



Российское научное медицинское общество терапевтов
Министерство здравоохранения РФ
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Евразийская Ассоциация Терапевтов (EAT)
Министерство здравоохранения Свердловской области
Уральский государственный медицинский университет
Свердловское областное научно-практическое общество терапевтов им. Б.П. Кушелевского

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



Съезд терапевтов Уральского федерального округа

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

1–2 ноября 2018 года
Екатеринбург

Центр международной торговли Екатеринбург
ул. Куйбышева, д. 44-Д

Генеральные информационные партнеры





190
лет

памяти профессора
А.Г. Захарьина

- 14-15 февраля, **Саратов**, 50-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 28 февраля, **Черкесск**, 51-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 14-15 марта, **Краснодар**, 52-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 28-29 марта, **Томск**, 53-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 5-6 апреля, **Нижний Новгород**, V Съезд терапевтов Приволжского федерального округа
- 25-26 апреля, **Пятигорск**, 54-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 14-15 мая, **Барнаул**, 55-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 28-29 мая, **Москва**, III Терапевтический форум "Мультидисциплинарный больной", III Всероссийская конференция молодых терапевтов
- 6-7 июня, **Хабаровск**, II Съезд терапевтов Дальнего Востока
- 20-21 июня, **Владикавказ**, 56-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 19-20 сентября, **Якутск**, III Съезд терапевтов республики Саха (Якутия)
- 26-27 сентября, **Сургут**, 57-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 3-4 октября, **Мурманск**, 58-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 17-18 октября, **Ростов-на-Дону**, VI Съезд терапевтов Южного федерального округа
- 31-1 октября/ноября, **Саранск**, 59-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 20-22 ноября, **Москва**, XIV Национальный Конгресс терапевтов
- 5-6 декабря, **Иваново**, 60-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

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

Содержание

Организаторы и оргкомитет	3
Обращение к участникам.....	6
Страницы истории	8
Программа	10
Каталог выставки	16
Сборник тезисов	33

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

www.kstinterforum.ru

Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов

Министерство здравоохранения РФ

Комитет по социальной политике Совета Федерации

Общество врачей России

Международное общество внутренней медицины (ISIM)

Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)

Евразийская Ассоциация Терапевтов (ЕАТ)

Министерство здравоохранения Свердловской области

Уральский государственный медицинский университет

Свердловское областное научно-практическое общество терапевтов им. Б.П. Кушелевского

Оргкомитет

Сопредседатели

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

Цветков Андрей Игоревич – министр здравоохранения Свердловской области

Ковтун Ольга Петровна – ректор ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, член-корр. РАН, профессор, д.м.н.

Оргкомитет

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

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

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

Виноградов Александр Владимирович – главный терапевт Министерства здравоохранения Свердловской области

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

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

Лещенко Игорь Викторович – главный пульмонолог Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранения г. Екатеринбурга, научный руководитель клиники ГКБ № 33 г. Екатеринбурга и Екатеринбургского филиала НИИ пульмонологии, д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии Уральской государственной медицинской академии

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

Медведева Ирина Васильевна – главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Уральского федерального округа, ректор Тюменского государственного медицинского университета, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор

Николаенко Татьяна Максимовна – начальник отдела координации по вопросам здравоохранения Уральского федерального округа

Резник Инна Ильинична – председатель Свердловского областного научно-практического общества терапевтов им. Б.П. Кушелевского, д.м.н., профессор кафедры терапии факультета повышения квалификации врачей Уральской государственной медицинской академии

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

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



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

Уважаемые коллеги!



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

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

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

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

С нетерпением жду встречи на Съезде!

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

Уважаемые участники и гости IV съезда терапевтов УФО!

Здравоохранение России, Уральского округа и Свердловской области с каждым днем увеличивает научный и практический потенциал. Медицина развивается ежедневно, создавая и внедряя инновации в практику, позволяющие ускорить процесс реабилитации и выздоровления пациента.

В повестке работы в рамках IV съезда терапевтов Уральского федерального округа нам предстоит обсудить целый ряд тем, связанных со стратегическим ориентированием системы здравоохранения и медицинского образования. Большое внимание будет уделено терапии, внутренним болезням и совершенствованию комплекса профилактических мероприятий.

Уверена, съезд терапевтов Уральского федерального округа 2018 года станет эффективной площадкой профессионального обсуждения актуальных вопросов во благо сохранения здоровья уральцев. Конструктивные идеи и содержательные предложения обязательно будут востребованы в практическом здравоохранении. Желаю всем успешной и плодотворной работы!



**Ректор ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,
член-корр. РАН, профессор, д.м.н.
О.П. Ковтун**

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.

Программа

1 ноября

Кино-конференц зал

Конференц-зал №1

Конференц-зал №2

09:00					09:00
09:15					09:15
09:30					09:30
09:45		Официальное открытие съезда			09:45
10:00		пленарное заседание			10:00
10:15		30' / Мартынов А.И. (Москва)			10:15
10:30		30' / Спасский А.А. (Москва)			10:30
10:45		30' / Кокарин В.А. (Москва)			10:45
11:00					11:00
11:15					11:15
11:30					11:30
11:45					11:45
12:00		СИМПОЗИУМ Современные возможности лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. <i>Председатель Лазебник Л.Б. (Москва)</i>		СИМПОЗИУМ Вопросы общей нефрологии. <i>Сопредседатели: Мазалова Н.С. (Екатеринбург), Столяр А.Г. (Екатеринбург)</i>	12:00
12:15					12:15
12:30					12:30
12:45					12:45
13:00					13:00
13:15					13:15
13:30					13:30
13:45					13:45
14:00		Обед		Обед	14:00
14:15					14:15
14:30		СИМПОЗИУМ Современные методы лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и эндокринной патологией. <i>Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Кокарин В.А. (Москва)</i>		Современные вопросы диагностики и лечения респираторных заболеваний. <i>Сопредседатели: Лещенко И.В. (Екатеринбург), Матявин А.Г. (Москва)</i>	14:30
14:45					14:45
15:00					15:00
15:15					15:15
15:30					15:30
15:45					15:45
16:00		СИМПОЗИУМ Проблема хронических заболеваний печени, как основная причина смертности в гастроэнтерологии. <i>Сопредседатели: Бессонова Е.Н. (Екатеринбург), Новожилова Е.П. (Екатеринбург)</i>		Встреча членов Президиума РНМОТ с активом терапевтического сообщества региона.	16:00
16:15					16:15
16:30					16:30
16:45					16:45
17:00					17:00
17:15					17:15
17:30					17:30
17:45					17:45
18:00					18:00

2 ноября

Конференц-зал №1

Конференц-зал №2

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30				09:30
09:45				09:45
10:00	СИМПОЗИУМ Сахарный диабет в практике врача-терапевта. <i>Сопредседатели: Киселева Т.П. (Екатеринбург), Резник И.И. (Екатеринбург)</i>		коммерческий симпозиум компании Биотехнос (не входит в программу для НМО) Междисциплинарный подход как основа эффективного лечения больных с остеоартритом и болью в спине. <i>Председатель Бердюжин К.А. (Екатеринбург)</i>	10:00
10:15				10:15
10:30				10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15				11:15
11:30	СИМПОЗИУМ Когнитивные нарушения в практике терапевта – возрастные аспекты диагностики, профилактики и лечения. <i>Сопредседатели: Гусев В.В. (Екатеринбург), Якушин М.А. (Москва)</i>		СИМПОЗИУМ Актуальные вопросы внутренней медицины. <i>Сопредседатели: Наумов А.В. (Москва), Курташова К.И. (Екатеринбург)</i>	11:30
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30				12:30
12:45				12:45
13:00				13:00
13:15				13:15
13:30	СИМПОЗИУМ Современные методы диагностики и лечения в общетерапевтической практике. <i>Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Ефимова Л.П. (Сурагут)</i>		СИМПОЗИУМ Вопросы кардионефрологии. <i>Сопредседатели: Архипов М.В. (Екатеринбург), Резник И.И. (Екатеринбург)</i>	13:30
13:45				13:45
14:00				14:00
14:15				14:15
14:30				14:30
14:45				14:45
15:00	СИМПОЗИУМ Некоронарогенная патология сердца: избранные главы. <i>Сопредседатели: Резник И.И. (Екатеринбург), Кочинаева В.В. (Екатеринбург)</i>		мастер-класс Сухая теория без практики – учимся оживать!: массаж, дыхание, электричество. <i>Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)</i>	15:00
15:15				15:15
15:30				15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30				16:30
16:45				16:45
17:00	Конкурс молодых терапевтов <i>Ведущий Кокарин В.А. (Москва)</i>		СЕССИЯ Протокол сердечно-легочной и мозговой реанимации. Что нужно знать и уметь терапевту? <i>Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)</i>	17:00
17:15				17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:00				18:00

Кино-конференц зал

09:30–10:00

Официальное открытие Съезда

10:00–11:30

пленарное заседание

Роль Российского научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании.

30' | Мартынов А.И. (Москва)

Персонализированная медицина и клиническая лабораторная диагностика. Взгляд интерниста.

30' | Спасский А.А. (Москва)

Внутренняя медицина 2017: краткие итоги года.

30' | Кокорин В.А. (Москва)

11:45–13:40

симпозиум

Современные возможности лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Председатель Лазебник Л.Б. (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)

Место Ребамипида в лечении пищеварительной трубки.

15' | Лазебник Л.Б. (Москва)

Кислотозависимые заболевания. Подходы к терапии.

15' | Осадчая Н.А. (Екатеринбург)

Мультифармацевтные эффекты урсодезоксихолиевой кислоты.

15' | Лазебник Л.Б. (Москва)

Лечение изжоги и ГЭРБ, особенности применения и действия альгинатов.

Коммерческий доклад компании Рекитт Бенкизер (не входит в программу для НМО)

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

10' | Дискуссия.

13:40–14:00

Обед

14:00–15:30

симпозиум

Современные методы лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и эндокринной патологией.

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Кокорин В.А. (Москва)

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

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

30' | Мартынов А.И. (Москва)

Ящик Пандоры: эндокринные маски терапевтических заболеваний.

25' | Иева Ружа (Латвия, Рига)

Ведение больных тромбоэмболией легочной артерии: рекомендации и реальная практика.

25' | Кокорин В.А. (Москва)

10' | Дискуссия

15:45–17:00

симпозиум

Проблема хронических заболеваний печени, как основная причина смертности в гастроэнтерологии.

Сопредседатели: Бессонова Е.Н. (Екатеринбург),

Новожилова Е.П. (Екатеринбург)

Достижение задач ВОЗ по элиминации вируса гепатита С в Свердловской области.

15' | Бессонова Е.Н. (Екатеринбург)

Цирроз печени, как основная причина смертности среди заболеваний органов пищеварения.

15' | Глазырина Ю.А. (Екатеринбург)

Хроническая гепатит и цирроз печени на фоне HBV инфекции. Особенности течения и лечения у разных групп пациентов.

15' | Бессонова Е.Н. (Екатеринбург)

Лечение вирусного гепатита С на стадии цирроза печени.

15' | Подольская Е.В. (Екатеринбург)

15' | Дискуссия.

Конференц-зал №1

11:45–13:15

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

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

Председатель Муталова Э.Г. (Уфа)

Лечение артериальной гипертензии: вчера, сегодня и завтра.

40' | Муталова Э.Г. (Уфа)

Современная терапия артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – искусство возможностей.

40' | Липченко А.А. (Екатеринбург)

13:15–14:00

Обед

14:00–15:30

симпозиум

12-летний опыт проведения трансплантации сердца на Урале. 5-летний опыт работы Центра легочной гипертензии в Свердловской области.

Сопредседатели: Иофин А.И. (Екатеринбург), Быков А.Н. (Екатеринбург)

12-летний опыт проведения ортотопической трансплантации сердца на Урале. Достижения и проблемы.

30' | Иофин А.И. (Екатеринбург)

5-летний опыт работы Центра легочной гипертензии в Свердловской области.

25' | Быков А.Н. (Екатеринбург)

Стратегия фармако-хирургического лечения пациента с компрессией ствола левой коронарной артерии расширенным стволом легочной артерии при идиопатической легочной артериальной гипертензии.

25' | Быков А.Н. (Екатеринбург)

10' | Дискуссия

15:45–17:15

симпозиум

Сложные вопросы проведения антитромботической терапии в клинической практике.

Председатель Смоленская О.Г. (Екатеринбург)

Тактика антитромботической терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при проведении оперативных вмешательств и инвазивных процедур.

30' | Смоленская О.Г. (Екатеринбург)

Антитромботическая терапия после перенесенных кровотечений — хрупкий баланс пользы и риска.

25' | Грачев В.Г. (Екатеринбург)

Тактика антикоагулянтной терапии у пациентов с протезами клапанов сердца в сложных клинических ситуациях

25' | Гричук Е.А. (Екатеринбург)

10' | Дискуссия.

Конференц-зал №2

11:45–13:15

симпозиум

Вопросы общей нефрологии.

Сопредседатели: Мазалова Н.С. (Екатеринбург),

Столяр А.Г. (Екатеринбург)

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

15' | Мартынов А.И. (Москва)

Хронический пиелонефрит.

25' | Мазалова Н.С. (Екатеринбург)

Амилоидоз почек.

20' | Сибирякова А.Н. (Екатеринбург)

Тромботические микроангиопатии.

20' | Столяр А.Г. (Екатеринбург)

10' | Дискуссия.

13:15–13:45

Обед

13:45–15:30

Современные вопросы диагностики и лечения респираторных заболеваний.

Сопредседатели: Лещенко И.В. (Екатеринбург), Малявин А.Г. (Москва)

Острый бронхит: современные вопросы диагностики и лечения или что надо знать практикующему врачу.

20' | Лещенко И.В. (Екатеринбург)

Лечение ОРВИ: от интерферонов к модуляторам проведения их сигналов.

20' | Каляужин О.В. (Москва)

Новый взгляд на проблему ХОБЛ: современные подходы к медикаментозной терапии в практике врача-терапевта.

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

30' | Малявин А.Г. (Москва)

Лечение боли ненаркотическими анальгетиками – новые возможности.

Коммерческий доклад компании Рекитт Бенкизер (не входит в программу для НМО)

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

15:45–17:15

Встреча членов Президиума РНМОТ с активом терапевтического сообщества региона.

Конференц-зал №1

09:30–11:00

симпозиум

Сахарный диабет в практике врача-терапевта.

Сопредседатели: Киселева Т.П. (Екатеринбург), Резник И.И. (Екатеринбург)

Как достать до Луны — новые концепции ведения больных сахарным диабетом.

20' | Иева Ружа (Латвия, Рига)

Гипогликемические состояния у пациентов с сахарным диабетом.

20' | Киселева Т.П. (Екатеринбург)

Кетоацидоз: подходы к своевременной диагностике.

20' | Васьков В.М. (Екатеринбург)

Сахароснижающая терапия и сердечно-сосудистые риски.

20' | Резник И.И. (Екатеринбург)

10' | Дискуссия

11:15–12:45

симпозиум

Когнитивные нарушения в практике терапевта – возрастные аспекты диагностики, профилактики и лечения.

Сопредседатели: Гусев В.В. (Екатеринбург), Якушин М.А. (Москва)

Современный взгляд на когнитивные нарушения в практике терапевта: диагностика и лечение.

15' | Гусев В.В. (Екатеринбург)

Ошибки ведения пожилого пациента.

30' | Якушин М.А. (Москва)

Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях.

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

30' | Гусев В.В. (Екатеринбург)

15' | Дискуссия.

13:00–14:30

симпозиум

Современные методы диагностики и лечения в общетерапевтической практике.

Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Ефимова Л.П. (Сургут)

Анемия и сердечно-сосудистые заболевания.

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

15' | Мартынов А.И. (Москва)

Клинический анализ крови – классика и современность.

20' | Ефимова Л.П. (Сургут)

Современные возможности лечения резистентной артериальной гипертензии.

15' | Кокорин В.А. (Москва)

Эндотоксикоз: современные подходы к проблеме.

30' | Хованов А.В. (Москва)

10' | Дискуссия

14:45–16:15

симпозиум

Некоронарогенная патология сердца: избранные главы.

Сопредседатели: Резник И.И. (Екатеринбург), Кочмашева В.В. (Екатеринбург)

Миокардиты: диагностические критерии и современный подход к этиопатогенетической терапии.

40' | Резник И.И. (Екатеринбург)

Перикардиты в свете современных рекомендаций.

40' | Кочмашева В.В. (Екатеринбург)

10' | Дискуссия

16:30–18:00

Конкурс молодых терапевтов

Ведущий Кокорин В.А. (Москва)

Структура коморбидной патологии у пациентов с артериальной гипертензией, наблюдающихся в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений.

8' | Бахтин В.М. (Екатеринбург)

Вклад дефицита витамина D в клинику постменопаузальных расстройств и качество жизни женщин в поздней постменопаузе.

8' | Вихарева А.А. (Екатеринбург)

Качество жизни и клинические особенности больных остеопорозом в зависимости от тактики их лечения по результатам клинико-эпидемиологического исследования в Верхнепышминском и Среднеуральском округах Свердловской области.

8' | Гмызин А.С. (Екатеринбург)

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивная симптоматика в молодежной популяции.

8' | Кулёва А.А. (Челябинск)

Анализ вариабельности сердечного ритма методом ритмокардиографии высокого разрешения при ХОБЛ.

8' | Милащенко А.И. (Екатеринбург)

Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у женщин, имевших артериальную гипертензию в период беременности.

8' | Тарасова О.А. (Челябинск)

Результаты вирусологического исследования крови и ткани эндометрия у женщин с хроническим гепатитом С.

8' | Переплетина Т.А. (Екатеринбург)

Уровень витамина D3 у пациентов с ожирением.

8' | Шамбатов М.А. (Екатеринбург)

Конференц-зал №2

09:30–11:00

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

**Междисциплинарный подход как основа
эффективного лечения больных с остеоартритом
и болью в спине.**

Председатель Бердюгин К.А. (Екатеринбург)

Применение хондропротекторов у больных
с артрогенным и вертеброгенным болевым синдромом.

45' | Бердюгин К.А. (Екатеринбург)

Хондропротекторы в лечении артроза.

45' | Девальд И.В. (Челябинск)

11:15–12:45

симпозиум

Актуальные вопросы внутренней медицины.

*Сопредседатели: Наумов А.В. (Москва), Карташова К.И.
(Екатеринбург)*

Терапия боли в пожилом и старческом возрасте.

15' | Наумов А.В. (Москва)

Современные тенденции в лечении синуситов.

15' | Абдулкеримов Х.Т. (Екатеринбург)

Коррекция железодефицитной анемии: проблема
выбора препарата.

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

15' | Сидоров А.В. (Ярославль)

Предотвратить осложнения ОРВИ и гриппа возможно.

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

15' | Карташова К.И. (Екатеринбург)

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)

13:00–14:30

симпозиум

Вопросы кардионефрологии.

*Сопредседатели: Архипов М.В. (Екатеринбург), Резник И.И.
(Екатеринбург)*

Коморбидный кардиологический пациент: тактика
кардиолога при наличии ХБП.

30' | Резник И.И. (Екатеринбург)

Мерцательная аритмия и хроническая болезнь почек.

25' | Архипов М.В. (Екатеринбург)

Эндоваскулярная коррекция стеноза почечной
артерии.

25' | Попов Д.Ю. (Екатеринбург)

10' | Дискуссия

14:45–16:15

мастер-класс

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

Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)

16:30–18:00

сессия

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

Ведущий Пасечник И.Н. (Москва)

ООО «Асцензия Диабетическая продукция», Россия

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



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

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

Компания «Бионорика SE», Германия

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



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

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

Biotehnos

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

Официальный
спонсор



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



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ



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



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

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

На правах рекламы

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

РУ П N012210/01

«Валента Фарм»

121471, Москва, ул. Рябиновая, 26, строение 10
телефон: +7 (495) 933-60-80
факс: +7 (495) 933-60-81
электронная почта: info@valentapharm.com
www.valentapharm.com



АО «Валента Фарм» – российская инновационная фармацевтическая компания, основанная в 1997 г. и сфокусированная на разработке и производстве новых оригинальных препаратов.

«Валента Фарм» занимается разработкой, производством и выводом на рынок рецептурных и безрецептурных препаратов в таких терапевтических направлениях, как иммунология, вирусология и антибактериальная терапия, психоневрология, гастроэнтерология, урология и др.

Портфель препаратов компании представлен такими известными брендами, как Ингавирин®, Грамминдин®, Тримедат®, Тералиджен®, Феназепам®, Пантокальцин®, Аминазин® и др.

АО «Вертекс»

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

Официальный
спонсор



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

Компания «Гринвуд»

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



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

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

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

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.



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 «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ», Россия

127473, Москва, 3-й Самотечный переулок, д. 9
телефон: +7 (495) 684-43-33
факс: +7 (495) 684-43-33
электронная почта: mofficce@materiamedica.ru
www.materiamedica.ru



ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг» относится к числу крупнейших российских инновационных производителей оригинальных патентованных безрецептурных препаратов на основе антител в релиз – активной форме к эндогенным регуляторам. Компанией зарегистрировано более 40 патентов в России и за рубежом.

Около 16% производимой продукции идет на экспорт. Все производственные линии компании сертифицированы на соответствие стандартам GMP. Компания производит широко известные бренды: Эргоферон, Анаферон, Тенотен, Импаза, Афалаза.

«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».

ООО «Новартис Фарма»

125315, Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, коп. 3
телефон: +7 (495) 967-12-70
электронная почта: promedcs@promedcs.ru
www.novartis.ru

«Новартис Фарма» – один из мировых лидеров в разработке инновационных рецептурных лекарственных препаратов. Основные направления деятельности компании: кардиология, офтальмология, эндокринология, ревматология, дерматология, онкология, неврология, трансплантология, иммунология и область респираторных заболеваний. Входит в группу компаний «Новартис». Портфель «Новартис Фарма» включает порядка 50 эффективных инновационных препаратов с действующими патентами, а также молекулы в развитии. Компания является лидером по количеству клинических исследований в России среди иностранных производителей. 928178/NOV/A4/03.18/0



ООО «НТФФ «Полисан»

ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН»
192102, Санкт-Петербург, ул. Салова, д.72, корп.2, лит. А
телефон: +7 (812) 712-13-79
факс: +7 (812) 710-82-25
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 Ремаксол. 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 Российской Федерации 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.



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 г. Прага, оснащенное высокотехническим оборудованием, отвечающее высшим европейским стандартам, что подтверждено сертификатами GMP, GCP, GLP, ISO. PRO.MED.CS Praha a.s. одной из первых иностранных фармкомпаний, в дополнение к европейскому, получила российский сертификат GMP.

В 2014 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.



Reckitt Benckiser Healthcare

115114, Москва, ул. Шлюзовая, д.4

телефон: +7 (495) 961-25-65

факс: +7 (495) 961-25-66

www.rb.com



Reckitt Benckiser Healthcare – мировой производитель безрецептурных лекарственных препаратов. Основные направления деятельности – обезболивающие и жаропонижающие средства (Нурофен, Нурофен для Детей), препараты от боли в горле (Стрепсилс), препарат против изжоги (Гевискон). Нурофен – эффективное болеутоляющее, и противовоспалительное средство, активным действующим веществом которого является ибупрофен.

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

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

Стрепсилс Интенсив содержит нестероидное противовоспалительное средство (флурбипрофен) в форме таблеток для рассасывания, которое помогает избавиться от боли в горле за 2 минуты и действует до 4 часов.

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!

Тева

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

телефон: +7 (495) 644-22-34

teva.ru

Тева – 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.

Тева 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.

Тева 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.



ООО «Такеда Фармасьютикалс»

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

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

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

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

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



ООО «ТНК СИЛМА», Россия

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

ООО «ТНК СИЛМА» – российская фармацевтическая компания, производитель оригинальных препаратов для медицинского и ветеринарного применения на основе кремнийорганического соединения. В состав 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 раздражённого 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, Москва, ул. Большая Ордынка, д. 44, стр. 4
телефон: +7 (495) 797-31-10
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, Немофарм А.Д, 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.



ООО «ЭГИС-РУС»

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



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

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

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

ООО «Юник Фармасьютикал Лабораториз»

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



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

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

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

Средства профессиональной информации и коммуникации

Журнал «Терапия», Россия

117485, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 334-43-88, доб. 224
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.therapy-journal.ru

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

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

Генеральный
информационный спонсор



Портал российского врача www.medvestnik.ru

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

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

Генеральный
информационный спонсор



Журнал «Фарматека», Россия

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

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

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

Генеральный
информационный спонсор



Генеральный
информационный спонсор

Фармацевтический
ВЕСТНИК

Газета «Фармацевтический вестник»

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

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

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

В ноябре 2014 г. запущен видеопроjekt «Фармвестник-ТВ», в рамках которого еженедельно публикуются обзоры главных новостей с комментариями экспертов, 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.

ПОДПИСКА

ТЕРАПИЯ

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

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

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



Уважаемые читатели!

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

Стоимость подписки на 2019 год:

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

Первое полугодие **1 100 руб. 00 коп.**

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

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

Оформить подписку на 2019 год можно в любом почтовом отделении
по каталогу «Газеты и журналы» Агентства Роспечать
80346 (полугодовая)

Газета «Московские аптеки», Россия

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



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

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

Журнал «РМЖ», Россия

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



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

ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика»

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



ООО Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последипломного образования врачей различных специальностей: журнал Consilium Medicum, приложения Consilium Medicum – «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.



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;
- Пожилой больной;
- Ошибка диагностики и лечения;
- Алгоритм действий врача поликлиники на приеме и участке;
- Новый лекарственный препарат;
- КЭК (клинико-экспертная комиссия);
- «Непрофильный» больной;
- Школы для терапевтов.



Медицинское издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»

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

Вместе работа интереснее и эффективнее!

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

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

Деятельность нашей организации складывается из нескольких направлений:

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

Мы рады вашим письмам и сообщениям на адреса электронной почты:

nn_remedium@medalmanac.ru – общие организационные вопросы, статьи и обсуждение публикаций;

medalmanac@medalmanac.ru – все для научных публикаций и научных программ мероприятий;

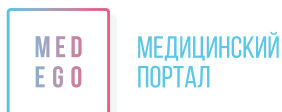
commerc@medalmanac.ru – вопросы размещения рекламы и коммерческого участия в научно-практических мероприятиях.

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



Медицинский портал Medego.ru

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



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

Клуб практикующих врачей iVrach.com

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



Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей NetworksInHealth. Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

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



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

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

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

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

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



Medsovet.info

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

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

- Врачей
- Пациентов
- Медицинских учреждений
- Лекарств и МНН

Medsovet.info предоставляет:

- Полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН
 - Форум для врачей и пациентов
 - Календарь медицинских мероприятий по всей РФ
 - Сервис онлайн-обучения для врачей
 - Медицинские статьи и новости
- И многое другое.



YellMed

Москва, ул. Красная Пресня, д. 28, помещение 4, офис №9
телефон: +7 (495) 668-10-55
электронная почта: info@yellmed.ru
www.yellmed.ru

YellMed – это:

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

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



Содержание

Оценка эффективности левокарнитина в комплексном лечении ишемической болезни сердца Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К., Раимкулова Н.Р., Юнусова Л.И.	37
Динамика показателей иммунологической и биохимической активности ферментов-антиоксидантов под влиянием низкочастотной магнитотерапии при проведении этапного лечения больных ревматоидным артритом Александров А.В., Александрова Н.В., Никитин М.В., Александров В.А., Зборовская И.А.	37
Проблемы формулирования диагноза ожирение у пациентов кардиологического отделения Афоница Е.В.	38
О целевых показателях для госпитализации пациентов в отделение «специализированной» паллиативной медицинской помощи и отделение сестринского ухода Введенская Е.С., Палехов А.В.	38
Снижение функции внешнего дыхания – важнейший предиктор неблагоприятных исходов у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ Вялкина Н.А., Кляшев С.М., Межонов Е.М., Вялкина Ю.А.	39
Закономерности сезонных изменений основных метаболических показателей 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., Нгуен В.Т.	39
Частота сердечных сокращений у детей 3-8 лет и занятия спортом Егорова Н.Ю.	40
Взаимосвязи параметров текучести крови, маркеров тромбинемии и активности воспалительного процесса у больных системной красной волчанкой Емануйлова Н.В., Емануйлов В.И., Масина И.В.	40
Организация обучения профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в стационаре терапевтического профиля Ефимова Л.П.	41
Клинический случай язвенного колита на фоне вирусного гепатита С и ВИЧ Зайнетдинов М.Р., Минкина А.Н., Бодрягина Е.С.	41
Влияние препарата ингибитора фосфодиэстеразы на реологические свойства крови у лиц с сахарным диабетом 2 типа Замышляев А.В., Шилкина Н.П., Масина И.В., Виноградов А.А.	42
Особенности ультразвуковой диагностики варикозной болезни вен нижних конечностей при дисплазии соединительной ткани Захарьян Е.А.	42
Распространенность и лечение анемии у пациентов терапевтического стационара Иванова Ю.И., Чижов П.А.	43
Климактерический синдром как междисциплинарная проблема медицины Изможерова Н.В., Попов А.А.	43
Влияние воспалительного процесса в стенке желчного пузыря на динамику ретикулоцитов у больных сахарным диабетом Исаев Г.Б., Наджафов Н.А., Джафарова Г.Л., Асадова Н.М., Абасбейли Г.А.	44
Мочевой синдром как один из ранних лабораторных признаков начала системной красной волчанки Исмагилова Р.Р., Максудова А.Н.	44

Динамика выявления пациентов с семейной гиперхолестеринемией (СГХС) из числа лиц с гиперлипидемией (ГЛП) по данным амбулаторного приёма Каминная В.И., Рожкова Т.А., Соловьёва Е.Ю., Зубарева М.Ю., Чирковская М.В.	45
Факторы риска среди студентов старших курсов Уральского государственного медицинского университета – ассоциации с субъективной оценкой здоровья и сравнительная оценка распространенности с аналогичной выборкой Южно-Уральского медицинского университета Каширская Е.В., Гмызин А.С., Мохова Е.Т., Закроева А.Г.	45
Гиперурикемия как независимый фактор риска сердечно-сосудистых осложнений Коренская Е.Г., Паорамонова О.В.	46
Анализ поведенческих факторов риска развития метаболического синдрома среди коренного и некоренного населения Северного региона Корнеева Е.В., Воевода М.И.	47
Создание и практическое применение интерактивного веб-приложения для мониторинга антибиотикорезистентности основных возбудителей нозокомиальной хирургической инфекции Кузьменков А.Ю.	47
Приверженность к гипотензивной терапии работников локомотивных бригад железнодорожного транспорта Лузина С.В., Костарева О.В., Вострецова Е.А.	48
Некоторые аспекты качества жизни у больных ОА по опросникам Haq и EQ-5D в амбулаторных условиях Майко О.Ю.	49
Диагностическая панель маркеров в оценке эффективности лечения ишемической болезни сердца Маль Г.С.	49
Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у работников государственной телерадиовещательной компании Мальсагов А.Х., Тимерханова Л.Х., Бузуртанова З.М.	50
Патологическая стигмация и малые аномалии сердца и сосудов в молодой популяции Мацуганов Д.А., Саратовкина Д.Р., Григоричева Е.А., Лукманова Г.Р.	50
Степень комплаентности к диете пациентов с хроническим панкреатитом в различных регионах Михайлова О.Д., Любимцева М.С.	51
Артериальная гипертензия и ремоделирование магистральных артерий головы у лиц пожилого и старческого возраста Подсонная И.В., Елыкомов В.А., Белицкий С.Н.	51
Боль в нижней части спины как маркер полиморбидности амбулаторных пациентов Попов А.А., Изможерова Н.В.	52
Госпитализированные в терапевтическое отделение пациенты с сахарным диабетом 2 типа потребляют недостаточное количество воды Попов А.А., Мотылева А.В., Штадлер В.Д., Кондрашова Е.В.	52
Инструментальная диагностика тромбоэмболии легочной артерии с малым объемом поражения легочного русла Пронин А.Г.	53
Взаимосвязь структурно-функциональных параметров миокарда с уровнем гормонов щитовидной железы у пациентов с артериальной гипертензией и различными формами тиреоидной дисфункции Савчук Н.О., Кожанова Т.А., Ушаков А.В.	53
Взаимосвязь уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида и тяжести сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией и дисфункцией щитовидной железы Савчук Н.О., Савчук О.М., Гагарина А.А., Ушаков А.В., Гордиенко А.И., Химич Н.В.	54

Взаимосвязь частоты факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с уровнем образования у сельских жителей Республики Адыгея Самородская И.В., Болотова Е.В., Тимофеева Ю.К.	54
Влияние различных изомеров амлодипина на структурные и гемодинамические показатели сердца с учетом структурно-геометрического статуса левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией Саушкина С.В.	55
Функциональное питание как способ коррекции нутриентной недостаточности при целиакии Семенова Е.А., Орешко Л.С.	55
Особенности показателей липидного обмена и индексов атерогенности различных модификаций у мужчин с острым коронарным синдромом Стрельникова М.В., Синеглазова А.В.	56
Профиль кардиоваскулярных факторов риска у мужчин с острым коронарным синдромом Стрельникова М.В., Синеглазова А.В.	56
Использование метода биологической обратной связи в комплексной реабилитации работников атомной промышленности Тонкошкурова А.В., Смирнова И.Н., Воробьев В.А.	57
Профилактика легочной эмболии при тромбозе Хафизов А.Р., Ибрагимов Д.Р., Иванов А.В., Олейник Б.А., Минигалиева Э.Р., Галимов Т.Р., Ахмедьянов И.А.	57
Роль стресса в формировании метаболически осложненного ожирения мужчин Чернышова Т.Е., Мирзоян И.А., Закарьяева С.С., Моллаева Н.Р.	58
Показатели клеточного звена иммунитета у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения Шаповалова И.А., Соцкая Я.А.	58
Клинические особенности анкилозирующего спондилита в зависимости от статуса курения пациентов Якубова У.А., Бугрова О.В., Беляева О.Н.	59
 КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ	
Особенности проницаемости тонкой и толстой кишки у пациентов с синдромом перекреста (аутоиммунный гепатит + первичный билиарный цирроз). Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х.	61
Структура коморбидной патологии у пациентов с артериальной гипертензией, наблюдающихся в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений Бахтин В.М.	61
Вклад дефицита витамина Д в клинику постменопаузальных расстройств и качество жизни женщин в поздней постменопаузе Вихарева А.А., Шамбатов М.А.	62
Качество жизни и клинические особенности больных остеопорозом в зависимости от тактики их лечения по результатам клинико-эпидемиологического исследования в Верхнепышминском и Среднеуральском округах Свердловской области Гмызин А.С., Закроева А.Г., Гладкова Е.Н.	62
Оценка коморбидной патологии у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях амбулаторной клинической практики в Свердловской области Капралов А.И.	63
Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивная симптоматика в молодежной популяции Кулёва А.А., Гаврилова Е.С.	64

Анализ variability сердечного ритма методом ритмокардиографии высокого разрешения при хронической обструктивной болезни легких Милащенко А.И., Андреев А.Н., Попов А.А., Миронов В.А., Акимова А.В.	64
Взаимосвязь основных факторов сердечно-сосудистого риска и сердечно-сосудистого ремоделирования у пациентов с артериальной гипертензией Медведенко И.В., Григоричева Е.А.	65
Результаты вирусологического исследования крови и ткани эндометрия у женщин с хроническим гепатитом С Переpletина Т.А., Лисовская Т.В., Мальгина Г.Б.	66
Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у женщин, имевших артериальную гипертензию в период беременности. Тарасова О.А., Чулков В.С.	66
Компоненты сердечно-сосудистого здоровья и их динамика у работников крупного промышленного предприятия Тонкошкурова А.В.	67
Уровень витамина D3 у пациентов с ожирением Шамбатов М.А.	67

Оценка эффективности левокарнитина в комплексном лечении ишемической болезни сердца

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К., Раимкулова Н.Р., Юнусова Л.И.

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

Поиск способов повышения эффективности лечения ишемической болезни сердца (ИБС), в частности, улучшения метаболических процессов в миокарде, остается актуальной проблемой.

Цель – изучить влияние левокарнитина на течение ИБС.

Материал и методы. Под наблюдением были пациенты (40) с диагнозом ИБС: стабильная стенокардия напряжения II–III, получавшие стандартную терапию. Пациенты I группы (основной) на фоне базисного лечения получали левокарнитин в дозе 1г/5,0 мл струйно, в течение 10 дней. Пациенты II группы (контрольной) только базисную терапию. Определяли показатели липидов, активности ферментов аланинаминотрансферазы и аспаргатаминотрансферазы, билирубин, креатинин, цитокины, учитывали количество приступов стенокардии и принимаемых таблеток нитроглицерина. регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ), проводили велоэргометрию (ВЭМ) (продолжительность физической нагрузки и мощность выполненной работы), эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты исследования. Установлена положительная клиническая эффективность терапии, включающей левокарнитин, по сравнению с базисной, у пациентов со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК по увеличению продолжительности выполняемой физической нагрузки при проведении нагрузочной ВЭМ-пробы. Увеличение продолжительности нагрузки у больных основной группы было достоверно дольше на 2,5 мин, по сравнению с таковой в контрольной группе. Включение в комплекс левокарнитина статистически достоверно уменьшило количество приступов стенокардии за неделю и, соответственно, число принятых за неделю таблеток нитроглицерина через 7, 14 дней и 21 день лечения по сравнению с данными за 1-ю неделю, что показывает более выраженный эффект терапии, включающей изученный препарат. Больные контрольной группы также уменьшили количество потребляемых таблеток нитроглицерина к 21 дню, по сравнению с 1-й неделей. Уменьшение количества принятых таблеток нитроглицерина через 14 дней и 21 день, по сравнению с 1-й неделей было статистически незначимым. У этих больных также статистически незначимо было уменьшение количества приступов стенокардии за изученные сроки, по сравнению с 1-й неделей.

Результаты показывают о достаточном повышении эффективности базисной терапии, при включении изученного соединения. У этих пациентов, получавших комплекс лечения левокарнитин, отмечена тенденция к более раннему улучшению исследованных показателей липидов (общий холестерин (ХС), триглицериды, ХС-липопротеидов высокой и низкой плотности), про- и противовоспалительных цитокинов (интерлейкина (ИЛ) 1-бета, ИЛ-6 и фактора некроза опухоли-альфа, а также ЭКГ и ЭхоКГ. Изученный препарат побочных

явлений не вызывал, переносимость его была хорошей.

Таким образом, левокарнитин повышает эффективность базисной терапии у больных ИБС, благоприятно влияя на ишемизированный миокард, что позволяет рекомендовать его в комплексном лечении больных с этой патологией.

Динамика показателей иммунологической и биохимической активности ферментов-антиоксидантов под влиянием низкочастотной магнитотерапии при проведении этапного лечения больных ревматоидным артритом

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

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского, Санаторно-курортный комплекс «Вулан» – Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии, Волгоград

Цель исследования. Изучить влияние метода низкочастотной магнитотерапии (НМТ) на биохимическую активность и содержание антител (Ат) к основным ферментам антиоксидантной системы организма (АОС) у больных ревматоидным артритом (РА) на санаторно-курортном этапе восстановительного лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 57 больных РА (25 мужчин и 32 женщины в возрасте от 26 до 70 лет), которые были разделены на две сопоставимые группы: основную (n=29) и контрольную (n=28). После стационарного лечения в ЛПУ г. Волгограда все пациенты направлялись на климатобальнеологический курорт в СКК «Вулан» для прохождения ранней реабилитации. Пациентам из основной группы проводилась стандартная восстановительная терапия (массаж, бальнеотерапия, ЛФК и др.) и дополнительно 10 ежедневных сеансов НМТ бегущими магнитными полями на аппаратно-программном комплексе (АПК) «Мультимаг» (г. Рязань), а больным из контрольных групп – аналогичная стандартная терапия и дополнительно 10 ежедневных сеансов НМТ на АПК «Мультимаг», но без подключения аппарата (группы плацебо). Для выявления Ат к ферментам АОС в сыворотке крови использовали модифицированный вариант ELISA-теста с иммобилизованными в полиакриламидных микрогранулах ферментами в качестве антигенной матрицы. Биохимическую активность ферментов-антиоксидантов в сыворотке крови определяли по стандартным методикам.

Результаты исследования. Повышенный уровень Ат к супероксиддисмутазе (СОД) до начала лечения отмечался у 87,7%, Ат к глутатионпероксидазе (ГП) – у 70,2%, Ат к глутатионредуктазе (ГР) – у 63,2%, Ат к каталазе (КАТ) – у 59,6%, Ат к церулоплазмину (ЦП) – у 63,2% больных РА. Было отмечено значительное снижение активности СОД, ГП и КАТ в сыворотке крови больных РА. Принимая во внимание факт, что снижение активности ГП в сыворотке крови ассоциируется с повышенным риском развития РА, то выявленный нами высокий процент пациентов с повышенным уровнем Ат к ГП, а также Ат к СОД и КАТ позволяет предположить непосредственное ингибирующее воздействие Ат на энзиматическую активность

данных ферментов на фоне существенных иммунологических сдвигов, сопровождающих РА. После проведенного СКЛ в основной группе больных РА были отмечены положительные изменения практически всех изучаемых показателей ($p < 0,05$), кроме Аг к ГР ($p = 0,074$), активности ГП ($p = 0,164$) и СОД ($p = 0,203$). В контрольной группе наблюдалось только снижение уровня Аг к ЦП ($p = 0,022$), увеличение активности КАТ ($p = 0,041$) и ГП ($p = 0,036$); достоверных положительных изменений других показателей отмечено не было ($p > 0,05$). НМТ оказывает существенное влияние на иммунологические показатели, характеризующие работу АОС организма у пациентов с РА. Положительный лабораторный эффект применения НМТ, обладающей выраженным противовоспалительным и трофикорегенеративным действием, может быть связан с очищением поляризованных мембран от фиксированных на их поверхности иммунных комплексов, дезактивирующих мембранные рецепторы и затрудняющих клеточный метаболизм. Под действием электромагнитных низкочастотных токов в тканях происходит активация системы регуляции локального кровотока, улучшение микроциркуляции и транскапиллярного обмена, повышение резорбционной способности тканей, приводящих к ослаблению мышечного тонуса, усилению выделительной функции кожи и уменьшению отека в очаге воспаления.

Выводы. Включение методов НМТ в реабилитационно-восстановительные мероприятия способно положительно влиять на течение метаболических реакций и степень выраженности анаболических и деструктивных процессов у больных РА.

Проблемы формулирования диагноза ожирение у пациентов кардиологического отделения

Афонина Е.В.

Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», Челябинск

Актуальность. Ожирение является независимым фактором риска развития и осложнения течения ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сердечной недостаточности, сахарного диабета 2 типа и других заболеваний. Постановка и вынесение диагноза ожирение в клинический диагноз в медицинской карте стационарного больного (далее медицинская карта), в выписной эпикризе обращает внимание пациента на данную проблему с его здоровьем и обязывает врача давать подробные рекомендации по питанию, физической активности, назначение необходимых консультаций специалистами.

Цели и задачи: оценить частоту постановки диагноза ожирение и правильность его формулировки в клиническом диагнозе у пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении.

Материалы и методы: проведен анализ 213 историй болезни пациентов, выписанных из кардиологического отделения в 2017 году, у всех определен индекс массы тела (ИМТ) как один из основных показателей, на основании которого ставится диагноз ожирение. Все пациенты из обследуемой группы имеют высокий кардиометаболический риск.

Полученные результаты: проанализированы 213 историй болезни пациентов, выписанных из кардиологического отделения. Проведен подсчет ИМТ, измерен обхват талии и результаты внесены в каждую медицинскую карту. На основании показателя ИМТ более 29,9 кг/м² выделена группа в количестве 53 пациентов (24,9% от общего количества проанализированных медицинских карт), у которых

должен был быть выставлен диагноз ожирение. У всех пациентов из выделенной группы выявлен высокий кардиометаболический риск: ИМТ ≥ 25 кг/м², наличие 1 и более ассоциированных с ожирением заболеваний 2-й степени тяжести и/или CMDS 4. При анализе в медицинских картах заключительных клинических диагнозов только в 18 случаях (8,5% от общего числа проанализированных медицинских карт) был выставлен сопутствующий клинический диагноз ожирение с указанием степени ожирения по ИМТ без указания метаболического фенотипа и степени кардиометаболического риска, что составляет 34% от общего количества пациентов с ожирением. В двух медицинских картах выставлен диагноз ожирение 2 степени при ИМТ менее 34,9 кг/м² (что соответствует ожирению 1 степени), в одной карте – ожирение 2 степени при ИМТ 34 кг/м² (что соответствует ожирению 1 степени). Выводы: врачами проводится подсчет ИМТ, антропометрия, но в дальнейшем не всегда учитываются эти данные при постановке диагноза. Если диагноз ожирение не выставлен в клиническом диагнозе, он не выносится в выписной эпикриз и пациент не обращает внимания на существующую проблему со здоровьем, не считает это состояние опасным в плане развития осложнений кардиологических заболеваний, возникновения связанных с ожирением других болезней (сахарный диабет 2 типа, неалкогольная жировая болезнь печени, синдром поликистозных яичников, остеоартрит, синдром обструктивного апноэ сна). Пациенты не получают полноценных рекомендаций по диетотерапии, физической активности, дальнейшему обследованию. Все пациенты с ожирением должны быть осмотрены эндокринологом, диетологом и пройти обследование для выявления причин и осложнений ожирения. С учетом результатов обследования должна быть определена дальнейшая тактика лечения, снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и улучшение течения заболеваний.

О целевых показаниях для госпитализации пациентов в отделение «специализированной» паллиативной медицинской помощи и отделение сестринского ухода

Введенская Е.С., Палехов А.В.

Городская клиническая больница № 30, Ставропольский государственный медицинский университет, Нижний Новгород, Ставрополь

С конца 1980-х годов в Российской Федерации развивается паллиативная помощь – самостоятельное направление здравоохранения, призванное улучшить качество жизни инкурабельных больных. В соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) взрослому населению стационарная ПМП оказывается в отделениях ПМП, в хосписах нового типа и в отделениях/домах сестринского ухода. Основными показаниями для госпитализации больных в специализированное отделение ПМП являются: выраженный болевой синдром, не купирующийся в домашних условиях; тяжелые проявления болезни, требующие квалифицированной симптоматической терапии под наблюдением врача в условиях стационара; необходимость проведения медицинских вмешательств, которые не могут быть осуществлены в домашних условиях (респираторная поддержка, с режимами ИВЛ и ВВЛ; детоксикация; фотодинамическая терапия; нутритивная поддержка (в том числе с использованием помп);

торакоцентез и лапароцентез с длительной катетеризацией полостей; стомирование, реканализация; применение методов региональной анестезии, в т. ч. пролонгированной эпидуральной опиат-аналгезии с подкожным туннелированием катетера; введение бифосфанатов и другие манипуляции). В настоящее время часто происходит замещение отделений ПМП отделениями сестринского ухода, которые не предназначены для оказания «специализированной» ПМП. Медицинские показания для госпитализации пациентов в отделение сестринского ухода можно сформулировать так:

- заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода;
- последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие сестринского ухода;
- неизлечимые прогрессирующие заболевания, в т. ч. онкологические, требующие проведения поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях ПМП или хосписах. Иными словами, отделения сестринского ухода предназначены для больных с ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени, нуждающимися в осуществлении сестринского ухода. Отделения «специализированной» ПМП создаются в структуре многопрофильных или специализированных больниц, что дает реальную возможность проведения различных медицинских манипуляций, коллегиального решения вопросов, возникающих в процессе оказания помощи (в том числе и этических). В таком отделении используются современные достижения медицины, передовые технологии в области купирования боли и симптоматической терапии. Очень важно, чтобы в России создавались не только разнообразные формы организации ПМП, но соблюдалась бы ее философия и основное содержание, чтобы паллиативная помощь была доступна, прежде всего, наиболее нуждающимся пациентам и не растворилась среди сестринского ухода за больными с хроническими заболеваниями престарелыми. Возраст пациента не входит в число факторов, определяющих показания к проведению ПМП, принципы и подходы ПМП одинаковы для всех пациентов, в том числе и гериатрических. Действительно, пациенты преклонного возраста, в первую очередь одинокие люди, нуждаются в помощи медико-социальной, и необходимость повышения качества её социального аспекта очевидна. Медико-социальную помощь пожилым пациентам, равно как и гериатрическую помощь, неправильно отождествлять с паллиативной медицинской помощью, а отделение/дом сестринского ухода – с отделением «специализированной» ПМП.

Снижение функции внешнего дыхания – важнейший предиктор неблагоприятных исходов у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ

Вялкина Н.А., Кляшев С.М., Межонов Е.М., Вялкина Ю.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. При проспективном наблюдении изучить прогностическое значение вентиляционной функции легких у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Задачи. Изучить состояние функции внешнего дыхания у больных с терминальной стадией ХПН и выявить предикторы развития летальных исходов.

Материалы и методы. Обследованы 100 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ в возрасте от 21 до 68 лет (средний возраст – 49,7±12,75 лет). Среди них 54 мужчины (средний возраст 48,8±13,15 лет) и 46 женщин (средний возраст 50,7±12,32 лет). Из всех обследуемых больных только 8 человек имели заболевания легких (у 5 человек – хроническая обструктивная болезнь легких, у 3 человек – бронхиальная астма). В процессе годового проспективного наблюдения оценена взаимосвязь смертности от всех причин и комбинированной конечной точки от тяжести нарушения функции внешнего дыхания (ФВД). Вентиляционная функция легких оценивалась путем выполнения компьютерной спирометрии, процедура которой осуществлялась с помощью компьютерного спирометра Flowscreen (Erich Jaeger, Германия). Результаты. Анализируя влияние снижения вентиляционной функции легких, выявлено значимое увеличение как смертности от всех причин, так и комбинированной конечной точки при снижении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) ($p=0,021$ и $p=0,001$, соответственно). Так, уровень ЖЕЛ в диапазоне от 0 до 2,754 л увеличивает относительный риск наступления летальности в течение года в 5 раз (ОР 95% 5,4 (1,546-19,177), $p=0,008$). А относительный риск наступления комбинированной конечной точки возрастает в 6,5 раза при диапазоне ЖЕЛ от 0 до 2,754 л (ОР 95% 6,556 (2,446-17,571), $p<0,001$). Тогда как объемы ЖЕЛ от 3,0 до 3,2 л снижают относительный риск наступления комбинированной конечной точки в 30 раз (ОР 95% 0,377 (0,143-0,989), $p=0,048$). Таким образом, установлено увеличение относительного риска наступления конечной точки и смертности с ухудшением респираторной функции, а так же выявлена прямая зависимость между снижением жизненной емкости легких и частотой возникновения конечных точек.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значимом увеличении числа неблагоприятных исходов при нарастании явлений дыхательной недостаточности. Таким образом, снижение параметров ФВД имеет неблагоприятное прогностическое значение у больных, получающих программный гемодиализ. Полученные данные дадут возможность проводить своевременную коррекцию нарушений вентиляционной функции легких с целью снижения количества неблагоприятных исходов.

Закономерности сезонных изменений основных метаболических показателей 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., Нгуен В.Т.

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

Цель работы. Оценить значимость сезонных изменений параметров обмена веществ у мужчин моложе 60 лет при инфаркте миокарда (ИМ) для профилактики заболевания.

Материал и методы. Изучены результаты обследования 566 мужчин 19-60 лет (средний возраст – 52,9±7,8 лет), лечившихся по поводу ИМ в 2000-2015 гг. в стационарах Санкт-Петербурга, с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ, CKD-EPI) 30 и более мл/мин/1,73 м². Параметры обмена веществ анализировали в первые 48 часов (1) и в конце третьей недели ИМ (2). В липидном обмене определяли уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ),

липопротеидов низкой (ЛНП), высокой (ЛВП) и очень низкой (ЛОНП) плотности, коэффициенты (КА) и индексы (ОХ/ЛВП, ЛНП/ЛВП) атерогенности. Выживаемость оценивали на протяжении 52 суток от начала заболевания. В этот период умерли 30 пациентов. 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 распределяли на периоды, I: 2000-2005 (251 наблюдение), II: 2005-2010 (224) и III: 2010-2015 гг. (91), которые анализировали методом временных рядов.

Результаты. Статистически достоверные сезонные закономерности методом временных рядов подтверждены для большинства метаболических параметров. Более значимыми они оказались для ТГ1 (R2=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), мочевого 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 (p<0,05), ЛВП1 (p<0,01), ЛОНП1 (p<0,01), ТГ1 (p<0,0001), ТГ2 (p<0,05), КА1 (p<0,01), ОХ1/ЛНП1 (p<0,05), ЛНП1/ЛВП1 (p<0,01). При этом в зимние месяцы уровни ОХ2, ТГ1 и ТГ2, ОХ1/ЛНП1, ЛНП1/ЛВП1 превышали летние, а для ЛВП1 получено обратное соотношение. Значения ЛОНП1 и протромбина (ПИ)1 – весной, а ТГ1, глюкозы1 осенью также преобладали над летними. Уровни СКФ2 (p<0,05) 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 (p<0,01), ЛНП1 (p<0,05), ПИ1 (p<0,0001) и СКФ1 (p<0,01), выше – креатинина1 (p<0,05), натрия1 (p<0,05) и хлоридов1 (p<0,01). При этом у умерших более высокие значения креатинина выявлены в весенний (p<0,01), а более низкие – ПИ (p<0,01) – в весенний и осенний, СКФ в летний и весенний периоды (p<0,05). Весной в группе умерших также оказались ниже, чем у выживших ЛНП и ТГ (p<0,05). Выводы. Более выраженным сезонным изменениям среди параметров обмена веществ у мужчин моложе 60 лет с ИМ подвержены показатели липидного, углеводного, азотистого и пуринового обмена. Отрицательное значение для прогноза отмечено у креатинина ПИ, ЛНП и ТГ в весенний, а СКФ – в весенний и летний периоды.

Частота сердечных сокращений у детей 3-8 лет и занятия спортом

Егорова Н.Ю.

Научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Аннотация. Статья посвящена исследованию частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным электрокардиографии (ЭКГ) у детей 5-7 лет, занимающихся спортом, и взаимосвязи ЧСС со спортивным стажем. Ключевые слова: частота сердечных сокращений, синусовая брадикардия, дети, спорт, электрокардиография.

Актуальность. Определение частоты сердечных сокращений является одним из обязательных методов объективного обследования педиатра и спортивного врача. Особый интерес представляет пограничная брадикардия, поскольку адекватная оценка значений

ЧСС должна проводиться с учётом возрастных различий. Выявлена высокая вероятность неблагоприятного исхода естественного течения стойкой синусовой брадикардии у 52% детей дошкольного возраста. Необходимость проведения клинико-инструментальных обследований спортсмену, а также мониторинг в течение его спортивной деятельности очевидны и закреплены приказом Минздрава России № 134н от 2016 г. [1; 2; 4].

Цель. Определить частоту брадикардии и связь со спортивным стажем у детей 5-7 лет.

Материалы и методы. Было обследовано 108 детей в возрасте 5-7 лет, имеющих различный стаж занятий спортом (от 1 месяца до 3-х лет). При интерпретации изменений ЧСС (уд/мин) использовались возрастные нормативы, разработанные Федеральным медико-биологическим агентством (протокол ЦСССА ФМБА России) [3]. Все дети, принимающие участие в исследовании, не предъявляли жалоб на головокружения и обмороки. Обследование проводилось в ГАУЗ Московском научно-практическом центре спортивной медицины ДЗМ.

Результаты. У 83 детей (76,9%) не было выявлено отклонений по возрастным нормативам ЧСС. 18 обследованных (22,2%) имели ЧСС менее 80 уд/мин, при этом только 4 человека из этой группы (3,7% от общего количества детей, 22,2% из числа детей с брадикардией) имели спортивный стаж более 2-х лет. Тахикардия свыше 105 уд/мин была обнаружена у 7 обследованных (6,5%); 1 человек из этой группы (0,9% от общего количества обследованных, 14,3% от числа детей с тахикардией) имел спортивный стаж более 2 лет. Из 27 детей (25% обследованных), занимающихся спортом от 2 до 4 лет, подавляющее большинство (22 человека) имели нормальные значения ЧСС.

Заключение. Таким образом, ЭКГ детей 5-7 лет демонстрирует значительный разброс в показателях ЧСС; при этом у детей вышеуказанного возрастного периода не выявлено существенного влияния спортивного стажа более 2 лет на формирование брадикардии. Мы рекомендуем учитывать вариабельность причин стойкой синусовой брадикардии и необходимость проведения дополнительных обследований перед вынесением окончательного вердикта по допуску к спорту.

Взаимосвязи параметров текучести крови, маркеров тромбинемии и активности воспалительного процесса у больных системной красной волчанкой

Емануйлова Н.В., Емануйлов В.И., Масина И.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель работы. Исследование текучести крови, маркеров внутрисосудистого свертывания и их взаимосвязи между собой и с активностью воспалительного процесса у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Методы исследования. Обследовано 32 больных СКВ. Активность воспалительного процесса оценивалась по шкале SLEDAI. Измеряли вязкость цельной крови при высоких (ВЦК1) и низких (ВЦК2) скоростях сдвига, плазмы (ВП), суспензии эритроцитов (ВСЭ), на полуавтоматическом капиллярном вискозиметре, индекс эффективности доставки кислорода в ткани (Hct/η) – TO2, индекс ригидности эритроцитов – Тк, число агрегатов (ЧА) эритроцитов и показатель их агрегации (ПА), проводили определение РФМК

(фенотропиновый тест) и содержание Д-димеров (D-Dimer test, Diagnostica Stago, Mannheim).

Результаты. Минимальная степень активности воспалительного процесса диагностирована в 12,5%, умеренная – 68,8% и высокая – в 18,6% случаев. Средний счет по индексу SLEDAI составил 7,0 (6,0 – 10,0) баллов. ВЦК1 и ВЦК2 у больных СКВ была выше контрольных значений на 28% и 52% соответственно ($p < 0,001$). ВП больных СКВ составила 2,58 мПа*с, что на 61% ($p < 0,001$) превышало контроль. Содержание фибриногена у пациентов СКВ было выше контроля на 48% ($p < 0,001$). Микрореологические изменения у больных СКВ отражались в увеличении ЧА и ПА ($p < 0,01$), выявлен рост ВСЭ на 14% ($p < 0,05$) и возрастании индекса Тк на 9,6% ($p < 0,01$). Таким образом, у 68,2% больных СКВ был диагностирован синдром гипервязкости, что приводило к снижению индекса ТО2 на 12% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Характерным явилось значительное увеличение концентрации РФМК – 3,5 (3,0–6,0) мг%, ($p < 0,01$), в сравнении с контролем – 3,0 (2,5–3,5) мг%, и превышение уровня Д-димера на 37,5% по сравнению с группой контроля. Взаимосвязь гемореологических нарушений и внутрисосудистого свертывания, как звеньев патогенеза СКВ, находило отражение в выявлении прямых корреляционных зависимостей между ВП, а также индексом Тк и фибриногеном ($R=0,70$, $p=0,0340$ и $R=0,74$, $p=0,0204$ соответственно), ПА и Д-димером ($R=0,56$, $p=0,0092$). Взаимосвязь между активностью процессов воспаления и гемореологическими нарушениями у больных СКВ подтверждалась наличием корреляционных связей между индексом SLEDAI и ВЦК1 ($R=0,55$, $p=0,0310$), индексом SLEDAI и ВЦК2 ($R=0,54$, $p=0,0344$), индексом SLEDAI и ПА ($R=0,55$, $p=0,0401$), активностью воспаления и ПА ($R=0,51$, $p=0,0424$).

Заключение. У больных СКВ нарушения реологии крови и процессов внутрисосудистого свертывания можно считать взаимодополняющими звеньями патогенеза, которые усугубляют течение патологического процесса в зоне микроциркуляции и находятся во взаимосвязи с активностью заболевания.

Организация обучения профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в стационаре терапевтического профиля

Ефимова Л.П.

*Сургутский государственный университет ХМАО-Югры,
Сургутская окружная клиническая больница, Сургут*

Стратегия профилактики в настоящее время реализуется в основном силами медицинского персонала в условиях амбулаторного звена здравоохранения. Большинство пациентов, госпитализируемых по поводу хронических неинфекционных заболеваний, имеют высокий сердечно-сосудистый риск, поэтому профилактическая деятельность в условиях многопрофильного стационара может внести свой вклад в борьбе с преждевременной смертью от заболеваний системы кровообращения и способствовать предотвращению повторных госпитализаций.

Цель: оценить результаты работы по профилактическому обучению пациентов, госпитализированных в многопрофильный стационар. Материал и методы: работа проведена в Сургутской окружной клинической больнице, оказывающей медицинскую помощь более 700 тысячам жителям города Сургута, Сургутского района и автономного округа в 2014–2016 гг. Организацию и координацию профилактической деятельности, работу с волонтерами, обучение

пациентов в школе здорового образа жизни и в школах по профилям отделений, анализ и совершенствование организации профилактики в учреждении осуществляло отделение медицинской профилактики. Обучение в кардиологических школах – Школе артериальной гипертензии и Коронарном клубе проводили врачи-кардиологи, клинический психолог и медицинские сестры. В обучении по программе профилактики факторов риска в Школе здорового образа жизни участвовали врачи учреждения в соответствии с планом профилактической работы отделений. Форма проведения занятий в Школах самоконтроля включала персонализированное обучение. Занятия в Школе здорового образа жизни проводили в малых группах.

Результаты. Всего профилактическое обучение за три года прошли 2233 человека, из них по поводу сердечно-сосудистых заболеваний в школах самоконтроля – 696 (31%), по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний в Школе здорового образа жизни (ЗОЖ) – 302 человека (13,5% от общего количества обученных пациентов). В 2014 году нами была разработана и внедрена программа персонализированного обучения пациентов в школах для пациентов, разработана система планового интегрирования медицинских работников учреждения в работу школы здорового образа жизни. В отделении медицинской профилактики было проведено обучение врачей, медицинских психологов, медицинских сестер основам профилактического обучения кардиологических больных. В результате внедрения наших разработок в 2015 году количество обученных в Школе здорового образа жизни увеличилось в 1,3 раза, количество обученных в школах кардиологического профиля увеличилось в 2,5 раза и составило 284 человека, всего профилактике сердечно-сосудистых заболеваний было обучено 404 человека. В 2016 году большинство из слушателей школ для пациентов (64%) прошли обучение профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в школах кардиологического профиля и школе ЗОЖ.

Вывод: совершенствование организации профилактической работы и внедрение персонализированного обучения профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в стационаре позволило повысить количество обученных пациентов.

Клинический случай язвенного колита на фоне вирусного гепатита С и ВИЧ

Зайнетдинов М.Р., Минкина А.Н., Бодрягина Е.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Вступление. В настоящее время число зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусным гепатитом С (ВГС) неуклонно растет, несмотря на многочисленные предостережения и пропаганду различных мер защиты в средствах массовой информации. Наряду с повышением заболеваемости этими вирусными инфекциями, растет заболеваемость язвенным колитом. В последнее время наблюдается повышение количества случаев сочетания ВИЧ и воспалительного заболевания кишечника у одного пациента.

Цель. Ознакомить с клиническим случаем язвенного колита на фоне ВИЧ-инфекции и ВГС.

Материалы и методы. Изучена карта стационарного больного N, наблюдавшегося в терапевтическом отделении с диагнозом: язвенный колит, проктосигмоидит, острое течение. Хронический вирусный гепатит С. ВИЧ IIА стадия.

Результаты. Пациент поступил в стационар с жалобами на частый водянистый стул до 6-8 раз в сутки с кровью, лихорадку, отсутствие аппетита, слабость, снижение массы тела на 13 кг за месяц. История настоящего заболевания: два месяца назад впервые появился жидкий стул с кровью, лечился самостоятельно, улучшений не было. Через месяц был госпитализирован в инфекционное отделение – инфекционная патология исключена, проведена фиброколоноскопия, где выявлены язвенные изменения слизистой. Переведен в терапевтическое отделение ЦРБ Республики Татарстан. При объективном осмотре: состояние средней тяжести – слабость, лихорадка 38,4 С. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких хрипов нет, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление – 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпируется плотная болезненная сигмовидная кишка. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет. Результаты лабораторных и инструментальных исследований: в общем анализе крови (ОАК) анемия легкой степени (гемоглобин 109 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^9/\text{л}$), признаки воспаления (лейкоциты $61 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч). Наличие воспалительного процесса подтвердилось изменениями в биохимическом анализе крови: СРБ 100 г/л; изменений в иммунограмме, функциональных пробах печени не выявлено. Копрологическое исследование: консистенция кала – жидкая, бактерии «+», эритроциты 1-4 в п/з, лейкоциты – большое количество, реакция кала на скрытую кровь «+». Дизентерийные, салмонеллезные бактерии не выделены. НВsAg «-», АТ-ВГС «+». Проведена фиброколоноскопия: стенки кишечника эластичные. Складки, гаустры выражены. Слизистая гиперемирована, отечная, расширена, множественные мелкие кровоизлияния. В просвете кишки обильное количество белой слизи. Органическая патология – прожилки крови. Тонус кишки сохранен. В стационаре пациент получал следующее лечение: преднизолон внутривенно капельно с постепенным снижением дозы, месалазин в свечах, преднизолон перорально 25 мг, спазмолитическая, инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии пациент отметил улучшение состояния: стул оформленный 1-2 раза в сутки без крови, без слизи, отсутствие болей в животе, улучшение аппетита. При объективном осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Язык влажный, у корня слегка обложен. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем изменений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. На момент окончания стационарного лечения был проведен ОАК, в котором выявлены некоторые улучшения: анемический синдром нивелирован (гемоглобин 122 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^9/\text{л}$), однако воспалительные изменения крови сохранились: количество лейкоцитов снизилось, но лейкоцитоз сохранился – $12,6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ значительно возросла – 31 мм/ч. Учитывая неполный клинико-лабораторный ответ на проводимое лечение, а также тяжелую сопутствующую патологию, было принято решение о переводе пациента в специализированное гастроэнтерологическое отделение для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Выводы: описанный клинический случай является подтверждением наличия пациентов с ВИЧ, ВГС и язвенным колитом одновременно. Более того, учитывая состояния пациента и его лабораторные показатели, можно сделать вывод, что имеющиеся вирусные инфекции оказывают влияние на тяжесть течения язвенного колита, отодвигая формирование ремиссии. Однако в данном случае, нет возможности определить, какое влияние оказывает язвенный колит на течение изучаемых вирусных инфекций, и определить, какое из заболеваний первостепенно.

Влияние препарата ингибитора фосфодиэстеразы на реологические свойства крови у лиц с сахарным диабетом 2 типа

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

Ярославский государственный медицинский университет

В последние годы получены убедительные данные об участии повышенной вязкости крови в процессе системных нарушений микроциркуляции у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД-Т2). Применяемые при лечении заболеваний лекарственные препараты могут оказывать прямое влияние на реологические свойства крови и в первую очередь на микрореологию эритроцитов. Целью данной работы было исследование состояния макро- и микрореологических показателей крови лиц с СД-Т2 в условиях лекарственной терапии ингибиторами фосфодиэстераз (пентоксифиллином).

Материалы и методы. Регистрировали макро- и микрореологические параметры крови у пациентов с верифицированным диагнозом СД-Т2 (возраст 45-65, n=40) до и после курса лечения больных с включением в схему пентоксифиллина (1200 мг/сутки, в течение 4 недель). Параллельно проводили исследование *in vitro* ингибитором фосфодиэстеразы (пентоксифиллин, 0,02 мг/мл).

Результаты. Применение в течение 4 недель пентоксифиллина в терапии больных СД-Т2 сопровождалось неоднозначными изменениями гемореологических параметров. Было найдено, что вязкость цельной крови при высоких напряжениях сдвига у 57% снижалась в среднем на 12% ($p < 0,05$), тогда как у 39% наблюдалось ее достоверное повышение на 19%. При низких напряжениях сдвига вязкость крови в результате лечения снижалась у 62% лиц с сахарным диабетом на 34% ($p < 0,05$), а у 26% - выявлен ее статистически значимый прирост на сходную величину. При *in vitro* исследовании прямых эффектов лекарственного препарата пентоксифиллина на микрореологию эритроцитов лиц с СД-Т2 были найдены сходные изменения свойств клеток с теми, что наблюдались в результате лечения данных больных. При исходно высокой агрегации отмечалось ее достоверное снижение ($p < 0,05$), тогда как у лиц с исходно низкой агрегацией, после терапии наблюдался ее существенный прирост.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у 60% больных с СД-Т2 включение в схему лечения пентоксифиллина приводило к позитивным изменениям гемореологического профиля. опыты *in vitro* показали, что этот препарат имеет прямое, хотя и разнонаправленное, влияние на микрореологические свойства эритроцитов.

Особенности ультразвуковой диагностики варикозной болезни вен нижних конечностей при дисплазии соединительной ткани

Захарьян Е.А.

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

Одним из признанных проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани служит патология венозной системы. Целью исследования явилось изучение особенностей ультразвуковой диагностики варикозной болезни вен нижних конечностей при наличии дисплазии соединительной ткани.

Обследовано 211 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей в возрасте от 16 до 74 лет, средний возраст составил $46,04 \pm 0,9$ года. Так как по данным литературы для диагностики синдрома дисплазии соединительной ткани формально критическим количеством признаков является наличие 6 и более стигм дисэмбриогенеза, больные были разделены на 2 группы: с минимальным количеством признаков дисплазии соединительной ткани (группа 1) и с явными проявлениями данного синдрома (группа 2). При проведении ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей несостоятельность перфорантных вен в первой группе обнаружена у 39 больных (40,2%). Средний диаметр анастомозов составил $3,6 \pm 1,3$ мм. Стенка вен сохраняла свое строение, была достаточно эластичной. Перфорантный рефлюкс обнаружен у всех больных второй группы. В 91,2% он был множественным. Средний диаметр вен составил $5,9 \pm 1,5$ мм. Стенка перфорантов была истончена, сократимость ее отсутствовала. У больных первой группы отсутствовала выраженная связь между поражением коммуникантных вен и мышечно-венозной помпой голени; у больных второй группы, напротив, имелась прямая зависимость поражения перфорантных вен голени, обусловленная дисфункцией помпы. Клапанный аппарат глубоких вен у больных первой группы в абсолютном большинстве случаев состоятелен, или имелась недостаточность клапанов I степени. В свою очередь, у больных второй группы клапанный аппарат глубоких вен в большинстве случаев несостоятелен и требует хирургической коррекции.

Распространенность и лечение анемии у пациентов терапевтического стационара

Иванова Ю.И., Чижов П.А.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Цель. Изучить распространенность анемии у пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение по поводу хронических заболеваний внутренних органов, качество ее диагностики и терапии.

Материалы и методы. Обследовано 379 пациентов от 18 до 90 лет (средний возраст $64,7 \pm 0,75$ лет), госпитализированных по поводу хронических заболеваний внутренних органов. В исследование включены 128 мужчин в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст $60,2 \pm 1,32$ лет) и 251 женщина в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст $66,9 \pm 0,89$ лет). Основную часть больных составили пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 56,7%, пациенты с заболеваниями органов дыхания составили 4% обследованных, с заболеваниями органов пищеварения – 5,8%, с патологией костно-мышечной системы – 3,7%, с онкологическими заболеваниями – 1,3%, с эндокринными 1,3%, 27,2% пациентов имели сочетанную патологию различных органов и систем. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.

Результаты. Из 379 пациентов анемия выявлена у 83 человек, что составляет 21,9% обследованных больных. При этом анемия легкой степени выявлена у 47 пациентов – 12,4% обследованных (56,6% от больных с анемией), средней тяжести у 30 пациентов – 7,9% обследованных (36,1% от больных с анемией), и тяжелой степени – у 6 пациентов – 1,58% обследованных (7,23% больных анемией). Таким образом, анемия легкой степени тяжести встречается достоверно чаще, чем анемия средней тяжести и тяжелая, а средней тяжести

достоверно чаще, чем тяжелая ($p < 0,05$). Гипохромная анемия выявлена у 22 пациентов, что составляет 36,5% от всех больных с анемией, нормохромная встречается достоверно чаще – у 58 пациентов, что составляет 69,9% пациентов с анемией, гиперхромная анемия диагностирована у 3 пациентов – 3,6% больных с анемией. У 76 пациентов (91,5% от всех выявленных случаев анемии) анемия выявлена впервые, 7 пациентов имели анамнез анемии от 4 месяцев до 26 лет. Достоверно чаще анемия встречается у женщин. Так, среди женщин анемия выявлена у 64 пациенток – 25,5%, среди мужчин у 19 пациентов – 14,8% больных. Среди пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы анемия выявлена у 18,1% больных. При заболеваниях органов кровообращения распространенность анемии увеличивается с нарастанием тяжести хронической сердечной недостаточности. При сочетании патологии сердечно-сосудистой системы с сахарным диабетом 2 типа анемия у пациентов выявляется достоверно чаще – в 30,2% случаев ($p < 0,05$), чем у пациентов без диабета. У пациентов с заболеваниями органов пищеварения анемия выявлена в 18,2%; случаев. У пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы в сочетании с заболеваниями органов пищеварения, анемия выявлена у 54,2% больных, что достоверно чаще, чем у пациентов только с сердечно-сосудистыми или желудочно-кишечными заболеваниями. У пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата анемия выявлена в 14,2% случаев. Среди пациентов с заболеваниями органов дыхания анемия выявлена у 13,3% больных. У пациентов с онкологическими заболеваниями анемия выявлена у 40% пациентов. Необходимо отметить, что из 83 пациентов с анемией только у 20 проведено обследование для установления причин анемии или даны рекомендации по дальнейшему обследованию и наблюдению, из них 7 пациентов имели анемию в анамнезе. Лишь у 16 из 76 пациентов с впервые выявленной анемией был выставлен ее диагноз, у 13 назначено дополнительное обследование. Уровень сывороточного железа определялся только у 35% больных с анемией, другие показатели, характеризующие обмен железа, не определялись. Из 83 пациентов с анемией только 22 получали лечение, из них 15 пациентов с анемией средней тяжести, 6 с тяжелой анемией и только 1 пациент с анемией легкой степени тяжести. Одному пациенту с анемией тяжелой степени выполнялось переливание крови, остальным пациентам назначались препараты железа – для перорального или внутривенного применения, а также витамин B12. При лечении препаратами железа для внутривенного применения не проводился индивидуальный расчет дозы препарата с учетом общего дефицита железа в организме. Контроль эффективности лечения (контроль уровня гемоглобина, эритроцитов) выполнен только у 50% пациентов. Выводы. Выявлена значительная распространенность анемии у пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов. Имеет место недооценка практикующими врачами клинического значения анемии легкой степени тяжести. У большинства больных не исследуется ее причина и не назначается терапия.

Климактерический синдром как междисциплинарная проблема медицины

Изможерова Н.В., Попов А.А.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Актуальность: помимо типичных вегетососудистых и психоэмоциональных нарушений, наступление менопаузы

сопровождается развитием ряда клинически значимых событий: артериальной гипертензии (АГ), атерогенной дислипидемии (ДЛП), ожирения, активации коагуляции, а также быстрой потерей минеральной плотности кости (МПК) и развитием остеопоротических переломов. Частота и структура обсуждаемой патологии в общей популяции изучена недостаточно. Врачи общей практики, участковые терапевты, акушеры-гинекологи женских консультаций недостаточно информированы об особенностях течения заболеваний внутренних органов у женщин в климактерии.

Цель: оценка структуры коморбидной патологии у женщин в постменопаузе в зависимости от возраста.

Материалы: в одномоментное исследование включены 1194 женщины в возрасте от 28 до 64 лет. Участницы исследования были стратифицированы по возрастным группам: моложе 45 лет (группа 1), от 45 до 55 лет включительно (группа 2) и старше 55 лет (группа 3). Оценены антропометрические параметры, показатели липидного и углеводного обмена, наличие АГ, ИБС, хронической сердечной недостаточности (ХСН), перенесённых сосудистых катастроф, остеопороза (ОА), остеопороза (ОП), ревматоидного артрита (РА) и другой патологии.

Результаты: в первую группу вошли 120 женщин с преждевременной менопаузой (медиана возраста менопаузы 42 года) после оперативных вмешательств на органах малого таза и с синдромом раннего истощения яичников. Вторую составили 759 женщин в возрасте от 45 до 55 лет включительно (медиана возраста менопаузы 48 лет). Третью – 315 женщин, у которых менопауза наступила в среднем в 50 лет, но многолетние проявления климактерического синдрома сохранялись и после 55 лет, а у 18 из них продолжались менструации. Значимых различий между группами по массе тела, окружности талии не было, но женщины третьей группы были на 3 см ниже, чем представительницы первой и второй групп. Проявления климактерического синдрома в третьей группе сохранялись на уровне более молодых, за счёт нейровегетативных расстройств, составив, соответственно: 14 (10 ÷ 19); 15 (11 ÷ 20) 16 (12 ÷ 20) баллов и 4 (2 ÷ 6); 5 (3 ÷ 7); 5 (4 ÷ 7) баллов для обменно-эндокринных симптомов. В то же время частота депрессии, и связанных с ней психоэмоциональных расстройств имела тенденцию к увеличению от 9 (5 ÷ 14) баллов в группе 1, 10 (6 ÷ 14) в группе 2 и 11 (7 ÷ 14). Более тяжёлые нейровегетативные и обменно-эндокринные расстройства в третьей группе ассоциировались со значимым ростом частоты диагностированной АГ, ИБС, ХСН, а также перенесённых сосудистых катастроф (инфаркта миокарда, нарушений мозгового кровообращения) и нарушений углеводного обмена. Так, например, частота АГ возрастала с 53,0% в группе 1, до 65,8% в группе 2 и 78,4% в группе 3 ($\chi^2=29,09$; $P < 0,001$). Клинические проявления остеопороза отмечены у каждой третьей пациентки первой группы, в более старших группах частота этого заболевания значимо возрастала. Число случаев остеопении и неосложнённого остеопороза, диагностированных с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, хотя и закономерно увеличивалась в старших группах, но была меньше частоты АГ, ИБС, ХСН, перенесённых сосудистых катастроф, нарушений углеводного обмена, ОА, РА, осложнённого ОП и стойкой утраты трудоспособности превышала значения в общей популяции. Следует обратить внимание, что тяжесть менопаузального синдрома не уменьшалась в старшей возрастной группе, но при этом нарастала частота коморбидной патологии, требующей внимания не только и не столько гинекологов-эндокринологов, сколько специалистов-интернистов. Выбор лечебной тактики у женщин в климактерии часто осложняется сочетанием нескольких заболеваний у одной пациентки. Обсуждаемая коморбидность требует участия в реабилитации женщин специалистов различного профиля.

Влияние воспалительного процесса в стенке желчного пузыря на динамику ретикулоцитов у больных сахарным диабетом

Исаев Г.Б., Наджафов Н.А., Джафарова Г.Л., Асадова Н.М., Абасбейли Г.А.

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

Введение. У больных сахарным диабетом при возникновении приступов острого калькулезного холецистита (ОКХ) по протоколу проводят консервативную терапию с целью снижения воспалительного процесса и коррекции основных функций организма. Если подобная выжидательная тактика в большинстве случаев оправдывает себя, то в некоторых случаях воспалительный процесс, углубляясь, осложняет послеоперационное течение иногда вплоть до смертельного исхода. Ибо до операции четко определить характер воспалительного процесса на стенке желчного пузыря (ЖП) затруднительно.

Цель исследования: определить степень влияния воспалительного процесса в стенке ЖП на продукцию ретикулоцитов крови и установить возможность использования его результатов при выборе тактики лечения больных с ОКХ.

Материал и методы: у 20 больных с ОКХ (основная группа); женщин было 18, мужчин – 2. Контрольную группу составили 10 больных с сахарным диабетом + хроническим холециститом. У всех больных в периферической крови наряду с общими и биохимическими анализами, по Алексееву определены также число ретикулоцитов (в соотношении к 1000 эритроцитам). Больные с ОКХ оперированы в 1-е сутки поступления. Кровь для анализа брали до и после операции. В обеих группах имел место сахарный диабет (СД) средней тяжести.

Результаты и их обсуждение: во время оперативного вмешательства у всех 20 больных выявлены флегмонозные изменения стенки желчного пузыря. До операции уровень ретикулоцитов в крови достигало $0,26 \pm 0,03\%$, а в контрольной группе уровень последнего не превышал $0,18 \pm 0,01$. После холецистэктомии уровень изучаемого показателя снизился до $0,21 \pm 0,01\%$. Таким образом, уровень ретикулоцитов в крови при ОКХ напрямую зависел от степени гипоксии.

Выводы: число ретикулоцитов в периферической крови при ОКХ коррелирует со степенью тяжести воспалительного процесса в желчном пузыре, что наряду другими показателями позволяет выбрать своевременную оперативную тактику. Ключевые слова: флегмонозный холецистит, сахарный диабет, ретикулоциты.

Мочевой синдром как один из ранних лабораторных признаков начала системной красной волчанки

Исмаилова Р.Р., Максудова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: определение наличия мочевого синдрома и его компонентов в симптомокомплексе первых признаков системной красной волчанки (СКВ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших обследование и лечение в

период с 2005 по 2018 г. в ревматологическом и нефрологическом отделениях Республиканской клинической больницы г. Казань. Всем пациентам диагноз СКВ установлен в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (ACR, 1982, 1997 г.) и SLICC (2012 г.).

Результаты. За указанный период на стационарном лечении находилось 255 человек. Из них 231 женщина и 24 мужчины. У трех пациентов в истории болезни раздел «анамнез заболевания» не был заполнен, в связи с чем, проанализирован анамнез 252 больных. Среди первых симптомов заболевания СКВ мочевого синдром присутствовал у 49 (19,4%) пациентов. В структуре компонентов мочевого синдрома протеинурия встречалась у 38 (77,6%) больных: из них у 8 человек также была выявлена гематурия, у 3 человек с протеинурией обнаружена лейкоцитурия, у 1 – гематурия и лейкоцитурия. У 26 пациентов протеинурия была единственным компонентом мочевого синдрома. У 4 больных (8,2%) в осадке мочи присутствовала лишь гематурия. У 7 пациентов в разделе «анамнез заболевания» в симптомокомплексе первых признаков СКВ указано наличие мочевого синдрома без описания его компонентов. В соответствии с диагностическими критериями СКВ – ACR (1982, 1997 г.) и SLICC (2012 г.), одним из признаков поражения почек является цилиндрурия. В анамнезе заболевания исследуемой группы пациентов СКВ цилиндрурия не выявлена.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что мочевого синдром является одним из ранних лабораторных симптомов СКВ. Основным компонентом мочевого синдрома является протеинурия. Цилиндрурия, также входящая в диагностические критерии СКВ, не обнаружена.

Динамика выявления пациентов с семейной гиперхолестеринемией (СГХС) из числа лиц с гиперлипидемией (ГЛП) по данным амбулаторного приёма

Каминная В.И., Рожкова Т.А., Соловьёва Е.Ю., Зубарева М.Ю., Чирковская М.В.

Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии, Медицинский центр УД мэра и Правительства Москвы, Москва

Цель: определить динамику выявления пациентов с семейной гиперхолестеринемией (СГХС) из числа лиц с гиперлипидемией (ГЛП), по данным амбулаторного приёма за период с 1980 по 2017 г. Оценить эффективность активного семейного подхода формирования регистра лиц с ГЛП.

Материалы и методы: результаты обследования пациентов с ГЛП, консультированных амбулаторно по обращаемости в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» МЗ РФ с 1980 по 2017 г. Фенотипирование ГЛП и диагностику СГХС (диагностические критерии С. Бруна и DCLN) проводили по результатам биохимических данных и клинико-генеалогическим показателям пациентов.

Результаты. За период 1980-2017 гг. было проконсультировано более 4000 пациентов с ГЛП (пациентов с СГХС – 7,63%). В 1980-2000 гг. было обследовано 2256 человек в возрасте 18-84 лет (63% мужчин), у 6,3% был установлен диагноз СГХС по клинико-биохимическим и генеалогическим критериям. В 2001-2009

гг. из 1331 обследованных лиц с ГЛП у 4,4% диагностирована СГХС. До 2010 г. пациентов с нарушениями липидного обмена консультировали «по обращаемости». Ретроспективный анализ полученных данных показал, что наибольшее число пациентов с ГЛП различной этиологии обращается для консультации к специалистам самостоятельно или по направлению лечащих врачей после развития различных осложнений (ИМ, ОНМК) или при диагностировании у родственников первой степени родства нарушений липидного обмена. С 2010 г. при формировании регистра пациентов с ГЛП стал применяться активный семейный подход с целью выявления нарушений липидного обмена у лиц молодого возраста для своевременного назначения липидснижающей терапии и проведения ежегодной диспансеризации не только пациентов, но и их родственников. Сравнение данных за 2010 г. и 2015 г. показало, что в 2010 г. из 290 обследованных пациентов было 3,4% впервые обратившихся; в 2015 г. из 147 пациентов число постоянно принимающих рекомендованную липидснижающую терапию увеличилось с 20% в 2010 г. до 63% в 2015 г. Применение активного семейного подхода формирования регистра лиц с ГЛП в течение последних трёх лет позволило выявить 193 пациента с СГХС, за которыми ведётся активное динамическое наблюдение. В настоящее время проводится динамическое наблюдение за 248 пациентами с СГХС, из которых 58% страдают ИБС, 33% перенесли инфаркт миокарда.

Выводы. Применение активного семейного подхода формирования регистра лиц с ГЛП эффективно при выявлении больных с СГХС.

Факторы риска среди студентов старших курсов Уральского государственного медицинского университета – ассоциации с субъективной оценкой здоровья и сравнительная оценка распространенности с аналогичной выборкой Южно-Уральского медицинского университета

Каширская Е.В., Гмызин А.С., Мохова Е.Т., Закроева А.Г.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Цель исследования: оценить распространенность ведущих рисков основных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у выпускников Уральского государственного медицинского университета (УГМУ), их взаимосвязи с субъективной оценкой здоровья, в сравнении с показателями сопоставимой выборки студентов Южно-Уральского медицинского университета.

Материалы и методы. В 2017-2018 гг. проведено кросс-секционное исследование у 159 шестикурсников медико-профилактического и педиатрического факультетов УГМУ (средний возраст 23,2 года, 20% мужчин). Проводился стандартизированный сбор данных об образе жизни (инструмент STEP, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 2016), 3-кратное определение артериального давления (АД), измерение окружности талии (ОТ), и индекса массы тела (ИМТ) в референтных условиях. Оценивался уровень потребления фруктов/ягод и овощей/бахчевых, физической активности (ФА), курительный статус, уровень и характер потребления алкоголя, наличие эпизодов повышения АД, факт приема антигипертензивных препаратов. Проводился анализ самооценки образа жизни студентов

по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), выявление их мотивации к изменению поведения (адапт. Prochaska и DiClemente, 1983).

Результаты. Разницы в частоте ФР между факультетами не было. Только у 7% студентов не было ни одного фактора риска (ФР) ХНИЗ. Самым частым фактором было «редкое и/или недостаточное употребление свежих овощей и фруктов» – выявлено у 71,9% муж., у 78,7% жен. Частое и рискованное употребление алкоголя было у 9 (28,1%) муж. и 69 (55,1%) жен. Курили 43,8% мужчин и 12,6% женщин. Недостаточная ФА выявлена у 21,9% муж. и у 18,9% жен.; при этом 50% этих студентов считали свою ФА средней или высокой. У 35(22%) студентов обнаружено абдоминальное ожирение и/или ожирение I-III степеней, в сочетании/без повышенного АД (1-3 степеней). АГ была у 5 студентов (3,1%). Свой образ жизни студенты оценили на 5-10 баллов по 10-балльной ВАШ (интерквартильный интервал). 90 чел (56,96%) находились в стадии обдумывания необходимости модификации своего поведения или на начальных этапах его изменения. При этом 68 чел. (43,03%) никогда не задумывались об изменениях в образе жизни. Достоверных ассоциаций между уровнем самооценки здоровья и наличием ФР не было получено (аналогично популяции Урала в целом). В сравнении с данными выпускников ЮУГМУ, распространенность курения оказалась сопоставимой: 18,9% и 20,6% соответственно. Нерациональное питание в УГМУ отмечалось чаще: в 77,4% против 68,7% соотв. Частота метаболических нарушений у выпускников разных вузов оказалась одинаковой.

Выводы: 1. Распространенность ФР ХНИЗ среди выпускников УГМУ расценена как высокая, но сопоставимая с показателями Южно-Уральского медицинского университета и популяционными данными. Преобладающими рисками были недостаточное употребление свежих овощей и фруктов и рискованное потребление алкоголя. Каждый пятый студент уже имел метаболические сдвиги в виде ожирения или повышенного АД. 68 (43,03%) выпускников обследованных факультетов не задумывались о негативных последствиях своего образа жизни. 2. Разработка программы по повышению приверженности здоровому образу жизни у студентов является актуальной задачей в рамках глобальной программы профилактики развития неинфекционных заболеваний.

Гиперурикемия как независимый фактор риска сердечно-сосудистых осложнений

Коренская Е.Г., Паорамонова О.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Подагра – метаболическое заболевание, которое характеризуется отложением в различных тканях организма кристаллов уратов в форме моноурата натрия или мочевой кислоты. В основе возникновения лежит накопление мочевой кислоты и уменьшение её выведения почками, что приводит к повышению концентрации последней в крови (гиперурикемия). Гиперурикемия выявляется у 4-12% населения, подагрой страдает 0,1 % населения России [15]. В США и Европе подагрой болеют 2 % жителей, среди мужчин в возрасте 55-65 лет подагрой болеют 4-6%. К факторам риска развития подагры относят артериальную гипертензию, и гиперлипидемию. Современными исследователями продолжается изучение влияния сопутствующих подагре заболеваний, таких как

дислипидемия, ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа, ассоциированные с атеросклерозом сердечно-сосудистые заболевания и хроническая почечная недостаточность. В настоящее время проведено несколько крупных эпидемиологических исследований, в которых установлена связь между гиперурикемией – основным патогенетическим фактором, обуславливающим развитие подагры, и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (КСЗ). По литературным данным, большинство пациентов с подагрой (около 70%) имеют более двух факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, за последние десятилетия увеличилась ассоциация подагры с ожирением и дислипидемией, последнюю связывают с инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией. Установлено, что цитокины жировой ткани – адипокины способствуют формированию вялотекущего воспаления у больных с ожирением, развитию комплекса метаболических нарушений, сердечно-сосудистым осложнениям и аутовоспалительным синдромам.

Цель. Изучить частоту встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска у больных с подагрическим артритом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 больных с первичной подагрой, диагностированной на основании критериев S.Walles. Все пациенты были разделены на две группы: в первую были включены 40 человек без признаков метаболического синдрома (МС), во вторую – 20 больных с подагрическим артритом, имеющих метаболический синдром. Среди больных преобладали мужчины (60%), средний возраст – 52 года. У 25 человек прослеживался семейный анамнез подагрического артрита. Средняя продолжительность заболевания составила 8,2±3,5 года. Больным проводилось физикальное обследование, включающее оценку общего состояния, измерение артериального давления. Для диагностики метаболического синдрома проводились расчёт индекса массы тела, оценивалось соотношение объема талии и бедер, исследовались показатели углеводного, липидного обмена.

Результаты и обсуждения. Все больные находились на стационарном лечении в больнице ГУЗ ГКБ СМП №25. Дебют подагрического артрита в среднем наблюдался в 35,6±10 лет. Все пациенты осмотрены в межприступный период. У 58.3% больных диагностирована тофусная форма, 41,6% – не имели тофусов. Масса тела у пациентов с МС составила 96,0 (85,5-109,0) кг, в группе пациентов, не имеющих признаков метаболического синдрома – 90,0 (84,5-94,0) кг. В основной группе индекс массы тела колебался от 29,05 до 49,39 кг/м², в группе сравнения – 28,0-34,25 кг/м². Ожирение в основной группе наблюдалось у 45% больных, в остальных случаях констатирована избыточная масса тела. Среди критериев метаболического синдрома у 40% больных диагностирована артериальная гипертензия, гиперглицидемия у 20% мужчин и 17,5% женщин, нарушение толерантности к глюкозе отмечено у 60% пациентов. У больных с изолированной подагрой объем талии у мужчин оставил в среднем 96 (94,0-100,0) см, у женщин 86,5 (83,0-90,0) см, артериальная гипертензия имела у 29% обследованных. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови пациентов с МС варьировал от 237,0 до 960,5 мкмоль/л, что превышало показатели пациентов без МС.

Выводы. Таким образом, среди больных подагрой с признаками метаболического синдрома с высокой частотой встречались сердечно-сосудистые факторы риска, при этом наиболее часто АГ. Этим подчеркивается необходимость более тщательного контроля и коррекции выявленных факторов риска у пациентов, подтверждающих большую ассоциацию между гиперурикемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Анализ поведенческих факторов риска развития метаболического синдрома среди коренного и некоренного населения Северного региона

Корнеева Е.В., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН», Сургутский государственный университет, Новосибирск, Сургут

Цель. Оценить распространенность поведенческих факторов риска метаболического синдрома (МС) среди коренного и некоренного населения северного региона.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 930 человек в возрасте 18-44 лет 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 женщины. Коренное население (ханты и манси) – 104 мужчины и 221 женщина. Работа выполнена в НИИТПМ-филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр ИЦиГ СО РАН» на базах Федоровская городская больница, филиал больницы в д. Русскинская, Сургутская городская клиническая поликлиника №1. Диагноз «МС» устанавливался согласно Рекомендациям экспертов ВНОК по диагностике и лечению МС. Получены добровольные информированные согласия. Оценивали курение (у курящих – индекс курения), употребление алкоголя, рацион питания, физическую активность. 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). 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%.

Результаты исследования показали, что нарушения пищевого поведения были выявлены у 85,1% всех обследованных мужчин и женщин, при этом среди пациентов с МС превышал данный показатель в 9 раз. Нарушения пищевого поведения среди обследованных женщин представлены следующим образом: эмоциогенный 41,3%, ограничительный 30,8%, экстернальный 27,9%. Для 81,7% мужчин характерен был экстернальный тип пищевого нарушения, который встречался у 50,5% человек. Но в равном соотношении (на 28,6%) меньше наблюдалось пациентов мужского пола с эмоциогенным и ограничительным типами пищевых нарушений в отличие от женщин. При опросе всех респондентов нами было выявлено 179 (51,3%) курящих, среди которых 104 мужчины (58,1%) и 75 (41,9%) женщин. Курящих мужчин и женщин с МС встречалось на 11,5% и 12,0% больше, чем в контрольной группе, соответственно. Общее число никотинзависимых лиц среди коренных жителей составило 156 (48%), среди которых 97 мужчины (62,2%) и 59 (37,8%) женщин. Ежедневное употребление мяса отметили 79,5% женщин, 87,9% мужчин. Употребление рыбы распределено таким образом: 1 раз в неделю – 25,6% женщин, 37,6% мужчин, 2 раза в неделю – 13,4% женщин, 21,4% мужчин, редко – 61% женщин и 41% мужчин. Среди ханты и манси преобладал ежедневный прием как мяса (94,6% мужчины и 92,3% женщины), так и рыбы (76,9% мужчины и 72,4% женщин). Все анкетированные отметили частый прием кондитерских и мучных изделий – мужчины 76,4% и женщины 98,9% (среди ханты

и манси – 53,8% и 67,2%, соответственно). 90,2% лиц не имеют в ежедневном рационе 400 и более грамм овощей и фруктов. Распространено частое употребление алкоголя: ежедневно – 9,4% женщин, 37% мужчин; 2 раза в неделю – 11,6% женщин и 23% мужчин; 3 раза в неделю – 28% женщин и 48% мужчин, редко – 12% мужчин и 31% женщин. Распределение физической активности среди мужчин и женщин идентичны. У большинства обследованных (42,2% женщин и 41,7% мужчин) состояние физической активности соответствовало среднему уровню (718,3±40,4 мин МЕТ/нед). Среди некоренных пациенток села распространен низкий уровень физической нагрузки (39,1% – средняя суммарная оценка активности составляла 312,5±35,5 мин МЕТ/нед). Среди 54,2% городских женщин отметили средний уровень физической активности (813,5±47,5 мин МЕТ/нед). Женщины-ханты, ведущие кочевой образ жизни (43,7%), имели среднюю физическую активность в отличие от оседлых женщин-ханты (56,3%). Интенсивную физическую нагрузку отметили 9 (29%) городских мужчин (1068,5±65,6 мин МЕТ/нед), гиподинамию – 42,9%. Среди некоренных сельских мужчин 72,6% имели низкий уровень активности. Среди ханты и манси преобладали мужчины с высокой физической активностью (61,5%).

Выводы. Нарушение пищевого поведения с увеличением в рационе рафинированных углеводов, жиров и алкоголя, рост числа никотинзависимых лиц и снижение физической активности среди молодого трудоспособного населения являются наиболее распространенными поведенческими факторами риска развития МС.

Создание и практическое применение интерактивного веб-приложения для мониторинга антибиотикорезистентности основных возбудителей нозокомиальной хирургической инфекции

Кузьменков А.Ю.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Актуальность. Под мониторингом антибиотикорезистентности подразумевается постоянный сбор данных, анализ и дальнейшая интерпретация информации о развивающейся устойчивости основных микроорганизмов к антибактериальным препаратам. В мире известны системы мониторинга, такие как EARS-Net, CDDEP ResistanceMap, SGSS, NNIS system и другие. В Российской Федерации долгое время отсутствовало собственное интерактивное веб-приложение для мониторинга антибиотикорезистентности.

Целью нашей работы было создание интерактивного веб-приложения для мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов, вызывающих нозокомиальную хирургическую инфекцию в Российской Федерации для быстрого получения актуальных данных о динамике развития устойчивости микроорганизмов.

Материалы и методы. На основании имеющихся проспективных результатов многоцентровых исследований антибиотикорезистентности, выполненных на базе НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, сформирована база данных. Был выполнен анализ полученной информации статистическими методами и информационными методами (непосредственно разработка интерактивного веб-приложения).

Результаты исследования. Нами разработана методология анализа и представления данных, осуществлена выгрузка и валидация имеющейся информации проспективных многоцентровых исследований антибиотикорезистентности основных штаммов нозокомиальной хирургической инфекции. Дальнейший анализ полученных сведений выполнен следующими методами: расчёт абсолютных и относительных частот, расчёт доверительного интервала методом Уилсона, метод множественных сравнений с помощью пермутационного критерия Фишера, корректировка множественных сравнений по методу Холма, адаптация теории графов для визуализации множественных сравнений, ядерной регрессии для анализа трендов. Далее нами разработан список фильтров, с которыми непосредственно осуществляется работа пользователя веб-приложения. В него вошли следующие пункты: тип инфекции и её локализация, отделение лечебно-профилактического учреждения и точная географическая локализация, возраст пациента, группа микроорганизмов, микроорганизм, антибиотик. Для дальнейшей визуализации данных нами были разработаны и реализованы методы графического представления: интерактивные стакбары и барплоты с доверительными интервалами, картографическое отображение, визуализация множественных сравнений, числовые баннеры, графики трендов и график регрессии и непосредственно сама интерактивная таблица. Кроме того, в веб-приложении имеется возможность генерировать отчёты в формате текстового документа для дальнейшей работы пользователя с ними.

Выводы. Разработанное нами веб-приложение для мониторинга антибиотикорезистентности даёт возможность получения информации о существующей проблеме формирующейся устойчивости интересующих штаммов нозокомиальной хирургической инфекции в зависимости от её локализации, отделения лечебно-профилактического учреждения и географической локации. Полученная с помощью веб-приложения информация поможет при составлении локальных формуляров антибактериальных препаратов в конкретном федеральном округе или стационаре. Использование веб-приложения для формирования отчётов об уровне антибиотикорезистентности на местном и федеральном уровнях сможет стать основой для дальнейшего принятия управленческих решений.

Приверженность к гипотензивной терапии работников локомотивных бригад железнодорожного транспорта

Лузина С.В., Костарева О.В., Вострещева Е.А.

Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница РЖД – Медицина», Пермь

Цель. Учитывая высокую социальную и профессиональную значимость работников локомотивных бригад ОАО «Российские железные дороги», целью нашей работы стало изучение заболеваемости и оценка приверженности к гипотензивной терапии работников подвижного состава с установленным диагнозом «Артериальная гипертензия».

Задачи исследования: 1. Изучить структуру общей заболеваемости, а также заболеваемости артериальной гипертензией у работников подвижного состава за 2015-2017 гг. 2. Оценить приверженность к гипотензивной терапии.

Материалы и методы: 1. Статистический анализ медицинской документации состояния здоровья работников подвижного состава

за период 2015-2017 гг. 2. Шкала комплаентности Мориски-Грин – клиничко-психологическая тестовая методика, предназначенная для предварительной оценки комплаентности в рутинной врачебной практике и в процессе скрининга пациентов.

Результаты. В процессе трудовой деятельности работников подвижного состава на их организм воздействует целый ряд факторов, которые подразделяются на модифицируемые и немодифицируемые. К немодифицируемым относятся: наследственность, мужской пол, возраст. К модифицируемым: факторы социально-бытового характера (употребление алкоголя, курение, стрессы, несбалансированное питание, избыточная масса тела, пассивный образ жизни), а также внешние вредные факторы производства (вибрация, шум, электромагнитное излучение, психоэмоциональная нагрузка, дисбаланс биоритмов). В структуре заболеваемости работников локомотивных бригад ОАО РЖД отмечается превалирование пяти наиболее значимых классов заболеваний, на долю которых приходится около 90% случаев заболеваемости: болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, травмы и отравления, болезни органов кровообращения, органов пищеварения. Доминируют болезни органов дыхания, на которые приходится 42-43%, и из них ОРВИ в 85% случаев. На втором месте болезни костно-мышечной системы – 19%. Несмотря на то, что болезни системы кровообращения по частоте своей не столь значительны – 8- 9%, их роль крайне велика. Они представлены в основном артериальной гипертензией (66% от всех заболеваний системы кровообращения) и определяют одну из главных причин профнепригодности работников данной категории. Еще реже причиной временной нетрудоспособности стали болезни органов пищеварения (5%). При проведении анализа первичной медицинской документации на предмет выявления заболеваемости артериальной гипертензии (АГ) у работников локомотивных бригад за период 2015-2017 гг. выявлено, что удельный вес пациентов с данным диагнозом держится примерно на одном уровне: в 2015 г. – 16,1%, в 2016 г. и 2017 г. – по 15,8%. Всем пациентам с АГ назначается постоянная гипотензивная терапия: монотерапия или комбинированная терапия. В 2015г. удельный вес монотерапии составил 39%, в 2016 г. – 41,1%, в 2017 г. – 53,7%. Увеличение количества пациентов на монотерапии в 2017 г. может объясняться тем, что зарегистрированы «новые» случаи молодых гипертоников с АГ I стадии, 1 степени, риск 1, когда необходимо влиять на модифицируемые факторы риска и начинать лечение с монотерапии. За анализируемый период чаще всего пациентам назначались: небиволол, индапамид, периндоприл, лизиноприл, амлодипин, лозартан. Данная лекарственная терапия соответствует стандартам по оказанию медицинской помощи при АГ, клиническим рекомендациям, в том числе с учетом профессиональной клинической фармакологии. Общая приверженность к лечению составила 3,5±0,2 балла, при нормативе 4 балла по шкале Мориски-Грин, что соответствует уровню недостаточной приверженности. Причем установлена взаимосвязь между возрастом пациента и приверженностью к лечению – чем моложе пациент, тем он менее привержен к приему лекарственных препаратов: до 45 лет – баллы 2,9±0,4; старше 45 лет – баллы 3,7±0,2. Лица старшего возраста более комплаентны к лечению, в связи с ответственностью за сохранение своего здоровья и рабочей квалификации.

Выводы: 1. Многогранность модифицируемых и немодифицируемых факторов риска с учетом производственной деятельности водителей локомотивных бригад определяет структуру заболеваемости. 2. Назначаемая лекарственная терапия соответствует стандартам по оказанию медицинской помощи при АГ, клиническим рекомендациям, в т.ч. с учетом профессиональной клинической фармакологии. 3. Динамическое и регулярное медицинское наблюдение, меры

первичной и вторичной профилактики, повышают эффективность медицинской помощи и приверженность к лечению работники локомотивных бригад.

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.

Диагностическая панель маркеров в оценке эффективности лечения ишемической болезни сердца

Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель настоящего исследования: изучить диагностическую панель маркеров в оценке эффективности гиполипидемической коррекции нарушений липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Задачи: оценить гиполипидемический эффект к моно- и комбинированной терапии, исследовать влияние розувастатина и эзетимиба на коррекцию гиперлипидемии с учетом молекулярно-генетических маркеров.

Материалы и методы. В данное исследование было включено 100 больных ИБС с первичными атерогенными гиперлипидемиями в возрасте от 44 до 65 лет, 19 – составили контрольную группу. Исследование проводилось рандомизированным, простым, проспективным методом по дизайну, одобренному региональным этическим комитетом. Лабораторно-инструментальное исследование включало в себя: сбор анамнестических данных, определение липидного спектра, регистрация ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, велоэргометрию для определения функционального класса ИБС, фармакогенетическое тестирование генов LPL, NOS3, ACE, CETP. Результаты. При комбинированной терапии, т.е. при включении эзетимиба дозой 10 мг в сутки к статинам происходило дополнительное снижение показателей холестерина липопротеидов низкой плотности до 26%. У пациентов, обладающих генотипом +279AA по полиморфизму CETP нарушения показателей липидного обмена

были менее выраженными, а базальный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности более высоким, который принимает участие в обратной транспортировке холестерина и обладает атеропротективными свойствами. Было выявлено, что больные ишемической болезнью сердца с генотипом +495T были более резистентны к коррекции нарушений липидного обмена розувастатином, однако на эффективность комбинированной терапии генотипы LPL не оказали никакого влияния. Полиморфные варианты NOS3 не оказывали влияния на базальные уровни липопротеидов у пациентов с ИБС, за исключением содержания ТГ, и на эффективность комбинированной терапии, включающей селективный конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы – розувастатин и абсорбции холестерина в кишечнике – эзетимиб. Носители D аллеля по полиморфизму ACEI/D попадают в зону риска, так как генотип DDACE является потенциальным фактором риска для развития атеросклероза сонных артерий с формированием гемодинамически значимых стенозов.

Выводы. Данное влияние генотипов на эффективность различных схем лечения больных ИБС позволяет выработать индивидуальный дозовый режим для коррекции гиперлипидемии.

Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у работников государственной телерадиовещательной компании

Мальсагов А.Х., Тимерханова Л.Х., Бузуртанова З.М.

Центр здоровья взрослого населения ГБУ «Республиканская поликлиника», Ингушский государственный университет, Назрань

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смертности во всем мире. Наравне с онкологическими заболеваниями и диабетом, они прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XXI века. Поэтому раннее выявление факторов риска важно для своевременной профилактики ССЗ. В нашем Центре здоровья были обследованы работники ГТРК в количестве 87 человек. Из них 50 мужчин и 37 женщин. Средний возраст мужчин составил 39 лет, женщин – 36 лет. У них исследовали – АД, уровень холестерина, избыточную массу тела, характер питания, курение, злоупотребление алкоголем, физическую активность, наследственность по ССЗ и онкологическим заболеваниям. Мониторинг распространенности факторов риска (ФР) показал следующие результаты: 1. Низкая физическая активность выявлена у 42% мужчин и у 48% женщин; 2. Избыточная масса тела и ожирение (индекс массы тела $>25 \text{ кг/м}^2$) у 38% мужчин и 43% женщин; 3. Нерациональное питание у 36% мужчин и 35% женщин; 4. Высокий уровень холестерина у 20% мужчин и 26% женщин; 5. Повышение АД у 17% мужчин и 19% женщин; 6. Курение и употребление алкоголя 6 и 2% у мужчин соответственно и 0% женщин; 7. Отягощенная наследственность по ССЗ и онкопатологии в целом составила 51 и 39% соответственно. Низкий процент выявленных курильщиков и употребляющих алкоголь обусловлен местными, национальными традициями и религиозными убеждениями.

Выводы. Результаты обследования показали, что наиболее значимыми ФР у данного контингента работающих – это гиподинамия, ожирение, нерациональное питание, и высокий уровень холестерина, причем среди женщин эти факторы встречались чаще. Таким образом,

значительная часть сотрудников, работающих на телевидении нуждается в проведении работы по выявлению и устранению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, путем создания и укрепления мотивации к здоровому образу жизни, соблюдению принципов рационального питания и снижению массы тела, увеличению двигательной активности и обучения в профильных школах здоровья, которые функционируют при Центре здоровья республиканской поликлиники.

Патологическая стигмация и малые аномалии сердца и сосудов в молодой популяции

Мацуганов Д.А., Саратовкина Д.Р., Григоричева Е.А., Лукманова Г.Р.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. К малым аномалиям развития сердца и сосудов следует относить анатомические изменения архитектоники сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функции сердечно-сосудистой системы. Но нам известно, что не имеет значение, какого типа опухоль сердца: злокачественная или доброкачественная – она злокачественна по своей локализации. По этой причине не стоит недооценивать малые аномалии развития, ведь они несут угрозу жизни пациента. В популяции МАР сердца и сосудов встречаются довольно часто, в том числе и у молодых людей, поэтому так необходимо диагностировать данные патологии как можно раньше, для своевременной коррекции и эффективной реабилитации пациентов. В этом нам может помочь выявление патологических стигмаций, так как есть определенная связь между ней и МАР сердца и сосудов.

Цель. Определить распространенность патологических стигмаций среди студентов ЮУГМУ и их связь с аномалиями развития сердца и сосудов.

Материалы и методы. С целью оценки клинико-функциональных показателей и контроля соответствия критериям включения проведен: сбор жалоб, анамнеза жизни и перенесенных заболеваний, анализ медицинской документации, общее клиническое обследование. Для выявления внешних и висцеральных признаков дизэмбриогенеза выполнены антропометрическое, фенотипическое и инструментальное исследования (ЭхоКГ, УЗДГ сосудов шеи). Всего в исследовании приняли участие 82 студента 6 курса ЮУГМУ. Изучалось распространение внешних стигм дизэмбриогенеза, малых аномалий сердца и сосудов. К последним относили гипоплазию и высокое впадение позвоночной артерии, а также извитость внутренней сонной артерии с умеренно выраженным турбулентным потоком.

Результаты. Распространенность патологических стигм в зависимости от МАР сосудов и сердца было достаточно велико. Общее количество стигм при МАР сердца составило 69, при МАР сосудов – 121. Самыми распространенными стигмами при МАР сердца и сосудов были признаки гипермобильности суставов, соотношение ладонь/пол, миопия, соотношение стопа/рост. После проведения ЭхоКГ и УЗДГ сосудов шеи были выявлены следующие варианты МАР сердца и сосудов: пролапс митрального клапана (23,2%), дополнительная хорда левого желудочка (23,2%), открытое овальное окно (3,7%), эктазия аорты (1,2%), высокое впадение позвоночной артерии (30,8%), компрессия позвоночной артерии (27,1%), патологическая извитость внутренней сонной артерии (9,4%), гипоплазия позвоночной

артерии (4,7%). Получена достоверная связь средней силы между признаками гипермобильности суставов и наличием пролапса митрального клапана ($r=0,005$), пролапсом митрального клапана и миопии ($r=0,013$), дополнительных хорд и миопии ($r=0,016$). При МАР сосудов наиболее часто встречаются гипермобильность (26,7%) и миопия (25,2%), менее часто стопа/рост $>15\%$ (20,6%) и ладони-пол (18,3%), наиболее редко встречается плоскостопие (9,2%).

Выводы. 1. Риск пролапса митрального клапана увеличивается при наличии гипермобильности суставов и миопии. Риск наличия дополнительной хорды левого желудочка увеличивается при миопии. 2. Фенотипическими маркерами МАР сосудов наиболее часто является гипермобильность суставов, миопия, стопа/рост, ладони-пол.

Степень комплаентности к диете пациентов с хроническим панкреатитом в различных регионах

Михайлова О.Д., Любимцева М.С.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: изучить степень приверженности к диете больных хроническим панкреатитом (ХП) в республике Абхазия и г. Ижевске.

Материалы и методы. Обследовано 47 больных с ХП в стадии обострения (15 женщин и 32 мужчин) в возрасте от 35 до 80 лет, находившихся на лечении в Республиканской больнице Республики Абхазия (г. Сухум), и 50 больных ХП в стадии обострения (38 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 40 до 82 лет, лечившихся в городской больнице города Ижевска. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2011). Особенности питания изучали по оригинальной анкете, включавшей вопросы, касающиеся соблюдения рекомендаций врача и особенностей питания пациентов.

Результаты. Выявлено, что в г. Ижевске 48% опрошенных пациентов постоянно соблюдали рекомендованную при ХП диету, 40% соблюдали диету только во время обострения заболевания и 12% никогда не следовали рекомендациям врача относительно питания. В республике Абхазия 85% опрошенных пациентов не следовали диетическим рекомендациям, лишь 15% больных постоянно придерживались рекомендованной при ХП диеты. Тем не менее, по результатам исследования, 100% пациентов как в Ижевске, так и в Сухуме считали, что питаются полноценно не менее 3 раз в день. При этом в республике Абхазия полноценное питание, по мнению опрошенных, должно включать большое количество копченого, вяленого и сильно прожаренного мяса, кисломолочные продукты, острые приправы и специи. Так, среди пациентов г. Сухум 67% едят жирную пищу ежедневно или 4-5 раз в неделю; добавляют в блюда острые приправы и специи 80% опрошенных; спиртные напитки, в том числе домашнее вино, употребляют 58% респондентов. 78% опрошенных употребляют ежедневно свежие овощи и фрукты, домашние молочные продукты 2-3 раза в неделю. Среди респондентов г. Ижевска 68% больных употребляют свежие фрукты 2-3 раза в неделю, а ежедневно стараются включать в свой рацион овощи 64% респондентов. 92% пациентов считают обязательным ежедневное употребление каши и супов, 80% опрошенных ежедневно едят мясо и/или рыбу. В г. Ижевске больные не связывали госпитализацию с нарушениями диеты, отмечали другие факторы (стрессы в семье и на работе, курение, либо не могли указать причину), тогда как в республике Абхазия в 68% случаев обострение заболевания возникало при несоблюдении

диеты; стрессовые ситуации вызывали нарушение аппетита у 38% больных.

Заключение. Таким образом, приверженность к диетическим рекомендациям в Республике Абхазия ниже, чем в г. Ижевске. Это связано с пищевыми привычками и традициями, заложенными в культуре питания народа. В этой связи в деятельности врачей первичного звена по профилактике обострений и осложнений ХП необходимо уделять существенное внимание вопросам лечебного питания.

Артериальная гипертензия и ремоделирование магистральных артерий головы у лиц пожилого и старческого возраста

Подсонная И.В., Елыкомов В.А., Белицкий С.Н.

Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования – изучить варианты изменений магистральных артерий головы (МАГ) при артериальной гипертензии (АГ) у лиц позднего возрастного периода.

Материал и методы. Обследовано 138 пациентов с АГ (основная группа) и 264 пациента без АГ (группа сравнения), все мужчины в возрасте от 60 до 92 лет (средний возраст 78,2 \pm 5,6 лет). Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование МАГ по стандартной методике на аппарате Vivid 7 (GE HC, США), Logiq S8 (США). Измеряли максимальную систолическую, минимальную диастолическую и среднюю скорость кровотока, толщину комплекса интима-медиа, определяли изменение анатомической конфигурации МАГ, наличие в них внутрисосудистых образований.

Результаты. У пациентов с АГ утолщение комплекса интима-медиа в одной из МАГ, чаще внутренней сонной артерии, определялось в 32,6% случаев, в 2-х и более МАГ – в 67,4% случаев. У пациентов без АГ структурные изменения сосудистой стенки одной из церебральных артерий наблюдались в 76,1% случаев, более, чем в двух артериях – в 13,9%. То есть наличие АГ ассоциировалось с большей (в 4,9 раза; $p<0,001$) частотой и распространенностью изменения сосудистой стенки МАГ. Атеросклеротические бляшки в МАГ были выявлены у 55,8% пациентов с АГ, из них, обуславливающих стеноз сонных артерий – у 24,6%. Среди пациентов 2-й группы (без АГ) наличие атеросклеротических бляшек в МАГ установлено в 32,6% случаев, которые в 12,8% случаев вызывали стеноокклюзирующее поражение МАГ. При развитии АГ более часто (в 5,1 раза; $p<0,001$), чем у пациентов без АГ, определялась патологическая извитость сонных артерий (17,4% случаев), нарушение хода вертебральных артерий (18,1% случаев). У каждого четвертого пациента с АГ имелись сочетанные изменения МАГ: одновременный стеноз и патологическая извитость сонных артерий – в 4,0% случаев, стеноз сонных артерий с поражением вертебральных артерий – в 6,7%, патологическая извитость сонных артерий с нарушением хода позвоночных артерий – до 1% случаев. При отсутствии АГ сочетанные изменения БЦА регистрировались у пациентов в 3,6 раза реже ($p<0,001$). При АГ 1 степени (стп) стеноз сонных артерий регистрировался в 5,7% случаев, при АГ 2 стп – 25,6%, АГ 3 стп. – 58,8%; патологическая деформация МАГ по мере увеличения степени АГ определялась в 11,5% - 30,2% - 90,6% случаев соответственно ($p<0,01$). Сочетанные поражения МАГ в большинстве случаев (70,6%) имели пациенты с АГ 3 стп., превышая показатели пациентов с АГ 2-1 стп. в 3,6 – 24,3 раза соответственно ($p<0,001$).

Атеросклеротические проявления в МАГ в виде утолщения комплекса интима-медиа и образования атеросклеротических бляшек при АГ 1 стп. лоцировались в 40,0% случаев, АГ 2 стп. – 73,3%, АГ 3 стп. – 94,1%. Выводы. На основании полученных результатов исследования можно сделать заключение, что для пациентов с артериальной гипертонией в пожилом и старческом возрасте характерна большая частота обнаружения деформации магистральных артерий головы (каротидного и вертебрального отделов). Закономерным является изменение сосудистой стенки, проявляющееся утолщением комплекса интима-медиа более чем в двух артериях, с более частым определением внутрисосудистых атеросклеротических бляшек, вызывающих стенозующее поражение церебральных артерий. Нарастание ремоделирования магистральных артерий головы идет синхронно повышению уровня артериального давления, чем более выражена степень артериальной гипертонии, тем больше изменения в магистральных артериях головы.

Боль в нижней части спины как маркер полиморбидности амбулаторных пациентов

Попов А.А., Изможерова Н.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Боль в нижней части спины (БНС) является одной из самых частых причин обращения к врачу лиц трудоспособного возраста. В подавляющем большинстве случаев эпизод БНС завершается излечением. В то же время БНС может быть проявлением или осложнением целого ряда заболеваний, представляющих непосредственную угрозу жизни пациентов. Для выявления случаев вторичной БНС с неблагоприятным прогнозом предложена концепция «красных флагов». Вместе с тем, при лечении больных первичной доброкачественной БНС могут наблюдаться нежелательные явления, в том числе, серьезные, обусловленные наличием сопутствующей патологии.

Целью настоящей работы явилась оценка социальной значимости и ассоциации БНС с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), сосудистыми катастрофами, нарушениями углеводного обмена, остеоартрозом (ОА).

Материал и методы. Исследование проведено в 2 этапа. На первом этапе были проанализированы медицинские карты всех пациентов одного терапевтического участка в течение одного календарного года. Регистрировали антропометрические данные, сопутствующие заболевания, число случаев и дней временной нетрудоспособности. На втором этапе в одномоментное исследование включены 1194 женщин в возрасте от 28 до 64 лет (медиана 51 год, 25% – 95%: 48 – 55 лет), последовательно обратившихся на консультативный приём терапевта. Обследование включало стандартизированный респрос, сбор анамнеза осмотр врача, регистрацию электрокардиограммы, массы тела, роста, окружности талии (ОТ), расчёт индекса массы тела (ИМТ). По медицинским документам регистрировали перенесённые инфаркты миокарда (ИМ), нарушения мозгового кровообращения (НМК), данные репродуктивного анамнеза. БНС диагностировали при наличии острой или хронической боли, оцененной более 30 мм по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ) на участке спины от реберной дуги до ягодичной складки на момент обращения или имевшей место в течение одного месяца непосредственно перед обращением к

врачу. Результаты БНС явились причиной 11% случаев и 29,4% дней временной нетрудоспособности, причем продолжительность случая составила в среднем 13 дней (от 4 до 24). На втором этапе критериям БНС соответствовали 671 пациентка, они составили основную группу. Не имели боли в спине 523 человека (группа сравнения). Пациенты с БНС значимо отличались от группы сравнения по индексу массы тела, который составил, соответственно, 28,0 (24,8-31,4) и 27,0 (24,2-30,2) кг/м²: P < 0,01. Подавляющее большинство обследованных (433 чел., 64,5%) ранее неоднократно переносили повторные эпизоды БНС. Впервые БНС была диагностирована в 56 случаях (8,4%). В представленной выборке 275 человек (40,1%) отмечали связь развития БНС с наступлением спонтанной или хирургической менопаузы, поэтому 224 из них первоначально обратились к гинекологу и были направлены последним на консультацию терапевта. При наличии БНС значимо выше была вероятность выявления сердечно-сосудистых заболеваний – АГ, ИБС, ХСН, абдоминального ожирения и метаболического синдрома. БНС более чем в два раза повышала вероятность диагностики ОА любой локализации. Пациентки с БНС получали одновременно значимо больше лекарственных препаратов, чем группа сравнения. Таким образом, БНС ассоциируется с полиморбидностью пациентов и служит причиной каждого девятого случая временной утраты трудоспособности и одной трети потерь рабочего времени трудоспособного населения. Полиморбидность больных БНС требует разработки и внесения специальных разделов по рациональному выбору терапии в клинические рекомендации по ведению обсуждаемой категории пациентов

Госпитализированные в терапевтическое отделение пациенты с сахарным диабетом 2 типа потребляют недостаточное количество воды

Попов А.А., Мотылева А.В., Штадлер В.Д., Кондрашова Е.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
Центральная городская клиническая больница №6,
Екатеринбург*

Сахарный диабет 2 типа (СД2Т) является одной из наиболее важных проблем общественного здравоохранения во всем мире. Необходимость поиска новых стратегий достижения оптимального контроля за гликемией обусловила появление группы препаратов ингибиторов котранспортера натрия и глюкозы. Увеличение осмотического диуреза может приводить к значительному уменьшению объема циркулирующей крови (ОЦК) в организме, обуславливая повышение риска нежелательных явлений. В то же время, увеличение диуреза при превышении уровня глюкозы плазмы крови более 10 ммоль/л является изначально естественной защитной реакцией организма на гипергликемию. На фоне избыточной потери жидкости возникает компенсаторная полидипсия, позволяющая восстановить ОЦК до безопасных значений. У пожилых людей этот защитный механизм может быть нарушен, приводя к избыточной дегидратации [4].

Цель: оценить уровень потребления жидкости у больных СД2 в пилотном проспективном когортном исследовании.

Методы: 103 пациента (82 женщины, 21 мужчина) в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст 64 года), госпитализированных по поводу соматической патологии в терапевтическое отделение дали согласие на участие в исследовании. Критерии включения: наличие

верифицированного по критериям ВОЗ СД2Т, уровень HbA1c > 6,4%, СКФ>60 мл / мин / 1,73 м² СКД-Ері. Критерии исключения: диабетическая кома, тяжелая декомпенсация сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных или респираторных заболеваний, послуживших причиной госпитализации. Все участники исследования получали пероральные сахароснижающие препараты в соответствии с рекомендациями эндокринолога. В течение 5 дней испытуемые регистрировали все потребляемые жидкости в своих дневниках. Уровень гликемии оценивали в 7 утра, 13, 17 и 22 ч. Общее потребление жидкости (ОПЖ) рассчитывалось согласно рекомендациям ВОЗ и Института Медицины США [2,3].

Результаты: средний ОПЖ составил 749,5 мл (диапазон 250; 1010) и среднем объеме недостаточного потребления жидкости достигал 2101,3 мл (диапазон: 1902,9; 3119,3). В обследованной группе не было ни одного человека, потребляющего жидкость в рекомендуемых объемах.

Вывод: госпитализированные в терапевтический стационар больные СД2 потребляют жидкость в объемах, значительно меньших, чем рекомендовано ВОЗ. С целью оптимизации оценки эффективности и безопасности пероральной сахароснижающей терапии, необходимо проведение специально спланированных исследований, направленных на разработку научно обоснованных рекомендаций по питьевому режиму для пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Инструментальная диагностика тромбоэмболии легочной артерии с малым объемом поражения легочного русла

Пронин А.Г.

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва

Цель. Оценить степень значимости ЭКГ и ЭхоКГ критериев в диагностике тромбоэмболией легочных артерий с малым объемом поражения тромбами легочного русла.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование выраженности клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных показателей у 463 больных с подозрением на ТЭЛА, рандомизированных в 2 группы. Первую группу составили 228 больных с суммарной тромботической окклюзией менее 10 сегментарных артерий по данным КТ-ангиопульмонографии (в среднем 2,9±2,4 артерии), что соответствует не массивному объему поражения. Мужчин было 121. Женщин – 107. Средний возраст составил 56,1±15,5 лет). Вторая группа – 235 больных с исключенной ТЭЛА при помощи КТ-ангиопульмонографии. Мужчин было 130, женщин – 105. Средний возраст составил 62,4±14,23 г).

Результаты При проведении анализа распространенности ЭКГ критериев ТЭЛА у больных первой и второй групп не установлено достоверных различий по таким симптомам как S1 и QIII, отрицательные Т в отведениях V1-V3, блокада правой ножки пучка Гиса: 4,4% и 4,5% (p=0,96), 21,9 % и 17,4% (p=0,26), 22,8% и 16,2% (p=0,07), соответственно. При сравнении результатов ЭхоКГ у больных первой и второй групп не было установлено ни одного симптома характерного для ТЭЛА, а такие общепринятые симптомы как дилатация правого желудочка более 3 см, дилатация правого предсердия более 65 мм, трикуспидальная регургитация более чем 2 степени, размер нижней полой вены более 20 мм достоверно чаще регистрировались у больных с исключенной ТЭЛА: 10,2% и 17% (p=0,03), 19,1% и 38,7% (p<0,01), 2,6% и 11,9% (p<0,01).

Выводы. Диагностики ТЭЛА с малым объемом поражением легочного русла невозможна при помощи ЭКГ и ЭхоКГ.

Взаимосвязь структурно-функциональных параметров миокарда с уровнем гормонов щитовидной железы у пациентов с артериальной гипертензией и различными формами тиреотоксикоза

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

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

Введение. Среди эндокринной патологии заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают второе место после сахарного диабета. Артериальная гипертензия (АГ), в свою очередь, также имеет крайне высокую степень распространения среди всех слоев населения. Каждая из этих нозологий оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую систему, приводя к ремоделированию миокарда. И если в случае с АГ исследования свидетельствуют о формировании гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ), то данных о характере изменений структурно-функциональных параметров сердца у пациентов с дисфункцией ЩЖ не так много, и они довольно противоречивы. Большая часть сообщает о развитии гипертрофии ЛЖ как у пациентов с гипотиреозом, связывая данные изменения с муцинозным отеком, так и у пациентов в состоянии тиреотоксикоза, объясняя это ростом нагрузки на миокард вследствие увеличения частоты сердечных сокращений. Существует ряд сообщений и о развитии дилатации полости ЛЖ у пациентов с тяжелыми формами гипертиреоза. Вместе с тем остаются открытыми и вопросы коморбидности: как именно дисфункция ЩЖ влияет на характеристики сердца у пациентов с уже имеющейся АГ.

Цель: изучить особенности ремоделирования миокарда у пациентов с дисфункцией ЩЖ на фоне АГ.

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±1,11 лет); 40 – с АГ в сочетании с гипотиреозом (8 мужчин и 32 женщины, средний возраст 52,63±0,58 лет); 22 пациента с АГ без нарушений функции ЩЖ (5 мужчин и 17 женщин, средний возраст 49,4±1,42 лет). Контрольную группу составили 20 человек без сердечно-сосудистой и тиреотоксической патологии (9 мужчин и 11 женщин, средний возраст 51,20±0,87 лет). Всем пациентам было проведено стандартное общеклиническое обследование. Структурно-функциональные параметры сердца оценивали с помощью эхокардиографии (Аппарат PHILLIPSHD 4000). Корреляционный анализ проводили с применением коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты. У пациентов с гипертиреозом и АГ регистрировалось увеличение размеров полости ЛЖ: конечно-диастолический размер (КДР) в среднем составил 5,35 см, и достоверно (P<0,01) превышал таковой в остальных группах. В группе пациентов с гипотиреозом и АГ выявлялось развитие концентрической гипертрофии миокарда: толщина стенок ЛЖ в среднем превышала норму и достоверно отличалась (P<0,05) от показателей группы с изолированной АГ и контроля. Так, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) у пациентов с гипотиреозом составила 1,20±0,04 см, а толщина задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ)- 1,11±0,03 см, в отличии от соответствующих

0,97±0,03 см и 0,95±0,02 см в группе с АГ; 0,82±0,02 см и 0,80±0,02 см в контрольной группе. Достоверных различий между группами по другим эхокардиографическим параметрам обнаружено не было. При проведении корреляционного анализа было установлено, что уровень тиреотропного гормона в крови исследуемых имеет взаимосвязь с КДР ЛЖ ($r=-0,37$; $P<0,05$), с МЖП ($r=0,46$; $P<0,05$), с ЗСЛЖ ($r=0,56$; $P<0,05$), а уровень свободного тироксина – с КДР ЛЖ ($r=0,49$; $P<0,05$), с МЖП ($r=-0,57$; $P<0,05$), с ЗСЛЖ ($r=0,61$; $P<0,05$). Таким образом, было установлено, что у пациентов с АГ и гипотиреозом наблюдается тенденция к дилатации полости ЛЖ, тогда как у пациентов с гипотиреозом и АГ происходит формирование концентрической гипертрофии миокарда.

Взаимосвязь уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида и тяжести сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией и дисфункцией щитовидной железы

Савчук Н.О., Савчук О.М., Гагарина А.А., Ушаков А.В., Гордиенко А.И., Химич Н.В.

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

Патология щитовидной железы (ЩЖ) занимает одно из ведущих мест в структуре эндокринных заболеваний, уступая лишь сахарному диабету. Как повышение, так и снижение уровня гормонов щитовидной железы оказывают негативное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы. Результатом этих изменений во многих случаях является развитие сердечной недостаточности (СН). Уже долгое время ведутся поиски методов объективизации тяжести СН. Одним из таких методов является тест с шестиминутной ходьбой, другим – количественное определение уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови. Многочисленные исследования убедительно показали, что повышение уровня NT-proBNP в крови отражает дисфункцию миокарда. Было продемонстрировано, что уровень NT-proBNP в крови пациентов имеет прямую корреляцию с функциональным классом (ФК) СН у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности, с ишемической болезнью сердца. Однако количество работ, в которых изучался уровень NT-proBNP в сыворотке крови пациентов с дисфункцией ЩЖ, довольно небольшое, и результаты их противоречивы.

Цель работы: изучить взаимосвязь уровней NT-proBNP и ФК СН у пациентов с АГ в сочетании с различными формами 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±1,11 лет); 40 – с АГ в сочетании с гипотиреозом (8 мужчин и 32 женщины, средний возраст 52,63±0,58 лет); 22 – с АГ без нарушений функции ЩЖ (5 мужчин и 17 женщин, средний возраст 49,4±1,42 лет). Контрольную группу составили 20 человек без сердечно-сосудистой и тиреоидной патологии (9 мужчин и 11 женщин, средний возраст 51,20±0,87 лет). У всех пациентов помимо стандартного общеклинического исследования, изучался уровень NT-proBNP методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов (NT-proBNP ИФА ВЕКТОР БЕСТ). Корреляционный анализ проводили с помощью критерия Спирмена.

Результаты. Наиболее высокий уровень NT-proBNP (393,06±120,51 пг/мл) имел место в группе пациентов с АГ в состоянии тиреотоксикоза и достоверно превышал таковой в группе с изолированной АГ (41,85±4,0 пг/мл) и в группе контроля (18,14±1,27). У пациентов с АГ в состоянии гипотиреоза, несмотря на достоверную разницу с контрольной группой и группой с изолированной АГ, в среднем уровень данного показателя не выходил за пределы нормы и составил (45,16±6,81 пг/мл). Средний ФК в исследуемых группах составлял: 1,71±0,08 в группе АГ с тиреотоксикозом; 2,05±0,11 в группе АГ с гипотиреозом; 0,41±0,11 в группе АГ без тиреоидной дисфункции. Как видно, наиболее высокий средний ФК СН был выявлен в группе пациентов с гипотиреозом, тогда как уровень NT-proBNP был наиболее выражено повышен у пациентов с тиреотоксикозом. При проведении корреляционного анализа было установлено, что уровень NT-proBNP имел положительную взаимосвязь с уровнем свободного тироксина в крови ($r=0,42$; $P<0,05$) и отрицательную – с уровнем тиреотропного гормона в крови ($r=-0,49$; $P<0,05$). Достоверных взаимосвязей между уровнем NT-proBNP в сыворотке крови и функциональным классом СН выявлено не было. Таким образом, установлено, что у пациентов с АГ в сочетании с дисфункцией ЩЖ уровень NT-proBNP в сыворотке крови не отражает степень тяжести СН.

Взаимосвязь частоты факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с уровнем образования у сельских жителей Республики Адыгея

Самородская И.В., Болотова Е.В., Тимофеева Ю.К.

Красногвардейская центральная районная больница, Республика Адыгея, с. Красногвардейское

Цель исследования – изучить частоту факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) в сельской местности республики Адыгея и её взаимосвязь с уровнем образования.

Материал и методы. Методом простого случайного отбора в исследование были включены 900 взрослых жителей Хатунайского сельского поселения, обратившихся на прием к участковому терапевту. Анализ данных произведен с помощью программы SPSS Statistica 23.0. Результаты. Средний возраст обследованных составил 53,2±1,5 года. Начальное образование имели 20 обследованных, среднее – 236, средне-специальное – 458 и высшее – 186 человек. ФР ССЗ выявлены у всех обследованных лиц. Первое ранговое место занимало нерациональное питание (НП) – 72,2%, второе – недостаточное потребление овощей и фруктов (59,8%), третье – гиподинамия (48,1%). Артериальная гипертензия выявлена у 37,89% обследованных, гиперхолестеринемия – у 20,2%, курение и злоупотребление алкоголем – у 7,33 и 1,78% соответственно. Обнаружены различия частоты ФР ССЗ в зависимости от уровня образования. Наиболее высокая частота табакокурения выявлена среди селян с начальным образованием – 10%. В группах со средним, средним специальным и высшим образованием этот показатель составил 6,36%, 8,08% и 6,45% соответственно. Злоупотребление алкоголем также было наиболее высоким среди лиц с начальным образованием – 10%, в остальных образовательных категориях – 2,12%, 1,31% и 1,61% соответственно ($\chi^2=8,5$; $p=0,037$). Частота нерационального питания также была наиболее высокой у лиц с начальным образованием (80%), в остальных группах частота этого ФР была сопоставимой (72,2±1,5%). Частота гиподинамии составила 65% среди лиц с начальным образованием, 50,42% – у лиц со средним образованием,

44,54% – со средним специальным образованием, 52,15% – среди лиц с высшим образованием. Частота АГ у лиц с начальным и средним образованием была сопоставимой (45% и 44,49% соответственно), 33,8% – среди пациентов со средним специальным образованием и 38,7% – среди имеющих высшее образование ($\chi^2=8,0$, $p=0,045$). Частота гиперхолестеринемии также была максимальной среди лиц с начальным образованием – 35%; в группах со средним, средним специальным и высшим образованием этот показатель составил 21,19%, 19,21% и 19,89% соответственно.

Выводы. Таким образом, при разработке программ профилактики ФР ССЗ для сельского населения необходимо учитывать уровень образования.

Влияние различных изомеров амлодипина на структурные и гемодинамические показатели сердца с учетом структурно-геометрического статуса левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией

Саушкина С.В.

Пензенский государственный университет, Клинической больницы № 6 им. Г.А. Захарьина, Пенза

Цель исследования: изучить влияние рацемического амлодипина и левовращающего изомера амлодипина (S-амлодипина) на структурно-функциональные показатели левого желудочка с учетом ремоделирования сердца у больных артериальной гипертензией (АГ). Материал и методы. Обследовано 154 больных (85 мужчин и 69 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст – 54,6±4,3 года). Из них у 73 больных диагностировалась I степень и у 81 больных – II степень АГ. В 1-й группе (84 больных) больным назначали S-амлодипин и во 2-й группе (70 больной) – рацемический амлодипин. Критериями исключения из исследования являлись: сахарный диабет; хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса; нарушения сердечного ритма. Больные получали монотерапию изомерами амлодипина и при необходимости для нормализации АД их комбинировали с ингибиторами АПФ. Продолжительность лечения составляла от 4 до 8 недель. До и после лечения больным проводили лабораторно-инструментальные исследования – эхокардиография с доплеровским исследованием (доплер-ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления АД (СМАД), ультразвуковая доплерография общей сонной артерии (ОСА) и плечевой артерии, холтеровское мониторирование ЭКГ, определение показателей углеводного, липидного и пуринового обмена.

Результаты. Установлено, что у 77 больных (50,0%) АГ выявлено нормальное структурно-геометрическое состояние левого желудочка (ЛЖ), а остальных больных имели место патологические структурно-геометрические типы ЛЖ, проявляющиеся концентрическим ремоделированием и гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Из 77 больных с ремоделированием ЛЖ у 25 диагностировалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, у 37 – концентрическая ГЛЖ и у 15 – эксцентрическая ГЛЖ. Для сравнительной оценки кардиогемодинамических эффектов рацемического и S-амлодипина больных разделили на 2 группы: у 37 больных назначался рацемический амлодипин и у 40 больных – S-амлодипина в дозах, обеспечивающих максимальную нормализацию АД. При этом удельный вес больных с различными типами ремоделирования ЛЖ и исходные показатели кардио- и гемодинамики в группах больных,

получавших рацемический и S-амлодипин, были сопоставимы.

Так как, в группу больных с патологическим структурно-геометрическим типом были отнесены не только случаи ГЛЖ, но и концентрическое ремоделирование ЛЖ, показатели толщины стенок – толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки ЛЖ (ТЗС ЛЖ) и относительная толщина стенок (ОТС), оказались достоверно выше, чем при отсутствии ремоделирования ЛЖ: в среднем на 25,4% ($p<0,001$), 23,2% ($p=0,007$) и 14,6% ($p=0,002$) соответственно. В результате, величина индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) у больных с ремоделированием ЛЖ была достоверно выше в среднем на 20,9% ($p<0,001$). При сопоставимой антигипертензивной эффективности дозы S-амлодипина были достоверно меньше, чем рацемического амлодипина: 7,1±2,2 мг/сут и 11,3±3,4 мг/сут ($p=0,004$). При этом показатели систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и индекса ударной работы ЛЖ (ИУР ЛЖ) в обеих группах по сравнению с исходным состоянием уменьшились достоверно. Следует отметить, что под влиянием рацемического амлодипина снижение ОПСС более выражено, чем на фоне терапии S-амлодипина: в среднем на 15,7% ($p=0,006$) и 10,9% ($p=0,019$) соответственно. Показатели систолической функции сердца – ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ), фракция выброса (ФВ) и фракция укорочения мышечных волокон (Vcf) на фоне терапии имели тенденцию к увеличению ($p>0,05$). Также выявлена корреляция между показателями САД и ОПСС, выраженная у больных с ремоделированием ЛЖ и на фоне терапии рацемическим амлодипином ($r=0,50$; $p=0,002$).

Заключение. Таким образом, выявлено, что у больных с АГ I и 2 степени и при сопоставимом антигипертензивном эффекте терапии рацемическим и S-амлодипином различия показателей кардио- и гемодинамики недостоверны. Однако показатели ОПСС на фоне терапии рацемическим амлодипином были недостоверно ниже, чем при терапии S-амлодипином.

Функциональное питание как способ коррекции нутриентной недостаточности при целиакии

Семенова Е.А., Орешко Л.С.

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

В настоящее время единственным методом патогенетического лечения при целиакии является лечебное питание – аглютеновая диета (АГД), исключающая поступление в организм продуктов, содержащих глютен. Такая мера приводит к нормализации переваривания и всасывания питательных веществ за счет восстановления линейных и морфофункциональных показателей слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Несмотря на то, что АГД является одной из наиболее физиологичных диет, по составу компонентов пищевого рациона она недостаточно сбалансирована. Больные, длительно соблюдающие АГД, входят в группу риска по дефициту макро- и микроэлементов, таких как кальций, железо, цинк, селен, магний, медь, йод [Орешко Л.С., 2009; Соловьева Е.А., 2016; Schatzkin et al., 2009]. Для коррекции элементной недостаточности у больных целиакией предложено использовать функциональное питание на основе бурых водорослей, что обусловлено входящими в его состав макро- и микроэлементами, противовоспалительными, метаболическими и пребиотическими свойствами.

Цель: оценить эффективности применения функционального питания для коррекции нутриентной недостаточности у больных целиакией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 больных с верифицированным диагнозом целиакии по совокупности клинических, гистоморфологических, серологических данных и результатов HLA-типирования, соблюдавших АГД более года и имевших признаки метаболических расстройств. Дополнительное функциональное питание применяли по 40 г 2 раза в день, в течение 2 месяцев. Оценка нутриентной недостаточности до и после лечения проводилась по результатам показателей жизненно необходимых элементов в крови (кальция, меди, цинка, йода, селена, магния) и биоимпедансометрии на анализаторе фирмы ДИАМАНТ-АИСТ. Статистическая обработка выполнялась на ПК с использованием стандартного пакета программ Statistica v. 10.

Результаты. Исходные показатели состава тела у пациентов по результатам биоимпедансометрии характеризовались низкой массой тела – 50,0 кг [48,5; 62,3] и ИМТ – 18,4 кг/м² [17,5; 22,9], как за счет жировой (13,9±5,6%), так и безжировой клеточной массы (43,3±9,0%). После курса функционального питания получена средняя прибавка массы тела за 2 месяца 1,9 кг, увеличение жировой (15,9±6,1%), активной клеточной (30,5±6,9%), безжировой (47,6±10,3%), сухой клеточной масс (9,5±1,76%). Анализ макро- и микроэлементного профиля крови показал снижение: селена – у 52,6%, йода – у 52,6%, цинка – у 21,1%, меди – у 21,1%, кальция – у 21,1% и магния – у 15,8% пациентов с целиакией до получения терапии. После применения дополнительного функционального питания отмечено увеличения в крови вышеперечисленных элементов. Так, дефицит селена и йода сохранялся у 21,1% больных, цинка – у 10,5%, меди – у 5,3%, а концентрация кальция и магния достигла референтных значений у всех пациентов.

Выводы. Применение дополнительного функционального питания на основе бурых водорослей показывает эффективность в коррекции нутритивной недостаточности, что подтверждается уровнем весовых показателей, макро- и микроэлементного состава крови. Пациентам с целиакией, длительно соблюдающих АГД, рекомендовано включение дополнительного функционального питания, обогащенного элементами, витаминами и минералами, что является мерой вторичной профилактики развития нутритивных расстройств.

Особенности показателей липидного обмена и индексов атерогенности различных модификаций у мужчин с острым коронарным синдромом

Стрельникова М.В., Синеглазова А.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинская областная клиническая больница, Челябинск

Цель. Выявить особенности показателей липидного обмена и индексов атерогенности у мужчин с различной степенью стеноза венечных артерий при остром коронарном синдроме (ОКС).

Материалы и методы. Обследовано 55 мужчин с ОКС, поступивших в кардиологическое отделение №2 ГБУЗ ЧОКБ, ср. возраст – 57,8±8,0 лет. Из них 47 (85%) мужчин – с острым инфарктом миокарда (ИМ) (ср. возраст – 57,9±8,0 лет); и 8 (15%) мужчин – с нестабильной стенокардией (НС) (ср. возраст – 57,1±10,0 лет), $p=0,861$. Обследование соответствовало стандарту и рекомендациям. Проведена экстренная коронароангиография (КАГ) на аппаратах SIEMENS Artis Zee Floor посредством трансрадиального доступа. Для анализа выделены 2 группы больных: 1 гр. – со стенозом коронарных артерий (КА) <75% и 2 гр. – с сужением коронарных артерий ≥75% (резкий стеноз). Диагностика липидного обмена проводилась на основании

Национальных рекомендаций «Кардиоваскулярная профилактика» (2017). Были рассчитаны индексы атерогенности (ИА) в различных модификациях: ИА по Климову, ИА Castelli 1 и 2, атерогенный индекс плазмы (AIP). Статистическая обработка проведена в SPSS 22,0. Межгрупповые различия оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, χ^2 Пирсона.

Результаты исследования. Среди мужчин с ОКС по данным КАГ 82% ($n=46$) (ср. возраст = 58,3±8,0 лет) имеют резкий стеноз, а 18% ($n=9$) (ср. возраст = 55,2±9,0 лет) – стеноз <75%, где $p=290$. При стенозе КА ≥75% вероятность ИМ возрастает (при стенозе <75% $n=4$; 8,5%; при стенозе ≥75% $n=43$; 91,5%), тогда как вероятность НС снижается ($n=5$, 62,5%; $n=3$, 37,5% соотв.), где $p=0,0$. Кроме того, шанс ИМ увеличивается в 17,9 раз (ДИ 95% [3,1; 104,1]). У лиц с ОКС ср. ХС-ЛПНП = 3,5±0,9 ммоль/л. Повышенный уровень имели 73% ($n=40$). Показано, что во 2 гр. ХС-ЛПНП достоверно выше (3,6±1,0 ммоль/л), чем в 1 гр. (2,9±0,5 ммоль/л; $p=0,043$). Частота повышения ХС-ЛПНП достоверно не различалась. Ср. ХС-ЛПВП составил 1,3±0,3 ммоль/л. В 18% ($n=10$) случаев наблюдается снижение ХС-ЛПВП. У пациентов с резким стенозом прослеживается тенденция к более низким средним значениям ХС-ЛПВП (1,2±0,2 ммоль/л) по сравнению с 1 гр. (1,6±0,6 ммоль/л; $p=0,097$). Гипертриглицеридемию имели 36% ($n=20$). Ср. значение = 1,6±0,6 ммоль/л. Уровень ТГ у лиц с различными КАГ статусом значимо не различался. Ср. ИА по Климову составил 3,5±1,0 Ед; ср. ИА Castelli 1 – 4,5±1,0 Ед. Увеличение ИА>3 Ед и ИА Castelli 1 > 4 имели 69% ($n=38$) больных ОКС. Установлено, что ИА>3 и ИА Castelli 1 > 4 диагностированы одинаково чаще во 2 гр. ($n=36$; 95%) по сравнению с 1 гр. ($n=2$; 5%; $p=0,001$), ОШ=12,6; ДИ 95% [2,2; 70,4]. Кроме того, при стенозе КА ≥75% ИА и ИА Castelli 1 выше (3,7±0,9 Ед и 4,7±0,9 Ед), чем при сужении <75% (2,6±1,2 Ед и 3,6±1,2 Ед; $p=0,015$ и $p=0,015$ соотв.). Среднее значение ИА Castelli 2 у пациентов с ОКС равен 2,9±0,8 Ед. Повышение ИА Castelli 2 > 2,5 Ед наблюдается в 67% ($n=37$) случаев и достоверно чаще встречается при стенозах ≥75% ($n=35$; 95%) по сравнению со стенозом КА <75% ($n=2$; 5%; $p=0,002$), ОШ=11,1 (ДИ 95% [2,0; 61,6]). Так же во 2 гр. уровень ИА Castelli 2 достоверно выше (3,0±0,8 Ед), чем в 1 гр. (2,1±0,8 Ед; $p=0,006$). Показатель AIP в среднем у мужчин составил 1,4±0,6 Ед, где в 100% случаев пациенты имеют высокий атерогенный риск (>0,21 Ед). AIP имеет тенденцию к более высоким значениям во 2 гр. (1,4±0,6 Ед) по сравнению с 1 гр. (1,2±0,9 Ед; $p=0,119$). Ср. ХС-нелПВП составил 4,2±1,0 ммоль/л и в 65% ($n=36$) имел значения выше 3,8 ммоль/л. ХС-нелПВП достоверно выше во 2 гр. – 4,3±1,1 ммоль/л по сравнению с 1 гр. – 3,6±0,7 ммоль/л; $p=0,038$. Частота повышения в группах была сопоставима. При корреляционном анализе установлена прямая ассоциация наличия коронарного стеноза ≥75% с показателями ХС-ЛПНП ($rs=0,276$; $p=0,042$), ХС-нелПВП ($rs=0,282$; $p=0,037$), ИА ($rs=0,331$; $p=0,013$), ИА Castelli 1 ($rs=0,331$; $p=0,013$) и Castelli 2 ($rs=0,373$; $p=0,005$). Выводы. У мужчин с острым коронарным синдромом резкий стеноз (≥75%) венечных артерий ассоциируется с повышением уровня ХС-ЛПНП и индексов атерогенности различных модификаций.

Профиль кардиоваскулярных факторов риска у мужчин с острым коронарным синдромом

Стрельникова М.В., Синеглазова А.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинская областная клиническая больница, Челябинск

Цель. Выявить особенности биологических кардиоваскулярных факторов риска (ФР) у мужчин с различной степенью и

распространенностью атеросклероза (АС) венечных артерий при остром коронарном синдроме (ОКС).

Материалы и методы. Обследовано 59 мужчин с ОКС, поступивших в кардиологическое отделение №2 ГБУЗ ЧОКБ, ср. возраст – 57,9±8,5 лет. Из них 52 (86%) мужчин – с острым инфарктом миокарда (ИМ) (ср. возраст – 57,7±8,6 лет); и 7 (14%) мужчин – с нестабильной стенокардией (НС) (ср. возраст – 59,3±8,6 лет), $p=0,739$. Обследование соответствовало стандарту и рекомендациям. Проведена экстренная коронароангиография (КАГ) на аппаратах SIEMENS Artis Zee Floor посредством трансрадиального доступа. Для анализа выделены 4 группы больных: 1 гр. – с гемодинамически незначимым поражением коронарных артерий (КА) (стеноз <50%), 2 гр. – с выраженным АС (стеноз 50-75%), 3 гр. – резким стенозом (>75%) и 4 гр. – с окклюзией КА (100 %). Диагностика ФР (абдоминальное ожирение (АО), дислипидемия, гипергликемия и артериальная гипертензия (АГ)) проводилась на основании Национальных рекомендаций «Кардиоваскулярная профилактика» (2017). Статистическая обработка проведена в SPSS 22,0. Межгрупповые различия оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, χ^2 Пирсона.

Результаты исследования. По данным КАГ у больных с ОКС чаще диагностированы окклюзии ($n=27$; 48%), реже – резкие стенозы ($n=19$; 34%), выраженное сужение ($n=6$; 11%) и в 7 % ($n=4$) случаев – гемодинамически незначимый АС КА. С увеличением степени стеноза КА возрастала вероятность ИМ (при стенозе <50% $n=1$; 2%; при стенозе 50-75% $n=4$; 8%; при стенозе 76-99% $n=17$; 36%; при 100% стенозах $n=26$; 54%), тогда как вероятность НС снижается ($n=3$, 37,5%; $n=2$, 25%; $n=2$, 25%; $n=1$, 12,5% соотв.), $p=0,001$. Объем талии в среднем составил 101,5±13,6 см, при этом АО диагностировано у 64% ($n=36$). АО установлено чаще в 4 гр. ($n=21$; 78%), по сравнению со 2 гр. ($n=2$; 33%, $p=0,032$), ОШ=7 [ДИ95% 1; 48]. У лиц с ОКС ср. ХС-ЛПНП = 3,5±0,9 ммоль/л. Повышенный уровень имели 71% ($n=40$). Значительное повышение ХС-ЛПНП наблюдается в 4 гр. (3,7±1,1 ммоль/л) и 3 гр. (3,5±ммоль/л) по сравнению с 1 гр. (2,8±0,7 ммоль/л; $p=0,121$ и $p=0,138$ соотв.) и 2 гр. (3,0±0,4 ммоль/л; $p=0,098$ и $p=0,176$ соотв.). Ср. ХС-ЛПВП составил 1,3±0,1 ммоль/л. В 18% ($n=10$) случаев наблюдается снижение ХС-ЛПВП. Прослеживается тенденция к высоким цифрам ХС-ЛПВП в 3 гр. (1,4±0,3 ммоль/л) по сравнению со 2 гр. (1,2±0,2 ммоль/л; $p=0,198$). Гипертриглицеридемии имели 36% ($n=20$). Ср. значение = 1,6±0,6 ммоль/л. Уровень ТГ у лиц с различными КАГ статусом значимо не различался. Ср. индекс атерогенности (ИА) равен 3,5±1,0 Ед, а значение >3 Ед имели 68% больных ОКС. При этом показано увеличение степени стеноза КА параллельно с уровнем ИА и частотой его повышения: в 1 гр. – 2,4±1,5 Ед; $n=1$ (25%); во 2 гр. – 2,8±1,0 Ед; $n=1$ (17%); в 3 гр. – 3,6±1,0 Ед; $n=15$ (79%) и 4 гр. – 3,7±0,9 Ед; $n=21$ (78%); где $p=0,003$ и $p=0,037$ соотв. Ср. ХС-неЛПВП составил 4,2±1,0 ммоль/л и в 64% имел значения выше 3,8 ммоль/л. ХС-неЛПВП повышался параллельно со степенью стеноза КА: в 1 гр. – 3,4±0,9 ммоль/л; во 2 гр. – 3,7±0,6 ммоль/л; в 3 гр. – 4,2±1,0 ммоль/л и в 4 гр. – 4,4±1,1 ммоль/л; $p=0,173$. Частота повышения в группах была сопоставима. Ср. глюкоза плазмы натощак = 5,5±0,9 ммоль/л. Гипергликемия натощак была у 14% ($n=8$). Уровень глюкозы в 1 гр. (4,7±0,7 ммоль/л), был ниже, чем во 2 гр. (6,2±1,9 ммоль/л; $p=0,171$), в 3 гр. (5,4±0,6 ммоль/л; $p=0,067$) и в 4 гр. (5,4±0,7 ммоль/л; $p=0,082$). АГ диагностирована у 93 % пациентов ($n=52$); ср. САД = 160±24 мм.рт.ст.; ср. ДАД = 95±10 мм.рт.ст. Ср. значения АД были сопоставимы в сравниваемых группах. При разделении больных на 2 группы (1 гр. – поражение левой и правой КА (ЛКА + ПКА) и 2 гр. – изолированный АС ПКА или ЛКА) получено, что в 1 гр. – ХС-ЛПНП (3,7±0,9 ммоль/л) и ХС-неЛПВП (4,5±1,0 ммоль/л) выше, чем во 2 гр. (3,1±0,9 ммоль/л и 3,8±1,0 ммоль/л), $p=0,041$ и $p=0,033$ соотв. При ИА>3 вероятность АС ПКА и ЛКА увеличивается ($n=10$; 56% и $n=28$; 70%, $p=0,033$), [ОШ=3,5; ДИ 95% = 1,1; 11,4].

Выводы. Кардиоваскулярные факторы риска с высокой частотой встречаются у мужчин с острым коронарным синдромом. Увеличение степени и распространенности коронарного атеросклероза ассоциируется с нарастанием выраженности и частоты биологических факторов риска.

Использование метода биологической обратной связи в комплексной реабилитации работников атомной промышленности

Тонкошкурова А.В., Смирнова И.Н., Воробьев В.А.

Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Северск

Резюме. Доказано эффективное гипотензивное действие реабилитационных комплексов с включением БОС-тренинга у 66 работников Сибирского химического комбината с наличием АГ и ФР ССЗ. В связи с наличием большого количества фактов, свидетельствующих о влиянии психосоциальных факторов на распространенность ССЗ возрастает потребность в разработке специализированного психофизиологического инструментария, позволяющего оценивать и развивать способности саморегуляции. Примером такого инструментария является биоуправление – новая технология при проведении которой человеку передается информация о состоянии той или иной функции его собственного организма.

Материал и методы. Комплексное обследование и лечение выполнено у 66 работников основного производства СХК, средний возраст 48,3±8,4 лет с наличием ФР ССЗ и АГ.

Результаты и обсуждение. Разработаны лечебные комплексы, включающие в себя: ЛФК, ручной массаж воротниковой области, аппликации сапропелевой грязи на воротниковую область, сухие углекислые ванны (Комплекс 1, группа сравнения I, $n=23$). Дополнительно к основному комплексу включался БОС-тренинг по параметрам дыхания (Комплекс 2, основная группа II, $n=43$). Включение в лечебный комплекс БОС-тренинга (II группа) способствовало купированию патологического типа АД night-peaker, а частота регистрации нормального типа суточного профиля dipper увеличилась до 50% ($p\leq 0,01$; $\chi^2=8,25$). Улучшение циркадного профиля АД сопровождалось значимым снижением ДАДн с 72,0±1,67 до 68,54±1,8 мм.рт.ст. ($p=0,04$). Частота регистрации повышенных значений СУП ДАД уменьшилась с 90,9 до 63,63%, $p<0,05$; $\chi^2=4,65$. Заключение. Таким образом, применение природных физических факторов в комплексе с БОС-тренингом оказывает выраженное гипотензивное действие и улучшает показатели СМАД, изменения которых коррелируют с развитием сердечно-сосудистых катастроф и поражением органов-мишеней.

Профилактика легочной эмболии при тромбозе

Хафизов А.Р., Ибрагимов Д.Р., Иванов А.В., Олейник Б.А., Минигалиева Э.Р., Галимов Т.Р., Ахмедьянов И.А.

ООО «Клиника современной флебологии», Уфа

Венозные тромбозоэмболические осложнения (ВТЭО) являются важной проблемой клинической медицины для врачей всех специальностей.

Тромботические поражения венозного русла нижних конечностей – это острые состояния. По данным статистических отчетов МЗ РФ, ежегодного регистра 80 000 новых случаев данного заболевания, включающие в себя случаи возникновения тромбоза легочной артерии (ТЭЛА), составляют 35-40 на 100 000 человек. Варикозная болезнь нижних конечностей является фактором риска возникновения тромбоза, что в свою очередь несет потенциальную опасность происхождения ТЭЛА.

Цель. Предупреждение возникновения ТЭЛА у пациентов с тромбозом в амбулаторной практике врача-флеболога.

Задачи: 1. Оценить эффективность проведения лечения путем эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) у пациентов с тромбозом большой подкожной вены (БПВ)/малой подкожной вены (МПВ) на фоне антикоагулянтной терапии. 2. Оценить эффективность и безопасность применения нового орального антикоагулянта апиксабана при комплексной профилактике возникновения ТЭЛА.

Материалы и методы. На базе Клиники современной флебологии (г. Уфа) за период с 2013 по сентябрь 2018 г. проведено лечение 122 случаев острого тромбоза подкожных вен нижних конечностей методом ЭВЛК БПВ/МПВ. Проводилась оценка риска возникновения ВТЭО по шкале Каприни. По внутренним стандартам клиники и, основываясь на актуальных рекомендациях Ассоциации флебологов России, пациентам в послеоперационном периоде были назначены эластическая компрессия трикотажем 23-32 мм рт.ст. и оральные антикоагулянты апиксабан. Под наблюдением находилось 122 пациента (82 женщины и 40 мужчин) в возрасте от 22 до 76 лет (в среднем $48,5 \pm 18,3$ года) с тромбозом БПВ/МПВ, которым в после выявления острого состояния было проведено ЭВЛК. Две группы пациентов сформированы в зависимости от дозы апиксабана. Назначение апиксабана с 2013 по 2015 г. проводилось в дозировке 5 мг 2 раза в сутки, а с 2015 по 2018 г. – 2,5 мг 2 раза в сутки, длительностью приема 1 месяц. Контрольные осмотры проводились на 1 и 7 сут., и 1, 3, 6, 12 месяцев.

Результаты. На первом контрольном УЗИ нижних конечностей после ЭВЛК были выявлены эхопозитивные внутрисосудистые включения в облитерированной подкожной вене от устья и отсутствие спонтанного и стимулированного кровотока в подвергнутом лазерному воздействию стволу. На месячном контроле УЗИ отмечались облитерация и фиброзная трансформация коагулированного ствола. Термоиндуцированного венозного тромбоза (ЕНИТ), тромбоза глубоких вен, клинически значимого кровотечения за период наблюдения выявлено не было. За период с 2013 по 2015 г. наблюдения у 3 пациентов развилось малое кровотечение (носовое, обильные менструации), что потребовало изменения дозировки в последующем.

Вывод. Наш опыт показывает эффективное и безопасное проведение процедуры ЭВЛК у пациентов с развившимся варикотромбозом, позволив предотвратить проксимальное распространение тромботических масс. Применение в комплексе после ЭВЛК нового орального антикоагулянта апиксабан, показало свою эффективность и безопасность в отсутствие развития ВТЭО за весь период наблюдения. При этом увеличение дозы апиксабана возможно явилось причиной малых кровотечений, не влияя на риск развития ВТЭО. Полученные положительные результаты на малом количестве случаев требуют подтверждения в рандомизированном клиническом исследовании.

Роль стресса в формировании метаболически осложненного ожирения мужчин

Чернышова Т.Е., Мирзоян И.А., Захарьева С.С., Моллаева Н.Р.

Ижевская государственная медицинская академия, Дагестанский медицинский университет, Ижевск, Махачкала

Цель: оценка роли психосоциальных факторов в развитии метаболически осложненного ожирения (МОО).

Методы. По данным анализа анамнестических, клинико-лабораторных данных 98 мужчин трудоспособного возраста, результатов психометрических исследований: «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации», «Качество жизни» (SF-36), «Психодинамический профиль личности», «Копинг поведение в стрессовых ситуациях», «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) сформировано 2 группы: 1 группа – 48 мужчин, работа которых была связана постоянными неконтролируемыми стрессовыми ситуациями и 2 группа – 50 мужчин, работающих и проживающих в спокойных условиях.

Результаты исследования. Выявлены значимые различия между группами по показателям качества жизни, структуры личности, выбираемого стресс-совладающего поведения, типом нарушения пищевого поведения. Пациенты 1-й группы имели меньший уровень жизненной активности, подразумевающей ощущение себя полным сил ($r=0,56$; $p<0,01$), чаще выбирали в качестве стресс-совладающего поведения «социальное отвлечение». Несмотря на непродуктивность данного стиля, он коррелировал с социальной успешностью ($r=0,62$; $p<0,01$), предупреждая его соматизацию. Анализ личностных функций определил, что пациенты 2-й группы имели склонность к разрушению отношений ($r=0,60$; $p<0,01$), неожиданным порывам насилия ($r=0,69$; $p<0,01$), вербальному выражению гнева и ярости ($r=0,74$; $p<0,01$). В группе со стрессом снижались сексуальные желания, половой контакт воспринимался как биологическое взаимодействие. ($r=0,81$; $p<0,001$), отмечена слабая эмоциональность, даже в личностно значимых отношениях ($r=0,56$; $p<0,01$). Для пациентов обеих групп характерно дистанцирование от партнёра, мотивируемое чувством собственной непривлекательности, связанным с лишним весом. ($r=0,53$; $p<0,01$). Патогенез МОО в стресс-группе развивался под влиянием 5 факторов: соматического, психосоматического, личностного, поведенческого и низкого комплаенса. В развитии МОО 2 группы выделено 3 фактора: стресс-гуморальный, соматический, личностно-поведенческий. Большую роль в формировании МОО играли гуморальные нарушения: инсулинорезистентность, гиперинсулинемия, дислипидемия.

Выводы. У больных с хроническим стрессом патогенез МОО развивается по механизму дистресса. Важнейшим патогенетическим фактором развития МОО у больных без хронического стресса является нарушение пищевого поведения. Применение дифференцированного и персонализированного алгоритма ведения больных необходимо в период реабилитации.

Показатели клеточного звена иммунитета у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения

Шаповалова И.А., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск

Введение. Ухудшение экологической обстановки, несоблюдение здорового образа жизни, наличие многочисленных вредных привычек (курение, алкоголизм, токсикомания, наркомания) способствуют широкому распространению в последние годы хронических токсических гепатитов (ХТГ) среди взрослого населения. Нередко хронический патологический процесс гепатобилиарной (ГБС) приобретает сочетанный характер в виде присоединения некалькулезного холецистита (ХНХ). Известно, что оценка иммунореактивности в динамике развития хронического процесса имеет существенное значение в определении тяжести и прогноза его течения.

Цель исследования – изучение показателей клеточного иммунитета, а именно содержание в периферической крови Т- (CD3+) и В-лимфоцитов (CD22+), субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+) и Т-супрессоров/киллеров (CD8+) в сыворотке крови у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 58 больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ и ОЖ. Возраст больных составлял от 28 до 52 лет. Диагноз хронической сочетанной патологии ГБС в виде ХТГ и ХНХ был установлен в соответствии со стандартизированными протоколами диагностики и лечения болезней органов пищеварения. Степень ОЖ определяли на основании вычитания индекса массы тела и оценке средней кожно-жировой складки. Для реализации цели работы у больных исследовали следующие показатели клеточного звена иммунитета, а именно содержание в периферической крови Т- (CD3+) и В-лимфоцитов (CD22+), субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+) и Т-супрессоров/киллеров (CD8+) определяли в цитотоксическом тесте с применением моноклональных антител (МКАТ). Анализировали иммунорегуляторный индекс CD4/CD8, который трактовали как соотношение количества лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью, то есть Th/Ts. Функциональную активность Т-лимфоцитов изучали с помощью реакции бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ) при ее постановке микрометодом с использованием в качестве неспецифического митогена фитогемагглютина (ФГА). 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).

Результаты исследования. Проведение специального иммунологического исследования до начала лечения было установлено, что у обследуемых нами больных имели место нарушения со стороны клеточного звена иммунитета в виде Т-лимфопении различной степени выраженности и дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов (преимущественно уменьшение числа CD4+-клеток на фоне умеренного снижения числа Т-супрессоров/киллеров (CD8+-клеток), а содержание в крови В-клеток (CD22+) в большинстве случаев имело только незначительную тенденцию к снижению. Так содержание CD4+-клеток было в 0,7 раз ниже нормы, содержание CD8+-клеток – в 0,9 раз ниже нормального показателя. Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 составил – ниже нормы в 0,8 раз. Содержание в крови В-клеток (CD22+) – в 0,86 раз ниже нормы. На момент завершения общепринятого лечения было установлено, что у обследованных больных ликвидировалась Т-лимфопения и дисбаланс субпопуляционного состояния Т-лимфоцитов, повысился уровень Т-хелперов (CD4+), что обусловило нормализацию иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, немного нормализовался показатель РБТЛ, что свидетельствовало о восстановлении функциональной активности Т-лимфоцитов. Так, содержание CD4+-клеток в 1,19 раз повысился в сравнении с исходным показателем до лечения, но оставался достоверно ниже нормы в

0,8 раз. Показатель CD8+-клеток оставался ниже нормы в 0,9 раз. Индекс CD4/CD8 повысился в сравнении с исходным значением в 1,1 раза. Также мы отмечаем положительную динамику со стороны В-клеточного звена иммунитета – уровень повысился в сравнении с исходным показателем в 1,07 раза, но оставался достоверно ниже нормы в 0,9 раз.

Заключение. Полученные нами данные позволяют считать, что применение общепринятых препаратов у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ имеет положительное влияние на иммунологические показатели, но не обеспечивает их нормализации. Поэтому можно считать патогенетически перспективным применение в комплексе терапевтических мероприятий у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ современных иммуноактивных препаратов.

Клинические особенности анкилозирующего спондилита в зависимости от статуса курения пациентов

Якубова У.А., Бугрова О.В., Беляева О.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Цель и задачи. К факторам, влияющим на активное течение анкилозирующего спондилита (АС), некоторые авторы относят курение [Chung H.Y., 2012; Blachier M. et al., 2013; Zhang S., 2015]. Однако подобные работы единичные.

Целью исследования было изучение клинических особенностей АС в зависимости от статуса курения.

Материалы и методы. Обследовано 70 пациентов (49 мужчин и 21 женщина в среднем возрасте 39,27±10,11 лет) с диагнозом АС, установленным в соответствии с общепринятыми критериями. Оценены индексы BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAScpb (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) по С-реактивному белку, наличие внеаксиальных и внескелетных проявлений на момент исследования и в анамнезе. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10. Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от статуса курения. Первую группу составили 48 пациентов, курящих в настоящий момент времени и/или в анамнезе, вторую – 22 некурящих пациента. Медиана возраста пациентов первой группы – 38 [34;48] лет, длительность заболевания – 16,5 [13;26] лет. АС дебютировал в возрасте 21 [19;26] год, причем у 36 (75%) пациентов заболевание началось с воспалительной боли в спине, у 9 (18,8%) – с артрита периферических суставов, у 3 (6,2%) – с внеаксиальных проявлений. Медиана возраста пациентов второй группы была сопоставима – 37 [26;49] лет, как и длительность заболевания – 15,5 [6;27] лет; $p>0,05$. АС дебютировал в том же возрасте – 21,5 [16;27] год, однако реже начинался с воспалительной боли в спине и артрита периферических суставов, а чаще с внеаксиальных проявлений – у 4 (18,2%) пациентов; $p=0,021$. У абсолютного числа больных определялся антиген HLA-B27 – у 46 (95,8%) пациентов первой группы и 19 (86,4%) второй; $p=0,154$, и была сопоставима получаемая терапия. У пациентов первой группы преобладала аксиальная форма АС, над периферической в соотношении 3:1. Чаще регистрировалась развернутая и поздняя стадии сакроилита – у 24 (50%) и 22 (45,8%) пациентов, реже – дорентгенологическая у 2 (4,2%) пациентов. У пациентов второй группы соотношение аксиальной и периферической формы АС составило 1:1. В равной степени

регистрировались развернутая и поздняя стадии сакроилиита – у 8 (36,4%) и 8 (36,4%) пациентов, достоверно чаще выявлялась дорентгенологическая стадия – у 6 (27,2%) пациентов; $p=0,019$. Медиана индекса BASDAI в первой группе была выше, чем во второй – 5,5[3,75;7] против 4,3[2,9;5,7]; $p<0,05$, высокая активность АС по BASDAI определялась чаще у пациентов первой группы, чем у пациентов второй группы – 33 (68,8%) и 11 (50%) пациентов соответственно; $p=0,132$. Медиана индекса ASDAScrb была выше у пациентов первой группы – 3,5[2,75;4,35] против 2,85[2,4;3,6]; $p<0,05$, высокая активность АС по индексу ASDAScrb регистрировалась чаще в первой группе, чем во второй – 44 (91,7%) против 17 (77,3%) пациентов соответственно; $p=0,095$. Уровни острофазовых показателей крови были несколько выше в первой группе по сравнению со второй (СОЭ: 20[6;33] мм/ч против 19,5[10;30] мм/ч; СРБ: 10,3[4,04;20,65] мг/л против 6,95[2,46;17,93] мг/л; $p>0,05$). На момент обследования артрит периферических суставов в первой группе был диагностирован у 17 (35,4%) пациентов, во второй – у 7 (31,8%); $p=0,769$. В анамнезе периферический артрит имелся у 29 (60,4%) и 13 (59,1%) пациентов соответственно; $p=0,917$.

Коксит встречался одинаково часто; $p=0,524$. В обеих группах были сопоставимы клинически выявляемые энтезиты – у 28 (58,3%) и 13 (59,1%) пациентов, индекс MASES среди них составил 3 [2;5,5] и 3 [2;5] соответственно; $p>0,05$. Дактилит был верифицирован у 5 (10,4%) пациентов первой группы при осмотре и у 9 (18,8%) – в анамнезе. Во второй группе дактилит был выявлен у 2 (9,1%) пациентов при осмотре, и достоверно чаще встречался в анамнезе – у 10 (45,5%) пациентов; $p=0,020$. Внескелетные проявления АС были зарегистрированы относительно редко и сопоставимо в обеих группах: передний увеит – у 11 (22,9%) и 4 (18,2%) пациентов, псориаз – у 2 (4,2%) и 3 (13,6%), болезнь Крона – только у 1 (4,5%) пациентки из второй группы; $p>0,05$.

Выводы. Анализ клинического течения анкилозирующего спондилита в зависимости от статуса курения обнаружил достоверно более высокую степень активности и Rg-стадию, а также более частый дебют с аксиальных проявлений и редкое развитие дактилита у курящих пациентов по сравнению с некурящими. При этом следует отметить, что обследованные пациенты были сопоставимы по HLA-B27 и получаемой терапии.

Особенности проницаемости тонкой и толстой кишки у пациентов с синдромом перекреста (аутоиммунный гепатит + первичный билиарный цирроз).

Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х.

Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница, Казань

Цель и задачи: Изучить состояние кишечной проницаемости (проницаемость тонкой и толстой кишки) у пациентов с синдромом перекреста (аутоиммунный гепатит (АИГ) + первичный билиарный цирроз (ПБЦ)). Материал и методы: Проспективно в исследование было включено 50 человек. Из них 20 с диагнозом синдром перекреста, 30 здоровых добровольцев. Диагноз выставлялся в соответствии с современными рекомендациями: АИГ – AASLD (2010), ПБЦ – EASL (2009), АИГ/ПБЦ – IAHG (2011). Средний возраст у пациентов с синдромом перекреста составил – $49,7 \pm 13,8$ лет, в группе контроля – $48,6 \pm 9,2$ лет. Определение кишечной проницаемости мочи проводилось «тройным сахарным тестом» (тонкокишечная проницаемость – отношение лактулоза/маннитол, толстокишечная проницаемость – сукралоза, нмоль/л). Был использован метод высокоэффективной жидкостной хроматографии – масс-спектрометрии. Результаты: У пациентов с синдромом перекреста было выявлено повышение тонкокишечной проницаемости – 0,2 [0,088; 0,3] ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля – 0,013 [0,01; 0,025]. Тогда как толстокишечная проницаемость была сопоставима с группой контроля: 769,6 [424; 1680] / 785,6 [408; 1027,2] нмоль/л ($p > 0,05$). Пациенты с синдромом перекреста были разделены на стадии гепатит и цирроз печени (ЦП). Было повышено отношение лактулоза/маннитол на стадии гепатита – 0,19 [0,13; 0,3] ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля. Толстокишечная проницаемость на стадии гепатита была сопоставима с группой контроля – 733,6 [506,4; 1420,8] нмоль/л ($p > 0,05$). У пациентов с ЦП в исходе синдрома перекреста было выявлено повышение кишечной проницаемости: тонкокишечная проницаемость – 0,18 [0,086; 0,3] ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля, толстокишечная проницаемость – 880 [424; 1680] ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. Выводы: У пациентов с синдромом перекреста все зависимости от стадии поражения печени (гепатит, ЦП) было выявлено повышение тонкокишечной проницаемости ($p < 0,001$). С переходом синдрома перекреста в ЦП, кроме повышения проницаемости тонкой кишки, нами было также обнаружено повышение и толстокишечной проницаемости ($p < 0,05$). Тогда как на стадии гепатита проницаемость толстой кишки не достигло цифр достоверности ($p > 0,05$).

Структура коморбидной патологии у пациентов с артериальной гипертензией, наблюдающихся в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений

Бахтин В.М.

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург

Введение: Артериальная гипертензия (АГ) – главный фактор риска развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний. Рациональная терапия АГ – ключевое звено в профилактике кардиоваскулярных осложнений. Главная роль в ведении пациентов с АГ отводится терапевту амбулаторного звена. Идея: Наличие сопутствующей кардиоваскулярной патологии влияет на выбор антигипертензивной терапии. Требуется изучение контингента пациентов с АГ для понимания особенностей их ведения в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. Цель: оценить структуру коморбидной патологии среди пациентов с АГ, наблюдающихся в условиях амбулаторной службы г. Екатеринбурга. Материал и методы: Обследованы 140 пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга. Критерии включения – наличие установленного диагноза АГ и информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Обследование пациентов проводилось при помощи специально разработанного опросника. Для описания данных использовались медиана, I и III квартили; для проверки достоверности различия показателей – критерии Фишера и Манна-Уитни при $p < 0,05$. Результаты: Выборка из 140 пациентов включала 40 мужчин (28,6%) и 100 женщин (71,4%). Медиана возраста мужчин – 63,5 ($56 \div 73$) лет, женщин – 67 ($61 \div 74$) лет. Группа инвалидности присвоена 25,0%. Стаж АГ у пациентов – 10 ($5 \div 19,5$) лет. I стадия гипертонической болезни (ГБ) выявлена у 29,3%, II – у 3,6%, III – у 67,1%. АГ 1 степени выявлена у 11,4%, 2 – у 36,4%, 3 – у 52,1%. Средний сердечно-сосудистый риск (ССР) выявлен у 8,6%, высокий – у 20,0%, крайне высокий – у 71,4%. Частота курения была выше у мужчин (32,5%), чем у женщин (7,0%), $p < 0,001$. Острые сердечно-сосудистые события в анамнезе чаще выявлялись у мужчин, чем у женщин: инфаркт миокарда у 27,0% и 10,0% соответственно ($p = 0,016$), острый коронарный синдром у 30,0 и 12,0% соответственно ($p = 0,023$). Вмешательство на коронарных артериях чаще выполнялось мужчинам (32,5%), чем женщинам (5,0%), $p < 0,001$. Стабильная стенокардия выявлена у 30,7%, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе – у 15,7%, переходящее – у 6,4%, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 10,7%, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) – у 13,9%, сахарный диабет 1 типа с нефропатией – у 2,1%, наличие атеросклеротических бляшек сосудов по данным ангиографии или ультразвукового исследования – у 20,7%, хроническая сердечная недостаточность – у 47,1%. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) чаще выявлялся у женщин (38,0%), чем у мужчин (20,5%), $p = 0,047$. Уровень общего холестерина сыворотки чаще превышал 8 ммоль/л у женщин (33,0%), чем у мужчин (12,5%), $p = 0,020$. Фибрилляция предсердий наблюдалась у 12,1%, из них пароксизмальная форма у 52,9%, персистирующая – у 11,7%, постоянная – у 35,3%. У женщин чаще, чем у мужчин, выявлялись хроническая болезнь почек (ХБП) (42,0% и 15,0% соответственно, $p = 0,003$), остеоартрит (34,0% и 12,5% соответственно, $p = 0,012$) и ревматоидный артрит (19,0% и 2,5% соответственно, $p = 0,014$). Уровень офисного систолического артериального давления (САД) у пациентов выборки составил 135 ($125 \div 149$) мм. рт. ст., диастолического (ДАД) – 80 ($79 \div 88,5$) мм. рт. ст.). Целевые значения САД достигнуты у 52,8%, ДАД – у 75,7%. Ожирение чаще встречалось у женщин (56,0%), чем у мужчин (35,0%), $p = 0,039$. Индекс массы тела женщин составил 30,9 ($26,4 \div 34,5$) и был значимо выше, чем у мужчин (28,0 ($25,6 \div 31,5$)), $p = 0,021$. У пациентов с ожирением отмечались более высокие степени АГ (1 у 5,7%, 2 у 32,9%, 3 у 61,4%),

чем без него (1 у 17,1%, 2 у 40,0%, 3 у 42,9%), $p=0,029$. Обсуждение: Значительная доля (не менее 90%) пациентов имела высокий и крайне высокий ССР. У двух пациентов из трёх диагностирована III стадия ГБ. Отмечается более тяжёлое течение АГ у пациентов с ожирением. Мужчинам чаще выполнялось вмешательство на коронарных артериях, что ассоциируется с большей частотой острых форм ишемической болезни сердца. У женщин чаще выявлялись СД 2, уровень холестерина, превышающий 8,0 ммоль/л, и ХБП. Значительная доля пациентов имеет корригируемые факторы риска (НТГ – каждый седьмой, курение – каждый седьмой, СД 2 – каждый третий, ожирение – каждый второй). Заключение: Высокая частота коморбидной патологии, наличие сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе и факторов риска ухудшает прогноз пациентов. Требуется тщательное диспансерное наблюдение, коррекция факторов риска и проведение рациональной фармакотерапии. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 18.05.2018).

Вклад дефицита витамина Д в клинику постменопаузальных расстройств и качество жизни женщин в поздней постменопаузе

Вихарева А.А., Шамбатов М.А.

*Уральский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №6, Екатеринбург*

Введение: Женщины, имеющие снижение уровня эстрогенов, представляют собой группу высокого риска дефицита витамина Д. Если в ранней постменопаузе доминируют симптомы дефицита эстрогенов, то в поздней нейровегетативные симптомы менее выражены, однако могут сохраняться в 10-15% случаев длительное время. На сегодняшний день витамин Д признан нейростероидом, необходимым для деления, роста и дифференциации нейронов. Роль витамина Д в поддержании когнитивных функций доказана во многих исследованиях. Клинические проявления климактерического синдрома значительно ухудшают качество жизни женщин, что подтверждается снижением физического, эмоционального и социального функционирования. В настоящее время не разработано рекомендаций по ведению пациенток позднего постменопаузального периода с сохраняющимися выраженными нейровегетативными симптомами. Идея: Разработать схемы коррекции сохраняющихся симптомов у пациенток в поздней постменопаузе с учётом обеспеченности витамином Д. Цель исследования: Оценить вклад дефицита витамина Д в развитие постменопаузальных расстройств, когнитивных нарушений и оценить психологический и физический компоненты качества жизни у женщин в фазе поздней постменопаузы. Материал и методы: обследованы 54 женщины в фазе поздней постменопаузы, в возрасте 67,0 лет (65,0÷69,0). Оценка тяжести климактерического синдрома проводилась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Выраженность когнитивных нарушений определялась с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36. Уровень витамина Д определялся как концентрация 25(ОН)-D3 в крови и оценивался согласно классификации Российской Ассоциации Эндокринологов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «STATISTICA 10.0», использовался критерий Манна-Уитни для сравнения несвязанных совокупностей. Различия считались достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Результаты: По уровню концентрации 25(ОН)-D3 оптимальный уровень выявлен у

15 пациенток (27,7%), недостаточность у 17(31,4%), а дефицит у 22 женщин (40,7%). Произведено сравнение группы с нормальным содержанием витамина Д с группой, имеющей его дефицит. При исследовании выраженности постменопаузальных расстройств медиана нейровегетативных симптомов в группе с оптимальным уровнем витамина Д составила 13,0 (7,0÷18,0), обменно-эндокринных 5,0 (4,0÷5,0), психоземональных 8,0 (4,0÷13,0), ММИ 24,0 (18,0÷34,0). В группе дефицита витамина Д нейровегетативные симптомы 12 (9,0÷18,0), обменно-эндокринные 4,0 (3,0÷6,0), психоземональные 8,0 (7,0÷11,0), ММИ 25,0 (20,0÷35,0) соответственно. Достоверно значимых отличий в данных группах в зависимости от уровня витамина Д не выявлено ($p > 0,05$). MMSE тест в группе с нормальным уровнем витамина Д составил 29,0 (26,0÷29,0), в группе, имеющей дефицит 25,0 (23,0÷29,0) соответственно. Было выявлено значимое отличие между группами ($p=0,026$): дефицит витамина Д ассоциировался с более низкими показателями теста MMSE. Анализ данных SF-36 «Ролевое эмоциональное функционирование» (RE) показал значимое снижение в группе с дефицитом витамина Д ($p=0,007$). По остальным показателям достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$). Кроме того, женщины в постменопаузе с дефицитом витамина Д оказались старше, чем пациентки с оптимальным уровнем ($p=0,038$). Медиана возраста 67,7 лет (66,0÷70,0) и 66,0 (62,0÷68,0) соответственно. Обсуждение: Таким образом, при сравнении исследуемых групп проявления климактерического синдрома оказались схожи: нейровегетативные и обменно-эндокринные проявления расценены как слабые, а психоземональные как умеренно выраженные. Группа с дефицитом витамина Д имела значительные когнитивные нарушения, а также ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния, в отличие от второй группы, показавшей отсутствие когнитивных нарушений и более стабильный эмоциональный фон. Недостаточность и дефицит витамина Д выявлены почти у 3/4 пациенток в поздней постменопаузе. Увеличение возраста приводит к снижению уровня 25(ОН)-D3 в крови. Заключение: Определение витамина Д у женщин в периоде постменопаузы является актуальным для оптимизации коррекции качества жизни, эмоциональной сферы и мнестических способностей, учитывая высокую распространённость его дефицита и недостаточности. Возрастное снижение уровня витамина Д может быть связано с дефицитом половых гормонов, но, возможно, требует поиска других причин.

Качество жизни и клинические особенности больных остеопорозом в зависимости от тактики их лечения по результатам клинко-эпидемиологического исследования в Верхнепышминском и Среднеуральском округах Свердловской области

Гмызин А.С., Закроева А.Г., Гладкова Е.Н.

*Уральский государственный медицинский университет,
Верхнепышминская ЦГБ, Екатеринбург*

Цель исследования: проанализировать качество жизни и клинические аспекты у больных тяжёлым остеопорозом (ОП), в зависимости от тактики их лечения по результатам клинко-популяционного исследования в двух городских округах Свердловской области. Материал и методы: В популяции промышленного региона, где с 2016 года внедрен новый алгоритм медпомощи при осложненном

остеопорозе, в ходе годичного когортного исследования было оценено качество жизни (КЖ, SF-36) и ряд клинических характеристик у женщин с этой патологией. Было проведено точное определение числа переломов проксимального отдела бедра (ППОБ) и расчет показателей годичной смертности, в зависимости от тактики оказания медицинской помощи. Результаты: Из 74 случаев остеопорозных ППОБ, выявленных нами за 2016 год у лиц старше 50 лет, после исключения лиц, не зарегистрированных в регионе, в исследование включено 60 больных: 46 женщин, 14 мужчин. Инцидентность данного осложнения ОП составила для женщин – 196 (95% ДИ (доверительный интервал) 147-262), для мужчин – 104 (95% ДИ 62-174) на 100000 в год, что близко к среднероссийским показателям. Мы наблюдали экспоненциальный рост частоты ППОБ с возрастом, у женщин более выраженный. Среди больных, оперированных в первые сутки, годичная смертность была в 1,2 раза ниже, чем среди тех, кто не подвергнулся такому вмешательству (18,2% против 23,1%, $p < 0,05$). Из оставшихся в живых через год после ППОБ в исследовании согласились участвовать 25 человек из тех, кого прооперировали в первые сутки, и 5 из получавших консервативное лечение. Средний возраст обследованных составил 82,7 года. Качество жизни у больных первой группы было лучше. Уровень своего социального функционирования они оценили в 1,2 раза выше (56 против 47 баллов), а эмоциональное функционирование в 1,5 раз выше (76 против 50 баллов), чем пациентки, лечившиеся консервативно. Патологический уровень тревоги мы выявили у 10%, а депрессии – у 24% своевременно прооперированных женщин, что в 3,1 и 2,3 ниже, чему у больных из группы консервативной терапии. Средний уровень артериального давления и индекс массы тела у прооперированных были выше: 159/85 против 116/65 мм рт.ст., и 29 против 23 кг/кв. м соотв. Клинические симптомы хронической сердечной недостаточности (одышка в покое и отеки до уровня нижней или средней трети голени) отмечались у 15% своевременно прооперированных и у 33% из группы консервативного лечения ($p > 0,05$). У женщин, оперированных в первые сутки, потеря массы тела более 10 кг/год отмечалась в 1,45 раз реже (в 55% против 80% соотв.) показатель динамометрии был в 1,54 раз выше (8,1N против 5,2N соотв.), а потребность в приеме нестероидных противовоспалительных средств – на 13% ниже (у 35% против 40% $p > 0,05$), чем у больных, получавших консервативную терапию. Выводы: 1. Качество жизни, показатели психического здоровья и ряд клинических характеристик у больных тяжелым остеопорозом при своевременно оказанном вмешательстве, были выше, чем у больных, получающих консервативное лечение. 2. Показатели инцидентности и смертность при осложненном остеопорозе в Уральской популяции соответствовали общероссийским данным и подтверждали значимость медицинских и социальных последствий ОП, особенно при несвоевременном лечении его осложнений.

Оценка коморбидной патологии у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях амбулаторной клинической практики в Свердловской области

Каприлов А.И.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Введение: Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из распространенных нарушений ритма сердца, частота которого составляет 1–2% в общей популяции и увеличивается с возрастом по мере прогрессирования

кардиоваскулярной патологии. ФП неклапанной этиологии является актуальной проблемой в клинической медицине, так как связана с увеличением частоты летальных исходов и госпитализации. Цель исследования: оценить частоту выявления коморбидной патологии среди больных с неклапанной ФП в лечебных учреждениях Свердловской области. Материалы и методы: В исследовании приняли участие 79 человек, находящихся на диспансерном учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Екатеринбурга и Нижнего Тагила Свердловской области. Критерии включения – наличие у пациента неклапанной ФП и подписанное пациентом информированное согласие на участие в исследовании. При обследовании пациентов использовался специально разработанный опросник, а также шкала CHA2DS2-VASc. Распространенность коморбидной патологии оценивалась в двух группах: у лиц до 65 лет (1 группа) и лиц 65 лет и старше (2 группа). Для описания данных использовались медиана, доверительный интервал, стандартное отклонение; для проверки достоверности различия показателей – критерий Фишера при $p < 0,05$. Результаты: Выборка включала 79 пациентов, в 1 группе – 35 человек (44,3%), во второй – 44 человека (55,7%). Средний возраст 58 (27÷65) лет и 75,5 (66÷86) лет соответственно. В 1 группе ишемический инсульт (ИИ) перенесли 14,3% пациентов, транзиторные ишемические атаки (ТИА) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 2,9%. Стабильная стенокардия (СС) выявлена у 22,9% пациентов, гипертоническая болезнь (ГБ) – 88,9%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 34,3%, сахарный диабет 2 типа (СД 2) – 11,4%. Во 2 группе ИИ перенесли 31,8% пациентов, ТИА – 9,0%, геморрагический инсульт – 2,3% (один пациент из выборки, перенесший геморрагический инсульт, за год до назначения антикоагулянтной терапии (АКТ)), ОИМ – 18,1%. СС выявлена у 40,9% пациентов, ГБ – 72,9%, ХСН – 69,3%, СД 2 – 34,1%. При сравнении двух групп, статистически значимое различие выявлено при следующих нозологиях – ОИМ ($p = 0,039$), ГБ ($p = 0,001$), ХСН ($p = 0,001$), СД 2 ($p = 0,032$). При таких состояниях, как ИИ ($p = 0,111$), ТИА ($p = 0,376$), СС ($p = 0,099$) значимых различий не выявлено. При исследовании пациентов постоянная форма ФП у 1 группы была выявлена у 28,6% пациентов, персистирующая форма ФП – 11,4%, пароксизмальная форма ФП – 60,0%. На момент проведения обследования большая часть исследуемых (28 пациентов) принимает АКТ (80,0%). Однако, принимая во внимание шкалу прогнозирования риска ИИ и системного тромбоэмболизма при ФП (CHA2DS2-VASc), лишь 22 пациентам показана АКТ. Первым препаратом, применяемым в АКТ при ФП, стал: варфарин – у 22,9% пациентов; новые оральные антикоагулянты (НОАК): ривароксабан – 28,6%, аписабан – 17,1%, дабигатран – 11,4%. Уровень МНО у данных пациентов составил 2,25 (ДИ – 2,12; 2,37). Постоянная форма ФП у 2 группы была выявлена у 65,9% пациентов, персистирующая форма ФП – 4,6%, пароксизмальная форма ФП – 29,5%. На момент проведения обследования 36 пациентов принимает АКТ (81,8%), однако, принимая во внимание шкалу CHA2DS2-VASc, 44 пациентам показана АКТ. Первым препаратом при лечении ФП стал: варфарин – у 11,4% пациентов; новые оральные антикоагулянты (НОАК): ривароксабан – 31,8%, аписабан – 15,9%, дабигатран – 13,6%. Уровень МНО у данных пациентов составил 2,36 (ДИ – 2,15; 2,58). Различия по шкале CHA2DS2-VASc представлены как медиана (25%÷75%) в 1 группе 2 (1÷3) балла, во 2 группе – 5 (4÷6) баллов, $p = 0,001$. Обсуждение: Частота выявления сердечно-сосудистых заболеваний, а также СД 2 оказалась выше во второй группе исследуемых. Однако по частоте ИИ и ТИА группы не различались, что отражает необходимость АКТ в обеих группах. Постоянная форма ФП встречалась чаще других форм. У большинства больных с ФП наблюдалась коморбидная патология,

включая ГБ, ХСН, перенесенный ОИМ, СД 2, СС. Заключение: Отмечается рост численности больных с ФП от лиц молодого до старческого возраста. Данная аритмия коррелирует с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Частота назначения АКТ составляет порядка 80%, что диктует необходимость мониторинга данной группы пациентов, контроля и коррекции АКТ. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 18.05.2018).

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивная симптоматика в молодежной популяции

Кулёва А.А., Гаврилова Е.С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Основные факторы риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и тревожно-депрессивная симптоматика реализуют свое действие среди лиц молодого возраста, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи. Цель. Провести сравнительную оценку ФР ХНИЗ, тревоги и депрессии среди учащихся начальных и старших курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и медицинского колледжа ЮУГМУ. Материалы и методы. Обследовано 281 студент 1 курса (средний возраст $18,1 \pm 1,4$ лет) и 6 курса 169 студентов ЮУГМУ (средний возраст $22,9 \pm 0,8$ лет), а также 166 учащихся младших курсов (средний возраст $19,0 \pm 1,0$ лет) и 178 учащихся старших курсов (средний возраст $20,0 \pm 1,0$ лет) медицинского колледжа ЮУГМУ. Оценка поведенческих ФР ХНИЗ проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1986). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ SPSS 20.0. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$ при нормальном распределении, и в виде Me (25-75%) при распределении, отличающемся от нормального. Для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 Пирсона и U-тест Манна-Уитни; для оценки независимой ассоциации тревоги и депрессии и ФР ХНИЗ – метод множественной логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Результаты. Среди студентов 1 курса ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже распространенность нерационального питания (75,0% и 82,9% соотв., $p < 0,05$), тревоги субклинического уровня (21,0% и 27,0% соотв., $p < 0,05$), достоверно выше распространенность низкой физической активности (55,6% и 21,0% соотв., $p < 0,05$), избыточного употребления соли (64,6% и 34,5% соотв., $p < 0,05$), тревоги клинического уровня (21,4% и 10,7% соотв., $p < 0,05$), больше среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (6,5 (5,0-12,0) и 5,0 (3,0-8,0) шт. соотв., $p < 0,05$), среднее количество этанола, употребляемого в сутки (5,5 (3,5-11,4) и 3,5 (0,0-9,6) мл соотв., $p < 0,05$). Установлено, что у студентов 1 курса ЮУГМУ риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения – в 3,6 раза, тревоги – в 4,2 раза, и уменьшается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$ – в 2,5 раза. Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении с учащимися старших курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (5,0 (4,0-10,0) и 10,0 (6,0-11,8) соотв., $p < 0,05$), ниже распространенность нерационального питания (86,4% и 99,1% соотв., $p < 0,05$), избыточного употребления соли

(30,2% и 60,2% соотв., $p < 0,05$), тревоги клинического уровня (19,4% и 20,1% соотв., $p < 0,05$) и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня (18,4% и 14,2% соотв., $p < 0,05$). Установлено, что риск депрессии у студентов 6 курса увеличивается при наличии избыточного употребления соли – в 2,9 раза, и уменьшается при избыточном употреблении сахара – в 3,6 раз. Риск тревоги уменьшается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$ – в 2,1 раза, избыточного употребления соли – в 2,3 раза, и уменьшается при избыточном употреблении сахара – в 2,6 раз. Выводы: 1. Среди студентов 1 курса ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов медицинского колледжа достоверно выше распространенность низкой физической активности, избыточного употребления соли, тревоги клинического уровня, больше среднее количество выкуриваемых в сутки сигарет, среднее количество этанола, употребляемого в сутки, и ниже частота встречаемости нерационального питания, тревоги субклинического уровня. 2. Среди студентов 6 курса ЮУГМУ в сравнении со студентами старших курсов медицинского колледжа достоверно ниже распространенность курения, нерационального питания, тревоги клинического уровня, меньше количество сигарет, выкуриваемых в сутки и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня. 3. У первокурсников ЮУГМУ риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения, риск тревоги и депрессии снижается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$. У шестикурсников ЮУГМУ риск тревоги и депрессии увеличивается при избыточном употреблении соли, уменьшается – при избыточном употреблении сахара; риск тревоги уменьшается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$.

Анализ вариабельности сердечного ритма методом ритмокардиографии высокого разрешения при хронической обструктивной болезни легких

Милащенко А.И., Андреев А.Н., Попов А.А., Миронов В.А., Акимова А.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из значимых проблем здравоохранения и в настоящее время является 4-й лидирующей причиной смерти в мире [А.Г. Чучалин и др., 2017]. Только части пациентов с ХОБЛ поставлен правильный диагноз, а из тех больных, у которых заболевание диагностировано, более 90% не получают лечения, предусмотренного современными рекомендациями. Оценка состояния вегетативной системы, способной быстро изменять функции соматических органов, важна при различных заболеваниях, поскольку вегетативная система вовлекается в патологический процесс на самых ранних стадиях. Важным инструментом оценки дисфункции вегетативной нервной системы является измерение вариабельности сердечного ритма (ВСР). Показатели ВСР имеют прогностическое значение у пациентов с ХОБЛ [Tseng C.Y. et al., 2018]. Повышенная вегетативная активность является предиктором обострения ХОБЛ [Zamarrón C. et al., 2014]. В то же время, доказано, что ВСР, определенная по 24-часовому мониторингу имеет много факторов, способствующих неточности измерения (изменения дыхания, положения тела в течение суток). Таким образом, оценка вариабельности сердечного ритма использованием метода высокоразрешающей ритмокардиографии (РКГ), лишенная вышеуказанных недостатков может оказаться наиболее перспективным методом выявления нарушений регуляции пейсмекерной активности синоатриального узла сердца. Это метод

компьютерной регистрации и анализа изменений межсистолических временных интервалов с дискретизацией 1000 ± 3 Гц. Цель работы: исследовать особенности волновой variability сердечного ритма у пациентов с ХОБЛ и влияние на нее гуморально-метаболической среды с помощью метода высокоразрешающей ритмокардиографии. Материал и методы. В исследование были включены 78 пациентов мужского пола в возрасте 45-74 лет. Диагноз ХОБЛ установлен согласно критериям GOLD 2016 г. Также в исследование было набрано 48 участников, сопоставимых с исследуемой группой по полу и возрасту. Мы исключали лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, способными исказить ПКГ-данные. В дополнение к стандартным методам обследования всем участникам исследования с целью оценки волновой структуры сердечного ритма проведена ритмокардиография высокого разрешения с помощью аппаратно-программного комплекса КАП-ПК-02-"МИКОР". Регистрацию ритмокардиограмм осуществляли в покое и при разнонаправленных вегетативных стимулах: пробах Вальсальвы, Ашнера-Даньини, активной ортостатической пробе, пробе с физической нагрузкой, дозированной по ЧСС 120/минуту. Мы оценивали следующие показатели: средняя величина RR; среднеквадратичное отклонение всех волн – SDNN; ARA - амплитуда дыхательной аритмии; среднеквадратичное отклонение для симпатических, парасимпатических и гуморально-метаболических флуктуаций: σ_T , σ_S и σ_I ; соотношение влияний парасимпатического, симпатического и гуморального факторов, регулирующих пейсмекерную активность синусового узла – показатели VLF %, LF %, HF %. Результаты. У пациентов с ХОБЛ отмечено снижение variability сердечного ритма (показатель SDNN) вдвое, преобладание гуморально-метаболической регуляции пейсмекерной активности синусового узла (данный фактор регуляции должен вносить минимальный вклад у здоровых лиц). У пациентов с ХОБЛ регистрировались очень низкочастотные волны с отклонением вверх от основных волн ПКГ, соответствующие бронхообструктивному синдрому по клиническим данным и показателям спирометрии. У пациентов с ХОБЛ зарегистрировано также изменение реакций сердечного ритма при выполнении вегетативных проб в сравнении с контрольной группой (лица без ХОБЛ) в виде более медленного достижения максимальных реакций на разнонаправленные стимулы и более продолжительное восстановление сердечного ритма после пробы. Выводы. При ХОБЛ зафиксированы изменения в регуляции пейсмекерной активности синоатриального узла с угнетением периферической вегетативной регуляции хронотропной функции синусового узла и преобладанием гуморально-метаболического фактора регуляции. У пациентов с ХОБЛ обнаружены низкочастотные волны с отклонением вверх от основных волн ПКГ, соответствующие бронхообструктивному синдрому. Работа заслушана и одобрена Локальным этическим комитетом ФГКУЗ "5 военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации" 15 марта 2018 г.

Взаимосвязь основных факторов сердечно-сосудистого риска и сердечно-сосудистого ремоделирования у пациентов с артериальной гипертензией

Медведев И.В., Григоричева Е.А.

Южно-Уральский Государственный медицинский университет, Челябинск

Актуальность. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их прогрессированием направлена на выявление людей с высоким

сердечно-сосудистым риском и разработку мер профилактики и динамического наблюдения. Расчет риска ССЗ по шкале SCORE определяет приблизительный 10-летний риск, что в свою очередь не дает полноценно оценить риск т.к. не у всех исследуемых происходит одинаковая реализация факторов в совокупности. Наибольшее значение имеет определение взаимосвязи показателей сердечно-сосудистого риска, которые отражают реализованное воздействие отрицательных факторов на человека в течение жизни и могут быть представлены в количественном выражении. К ним относятся субклинические сосудистые маркеры ССЗ - кальцификация коронарных артерий, толщина комплекса интима-медиа в сонных артериях (ТИМ), увеличение жесткости артериальных сосудов, аугментация центрального аортального давления. Цель исследования. Определить взаимосвязь основных факторов сердечно-сосудистого риска и сердечно-сосудистого ремоделирования у пациентов с артериальной гипертензией. Материал и методы исследования: Проведено исследование 100 пациентов (37 (37%) мужчин, 63 (63%) женщин), находившихся на лечении в кардиологическом отделении клиники Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета, в возрасте $56 \pm 11,0$ лет. Исследование проходило в 7 этапов: 1. антропометрические измерения. 2. определение артериального давления, частоты сердечных сокращений. 3) определение факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, оценка сердечно-сосудистого риска проводилась согласно шкале SCORE. 4) Исследование липидного спектра. 5) определение уровня креатинина крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-EPI. 6) Эхо-кардиографическое исследование по стандартному протоколу исследования. б) Ультразвуковая доплерография сосудов шеи (УЗДГ) с оценкой толщины интима-медиа (ТИМ) и наличием атеросклеротической бляшки (АСБ). 7) Определение сосудистой ригидности проводилось путем измерения артериального давления на плечевой артерии осциллометрическим методом на аппарате BPlab (производитель «Петр Телегин») с последующим расчетом жесткости сосудистой стенки где оценивалось, RWTT - время распространения отраженной волны, индекс аугментации (AI), скорость распространения пульсовой волны в аорте PWVao. Результаты исследования: Исследуемая выборка характеризовалась следующими показателями: Рост $167 \pm 11,9$ см, вес $83,9 \pm 13,3$ кг, ср ИМТ $29,0 \pm 6,2$. Обхват талии $102 \pm 9,1$. Среди факторов сердечно-сосудистого риска преобладали: курение 48%, употребление алкоголя 67%, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям -84%. Средний % риска по шкале относительного сердечно-сосудистого риска SCORE $-3,7 \pm 1,2$ умеренный риск -50% исследуемых. Средний уровень общего холестерина $-5,2 \pm 0,9$ ммоль/л. ХЛПВП – $1,4 \pm 0,3$, ХЛПНП – $2,9 \pm 0,8$. Индекс атерогенности – $2,8 \pm 1,0$ триглицериды $1,7 \pm 0,1$. Средний уровень креатинина крови – $92 \pm 13,0$. Соответственно рСКФ по формуле СКД-EPI $-73,6 \pm 12,0$ мл/мин/1,73. Комплекс интима-медиа ср $-0,85 \pm 0,3$. По данным эхокардиоскопического исследования выявлено следующее: гипертрофию левого желудочка имели 94% исследуемых ср ИММЛЖ $-131,6$ г/м². Среднее систолическое артериальное давление на плечевой артерии $-138,2 \pm 14,9$ мм рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление – $82,9 \pm 9,2$, пульсовое артериальное давление $55,7 \pm 11,2$, средняя частота сердечных сокращений – $66,2 \pm 8,4$. Средний уровень времени распространения отраженной волны $-118,1 \pm 17,8$, средняя скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao) $8,4 \pm 3,4$ мс, средний индекс аугментации (AI) – $-11,1 \pm 17,7$. Выводы: 1. Показатели контурного анализа пульсовой волны ассоциировались со следующими факторами риска сердечно-сосудистых осложнений: повышенным уровнем холестерина, возрастом, курением, повышенным систолическим артериальным давлением, отягощенным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям, гипертрофией левого желудочка.

2. Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между показателями контурного анализа пульсовой волны (средним временем распространения пульсовой волны, скоростью распространения пульсовой волны в аорте) и баллами по SCORE, толщиной интимы медиа и индексом массы миокарда левого желудочка.

Результаты вирусологического исследования крови и ткани эндометрия у женщин с хроническим гепатитом С

Переплетина Т.А., Лисовская Т.В., Мальгина Г.Б.

Научно – Исследовательский Институт Охраны материнства и младенчества, Екатеринбург

Наиболее трудоемким, но крайне важным аспектом изучения хронического гепатита С (ХГС) у лиц репродуктивного возраста являются вопросы, касающиеся внепеченочных проявлений заболевания, а их решение требует расширения диагностических алгоритмов. В последние годы обсуждается возможность репликации вируса гепатита С (ВГС) в ткани эндометрия и ооцитах. Целью исследования было провести анализ вирусологических параметров у женщин репродуктивного возраста с ХГС. Материалы и методы. у 107-ми пациенток репродуктивного возраста с ХГС проведена количественная полимеразная цепная реакция (ПЦР) уровня виремии и генотипа ВГС. Пациентки были разделены на две группы по уровню виремии: 1-ая группа (58 человек) – пациентки с ХГС и минимальной виремией (менее 103 коп/мл), 2-ая группа (49 человека) – больные ХГС и умеренной виремией (103- 105 коп/мл). У 35-ти пациенток дополнительно проводилось выявление и количественное определение рибонуклеиновой кислоты ВГС в клинических образцах ткани эндометрия методом ПЦР с детекцией в режиме «реального времени» с использованием отечественного набора реагентов. Результаты и обсуждение. При вирусологическом обследовании пациенток с ХГС репродуктивного возраста методом ПЦР определялся уровень виремии ХГС, который составил 101,5 (100,0÷170,0) коп/мл для 1-й группы и 100000,0 (17500,0÷180000,0) коп/мл – для 2-й группы с достоверным отличием, $p=0,001$. При генотипировании было выявлено преобладание женщин репродуктивного возраста с 3а генотипом: 22,4% в 1-й группе и 49% - во 2-й группе, который наиболее характерен для возрастной группы 15-35 лет и является вторым по распространенности в Уральском Федеральном округе и составляет 48%. Учитывая способность вируса гепатита С являться триггером пролиферативных процессов в различных тканях параллельно с уровнем виремии методом ПЦР определялась вирусная нагрузка в ткани эндометрия. По результатам ПЦР-исследования ткани эндометрия у 42,9% пациенток (15 человек из 35 человек) обнаружен геном вируса гепатита С. Медиана вирусной нагрузки в эндометрии составила 1271,0 (601,0÷9179,0) коп/мл. Несмотря на ожидаемую низкую вирусную нагрузку в ткани эндометрия по сравнению с виремией, у 3-х пациенток из 35-ти (8,7%) была обнаружена детектируемая вирусная нагрузка при отрицательной виремии (5,8%) или уровень тканевой репликации ВГС был выше по сравнению с уровнем виремии (2,9%), что исключало контаминацию вирусом из менструальной крови и доказывало возможность его репликации в тканевом депо эндометрия. Для выявления клинико-патогенетического значения ХГС в развитии гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) проведен корреляционный анализ. В общей группе пациенток с ХГС выявлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнем вирусной нагрузки в крови и фактом наличия ГПЭ ($r=0,325$, $p=0,004$),

а также между уровнем вирусной нагрузки в крови и эндометрии и уровнем эстрогемии ($r=0,873$, $r=0,798$, $p<0,05$). Также был проведен корреляционный анализ между вирусологическими показателями ХГС и морфологическими параметрами эндометрия и была выявлена достоверная положительная корреляционная связь между вирусной нагрузкой в сыворотке крови и наличием полипов в эндометрии у пациенток 1-й группы ($r=0,007$, $p=0,012$), а также между вирусной нагрузкой как в крови, так и в эндометрии, и наличием железистой ГПЭ - во 2-й группе ($r=0,617$, $p=0,010$ и $r=0,003$, $p=0,006$ соответственно). При корреляционном анализе вирусологических параметров ХГС и иммуногистохимических маркеров была выявлена достоверная связь вирусной нагрузки в эндометрии с маркером пролиферации Ki-67 в железах эндометрия: $r = 0,106$, $p=0,046$ - в 1-й группе и $r = 0,049$, $p=0,006$ – во 2-й группе исследования. Заключение. В целом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии достоверных корреляций между основными вирусологическими параметрами ХГС и фактом наличия ГПЭ. Для пациенток репродуктивного возраста с ХГС характерна гиперэстрогемия, которая возрастает по мере увеличения виремии. Выявленная у пациенток репродуктивного возраста с ХГС гиперэстрогемия, а также доказанная детектируемая вирусная нагрузка в ткани эндометрия у данной категории женщин свидетельствует о влиянии ВГС на развитие пролиферативных процессов в эндометрии, что дает основание рассматривать ГПЭ как внепеченочное проявление заболевания, что обуславливает необходимость включения в диагностический стандарт ультразвукового и гистероскопического исследования.

Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у женщин, имевших артериальную гипертензию в период беременности.

Тарасова О.А., Чулков В.С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, МАУЗ ГКБ №11, Челябинск

Введение. Клиническая манифестация сердечно-сосудистых осложнений у женщин происходит на 7-10 лет позже, чем у мужчин. Помимо традиционных факторов риска, включающих абдоминальное ожирение, сахарный диабет и курение, большое значение у женщин придается изучению таких состояний, как преэклампсия, гестационный сахарный диабет, синдром поликистозных яичников в ассоциации с сердечно-сосудистыми рисками в дальнейшем. В связи с этим, представляется актуальным изучение взаимосвязи факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у женщин с наличием артериальной гипертензии (АГ) в период беременности. Целью исследования явилось изучение факторов риска и биомаркеров сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, имевших артериальную гипертензию в период беременности. Материалы и методы. Тип исследования - кросс-секционное исследование. В исследование включено 117 женщин: группа 1 – имевшие АГ в период беременности ($n=33$), группа 2 – без АГ в период беременности ($n=44$), группа 3 – контрольная группа ($n=40$). Всем пациентам проводился клинический осмотр с измерением окружности талии, роста, массы тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ), измерением артериального давления (АД). Определяли концентрацию глюкозы, уровни иммунореактивного инсулина, общего холестерина, Хс-ЛПВП, Хс-ЛПНП, триглицеридов, концентрации лептина, адипонектина и ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI-1) натошак в крови в соответствии с инструкцией фирм-производителей

наборов реагентов. Эхокардиография и измерения толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) проводились на аппарате «MyLab 20» (ESAOTE, Голландия). Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета MedCalc (Version 15.6). Данные в тексте представлены в виде $M \pm SD$ и Me [25-75%]. Применялись критерии Стьюдента, Манна-Уитни, Краскелла-Уоллиса, χ^2 (хи-квадрат) Пирсона и Фишера, коэффициент ранговой корреляции Фишера. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$. Результаты исследования. Женщины в группах 1 и 2 были старше по сравнению с контрольной группой (40 [40-43], 39 [32-43] vs 25 [23-28] лет, $p_{1-2} < 0,001$). ИМТ (31,6 [27,2-35,5] vs 23,5 [21,1-25,7] и 21 [19,5-24,3] кг/м², $p_{1-2} < 0,001$) статистически значимо выше в группе 1 по сравнению с группой 2 и контрольной группой. Средние значения систолического АД (130±9,6, 119±12,4 и 111±12,6 мм рт.ст., $p_{1-2} < 0,001$) и диастолического АД (85±5,2, 77±5,2 и 74±8,5 мм рт.ст., $p_{1-2} < 0,001$) были выше в группе 1 по сравнению с группой 2 и контрольной группой. У женщин в группе 1 в сравнении с группой 2 и контрольной группой ($p_{1-2} < 0,05$) выявлялись более высокие концентрации глюкозы (5,5±0,7 vs 5,2±0,6 и 5,1±0,5 ммоль/л), Хс-ЛПНП (3,5 [2,6-4,0] vs 2,6 [1,8-3,2] и 2,3 [1,9-3,0] ммоль/л), лептина (42 [30-50] против 24 [13-32] и 19 [10-29]) нг/мл), PAI-1 (460,3 [406,5-472] против 382,0 [221,7-415,5] и 307,9 [227,6-413,5]) нг/мл), а также более низкие показатели Хс-ЛПВП (1,6 [1,0-2,0] vs 2,2 [1,6-2,5] и 2,3 [1,5-2,4] ммоль/л) и адипонектина (8,9 [8,1-9,2]) и 8,1 [7,6-11,6] vs 10,1 [9,9-13,7] мкг/мл). Концентрация инсулина оказалась наиболее высокой в группе 1 по сравнению с группой 2 и контрольной группой (11,9 [9,2-27,2] vs 7,0 [4,5-10,8] и 10,1 [6,9-13,7] мкЕД/мл). Величины ИММЛЖ (119,9±23,7 vs 85,9±15,2 и 77,6 ± 11,3 г/м², $p_{1-2} < 0,001$) и ТКИМ (0,79±0,11 vs 0,64±0,11 и 0,58±0,04 мм, $p_{1-2} < 0,05$) оказались наиболее высокими в группе 1 в сравнении с группой 2 и контрольной группой. В группе 1 выявлены положительные корреляции между ИММЛЖ и PAI-1 ($r=0,59$; $p=0,001$), лептином ($r=0,35$; $p=0,07$), Хс-ЛПНП ($r=0,54$; $p=0,004$) и глюкозой ($r=0,45$; $p=0,02$). Обсуждение. У женщин, имевших АГ в период беременности, выявлялись более высокие уровни САД и ДАД, показатели углеводного и липидного обмена, концентрации адипокинов и показатели субклинического поражения органов-мишеней в сравнении с женщинами без АГ во время беременности и контрольной группой. Заключение. Женщинам, имевшим АГ в период беременности, следует рекомендовать в последующем тщательно контролировать АД и вес, показатели углеводного и липидного обмена. Они должны быть проинформированы об увеличении риска кардиометаболических нарушений, что требует динамического наблюдения.

Компоненты сердечно-сосудистого здоровья и их динамика у работников крупного промышленного предприятия

Тонкошкурова А.В.

Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Северск, Томск

Наиболее эффективной мерой по снижению сердечно-сосудистой смертности является раннее скрининговое выявление факторов риска (ФР), оценка суммарного кардиоваскулярного риска и его снижение за счет коррекции модифицируемых ФР. По данным проведенного скрининга среди персонала крупного промышленного предприятия Томской области (Сибирский химический комбинат), распространенность ФР ССЗ, несмотря на действующие меры по оптимизации периодических медицинских осмотров и диспансеризации

работающего населения, по-прежнему остаётся высокой. Отсутствие значимой тенденции к снижению ССЗ и ФР в определённой степени обусловлено низкой эффективностью используемых инструментов рискометрии и поздним выявлением ССЗ. В связи с этим, экспертами АНА была разработана новая модель сердечно-сосудистого здоровья и введено понятие «идеального сердечно-сосудистого здоровья» (ИССЗ). Цель работы: проанализировать компоненты новой модели ИССЗ в организованной популяции работников крупного промышленного предприятия. Материал и методы. Всего в исследование было включено 309 работников мужского пола радиохимического завода СХК, средний возраст 47,4±5,2 лет, завершили программу обследования 244 человек. Результаты исследования. Анализ полученных данных выявил у всех работников основного производства СХК высокую частоту изменений основных компонентов ИССЗ. Обращает на себя внимание крайне высокий процент «слабых» значений ФА (81,6%), свидетельствующих о преобладании малоподвижного образа жизни у подавляющего большинства работников. Высокими остаются значения ИМТ – избыточная масса тела («средние» значения) выявлена у 43% и ожирение как морбидная форма у 37,45% обследованных. Нормальный уровень холестерина был зарегистрирован только у 29,5% респондентов, значения ОХС от 5,18 до 6,19 ммоль/л имели 36,5%, гиперхолестеринемия была выявлена у 34% работников. Превышение рекомендуемого АНА уровня глюкозы зарегистрировано у 64,75% работников. Повышение артериального давления выше 140/90 мм рт.ст. отмечено у 41,4% обследованных, промежуточные значения АД (120-139/80-89 мм рт.ст.) имели 41% обследованных. Таким образом, «идеальным» сердечно-сосудистым здоровьем не обладал ни один из обследованной когорты работников СХК и всего 4,5% ($n=11$) имели ≥ 5 «идеальных» компонентов ИССЗ. Большинство обследованных имели «среднее» и «слабое» ИССЗ: у 43,7% ($n=106$) обследованных работников из 7 изученных компонентов ИССЗ имелось 3-4 «идеальных» компонента, у 46,9% ($n=115$) – всего 1-2 «идеальных» компонента и у 4,9% ($n=12$) не имелось ни одного «идеального» значения компонентов ИССЗ. В то же время оценка 10-летнего фатального риска, рассчитанного по шкале SCORE, показала наличие более оптимистичного прогноза: низкий риск (<1%) смерти от ССЗ выявлен у 12,3% ($n=38$), умеренный (>1% и <5%) у 76,97% ($n=237$), высокий и очень высокий (5-10% и > 10%) у 10,71% ($n=33$) обследованных работников СХК. Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространённости ФР и низких значениях сердечно-сосудистого здоровья у работников крупного промышленного предприятия. «Идеальное» сердечно-сосудистое здоровье, характеризующееся нормальными значениями всех основных компонентов, у обследованной когорты работников не выявлено. В то же время оценка 10-летнего фатального риска, рассчитанного по шкале SCORE, показала наличие более оптимистичного прогноза: низкий риск (<1%) смерти от ССЗ определен у 12,3% работников.

Уровень витамина D3 у пациентов с ожирением

Шамбатов М.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Недостаточность витамина D3, свойственная жителям северных широт является фактором риска развития многих заболеваний, в том числе остеопороза, сердечно – сосудистых заболеваний, инфекций и ряда других состояний. Поскольку Свердловская область находится

между 56° и 61° северной широты, своевременная диагностика дефицита витамина D имеет высокую клиническую значимость. Накопившиеся литературные данные о биологических эффектах холекальциферола вне костной системы наталкивают на поиск связей уровня витамина D3 и различных клинических проявлений. На данный момент существует небольшое число работ, в которых отмечается уровень холекальциферола в сыворотке крови у лиц, имеющих избыточную массу тела и страдающих ожирением. Цель исследования: оценка обеспеченности витамином D амбулаторных пациентов в зависимости от значений индекса массы тела. Материал и методы: В одномоментное исследование включен 131 пациент (113 (86,3%) женщин и 18 (13,7%) мужчин) в возрасте от 20 до 87 лет (медиана 63, 25-75%: 54 ÷ 70 лет), последовательно обратившихся на консультативный прием ревматолога по направлению врачей первичного звена, и давших согласие на участие в период с декабря 2017 по август 2018. У всех оценивали индекс массы тела (ИМТ). Обеспеченность витамином D оценивали по уровню 25-ОН-холекальциферола сыворотки крови, согласно критериям Российской Ассоциации Эндокринологов (РАЭ): норма >30-100 нг/мл; недостаток - 20-30 нг/мл; дефицит – менее 20 нг/мл; выраженный дефицит – менее 10 нг/мл. Образцы крови получены на исходном визите до верификации диагноза. Выборка разделена на 4 группы в зависимости от значений индекса массы тела (ИМТ), согласно классификации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): недостаточная масса тела – ниже 18,5 кг/м², нормальная масса тела – 20 – 25 кг/м², избыточная масса тела – 25 – 30 кг/м², ожирение – свыше 30 кг/м² (не учитывалась степень ожирения). Данные представлены в виде медиан, 25-го и 75-го перцентилей. Статистическая

обработка данных проводилась с помощью пакета «STATISTICA 10.0» с использованием критерия Краскела – Уоллиса. Результаты: нормальные значения ИМТ имели 51 (38,9%) пациентов, избыточная масса тела выявлена у 41 (31,3%) человека, 6 (4,6%) пациентов с недостатком массы тела и 33 (25,2%) с ожирением различной степени. Дефицит витамина D3 выявлен у 71 (54,2%) пациента, недостаточность – у 33 (25,2%), нормальный уровень – только у 27 пациентов (20,6%). Значения витамина D3 у пациентов с нормальным ИМТ составили – 21,00 нг/мл (12,27 ÷ 32,10), в группе с избыточной массой тела – 17,00 нг/мл (9,19 ÷ 23,63), у пациентов с ожирением – 15,03 нг/мл (8,50 ÷ 23,12), среди лиц с недостаточной массой тела – 16,74 нг/мл (8,40 ÷ 25,17). При применении непараметрического критерия Краскела – Уоллиса (H) с медианным тестом для сравнения вышеперечисленных групп достоверных различий не получено (p=0.167). Обсуждение: В целом, большая часть (79,4%) амбулаторных пациентов ревматолога имела низкие уровни витамина D в сыворотке. Среди лиц с недостаточной массой тела не выявлено пациентов с нормальной обеспеченностью витамином D. Несмотря на отсутствие статистических различий, можно говорить о тенденции к тому, что у пациентов с нормальной массой тела реже встречается дефицит и недостаточность витамина D, чем у лиц с недостатком, избытком массы тела и ожирением. Наибольшее число случаев дефицита витамина D выявлено у лиц с недостаточной массой тела и ожирением. Выводы: на Среднем Урале до 80% пациентов, обращающихся к врачу по поводу болей в спине и суставах, нуждаются в оценке уровня витамина D и его коррекции. Недостаточная обеспеченность витамином D чаще выявляется у лиц с дефицитом массы тела и ожирением.

**Сборник материалов
IV Съезд терапевтов
Уральского федерального округа**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 17.10.2018. Подписано в печать 25.10.2018. 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

Конгресс-оператор:



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



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