3] кг/м<sup>2</sup>, ОТ – 109 [101;116] см. Первую степень ожирения имели 53,6% (n=45), вторую – 32,1% (n=27),

третью степень – 14,3% (n=12). Все пациенты имели нарушения ПП, наиболее частым вариантом были расстройства по эмоциогенному типу (ЭмпП) – 46,4% (n=39) и экстеральному типу (ЭкПП) – 42,9% (n=36), ограничительный тип ПП (ОПП) имели – 10,7% (n=9). Среди пациентов преобладал ХР «сова» – 53,6% (n=45), вариант «голубь» имели 25% (n=21), а тип «жаворонок» – 21,4% (n=18). При проведении оценки различий ОТ у пациентов с ожирением, разделенных на 3 группы, в соответствии с типом ПП, выявлены статистически значимые различия между группами (критерий Краскела-Уоллиса,  $p=0,0034$ ). Парное сравнение ОТ у пациентов с разным типом ПП продемонстрировало, что ОТ была значимо выше у пациентов с ЭмпП (115 [102;120] см) и ОПП (111 [104; 120] см), чем у пациентов с ЭкПП (105 [100;110] см),  $p=0,001$  и  $p=0,002$ . При этом, достоверных различий в ОТ у пациентов с ЭмпП и ОПП не обнаружено,  $p=0,68$ . Значимое влияние на ОТ оказывало преобладание того или иного варианта ХР (критерий Краскела-Уоллиса,  $p=0,0026$ ): у пациентов с ХР «сова» ОТ (111 [104;120] см) была достоверно выше, чем у пациентов с ХР «жаворонок» (105 [99;111] см) и «голубь» (103 [100;106] см),  $p=0,034$  и  $p=0,002$ . При сравнении ОТ у пациентов с ХР «жаворонок» и «голубь» достоверных различий не обнаружено,  $p=1,62$ .

Результаты исследования позволили установить зависимость между типом ПП и ХР (критерий хи-квадрат=14,21,  $p=0,006$ , у лиц с ХР «сова» чаще встречается ЭмпП (80%), ЭкПП (70%), чем ОПП, по сравнению с лицами с ХР «жаворонок», у которых преобладает ОПП, точный критерий Фишера,  $p=0,0154$ ,  $p=0,04$ , также у лиц с ХР «сова» преобладает ЭмпП (72,7%), ЭкПП (77,8%) над ОПП, по отношению к лицам с ХР «голубь», у которых чаще встречается ОПП, точный критерий Фишера,  $p=0,00153$ ,  $p=0,00083$ ).

Выводы: 1. При АО у всех пациентов нарушено ПП: преобладает ЭмпП - 46,4% (n=39) и ЭкПП - 42,9% (n=36). 2. Среди вариантов хронотипа для больных с АО наиболее часто встречается ХР «сова» – 53,6% (n=45). 3. Более высокий показатель ОТ характерен для пациентов с ЭмпП, ОПП, ХР «сова». 4. У пациентов с АО установлена достоверная ассоциация между ХР «сова» и ЭмпП или ЭкПП.

### **Клинико-рентгенологические особенности пациентов с интерстициальными заболеваниями легких**

*Хусаинова Е.С., Зубрицкая И.А.*

*Государственная новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск*

Введение. Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – гетерогенная группа заболеваний известной и неизвестной этиологии, при которых имеет место первичное поражение легочного интерстиция, с развитием фиброза. Выделяют 4 группы ИЗЛ. В первую группу входят интерстициальные поражения легких известной этиологии: при системных заболеваниях соединительной ткани (СЗСТ), гиперсенситивный пневмонит (ГП), развивающийся в ответ на повторную ингаляцию различных аллергенов. Следующая по распространенности группа ИЗЛ – идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП), которая включает идиопатический легочный фиброз (ИЛФ), как самую часто встречающуюся форму и другие формы ИИП – не – ИЛФ. Также в группу ИЗЛ включены гранулематозные болезни легких, и другие редко встречающиеся формы: лимфангиолейомиоматоз, легочный альвеолярный протеиноз, гистиоцитоз Х и др.

Цель. Определить клинико-рентгенологические, морфологические критерии, позволяющие своевременно диагностировать заболевание из группы ИЗЛ.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезней 74 пациентов, находящихся на обследовании и лечении в пульмонологическом и хирургическом торакальном отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ, которым был установлен диагноз интерстициального поражения легких (I84.0). Всем пациентам были выполнены: мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (МСКТ ОГК), общеклиническое обследование.

Результаты и их обсуждение: I группа – 8 пациентов. Среди них ГП выявлен у 6 человек (8,1%). У 2 человек (2,7%) установлен диагноз поражения легких в рамках СЗСТ: 1 случай ревматоидного артрита (РА), 1 случай системной красной волчанки (СКВ). У пациентов с ГП средний возраст –  $52,33 \pm 0,1$  года. Выявлены профессиональные вредные факторы, либо неблагоприятные бытовые условия. По МСКТ ОГК выявлены изменения по типу «матового стекла», у двоих пациентов отмечено формирование «сотового легкого». У пациента с РА суставной синдром коррелировал с одышкой и ретикулярными изменениями в легких. У пациентки с СКВ отмечалось поражение кожи, почек в сочетании с одышкой. Во II группе – идиопатические интерстициальные пневмонии у 27 человек (36,5%) установлен диагноз идиопатический легочный фиброз (ИЛФ). У 8 человек (29,6 %) диагноз подтвержден гистологически – паттерн обычной интерстициальной пневмонии (неоднородность изменений ткани легкого, фибробластические фокусы с «сотовыми» изменениями). У 17 человек (62,96%) отмечено медленное прогрессирование заболевания. У 10 человек (37 %) отмечалось быстро прогрессирующее течение заболевания, у двоих наступил летальный исход. Средний

возраст составил  $64,4 \pm 0,1$  года. Среди пациентов с ИЛФ: мужчин – 51,8% – 14 человек, женщин – 48,2% (13 человек). Основная жалоба – инспираторная одышка. У 12 человек (44,4%) обнаружены изменения ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек», у всех больных выявлен характерный аускультативный признак – крепитация Velcro. Неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП) выявлена у 17 человек (22,9%). Средний возраст больных НСИП –  $61 \pm 0,1$  года. Основная жалоба – инспираторная одышка. По МСКТ ОГК – двусторонние изменения по типу «матового стекла». Криптогенная организуемая пневмония обнаружена у 6 человек (8,1%). Средний возраст пациентов –  $59,66 \pm 0,1$  года. По данным МСКТ ОГК – двусторонние плотные пятнистые очаги в легких. Острая интерстициальная пневмония выявлена у 4 человек (5,4%). Лимфоидная интерстициальная пневмония выявлена у 1 человека. Диагноз был подтвержден морфологически. Среди редких ИЗЛ у 5 человек (6,75%) был выявлен лимфангиолейомиоматоз (ЛАМ). Все пациентки женского пола, всем выполнена гистологическая верификация диагноза. По МСКТ ОГК – многочисленные пневматоцеле, минимальный пневмоторакс. У 2 человек (2,7%) установлен диагноз легочный альвеолярный протеиноз, который подтвержден гистологически. У 1 пациента по данным МСКТ ОГК был установлен диагноз респираторный бронхолит, ассоциированный с ИЗЛ.

Заключение. В последнее время отмечается увеличение количества больных с интерстициальными заболеваниями легких. Немаловажное значение имеет улучшение качества диагностики этих заболеваний. Для раннего выявления ИЗЛ необходим детальный сбор анамнеза, правильная интерпретация клинических, рентгенологических, данных.





# **Сборник материалов VI Съезд терапевтов Сибири**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 14.09.2018. Подписано в печать 18.09.2018. 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



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

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

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ

ШИРОКАЯ ГЕОГРАФИЯ  
МЕРОПРИЯТИЯ  
БОЛЕЕ ЧЕМ В 50  
ГОРОДАХ РОССИИ

МАСШТАБ  
МЕРОПРИЯТИЙ  
**ДО 10 000 ДЕЛЕГАТОВ**

**ПОСТАВЬ Точку В ВЫБОРЕ КОНГРЕСС-ОПЕРАТОРА**



Посвящается 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 <https://congress.rnmot.ru>

Конгресс-оператор:



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