



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ



Национальное Общество  
Профилактической кардиологии

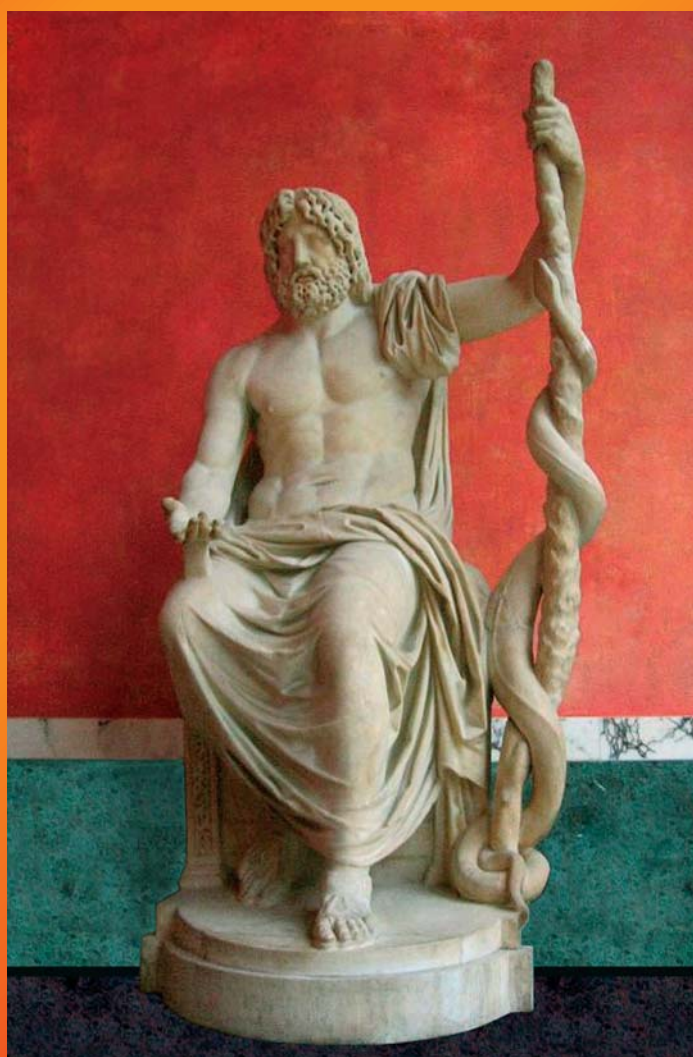
[www.mediasphera.ru](http://www.mediasphera.ru)

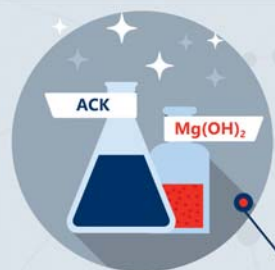
# ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

научно-практический журнал  
ТОМ 18 №2 (выпуск 2) 2015

Основан в 1997 г.

Материалы Всероссийской  
научно-практической  
конференции  
«НЕИНФЕКЦИОННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ  
И ЗДОРОВЬЕ  
НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ»





### УНИКАЛЬНОСТЬ

Единственная на российском рынке комбинация АСК и антацида магния гидроксида<sup>1</sup>



### ВЫСОКАЯ СТЕПЕНЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Эффективнее подавляет агрегацию тромбоцитов,<sup>2</sup> чем кишечнорастворимые формы АСК\*



### ВЫСОКАЯ СТЕПЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ

Реже вызывает диспепсию и боли в эпигастрии,<sup>3</sup> чем кишечнорастворимые формы АСК\*



### УДОБСТВО

Всего 1 таблетка в день независимо от времени суток и приема пищи<sup>1</sup>



### РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДОЗИРОВКИ

Дозировки 75 мг и 150 мг рекомендованы российскими и зарубежными кардиологами<sup>4, 5</sup>

#### Краткая инструкция по применению

Торговое название препарата: Кардиомагнил. МНН или группировочное название: ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, таких как тромбоз и острая сердечная недостаточность при наличии факторов риска. Профилактика повторного инфаркта миокарда и тромбоза кровеносных сосудов. Профилактика тромбоэмболии после хирургических вмешательств на сосудах. Нестабильная стенокардия. Противопоказания: повышенная чувствительность к АСК, вспомогательным веществам препарата и другим НПВП; кровоизлияние в головной мозг; склонность к кровотечениям; бронхиальная астма, индуцированная приемом салицилатов и НПВП; эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта; желудочно-кишечное кровотечение; тяжелая почечная недостаточность; беременность; период лактации; дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы; одновременный прием с метотрексатом; детский возраст до 18 лет. Способ применения и дозы: таблетки проглатывают целиком, запивая водой. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний при наличии факторов риска: 1 таблетка Кардиомагнила, содержащего АСК в дозе 150 мг, в первые сутки, затем по 1 таблетке Кардиомагнила, содержащего АСК в дозе 75 мг 1 раз в сутки. Профилактика повторного инфаркта миокарда и тромбоза кровеносных сосудов; профилактика тромбоэмболии после хирургических вмешательств на сосудах; нестабильная стенокардия: 1 таблетка 75 мг Кардиомагнила, содержащего АСК в дозе 75-150 мг 1 раз в сутки. Побочные действия: крапивница, отек Квинке, тошнота, изжога, рвота, бронхоспазм, повышенная кровоточивость, головная боль, бессонница. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению. С осторожностью: при подагре, гиперурикемии, наличии в анамнезе язвенных поражений желудочно-кишечного тракта или желудочно-кишечных кровотечений, почечной и/или печеночной недостаточности, бронхиальной астмы, сенной лихорадки, полипоза носа, аллергических состояниях, во II триместре беременности. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

#### Ссылки

\* по сравнению с препаратом Тромбо Асс

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата. 2. Ломакин Н.В., Русанова А. А., Бурячковская Л. И., Вершинина М. Г. «Сравнение антиагрегантной эффективности разных форм ацетилсалициловой кислоты» // «Сердце: журнал для практикующих врачей», 2014; 78(4):206-214. 3. Яковенко Э. П., Краснолобова Л. П., Яковенко А. В. и др. Влияние препаратов ацетилсалициловой кислоты на морфофункциональное состояние слизистой оболочки желудка у кардиологических пациентов пожилого возраста // Сердце. 2013; 12 (3): 145-150. 4. Рекомендации РМОАГ и ВНОК по лечению АГ (четвертый пересмотр). 2010. 5. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // Eur Heart J. 2013; 34 (38): 2949-3003.

## ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины  
Департамент здравоохранения г. Москвы  
Министерство здравоохранения Московской области  
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ)  
Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР)  
Национальное общество Профилактической Кардиологии  
Национальное общество доказательной фармакотерапии  
Российское кардиологическое общество (РКО)

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ»**

*27—29 мая 2015 г.  
Москва*





## АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ИХ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Алексеев С.Н., Дробот Е.В.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

## ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF YOUNG PEOPLE AND THEIR COMMITMENT TO THE HEALTHY LIFESTYLE

Alekseenko S.N., Drobot E.V.

Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

**Цель исследования** — изучить психологический статус студентов на примере оценки степени выраженности отрицательных эмоциональных реакций (агрессивность и враждебность) в контексте отношения к здоровому образу жизни (ЗОЖ).

**Материал и методы.** Интервьюированы по специально разработанной анкете 93 студента. Психологическое тестирование для определения уровня агрессивности и враждебности проводилось по опроснику Басса—Дарки. Анализ данных психологического тестирования у молодых людей свидетельствует, что показатель индекса агрессивности у 76 находится в пределах нормы — 1-я группа сравнения, у 17 человек показатель оказался выше условной границы нормы — 2-я группа.

**Результаты.** Исследование поведенческого компонента, определяющего намерения студента по совершению действий в отношении ЗОЖ, показало следующее: считали для себя необходимым придерживаться ЗОЖ 90% студентов в 1-й группе и 64% во 2-й. Во 2-й группе, по сравнению с 1-й, было больше студентов, чья проблема ЗОЖ не волновала, 20% против 6%. Между студентами 1-й и 2-й группы имели место различия в практической реализации принципов ЗОЖ. Среди представителей 1-й группы в 1,2 и 1,3 раза было больше студентов, регулярно занимающихся физическими упражнениями и придерживающихся принципов рационального питания, чем во 2-й группе. Хронический нервный стресс испытывали 56% студентов 2-й группы против 18% респондентов из 1-й группы. Также выявлены другие неблагоприятные факторы: работа в ночное время — 34% и курение в 26% во 2-й группе против 18 и 9% соответственно в 1-й группе. Анализ причин недостаточного внимания к своему здоровью молодых людей показал, что в основном это недостаток времени и силы воли у 62 и 30% в 1-й группе и 84 и 44% во 2-й. В 28% случаев студенты из 2-й группы отметили отсутствие у них потребности заботиться о своем здоровье и нежелание себя в чем-то ограничивать против 12% представителей 1-й группы.

**Вывод.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что молодые люди с повышенной агрессивностью хуже заботятся о собственном здоровье, игнорируя в ряде случаев принципы здорового образа жизни.

\*\*\*

## МНОГОФАКТОРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

Андреанова О.Л., Мирсаева Г.Х., Мухетдинова Г.А., Максютлова Л.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

## MULTIFACTORIAL APPROACH IN TREATING OBESITY

Andrianova O.L., Mirsaeva G.Kh., Mukhetdinova G.A., Maksutova L.F.

Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Цель исследования** — проанализировать структуру питания больных ожирением, эффективность и безопасность применения сибутрамина в качестве монотерапии и в комбинации с метформином для формирования правильного пищевого стереотипа и уменьшения массы тела.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 82 женщины с ожирением в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст  $29,7 \pm 5,7$  года). Критерии включения: женщины в возрасте от 18 до 49 лет, с окружностью талии (ОТ) более 80 см, индексом массы тела (ИМТ) более  $27 \text{ кг/м}^2$ , уровнем триглицеридов  $>1,7 \text{ ммоль/л}$  и/или ХЛНП  $>3,8 \text{ ммоль/л}$ , и/или ХЛВП  $<1,29 \text{ ммоль/л}$ . Критерии исключения — наличие тяжелых соматических и эндокринных заболеваний. Контрольную группу составили здоровые женщины (35 человек) в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст  $28,7 \pm 5,6$  года). Все пациенты проходили обследование в рамках исследования Примавера. Статистический анализ проводился при помощи программ Microsoft Excel, Statistica 7.0, статистически значимыми считались изменения и различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Анализ рациона питания пациенток с ожирением выявил превышение его энергетической ценности на  $650 \pm 250 \text{ ккал/сут}$  по сравнению с таковым у лиц с нормальными ИМТ и ОТ. Завышенные ожидания от сроков лечения и желаемой потери массы тела имели 71% пациенток. Для регуляции пищевого поведения 52 пациенткам был назначен редуксин (сибутрамин в комбинации с микрокристаллической целлюлозой) в дозе 10 мг и 30 пациенткам (24 женщинам, имевшим в анамнезе нарушения углеводного обмена во время беременности, и 6 пациенткам, родившим ребенка весом более 4 кг) был назначен редуксин в дозе 10 мг и метформин в дозе 500 мг, с еженедельным повышением на 500 мг до дозы 1500 мг. Наблюдение продолжалось 24 нед. Калорийность суточного рациона уменьшилась на  $24 \pm 4\%$  от исходной ( $p < 0,05$ ) на монотерапии и на  $28 \pm 7\%$  от исходной ( $p < 0,05$ ) на комбинированной терапии. Среднее снижение веса —  $8,9 \pm 1,6 \text{ кг}$  ( $p < 0,05$ ) на монотерапии и  $9,7 \pm 1,5 \text{ кг}$  ( $p < 0,05$ ) на комбинированной терапии. Уменьшение ОТ —  $11,4 \pm 1,8 \text{ см}$  ( $p < 0,05$ ) на монотерапии и  $14,1 \pm 1,5 \text{ см}$  ( $p < 0,05$ ) на комбинированной терапии. Увеличилась физическая активность (по данным шагомеров) на  $6,9 \pm 1,8 \text{ тыс. шагов}$  ( $p < 0,05$ ) на монотерапии и на  $7,2 \pm 2,0 \text{ тыс. шагов}$  ( $p < 0,05$ ) на комбинированной терапии. При приеме препарата редуксин 10 мг в монотерапии и в комбинации с метформином в дозе 1500 мг не было отмечено значимых побочных эффектов.

**Вывод.** Ожирение в значительной степени является результатом несбалансированного питания. Терапия редуksiном в дозе 10 мг и комбинированная терапия препаратами редуksiн в дозе 10 мг и метформин в дозе 1500 мг в течение 6 мес привела к снижению калорийности суточного рациона, контролю пищевого поведения, целевому снижению веса. Терапия редуksiном в дозе 10 мг и комбинированная терапия препаратами редуksiн в дозе 10 мг и метформин в дозе 1500 мг в течение 6 мес эффективна и безопасна.

\*\*\*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОЗИРОВАННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ

Абдулмаев А.Х., Аляви Б.А., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К., Тагаева Д.Р.

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

## REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE BY EXERCISE STRESS

Abdullayev A.Kh., Allawi B.A., Tulyaganova D.K., Tursunbaev A.K., Tagaeva D.R.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Therapy and Rehabilitation; Pediatric Medical Institute, Tashkent Uzbekistan

**Цель исследования** — оценка эффективности восстановительной лечебной физкультуры с применением дозированных физических нагрузок в реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** В исследование включили больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ХСН I и II ФК (NYHA), в возрасте 48—55 лет. Основная группа (18 пациентов) занималась по 2-й степени двигательного режима лечебной физической культуры (ЛФК) с учетом толерантности к физическим нагрузкам (расслабление мышц, дыхательные статические и динамические упражнения с дозированным усилением нагрузки, тренировка диафрагмы и скелетных мышц грудной клетки); 20 больных — по 3-й степени; 12 больных — контрольные (группа без ЛФК). Все пациенты получали базисную стандартную терапию. Оценивали эффективность ЛФК (частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхания (ЧД), пробы Генча и Штанге, шкала ШОКС (по В.Ю. Марееву, 2000)), проводили ЭКГ, велоэргометрическую пробу (ВЭМ), ЭхоКГ и тест 6-минутной шаговой ходьбы (ТШХ).

**Результаты.** У больных, занимавшихся ЛФК по 3-й степени нагрузки (шадающе-тренирующий с переходом к тренирующему режиму), наблюдалось умеренное увеличение двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 балла при отсутствии динамики в контроле. Пороговая нагрузка повысилась до 150 Вт, увеличилось время задержки дыхания до 22 сек (в контроле с 14 до 18 с), по пробе Генча, а по пробе Штанге — с 30 до 40 с (с 30 до 35 с — в контроле). У пациентов, занимавшихся ЛФК со 2-й степенью двигательной

нагрузки (шадающий тренирующий двигательный режим), по сравнению с исходными данными и группой контроля, выявлена тенденция к повышению двигательных возможностей, уменьшение одышки с 3 до 2 баллов (с 3 до 2,5 баллов в контроле), урежение ЧД, ЧСС, увеличение пороговой нагрузки до 100 Вт. Отмечена и положительная динамика дыхательных проб. Включение ЛФК в лечебный комплекс ХСН улучшило показатели ТШХ (в среднем на 13%), эффективность терапии и показатели качества жизни этой категории больных. При оценке функционального состояния ХСН по шкале ШОКС установлено также более быстрое и стабильное улучшение состояния пациентов основной группы (усиление сократительной способности миокарда по данным ЭКГ, ЭхоКГ, ЧСС, улучшение газообмена, ЧД, пробы Генча, Штанге). Включение дозированных физических нагрузок в комплекс лечения пациентов с ХСН приводит к уменьшению сроков восстановления трудоспособности.

**Вывод.** Дозированная ЛФК, с учетом ФК ХСН и толерантности к физическим нагрузкам, способствует улучшению микроциркуляции в работающих мышцах и органах, увеличению легочной вентиляции, замедлению формирования и прогрессирования осложнений, повышению толерантности к физическим нагрузкам. Комплекс рекомендуется проводить пациентам на всех этапах реабилитации.

\*\*\*

## АНАЛИЗ ВРЕМЕНИ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Акулова О.А.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

## THE ANALYSIS OF THE PERIOD OF SEEKING MEDICAL CARE AT THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN POPULATION OF THE KURGAN REGION

Akulova O.A.

Tyumen State medical academy, Tyumen, Russia

Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что в первые 3 ч при остром инфаркте миокарда (ИМ) погибают 30—40% от общего числа больных с данной патологией. Поэтому время — это один из факторов, определяющих исходы ИМ, а стремительность оказания медицинской помощи — один из путей решения задач, направленных на восстановление кровотока в инфаркт-обусловившей коронарной артерии.

**Цель исследования** — провести анализ времени обращения за медицинской помощью (МП) пациентов с острым ИМ в популяции Курганской области.

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование больных с острым ИМ (определенным и возможным) за период с 01.01.96 по 31.12.14 (19 лет). Данные о каждом случае ИМ, информация о времени обращения за МП получены из областного Регистра острого инфаркта миокарда, созданного на базе ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер». Анализ проводился в общей популяции (О), а также в городской (Г) и сельской (С)

когортах: изучалось количество лиц, обратившихся за МП от начала болевого синдрома до момента первого контакта с медицинским работником во временных промежутках: 1 — до 3 ч, 2 — от 3 до 6 ч, 3 — от 6 до 12 ч, 4 — от 12 до 24 ч, 5 — более 24 ч, 6 — не обращались. Данные обработаны в программе Statistica 6.0 с применением однофакторного дисперсионного анализа, критериев Фишера (F) и Стьюдента (t), результаты представлены в виде  $M \pm m$  (%), различия считались достоверными при  $p < 0,01$ .

**Результаты.** За МП в области обратились в 1 временной промежуток —  $36,5\% \pm 2,34$  от общего числа зарегистрированных с ИМ, во 2 —  $13,07\% \pm 1,365$ , в 3 —  $10,62\% \pm 0,59$ , в 4 —  $9,8\% \pm 0,8676$ , в 5 —  $28,97\% \pm 2,619$ , не обращались —  $1,037\% \pm 0,4585$ . Таким образом, в первые 6 ч болезни обратились менее 50% от общего числа заболевших. При этом уровень обращаемости среди сельских жителей достоверно ниже, а число совсем не обращавшихся за МП достоверно выше, чем среди городских: в 1 — С —  $32,43\% \pm 1,699$ , Г —  $39,6\% \pm 3,42$  ( $F=57,1$ ,  $t=-7,557$ , 95% ДИ  $-8,397$  —  $-4,843$ ,  $p < 0,0001$ ); в 2 — С —  $11,71\% \pm 1,772$ , Г —  $13,82\% \pm 1,76$  ( $F=13,64$ ,  $t=-3,683$ , 95% ДИ  $-3,272$  —  $-0,948$ ,  $p < 0,0001$ ); в 3 — С —  $11,57\% \pm 1,304$ , Г —  $10,05\% \pm 0,82$  ( $F=18,56$ ,  $t=4,305$ , 95% ДИ  $0,8039$  —  $2,236$ ,  $p < 0,0001$ ); в 4 — С —  $10,53\% \pm 1,497$ , Г —  $9,368\% \pm 1,329$  ( $F=6,358$ ,  $t=2,530$ , 95% ДИ  $0,2306$  —  $2,093$ ,  $p=0,016$ ); в 5 — С —  $31,19\% \pm 2,74$ , Г —  $27,6\% \pm 2,974$  ( $F=14,993$ ,  $t=3,872$ , 95% ДИ  $1,71$  —  $5,47$ ,  $p < 0,0001$ ). Не обратившихся за МП: в С —  $2,574\% \pm 1,226$ , в Г —  $0,1158\% \pm 0,168$  ( $F=75,016$ ,  $t=8,661$ , 95% ДИ  $1,883$  —  $3,034$ ,  $p < 0,0001$ ). При условии проведения медианы времени через 2005 г., за последние 9 лет в области не отмечено тенденции к сокращению времени обращения за МП в первые 6 ч ( $F=0,56$ ,  $t=-0,749$ , 95% ДИ  $-11,77$  —  $-5,427$ ,  $p=0,459$ ).

**Вывод.** В регионе существует проблема поздней обращаемости при ИМ, особенно среди сельского населения. Очевидно, что принятие организационных мер, направленных на сокращение времени обращения за МП, может способствовать улучшению результатов лечения у отдельных пациентов и снижению смертности от ИМ на популяционном уровне.

\* \* \*

## ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Александрова Л.М., Грецова О.П., Калинина А.М.

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации; ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

## DETECTION OF MALIGNANT NEOPLASMS OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION

Aleksandrova L.M., Gretsova O.P., Kalinina A.M.

P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute; National Research Center for Preventive Medicine, Moscow Russia

**Цель исследования** — изучение эффективности диспансеризации в выявлении злокачественных новообразований (ЗНО) женских половых органов.

**Результаты.** Проведена экспертно-аналитическая оценка результатов диспансеризации женского населения и данных государственной медицинской статистики по заболеваемости соответствующими нозологическими формами в 2013 г. с использованием информационно-аналитической системы популяционного ракового регистра. По статистическим данным, в России отмечается рост заболеваемости женского населения ЗНО половых органов. В 2013 г. их удельный вес среди всех ЗНО женщин составил 18,3% при среднегодовом темпе прироста рака тела матки (РТМ) 3,03%, рака шейки матки (РШМ) 2,21%, рака яичников (РЯ) 0,87%. В 2013 г. было выявлено 15 236 новых случаев РШМ, 21 825 РТМ и 12 845 РЯ, из них активно 4765 (32,2%), 3383 (16,4%), 1483 (12,2%) соответственно. Удельный вес больных с I—II стадией заболевания среди первично выявленных составил при РШМ 61,2%, РТМ 80,6%, РЯ 35,8%. Диагностировано 4248 случаев РШМ в стадии *in situ*, что составило 27,5% всех выявленных случаев заболевания. В период с 2003 по 2013 г. отмечена негативная тенденция к манифестации РШМ в более молодом возрасте: средний возраст впервые выявленных в 2013 г. больных соответствовал 51,9 года (2003 г. — 53,9). Данный показатель вырос при РТМ с 53,9 до 62,2 года, при РЯ практически не изменился — 58,4 и 58,7 года соответственно. При диспансеризации в 2013 г. 11 155 614 женщин выявлено 27 037 (0,24%) новообразований, в том числе ЗНО — 16 882 (0,15%); заподозрено новообразований 42 020 (0,38%), из них 26 464 (0,24%) ЗНО. Среди всех выявленных ЗНО рак женских половых органов составил 20,6%, из которых доля РШМ соответствовала 44,8%, РТМ — 37,3%, РЯ — 17,9%. В группе женщин с подозрением на ЗНО удельный вес подозрительных на рак гениталий наблюдений составил 23,8%, в структуре преобладали случаи с подозрением на РШМ — 61,9% (РТМ — 27,1%; РЯ — 11,0%). При диспансеризации было выявлено 1558 РШМ, что составило 10,2% от общего числа впервые выявленных случаев заболевания и 31,8% от активно выявленных. I—II стадия составила 65,8%, III—IV — 34,2%. Выявляемость раннего РШМ при диспансеризации на 7,5% выше, чем в общей популяции женщин, по данным медицинской статистики. Выявлено 1068 случаев РТМ и 632 РЯ, что составило по 4,9% от общего числа впервые выявленных случаев заболевания и соответственно 29,8 и 40,3% среди активно выявленных. Доля I—II стадии РТМ составила 80,1%, III—IV — 19,9%; РЯ 47,6 и 52,4% соответственно. Выявляемость при диспансеризации I—II стадии РТМ практически не отличалась от данных государственной статистики (–0,6%), при РЯ была выше на 33,0%. Анализ предварительных итогов диспансеризации населения в 2014 г. (по состоянию на 15.12.14) свидетельствует о росте показателя выявляемости ЗНО I—II стадии, в частности при РШМ до 73,0%, РТМ — до 82,3%, РЯ — до 54,6%.

**Вывод.** Двухлетний опыт проведения диспансеризации позволяет сделать вывод, что правильная организация профилактических мероприятий, активная работа с населением способствуют повышению ее эффективности за счет роста числа случаев выявления ранней стадии опухолевой патологии, при которой возможно излечение пациента в абсолютном большинстве случаев.

\* \* \*



## ВЛИЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ЧАСТОТУ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПОЧКИ В РОССИИ

Александрова Л.М., Грецова О.П., Калинина А.М., Петрова Г.В., Старинский В.В., Каприн А.Д., Бойцов С.А.

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России; ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

## IMPACT OF PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATION ON THE RATE OF KIDNEY CANCER DETECTION IN RUSSIA

Aleksandrova L.M., Gretsova O.P., Kalinina A.M., Petrova G.V., Starinsky V.V., Kaprin A.D., Boytsov S.A.

P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute; National Research Center for Preventive Medicine, Moscow Russia

**Цель исследования** — изучение влияния диспансеризации на частоту выявления рака почки (РП). В структуре онкологической заболеваемости населения России в 2013 г. РП занимает 3,9%, составляя 4,7% от общего числа злокачественных новообразований (ЗНО) у мужчин и 3,3% у женщин. Медиана возраста на момент постановки диагноза соответствовала у мужчин 60,5, у женщин — 63,1 года. По данным Европейского общества урологов, более 50,0% случаев РП выявляются случайно вследствие бессимптомного течения. С широким внедрением в медицинскую практику УЗИ значительно выросла выявляемость РП на ранних стадиях. В 2013 г. в России среди всех впервые зарегистрированных случаев заболевания 36,3% РП были выявлены на I и 20,3% — на II стадии.

**Результаты.** В 2013 г. в стране стартовала масштабная программа диспансеризации населения. В алгоритм диагностического обследования на I этапе впервые было включено УЗИ органов брюшной полости для граждан в возрасте 39 лет и старше, с периодичностью 1 раз в 6 лет. Анализ выявляемости РП при диспансеризации проведен на основании данных отчетной ф. №131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения». По данным государственной статистики (ф. №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и №35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями»), в 2013 г. в стране было всего выявлено 20 195 новых случаев РП, из них активно 2365 (11,7%). При диспансеризации было выявлено 1185 случаев РП, что составило 4,4% от числа всех диагностированных ЗНО. Удельный вес РП в структуре установленных ЗНО в возрастной группе 21—36 лет у мужчин составил 11,3%, у женщин — 18,9%; в группе 39—60 лет — 6,0 и 8,5%; в группе старше 60 лет — 4,7 и 4,0% соответственно. Всего в мужской популяции выявлено 627, в женской — 558 случаев РП. В соответствии со стадией заболевания распределение было следующим: I—II стадии — 59,3%, III—IV стадии — 32,1%, стадия не была установлена в 8,6% случаев. Выявляемость РП I—II стадии при диспансеризации несколько выше, чем в общей популяции населения по онкологическим статистическим данным: I—II стадии — 56,6%, III—IV стадии — 41,0%, стадия не была установлена в 2,4% случаев.

**Вывод.** При диспансеризации выявлено 5,9% от числа всех впервые выявленных, или 50,1% среди всех активно выявленных больных РП; I—II стадии составили 59,3%, что на 5% выше, чем по данным онкологической статистики. Для раннего обнаружения РП необходимо применение комплексной диагностики, в которой ведущее место принадлежит методам визуализации. При диспансеризации УЗИ применяется не как скрининговый метод выявления РП, а как метод визуализации патологии, в том числе и злокачественного генеза, всех органов брюшной полости и забрюшинного пространства, что существенно повышает его диагностическую эффективность и экономическую целесообразность.

\*\*\*

## МОНИТОРИНГ ХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Александровский А.А., Балыкова Л.А., Лешанкина Н.Ю., Колпаков Е.В.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

## MONITORING OF CHOLESTEROLEMIA IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Alexandrovsky A.A., Balykova L.A., Leshchankina N.Yu., Kolpakov E.V.

N.P. Ogarev Mordovia State University, Saransk, Russia

В литературе уровень холестеринемии в норме и патологии у мужчин (М.) и женщин (Ж.), проживающих в разных регионах, характеризуется цифровой мозаикой, затрудняющей анализ данных.

**Цель исследования** — изучить, оценить и ранжировать величины общего холестерина (ОХС) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) в Республике Мордовия (РМ).

**Материал и методы.** Работа базируется на данных из общеевропейского регистра Острого коронарного синдрома (ОКС-ACS-Registry), полученных в региональном исследовании. Подробные сведения о регистрационной форме, научном протоколе, информированном согласии и разрешении этического комитета опубликованы ранее. Относительно новым является применение метода сигмальных отклонений для создания нормативных интервалов ОХС у пациентов с ОКС. ОХС был выбран как критерий дислипидемии, исходя из юридических документов, клинических рекомендаций и других материалов. Были обследованы более 500 больных. Удалив дефектные истории болезни, сформировали базу данных, содержащую 358 регистрационных форм, в том числе 19 умерших (13 М. и 6 Ж.). Пол, возраст, место жительства и цифры ОХС зафиксированы у пациентов, поступивших в 4 горбольницу Саранска и в 13 районных больниц РМ.

**Результаты.** При анализе данных оказалось, что «размах» «крайних» цифр ОХС довольно выразителен: от 1,8 до 10,2 ммоль/л. У М. средний уровень ОХС составил  $4,8 \pm 0,1$ , у Ж. —  $5,2 \pm 0,1$  ммоль/л,  $p=0,0042$ , а средняя арифметическая группы в целом, равная  $5,0 \pm 0,1$  ммоль/л, эту достоверную разницу и шестикратный разброс границ вариационного ряда сгладила и обезличила. Чтобы избежать нечетких формулировок типа «немного повышен, значительно понижен», упорядочить встречающиеся в пу-



бликациях различные необоснованные целевые уровни ОХС, был применен вышеуказанный метод для обоснования градаций: «очень высокий», «высокий», «выше среднего», «нормальный», «ниже среднего», «низкий» и «очень низкий». Оказалось, что повышенный уровень ОХС (повышенный + высокий + очень высокий) встретился у 28% больных, нормальный — у 40% и пониженный — у 32%. То есть большая часть больных ОКС имели не высокий, а средний, ниже среднего, низкий и очень низкий уровень. Небольшая разница ОХС у М.<Ж. существенно не влияет на выводы, так как обе цифры входят в средний (нормальный) интервал: 4,4—5,6 ммоль/л ( $x \pm 0,5 \sigma$ ). У большинства умерших ОХС на грани пониженного и низкого уровня.

**Вывод.** Особенного влияния на общий холестерин пола, возраста и места проживания пациентов с острым коронарным синдромом в Мордовии не установлено. Повышенный, нормальный и пониженный уровни общего холестерина распределены в группе более-менее равномерно. Понижение общего холестерина при фатальных исходах можно рассматривать как тенденцию, учитывая малочисленность группы. В свете литературных сведений и представленных данных нужны более масштабные исследования для оптимизации липидрегулирующей терапии у пациентов с ОКС.

\*\*\*

## ВИТАМИН D ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Алексеева Н.С.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

### VITAMIN D AT THE METABOLIC SYNDROME

Alekseeva N.S.

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — оценить концентрацию витамина D у пациентов с различными компонентами метаболического синдрома (МС).

**Материал и методы.** Исследование проведено среди 120 пациентов (62,5% женщин и 37,5% мужчин, в возрасте 25—45 лет) с абдоминальным ожирением и различным сочетанием компонентов МС. Компоненты МС диагностировали согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Избыточную массу тела (ИМТ) и ожирение оценивали на основании индекса массы тела Кетле (1997). Обеспеченность организма витамином D проводили путем определения содержания 25 (ОН)-витамина D. Результаты оценивали в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов (2011).

**Результаты.** Нормальная масса тела наблюдалась у 12,5% случаев, ИМТ — в 28,3% случаев, ожирение 1-й степени — в 37,5%, ожирение 2-й и 3-й степени — в 15% и 6,7% случаев соответственно. Окружность талии более 80 см была у 62,5% женщин и более 94 см — у 37,5% мужчин. Артериальную гипертензию (АД  $\geq 130/85$  мм рт.ст.) диагностировали у 64,2% пациентов, повышение уровня триглицеридов 1,7 ммоль/л и более — у 42,5%, снижение уровня холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности менее 1,0 ммоль/л у мужчин; менее 1,2 ммоль/л у женщин — у 40%, повышение уровня ХС липопротеинов низкой плотности  $> 3,0$  ммоль/л — у 41,6%, гиперглике-

мию натощак — у 7,5% и нарушение толерантности к углеводам — у 9,2%, сахарный диабет 2-го типа — у 18,3%. Оптимальный уровень витамина D в крови (не менее 30—50 нг/мл) был выявлен только у 5% пациентов; масса тела у них была нормальной. Недостаточная концентрация 25 (ОН)-витамина D (21—29 нг/мл) диагностирована у 57,5% пациентов. При этом величина массы тела у пациентов соответствующих категорий распределялась следующим образом: нормальная масса тела регистрировалась у 60% пациентов, ИМТ — у 88,2%, ожирение 1-й степени — у 51,1%, ожирение 2-й и 3-й степени — у 22,2 и 37,5% соответственно. Выраженный дефицит витамина D, т.е. содержание в крови 25 (ОН)-витамина D  $< 20$  нг/мл диагностировали у 37,5% пациентов. ИМТ наблюдалась в 11,8% случаев, ожирение 1-й степени — в 48,9 случаев, 2-й степени и 3 степени в 77,8 и 62,5% случаев соответственно. С уменьшением концентрации в крови 25 (ОН)-витамина D наблюдалось увеличение массы тела и сочетание большего количества компонентов МС. У пациентов с нормальной массой тела и ИМТ чаще наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и двух компонентов МС. У пациентов с ожирением 1-й степени в 60% случаев было сочетание центрального ожирения и двух дополнительных компонентов МС, в 40% случаев абдоминального ожирения и трех и более компонентов МС. У пациентов 2-й и 3-й степени абдоминального ожирения и наличием двух из дополнительных критериев МС выявили в 33,3 и 25% случаев соответственно. В основном у данной категории пациентов наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и трех и более дополнительных компонентов МС.

**Вывод.** Дефицит витамина D тесно связан с абдоминальным ожирением. Пациенты с гиповитаминозом D подвергаются более высокому риску развития и прогрессирования компонентов МС.

\*\*\*

## ВИТАМИН D ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

### VITAMIN D AT DEPRESSIONS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Alekseeva N.S., Salmina-Khvastova O.I.

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — изучить уровень витамина D при депрессивных состояниях у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** Исследование проведено среди 121 пациента (62,8% женщин, 37,2% мужчин, в возрасте 25—45 лет) с абдоминальным ожирением при МС. Компоненты МС диагностировали согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Для самооценки уровня депрессии использовали шкалу Цунга. Обеспеченность организма витамином D оценивали путем определения содержания 25 (ОН)-витамина D. Оценку результатов осуществляли в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов (2011).

**Результаты.** Депрессивные состояния выявили у 35,5% пациентов (17,8% мужчин и 46,1% женщин). Легкие депрессивные нарушения были диагностированы у 34,9% пациентов, средние — у 58,1%, тяжелые — у 7% пациентов. Несбалансированное питание среди пациентов с депрессивными состояниями зафиксировали в 86,1% случаев, гиподинамию — в 83,7% случаев. При наличии депрессивных состояний артериальная гипертензия (АД  $\geq$  130/85 мм рт.ст.) встречалась у 67,5% пациентов, ожирение — у 86%, гипергликемия натощак — у 6,9%, нарушение толерантности к углеводам — у 4,7%, сахарный диабет 2-го типа — у 20,9%, повышение уровня триглицеридов ( $\geq$  17 ммоль/л) — у 58,1%, снижение уровня холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности ( $<$  1,0 ммоль/л у мужчин;  $<$  1,2 ммоль/л у женщин) — у 51,2%, повышение уровня ХС липопротеинов низкой плотности ( $>$  3,0 ммоль/л) — у 48,8%. Оптимальный уровень витамина D в крови (не менее 30–50 нг/мл) был выявлен только у 5,8% пациентов. У данной категории пациентов наблюдалась нормальная масса тела, отсутствовали депрессивные нарушения. Недостаточная концентрация 25 (ОН)-витамина D (21–29 нг/мл) наблюдалась у 57% пациентов. Депрессивные состояния встречались в 27,5% случаев. При анализе в зависимости от выраженности депрессивных состояний выявили, что в основном это были все легкие (в 100% случаев) и средние (в 16% случаев). При этом нормальная масса тела регистрировалась у 13% пациентов, избыточная масса тела — у 43,5%, ожирение различной степени — у 43,5%. Выраженный дефицит витамина D, то есть содержание в крови 25 (ОН)-витамина D  $<$  20 нг/мл диагностировали у 37,2% пациентов. При этом депрессивные состояния выявлялись в 53,3% случаев. Это были все случаи тяжелых депрессивных состояний (100%) и порядка 84% приходилось из количества средних нарушений. Избыточная масса тела наблюдалась в 8,9% случаев, ожирение различной степени — в 91,1% случаев. С утяжелением депрессивных состояний выявляли больше компонентов, составляющих метаболический синдром.

**Вывод.** Депрессивные состояния у пациентов с метаболическим синдромом с уменьшением концентрации в крови 25 (ОН)-витамина D встречаются чаще, при этом более тяжелые диагностируются при выраженном дефиците витамина D.

\*\*\*

## КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАРВЕДИЛОМ И БИСОПРОЛОМ

Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Абдуллаев Х.Х., Собиржанова З.Т., Бабаев М.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Терапии и медицинской реабилитации; ТАШПМИ, Ташкент, Узбекистан

## CARDIORENAL RELATIONS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE UNDER LONG-TERM TREATMENT WITH CARVEDILOL AND BISOPROLOL

Allawi B.A., Aliakhunova M.Yu., Abdullaev H.H., Sobirjanova Z.T., Babaev M.A., Iskhakov Sh.A., Tursunov R.R.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation; TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

**Цель исследования** — сравнить влияние карведилола и бисопролола на состояние почек, морфофункциональные параметры сердца и качество жизни при длительной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных пожилого возраста.

**Материал и методы.** Исследованы 40 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет с ХСН ишемического генеза II–IV функциональным классом (ФК). Больные были рандомизированы на две группы: в 1-й ( $n=20$ ) в составе базисной терапии ХСН (эналаприл, аспирин, симвастатин и при необходимости диуретики и нитраты) применяли  $\beta$ -адреноблокатор (БАБ) бисопролол ( $5,7 \pm 0,8$  мг/сут); во 2-й ( $n=20$ ) — карведилол ( $32,6 \pm 3,4$  мг/сут). Период наблюдения составил 12 мес. Всем пациентам исходно, через 12 нед и по завершении исследования оценивали качество жизни с помощью Сизтловского и Миннесотского опросников, проводили тест 6-минутной ходьбы и определяли ФК ХСН, выполняли эхокардиографию.

**Результаты.** Более благоприятная эхокардиографическая динамика наблюдалась у больных, принимавших карведилол: фракция выброса (ФВ) во 2-й группе увеличилась на 8,97%, в 1-й — на 5,14%, в результате приема карведилола отмечалось достоверное уменьшение индекса локальной сократимости миокарда на 29,9% ( $p < 0,05$ ) против 24,9% ( $p < 0,1$ ) в группе бисопролола. Карведилол по сравнению с бисопрололом оказывал больший нефропротективный эффект: значимо увеличивалась скорость клубочковой фильтрации — на 32,2%, восстанавливался функциональный почечный резерв у 70% пациентов, достоверно увеличивалась канальцевая реабсорбция, клиренс и суточная экскреция натрия. Через 12 мес в 1-й и 2-й группах отмечалось достоверное снижение средних значений микроальбуминурии и уменьшение количества больных с выявляемой микроальбуминурией. Однако применение карведилола приводило к более выраженному антипротеинурическому эффекту.

**Вывод.** Использование карведилола и бисопролола в составе базисного лечения пациентов пожилого возраста с ХСН приводит к достоверному улучшению клинического состояния и функции почек. Терапия карведилолом сопровождается более выраженным по сравнению с бисопрололом уменьшением размеров полостей сердца, увеличением сократительной способности миокарда и оказывает нефропротективное действие. Ренопозитивный эффект у карведилола позволяет рекомендовать его в составе базисной терапии ХСН у пожилых больных с нарушенной функцией почек.

\*\*\*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М., Молчанова О.В., Лерман О.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH STABLE ARTERIAL HYPERTENSION WITH EFFECTIVENESS OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

Andreeva G.F., Deev A.D., Gorbunov V.M., Molchanova O.V., Lerman O.V.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — выявить взаимосвязи между эффективностью антигипертензивной терапии и особенностями психологического статуса (ПС) больных с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Была проанализирована база данных, сформированная из нескольких исследований со сходным протоколом, включающих результаты суточных мониторингов артериального давления (СМАД) 252 больных. После периода отмены препаратов больным проводилось СМАД, затем в течение 2–3 мес проводился курс терапии антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозах (амлодипином, дилтиаземом, метопрололом, бетаксололом, эналаприлом, моксонидином, лизиноприлом). При неэффективности этой терапии добавлялся диуретик, но данные этих больных не анализировались. До и после лечения больные заполняли психологический опросник СМОЛ (сокращенная версия «Minnesota Multiphase Personality Inventory»). Опросник содержит три оценочные шкалы — L, F и K, позволяющие определять достоверность результатов и вводить стандартную поправку в зависимости от отношения обследуемого к процедуре тестирования, и восьми клиническим, позволяющим оценивать следующие психологические особенности: ипохондрические (1), депрессивные (2), истерические (3), параноидные (6), психастенические (7), шизоидные (8), гипоманиакальные (9), а также уровень социальной адаптации (4 шкала). Эффективность антигипертензивной терапии (ЭАТ) оценивалась как разность между показателями СМАД до и после лечения. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

**Результаты.** Среднее систолическое АД (САД) составило  $141,1 \pm 11,5$ ; диастолическое АД (ДАД) —  $89,2 \pm 9,8$  (мм рт.ст.). Найдены следующие достоверные корреляционные связи ( $r$ ) между выраженностью ЭАТ и показателями, характеризующими ПС ( $p < 0,05$ ): 1) отрицательные — с уровнем агрессивности, стремления к лидерству (показатели шкалы 6 — СМОЛ) ( $r = -0,18$ ,  $r = -0,15$  — для суточного и ночного САД соответственно); 2) положительные — с уровнем оптимизма, жизненной активности (9 шкала СМОЛ) ( $r = 0,15$  — для ночного ДАД).

**Вывод.** Высокие показатели, характеризующие уровень агрессивности (показатели шкалы 6 опросника

СМОЛ) больных с АГ, могут нивелировать эффект антигипертензивной терапии, напротив, высокий уровень оптимизма, энергичности, жизнерадостности повышают вероятность того, что антигипертензивная терапия может стать эффективной.

\*\*\*

## СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА: КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ

Анисимов А.В., Анисимова О.О., Заводчикова М.Г.

Национальный институт инновационных здоровьеразвивающих технологий, Институт инженерной физики, Москва, Россия

### MODERN PREVENTION: KEY ISSUES AND FUTURE CHALLENGES

Anisimov A.V., Anisimova O.O., Zavodchikova M.G.

National institute for health development innovation technologies, Institute of engineering physics, Moscow, Russia

Стандартизованные по возрастам риски смерти россиян от основных неинфекционных заболеваний (ОИЗ) сегодня в 2–3 раза превышают аналогичные показатели населения стран Западной Европы. Такой разрыв сохраняется уже почти 20 лет. Вопрос изменения ситуации требует глубокой проработки методологических подходов и стратегии в отечественной медицинской практике. В настоящее время существуют две основные стратегии снижения смертности. 1. Увеличение выживаемости уже заболевших за счет повышения технологичности помощи. Прогностически высоких результатов снижения смертности по этому пути достигнуть невозможно по ряду причин. Кроме того, он экономически неэффективен ввиду неизбежной инвалидизации большинства заболевших на разные сроки продолжительности, чаще пожизненно, собственной финансовой затратности и еще ряду причин. 2. Массовая профилактика: недопущение возникновения заболевания или его прогрессирования. На Западе этот вопрос преимущественно решаем благодаря социальным факторам: увеличению благосостояния населения, повышению его культуры. Но еще более эффективные результаты по показателям достигнуты в странах, где в медицине существует в той или иной форме профилактическое направление. Постсоветская модель профилактики себя не оправдала по ряду причин, выявленных посредством глубокого анализа ряда межинститутских групп ученых. Указаны основные из причин неэффективности ныне существующей государственной профилактики. 1. Стратегия подхода — популяционная, не учитывающая типовые и индивидуальные риски, что приводит к потере эффективности (а в целом ряде случаев к повышению рисков) у 2/3 популяции. 2. Методология профилактики базируется на факторах риска, взятых по рекомендациям ВОЗ (высокий холестерин, АД, избыточный вес, гиподинамия, курение). По целому ряду причин эта методология себя не оправдала ни в странах Запада, ни в отечественных внедрениях на ряде территорий (так называемые U-образные связи: пример, снижение АД, холестерина и массы тела снижает риск ИБС, но в ряде случаев повышает риск онкологического роста и т.д.). К другим значимым причинам относится отсутствие в системе государственной профилактики методик диагностики донозологических состояний. Очень важно и то, что до настоящего времени отсутствуют



системные технологии оздоровления при этих и других состояниях и их персонализированный подбор. Фактически профилактика сводится к диспансеризации, т.е. переписи уже существующих диагнозов населения и выявлению новых случаев нозологии. Ситуация проблематизируется отсутствием на ранних стадиях заболеваний в арсенале официальной медицины лечебных и оздоровляющих методик (например, ИБС, ГБ) либо финансовой труднодоступностью фактического лечения (онкологические заболевания, туберкулез и др.). Как следствие — отсутствие отклика у населения и как отдельная проблема из этого следствия — фиктивная документация по отчетам!

\* \* \*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПАРАДИГМЕ ЗДОРОВЬЕЦЕНТРИЗМА**

**Анисимов А.В., Анисимова О.О., Заводчикова М.Г.**

Национальный институт инновационных здоровьеразвивающих технологий, Институт инженерной физики, Москва, Россия

### **EPIDEMIOLOGY OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE PARADIGM OF HEALTH**

**Anisimov A.V., Anisimova O.O., Zavodchikova M.G.**

National institute for health development innovation technologies, Institute of engineering physics, Moscow, Russia

Главный показатель всего цикла физического существования человека — его общая продолжительность жизни (ОПЖ). Одним из важнейших определяемых его факторов является сила противостояния смертности, которую в свою очередь можно представить в виде суммы двух компонентов: биологического (организм человека) и средового. Базисным, отвечающим за наше существование, является биологический компонент. Но он сопряжен и во многом определяется внешнесредовым воздействием. Например, средовой компонент в период пещерной жизни ограничивал ОПЖ в среднем до 18—20 лет. В средние века основным внешнесредовым компонентом для человека был агрессивный микромир, вызывающий инфекционные болезни и сокращающий ОПЖ, в среднем, до 30—32 лет. Биотехнологии начала 20 века стали настоящим прорывом, позволив медицине увеличить к середине 20 века продолжительность жизни человека до 70 и более лет.

В настоящее время внешнесредовой компонент вновь внес свои изменения в жизнь человечества. Сегодня — это многочисленные антропогенные влияния, а также природно-неоптимальный образ жизни человека (высокий дефицит физической активности, неправильное и неэффективное питание, отсутствие адекватного условиям существования взаимодействия с окружающей средой, избыточные вредные привычки, социо-культурные дезадаптации, в том числе проблемы с социальной самоидентификацией), приводящие теперь к современным болезням цивилизации уже нашей эпохи: сердечно-сосудистым, диабету, нарушениям иммунитета, онкологии. Высокотехнологичные медицинские средства способны увеличить общий цикл жизни, его физическую продолжительность, но не излечивают человека, а потому в большинстве случаев сопровождаются инвалидизацией и возрастающей социальной нагрузкой. Таким образом, во второй половине

20 века основными причинами смерти являются заболевания, связанные прежде всего с изменением образа жизни человека, значимо влияющим на состояние жизнеобеспечивающих систем организма, снижая его резервы адаптации и резервы здоровья, т.е., по сути, того золотого запаса, который позволяет выживать при неблагоприятных условиях постоянно меняющихся внешнесредовых факторов. Таким образом, чтобы получить реальные результаты по решению проблем с избыточной смертностью населения в нашу эпоху, единственно целесообразно перейти от болезнецентрической позиции к здоровьецентрической. Бессмысленно разрабатывать специфические меры лечения под каждое конкретное заболевание. На первое место должны выходить восстановление природно-здорового образа жизни (существование, обеспечивающее высокую степень толерантности к комплексу негативных влияний), меры защиты от средового компонента и максимально адекватная к нему адаптация, а также активизация процессов антистарения. Здоровьецентрическая парадигма в данном случае определяется как сущностный метод или базис принятия решений, исходной точкой которого является понятие и состояние Здоровья, с диагностикой его количества и уровней и построением эволюционной модели по увеличению его ресурсов. Базис методологии и стратегии здоровьецентрической парадигмы, как и алгоритм системы по разработке и максимально эффективному использованию технологий здоровья в настоящее время прорабатывается, моделируется и строится на научном и мощном техническом фундаменте. Его необходимо наращивать, наполнять методиками и широко внедрять.

\* \* \*

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПИТЬЕВОГО ОБЪЕМА НА РЕОЛОГИЮ КРОВИ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ НАТИВНОГО ПРЕПАРАТА**

**Анисимова О.О., Грудай О.В., Морылева О.Н., Анисимов А.В.**

Национальный институт инновационных здоровьеразвивающих технологий, Москва, Россия

### **THE STUDY OF INFLUENCE OF DRINKING ON BLOOD RHEOLOGY BY MICRISCOPY OF NATIVE PREPARATION**

**Anisimova O.O., Gruday O.V., Moryleva O.N., Anisimov A.V.**

National institute for health development of innovation technologies, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучение влияния водного питьевого режима на реологию крови методом микроскопии нативного препарата. Реология крови определяется функциональным состоянием форменных элементов и составом плазмы (вязкостью и осмолярностью). Но одним из ведущих по значимости для реологических характеристик (текучести) крови является показатель объемного соотношения клеточной массы к жидкой части плазмы. Это соотношение, по сути, определяется количеством воды в сосудистом русле, что, в свою очередь, имеет важное значение для функционирования организма в целом, а потому реализацию адаптационных механизмов человека и тяжесть протекания различных патологических состоя-



ний. Однако на сегодняшний день не существует общепринятых экспресс-методик оценки влияния пищевого режима человека на реологию крови. Практически единственным показателем гидратации организма является гематокрит. Альтернативным ему, но быстрым и простым методом оценки является метод микроскопии нативной крови (МНК), нефиксированной и неокрашенной, оцениваемой сразу после взятия в течение 5–10 мин. Исследование проводится с видеорегистрацией и компьютерным анализом полученных изображений.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 250 человек, которые были разделены на две группы, сравнимые по возрасту: 1-я группа — без выявленной значимой патологии (67 человек), 2-я группа включала лиц с компенсированными СД и ИБС (183 человека).

**Результаты.** Все пациенты дважды прошли исследование нативной крови. Перед первым исследованием всем испытуемым в течение 2 нед был рекомендован рацион питания, ограничивающий жидкую пищу до 500 мл в сутки. Чистая вода ими практически не употреблялась. Перед вторым исследованием испытуемые обеих групп в течение того же периода употребляли до 1,5–2 л жидкости в сутки. В их суточный рацион была включена чистая питьевая вода до 1,0–1,5 л в сутки. Оценивалось соотношение плазмы и форменных элементов. После первого исследования у испытуемых обеих групп было выявлено смещение этого соотношения в сторону преобладания форменных элементов. Также у всех пациентов отмечалось наличие выраженной агрегации. Размер эритроцитарных агрегатов состоял из 7–10 и более элементов. После второго исследования у 78% испытуемых обеих групп изучаемое объемное соотношение было примерно равным или сдвигалось в сторону преобладания плазмы. Синдром агрегации или отсутствовал (26%), или был выражен незначительно (74%). Размер эритроцитарных агрегатов не превышал 5 элементов.

**Вывод.** Питьевой режим значимо влияет на реологические свойства крови и может быть оценен при помощи метода микроскопии нативной крови.

\*\*\*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ-КРИТЕРИЙ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОРГАНИЗМА**

**Анисимова О.О., Морылева О.Н., Анисимов А.В., Грудаев О.В.**

Национальный институт инновационных здоровьеразвивающих технологий, Москва, Россия

## **FUNCTIONAL STATE OF THE BLOOD AS THE PROGNOSTIC SCREENING CRITERIUM OF THE ADAPTIVE CAPACITY**

**Anisimova O.O., Moryleva O.N., Anisimov A.V., Gruday O.V.**

National institute for health development of innovation technologies, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценка степени агрегации эритроцитов, как показателя функциональности крови при

различных состояниях организма: у здоровых людей и при некоторых патологических состояниях.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 350 человек разного пола и возраста (дети — средний возраст 11 лет, взрослые — средний возраст 42 года). Результаты статистически обработаны.

**Результаты.** 1-ю группу (контроль) составили 69 практически здоровых человек (из них детей — 27, взрослых — 42). Во 2-ю группу включены лица с различными хроническими заболеваниями (дети — 35, взрослые — 246). Во 2-й группе среди детей чаще встречались заболевания желудочно-кишечного тракта и различные формы аллергий, среди взрослых — сочетанная патология с преобладанием сердечно-сосудистых заболеваний и метаболического синдрома. Агрегация эритроцитов изучалась при микроскопии нативной неокрашенной и нефиксированной капиллярной крови, взятой из пальца пациента в утренние часы. Степень агрегации оценивалась по балльной системе в зависимости от величины, плотности и разветвленности агрегатов. Было установлено, что в контрольной группе степень агрегации эритроцитов значительно ниже, чем в опытной (оценка проводилась по возрастным подгруппам). В первой подгруппе среди детей наблюдалось либо полное отсутствие агрегации, либо она была незначительна (3–6 эритроцитов), тогда как во взрослой подгруппе этот показатель был несколько выше и составлял 5–10 клеток в комплексе. Причем количество агрегатов в поле зрения было не более 2–3. Во 2-й группе показатель агрегации был значительно выше. У детей агрегация в виде так называемых «монетных столбиков» из 8–15 и более эритроцитов наблюдалась у 75% обследованных и составляла 5–8 комплексов в поле зрения. Во взрослой подгруппе этот показатель составил уже 95% обследованных и эритроцитарные комплексы были как в виде «монетных столбиков» из 20–30 клеток, так и в виде аморфного сладжа. Отмечено, что у лиц с сердечно-сосудистой патологией, обменными нарушениями, в том числе и с компенсированным сахарным диабетом, эритроциты в агрегатах расположены чрезвычайно плотно друг к другу, что говорит о значительной патологической составляющей структурно-функциональных нарушений мембран эритроцитов.

**Вывод.** У здоровых людей агрегация эритроцитов отсутствует или выражена очень незначительно; у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы и обменными нарушениями наблюдается высокая степень агрегации либо аморфный сладж. Следовательно, степень агрегации эритроцитов, являясь показателем их функциональных и структурных изменений, может служить критерием тканевой гипоксии и дает возможность как оценивать адаптационный потенциал организма, так и прогнозировать течение заболевания и проследивать динамику восстановительного процесса.

\*\*\*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Аралова М.В.**





БУЗ ВО ВОКБ №1, Воронеж, Россия

# Небиволл 5 мг № 14, 28

# Небилет®



## Преимущество препарата Небилет® – ДВОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ<sup>1</sup>

-  **НЕБИЛЕТ® –  $\beta_1$ -адреноблокатор с дополнительными вазодилатирующими свойствами<sup>1</sup>**
-  **Улучшает коронарный кровоток и давление наполнения ЛЖ у пациентов с АГ<sup>2</sup>**
-  **Улучшает метаболические параметры у пациентов с АГ, имеющих СД 2 типа \*<sup>3</sup>**
-  **Риск новых случаев возникновения СД 2 типа у пациентов с АГ, сравним с плацебо<sup>2</sup>**



Краткая инструкция по применению препарата Небилет®. МНН: небиволл. Фармакотерапевтическая группа: селективный блокатор бета-1-адренорецепторов. Показания к применению: артериальная гипертензия; ИБС; профилактика приступов стенокардии напряжения; хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированной терапии). Способ применения и дозы: внутрь, один раз в сутки, желательно в одно и то же время, запивая достаточным количеством воды. Средняя суточная доза для лечения АГ и ИБС – 2,5 – 5 мг/сут. Максимальная суточная доза – 10 мг/сут. Препарат Небилет может применяться как в монотерапии, так и в сочетании с другими антигипертензивными средствами. Лечение ХСН необходимо начинать с медленного увеличения дозы до достижения индивидуальной оптимальной поддерживающей дозы. Начальная доза при этом – 1,25 мг/сут. Далее осуществляется титрование доз до 2,5 – 5 мг/сут, а затем до 10 мг/сут (максимальная суточная доза). Противопоказания: повышенная чувствительность к действующему веществу или к любому компоненту препарата; острая сердечная недостаточность; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (требующая внутривенного введения препаратов, обладающих положительным инотропным действием); выраженная артериальная гипотензия (САД менее 90 мм рт. ст.); синдром слабости синусового узла, включая синоаурикулярную блокаду; атриовентрикулярная блокада 2 и 3 степ. (без наличия искусственного водителя ритма); брадикардия (ЧСС менее 60 уд./мин); кардиогенный шок; феохромоцитома (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; тяжелые нарушения функции печени; бронхоспазм и бронхиальная астма в анамнезе; тяжелые облитерирующие заболевания периферических сосудов («перемежающая хромота», синдром Рейно); миастения; депрессия; непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не изучены). С осторожностью: почечная недостаточность; сахарный диабет; гиперфункция щитовидной железы; аллергические заболевания в анамнезе; псориаз; ХОБЛ; АВ-блокада 1 степ.; стенокардия Принципалета (вазоспастическая); возраст старше 75 лет. Побочные эффекты: частые; более подробную информацию см. в инструкции препарата): головная боль; головокружение; повышенная утомляемость; слабость; парестезии; тошнота; запор; диарея.

\* По данным постмаркетингового наблюдательного исследования YESTONO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Инструкция по применению препарата (04.06.2012)

<sup>2</sup> ESH/ESC Guideline for management of arterial hypertension, 2013, doi:10.1093/eurheartj/ehf151

<sup>3</sup> Schmidt A.C. et al. Blood pressure-lowering effect of nebivolol in hypertensive patients with type 2 diabetes mellitus. The YESTONO study. Clin Drug Invest. 2007; 841-849.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская набережная, дом 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru> Подробная информация по препарату содержится в инструкции по применению от 04.06.2012. Отпускается по рецепту врача. Информация для специалистов здравоохранения. Nebilet\_mod. утв. в печать 30.10.2013.

 **БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ**

## THE PREVALENCE AND STRUCTURE OF TROPHIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES

Aralova M.V.

Voronezh regional clinical hospital №1, Voronezh, Russia

Хроническими трофическими язвами нижних конечностей страдают более 2 млн людей в мире. Увеличивается частота развития трофических нарушений вследствие варикозной болезни, посттромботической окклюзии, атеросклеротического процесса, диабетической нейроангиопатии. Растет многообразие еще недавно редких видов трофических язв, причинами которых являются гипертоническая болезнь (синдром Марторелля), коллагенозы, васкулиты, криоглобулинемия, криофибриногенемия, антифосфолипидный синдром, поражения токсическими и физическими факторами.

**Цель исследования** — изучить распространенность и структуру трофических язв нижних конечностей в Воронежской области.

**Материал и методы.** Для оценки распространенности и структуры трофических язв были анализированы данные приема пациентов специалистами областной консультативной поликлиники, хирургическая деятельность отделений Воронежской областной клинической больницы, изучены 86 случаев стационарного лечения трофических язв нижних конечностей.

**Результаты.** По данным главных хирургов районов, около 17% пациентов с варикозной болезнью при обращении в поликлинику уже имеют трофические язвы, данные по другим видам язв вообще отсутствуют. У 49 (57%) человек, проходивших лечение в стационаре, причиной образования трофических язв явилась варикозная болезнь, 16 (19%) пациентов страдали сахарным диабетом, артериальная недостаточность была у 6 (7%) мужчин, в 8 (9%) случаях имела место посттромботическая болезнь, нейротрофические язвы отмечены у 4 (5%) человек, в 1 случае диагностирован васкулит, язва Марторелля выявлена у 2 пациентов. В настоящее время около 5 млн россиян имеют трофические нарушения, в том числе открытые трофические язвы. Данные, полученные нами, свидетельствуют о том, что внимание хирургов первичного звена сосредоточено на венозных язвах, чуть менее на диабетических и артериальных; дефекты кожи других этиологий чаще расцениваются как вышеперечисленные, что сказывается на результатах лечения.

**Вывод.** В структуре трофических язв нижних конечностей более половины приходится на осложнения варикозной болезни, на втором месте, по нашим данным, артериальная недостаточность, далее сахарный диабет и ПТФБ. Лечение трофических язв является сложной задачей, медицинская и социальная значимость которой связана со значительным ухудшением качества жизни, потерей работоспособности, высоким уровнем инвалидизации больных и значительными затратами на их лечение. Недостаточно эффективное выявление причины образования трофических язв нижних конечностей приводит к одинаковому топическому лечению, что обуславливает отсутствие положительного результата терапии. Основная нагрузка по раннему выявлению признаков заболевания, факторов риска, формированию групп для динамического наблюдения, проведению диагностических, лечебно-профилактических мероприятий ложится на хирургов ам-

булаторно-поликлинического звена, семейных врачей, терапевтов.

\* \* \*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г.

Афанасьева Е.А., Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР, Москва, Россия

## PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG ADULT POPULATION ADMITTED TO THE HEALTH CENTERS IN MOSCOW REGION IN 2014

Afanasieva E.A., Ivanova E.S., Shalyagin Yu.D.

Moscow Regional Center of Medical Prevention, Moscow, Russia

В Московской области в рамках государственной программы «Здоровая Россия» организованы 26 Центров здоровья (ЦЗ) для взрослого населения. Специалисты ЦЗ выполняют скрининговые исследования состояния здоровья, оценивают уровень функциональных и адаптивных резервов организма, проводят групповое и индивидуальное профилактическое консультирование по вопросам здорового образа жизни и коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В соответствии с протоколом видеоселекторного совещания по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака, от 13 февраля 2012 г. предлагалось главным специалистам по медицинской профилактике обеспечить осуществление в ЦЗ систематической работы по комплексной оценке риска ХНИЗ. Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», выполняющий координацию деятельности ЦЗ в Московской области, разработал анкету по выявлению факторов риска ХНИЗ у взрослого населения, посещающего ЦЗ. В 2014 г. в мониторинге факторов риска ХНИЗ приняли участие 70 112 человек (женщин — 49 488, мужчин — 20 624), собранные данные стратифицированы по полу и возрасту (от 18 до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 50 до 65 лет и старше 65 лет). Получены следующие результаты: ожирение имеют 40% женщин и 33% мужчин; повышенное артериальное давление — 38% женщин и 39% мужчин; гипергликемию натощак — 22% женщин и 21% мужчин; гиперхолестеринемия — 46% женщин и 45% мужчин; изменения показателей внешнего дыхания — 20% женщин и 21% мужчин; курение за последние 30 дней: женщины — 17%, мужчины — 42%; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 г в день среди женщин — 58%, мужчин — 55%; недостаточная физическая активность (менее 30 мин в день) среди женщин — 59%, мужчин — 68%; злоупотребление алкоголем среди женщин — 21%, мужчин — 42%.

**Вывод.** Согласно результатам проведенного анкетирования, распространенность факторов риска ХНИЗ сре-



ди взрослого населения Московской области является высокой. Наиболее распространены такие факторы риска, как ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, недостаточное потребление овощей и фруктов;

поскольку они являются модифицируемыми, эти данные следует учитывать при разработке программ профилактики неинфекционных заболеваний и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения.

★ ★ ★

## **ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

**Балтабаев С.А., Кудашев Т.А., Азизов С.В.**

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

### **INFLUENCE OF MEDICAL DANCE EXERCISE ON INDICES OF IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS**

**Baltabaev S.A., Kuldashiev T.A., Azizov S.V.**

Namangan State University, Namangan, Uzbekistan

**Цель исследования** — изучить механизмы лечебных танцевальных физических упражнений на показатели клеточного и гуморального иммунологического статуса больных хроническим пиелонефритом.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 94 больных, средний возраст 40,05 года. Из них 43 (45,7%) мужчины и 51 (54,3%) женщина. Давность заболевания от 1 года до 10 лет. Состояние больных до и после лечения оценивалось по состоянию иммунной защиты организма: изучалось содержание в сыворотке крови СД3-лимфоцитов (по методу Жондал), СД4 и СД8 (по методу Моретта), СД19 (по методу Е.Р. Кудрявцева) и G(IgG), A(IgA), M(IgM)-иммуноглобулинов (метод радиальной иммунодиффузии по Манчини). С целью решения поставленной задачи разработан поэтапный (5-ти этапный) комплекс лечебно-реабилитационной программы больных хроническим пиелонефритом (ХП), рассчитанный на 2 года. Все исследуемые больные анализировались в двух группах (1-я группа — 49 человек, 2-я группа — 45). В качестве базисной терапии включали следующие процедуры: уроантисептики; иммунокорректор — имоптин; лова-статин; витамин Е; ЭПО-β; рекармон; фитотерапию. Больные 2-й группы дополнительно занимались лечебными танцевальными физическими упражнениями. Нагрузку увеличивали постепенно, учитывая индивидуальные особенности и степень подготовки и здоровье больных.

**Результаты.** До начала комплекса лечебно-реабилитационных программ у всех больных выявлено Т- и В-иммунологически дефицитное состояние в виде снижения клеточной и повышения гуморальной иммунной защиты организма. Исследование показало, что чем тяжелее общее состояние больных ХП, тем глубже выражено нарушение иммунной защиты организма. После проведенного комплекса лечебно-реабилитационных программ отмечалось достоверное повышение средних показателей клеточной [в 1-й группе: СД3 — 18,7%, СД4 — 29,7%, СД8 — 31,7%, СД19 — 54,9% ( $p < 0,01$ ); во 2-й группе СД3 —

25,3% ( $p < 0,01$ ), СД4 — 27,2% ( $p < 0,05$ ), СД8 — 39,1%, СД19 — 92,7% ( $p < 0,001$ )] и достоверное снижение средних показателей гуморальной [в 1-й группе: IgA — 22,5% ( $p < 0,01$ ), IgM — 14,7% ( $p < 0,05$ ), IgG — 25,2% ( $p < 0,01$ ); во 2-й группе: IgA — 27,1%, IgM — 22,2% ( $p < 0,01$ ), IgG — 30,1% ( $p < 0,001$ )] иммунной защиты организма.

**Вывод.** Проведенная комплексная лечебно-реабилитационная программа с включением лечебных танцевальных физических упражнений оказывает иммунокорригирующий эффект у больных ХП, на фоне которой выявлена достоверная положительная динамика: в 1-й группе 72% ( $p < 0,05$ ), во 2-й группе 89% ( $p < 0,01$ ).

\*\*\*

## **ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И СВЕРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ**

**Балтабаев С.А., Кудашев Т.А., Азизов С.В.**

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

### **INFLUENCE OF MEDICAL DANCE EXERCISE ON LIPID METABOLISM AND BLOOD COAGULATION IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY**

**Baltabaev S.A., Kuldashiev T.A., Azizov S.V.**

Namangan State University, Namangan, Uzbekistan

**Цель исследования** — изучение механизма влияния лечебных танцевальных физических упражнений на липидный обмен и свертывающую систему крови у больных диабетической нефропатией.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 100 больных с диабетической нефропатией в возрасте 18—83 года (средний возраст 41,5 года), 56% мужчин и 44% женщин. Давность заболевания от 2 до 15 лет. Клинико-функциональное состояние больных до и после комплекса лечебно-реабилитационных программ оценивалось следующими биохимическими методами исследования: ПТИ (по методу Туголукова), фибриноген (по Рутбергу); [общий холестерин-ОХС (по методу Илька), триглицериды-Тг, b-липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и α-липопротеиды (ХС-ЛПВП) (по методу Брунштейн—Самай)]. С целью решения поставленной задачи разработан пятиэтапный комплекс лечебно-реабилитационной программы больных, рассчитанный на 2 года. Анализ проводили в двух группах (по 50 человек в каждой груп-



пе); в качестве базисной терапии использовали следующие процедуры: иммунокорректор-тимоптин; ловастатин; витамин Е; лечебные танцевальные физические упражнения, например, тановар. Нагрузку увеличивали постепенно, учитывая индивидуальные особенности и степень подготовки и здоровье больных в течение 2 лет; антисклеротическая фитотерапия (в течение 2 лет). Больным 2-й группы лечебных танцевальных физических упражнений не назначали.

**Результаты.** До лечения у всех находящихся под наблюдением больных выявлена гиперкоагуляция и гиперлипидемия. После лечения отмечалось достоверное снижение средних показателей липидного обмена и свертывающей системы крови соответственно. В 1-й группе: ПТИ — 15,4%, фибриноген — 22,9% ( $p < 0,01$ ), ОХС — 49,5%, Тг — 58,4% ( $p < 0,05$ ), ХС-ЛПОНП — 47,6%, ХС-ЛПНП — 47,5% ( $p < 0,01$ ) и достоверное повышение средних показателей  $\alpha$ -липопротеидов ХС-ЛПВП — 110,8% ( $p < 0,01$ ); во 2-й группе: ПТИ — 9,0% ( $p < 0,01$ ), фибриноген — 13,9%, ОХС — 21,2% ( $p < 0,05$ ), Тг — 25,8% ( $p < 0,01$ ), ХС-ЛПОНП — 29,4%, ХС-ЛПНП — 31,9% ( $p < 0,05$ ) и достоверное повышение средних показателей  $\alpha$ -липопротеидов ХС-ЛПВП — 31,7% ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа с включением лечебных танцевальных физических упражнений оказывает гипокоагуляционный и гиполлипидемический эффект, на фоне чего выявлена достоверная положительная динамика: в 1-й группе 85% ( $p < 0,001$ ), во 2-й группе 70% ( $p < 0,01$ ).

\* \* \*

## АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

**Балтахинова М.Е., Климова Т.М., Федорова В.И., Федоров А.И.**

НИИ здоровья Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

### ADAPTIVE CAPACITY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AND MULTIPLE METABOLIC DISORDERS

**Baltakhinova M.E., Klimova T.M., Fedorova V.I., Fedorov A.I.**

Research Institute of Health of North-Eastern Federal University named M.K. Ammosov, Yakutsk, Russia

Многими исследователями показатели функционирования сердечно-сосудистой системы рассматриваются как индикаторы адаптационных возможностей организма.

**Цель исследования** — поиск метаболических маркеров снижения адаптационных резервов организма у коренного населения Якутии.

**Материал и методы.** Работа проведена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки России «Адаптационный потенциал, ценностные ориентиры и установки на сохранение здоровья среди коренного населения Якутии» (№ госрегистрации 01201460280).

**Результаты.** По стандартному протоколу обследована выборка из коренного населения Центральной Якутии в возрасте 18 лет и старше, в анализ включены

538 человек (317 женщин, 222 мужчины). Средний возраст женщин 46,2 (14) года, мужчин — 46,1 (16,1) года. Для оценки адаптационного потенциала системы кровообращения был рассчитан индекс функциональных изменений, который учитывал уровни артериального давления, ЧСС, рост, массу тела и возраст обследованных (А.П. Берсенева, 1991). Метаболические нарушения устанавливали по критериям IDF 2005 г. С целью оценки способности рассчитанного индекса идентифицировать наличие множественных метаболических факторов риска и определения его отрезных точек проведен ROC-анализ. В качестве классифицируемой переменной принята бинарная переменная — наличие (1) или отсутствие (0) двух и более метаболических факторов риска. В качестве предикторной переменной — значение индекса функциональных изменений. У лиц без множественных метаболических нарушений значение индекса функциональных изменений составило 2,45 (0,52) против 3,12 (0,58) у лиц с двумя и более метаболическими нарушениями ( $p < 0,001$ ). Частота множественных метаболических нарушений среди лиц с неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптации достигала 70—81%. Использование индекса функциональных изменений позволило правильно идентифицировать 83% лиц с множественными метаболическими нарушениями. Площадь под ROC-кривой составила у женщин — 0,81, у мужчин — 0,74. Качество классификации оценивается как «очень хорошее» и «хорошее». Отрезная точка индекса функциональных изменений, характеризующаяся максимальной суммой чувствительности и специфичности (индекс Юдена), соответствует 2,8 у женщин, т.е. по принятым критериям, состоянию «напряжения механизмов адаптации». Значение индекса функциональных изменений 2,6, разделяющее индивидов с удовлетворительной адаптацией от лиц с напряжением адаптационных механизмов, имело чувствительность 82,3% и специфичность 71,8%. У мужчин индекс Юдена составил 2,59, что соответствует по принятым критериям состоянию «напряжение механизмов адаптации». Значение индекса функциональных изменений, разделяющее лиц с удовлетворительной адаптацией от лиц с напряжением адаптационных механизмов, совпадало с точкой Юдена и имело чувствительность 80,9% и специфичность 57,8%.

**Вывод.** Индекс функциональных изменений, расчет которого базируется на показателях системы кровообращения, возраста, роста и массы тела, имеет хорошие характеристики при идентификации лиц с метаболическими факторами риска. С учетом простоты расчета данного показателя его можно использовать при скрининговых обследованиях, что позволит избежать ненужных затрат.

\* \* \*

## ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ЮНЫХ АТЛЕТОВ

**Балыкова А.А., Ивянский С.А., Урзьева А.Н., Шекина Н.В., Калабкин Н.Н.**

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

## DIAGNOSTICS OF PATHOLOGICAL MYOCARDIUM REMODELLING IN YOUNG ATHLETS

Balykova L.A., Iyansky S.A., Urzyaeva A.N.,  
Schekina N.V., Kalabkin N.N.

Mordovia State University, Saransk, Russia

Известно, что занятия физической культурой и спортом изменяют функционирование сердечно-сосудистой системы (ССС) атлетов, снижая представленность традиционных кардиоваскулярных факторов риска, но при несоответствии характера и интенсивности нагрузки возможностям организма могут способствовать формированию патологических изменений. Критерии дизадаптации для взрослых атлетов были предложены Э.В. Земцовским (1995) и Е.А. Гавриловой (2007).

**Цель исследования** — на основе анализа данных литературы и собственных наблюдений разработать критерии диагностики «патологического спортивного сердца» для лиц до 18 лет.

**Методы.** Клиническими, лабораторными (с оценкой концентрации тропонина I, лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы МВ, натрийуретического пептида), инструментальными (с проведением стандартной ЭКГ, велоэргометрии (ВЭМ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ и АД) методами обследованы 100 практически здоровых нетренированных детей (46 мальчиков и 54 девочки в возрасте 11–16 лет) и 202 юных спортсмена аналогичного пола и возраста, занимающихся скоростно-силовыми видами спорта не менее 3 лет с интенсивностью тренировок не менее 8–9 ч в неделю.

**Результаты.** Установлено, что в отличие традиционных для спортсменов адаптационных сдвигов (физиологического спортивного сердца), представленных синусовой брадикардией в пределах 5 центиля для соответствующего пола и возраста, физиологической гипертрофией миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) не выше 90–95 центиля и артериальной гипотензией с уровнем АД не ниже 10 центиля для соответствующего пола, возраста и роста, у 35–40% юных атлетов формируются изменения, выходящие за рамки физиологических. Они касаются электрофизиологических параметров миокарда (отклонения ЭОС, признаков ГМ предсердий и ЛЖ у девушек, частой желудочковой экстрасистолии, тахи- и брадиаритмий, нарушений проведения в виде полной блокады ножек пучка Гиса и АВ-блокады 2–3 степени на ЭКГ покоя, расстройств реполяризации в виде укорочения или удлинения интервала QT, изменений зубца Т и сегмента ST, пауз ритма по данным ХМ), морфологии сердца (ГМ и увеличения конечного диастолического размера ЛЖ, утолщения межжелудочковой перегородки выше 95–99 центиля и признаков систолической или диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭхоКГ), физической работоспособности (снижения максимального потребления кислорода менее 46–54 мл/кг/мин и нарушения реакции гемодинамики в виде избыточного прироста или снижения АД на нагрузку, отсутствия восстановления ЧСС, АД и параметров реполяризации к 3–4-й минуте отдыха при ВЭМ), вегетативной регуляции сердечного ритма (выраженной симпатико- или ваготонии с неадекватной реакцией гемодинамики на ортостаз по данным кардиоритмографии и оценки вариабельности ритма сердца при ХМ) и биохимических показателей.

**Вывод.** Сформулированы большие (патологические) и малые (пограничные) критерии дизадаптационного ремоделирования ССС у юных атлетов и предложен алгоритм его диагностики для предупреждения осложнений.

\* \* \*

## ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Батурин А.К., Погожева А.В., Егоренкова Н.П.,  
Левин Л.Г., Аристархова Т.А., Сото Х.С.,  
Денисова Н.Н., Солнцева Т.Н., Алешина И.В.,  
Тоболева М.А., Редзюк Л.А.

ФГБНУ «НИИ питания», Москва, Россия

## EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS DISORDERS FOR IDENTIFYING CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS

Baturin A.K., Pogozheva A.V., Egorenkova N.P.,  
Levin L.G., Aristarkhova T.A., Soto H.S.,  
Denisova N.N., Solntseva T.N., Aleshina I.V.,  
Toboleva M.A., Redzyuk L.A.

Research Institute of Nutrition, Moscow, Russia

Как известно, нарушение структуры питания населения приводит к изменениям пищевого статуса и развитию неинфекционных заболеваний, и в первую очередь сердечно-сосудистых, которые составляют более половины причин смертей населения нашей страны.

**Цель исследования** — оценка пищевого статуса пациентов и выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** В консультативно-диагностическом центре «Здоровое питание» ФГБНУ «НИИ питания» проведено обследование пищевого статуса 3580 пациентов (средний возраст  $48,4 \pm 0,3$  года) по системе Нутритест-ИП.

**Результаты.** При анализе фактического питания у большинства обследованных было выявлено избыточное потребление холестерина, насыщенных жирных кислот. Наряду с этим у 16–80% пациентов наблюдалось недостаточное содержание в рационе полиненасыщенных жирных кислот семейства  $\omega$ -3, пищевых волокон, витаминов А, В1, В2, РР, кальция и магния. У пациентов отмечалась повышенная калорийность рациона относительно суточных энергозатрат за счет избыточного потребления общего (42,5% по калорийности) и насыщенного жира (13,7%), добавленного сахара (11,0%), натрия и недостаточное — пищевых волокон (в 2,5 раза), витаминов группы В. Из общего числа обследованных 30,0% имели избыточную массу тела, а 34,1% страдали ожирением. Уровень артериального давления был достоверно выше у лиц с избыточной массой тела и ожирением и коррелировал с величиной жировой массы тела. Анализ результатов биохимического исследования выявил повышение уровня холестерина у 68,7% обследованных, ХС ЛПНП — у 63,9%, триглицеридов — у 22,5%, глюкозы — у 29,4%, гомоцистеина — у 7,6%. В то же время снижение обеспеченности пациентов фолиевой кислотой, участвующей в метаболизме

гомоцистеина, было выявлено у 12% обследованных, а содержание витамина В<sub>12</sub> в сыворотке крови находилось в пределах нормы. Отмечалась положительная корреляционная зависимость между величиной ИМТ, уровнем систолического и диастолического АД, с одной стороны, и антропометрическими показателями, компонентами состава тела, концентрацией в сыворотке крови холестерина, ХС ЛПНП, глюкозы, триглицеридов, мочевой кислоты и гомоцистеина.

**Вывод.** Полученные результаты исследования пищевого статуса пациентов позволяют выявить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и провести их алиментарную коррекцию.

\* \* \*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Болотова Е.В.<sup>1</sup>, Самородская И.В.<sup>2</sup>,  
Комиссарова И.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар;

<sup>2</sup>ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва;

<sup>3</sup>МБУЗ МО СР «Северская ЦРБ», Краснодарский край, Россия

## PREVALENCE OF COMORBID PATHOLOGY IN OBESE INDIVIDUALS LIVING IN RURAL AREA OF THE KRASNODARSKY REGION

Bolotova E.V.<sup>1</sup>, Samorodskaya I.V.<sup>2</sup>,  
Komissarova I.M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kuban State Medical University, Krasnodar; <sup>2</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow; <sup>3</sup>Severskaya Central Regional Hospital, Krasnodarsky Region, Russia

**Цель исследования** — оценить распространенность коморбидной патологии у лиц с ожирением в сельской популяции Краснодарского края.

**Материал и методы.** В исследование включены 700 работников сельского хозяйства, проходивших профилактический осмотр (57,0% женщин и 43,0% мужчин; средний возраст 49,11±16,57 года). Выполнено измерение артериального давления (АД), окружности талии и бедер (ОТ и ОБ), индекса массы тела (ИМТ), анкетирование с помощью анкеты госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), определение уровня общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ .

**Результаты.** Распространенность ожирения у обследованных составила 39,4%, избыточной массы тела — 34,7%, абдоминального ожирения (АО) — 43,1%. Лиц с избыточным ИМТ было достоверно выше среди мужчин ( $\chi^2=29,0$ ;  $p<0,0001$ ), а с ожирением — среди женщин ( $\chi^2=22,2$ ;  $p<0,0001$ ). Сочетанные с ожирением заболевания выявлены у 48,2% обследованных. Наиболее часто регистрировались метаболический синдром (МС) — 10,3%, а также сочетания: остеоартроз (ОА) + дислипидемия + ГЭРБ + низкая физическая активность (НФА) — 5,4%; МС+ОА+НФА — 3%; сахарный диабет 2-го типа (СД2) + ГЭРБ — 2%; МС+ОА+неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) + НФА — 2%. Наличие тревож-

ных и депрессивных расстройств выявлено у 65,5% пациентов с ожирением. Артериальная гипертензия (АГ) зарегистрирована у 44,6% (48,0% мужчин и 41,7% женщин). Пик распространенности АГ как у мужчин, так и у женщин приходится на возраст 65 лет и старше (72,7 и 63,0% соответственно). Достоверно чаще в группе лиц с ожирением встречались заболевания, ассоциированные с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений — ИБС (11,1% против 6,3% у больных с избыточным ИМТ и 1,9% у лиц с нормальным ИМТ;  $\chi^2=21,9$ ;  $p=0,0000$ ); сахарный диабет 2-го типа (10,4% против 6,4% и 3,6% соответственно;  $\chi^2=16,4$ ;  $p=0,0000$ ). Доля лиц, имеющих сочетание 5 и более заболеваний, течение которых может усугубляться наличием ожирения, увеличивалась по мере увеличения ИМТ: при избыточном ИМТ — 1,8%, при ожирении 1-й степени — 28,9% ( $p=0,001$ ), при ожирением 2-й степени — 43,1% ( $p=0,001$ ), при ожирении 3-й степени — 86% ( $p=0,001$ ).

**Вывод.** Необходимо более тщательное обследование лиц с ожирением и избыточным ИМТ с целью раннего выявления кардиометаболических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сопряженной с ожирением патологии.

\* \* \*

## АНАЛИЗ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013—2014 ГГ.

Борисова Л.П., Петрова Т.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

## ANALYSIS AND DYNAMICS OF INCIDENCE OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE VORONEZH REGION OVER 2013—2014

Borisova L.P., Petrova T.N.

State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

Заболеваемость как основная характеристика общественного здоровья является интегральным показателем, отражающим демографическую ситуацию, уровень социально-экономического развития страны, состояние окружающей среды.

**Цель исследования** — проанализировать абсолютные и относительные показатели заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями взрослого населения Воронежской области и провести анализ их динамики.

**Материал и методы.** Собраны, обобщены и проанализированы данные официальной государственной статистической отчетности о состоянии здоровья населения Воронежской области за 2013—2014 гг.

**Результаты.** За анализируемый период общая заболеваемость выросла на 37,9% с 511,2 до 822,3 случаев на 1000 населения, а показатель первичной заболеваемости составил 397,45 на 1000 населения, что на 4,8% ниже аналогичного показателя 2013 г. Наиболее интенсивные темпы прироста регистрируются по 6 классам болезней, в том числе по врожденным аномалиям, деформациям и хромосомным нарушениям (+100,0%), новообразованиям (+21,0%) и болезням крови, кроветворных органов и отдельным на-



рушениям, вовлекшим иммунный механизм (9,8%). В структуре заболеваемости первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (30,4%), второе — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействий внешних причин (13,2%), третье — болезни мочеполовой системы (9,8%). Наиболее высокий темп прироста заболеваемости наблюдали по классу хронических бронхо-легочных болезней (45,0%). Наиболее высокие показатели по заболеваемости отмечены в 3 районах области: Каширский, Новохоперский и Таловский. Кроме того, за весь анализируемый период на территории Воронежской области регистрируется умеренный рост показателей заболеваемости анемиями, как детского, так и взрослого населения области. Уровень заболеваемости в 2014 г. у взрослых составил 6,86 (2012 г. — 6,49; 2013 г. — 6,79), а темп прироста составил +1,0%. Относительно благоприятная ситуация среди взрослого населения области отмечена по уровню заболеваемости инсулинзависимым сахарным диабетом. При этом данный показатель снизился на 38,9% и составил 0,11‰. Вместе с тем показатель заболеваемости инсулиннезависимым сахарным диабетом вырос на 0,7% — 2,82 на 1000 населения. В структуре общей смертности населения в 2012 г., как и предшествующие годы, на 1-м ранговом месте находятся болезни системы кровообращения — 55,8%, на 2-м — злокачественные новообразования — 13,0%, на 3-м — старость и неточно обозначенные состояния — 11,7%, на 4-м — травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин — 8,4%.

**Вывод.** Сравнительный анализ заболеваемости позволил получить данные о структуре заболеваемости, которые могут быть использованы при выявлении отдельных групп населения, оздоровление которых требует проведения первоочередных медико-социальных мероприятий.

\*\*\*

## ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СОННЫХ И БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МСЧ

Бритов А.Н.<sup>1</sup>, Бедя Н.П.<sup>2</sup>, Елисеева Н.А.<sup>1</sup>, Ершова А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва;  
<sup>2</sup>МСЧ №170, Королев, Россия

## DETECTION THE EARLY ATHEROSCLEROTIC ALTERATIONS OF CAROTID AND FEMORAL ARTERIES OF THE CAPABLE MEN IN THE PLANT OUT-PATIENT DEPARTMENT

Britov A.N.<sup>1</sup>, Beda N.P.<sup>2</sup>, Eliseeva N.A.<sup>1</sup>, Ershova A.I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia; <sup>2</sup>Plant out-patient department №170, Korolev, Russia

**Цель исследования** — оценить структурно-функциональные особенности артерий каротидного и феморального бассейнов по данным дуплексного сканирования у пациентов, проходящих периодический профилактический медицинский осмотр.

**Материал и методы.** Изучали сведения о профессии, должности, стаже работы, курении, осведомленности о наличии АГ. Измерялся рост, вес, окружность талии, ИМТ. Проводилось измерение клинического АД и СМАД.

**Результаты.** В исследование включены 132 мужчины, средний возраст 43 года (24—59 лет). По данным опроса знали о наличии АГ 34 (25,8%) человека, выявлено 37 (28%) пациентов с повышенным офисным АД. Однако, по результатам СМАД, число пациентов с повышенным АД — 96 (73%). Увеличение ТИМ в каротидных артериях выявлено у 30 (23%) человек, в бедренных артериях — у 45 (34%) человек. Одновременное увеличение ТИМ в обоих бассейнах отмечено у 23 (17%) человек, 20 (87%) из которых являются гипертониками. АСБ в каротидных артериях выявлены у 57 (43%) человек, а в бедренных артериях — у 48 (36%). Сочетанное поражение двух сосудистых бассейнов у 33 (25%) человек, все они являются гипертониками по данным СМАД, однако знали о наличии диагноза АГ всего 11 (33%) пациентов. Гиперхолестеринемия выявлена у 84 (64%) человек.

**Вывод.** Ультразвуковая диагностика с применением современных ультразвуковых сканеров с учетом лабораторных данных является высокоинформативным методом неинвазивной диагностики дебюта атеросклероза в артериях каротидного и феморального бассейнов у работников крупного промышленного предприятия в условиях медико-санитарной части. Проведение указанного исследования целесообразно при организации периодических профилактических осмотров в целях улучшения первичной профилактики, а также предотвращения развития выявленного патологического процесса, снижения осложнений, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни.

★ ★ ★



## ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК РЕСУРСА, ПОПУЛЯРИЗИРУЮЩЕГО ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Валиуллина А.А., Макарова И.В.

ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики», Томск, Россия

### RESEARCH OF VOLUNTEER ACTIVITIES AS A RESOURCE OF HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION

Valiullina A.A., Makarova I.V.

The center of medical prevention, Tomsk, Russia

**Цель исследования** — изучить возможность волонтерских команд самостоятельно проводить качественные профилактические мероприятия, под координацией специалистов ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики», для максимального охвата представителей целевой аудитории.

**Результаты.** Проведена комплексная системная работа с волонтерскими организациями, популяризирующими идеи здорового образа жизни среди подростков и молодежи Томска, задачи которой: создать организацию лидеров волонтерского движения; создать центр обучения волонтеров; организовать работу по длительному сопровождению волонтерских команд в образовательных учреждениях Томска. Специалистами ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики» была разработана обучающая программа «Школа волонтеров». Она включает в себя следующие ступени: 1) «Волонтерский минимум» (семинар «Формы и методы работы с молодежью»; тренинговая программа личностного роста; тренинг по аутрич-работе; тренинг на командообразование); 2) «Расширенная программа» (мастер-классы по различным направлениям работы с молодежью; семинары по различным аспектам ЗОЖ; тренинговые программы по запросу волонтерских организаций образовательных учреждений Томска); 3) «Обучение лидеров волонтерского движения» (семинар «Разработка социальных проектов»; семинар «Фандрайзинг»; семинар «Проведение PR-кампании»); 4) «Обучение кураторов». Для усиления эффективности работы волонтерских организаций в образовательных учреждениях организовано длительное сопровождение, а именно: оказание помощи в разработке и реализации социальных проектов, в подготовке и проведении профилактических мероприятий, в организации социально-полезного досуга, осуществляются информационные рассылки о грантах и конкурсах в сфере добровольчества.

**Вывод.** Достиженные результаты после внедрения образовательной программы «Школа волонтеров»: совет волонтеров на 2009 г. составил 4 организации, а на 2013 г. — 25 организаций. За 2013 г. волонтерами проведено 187 мероприятий, по сравнению с 2010 г., где было проведено всего лишь 96 мероприятий. За 2013 г. проведено 150 обучающих мероприятий для волонтеров.

\*\*\*

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Викторова И.А., Лисняк М.В.

ГБОУ ВПО ОмГМА, Омск, Россия

## THE IMPROVEMENT OF NON-DRUG TREATMENT OF PATIENTS WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION AND ANXIETY

Viktorova I.A., Lisnyak M.V.

State Medical Academy, Omsk, Russia

На основе работ по прогрессирующей мышечной релаксации Е. Jacobson и управляемой мысленной визуализации С. Simonthon авторами разработан «Способ немедикаментозного воздействия с использованием прогрессирующей мышечной релаксации, управляемой мысленной визуализации в лечении пациентов с артериальной гипертонией», Патент №2525736 (далее — «Способ немедикаментозного воздействия»).

**Цель исследования** — оптимизация ведения пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и тревогой для повышения приверженности к лечению путем немедикаментозного воздействия в дополнение к медикаментозной терапии.

**Методы.** В исследовании приняли участие 209 пациентов с АГ и тревогой, разделенных методом конвертов на 1-ю ( $n=104$ ) и 2-ю группы ( $n=105$ ). Пациенты обучались в Школе здоровья по стандартной программе (информационно-методическое пособие для врачей «Школа здоровья для пациентов с АГ») и с использованием «Способа немедикаментозного воздействия». Контрольные обследования организованы через 2, 12, 14 и 24 мес от начала наблюдения. Один раз в два месяца пациенты по телефону или электронной почте сообщали исследователю о своем самочувствии, динамике артериального давления (АД).

**Результаты.** Применение «Способа немедикаментозного воздействия» у тревожных пациентов с АГ нивелировало клинически выраженную тревогу ( $\chi^2=8,93$ ;  $p=0,008$ ) и снизило субъективное отношение к стрессу на работе на  $45,0\pm 3,4\%$  ( $\chi^2=6,74$ ;  $p=0,047$ ), с сохранением достигнутых показателей в течение 24 мес наблюдения. Обучение пациентов с АГ и тревогой в Школе здоровья с использованием «Способа немедикаментозного воздействия» повышало уровень приверженности к лекарственной терапии АГ на  $35,4\pm 3,3\%$ , по сравнению с обучением по стандартной программе ( $\chi^2=8,96$ ;  $p=0,049$ ). После обучения в Школе здоровья с использованием «Способа немедикаментозного воздействия» наблюдалось снижение среднесуточного САД на 7 мм рт.ст. у пациентов 1-й группы ( $Z=8,2369$ ;  $p\leq 0,01$ ) и на 6 мм рт.ст. у 2-й группы ( $Z=8,4976$ ;  $p\leq 0,01$ ); среднесуточного ДАД на 5 мм рт.ст. у пациентов 1-й группы ( $Z=8,5072$ ,  $p<0,01$ ) и на 4 мм рт.ст. у пациентов 2-й группы ( $Z=7,9364$ ;  $p\leq 0,01$ ); снижение количества нарушений суточного профиля АД по СМАД независимо от наличия коморбидной соматической патологии с  $61,8\pm 3,9\%$  до  $51,6\pm 4,0\%$  у пациентов без сахарного диабета (СД) 2-го типа, с  $73,1\pm 6,2\%$  до  $63,5\pm 6,7\%$  у пациентов с СД 2-го типа.

**Вывод.** Оптимизация немедикаментозного лечения пациентов с АГ и тревогой с применением «Способа немедикаментозного воздействия» приводит к нормализации показателей АД, повышению уровня приверженности к антигипертензивному лечению с сохранением достигнутых результатов в течение 24 мес наблюдения.

\*\*\*

## СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ

Викторова И.А., Коншу Н.В.

ГБОУ ВПО ОмГМА, Омск, Россия

### STRATIFICATION OF THE RISK OF OSTEOARTHRITIS AT PATIENTS WITH FAMILY HYPERMOBILITY OF JOINTS

Viktorova I.A., Konshu N.V.

State Medical Academy, Omsk, Russia

**Цель исследования** — стратифицировать риск возникновения остеоартроза в семьях пациентов с гипермобильностью суставов.

**Методы.** В исследование были включены пациенты с остеоартрозом и гипермобильностью суставов ( $n=61$ ) и пациенты с синдромом гипермобильности суставов ( $n=58$ ). Проводилась диагностика гипермобильности суставов, синдрома гипермобильности суставов, тесты на выявление «синдрома Паганини»: 1) активная ульнарная девиация II—V пальцев кисти за счет отклонения в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах; 2) активное переразгибание II—V пальцев кистей; 3) активное переразгибание запястно-пястного сустава I пальца; 4) выступание ногтевой фаланги за ульнарный край ладони; 5) пассивное приведение большого пальца к тыльной стороне кисти; 6) активное сгибание в дистальных межфаланговых суставах II—V пальцев кистей; 7) поперечное растяжение пальцев в противоположном направлении в пястно-фаланговых суставах; 8) пассивное поочередное укладывание III, IV, V пальцев кистей друг на друга; 9) поворот руки на  $360^\circ$  в плечевом и локтевом суставе. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 10.

**Результаты.** Определен перечень показателей, вносящих вклад в различие между группой пациентов с остеоартрозом и гипермобильностью суставов и группой пациентов с синдромом гипермобильности суставов, которыми стали: возраст дебюта суставной боли, тесты синдрома «Паганини», симптом «щелкающего» бедра. Для разработки алгоритма стратификации риска возникновения остеоартроза у пациентов с гипермобильностью суставов был применен метод «деревьев классификации» с выявлением 4 групп риска.

**Вывод.** В группу очень высокого риска развития остеоартроза (99,8%) относят пациентов с гипермобильностью суставов, дебютом суставных болей в возрасте до 38 лет и наличием четырех и более тестов «синдрома Паганини». В группу высокого риска развития остеоартроза (69,6—47,1%) относят пациентов с гипермобильностью суставов, дебютом суставных болей в возрасте до 38 лет и наличием менее четырех тестов «синдрома Паганини», а также пациентов с гипермобильностью суставов, дебютом суставных болей в возрасте до 38 лет и наличием менее четырех тестов «синдрома Паганини». В группу умеренного риска развития остеоартроза (25,0%) относят пациентов с гипермобильностью суставов, дебютом суставных болей в возрасте 38 лет и более, наличием менее двух тестов «синдрома Паганини» и симптомом «щелкающего» бедра. В группу низкого риска развития остеоартроза (0,2%) относят пациентов с гипермобильностью суставов, дебютом суставных болей в возрасте 38 лет и более, нали-

чием менее двух тестов «синдрома Паганини» и отсутствием симптома «щелкающего» бедра.

\* \* \*

## СЕЗОННЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Волков Д.А., Смирнова М.И., Горбунов В.М.,  
Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Деев А.Д.,  
Кошеляевская Я.Н., Белова Е.Н., Калинина А.М.,  
Долотовская П.В., Довгалецкий П.Я., Фурман Н.В.,  
Пучиньян Н.Ф.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### SEASONAL DIFFERENCES IN CIRCADIAN BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH WELL-CONTROLLED HYPERTENSION

Volkov D.A., Smirnova M.I., Gorbunov V.M.,  
Boytsov S.A., Loukianov M.M., Deev A.D.,  
Koscheljaevskaya Ya.N., Belova E.N., Kalinina A.M.,  
Dolotovskaya P.V., Dovgalevskij P.Ya., Furman N.V.,  
Puchin'yan N.F.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Артериальное давление (АД) имеет тенденцию к сезонным колебаниям. Некоторые принципиальные аспекты этой проблемы, в частности сезонная динамика АД у пациентов, получающих антигипертензивную терапию (АГТ), изучены недостаточно, например, показатели амбулаторного АД.

**Цель исследования** — сравнение суточного профиля АД у больных с контролируемой артериальной гипертензией (АГ) в зимний (З) и летний (Л) периоды.

**Материал и методы.** Пациенты 40—79 лет из общей популяции, посещавшие амбулаторные клиники Саратова по различным причинам. Основной критерий включения — клиническое АД (АДкл.) менее 140/90 мм рт.ст. на фоне приема АГТ (не менее 2 нед). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось устройством ВРLab (Нижегород, Россия) дважды: З (декабрь—февраль 2012—2014 гг.) и Л (июнь—август 2012—2014 гг.). Интервал между СМАД был 6 мес  $\pm$  10 дней. Критерии качества СМАД: продолжительность 24 ч и более, отсутствие пробелов в данных более 1 ч, 55 и более измерений АД.

**Результаты.** Обследованы 272 пациента: средний возраст  $57,3 \pm 0,7$  (M $\pm$ m) года, мужчин — 55,9%, индекс массы тела  $28,1 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>, АДкл. при включении  $128,2 \pm 0,9/76,3 \pm 0,6$  мм рт.ст. Сезонная динамика АДкл. была типичной (З выше, чем Л). Однако уровни амбулаторного АД оказались достоверно выше в утренние (06:00—08:00) и ночные (н; 00:00—06:00) часы летом ( $p < 0,05$ ): систолическое АД (САД) в утренние часы З  $126,4 \pm 1,1$  и Л  $130,3 \pm 1,0$  мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) в утренние часы З  $77,4 \pm 0,7$  и Л  $81,1 \pm 0,7$  мм рт.ст., САДн. З  $120,0 \pm 0,9$  и Л  $122,5 \pm 0,9$  мм рт.ст., ДАДн. З  $71,6 \pm 0,6$  и Л  $74,0 \pm 0,6$  мм рт.ст. АДн. Л существенно превышало пороговые значения.

**Вывод.** Более высокие значения АД летом в ночные и утренние часы у пациентов с контролируемой АГ могут быть обусловлены относительно высокой температурой окружающей среды в Саратове, а также отсутствием домашних систем кондиционирования воздуха. Следует шире использовать метод СМАД для оценки эффективности АГТ, в том числе показателей АДн.

\* \* \*

## **РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Волынская И.И., Лихачева Н.В., Паньковская О.И.**

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1» Астрахань, Россия

## **THE ROLE OF THE HEALTH CENTER IN IDENTIFYING THE RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES**

**Volynskaya I.I., Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I.**

Children's city polyclinic №1, Astrakhan, Russia

Основной целью деятельности Центра здоровья для детского населения Астрахани является сохранение индивидуального здоровья детей и подростков и формирование у них здорового образа жизни. Одной из главных задач Центра здоровья является проведение массовых скрининговых обследований населения с целью раннего выявления факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Здоровым быть никого насильно не заставишь. Еще Л.Н. Толстой в свое время писал: «Смешны требования людей курящих, пьющих, объедающихся, не работающих, превращающих ночь в день, о том, чтобы доктор сделал их здоровыми, несмотря на их нездоровый образ жизни». В настоящее время научно доказано, что на состояние здоровья влияют следующие факторы: окружающая среда — 20%; наследственность — 20%; образ жизни — 50%; уровень медицинской помощи — 10%. Деятельность Центра здоровья позволяет наглядно убедиться в этой истине. При анализе данных аппаратно-лабораторного скрининга и педиатрического осмотра обращает на себя внимание процентное соотношение выявленных отклонений от нормы. Для сравнения проанализированы показатели 100 школьников в возрасте 6—18 лет в школах центральных районов Астрахани и 100 школьников такого же возраста в отдаленном от города сельском районе. Выявлено, что в центре города преобладают дети с избыточной массой тела (39%), гастроэнтерологической патологией (32%), нарушениями осанки (37%). В сельской школе дети с избыточной массой составляют 12%, с гастроэнтерологической патологией — 20%, с нарушениями осанки — 9%. Процентное соотношение детей со стоматологической патологией (45%) значительно преобладает в сельском районе по сравнению с центром города (21%). Обследование аппаратом smoke-лайзер Mikro CO, определяющим концентрацию угарного газа в выдыхаемом воздухе, показывает следующую закономерность: в центре Астрахани пассивных курильщиков выявлено 18%, активных — 9%, в сельском районе пассивных курильщиков выявлено 38%, активных — 24%. Процентное соотношение остальных отклонений при-

близительно одинаково. Такие показатели у детей в центральном районе Астрахани, скорее всего, объясняются низкой физической активностью, наличием свободных карманных денег (возможностью покупать чипсы, кока-колу, фаст-фуд), длительным сидением за компьютером, компьютерными играми, перегрузкой домашними заданиями. В сельской местности гиподинамия как фактор риска встречается гораздо реже, в связи с другим образом жизни. Во многих семьях школьников этого сельского района имеется сад или огород, соответственно ребята помогают родителям, много бывают на свежем воздухе. Тем не менее, в сельском районе выявлены другие факторы риска ХНИЗ: табакокурение, плохая гигиена полости рта.

**Вывод.** Раннее выявление факторов риска ХНИЗ и соблюдение правил развития здорового образа жизни оказывают непосредственное влияние на состояние здоровья детского населения.

\* \* \*

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ВСЕХ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

**Вольфсдорф Е.И., Горчакова М.И.**

ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора, Москва, Россия; ГБОУ СОШ «Школа здоровья» №149, Москва, Россия

## **PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE FOR ALL PARTICIPANTS OF EDUCATIONAL PROCESS**

**Volfsdorf E.I., Gorchakova M.I.**

Center of igienic education of the population, Moscow, Russia; School of Health №149, Moscow, Russia

**Цель исследования** — актуальность проблемы здоровья школьников в целом по стране создает предпосылки к созданию и реализации в школе здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий обучения, эффективных моделей организации учебного и оздоровительного процесса для всех участников образовательного процесса.

**Материал и методы.** Работа выполнялась по двум направлениям. 1-е направление: выявление детей «группы риска» с помощью донозологической диагностики (мониторинги). В школе проводились мониторинги по следующим направлениям: физический, соматический, психологический, антропологический. Физический мониторинг позволил выявить качественную оценку уровня здоровья: отличный уровень резервов здоровья и работоспособности — 7% учащихся; хорошее функциональное состояние, высокий уровень резервов здоровья и работоспособности — 42% учащихся; удовлетворительный уровень резервов здоровья и работоспособности — 28% учащихся; неудовлетворительное общее состояние организма, наличие отдельных «слабых» звеньев в системе жизнеобеспечения — 21% учащихся; низкий уровень резервов здоровья, плохую защищенность от стрессов, утомления — 2% учащихся. Большая работа по физкультурно-оздоровительному направлению принесла свои результаты и в 2012 г. индекс физического здоровья составил 3,8 по сравнению с 3,2 в 2011 г. (увеличение на 11,5%). Улучшение физического здоровья основано на дифференцированном подходе к физическому воспитанию учащихся. Соматический мониторинг включает в себя мониторинг по группам здоровья учащихся, по распространенности острых



и хронических заболеваний, мониторинг по заболеваемости костно-мышечной системы и органов зрения. В 2011—2012 гг. по сравнению с 2010—2011 учебным годом произошли значительные изменения в распределении учащихся по группам здоровья. Уменьшилось количество детей в 1-й и 2-й группах здоровья и резко увеличилось количество детей в 3-й группе здоровья, к которой относятся дети с несколькими хроническими заболеваниями. Это произошло отчасти за счет прихода в школу новых учащихся (в том числе в 1-е классы), отчасти связано с тем, что учащиеся с диагнозом плоскостопие переведены в 3-ю группу из 2-й. Психологический мониторинг — наблюдается положительная динамика психологического состояния учащихся. В результате коррекционной работы дети лучше переносят школьные нагрузки: снизилась тревожность, улучшился психологический климат в классах, повысилась мотивация на сохранение собственного здоровья. Психологи проводят для учащихся 1—11 классов тренинги по темам: «Тренинг эффективного обучения», «Эффективное общение», «Развитие внимания, памяти, мышления»; для учащихся 9—11 классов индивидуальные и групповые занятия по темам: «Общение как компонент психологической устойчивости личности», «Здоровый образ жизни и успешность», «Я и мое здоровье», «Как поднять самооценку», «Лидерство и успех», «Вред курения для подростков», «Мы за здоровый образ жизни». Совместные тренинги для родителей с учащимися. Проведено тестирование учителей по темам «Психологический портрет учителя», «Социальный интеллект». 2-е направление: формирование здорового стиля жизни. На 1 этапе — учащиеся школ «Здоровья» знакомятся с основными понятиями и представлениями — узнают основы ЗОЖ, у них формируются элементарные правила здоровьесбережения. На 2 этапе формируется полноценное понимание основ ЗОЖ, формируются практические навыки. 3 этап — заключительный. На этом этапе дети должны уметь автоматически выполнять правила, использовать знания, умения навыки в зависимости от конкретных обстоятельств. Проводится работа с родителями: на родительских собраниях освещаются вопросы ЗОЖ, правильного питания, выдаются методические рекомендации по темам: «десять советов родителям», «режим питания», «профилактика пищевых отравлений», «профилактика зависимостей». На базе школы функционирует консультационный пункт, где родители учащихся могут получать консультации специалистов. Совместно со специалистами-партнерами проводятся лекции и беседы для учащихся, родителей, учителей. Одной из основных задач «Школы здоровья» является обеспечение мотивации родителей и школьников на формирование здоровьесберегающего и здоровьеразвивающего уклада семейной жизни, здорового образа жизни всех поколений семьи.

**Результаты.** 1. Разработан и внедрен комплекс школьных мониторингов здоровья, позволяющих проследить динамику заболеваемости обучающихся, осуществляется выявление детей «группы риска» с помощью донозологической диагностики. В этой работе нам помогает проведение комплекса психолого-медико-педагогических мониторингов, которые проводятся для раннего выявления проблем ребенка и организации коррекционных и оздоровительных программ по индивидуальным картам. 2. Разработаны методические материалы по работе с педагогами и родителями. 3. Проведенное анкетирование учащихся и родителей показало, что улучшилась мотивация на сохранение и укрепление собственного здоровья.

\*\*\*

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Воронина Е.Г., Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Мнздрава России, Воронеж, Россия

### EFFECTS OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE HEALTH OF THE VORONEZH REGION

Voronina E.G., Petrova T.N., Krasnorutskaya O.N.

State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

В связи с повсеместным ухудшением экологической обстановки, исследования по оценке риска влияния факторов окружающей среды являются своевременными и чрезвычайно актуальными, поскольку от их результатов будет зависеть первоочередные меры по профилактике заболеваемости населения.

**Цель исследования** — выявление управляемых и условно управляемых приоритетных факторов риска окружающей среды региона и их влияние на заболеваемость населения Воронежской области.

**Материал и методы.** В работе использованы данные из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Воронежской области в 2014 г.».

**Результаты.** За период 2012—2014 гг. среди взрослого населения наблюдается рост показателя заболеваемости бронхолегочными заболеваниями на 12,9%. Динамика показателя: 2012 г. — 0,41 на 1000 населения; 2013 г. — 0,47; 2014 г. — 0,46. Темп прироста заболеваемости бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой составил 45,0%. Показатели заболеваемости регистрируются на уровне 1,90 на 1000 населения (2011 г. — 1,32; 2010 г. — 1,31). Территории «риска» по заболеваемости бронхитом хроническим, неуточненным, эмфиземой взрослых (18 лет и старше) в 2012 г. сформировали 3 района области: Каширский, Новохоперский и Таловский. На уровень развития неинфекционной заболеваемости детского населения болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, определенное влияние оказывает качество питьевой воды. Так, на территории Воронежской области регистрируется умеренный рост показателей заболеваемости анемиями, как детского, так и взрослого населения области. Уровень заболеваемости в 2014 г. составил у детей: 13,45 на 1000 населения (2013 г. — 12,11; 2012 г. — 12,71); у взрослых — 6,86 (2013 г. — 6,49; 2012 г. — 6,79); темп прироста, соответственно, +5,8% и +1,0%. По средним показателям заболеваемости на территории Воронежской области определили территории «риска» — 11 административных районов, где показатели заболеваемости превышают среднеобластные значения: Аннинский, Борисоглебский, Верхнехавский, Воробьевский, Новоусманский, Новохоперский, Павловский, Подгоренский, Таловский, Хохольский, Воронеж. Воронежская область входит в число регионов России с природным йодным дефицитом. Анализ заболеваемости населения, связанной с микронутриентной недостаточностью, свидетельствует, что среди данной группы заболеваний преобладает тиреоидит (удельный вес — 31,9%). На долю многоузлового зоба на фоне йодной недостаточности приходится 28,5%, диффузного зоба — 22,9%. Случаи синдрома врожденной йодной недостаточности зарегистрированы не были.

**Вывод.** За анализируемый период выявляется неблагоприятная динамика экзозависимых неинфекционных заболеваний, что диктует необходимость разработки и

внедрения целевых программ по улучшению качества экологической обстановки на территории Воронежской области.

★ ★ ★

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СИНДРОМА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гаврилова Е.С., Яшина Л.М., Яшин Д.А.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

### EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON PREVALENCE OF BIOLOGICAL RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES, ANXIETY AND DEPRESSION, AND THEIR INTERCONNECTION WITH METABOLIC DISORDERS AMONG YOUNG POPULATION

Gavrilova E.S., Yashina L.M., Yashin D.A.

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

**Цель исследования** — оценить распространенность основных биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, синдрома тревоги и депрессии во взаимосвязи с уровнем лептина сыворотки крови среди студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

**Материал и методы.** Обследованы 396 студентов 6 курса ЮУГМУ (мужчин — 27,3%, женщин — 72,7%). Средний возраст студентов — 23,0 года ( $\sigma = \pm 1,3$ ). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ) ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ). Оценка ИМТ и ОТ проводилась согласно рекомендациям ВОЗ (2000 г.). Уровень тревоги и депрессии оценивали согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (A. Zigmond, R. Snaith, 1983). Уровень лептина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (набор реагентов «DBC», Канада) на комбинированном автоматическом анализаторе Biochem Analette («НТИ», США). Ожидаемые референсные значения: для женщин —  $7,4 \pm 3,7$  нг/мл, для мужчин —  $3,8 \pm 1,8$  нг/мл. Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS 17.0. Для оценки достоверности различий использовался критерий Манна—Уитни и тест  $\chi^2$ , для выявления корреляции — коэффициент Спирмана. Полученные результаты представлены в виде  $P \pm \text{mp}\%$ . Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В популяции студентов 6 курса дефицит массы тела выявлен у  $12,5 \pm 1,7\%$  (у  $14,0 \pm 2,0\%$  женщин и  $8,4 \pm 2,7\%$  мужчин), предожирение — у  $11,8 \pm 1,6\%$  (у  $8,9 \pm 1,7\%$  женщин и  $19,7 \pm 3,8\%$  мужчин), ожирение 1-й степени — у  $1,5 \pm 0,6\%$  (у  $2,2 \pm 0,9\%$  женщин и  $0\%$  мужчин). Распространенность абдоминального ожирения составила  $14,4 \pm 1,8\%$  ( $17,1 \pm 2,2\%$  среди женщин,  $7,0 \pm 2,5\%$  среди мужчин). Распространенность синдрома тревоги среди студентов-медиков —  $30,4\%$  (среди женщин —  $32,4 \pm 2,9\%$ , среди мужчин —  $26,5 \pm 4,0\%$ ), синдрома депрессии —

$10,9\%$  (среди женщин —  $9,5 \pm 1,5\%$ , среди мужчин —  $14,1 \pm 2,3\%$ ). Распространенность гиперлептинемии составила  $49,0 \pm 5,0\%$  (среди женщин —  $49,6 \pm 6,0\%$ , среди мужчин —  $47,6 \pm 9,1\%$ ). Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между уровнем лептина и абдоминальным ожирением ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,0001$ ), ИМТ ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,0001$ ); обратная слабая корреляционная связь между уровнем лептина и депрессией ( $r = -0,15$ ,  $p = 0,04$ ).

**Вывод.** Отклонение от нормы ИМТ выявлено у  $31,3\%$  студентов: дефицит массы тела — у  $12,9\%$ , предожирение — у  $15,3\%$ , ожирение 1-й степени — у  $3,1\%$  студентов. Распространенность предожирения выше в мужской популяции, чем в женской ( $19,7$  и  $8,9\%$ ). Распространенность абдоминального ожирения составила  $14,4\%$ , причем в женской популяции выше в сравнении с мужской ( $17,1$  и  $7,0\%$ ). В популяции студентов-медиков распространенность синдрома тревоги составляет  $30,4\%$ , синдрома депрессии —  $10,9\%$ . Частота встречаемости гиперлептинемии в исследованной популяции —  $49,0\%$ . Установлены корреляционные связи между уровнем лептина сыворотки крови и ИМТ, абдоминальным ожирением, депрессией.

\*\*\*

## ПРИМЕНЕНИЕ КСИМЕДОНА, ДИМЕФОСФОНА И ПОЛИОКСИДОНИЯ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Газизов Р.М., Еникеева Л.М., Климова Н.А., Ситдикова Р.Н., Хафизова М.М.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России; ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Казань, Россия

### THE USE OF XYMEDON, DIMEPHOSPHON AND POLYOXIDONIUM IN THE SECONDARY PREVENTION OF CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

Gazizov R.M., Enikeeva L.M., Klimova N.A., Sitdikova R.N., Chafizova M.M.

Kazan medical academy; Veteran's hospital, Kazan, Russia

**Цель исследования** — обоснование применения отечественных лекарственных средств с иммуномодулирующей активностью ксимедона и димефосфона и иммуномодулятора полиоксидония во вторичной профилактике хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) у больных пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** 76 больных ХРБС в возрасте от 65 до 83 лет с различными пороками сердца, из них женщин — 57, мужчин — 19. 18 больных 1-й группы получали традиционную противоревматическую терапию (ТТ), по показаниям — ингибиторы АПФ, мочегонные средства,

Профилактика инсульта/системной эмболии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ** –  
снижение риска  
инсульта/  
системных  
тромбоэмболий  
по сравнению  
с варфарином<sup>2</sup>

**БЕЗОПАСНОСТЬ** –  
меньше  
риск  
больших  
кровотечений  
по сравнению  
с варфарином<sup>2</sup>

## ЭЛИКВИС® ОБЪЕДИНЯЕТ ОБА ПРЕИМУЩЕСТВА

**ЭЛИКВИС®** – достоверно снижает риск инсульта / системных тромбоэмболий в сочетании с меньшим риском развития больших кровотечений в сравнении с варфарином

**ЭЛИКВИС®** – в клинических исследованиях доказал снижение общей смертности по сравнению с варфарином

\*ЭЛИКВИС® (апиксабан) пероральный, прямой ингибитор фактора Ха, показанный для профилактики инсультов, системной тромбоэмболии и снижения смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий. Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренным митральным стенозом или с искусственными клапанами сердца. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

**Торговое название:** Эликвис®, МНН: апиксабан. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению:** – Профилактика инсультов, системной тромбоэмболии и снижение смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий. Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренным митральным стенозом или с искусственными клапанами сердца. – Профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к любому компоненту препарата, клинически значимое кровотечение, тяжелые нарушения функции печени, нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, применение у пациентов, находящихся на диализе, возраст до 18 лет, беременность, грудное вскармливание. Не рекомендуется одновременно применять апиксабан с препаратами, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений. **Побочное действие:** Наиболее часто встречаются следующие побочные действия: анемия, кровотечения (часто – вагинальные и уретральные кровотечения), гематомы, тошнота. **Способ применения и дозы:** Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. В случае пропуска приема препарат следует принять как можно скорее, а в дальнейшем продолжить прием 2 раза в сутки в соответствии с исходной схемой. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 1 таблетке 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий в сочетании с двумя или более из следующих характеристик – возраст старше 80 лет, масса тела менее 60 кг или концентрация креатинина в плазме крови  $\geq 1,5$  мг/дл (133 мкмоль/л), – рекомендуемая доза препарата Эликвис® снижается до 1 таблетки 2,5 мг два раза в сутки. У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: по 1 таблетке 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12-24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002007 от 19.02.13. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.

Медицинских работников просят сообщать о любых нежелательных явлениях в службу фармаконадзора компаний Бристол-Майерс-Сквибб и Пфайзер. 1. Инструкция по медицинскому применению препарата ЭЛИКВИС® (апиксабан), 19.02.13 г. и изменения от 24.07.13 г. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

WRUQLQM015095

[www.eliquisglobal.com](http://www.eliquisglobal.com)



Bristol-Myers Squibb



Бристол-Майерс Сквибб  
Россия, 105064, Москва, Земляной Вал, д. 9  
тел.: +7 (495) 755 92 67, факс: +7 (495) 755 92 62  
[www.bms.com](http://www.bms.com)

Пфайзер  
Россия, 123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10,  
тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00  
[www.pfizer.com](http://www.pfizer.com)



сердечные гликозиды. 26 больных 2-й группы на фоне ТТ получали ксимедон по 0,5 г 3 раза в день в течение трех недель; 19 больных 3-й группы — димефосфон внутрь по 10—15 мл 15% раствора 3 раза в день. 13 больным 3-й группы вводили полиоксидоний: первые 5 внутримышечных инъекций по 6 мг через день, следующие 10 инъекций 2 раза в неделю. Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировалось клиническое состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ, еженедельно в динамике определялось количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов (Т-Лф) методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа; функциональная активность лимфоцитов в РБТЛ на ФГА и в тесте Кона индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

**Результаты.** При лечении больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением ксимедона, димефосфона и полиоксидония наблюдалась более ранняя положительная клиническая динамика и нормализация показателей клинического и биохимического анализа крови, чем при ТТ. Терапия с включением ксимедона, димефосфона и полиоксидония, в отличие от ТТ, увеличивала сниженное количество CD3+-, CD4+-, CD8+- и CD16+-Т-Лф и восстанавливала до нормы супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте и уровней CD20+-Т-Лф и сывороточных иммуноглобулинов. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте у больных 4-й группы по сравнению с больными 2-й и 3-й групп наблюдалась достоверно более выраженная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов.

**Вывод.** Показано, что по иммунокорректирующей эффективности ксимедон и димефосфон не уступают иммуномодулятору полиоксидонию, что позволяет рекомендовать их использование во вторичной профилактике хронической ревматической болезни сердца у больных пожилого и старческого возраста.

\* \* \*

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Крохина Е.Ю., Нургатина Э.Р., Шедова Е.А.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России; НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Казань» ОАО РЖД, Казань, Россия

## THE RISK FACTORS FOR CORONARY HEART DISEASE IN WORKERS OF LOCOMOTIVE CREWS

Gazizov R.M., Acel E.A., Krochina E.Yu., Nurgatina E.R., Shedova E.A.

Kazan medical academy; Clinical hospital on Kazan Station, Kazan, Russia

**Цель исследования** — изучение распространенности факторов риска развития ИБС у машинистов и помощников машинистов в зависимости от продолжительности профессионального стажа.

**Материал и методы.** Обследованы 69 машинистов и помощников машинистов локомотивных бригад станции Казань и станции Юдино от 20 до 53 лет. Все исследуемые были разбиты на три группы по продолжительности их профессионального стажа: 1-я группа — 18 человек со стажем от 25 и более лет; 2-я группа — 25 человек со стажем от 11 до 24 лет и 3-я группа — 26 человек со стажем от 1 до 10 лет. У всех обследуемых выяснялись жалобы, выявлялись факторы риска развития ИБС, проводилось антропометрическое исследование, биохимические исследования крови, нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ с изучением variability сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование АД. Исследование variability ритма проводилось в условиях стационара и во время выполнения профессиональных обязанностей машинистами.

**Результаты.** Выявлена четкая зависимость между продолжительностью профессионального стажа машинистов и увеличением распространенности ведущих факторов риска развития ИБС. В 1-й группе выявлено 68,9% лиц с повышенным весом, курящих — 57,6%, с артериальной гипертонией — 59,3%, с гипер- и дислипидемией — 66,5%; у 23,4% выявлены признаки коронарной недостаточности во время нагрузочной пробы. Во 2-й группе выявлено 19,6% лиц с повышенным весом, гипер- и дислипидемия — у 26,8%, курящих — 82,4%, с артериальной гипертонией — 36,8%, с положительной нагрузочной пробой — 11,4%. В 3-й группе число курящих составило 100%, артериальная гипертония выявлена у 19,2%, повышенный вес — у 11,5% лиц, признаков коронарной недостаточности (во время ВЭМ) не выявлено. Анализ ВСР показал значительное уменьшение дисперсии продолжительности кардиоинтервалов во время выполнения машинистами профессиональных обязанностей по сравнению с исследованием в условиях стационара, что связано с ареактивностью вегетативной сферы и характерно для среднего и высокого напряжения внимания. При исследовании ВСР в условиях стационара отмечено менее выраженное снижение дисперсии продолжительности кардиоинтервалов по сравнению с контрольной группой, более заметное в 1-й и 2-й группах с более продолжительным профессиональным стажем.

**Вывод.** У работников локомотивных бригад выявлена достоверная взаимосвязь между выраженностью риска развития ИБС и продолжительностью трудовой деятельности. Для выявления нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы у машинистов необходимо проведение мониторирования ЭКГ с изучением variability ритма во время выполнения ими служебных обязанностей.

\* \* \*

## ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гамаянова С.В.

ГБУЗ ЯО «Областной центр медицинской профилактики», Ярославль, Россия

## TENDENCIES IN DIETARY HABITS OF ADULTS IN YAROSLAVL REGION

Gamayanova S.V.

Regional center of medical prevention, Yaroslavl, Russia

Рациональное, сбалансированное по составу и калорийности питание — неотъемлемая часть здорового образа жизни. Пропаганда его принципов — важнейший аспект профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

**Цель исследования** — изучение пищевых привычек и информированности о принципах здорового питания взрослого населения Ярославской области.

**Материал и методы.** Социологический, статистический, аналитический. Методом анонимного анкетирования опрошено 3955 человек в возрасте 18 лет и старше, проживающих на территории Ярославской области. Среди опрошенных мужчины составили 25,2%, женщины — 74,8%. Были выделены три возрастные группы населения: молодые люди (18—30 лет) — 20,7%, люди среднего возраста (31—60 лет) — 55,9%, пожилые (старше 60 лет) — 23,4%.

**Результаты.** Недостаточное потребление клетчатки в виде овощей и фруктов наблюдается у 63,9% респондентов (у 65,3% мужчин и 63,4% женщин). Чем старше возрастная группа, тем меньше в ее рационе овощей и фруктов, в частности доля лиц с малым потреблением овощей и фруктов в возрастной группе 18—30 лет составляет 56,1%, в возрасте 31—60 лет — 65,8%, старше 60 лет — 66,4%. Более половины респондентов (54,6%) не обращают внимания на содержание жира в продуктах при их покупке. Более легкомысленно к выбору продуктов относятся мужчины (62,2% опрошенных мужчин не следят за составом продуктов, среди женщин этот показатель составил 52,1%), а также молодые люди независимо от пола (18—30 лет — 58,3%, 31—60 лет — 56,5%, старше 60 — 52,3%). Употребляют поваренную соль в количестве больше рекомендуемой нормы 20,5% респондентов (25,4% мужчин и 18,8% женщин), значимых различий в исследуемых возрастных группах не выявлено. Избыточное потребление сахара в среднем встречается у 44,6% населения, причем у мужчин наблюдается чаще, чем у женщин (50,5 и 42,7%, соответственно). Удельный вес лиц, употребляющих сахар свыше рекомендуемой нормы, практически не отличается у представителей разных возрастов. Режим питания не соблюдают 42,9% респондентов (46,5% мужчин и 41,7% женщин). Чаще всего нарушение режима питания наблюдается у представителей молодой группы в возрасте 18—30 лет — 50,0%. С увеличением возраста питание становится более упорядоченным (31—60 лет — 42,8%, старше 60 лет — 37,9%). Рекомендуемое количество чистой воды употребляют только 52,6% респондентов (55% мужчин и 52% женщин). Больше потребление воды свойственно молодым людям (18—30 лет — 58,1%, 31—60 лет — 53,2%, старше 60 лет — 47,4%). Практически ежедневно употребляют фаст-фуд в среднем 8,8% респондентов, причем мужчины в 2 раза чаще, чем женщины. Ожидаемо самый высокий показатель у молодежи (18—30 лет) — 19,4%.

**Вывод.** Значительная часть взрослого населения Ярославской области питается нерационально и недостаточно информирована о принципах здорового питания. Отмечается высокая распространенность вредных пищевых привычек, в особенности среди молодежи и мужского населения. Пищевое поведение взрослого населения региона тре-

бует коррекции путем проведения информационно-коммуникационной кампании по оптимизации питания.

\*\*\*

## СТРЕСС В СЕМЬЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25—64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Гафаров В.В.<sup>1,2</sup>, Панов Д.О.<sup>1,2</sup>, Громова Е.А.<sup>1,2</sup>, Гагулин И.В.<sup>1,2</sup>, Гафарова А.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН; <sup>2</sup>ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН, Новосибирск, Россия

## FAMILY STRESS AND RISK OF HYPERTENSION AND STROKE IN FEMALE POPULATION AGED 25—64 YEARS IN RUSSIA/SIBERIA (WHO EPIDEMIOLOGICAL PROGRAM MONICA-PSYCHOSOCIAL STUDY)

Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V.

<sup>1</sup>Laboratory of epidemiology of cardiovascular diseases; <sup>2</sup>Institute of therapy and preventive medicine, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — изучить влияние стресса в семье на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ), инсульта в открытой популяции среди женщин 25—64 лет в течение 16 лет в Новосибирске

**Материал и методы.** В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г. была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25—64 лет ( $n=870$ ) одного из районов Новосибирска. Стресс в семье был изучен с помощью шкалы «Знание и отношение к своему здоровью». В исследование были включены лица, не имеющие ССЗ в анамнезе, за которыми в течение 16-летнего периода (1995—2010 гг.) велось наблюдение: были зарегистрированы все впервые возникшие случаи инсульта и АГ (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). Для оценки относительного риска (HR) возникновения АГ, инсульта использовалась Кокс-регрессионная модель.

**Результаты.** Распространенность высоких уровней стресса в семье в открытой популяции среди женщин 25—64 лет составила 20,9%. Отмечены тенденции увеличения частоты стресса в семье в самой младшей и средней возрастных группах (25—34, 45—54 лет) — 27,6 и 30,5% соответственно. HR развития инсульта у женщин со стрессом в семье в течение 16 лет был в 3,53 раз выше, в сравнении с лицами без стресса (95,0% ДИ 1,82—6,84;  $p<0,001$ ). HR развития АГ у женщин со стрессом в семье в 1,39 раз выше в сравнении с лицами без стресса (95,0% ДИ 1,08—1,78;  $p=0,01$ ). Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития инсульта в группе замужних женщин и стрессом в семье, в сравнении с разведенными со стрессом ( $\chi^2=3,44$ ,  $df=1$ ,  $p=0,064$ ). АГ развивалась достоверно чаще у лиц с высшим и средним образованием и стрессом в семье, в сравнении с лицами, имеющих начальное образование с ( $\chi^2=5,63$   $df=1$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2=4,01$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ , для высшего и среднего образования, соответственно) и без стресса

( $\chi^2=5,45$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2=4,39$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ , для высшего и среднего образования соответственно). В отношении профессиональных групп определена высокая частота АГ в категории «руководитель» ( $\chi^2=5,94$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ) и «физический труд» ( $\chi^2=8,14$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ), испытывающих стресс в семье, в сравнении с пенсионерами с и без стресса. Определена тенденция более высокой частоты инсульта в категории «физический труд», испытывающих стресс в семье, в сравнении с работницами физического труда без стресса ( $\chi^2=3,69$ ,  $df=1$ ,  $p=0,055$ ).

**Вывод.** В открытой популяции среди женщин 25—64 лет каждая пятая женщина имеет стресс в семье. Установлен высокий риск инсульта и АГ за 16 лет у женщин со стрессом в семье. Частота развития инсульта и АГ выше среди замужних женщин и стрессом в семье, занятых в профессиональных категориях «руководитель», «физический труд».

\* \* \*

## СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25—64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Гафаров В.В.<sup>1,2</sup>, Панов Д.О.<sup>1,2</sup>, Громова Е.А.<sup>1,2</sup>, Гагулин И.В.<sup>1,2</sup>, Гафарова А.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; <sup>2</sup>ФГБУ НИИ терапии и профилактической медицины СО РАМН, Новосибирск, Россия

## JOB STRESS AND RISK OF HYPERTENSION AND STROKE IN FEMALE POPULATION AGED 25—64 YEARS IN RUSSIA/SIBERIA (WHO EPIDEMIOLOGICAL PROGRAM MONICA-PSYCHOSOCIAL STUDY)

Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V.

<sup>1</sup>Laboratory of epidemiology of cardiovascular diseases; <sup>2</sup>Institute of therapy and preventive medicine, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — изучить влияние стресса на работе на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ), инсульта в открытой популяции среди женщин 25—64 лет в течение 16 лет в Новосибирске.

**Материал и методы.** В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г. была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25—64 лет ( $n=870$ ) одного из районов Новосибирска. Стресс на работе был изучен с помощью шкалы Карасека. В исследование были включены лица, не имеющие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, за которыми в течение 16-летнего периода (1995—2010 гг.) велось наблюдение: были зарегистрированы все впервые возникшие случаи инсульта и АГ (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). Для оценки относительного риска (HR) возникновения АГ, инсульта использовалась Кокс-регрессионная модель. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий  $\chi^2$ .

**Результаты.** Распространенность высоких уровней стресса на работе в открытой популяции женщин 25—64 лет составила 31,6%. HR развития АГ у женщин со стрессом на работе в течение 16 лет был в 1,28 раз выше в сравнении с лицами с более низкими уровнями стресса (95,0% ДИ 1,02—1,60;  $p<0,05$ ). Риск развития инсульта в течение 16 лет был в 1,96 раз выше (95,0% ДИ 1,01—3,79;  $p<0,05$ ). Наблюдались тенденции в увеличении частот развития АГ и инсульта в группе замужних женщин со стрессом в семье в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами. Женщины, испытывающие стресс на работе, имели более высокую частоту АГ в группах с высшим и средним специальным и средним образованием в сравнении с начальным ( $p<0,05$ ). Отмечены тенденции в уменьшении частоты инсульта среди женщин с высшим образованием, испытывающих стресс на работе. В отношении профессиональных групп определено, что работницы физического труда со стрессом на работе имели более высокую частоту АГ в сравнении с пенсионерами со стрессом ( $\chi^2=5,47$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ). Определена тенденция в увеличении частоты развития инсульта среди работниц физического труда и стрессом на работе.

**Вывод.** В открытой популяции среди женщин 25—64 лет каждая третья женщина имеет высокий стресс на работе. В течение 16-летнего периода женщины со стрессом на работе имеют более высокий риск гипертонии и инсульта. АГ чаще развивалось среди замужних женщин с образованием выше начального и стрессом на работе, тогда как для инсульта высшее образование выступало протективным фактором. Частота развития АГ и инсульта выше у лиц, испытывающих стресс на работе, занятых в профессиональной категории «физический труд».

\* \* \*

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Герасименко О.Н., Шпагина Л.А., Дробышев В.А., Шпагин И.С., Сухатерина Н.А., Севастьянова Т.Н.

ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России; ГБУЗ НСО ГКБ №2, Новосибирск, Россия

## FEATURES OF METABOLIC ABNORMALITIES IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Gerasimenko O.N., Shpagina L.A., Drobyshev V.A., Shpagin I.S., Suhaterina N.A., Sevastyanova T.N.

Medical University NSMU; Clinical hospital No2, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — изучить особенности метаболических нарушений и лабораторных проявлений системного воспаления при сочетании ХОБЛ и артериальной гипертензии (АГ) в зависимости от индекса массы тела.

**Материал и методы.** Обследован 41 пациент с диагнозом ХОБЛ (GOLD, пересмотр 2008) при длительности заболевания  $10,3\pm 3,8$  года в сочетании с АГ, верифицированной согласно ВНОК (2013). Все пациенты были разделены на группы: 1-я группа (20 человек) — без ожирения (ИМТ 19—24,9 кг/м<sup>2</sup>) и 2-я (21 человек) — с ожирением



ем (ИМТ  $\geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup>). Цитокины ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  определялись в сыворотке крови электрохемилюминесцентным методом (Blackburn и соавт., 1997) на приборе фирмы IGEN Inc. ORIGEN Analyzer (USA). Статистическая обработка полученного материала осуществлялась на персональном компьютере с использованием пакета статистических программ Stat Soft Statistica 6.0, 2000. Использовался метод вариационной статистики: определялась средняя арифметическая ( $M$ ), ее ошибка ( $\pm m$ ), критерий Стьюдента ( $t$ ) при различных уровнях значимости ( $p$ ). Достоверными считались результаты при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Установлено, что во 2-й группе больных с ожирением (ИМТ  $\geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup>) уровень ИЛ-1 $\beta$  и концентрация ФНО- $\alpha$  оказались достоверно выше аналогичных показателей в 1-й группе пациентов без ожирения (ИМТ — 19—24,9 кг/м<sup>2</sup>) — на 25,1% и 24,96% соответственно ( $p < 0,05$ ). Установлено, что содержание ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  было тесно взаимосвязано с длительностью течения ХОБЛ и частотой обострений данного заболевания ( $r = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$  соответственно). Кроме того, длительность нарушений углеводного обмена была сопряжена с ИМТ ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,05$ ). Полученные данные согласуются с ранее проведенными исследованиями, которые показали, что у больных ХОБЛ в сочетании с АГ, при наличии метаболических нарушений, имеет место статистически значимое усиление цитокиновой активности в сыворотке крови: параметры ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  отличались от контрольных показателей в 1,6 раза и в 1,7 раза соответственно.

**Вывод.** У больных ХОБЛ в сочетании с АГ при наличии ожирения имеет место усиление цитокиновой активности в сыворотке крови. Содержание ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  тесно взаимосвязано с длительностью течения ХОБЛ, частотой обострений заболевания и индексом массы тела, что объясняется наличием в данной группе больных выраженного скопления жировой клетчатки, как источника гиперпродукции биологически активных веществ.

\*\*\*

## ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Голованова Е.В.

МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия

### PREVENTION OF COLORECTAL CANCER

Golovanova E.V.

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Профилактика колоректального рака (КРР) является актуальной задачей современной медицины. Поздняя диагностика и большое количество запущенных форм рака толстой кишки сопровождается высокой летальностью в течение года. Задачей профилактического направления медицины является выявление КРР на ранних стадиях, а также канцеропревенция у лиц с высоким риском. Новый регламент скрининговых обследований населения включает анкетирование и исследование кала на скрытую кровь лицам старше 45 лет каждые 3 года, на основании которых будут формироваться группы риска для проведения углубленного обследования. Доказанными факторами риска КРР являются: наследственность, полипы толстой кишки, воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), несбалансированное питание с дефицитом пищевых волокон, избыточный вес, гиподинамия, хрониче-

ский запор (ХЗ), нарушения микрофлоры кишечника. При язвенном колите (ЯК) риск развития КРР в 8,8—23 раза больше, чем в популяции, при тотальном колите через 10 лет риск КРР возрастает на 0,5—1,0% в год. Совокупный риск развития КРР при ЯК через 25 лет составляет 9—34%, при сочетании с первичным склерозирующим холангитом (ПСХ) достигает 50%. Колоректальный копростаз при ХЗ приводит к повышению концентрации и увеличению экспозиции фекальных стероидов, полициклических ароматических углеводов и других метаболитов, обладающих канцерогенным действием. Установлено, что у больных КРР ХЗ выявляется достоверно чаще по сравнению с лицами того же возраста и пола, не имеющих ХЗ. Риск КРР у лиц с запорами в 1,5—2,0 раза выше, чем у лиц без запора ( $p < 0,05$ ). Нарушение баланса микрофлоры в кишечнике сопровождается образованием токсинов, канцерогенов, снижением иммунитета. Развивающийся при этом дефицит короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) и, в частности, бутирата (масляной кислоты) снижает защиту колоноцитов от окислительного стресса, нарушает проницаемость слизистой оболочки, способствует толстокишечному канцерогенезу. Дополнительным фактором в патогенезе КРР является нарушение баланса желчных кислот (ЖК) с преобладанием вторичных токсичных ЖК (дезоксихолевая, литохолевая), непосредственно разрушающих колоноциты. Своевременная диагностика ЯК и регулярный прием 5-АСК в дозах не менее 1,2 г в сутки сопровождаются снижением риска КРР более чем на 80% ( $p < 0,05$ ), при этом длительная терапия месалазином в дозе 1,2 г в день может предотвратить более половины новых случаев КРР. Регулярный прием урсодезоксихолевой кислоты в дозе 8—15 мг/кг в сутки в течение 3 лет и более достоверно снижает риск колоректальной дисплазии и КРР у пациентов с ЯК и ПСХ, являясь, наряду с препаратами месалазина, важным средством химиопрофилактики КРР. Обогащение рациона пищевыми волокнами, устранение дефицита КЖК, восстановление баланса ЖК способствует улучшению моторики толстой кишки, нормализации микрофлоры, повышению защиты колоноцитов и снижению риска КРР.

\*\*\*

## ЦИКЛИЧЕСКИЕ И СИЛОВЫЕ НАГРУЗКИ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Головунина И.С., Макарова М.Р., Мухарьямов Ф.Ю.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

### CYCLIC AND POWER EXERCISE AS A MEANS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Golovunina I.S., Makarova M.R., Mukharlyamov F.Yu.

Moscow Scientific and Practical Center of Medical Rehabilitation and sports medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — разработка методики занятий лечебной физической культурой (ЛФК) с использованием

циклических (велотренажер и беговая дорожка) и силовых тренажеров для больных с артериальной гипертензией (АГ) II стадии.

**Материал и методы.** Обследовано две группы больных ( $n=40$ ) в возрасте 45—55 лет, разделенных на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ), сопоставимые по основным клиническим признакам, величине артериального давления (АД) до начала физической реабилитации (ФР) — 159/94,4 мм рт.ст. в ОГ и 160/94,8 мм рт.ст. в КГ. Различия в занятиях ЛФК для ОГ и КГ заключались в методике выполнения упражнений на силовых тренажерах.

**Результаты.** В начале и конце реабилитации всем больным проводили следующие обследования: объемную компрессионную осциллометрию, спироэргометрию и двигательные тесты с целью определить максимальную силу мышц для дальнейшего использования этих показателей для расчета тренировочных весов на силовых тренажерах. Занятие начиналось с нагрузки на велоэргометре, величина которой составляла 50% от пороговой, которая определялась во время СЭМ. После завершения нагрузки на велоэргометре больные приступали к круговой тренировке на силовых тренажерах. Больные ОГ выполняли нагрузку (40—60 с) в статодинамическом режиме, который достигался за счет медленного темпа и неполного расслабления мышц при возврате в исходное положение. Больные КГ выполняли упражнения 12—16 раз в изотоническом изокинетическом режиме в комфортном темпе без контроля за напряжением мышц при завершении движения. После восстановления пульса и АД больной приступал к работе на тренажере «тредмил». Значительного утомления во время и после занятия не наблюдалось. К концу курса ФР у больных обеих групп наблюдалось снижение уровня АД (по данным объемной компрессионной осциллометрии) с большими сдвигами в ОГ. У больных ОГ отмечалось снижение САД на 18,7% и ДАД на 22,4%, а у больных КГ — на 15,0 и на 16,8%, соответственно ( $P_{\text{ОГ-КГ}} p < 0,05$ ). Прирост силы мышц составил у больных ОГ 36,6%, а в КГ — 27,1%. Мощность выполненной нагрузки по данным спироэргометрии после курса ФР повысилась у больных ОГ на 81,8%, а в КГ — на 48,4% ( $P_{\text{ОГ-КГ}} p < 0,05$ ).

**Вывод.** Сочетание контролируемых силовых и циклических нагрузок приводит к достоверному гипотензивному эффекту и повышению толерантности к физической нагрузке у больных АГ.

\*\*\*

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ)

Гомова Т.А.<sup>1</sup>, Кушунина Д.В.<sup>1,2</sup>, Соин И.А.<sup>1</sup>, Измайлова О.В.<sup>1,2</sup>, Калинина А.М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Департамент здравоохранения Тульской области;

<sup>2</sup>ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## REGIONAL EXPERIENCE OF PHYSICIANS' ACTIVITY ESTIMATION DURING DISPENSARY FOLLOW-UP (PATIENTS' OPINION)

Gomova T.A.<sup>1</sup>, Kushunina D.V.<sup>1,2</sup>, Soin I.A.<sup>1</sup>, Izmaylova O.V.<sup>1,2</sup>, Kalinina A.M.<sup>1,2</sup>

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить профилактическую активность врачей первичного звена здравоохранения в отношении коррекции поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на основании изучения мнения пациентов территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений регионального уровня.

**Материал и методы.** Проведен социологический опрос пациентов, посетивших амбулаторно-поликлинические учреждения Тульской области в отношении их информированности о заболеваниях, факторах риска, диспансеризации и ее результатах, диспансерном наблюдении, что является обязательными компонентами содержания профилактического консультирования врачей первичного звена как в повседневной практике, так и в рамках диспансеризации и позволяет характеризовать профилактическую активность врачей. Опрос пациентов проведен в 6 поликлиниках Тулы и 2 поликлиниках Тульской области по заранее составленному графику с охватом амбулаторных приемов в течение всех дней недели.

**Результаты.** Опрошен 1581 пациент. Из них прошли диспансеризацию от числа подлежащих 65,8%. Показано недостаточное информирование пациентов, прошедших диспансеризацию, при профилактическом консультировании о результатах медицинского обследования, неполный охват диспансерным наблюдением больных с ХНИЗ, особенно пациентов молодого возраста. Наряду с этим опрос показал, что в поликлиниках формируется практика сотрудничества врачей-терапевтов и структур медицинской профилактики — в 65,2% случаев врачи-терапевты советовали пациентам обратиться в кабинет (отделение медицинской профилактики) или центр здоровья для получения углубленного профилактического консультирования, однако советы по профилактике и коррекции факторов риска чаще даются пациентам с ХНИЗ, чем пациентам без заболеваний, имеющим высокий сердечно-сосудистый риск.

**Вывод.** Исследование показало, что в мерах по совершенствованию медицинской профилактики ХНИЗ в первичном звене здравоохранения приоритетным должно быть повышение результативности профилактического консультирования как в рамках повседневных приемов, так и в ходе диспансеризации. Особого внимания требует повышение качества профилактического консультирования пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, расширение объемов оказания медицинской помощи по отказу от табакокурения наряду с повышением охвата пациентов консультированием по факторам риска.

\*\*\*

## ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АТЕРОТРОМБОЗА У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Гомыранова Н.В., Метельская В.А., Ткачева О.Н., Озерова И.Н., Перова Н.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### ARTERIAL STIFFNESS AND ATHEROTHROMBOSIS BIOCHEMICAL PARAMETERS IN SUBJECTS DIFFERING BY AGE

Gomyranova N.V., Metelskaya V.A., Tkacheva O.N., Ozerova I.N., Perova N.V.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить взаимосвязь между скоростью распространения пульсовой волны как показателя жесткости артерий и выраженностью биохимических факторов, вовлеченных в атеротромбогенез и участвующих в детерминации риска ССЗ у пациентов различного возраста.

**Материал и методы.** В исследование включены 202 пациента 30—75 лет (М/Ж 68/134) без клинических проявлений атеросклероза. Жесткость/эластичность артерий определяли по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Жесткими — биологически «старыми» — считали артерии при СРПВ >10 м/с, эластичными — биологически «молодыми» — при СРПВ ≤10 м/с. Биохимические показатели крови определяли стандартными методами.

**Результаты.** У лиц младшей возрастной группы с жесткими артериями по сравнению с лицами с эластичными сосудами выявлены более высокие уровни глюкозы, инсулина, С-пептида и НОМА-IR и обнаружена тенденция к более высоким значениям вЧСРБ и фибриногена. В старшей возрастной группе различий в уровне вЧСРБ и фибриногена не выявлено, но обнаружены более высокие значения глюкозы, С-пептида и НОМА-IR при одном и том же уровне инсулина. При сравнении групп разного возраста с эластичными артериями в старшей группе обнаружены более высокие значения фибриногена и фактора Виллебранда и тенденция к повышенному уровню вЧСРБ. У лиц с жесткими артериями старше 45 лет фактор Виллебранда и фибриноген также были выше. При сравнении разных возрастных групп с эластичными и с жесткими артериями были обнаружены более высокие концентрации глюкозы и HbA<sub>1c</sub> при одинаковом уровне инсулина, С-пептида и НОМА-IR.

**Вывод.** Жесткость артерий у молодых ассоциируется с начальными проявлениями хронического воспаления артериальной стенки, склонностью к тромбообразованию и с нарушениями углеводного обмена в виде сниженной чувствительности тканей к инсулину. Эластичность артерий в старшей группе сохраняется, несмотря на незначительно повышенные уровни глюкозы и HbA<sub>1c</sub>, а также более высокие показатели хронического воспаления и тромбообразования. В качестве маркеров биологического старения сосудов, сопряженного с хронологическим старением, можно рассматривать нарушения в системе гемостаза в виде повышенного тромбообразования, а также гипергликемию и повышенный уровень HbA<sub>1c</sub> и, как следствие, развитие инсулинорезистентности.

\*\*\*

## НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ

Горшков А.Ю.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### NEW METHOD OF ENDOTHELIAL FUNCTION ESTIMATION

Gorshkov A.Yu.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Болезни системы кровообращения служат основными причинами инвалидизации и смертности во всем мире. Изучение причин сердечно-сосудистой смертности как конечного звена сердечно-сосудистого континуума определило необходимость изучения роли эндотелиальной дисфункции. Эндотелиальная дисфункция всегда предшествует повреждению или нарушению функционирования любого сосуда независимо от его органной локализации. Эндотелиальная дисфункция является одним из универсальных патогенетических механизмов ССЗ. Существующие методы оценки эндотелиальной дисфункции не обладают достаточной чувствительностью и специфичностью, что может быть связано с гетерогенностью эндотелия. Оценка состояния (толщины) эндотелиального гликокаликса рассматривается рабочей группой Европейского общества кардиологов как один из методов определения функции эндотелия. На основании принципа темнопольной боковой микроскопии разработан новый метод оценки состояния эндотелиального гликокаликса *in vivo*. Темнопольная боковая микроскопия — это неинвазивный метод, позволяющий визуализировать гемоглобин эритроцитов в микроциркуляторном русле подязычной области. Основанное на функции эндотелиального гликокаликса как защитного слоя на сосудистой стенке против патогенного воздействия различных циркулирующих агентов, использование темнопольной микроскопии позволяет оценить глубину проникновения эритроцитов в эндотелиальный гликокаликс. Для прижизненной микроскопии применяются темнопольные капилляроскопы со светодиодным освещением в зеленой области спектра (540 нм), обеспечивающие запись капиллярного кровотока с 325-кратным увеличением при скорости записи 23 кадра в с. Далее, с помощью программного обеспечения Gluscocheck («Gluscocheck BV», Маастрихт, Нидерланды) в автоматическом режиме производится до 3000 измерений ширины колонки эритроцитов и анализ динамического бокового движения эритроцитов в глубину гликокаликса, которое определяется в микрометрах (мкм) как Perfused Boundary Region (PBR) — пограничная область перфузии. В результате расчетные значения PBR, соответствующие для столбцов эритроцитов шириной от 5 до 25 мкм, усредняются для обеспечения единого значения PBR для каждого обследуемого пациента. Поврежденный гликокаликс допускает более глубокое проникновение эритроцитов к эндотелиальной поверхности, что отражается в росте значения PBR. К настоящему времени метод расчета PBR как маркера эндотелиальной дисфункции был неоднократно протестирован в исследовательских работах. Так, показано, что увеличение значения PBR происходит у пациентов с ишемической болезнью сердца и инсультом в анамнезе, у пациентов с терминаль-



ной почечной недостаточностью и сепсисом. Таким образом, оценка PBR может быть использована в качестве нового неинвазивного автоматического метода оценки эндотелиальной дисфункции.

\*\*\*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ И СТАРШЕКУРСНИКОВ

Григорович М.С., Ошечков Д.С.,  
Безматерных К.В., Малышева О.Г.

Кировская государственная медицинская академия, Киров,  
Россия

### COMPARATIVE EVALUATION OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES RISK FACTORS PREVALENCE AMONG FIRST-YEAR STUDENTS AND UNDERGRADUATES

Grigorovich M.S., Oshchepkov D.S.,  
Bezmaternykh K.V., Malysheva O.G.

Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia

**Цель исследования** — провести сравнительную оценку распространенности факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у студентов-первокурсников и старшекурсников.

**Материал и методы.** Работа выполнена в рамках проекта «Секреты активного долголетия», направленного на воспитание культуры здорового образа жизни (ОЖ) среди населения Кировской области и снижение распространенности ФР ХНИЗ, и одобрена локальным этическим комитетом. На основании специально разработанных анкет для оценки ФР ХНИЗ проведено интервьюирование 694 студентов гуманитарного вуза: 368 первокурсников (ПК) и 326 студентов V курса (СК), преимущественно женского пола (78 и 76% соответственно).

**Результаты.** Информированы об уровне своего артериального давления менее половины опрошенных ( $p > 0,05$ ), уровень выше 140/90 мм рт.ст. имеют 5% ПК и 9% СК ( $p < 0,05$ ). Осведомленность о цифрах холестерина (ХС) крови еще более низкая: 13 и 27% соответственно ( $p < 0,001$ ). О приеме ХС-снижающих препаратов указали 1% ПК и 3% СК ( $p > 0,05$ ). Наличие хронических заболеваний отметили 22 и 23% анкетированных ( $p > 0,05$ ). Достаточное количество овощей и фруктов ( $\geq 400$  г) ежедневно получают 38% ПК и 34% СК, избыточное потребление легкоусвояемых углеводов выявлено в  $\frac{1}{3}$  случаев ( $p > 0,05$ ). На содержание жиров в продуктах обращают внимание не более 30% ПК и 32% СК, привычка досаливать пищу преобладает у СК (28% против 13%,  $p < 0,001$ ). Низкую двигательную активность (ДА), ходьба менее 30 мин в день и т.п.) имеют 21% ПК и 30% СК ( $p < 0,01$ ), однако 82% ПК и СК ( $p > 0,05$ ) хотели бы повысить свою ДА. Большинство студентов, особенно ПК, «никогда не курили» (72% ПК против 59% СК,  $p < 0,001$ ), реже — «курили, но бросили» (13 и 19% соответственно,  $p > 0,05$ ), курят «эпизодически» (8 и 11%). Своевременно ложатся спать (22.00—23.00 ч) чаще ПК (45 против 29%,  $p < 0,001$ ). За компьютером более 1 ч в день проводят большинство опрошенных (76 и 80%,

$p > 0,05$ ). О наличии мыслей об уходе из жизни указали 15 и 17% респондентов соответственно ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** Распространенность большинства поведенческих и биологических ФР ХНИЗ нарастает по мере обучения в вузе от первого к старшим курсам, информированность возрастает при выявлении отклонений в состоянии здоровья. Имеет место недостаточная информированность студентов о состоянии своего здоровья и ФР ХНИЗ, и одновременно выявлено их желание к позитивным изменениям в образе жизни, нуждающееся в подкреплении практическими действиями и создании условий для их реализации.

\*\*\*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Грушина Т.И.

ГАУЗМ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

### MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF BREAST CANCER PATIENTS OF III CLINICAL GROUP

Grushina T.I.

Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine», Moscow, Russia

Проблема реабилитации больных раком молочной железы крайне актуальна, т.к. это злокачественное новообразование составляет у женщин более 20% всех видов онкологических заболеваний. Основным осложнением радикального лечения рака молочной железы является отек верхней конечности I—IV степени на стороне операции. До недавнего времени традиционно считалось, что онкологические заболевания абсолютно противопоказаны для применения физических факторов. Проведенный анализ отдаленных результатов реабилитации 1447 больных раком молочной железы I—III стадий, имеющих отек верхней конечности, показал, что указанные ниже методы физиотерапии не ухудшают показатели выживаемости данных онкологических больных III клинической группы диспансерного наблюдения (т.е. полностью закончивших радикальное лечение и не имеющих рецидива и метастазов опухоли). При наблюдении выработанных показаний и противопоказаний для физиотерапии при отеке верхней конечности возможно назначение следующих процедур. Перемежающаяся пневматическая компрессия отечной конечности с давлением в манжетном элементе не выше 60—80 мм рт.ст., экспозицией 20—30 с и паузой 15—20 с в течение не менее 45—60 мин в день, ежедневно на протяжении 12—15 дней. Электронейростимуляция лимфатического дренажа по методикам региональной стимуляции и/или общей стимуляции (стимуляция лимфатических стволов или протоков) с использованием программ «стимуляция», в течение 20 мин, ежедневно, 10—12 процедур на курс лечения. Низкочастотная низкоинтенсивная магнитотерапия от различных аппаратов, являющихся источниками переменного, пульсирующего и бегущего импульсного магнитных полей, в течение 20 мин, ежеднев-

но, 10–12 процедур на курс лечения. Низкочастотная (в диапазоне частот 1–5000 Гц) электростимуляция мышц плечевого пояса на стороне операции синусоидально-модулированными или импульсными или диадинамическими токами в течение 10 мин, ежедневно, 10 процедур на курс лечения. Переменное низкочастотное электростатическое поле в двух вариантах — с помощью электродов-аппликаторов или рук медицинского работника (через специальные виниловые перчатки) в течение 10–20 мин, ежедневно, 10–15 процедур на курс лечения. Все вышеуказанные физические факторы способствуют уменьшению отека верхней конечности, но имеют различную эффективность. Уменьшение избыточного объема верхней конечности в среднем для всех степеней отека при пневматической компрессии равно 41,0%, при пневматической компрессии и электротерапии — 53,4%, при пневматической компрессии и магнитотерапии — 58,9%, при их комплексном использовании — 75,0%. Количество курсов лечения определяется в зависимости от степени отека конечности и полученных результатов, сокращение промежутков между курсами менее 3–6 мес нецелесообразно.

\* \* \*

## **ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Гукович А.В., Чернышев Б.М., Мингареев А.Д.**

ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области», Калининград, Россия

### **FEATURES OF HYGIENIC EDUCATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS ATHLETES IN KALININGRAD REGION**

**Gukovic A.V., Chernyshev B.M., Mingareev A.D.**

Center of medical prevention and rehabilitation of the Kaliningrad region, Kaliningrad, Russia

**Цель исследования** — разработка эффективных методов гигиенического воспитания детей-спортсменов.

Численность детского населения Калининградской области составляет 170 661 человек, из них около 60 000

детей и подростков занимаются спортом. В области работают около 90 различных спортивных организаций, предлагающих детям заниматься различными видами спорта. Об активности спортивного движения юных спортсменов Калининградской области свидетельствует большое количество проведенных соревнований областного уровня (в 2014 г. их было 639) и заметное представительство калининградских детей на соревнованиях международного уровня.

В этой связи особое внимание уделяется санитарно-просветительной работе среди юных спортсменов по гигиене спортивных занятий. Специалисты по профилактике и врачи врачебно-физкультурного диспансера ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» осуществляют целенаправленную работу по привлечению детей к активным занятиям спортом, привитию навыков здорового образа жизни и гигиены спорта. Работа охватывает все группы детей и подростков, а также специалистов, работающих с детьми. Эта деятельность включает: чтение лекций для детей и родителей в школах и других учебных заведениях; проведение курсов повышения квалификации по гигиене спорта для учителей школ и детских спортивных тренеров в Центре повышения квалификации работников образования; различные формы работы через средства массовой информации: выступления на телеканалах, радио, статьи в печатных изданиях, размещение материалов на сайте Центра, в том числе выпуск газеты «Берегите здоровье», в каждом номере которого содержится материал по ЗОЖ, пропаганде физической культуры; выпуск наглядной печатной продукции (плакаты, брошюры, памятки, листовки и др.) и распространение ее в учебных заведениях, организациях, на транспорте с целью повышения информированности населения по вопросам профилактики и ранней диагностики хронических неинфекционных заболеваний у детей; индивидуальное и групповое консультирование детей при проведении диспансеризации детей-спортсменов на базе ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации», проведение выездных акций и индивидуальное консультирование во время медицинского обслуживания соревнований юных спортсменов.

**Вывод.** Работа с детьми по пропаганде здорового образа жизни и повышению информированности детей о пользе занятий спортом может быть эффективна при комплексном подходе к решению этой задачи.

★ ★ ★

## РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Данилова Е.С., Потемкина Р.А., Соловьев Д.А., Усова Е.В., Попович М.В.**

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## REALIZATION OF REGIONAL PROGRAMMES FOR THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

**Danilova E.S., Potemkina R.A., Solovyev D.A., Usova E.V., Popovich M.V.**

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) зависит не только от работы системы здравоохранения, но и от условий жизни населения, социальной и экономической среды. Разработка и реализация программ формирования ЗОЖ и профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) требуют регулирования и выполнения широкого ряда многоуровневых и межсекторальных мер. Для формирования «единой профилактической среды» необходимо привлечение представителей всех министерств и ведомств на всех уровнях власти, а также общественных организаций и бизнеса с одной стороны, с другой — повышение информированности и вовлечение населения через СМИ о профилактике, факторах риска НИЗ и их последствиях, мерах по их выявлению. Такой подход требует внедрения федеральных и региональных стратегий/программ профилактики НИЗ на основе межведомственного подхода, определения согласованных целей и задач, четких индикаторов и критериев их оценки для мониторинга программ профилактики НИЗ. В 2012 г. в РФ стартовал процесс разработки программ профилактики НИЗ как на федеральном, так и на региональном уровнях. В настоящее время эти программы являются ведомственными, в их разработке в основном принимает участие только Министерство здравоохранения. В 2014 г. был проведен анализ реализации Подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ. Развитие первичной медико-санитарной помощи» в субъектах РФ посредством применения разработанного опросника. Результат опроса можно экстраполировать на половину регионов (54%) страны. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости межведомственного взаимодействия и создании во всех субъектах РФ межведомственных правительственных комиссий, а также о необходимости разработки регионального межведомственного плана действий по профилактике хронических НИЗ и формированию ЗОЖ, разработка которого в настоящее время в РФ находится только в начале своего пути. Только половина из откликнувшихся регионов имеет сформированные правительственные межведомственные комиссии, что говорит о необходимости решения данного вопроса как на региональном (со стороны глав регионов), так и на федеральном (со стороны Правительственной комиссии) уровне. Среди опрошенных российских регионов почти 80% имеют определенный опыт по нормативно-правовому решению вопросов совершенствования федерального законодательства об ограничении курения табака, половина регио-

нов имеют законодательную базу по безопасности пищевых продуктов. Треть регионов имеет утвержденные планы по созданию безопасных пешеходных, парковых зон, велодорожек. Таким образом, ключевым условием для решения проблем профилактики НИЗ и формирования ЗОЖ должны стать интеграция усилий и межведомственное сотрудничество при лидирующей роли федерального и региональных правительств. Это должно стать одним из главных направлений политики правительства страны в ближайшие годы для снижения преждевременной смертности населения.

\* \* \*

## ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ОДНА ИЗ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Дмитриева О.В., Казаева О.В.**

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Рязань, Россия

## HYGIENIC EDUCATION OF THE POPULATION AS ONE OF THE TECHNOLOGIES FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES PREVENTION

**Dmitrieva O.V., Kazaeva O.V.**

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

В настоящее время гигиеническое воспитание населения, в том числе по профилактике ХНИЗ, входит в должностные обязанности медицинских работников ЛПО (отделы, отделения, кабинеты медицинской профилактики), ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», центров здоровья, центров медицинской профилактики. С учетом высокой потребности в специалистах по гигиеническому воспитанию преподавателями курса гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО создана дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Гигиеническое воспитание» (576 ч), по которой прошли обучение 170 врачей из Рязани и близлежащих регионов. Исходя из «Концепции развития здравоохранения...», в программе делается упор на профилактику 4-х факторов риска ХНИЗ: избыточное употребление алкоголя, табакокурение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия. Кроме того, большое внимание уделяется гигиеническому воспитанию по вопросам профилактики онкологических заболеваний (Рязанский регион занимает одно из первых ранговых мест по данной патологии в ЦФО). Вопросы гигиенического воспитания по проблемам профилактики ХНИЗ выделены в отдельный учебный модуль. Учитывая современные тенденции внедрения в учебный процесс дистанционных образовательных технологий и запросы практических специалистов, в программу внесены дистанционные компоненты. Помимо наполнения сайта контентом, содержащим большое количество научного, учебного, справочного материала по этиологии, эпидемиологии, патогенезу и профилактике ХНИЗ, в программу внесены учебные элементы по современным организационным вопросам гигиенического воспитания. После освоения дополнительной профессиональной программы слушатели должны уметь самостоятельно подготовить аудиовизу-



альный материал для лекций (владеть практическими навыками подготовки презентации, макета образовательной программы повышения квалификации декретированных групп). Большое внимание уделяется психолого-педагогическим основам гигиенического воспитания и обучения (роль эндо- и экзогенных факторов, гендерные особенности отношения к здоровью, влияние профессиональной деятельности на отношение к здоровью). Целесообразно расширить область преподавания традиционных направлений профилактики ХНИЗ за счет внедрения в программу таких учебных элементов, как роль биологических факторов в развитии ХНИЗ (СПИД и заболевания сердечно-сосудистой системы, хламидиоз как фактор риска атеросклероза, вирусы гепатита В и С как фактор риска онкологических заболеваний печени и др.). Не вызывает сомнений, что внедрение в преподавание гигиенического воспитания и особенно гигиенического обучения и аттестации элементов электронного и дистанционного обучения с использованием сетевых технологий на основе анализа региональных ситуаций повысит эффективность профилактики ХНИЗ.

\*\*\*

### **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ**

**Дробот Е.В., Алексеенко С.Н.**

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

### **FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: IMPACT ON INDICATORS OF STUDENTS' RESILIENCE**

**Drobot E.V., Alekseenko S.N.**

Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

**Цель исследования** — оценка влияния характера патологии органов пищеварения на выраженность жизнестойкости в психологическом статусе студентов медицинского вуза.

**Материал и методы.** Проведено добровольное анкетирование 163 студентов. Из них жалобы со стороны органов пищеварения имели 81 человек. У данной категории молодых людей для выявления симптомов функциональной диспепсии (ФД) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) использовали опросник FSSG. Ответы на предложенные вопросы оценивались в баллах, подсчитывались суммы баллов по симптомам ФД и ГЭРБ. По результатам анкетирования студенты были разделены на группы: 1-я группа сравнения — 30 (37%) человек, у которых преобладали симптомы ГЭРБ, и 2-я группа — 51 (63) человек — студенты, у которых наблюдался паттерн симптомов ФД (чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, связанные с нарушением режима питания или психоэмоциональным напряжением). Жизнестойкость оценивалась по опроснику Hardiness Survey, С. Мадди.

**Результаты.** Анализ влияния характера патологии органов пищеварения на жизнестойкость свидетельствует, что более высокий уровень жизнестойкости обнаружили студенты 1-й группы ( $M=94,4\pm 4,2$  против  $M=85,3\pm 3,9$

балла у представителей 2-й группы). Показатели по шкалам вовлеченность и принятие риска в 1-й группе также превышали таковые во 2-й группе и составили в среднем  $43,0\pm 5,1$ ,  $20,9\pm 1,8$  балла против  $36,2\pm 4,6$ ,  $16,4\pm 2,1$  балла соответственно. Показатели по шкале контроль в анализируемых группах статистически достоверно не различались.

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой распространенности патологии органов пищеварения среди студентов. Наличие функциональной диспепсии у молодых людей более значимо отрицательно влияет на их жизнестойкость в сравнении со студентами, имеющими симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни за счет снижения таких компонентов, как вовлеченность и принятие риска.

\*\*\*

### **НЕКОТОРЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У СТУДЕНТОВ**

**Дробот Е.В.**

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

### **SOME PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF THE SYNDROME OF A VEGETATIVE DYSTONIA AT STUDENTS**

**Drobot E.V.**

Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

**Цель исследования** — изучение психофизиологических типов личности студентов и уровней тревожности в сопряженности с синдромом вегетативной дистонии (СВД).

**Материал и методы.** Обследованы 163 студента в возрасте от 22 до 26 лет. Оценка признаков СВД проводили по стандартизованному опроснику диагностики вегетососудистой дистонии. Для выявления акцентуаций характера использовался метод К. Леонгарда. У 20—50% людей некоторые черты характера столь заострены (акцентуированы), что при определенных обстоятельствах это приводит к однотипным конфликтам и нервным срывам. Уровень тревожности определяли по опроснику Тейлора.

**Результаты.** Показано, что СВД отсутствовал у 61 студента — 1-я группа сравнения, СВД был диагностирован у 102 человек — 2-я группа. Анализ психофизиологических показателей личности свидетельствует о преобладании в 1-й группе в 74% гипертимно-демонстративного типа личности, характерными особенностями которой являются высокая контактность, стремление к активной жизненной позиции. Анкетированные из 2-й группы в 63% характеризуются экзальтированно-демонстративно-циклотимным типом личности, свидетельствующим о наличии активной жизненной позиции со стремлением к лидерству, что может сменяться периодами низкой контактности, замкнутостью и бездействием. При оценке уровня тревоги респондентов установлено, что высокий уровень тревоги во 2-й группе встречался в 2,1 раз чаще в сравнении с 1-й группой. Что отражает субъективно негативное эмоциональное состояние (беспокойство, озабоченность, нервозность) у представителей 2-й группы.

**Вывод.** Установлено, что психофизиологические переменные у большинства обследованных студентов с СВД могут одновременно рассматриваться и как следствие соматической патологии и как возможный фактор риска развития заболевания.

\*\*\*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

**Дробышев В.А., Севастьянова Т.Н.**

ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России; ГБУЗ НСО ГКБ №2, Новосибирск, Россия

## EFFECTIVENESS OF EXTREMELY HIGH-FREQUENCY THERAPY IN PATIENTS WITH ALIMENTARY OBESITY

**Drobyshev V.A., Sevastyanova T.N.**

Medical University; Clinical hospital No 2, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — изучить влияние КВЧ-пунктуры на антропометрические, биоимпедансометрические, психологические показатели и качество жизни больных алиментарным ожирением.

**Материал и методы.** Обследованы 56 пациентов (4 мужчин и 52 женщины) с индексом массы тела (ИМТ)  $32,4 \pm 1,4$  кг/м<sup>2</sup>, ( $n=4$ ; 7%) и ( $n=52$ ; 93%) с оценкой антропометрических параметров (масса тела, рост, расчет ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и соотношение ОТ/ОБ) и состава тела методом биоимпедансного анализа на аппарате Медасс (Россия). Качество жизни изучалось согласно опроснику SF-36 (1998), уровень личностной и ситуационной тревожности — тестом Спилбергера—Ханина. Продолжительность исследования составляла 12 нед. Случайным образом больные были разделены на две группы. 1-я ( $n=28$ ) получала базовый комплекс в виде гипокалорийной диеты стандартного 5 рациона с ограничением энергетической ценности до 1300—1600 ккал/день и занятия ЛФК (беговая дорожка — 40 мин, изометрические упражнения и дыхательная гимнастика — 40 мин, через день). У пациентов 2-й группы ( $n=28$ ) базовый комплекс дополнялся ежедневной КВЧ-пунктурой биологически активных точек (БАТ): G14, E36; RP9, E25; TR4; F13, VB 25; TR5, E12; V23, R7 от аппарата Стэлла-1БФ (ООО МТЦ «Коверт», Россия), длиной волны 5,6 мм. За одну процедуру воздействовали на 3 точки, с экспозицией 10 мин на 1 точку, количество процедур — 12. Всем пациентам проводилась цуботерапия на аурикулярные точки: 17, 18, 34, 55, 87, 45, 95.

**Результаты.** К завершению периода наблюдения отмечено уменьшение средней массы тела в 1-й группе на 5,1%, во 2-й — на 9,5%; ИМТ снизился в 1-й группе на 5,1%, во 2-й — на 9,6%; выявлено снижение ОТ в 1-й группе на 4,5%, во 2-й — на 7,4%; ОБ — в 1-й группе на 4,3%, во 2-й — на 6,0% ( $p<0,05$ ). Проведение биоимпедансного анализа позволило зафиксировать уменьшение жировой массы тела у пациентов 1-й группы на 8,2%, 2-й — на 15,1%; тощая масса тела уменьшилась в 1-й группе на 2,9%, во 2-й — на 5,4%; активно-клеточная масса в 1-й группе уменьшилась на 3,8%; тогда как во 2-й — увеличилась на 5,4%; скелетно-мышечная масса у пациентов 1-й

группы уменьшилась на 0,5%, во 2-й — увеличилась на 7,2%); содержание общей жидкости сократилось в 1-й группе на 2,9%, во 2-й — на 5,4% ( $p<0,05$ ). При оценке качества жизни отмечено увеличение показателей: физического функционирования — в 1-й группе на 10,5%; во 2-й — на 14,3%; ролевое физическое функционирование — в 1-й группе возросло на 10,7%; во 2-й — 32,1%; показатель общего здоровья возрос у пациентов 1-й группы — 5,8%; тогда как 2-й — 11,6% ( $p<0,05$ ). Отмечено достоверное снижение показателей личностной и реактивной тревожности с высокого уровня до умеренного во 2-й группе.

**Вывод.** Дополнение базового лечебного комплекса КВЧ-пунктурой у пациентов алиментарным ожирением достоверно влияет на антропометрические параметры, состав тела, психологическое состояние и качество жизни.

\*\*\*

## МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ДИНАМИКЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Дробышев В.А., Лазарева Э.Ш.**

ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России; ГБУЗ НСО ГКБ №2, Новосибирск, Россия

## MONITORING OF CARDIO-RESPIRATORY DISEASES RISK FACTORS IN YOUNG MEN WITH HIGH NORMAL PRESSURE IN THE HEALTH CENTER IN FRAMES OF A REHABILITATION PROGRAM

**Drobyshev V.A., Lazareva E.Sh.**

Medical University; Clinical hospital No 2, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — изучение факторов риска кардиореспираторных заболеваний у молодых мужчин с высоким нормальным АД в условиях Центра здоровья в динамике программы реабилитации.

**Материал и методы.** На базе Центра здоровья ГБУЗ НСО ГКБ №2 проведено обследование 2116 мужчин в возрасте от 30—45 лет на выявление факторов риска кардиореспираторных заболеваний, оценку состава тела по данным биоимпедансометрии, изучением психофизиологического статуса по тесту Люшера и качества жизни согласно опроснику SF-36 (1998). Из 517 осмотренных (31,7%) с высокими нормальными уровнями АД (135—139/85—89 мм рт.ст.) методом случайной выборки были выделены две группы: 1-я (основная) — 226 мужчин дважды в течение года получали двухнедельный курс восстановительного лечения, 2-я (сравнения) — 258 мужчин получили рекомендации по ведению здорового образа жизни.

**Результаты.** Проведенный мониторинг факторов риска кардиореспираторных заболеваний и комплексной реабилитации с применением восстановительной программы у пациентов основной группы показал снижение показателей САД на 13,3% и ДАД — на 9,2%, а в группе сравнения — на 9,8 и 6,3% соответственно. При изучении факторов риска АГ наблюдалось уменьшение индекса массы тела (ИМТ) на 8,0% (1-я группа — 9,6%, 2-я группа — 5,3%), снижение показателя общего холестерина в кро-

# ФИЛВЕЛ

FEELWELL

## УНИКАЛЬНЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОДУКТ

**ФИЛВЕЛ** – это крепкие кости, здоровые суставы, красивая кожа, волосы, ногти.

**ФИЛВЕЛ** – оптимальное сочетание кремния и жизненно важных микроэлементов для профилактики остеопороза.

Содержит кремний в виде ортокремниевой кислоты в высоко биодоступной форме, которая препятствует деминерализации костной ткани (улучшает всасывание кальция, стимулирует биосинтез остеобластов и коллагеновых волокон костного матрикса).

Благодаря L-карнитину ортокремниевая кислота сохраняет свою активность и легко усваивается организмом.

Изготовитель: Де Берайдерс Б.В., Нидерланды/ de Bereiders B.V., Netherlands, Dieselstraat 3b, 7903 AR Hoogeveen. По заказу Вемакс Интернэшнл Б.В., Нидерланды/ Vedax International B.V., Nieuwendammerdijk 437, 1023 BM Amsterdam. Экспортер: ФАРМАВАЛЬ СА Швейцария/ PHARMAVAL SA, Switzerland, En Reutet, Case postale 169, 1868, Collombey. Организация, уполномоченная на принятие претензий: ООО «ФАРМАВАЛЬ» Россия, 125481, г. Москва, ул. Планерная, д. 20, корп. 1 тел: 8(495) 721-17-25

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



PHARMAVAL

БАД. Не является лекарством



ни на 7,4% (1-я группа — 8,1%, 2-я группа — 6,0%), нарушение толерантности к глюкозе встречалось ниже на 13,2% (1-я группа — 10,1%, 2-я группа — 7,5%). Снижение общего числа лиц потребления табака на 19,3% (1-я группа — 16,6%, 2-я группа — 9,2%). Динамика комплексной оценки психофизиологического статуса показала улучшение в 1-й группе в 96,7%, уровень тревожности уменьшился на 12,2% ( $p < 0,05$ ), эмоциональная стабильность повысилась на 7,2% ( $p < 0,05$ ), стрессоустойчивость — на 12,1% ( $p < 0,05$ ) и общая самооценка на — 9,5% ( $p < 0,05$ ), тогда как во 2-й — в 74,5, 3,8, 3,6, 3,8 и 2,1% соответственно. Субъективно пациенты, получившие восстановительную программу реабилитации, отмечали улучшение общего состояния, сна и настроения, увеличение работоспособности, повышение общей активности.

**Вывод.** Применение программы реабилитации способствует мобилизации функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, коррекции факторов риска кардиореспираторных заболеваний, психоэмоциональных нарушений и улучшению качества жизни.

\*\*\*

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Дроздова Л.Ю., Кушунина Д.В., Егоров В.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### DIFFERENT ASPECTS OF DISPENSARY FOLLOW-UP ORGANIZATION IN RUSSIA

Drozdova L.Yu., Kushunina D.V., Egorov V.A.

National Research Center for Preventive Medicine Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить различные аспекты организации диспансерного наблюдения, кадровую обеспеченность отделений и кабинетов медицинской профилактики, динамику числа пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за 2013—2014 гг.

**Материал и методы.** Во все субъекты Российской Федерации были разосланы анкеты «Структуры и кадры медицинской профилактики, участвующие в диспансеризации взрослого населения, обеспеченность профилактического консультирования, численность контингентов, взятых под диспансерное наблюдение», анкета содержала пять блоков вопросов. Всего были получены заполненные анкеты из 72 субъектов Российской Федерации.

**Результаты.** Среди амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), участвующих в диспансеризации, с численностью прикрепленного населения менее 20 тыс. — 68% имеют кабинеты медицинской профилактики (КМП), 5% — отделения медицинской профилактики (ОМП), с численностью прикрепленного населения более 20 тыс. — 50% — КМП, 44% — ОМП. Укомплектованность КМП врачебными кадрами составляет 50%, фельдшерскими кадрами — 72%. Укомплектованность ОМП врачебными кадрами составляет 66%, фельдшерскими кадрами — 70%. В среднем под наблюдением одного участкового врача находится 426 пациентов, одного фельдшера — 91 пациент, укомплектованность участковыми терапевтами составляет

73%, участковыми фельдшерами — 79%. Численность граждан, находящихся под диспансерным наблюдением участковых врачей на момент анкетирования (конец 2014 г.) — 15 037 202, по результатам диспансеризации 2014 г., 3-я группа здоровья установлена — 7 887 935 человек, из них поставлены на диспансерное наблюдение — 2 796 487 человек (35,4% от всех нуждающихся). Наименьшее число лиц под диспансерным наблюдением терапевтов отмечается в республике Коми, Вологодской области, Краснодарском крае, Ростовской области, республике Ингушетии. В ряде регионов наблюдается уменьшение числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением: Астраханская область, Краснодарский край, Республика Дагестан, Приморский край. Проведенный анализ не выявил достоверной корреляции между охватом диспансерным наблюдением и кадровой укомплектованностью учреждений.

**Вывод.** Полученные результаты и выявленная в ряде регионов тенденция к снижению числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, требуют дополнительного анализа, так как полученные различия нельзя объяснить только кадровым дефицитом подразделений профилактической направленности и участковой службы.

\*\*\*

## РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Дудникова А.В.

ГБУЗККБ №2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

### ROLE OF RISK FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE FORMATION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Dudnikova A.V.

Clinical hospital No 2, Krasnodar, Russia

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является хроническим прогрессирующим заболеванием респираторной системы с доказанными внелегочными проявлениями, формирующими широкий спектр коморбидной патологии. Однако остается малоизученным вклад дисфункции почек в ее формирование и прежде всего в формирование сердечно-сосудистых заболеваний как наиболее частой причины летальности при ХОБЛ.

**Цель исследования** — анализ имеющихся факторов риска хронической болезни почек (ХБП) в группе больных с ХОБЛ I—IV степени тяжести, без выраженного нарушения функции почек.

**Материал и методы.** Анализировались истории болезни 300 пациентов пульмонологического стационара с установленным диагнозом ХОБЛ, средний возраст  $65,95 \pm 10,1$  года, (70,4% мужчин, 29,6% женщин). Пациенты разделены на четыре группы соответственно тяжести основного заболевания. Оценивались основные факторы риска (ФР) ХБП. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ .

**Результаты.** Повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ) как маркера воспаления отмечается у 100%

пациентов, средний уровень составил  $22,68 \pm 18,44$  мг/л. Уровень СРБ достоверно коррелирует с тяжестью ХОБЛ ( $r=0,356$ ;  $p<0,05$ ). Курение выявлено в 92% случаев, индекс курящего человека в среднем составил  $39,92 \pm 6,56$  «пачек-лет» и достоверно коррелировал с тяжестью ХОБЛ ( $r=0,262$ ;  $p<0,05$ ). Число пациентов пожилого возраста — 78,6%, наибольший удельный вес представлен в 3-й и 4-й группе, где достиг 100%. Артериальная гипертензия выявлена у 65,6% пациентов, в 4-й группе по сравнению с 1-й достоверно чаще ( $p<0,05$ ). Распространенность патологии мочевыделительной системы составила 53,3%, достоверно коррелировала с тяжестью ХОБЛ ( $r=0,356$ ;  $p<0,05$ ). Избыточная масса тела ( $>25$  кг/м<sup>2</sup>) и длительный прием НПВС составили по 36% в целом по выборке. Отмечается обратная корреляция между ИМТ и тяжестью ХОБЛ ( $r=-0,306$ ;  $p<0,05$ ). Частота длительного приема НПВС

достоверно чаще в 4-й группе ( $p<0,05$ ). Частота сочетания АГ+ИБС наблюдалась в среднем у 64,6% пациентов, а ПИМ у 16%, достоверно чаще у пациентов 4-й группы,  $p<0,05$ . Обнаружены некоторые гендерные особенности распространенности факторов риска: в 1-й и 2-й группе ИМТ у мужчин достоверно ниже ( $p<0,05$ ), распространенность АГ, как и «индекс курильщика», достоверно выше у мужчин во всех группах ( $p<0,05$ ), в 1-й группе возраст женщин достоверно выше чем у мужчин ( $p<0,05$ ).

**Вывод.** Выявлена высокая распространенность факторов риска ХБП у пациентов с ХОБЛ, большая часть которых совпадает с факторами риска ССЗ и является потенциально модифицируемыми. Прицельное внимание к факторам риска ХБП и их своевременная коррекция поможет снизить распространенность дисфункции почек и тем самым летальность от ССЗ.

★ ★ ★

## ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У СТУДЕНТОВ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА С УЧЕТОМ ПОЛА

Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Коновалова Н.М., Подушинский А.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

## CENTRAL PRESSURE IN STUDENTS WITHOUT RISK FACTORS WITH CONSIDERATION OF GENDER

Evseyeva M.E., Sergeeva O.V., Konovalova N.M., Podushinsky A.Yu.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

**Цель исследования** — оценить параметры центральной и периферической гемодинамики у молодых людей в «идеальных условиях», т.е. при отсутствии основных факторов риска (ФР).

**Материал и методы.** Обследованы 26 студентов (12 юношей и 14 девушек) без наличия ФР в возрасте 20—23 лет с помощью диагностического комплекса VPLab в формате программного обеспечения Vasotens Office (компания ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород). Кроме традиционных параметров АД плечевой артерии анализировались такие показатели, как систолическое АД аортальное (SYSao/САДао), диастолическое АД аортальное (DIAao/ДАДао), пульсовое АД аортальное (PPao/ПАДао), среднее АД аортальное (MBPao/СрДао), длительность периода изгнания левого желудочка (ED), индекс аугментации в аорте (AI<sub>ао</sub>), амплификация пульсового давления (PPA) и индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SEVR). Исключались такие ФР, как отягощенная наследственность по ранним СС заболеваниям, избыточная масса тела/ожирение, курение, нерациональное питание, низкая стрессоустойчивость, хронические инфекционно/иммунно-воспалительные заболевания, а также дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика). Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Microsoft Excel. Данные представлены в виде медиан Me (25—75 перцентили). Сравнительный анализ количественных признаков про-

водился помощью U-критерия Манна—Уитни. Различия считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Оказалось, что без ФР, т.н. «идеальных» юношей и «идеальных» девушек, среди обследованных студентов оказалось всего 33,3% и 36,8% соответственно. Медианы периферических показателей САД, ДАД, среднего АД у юношей и у девушек различались лишь на 0,5—1 мм рт.ст. в сторону увеличения у юношей. Аналогичная картина отмечена со стороны центральных показателей этих же параметров АД. Вместе с тем минимальные и максимальные значения этих показателей у юношей были чаще всего выше, чем у сверстниц. Периферическое пульсовое давление (ПД) по значению медианы было на 6 мм рт.ст. выше у юношей, в то время как показатели центрального ПД оказались одинаковыми. Индекс амплификации ПД и индекс SEVR у студентов зарегистрированы на несколько более высоком уровне по сравнению со студентками в отличие от показателя ED. При этом показатели медиан ЧСС были почти одинаковыми. Самые значимые различия между двумя группами касались индекса аугментации или прироста ПД в аорте — медианы у юношей —8 (–12; 2), а у девушек 1,5 (–2; 5,5) соответственно, т.е. медианы находились в разнополюсных системах координат.

**Вывод.** Выявлено наличие заметных гендерных отличий в показателях, характеризующих состояние аортальной стенки у представителей молодого возраста при отсутствии каких-либо ФР. Наиболее значимые различия касаются индекса аугментации центрального ПД, которые свидетельствуют о наличии у юношей более благоприятного соотношения обратной и прямой пульсовых волн по сравнению с девушками, у которых длина аорты заметно короче. Вместе с тем, ускорение основной волны и пульсовое давление на плече у юношей несколько выше, а время изгнания крови из левого желудочка несколько короче, чем у сверстниц. По последней причине у юношей индекс эффективности субэндокардиального кровотока выше, а значит диастолическая функция у них, вероятно, осуществляется в более благоприятных физиологических условиях. Полученные данные целесообразно учитывать как «норму» при проведении массовых диа-

гностических мероприятий в рамках молодежной диспансеризации в условиях студенческих поликлиник и центров студенческого здоровья с целью надежного формирования групп сердечно-сосудистого риска среди молодежи.

\* \* \*

## СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ СТУДЕНТОВ

Евсевьева М.Е., Еремин М.В., Деревянникова Е.В., Маркова Е.Ю., Фурсова Е.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

## VASCULAR STIFFNESS AND DISPENSARY FOLLOW-UP OF STUDENTS

Evseyeva M.E., Eremin M.V., Derevyannikova E.V., Markova E.Yu., Fursova E.N.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

**Цель исследования** — оценить параметры центральной и периферической гемодинамики у молодых людей в процессе их диспансеризации на базе центра студенческого здоровья СтГМУ при наличии у них основных факторов риска (ФР).

**Материал и методы.** Обследовано 38 студенток (с ФР 26 человек) и 40 студентов (с ФР 28 человек) в возрасте 20—23 лет с помощью диагностического комплекса VPLab в формате программного обеспечения Vasotens Office (компания ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород). Кроме традиционных параметров АД плечевой артерии анализировались такие показатели, как систолическое АД аортальное (SYSaо/САДао), диастолическое АД аортальное (DIAaо/ДАДао), пульсовое АД аортальное (PPaо/ПАДао), среднее АД аортальное (MBAo/CPaо), индекс аугментации в аорте (AIAo), амплификация пульсового давления (PPA) и др. С помощью антропометрического обследования и комплексного анкетирования выявляли лиц с наличием таких ФР, как отягощенная наследственность по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям, избыточная масса тела/ожирение, курение, нерациональное питание, низкая стрессоустойчивость, хронические инфекционно/иммунно-воспалительные заболевания, а также дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика). Сравнительный анализ проводили между двумя группами с наличием ФР (основная группа, 52 человека) и их отсутствием (контрольная группа, 26 человек). Статобработка проведена с помощью пакета программ Microsoft Excel. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Оказалось, что и у юношей и у девушек при наличии ФР практически все показатели как периферической, так и центральной гемодинамики оказались выше, чем у сверстников того же пола без указанных факторов. Но степень этих изменений со стороны разных параметров различная с учетом пола. Если среди юношей по показателям периферических САД и ПАД разница достигала 16 и 11 мм рт.ст., то у девушек эти различия составили лишь 5,5 и 3,5 мм рт.ст. По показателям центральных САД и ПАД разница среди первых равнялась 11 и 7 мм рт.ст., а у вторых 6,5 и 2 мм рт.ст. Независимо от пола наиболее

значимые изменения — в разы — под влиянием негативных факторов зарегистрированы со стороны индекса аугментации. Причем, при наличии ФР у девушек этот показатель повысился почти в 5 раз, а у юношей — в 2 раза. Изменения индекса амплификации и других параметров не были значительными.

**Вывод.** Появление ФР уже в молодом возрасте влечет за собой заметное изменение показателей не только периферической, но и центральной гемодинамики. При этом профиль гемодинамических изменений существенно зависит от пола. У юношей более выражены приросты абсолютных параметров АД в аорте и на плечевой артерии, а у девушек более значимо повышение индекса аугментации или индекса прироста пульсового давления в аорте. Последнее свидетельствует о более выраженной негативной трансформации соотношения прямой и обратной пульсовых волн в крупных сосудах под влиянием ФР у представительниц слабой половины по сравнению со сверстниками противоположного пола. Появляются основания предполагать возможность наличия ассоциированных с полом особенностей снижения эластических свойств сосудистой стенки в ответ на появление тех или иных ФР в молодом возрасте. Полученные данные свидетельствуют о возможности развития доклинического асимптомного поражения сосудов уже в молодом возрасте, а также о целесообразности учета этих данных при формировании групп риска среди молодежи в процессе внутривузовской студенческой диспансеризации. Именно на таких ранних стадиях кардиоваскулярного континуума имеется шанс благодаря своевременной начатой профилактике достичь обратного развития выявленных сосудистых изменений.

\* \* \*

## АССОЦИИИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТЬЮ У ПОЖИЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ МОСКВЫ (ИССЛЕДОВАНИЕ SAHR)

Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Муромцева Г.А., Константинов В.В., Туаева Е.М., Смирнов Д.А., Деев А.Д., Шальнова С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

## ASSOCIATION BETWEEN MARKERS OF INFLAMMATION AND CORONARY HEART DISEASE AND ALL CAUSE AND CARDIOVASCULAR MORTALITY IN ELDERLY MOSCOW RESIDENTS (THE SAHR STUDY)

Evstifeeva S.E., Kapustina A.V., Balanova Yu.A., Muromtseva G.A., Konstantinov V.V., Tuaeve E.M., Smirnov D.A., Deev A.D., Shalnova S.A.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить взаимосвязь маркеров воспаления с общей и сердечно-сосудистой смертностью у пожилых москвичей.

**Материал и методы.** В Центре профилактической медицины на первом этапе проведено одномоментное ис-



следование москвичей в возрасте 55 лет и старше ( $n=1851$ , мужчин — 47,9%), в рамках проспективного популяционного когортного исследования «Стресс, старение и здоровье в России» (SAHR). В анализ были включены следующие переменные — возраст, пол, образование, курение, ишемическая болезнь сердца (строгие и мягкие критерии), артериальная гипертония, индекс массы тела, липиды, общая смертность, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фибриноген, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Оценка ассоциаций между маркерами воспаления и общей смертностью и смертностью от ССЗ (относительный риск, 95% доверительный интервал (ОР, 95% ДИ) проводилась с использованием многомерной модели Кокса.

**Результаты.** После коррекции на пол, возраст, ИБС по мягким и строгим критериям каждый из изучаемых маркеров воспаления достоверно ассоциировался как со смертностью от всех причин, так и от ССЗ. При одновременном включении в модель всех маркеров и добавлении факторов риска статистически значимые ассоциации со смертностью от всех причин и смертностью от ССЗ (ОР, 95%ДИ) остались лишь для курения в настоящее время — 1,9 (1,3; 2,6),  $p=0,0001$  и 2,0 (1,3; 3,1),  $p=0,001$ , вчСРБ — 1,03 (1,01; 1,05),  $p=0,0002$  и 1,03 (1,01; 1,05),  $p=0,0068$  и ИЛ-6 — 1,02 (1,00; 1,03),  $p=0,04$  и 1,02 (1,00; 1,04),  $p=0,022$  соответственно. ИБС по строгим критериям также значимо ассоциировалась со смертностью, наряду со всеми другими показателями. Значимых взаимосвязей между фибриногеном, лейкоцитами и СОЭ с общей смертностью — 0,98 (0,84; 1,13),  $p=0,76$ , 1,02 (0,996; 1,042),  $p=0,11$  и 1,01 (0,999; 1,02),  $p=0,07$  соответственно, а также смертностью от ССЗ 1,06 (0,87; 1,28),  $p=0,57$ , 1,00 (0,96; 1,05),  $p=0,86$  и 1,01 (0,99; 1,02),  $p=0,31$  соответственно, выявлено не было.

**Вывод.** В популяции москвичей в возрасте от 55 лет и старше, после поправки на возраст, пол, статус курения и ИБС только повышенные уровни вчСРБ и ИЛ-6 были положительно связаны с общей смертностью и смертностью от ССЗ.

\*\*\*

## СОЗДАНИЕ НОВЫХ СТРУКТУР ПРОФИЛАКТИКИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Егорушин Ю.М., Степанова В.А., Милленко И.И., Яркова О.Н., Нефедов А.В., Смирнов П.С.

Министерство здравоохранения и социального развития Ульяновской области, ГУЗ «Центральная городская клиническая больница Ульяновска»; Областной центр медицинской профилактики, Ульяновск, Россия

## CREATION OF NEW PREVENTIVE MEASURES UNITS IN GENERAL HEALTH SETTINGS

Egorushin Yu.M., Stepanova V.A., Midlenko I.I., Yarkova O.N., Nefedov A.V., Smirnov P.S.

Central clinical hospital; Ulyanovsk Regional center of medical prevention, Ulyanovsk, Russia

**Цель исследования** — объединение в единое структурное подразделение Центров здоровья и отделений профилактики в целях решения вопросов преемственности,

адекватного обмена информацией по результатам осмотров между врачами Центров здоровья и участковыми терапевтами.

**Материал и методы.** Локальные вычислительные сети Центров здоровья основываются на программном обеспечении МЗ РФ 3.5 Servis Pack 1 и не имеют интеграции в вычислительные сети врачей поликлиники.

**Результаты.** С 2010 г. в Центрах здоровья Ульяновска проводятся мероприятия по созданию единого информационного пространства — локальных сетей Центров здоровья и автоматизированных рабочих мест врачей поликлиники. В Центре здоровья ГУЗ «Центральная городская клиническая больница Ульяновска» организованы дополнительные автоматизированные рабочие места на базе 2-х ЭВМ, установленных ГУЗ Медицинским информационно-аналитическим центром (МИАЦ) Минздравсоцразвития Ульяновской области, позволяющие передавать информацию по обследованию пациентов участковым терапевтам. Соответственно, в самом Центре здоровья при регистрации пациента распечатывается вкладка «Лист уточненных диагнозов» формы №25 поликлиники о зарегистрированной патологии. Коррекция факторов риска на базе Центра здоровья с последующим динамическим наблюдением является функцией созданного нового структурного подразделения — кабинета медицинской профилактики в составе Центра здоровья. Из контингентов лиц, прошедших диспансеризацию, формируется группа лиц с высоким риском неинфекционных заболеваний (НИЗ) и проводится углубленное профилактическое консультирование в Центре здоровья. С организацией кабинета медицинской профилактики данная группа возросла с 13% до 45%. Частота выявленных поведенческих факторов риска выглядит следующим образом: нерациональное питание — 25%, низкая физическая активность — 30%, курение — 18%, избыточная масса тела (ожирение) — 37%. До 60% от общего числа пациентов, прошедших диспансеризацию, подлежало углубленному профилактическому консультированию — лица 2-й и 3-й групп здоровья.

**Вывод.** Создание кабинета медицинской профилактики на базе Центра здоровья позволяет снизить нагрузку на регистратуру и врачей поликлиники. Требуется создание кабинетов медицинской профилактики для пациентов, находящихся на стационарном лечении. Оптимизация информационных технологий в работе Центров здоровья позволяет повысить эффективность взаимодействия с участковой службой. Необходимо повысить роль Областного центра медицинской профилактики в организации профилактики НИЗ.

\*\*\*

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ

Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Есина М.В.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

## PREVENTION OF CLINICAL CARDIOVASCULAR EVENTS IN STUDENTS

Esina E.Yu., Zuikova A.A., Esina M.V.

Voronezh N.N. Burdenko State Medical Academy, Voronezh, Russia

Раннее выявление и коррекция факторов риска НИЗ приобретает важнейшее значение среди молодежи в связи с накопленным в последние десятилетия большим числом работ, доказывающих увеличение риска и смертности от ССЗ в молодом и очень молодом возрасте. Степень выраженности атеросклероза напрямую связана с количеством факторов риска. Нездоровые пищевые предпочтения у молодых лиц способствуют увеличению веса и развитию дислипидемии.

**Цель исследования** — определить функциональное состояние миокарда у студентов в зависимости от уровня общего холестерина (ХС)

**Материал и методы.** В одномоментном исследовании приняли участие 122 студента ВГМА им. Н.Н. Бурденко. С учетом уровня общего холестерина (ОХС) все студенты были распределены на три подгруппы: с уровнем ОХС менее 4 ммоль/л, 4–5 ммоль/л и более 5 ммоль/л. Обследования проводили на приборе Кардиовизор-6С. Во время классической пробы с физической нагрузкой (ФН) оценивали гемодинамический ответ на нагрузку, интегральные индикаторы: «Миокард», «Ритм», «Код детализации» и изменения ЭКГ. Индикатор «Миокард» менее 15% в покое и менее 17% при физической нагрузке, «Ритм» от 0 до 60%, «Код детализации» 0 интерпретировался как норма. За норму принимали достижение исходных значений индикатора «Миокард» через 4 мин после нагрузки или отклонение не более 1% от исходного значения, но не выше 15%.

**Результаты.** Уровень ОХС был определен у 122 студентов: 95 девушек и 30 юношей. Уровень ОХС менее 4 ммоль/л был зарегистрирован у 26 (27%) девушек и 11

(40%) юношей. Значения ОХС 4–5 ммоль/л было отмечено у 52 (54%) студенток и 13 (48%) студентов. 17 (19%) респондентов женского пола и 6 (12%) респондентов мужского пола имели уровень ОХС более 5 ммоль/л. У студентов 1-й, 2-й и 3-й подгрупп индекс «Миокард» сразу после ФН превысил 17%, составив  $19,7 \pm 6,9\%$  ( $p < 0,0003$ ),  $18,1 \pm 6,2\%$  ( $p < 0,0005$ ) и  $17,5 \pm 3,6\%$  ( $p < 0,005$ ) соответственно. Через 4 мин после нагрузки индекс «Миокард» в этих подгруппах отличался более чем на 1% от исходного значения, оставаясь выше 15%. У студентов 5-й подгруппы индекс «Миокард» сразу после ФН составил  $20,1 \pm 7,8\%$  ( $p < 0,02$ ). Через 4 мин после ФН показатель электрической нестабильности миокарда у студентов 4-й, 5-й и 6-й подгрупп также отличался более чем на 1% от исходного значения, составив  $18,1 \pm 11,7\%$  ( $p < 0,23$ ),  $16,0 \pm 2,9\%$  ( $p < 0,25$ ) и  $16,3 \pm 5,5\%$  ( $p < 0,14$ ) соответственно, превышая пограничное значение в 15%.

**Вывод.** У студенток всех трех подгрупп независимо от значений ОХС была зарегистрирована электрическая нестабильность миокарда (ЭНМ) сразу и через 4 мин после ФН, более выраженная у представительниц первой подгруппы, с уровнем общего ХС менее 4 ммоль/л. У респондентов мужского пола во всех подгруппах независимо от уровня ОХС, ЭНМ была отмечена через 2 мин после ФН у представителей пятой подгруппы и через 4 мин после ФН у студентов всех трех подгрупп. Причина ЭНМ у студентов во время пробы с ФН является полиэтиологической и может быть обусловлена симпатoadреналовой активацией или электролитными сдвигами и требует дальнейшего изучения.

★ ★ ★

## ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

**Жолобов В.Е., Винтухова Л.В., Бредихина Е.И.**

СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики», Санкт-Петербург, Россия

## INFORMATION SUPPORT OF THE CLINICAL EXAMINATION

**Zholobov V.E., Vintukhova L.V., Bredikhina E.I.**

City Center of Medical Prevention, Saint Petersburg, Russia

Новой задачей диспансеризации, проводимой с 2013 г., является повышение уровня информационного обеспечения. В соответствии с приказом Комитета по здравоохранению, Городской центр медицинской профилактики обеспечивает методическое сопровождение диспансеризации. Использование социологического метода позволяет оценить достоинства и недостатки проводимой работы по диспансеризации, а также и наметить пути ее оптимизации. С целью изучения информированности о диспансеризации были опрошены посетители Музея гигиены (411 человек, 75% женщин и 25% мужчин). Распределение по возрастным группам: 21–29 лет (39%), 30–39 лет (25%), 40–49 лет (15%), 50–59 лет (13%), 60 лет и старше (8%). 45% респондентов оценивают свое самочув-

ствие хорошо, 34% — удовлетворительно, 5% — плохо, 16% — не дали ответа. При этом ответы респондентов, проходивших и не проходивших диспансеризацию, распределились примерно одинаково. 24% респондентов имели повышенный ИМТ, 9% страдают ожирением (ИМТ равнялся 30 и более). Прошли диспансеризацию 56% респондентов. Большой процент респондентов, проходивших диспансеризацию, наблюдается в группе 60 лет и старше (70%). Респонденты о диспансеризации узнавали из разных источников: 44% — от работодателя, 25% — от медицинских работников при непосредственном посещении поликлиники по другому поводу, 26% — от членов семьи и знакомых, 11% — от медицинских работников по почте, телефону, с помощью других источников, из СМИ — 8%. Большинство респондентов (45%) затрудняются ответить на вопрос о причинах, не позволивших респондентам пройти диспансеризацию. Причинами непрохождения диспансеризации явились: несоответствие возрасту (18%), невозможность уйти с работы (15%), нежелание проходить диспансеризацию (12%), считают ненужным прохождение диспансеризации (10%). В старших возрастных группах, начиная с 50 лет и старше, отрицательное отношение к диспансеризации возрастает в 2 и более раза. Так, в группе 21–29 лет не считают диспансеризацию полезной 6%, в группе 50–59 лет — 11%, в группе 60 лет и старше — 17%. Во время диспансеризации новые заболе-

вания были выявлены у 15% респондентов. 40% респондентов ответили, что им проводили профилактическое консультирование. Удовлетворены организацией проведения диспансеризации 28% респондентов, 55% не устраивают очереди и 17% не устраивает необходимость посещать медицинскую организацию несколько раз.

**Вывод.** Существует необходимость популяризировать диспансеризацию и повысить уровень информированности о диспансеризации среди населения.

\* \* \*

## ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ (В РАМКАХ РЕГИСТРА ЛИС-2)

**Журавская Н.Ю., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю.**

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### STUDY OF FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO RECOMMENDED THERAPY IN PATIENTS AFTER STROKE

**Zhuravskaya N.Yu., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu.**

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — выявить и оценить факторы, связанные с приверженностью рекомендованной терапии у пациентов, перенесших мозговой инсульт.

**Материал и методы.** Исследование ЛИС-2 — регистр пациентов, госпитализированных с диагнозом МИ/ТИА в Люберецкую районную больницу №2 в 2009—2011 гг. На 1-м этапе исследования проводился сбор данных на основании медицинской документации стационара. На амбулаторном этапе с пациентами, выписанными из стационара, устанавливался телефонный контакт, выяснялся их жизненный статус, производился осмотр, заполнялась анкета приверженности, разработанная в ГНИЦПМ, включающая в себя тест Мориски—Грина, вопросы по

факторам, влияющим на приверженность, шкалу тревоги и депрессии HADS. Для статистического анализа использовались методы описательной статистики, критерий  $\chi^2$  и отношения шансов.

**Результаты.** В исследование были включены 960 человек, 207 (21,6%) умерли в стационаре, 753 (78,4%) были выписаны из стационара, 237 (31,5%) умерли после выписки, установить контакт не удалось с 65 (8,6%), 77 (10,2%) отказались от осмотра, 374 (49,7%) пациента были осмотрены после выписки. Пациенты, заполнившие анкеты, статистически не отличались по показателям: (пол, возраст, наличие инвалидности, уровень сознания, являлся ли пенсионером, 1-е или 2-е ОНМК) на момент госпитализации от группы пациентов, опросить которых не удалось. На вопросы анкеты приверженности ответили 370 человек: 134 мужчины и 236 женщин. Средний возраст составил  $72,04 \pm 8,9$  года. По данным теста Мориски—Грина, приверженными лечению оказались только 49 (13,2%) пациентов, недостаточно привержены — 61 (16,5%), не привержены — 229 (61,9%). Выявлено положительное влияние на приверженность факторов: доверие пациента рекомендациям врача ( $\chi^2=10,131$ ,  $p<0,01$ ), готовность изменить свой образ жизни ( $\chi^2=34,594$ ,  $p<0,01$ ), осведомленность о своем уровне АД (ОШ=5,042 (1,740—14,611)), осведомленность об уровне своего сахара крови (ОШ=2,938 (1,143—3,001)). Негативное влияние на приверженность оказали факторы: наличие депрессии (ОШ=2,035 (1,272—3,254)), наличие тревоги (ОШ=1,775 (1,131—2,784)). 238 (64,3%) пациентов готовы принимать лекарственные препараты, если будут знать о пользе их приема. На вопрос о причине пропуска приема назначенного препарата 100 (27%) человек ответили, что забывают, 95 (25,7%) сообщили, что им не назначали никаких препаратов, 89 (24%) не ответили на вопрос, остальные 86 (23,3%) человек распределились между остальными ответами.

**Вывод.** Основными у пациентов, перенесших МИ, явились факторы, связанные с отношением врач-пациент, включающие в себя осведомленность пациента о своем состоянии здоровья, пользе лечения, доверие рекомендациям врача, а также наличие тревоги и депрессии, оказывающие негативное влияние на приверженность рекомендованной терапии.

★ ★ ★



## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г., НАПРАВЛЕННОЙ НА ПОПУЛЯЦИОННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Иванова Е.С., Афанасьева Е.А., Шалыгин Ю.Д., Дмитриев Е.И., Пягай Н.Л.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР, Москва, Россия

### THE MAIN DIRECTIONS OF MEDICAL PREVENTION IN MOSCOW REGION IN 2014 DIRECTED ON POPULATION CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES PREVENTION

Ivanova E.S., Afanasieva E.A., Shalyagin Yu.D., Dmitriev E.I., Piagay N.L.

Moscow Regional Center of Medical Prevention, Moscow, Russia

Служба медицинской профилактики Московской области на 31.12.14 представлена в структуре здравоохранения Московской области следующими подразделениями: филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР (Московский областной центр медицинской профилактики (МОЦМП)), 7 центров медицинской профилактики, 31 отделение и 143 кабинета медицинской профилактики, 26 центров здоровья для взрослого населения, 8 центров здоровья для детей, 42 кабинета медицинской помощи при отказе от курения. В рамках популяционной профилактики МОЦМП координирует организацию проведения в Московской области массовых мероприятий и акций, приуроченных к всемирным дням здоровья ВОЗ. В мероприятиях активное участие принимают представители образования, спорта, культуры,

СМИ, а также общественные организации, деятельность которых направлена на пропаганду здорового образа жизни. В 2014 г. в Московской области было проведено 694 массовых мероприятия, в которых приняли участие 379 996 человек. По тематикам всемирных дней здоровья специалистами службы медицинской профилактики Московской области опубликовано 532 статьи, проведено 179 телевизионных и 384 радиопередач. Служба медицинской профилактики области приняла участие в организации в эти дни 175 «телефонов доверия» и «горячих линий» с числом обратившихся 2138 человек. Пропаганда мер профилактики заболеваний, здорового образа жизни проводится не только по каналам массовой информации. Так, специалистами районных служб медицинской профилактики в течение 2014 г. организовано 23 939 лекций по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний, подготовлено 5312 санитарных бюллетеней (стендов), 4058 методических материалов для медицинских работников, 89 145 экземпляров памяток для населения, проведено анкетирование 7734 человек, в рамках акций проведено 7507 медицинских консультаций, 88 семинаров для волонтеров. В 2014 г. специалистами МОЦМП подготовлены следующие материалы для населения: листовка «Центры здоровья Московской области. Диспансеризация», тираж 100 000 экземпляров, памятка «Центр здоровья. Школа физической активности», тираж 130 000 экземпляров, а также 22 материала для медицинских работников тиражом 11 062 экземпляра, 121 пропагандистский материал для населения по профилактике заболеваний и вопросам формирования здорового образа жизни тиражом 153 945 экземпляров. Организованы 24 радиопередачи по охране здоровья на радио «РТВ Подмосковье». Проведение данных мероприятий способствует повышению информированности о факторах риска инфекционных заболеваний и формированию культуры здоровья.

★ ★ ★

## ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ МОНИТОРИНГА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАБОТЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Казаева О.В.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Рязань, Россия

### TECHNOLOGY FEATURES OF MONITORING OF THE CHILD POPULATION IN HEALTH CENTERS

Kazaeva O.V.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Укрепление здоровья детского населения в значительной мере зависит от адекватной государственной политики по обеспечению условий достойной жизни. В то же время нельзя преуменьшать значение медицины, призванной находить эффективные способы контроля над индивидуальными рисками здоровью людей. Этим объясняется инициатива Министерства здравоохранения России в форме организации новой инфраструктуры из центров здоровья для индивидуальной работы с населением, в

том числе и детским. Основной целью деятельности центров здоровья является сохранение индивидуального здоровья граждан и формирования у них здорового образа жизни. На сегодняшний день в Рязанской области работают семь центров здоровья, из них один детский. За год в центре здоровья для детей обследуются более 1000 детей, из них почти половина — с факторами риска для здоровья. Основные особенности технологии мониторинга детского населения: системный подход в оценке состояния здоровья и образа жизни детей; учет критических возрастных периодов на этапе созревания детского организма с целью определения приоритетов для разработки мероприятий по формированию ЗОЖ; использование методов донозологической диагностики для раннего выявления отклонений в состоянии здоровья детей с целью принятия своевременных управленческих решений по сохранению и укреплению их здоровья и формирования ЗОЖ. Алгоритм действий специалиста при ведении мониторинга: сбор информации о здоровье и образе жизни детей и подростков; статистическая обработка; первичный анализ; выделение критических изменений; выдвижение рабочей гипотезы причинно-следственных связей; поиск приори-

тетных факторов риска; разработка целевых программ по гигиеническому обучению и формированию ЗОЖ; реализация целевых программ и коррекция факторов риска; оценка эффективности формирования ЗОЖ по принципу обратной связи. В центре здоровья, обслуживающем детское население, проводится: определение физического здоровья детей и подростков (антропометрия, динамометрия, жизненная емкость легких, центральная и мозговая гемодинамика); оценка условий проживания в семье по параметрам социально-экономического и психического благополучия.

**Вывод.** Правильное функционирование вновь создаваемых центров здоровья должно стать одним из факторов улучшения показателей здоровья детского населения и, как следствие, медико-демографической ситуации в целом.

\* \* \*

### СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОЙ И СРЕДНЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

Кантемирова Р.К.<sup>1,2</sup>, Фидарова З.Д.<sup>1</sup>, Ишутина И.С.<sup>1</sup>, Сердюков С.В.<sup>1,2</sup>, Ишинова В.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

### COMPARISON OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF STABLE CORONARY HEART DISEASE IN ELDERLY AND MIDDLE AGE PATIENTS

Kantemirova R.K.<sup>1,2</sup>, Fidarova Z.D.<sup>1</sup>, Ishutina I.S.<sup>1</sup>, Serdyukov S.V.<sup>1,2</sup>, Ishinova V.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Saint-Petersburg scientific-practical center of medical and social expertise, prosthetics and rehabilitation of the disabled men. n.a. G.A. Albrecht»; <sup>2</sup>North-Western state medical University n.a. I.I. Mechnikov, St. Petersburg Russia

**Цель исследования** — сравнительная оценка динамики клинического статуса в группах больных пожилого и среднего возраста после хирургической реваскуляризации миокарда в отдаленном послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Обследованы 223 пациента с ИБС, подвергшихся плановой хирургической реваскуляризации миокарда (ХРМ) в виде стентирования или аортокоронарного шунтирования (АКШ) на фоне стандартного медикаментозного лечения. Длительность ИБС (стенокардия напряжения II—III ФК ± постинфарктный кардиосклероз) до момента включения в исследование составила от 5 до 10 лет. Все пациенты были разделены на две группы: 103 пациента пожилого возраста (60—74 года, средний возраст 67,2 года); 120 пациентов среднего возраста (44—59 лет, средний возраст 52,4 года). Срок наблюдения с момента ХРМ составил от 3 до 4 лет. Группы были сопоставимы между собой по полу, наличию сопутствующей патологии, социальному статусу. По данным иссле-

ований проводился сравнительный анализ эффективности лечения ИБС.

**Результаты.** Динамическое наблюдение позволило определить особенность течения послеоперационного периода. В обеих группах различий по частоте случаев возобновления стабильной ИБС в первый год не наблюдалось, тогда как рецидивы стенокардии на 2-й год после операции у лиц трудоспособного возраста регистрировались в 2,6 раза чаще по сравнению с пожилыми (19,5 и 7,6% соответственно), а на 3-й год в 3 раза чаще (8,9 и 2,9% соответственно). Достоверной возрастной разницы в тяжести стенокардии не отмечалось. Отсутствие рецидива стенокардии на всем сроке наблюдения после ХРМ достоверно чаще регистрировалось в группе лиц пожилого возраста по сравнению с лицами трудоспособного возраста (26,6 и 11,6% случаев соответственно).

**Вывод.** Клиническая эффективность ХРМ одинаково высока в группе лиц трудоспособного и пожилого возраста, при этом наблюдалась меньшая частота возврата симптоматики у пожилых. Благоприятное влияние на клинический статус подтверждается тем, что в случаях рецидива ИБС преобладал невысокий (I—II) функциональный класс стенокардии.

\* \* \*

### РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Каприн А.Д., Костин А.А., Старинский В.В., Самсонов Ю.В., Грецова О.П.

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, Москва, Россия

### PROSTATE CANCER: THE PROBLEM OF EARLY DETECTION BY PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATION THE MALE POPULATION OF RUSSIA

Kaprin A.D., Kostin A.A., Starinsky V.V., Samsonov Yu.V., Gretsova O.P.

P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучение эффективности диспансеризации в выявлении рака предстательной железы в России.

**Материал и методы.** Проведена экспертно-аналитическая оценка результатов диспансеризации мужского населения и данных государственной медицинской статистики по заболеваемости раком предстательной железы в 2013 г. с использованием информационно-аналитической системы популяционного ракового регистра.

**Результаты.** По статистическим данным в России отмечается рост заболеваемости раком предстательной железы. В 2013 г. «грубый» показатель заболеваемости раком предстательной железы составил 47,5, при среднегодовом темпе прироста 8,1% за 10 лет прирост составил 145,8%. Удельный вес рака предстательной железы среди всех ЗНО мужчин составил 12,9%. В 2013 г. было выявлено 31 569 новых случаев рака предстательной железы. Удельный вес больных с I—II стадией заболевания среди первично выявленных составил 49,6%. Взятые на диспансерный учет 29 158 пациентов, из них активно выявлены 25,0% (в 1993 г. данный показатель составил 2,7%). Средний возраст впервые

выявленных в 2013 г. больных соответствовал 69,9 года (2003 г. — 70,4). При диспансеризации за 2013 г. у 9607 пациентов был заподозрен рак предстательной железы, а подтвержден в 3759 случаях, что составляет 14% от всех выявленных при диспансеризации ЗНО. В возрасте 21—36 лет РПЖ подтвердился в 92% от всех заподозренных случаев, в возрасте 39—60 в 25%, в возрасте свыше 60 лет — в 9,8% случаев.

**Вывод.** Опыт проведения диспансеризации позволяет заключить, что просветительская работа среди мужского населения России, оснащенность медицинских учреждений первичного звена необходимым оборудованием для ранней диагностики РПЖ, а также просвещенность урологов и хирургов о проблемах профилактики и диагностики рака данной нозологии способствуют повышению эффективности лечения за счет роста числа случаев выявления ранней стадии опухолевой патологии, при котором значительно возрастает выживаемость больных во всех возрастных категориях.

\* \* \*

## ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### NUTRITION ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ALIMENTARY RISK FACTORS

Karamnova N.S., Izmaylova O.V., Kalinina A.M.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить современный характер питания пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска (избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия).

**Материал и методы.** Обследованы 263 жителя Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся на прием к диетологу. Средний возраст мужчин — 47,8±12,4 года, женщин — 52,9±13,5 года. Оценка фактического питания выполнена на программе «Анализ состояния питания человека» версия 1.2.4.

**Результаты.** Суточная калорийность рациона питания была выше у мужчин — 2506,2±831,6 ккал/сут, чем у женщин (1958,9±528,5 ккал/сут,  $p<0,001$ ). Независимо от пола отмечена отрицательная ассоциация калорийности рациона с возрастом. Потребление белка у мужчин достоверно выше, чем у женщин — 84,4±25,0 г/сут и 67,4±20,5 г/сут соответственно, без возрастных различий. Также у мужчин отмечено более высокое потребление общего жира, насыщенных жиров и пищевого холестерина (114,1±44,7 г/сут, 37,9±15,7 г/сут и 269,6±113,6 мг/сут), у женщин — 92,8±25,2 г/сут, 29,3±10,5 г/сут и 199,6±94,9 мг/сут. В потреблении полиненасыщенных жиров установлена положительная ассоциация с возрастным цензом без гендерных отличий: 24,5±10,1 г/сут — среди мужчин и 22,6±7,1 г/сут — среди женщин. Мужчины отличались более высоким потреблением добавленного сахара, крахмала и общих углеводов (57,2±44,0 г/сут, 121,4±78,3 г/сут и 248,8±8,3 г/сут), у женщин — 34,7±29,9 г/сут, 85,3±45,7 г/сут и 184,3±71,9 г/сут, со-

ответственно. Независимо от пола установлено снижение потребления свободного сахара с возрастом. Потребление пищевых волокон, как и общих углеводов, составило меньше половины рекомендуемого без половых и возрастных отличий — 8,1±4,2 г/сут у мужчин и 8,4±4,2 г/сут у женщин. Отмечен адекватный профиль потребления К, Вит С и Fe (3362,9±1118,9 мг/сут, 168,7±101,8 мг/сут и 350,1±111,5 мг/сут) и низкий профиль потребления Вит D, Са и Mg (4,4±3,5 мкг/сут, 929,07±344,0 мг/сут и 350,1±111,5 мг/сут) как среди мужчин, так и среди женщин (3022,9±1040,8 мг/сут, 198,3±120 мг/сут, 15,0±4,7 мг/сут, 3,7±2,6 мкг/сут, 916,3±375,1 мг/сут и 301,1±91,0 мг/сут). Потребление Na, Mg, Fe с пищей у мужчин достоверно выше, чем у женщин ( $p<0,001$ ), без возрастных различий.

**Вывод.** Полученные результаты обосновывают модификацию диетологических рекомендаций с учетом современного характера питания и более детальную коррекцию потребления общих углеводов, пищевых волокон, Вит D, Са, Mg, свободных сахаров и насыщенных жиров.

\* \* \*

## ПИТАНИЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОПУЛЯЦИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ

Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д., Бойцов С.А. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### ADULT POPULATION NUTRITION: ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR HEALTH. RESULTS OF EPIDEMIOLOGY SURVEY ESSE-RF

Karamnova N.S., Shalnova S.A., Deev A.D., Boytsov S.A. on behalf of ESSE-RF participants

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Характер питания, наряду с другими поведенческими и биологическими факторами риска, является научно обоснованным компонентом популяционной оценки сердечно-сосудистого здоровья.

**Цель исследования** — изучить привычки питания взрослого населения России с позиции популяционной оценки сердечно-сосудистого здоровья.

**Материал и методы.** Обследована представительная выборка 13-ти регионов России: 22 265 человек (8919 мужчин и 13 346 женщин в возрасте 25—64 лет) в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (2012—2013 гг.). Оценка питания проведена частотным методом с использованием критерия «FINRISK study»: ежедневное потребление фруктов и овощей, потребление рыбы 2 раза в неделю, употребление низкожировых молочных продуктов, использование растительных масел в приготовлении пищи. Наличие 4 факторов оценивалось как «идеальное питание для ССЗ», наличие 1—3 — как «промежуточный вариант» и «плохое для ССЗ» при отсутствии факторов.



**Результаты.** Ежедневно потребляют овощи и фрукты только 58,6% взрослого населения: женщины чаще — 64,3%, мужчины реже — 50,1%. Использование растительных масел в приготовлении блюд отмечено у 93,3% населения, 95,5% — среди женщин и 89,9% среди мужчин. Рекомендуемое потребление рыбы выявлено у 64,2% взрослого населения: 65,5% среди мужчин и 62,4% среди женщин. Используют в рационе питания низкожировые молочные продукты 26,0% населения: 24,4% женщин и 29,0% мужчин. «Идеальное питание для ССЗ» имели 4,6% взрослой популяции, 94,0% — «промежуточный вариант» и 1,4% — «плохое питание». Независимо от пола отмечены положительные ассоциации вариантов питания с возрастом, статусом образования, проживанием в городе и отрицательные — с уровнем дохода. В «промежуточном варианте» питания чаще присутствовали: использование растительных масел в приготовлении пищи (94,2%), ежедневное потребление фруктов и овощей (58,5%), реже — рекомендуемое потребление рыбы (64,1%) и молочных продуктов пониженной жирности (6,7%).

**Вывод.** Полученные данные объективно демонстрируют резерв для популяционных образовательных профилактических программ, позволяя выделить конкретные акценты формирования здоровых привычек питания.

\*\*\*

## ДИНАМИКА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Кардангушева А.М.

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

### THE DYNAMICS OF CHILD AND ADOLESCENT MORBIDITY IN KABARDINO-BALKARIA

Kardangusheva A.M.

Kabardino-Balkarian State University, Nalchik, Russia

**Цель исследования** — проанализировать динамику заболеваемости детей и подростков КБР с 1995 по 2013 г. на фоне современных медико-демографических процессов в республике для совершенствования оказания лечебно-профилактической помощи детскому населению.

**Материал и методы.** Анализ структуры и динамики первичной и общей заболеваемости детей (0—14 лет) и подростков (15—17 лет) проведен по данным ежегодной отчетной формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения». Заболеваемость рассчитывалась на 100 000 населения соответствующего пола и возраста, прирост заболеваемости — в процентах.

**Результаты.** С 1995 по 2013 гг. отмечен рост уровня первичной и общей заболеваемости детей (231 на 1000 детей и 411,7 на 1000 детей соответственно) и подростков (316,3 на 1000 подростков и 717,9 на 1000 подростков соответственно). Заслуживает внимания опережающая динамика показателей общей заболеваемости по сравнению с первичной, что отражает накопление заболеваемости в популяции. Анализ структуры и динамики общей заболеваемости по классам болезней продемонстрировал увеличение распространенности заболеваний костно-мышечной (120%), эндокринной (78,5%) и мочевыделительной (62,6%) систем, органов дыхания (54,7%) и пищеварения (72,3%), кожи и

подкожной клетчатки (25,1%), новообразований (542,6%), врожденных аномалий и пороков развития (129,2%), крови и кроветворных органов (40,8%), отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (21,6%) среди детей и положительный прирост по всем классам болезней за исключением психических расстройств в группе подростков в 2013 г. по сравнению с 1995 г. По болезням нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, а также отдельным симптомам, признакам и отклонениям от нормы зафиксирован значительный прирост в 2013 г. по сравнению с 2005 г. Оценка динамики по обозначенным классам болезней по сравнению с 1995 г. не представляется возможной, т.к. в номенклатуре заболеваний в самостоятельные статистические группы эти классы болезней выделены при переходе на Международную статистическую классификацию болезней 10 пересмотра.

**Вывод.** Возрастание уровня первичной и общей заболеваемости детей и подростков, опережающая динамика показателей общей заболеваемости по сравнению с первичной, поступательное нарастание отягощенности подрастающего поколения по большинству нозологических форм свидетельствует о накоплении заболеваемости в популяции. Решение обозначенных проблем требует профессионального квалифицированного подхода к определению приоритетов в организации обеспечения детского населения доступной и качественной медицинской помощью путем совершенствования использования ресурсов системы здравоохранения.

\*\*\*

## ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОАНАЛОГОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Каримов М.М., Даминов Б.Т., Каюмов У.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт; Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

### EVALUATION OF KETOANALOGUES APPLICATION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Karimov M.M., Daminov B.T., Kayumov U.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute; Tashkent Institute of Postgraduate Education, Tashkent, Uzbekistan

**Цель исследования** — оценка эффективности назначения кетоаналогов незаменимых аминокислот в коррекции содержания в крови незаменимых аминокислот.

**Материал и методы.** Обследованы 129 больных с хронической болезнью почек (ХБП), средний возраст  $36 \pm 7,5$  года. Учитывались клинические признаки: утомляемость, сонливость, апатия, мышечная слабость, полиурия, никтурия, анализировались кожные и неврологические симптомы; альбуминурия, протеинурия, гематурия, креатинин, мочевина, морфологические изменения и данные визуализационных исследований. Все больные получали базисное лечение ХБП, диету с ограничением белка, средства, корригирующие нарушенные параметры гомеостаза, гипотензивные препараты, антианемические препараты. Аминокислотный состав крови изучали методом количественной высокоэффективной тонкослойной хроматографии (ВЭТСХ), применяемым для определения широкого спектра аминокислот.

**Результаты.** Применение кетостерила привело к повышению содержания в крови всех незаменимых аминокислот. Выраженная и достоверная положительная динамика отмечалась для аминокислот: валин, изолейцин, треонин, триптофан и фенилаланин. В результате лечения улучшились физиологические процессы, мышечный метаболизм, углеводный обмен. На фоне лечения кетостерилом удалось добиться статистически значимого снижения уровня креатинина и повысить в крови удельный вес фракции альбумина, содержание общего белка и гемоглобина. Терапия кетостерилом, через увеличение содержания аминокислот (лейцин, лизин, метионин) в организме пациента, позволяет получить некоторое улучшение связанных с ними процессов синтеза коллагена и эластина, улучшения в белковом и жировом обмене, облегчения работы печени (препятствие отложению жиров в печени), стимуляции иммунитета, улучшения метаболизма костной ткани и улучшению азотистого обмена. Полученные данные позволяют предполагать улучшение фильтрационной способности почек вследствие положительной динамики аминокислотного состава крови и связанных с ними метаболических процессов.

**Вывод.** У больных ХБП применение комплекса кетоаналогов незаменимых аминокислот способствует улучшению аминокислотного состава крови. Однако этот эффект в большей степени связан с увеличением в крови изолейцина, триптофана, валина и фенилаланина. Включение в комплексную терапию больных ХБП кетоаналогов незаменимых аминокислот на фоне низкобелковой диеты позволяет улучшить такие метаболические показатели, как креатинин, альбумин, общий белок.

\* \* \*

## **ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВОВ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ ПРИ I—II СТАДИЯХ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Картавенко С.С.**

Клинико-диагностический центр ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### **INNOVATIVE TECHNIQUE OF TREATMENT AND PREVENTION OF FREQUENT RECURRENCE OF INTERMITTENT CLAUDICATION AT THE I—II STAGES OBLITERATING ENDARTERIT OF VESSELS OF THE LOWER EXTREMITIES**

**Kartavenko S.S.**

Consultative-Diagnostic Center of the National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучение возможности эффективной помощи больным с синдромом перемежающейся хромоты при облитерирующем эндартериите сосудов нижних конечностей посредством инновационной методики — сочетания неинвазивного резонансного электропунктурного воздействия (метод РЭАТ) со стандартной для этой патологии фармакотерапией (антиагреганты, вазодилататоры и др.).

**Материал и методы.** Основную группу составили 18 больных (мужчины) в возрасте от 33 до 54 лет с диагнозом «Облитерирующий эндартериит сосудов нижних конечностей I—II стадии, перемежающаяся хромота». В данной группе применяли курс из 10—12 сеансов электровоздействия сложно-модулированными синусоидальными токами (вариант авторского метода РЭАТ: несущая частота 5—7 кГц, модулирующая в диапазоне от 10 до 120 Гц; аппарат Мустанг-Физио-АРЭАТ) на акупунктурные точки, паравертебрально билатерально расположенные в проекции спинномозговых корешков L4-L5 и L5-S1, а также на точку в зоне середины икроножной мышцы каждой из нижних конечностей. Параллельно пациенты продолжали принимать назначенные им ранее, но не обеспечивавшие до этого в течение 2—2,5 нед заметной положительной динамики, препараты: трентал 400 мг 2 раза в сутки, но-шпа, кардиомагнил и др. Контрольную группу составили 16 больных, получавших при наличии того же диагноза только фармакотерапию аналогичными препаратами. Срок наблюдения — 3 года.

**Результаты.** В основной группе у 14 (77,8%) больных уже первый курс инновационной методики (РЭАТ в сочетании с фармакотерапией) обеспечил полную ликвидацию синдрома перемежающейся хромоты на период от 3 до 5 мес. Повторные курсы применения данной методики (2—3 раза в год) в течение 2—3 лет обеспечили почти аналогичный по выраженности положительный эффект у всех этих 14 больных. У 3 (16,7%) пациентов методика значительно уменьшала проявления перемежающейся хромоты (продолжительность ходьбы без боли увеличивалась в 3,9—4,8 раза) на срок 2—4 мес. И только у 1 из 18 (5,5%) больных методика не дала существенного эффекта. В контрольной группе на фоне использования только курсовой фармакотерапии: перемежающаяся хромота исчезала на срок от 2 до 3,5 мес лишь у 31,2% пациентов, еще у 56,2% больных продолжительность ходьбы без боли увеличивалась в 3—3,6 раза, но полного исчезновения боли не отмечалось. У 2 (12,5%) больных этой контрольной группы к 3-му году наблюдения патология перешла в III стадию, и им потребовалось хирургическое вмешательство на сосудах. Различия результатов в основной и контрольной группах статистически достоверны ( $p < 0,01—0,001$ ).

**Вывод.** Применявшаяся инновационная методика (метод РЭАТ в сочетании со стандартной фармакотерапией) обеспечивает существенно лучшие результаты в лечении синдрома перемежающейся хромоты в сравнении с единственно фармакотерапией данной патологии и может рекомендоваться к использованию как для ее лечения, так и для профилактики частых рецидивов. Определены возможные механизмы, обеспечивающие выраженный положительный эффект методики.

\* \* \*

## **ВЫПОЛНЕНИЕ БОЛЬНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ НАЗНАЧЕННЫХ ВРАЧОМ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

**Каулина Е.М.**

Филиал ФГБОУ ВПО «Сочинский государственный университет», Нижний Новгород, Россия

# ЛИПРИМАР®

МИРОВОЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Зарегистрирован в 118 странах.  
Изучен более чем у 80 000 пациентов  
в рамках 400 клинических исследований<sup>1</sup>



## ТОЛЬКО ЛИПРИМАР® ПРЕДЛАГАЕТ ПАЦИЕНТАМ ТРИ ПРЕИМУЩЕСТВА ВАЖНЫЕ У СТАТИНОВ

### СИЛА

ЗАМЕДЛЯЕТ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ПРИВОДИТ  
К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА<sup>2-4</sup>

### ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ И ДОКАЗАНО ПРЕДОТВРАЩАЕТ  
ИНФАРКТЫ И ИНСУЛЬТЫ у широкого спектра пациентов<sup>5-9</sup>

### УВЕРЕННОСТЬ

ЗАРЕГИСТРИРОВАН ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ сердечно-сосудистых осложнений<sup>10</sup>

**Торговое название:** Липримар®. **Международное непатентованное название:** аторвастатин. **Регистрационный номер:** П N014014/01. **Фармакологические свойства:** аторвастатин — селективный конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы. Синтетическое гиполипидемическое средство. **Показания к применению:** первичная гиперхолестеринемия (гетерозиготная семейная и несемейная гиперхолестеринемия (IIa тип по Фредериксону); комбинированная (смешанная) гиперлипидемия (IIa и IIb типы по Фредериксону); дисбеталипопротеинемия (III тип по Фредериксону) (в качестве дополнения к диете); семейная эндогенная гипертриглицеридемия (IV тип по Фредериксону), резистентная к диете; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия при недостаточной эффективности диеты и других нефармакологических методов лечения. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов без клинических признаков ИБС, но имеющих несколько факторов риска ее развития, — возраст старше 55 лет, никотиновая зависимость, артериальная гипертензия, сахарный диабет, низкие концентрации ХС ЛПВП в плазме крови, генетическая предрасположенность, в т.ч. на фоне дислипидемии; вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС с целью снижения суммарного показателя смертности, инфаркта миокарда, инсульта, повторной госпитализации по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата; активное заболевание печени или повышение активности «печеночных» трансаминаз в плазме крови неясного генеза более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы; возраст до 18 лет. С осторожностью применяют у пациентов, злоупотребляющих алкоголем; у пациентов, имеющих в анамнезе заболевания печени. При беременности и в период лактации Липримар® противопоказан. **Способ применения и дозы:** внутрь, в любое время суток независимо от приема пищи. Доза препарата варьируется от 10 до 80 мг 1 раз в сутки и титруется с учетом исходного содержания ХС ЛПНП, целей терапии и индивидуального эффекта от проводимой терапии. Максимальная суточная доза — 80 мг. Первичная гиперхолестеринемия и комбинированная (смешанная) гиперлипидемия: стартовая доза — 10 мг 1 раз в сутки; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия: стартовая доза — 80 мг 1 раз в сутки. У пациентов с недостаточностью функции печени дозу необходимо снижать и постоянно контролировать АСТ и АЛТ; у пациентов с недостаточностью функции почек и у пожилых пациентов коррекции дозы не требуется. **Побочные действия:** Липримар® обычно хорошо переносится; побочные реакции, как правило, легкие и преходящие: бессонница, головная боль, астенический синдром, тошнота, боль в животе, диспепсия, запор, метеоризм; крапивница, кожный зуд; миалгия; миопатия; пациентам необходимо предупредить о том, что им следует немедленно обратиться к врачу при появлении необъяснимых болей или мышечной слабости, особенно если они сопровождаются недомоганием или лихорадкой. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг, 40 мг и 80 мг. По 14, 30 и 100 таблеток в картонной упаковке. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** по рецепту. Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

1. Внутренние данные компании Пфайзер. 2. Law M.R. et al. BMJ 2003; 326: 1423-1429. 3. Jones P.H., et al. Am J Cardiol 2003;92(2):152-60. 4. Okazaki S. et al. Circulation. 2004;110:1061-68. 5. Sever P. et al. Lancet 2003; 361: 1149-58. 6. Colhoun H.M. et al. Lancet 2004; 364: 685-96. 7. Athyros V. G. et al. Current Medical Research and Opinion 2002; 18: 220-228. 8. Schwartz G. G. et al. JAMA 2001; 285: 1711-1718. 9. Amarenco P. et al. N Eng J Med, 2006; 355: 549-559. 10. Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар. Регистрационный номер: П N014014/01.



Пфайзер, Россия, 123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10.  
Тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00. www.pfizer.com



Сила. Доказательство. Уверенность.



## EXECUTION OF THE PRESCRIBED THERAPEUTIC MEASURES BY OUTPATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Kaulina E.M.

Sochi state University, Nizhny Novgorod, Russia

**Цель исследования** — показать уровень самостоятельной коррекции амбулаторными больными сердечно-сосудистого профиля назначенных врачом лечебных мероприятий (ЛМ).

**Материал и методы.** В исследование включены 200 больных сердечно-сосудистого профиля, находящихся на лечении в амбулаторных условиях. Длительность исследования — 10 лет. В ГВП (группа вмешательства) вошли 100 больных: 39% мужчин, 61% женщин, средний возраст составил 64,6 года; среднегрупповой стаж сердечно-сосудистого заболевания — 11,9 года. В ГСП (группа сравнения) вошли 100 больных: 23% мужчин, 77% женщин, средний возраст участников составил 64,2 года; среднегрупповой стаж заболевания — 12,3 года.

**Результаты.** При изучении динамики приверженности пациентов сердечно-сосудистого профиля к проведению комплексных ЛМ в амбулаторных условиях было выявлено, что у больных ГВП за период исследования информированность о необходимости проведения регулярных ЛМ оставалась на высоком уровне в течение всего периода исследования. В периоды 2001 г. и 2004—2009 гг. информированность по указанному критерию составляла 100%. Но, несмотря на это, самовольная коррекция больными группы ГВП назначенных врачом ЛМ только к 9 году исследования стала меньше 10% ( $p < 0,05$ ). К 10-му году исследования процент самостоятельной коррекции пациентом назначенных врачом амбулаторного звена ЛМ составил в ГВП 9,2%. При сравнительном анализе было установлено, что исходный уровень самостоятельной коррекции амбулаторными больными сердечно-сосудистого профиля назначенных врачом мероприятий восстановительного лечения в ГВП и ГСП был сопоставим, но, начиная со 2-го года исследования, в группах было определено достоверное расхождение по данному показателю ( $p < 0,05$ ). В ГСП процент самостоятельной коррекции амбулаторными больными назначенных врачом ЛМ восстановительного лечения оставался на высоком уровне в течение всего периода исследования. Несмотря на то что все участники группы ГСП находились на диспансерном учете у участкового терапевта по сердечно-сосудистому заболеванию в течение всего периода исследования, процент самостоятельной коррекции назначенных врачом ЛМ был в среднем 72,4% и в конце исследования составлял 70,2%.

**Вывод.** Несмотря на достаточную информированность о необходимости проведения регулярных ЛМ, в группе сравнения был определен и сохранялся в течение всего периода исследования высокий процент самостоятельной коррекции амбулаторными больными сердечно-сосудистого профиля назначенных врачом ЛМ восстановительного лечения.

\*\*\*

## ПРИМЕНЕНИЕ УНИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Ким И.В.<sup>1</sup>, Бочкарева Е.В.<sup>1</sup>, Варакин Ю.Я.<sup>2</sup>, Александрова Е.Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России; <sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр неврологии»; <sup>3</sup>ФГБУ «Поликлиника №5» УДП Российской Федерации, Москва, Россия

## USE OF UNIFIED QUESTIONNAIRE FOR DIAGNOSTICS OF HYPERTENSIVE CRISIS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN OUTPATIENT CLINIC

Kim I.V.<sup>1</sup>, Bochkareva E.V.<sup>1</sup>, Varakin Yu.Ya.<sup>2</sup>, Aleksandrova E.B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>National Research Center for Preventive Medicine; <sup>2</sup>Research Center of Neurology; <sup>3</sup>Outpatient clinic №5 of Presidents Management Department of Russian Federation, Moscow, Russia

Гипертонический церебральный криз (ГЦК) занимает ключевое место в развитии цереброваскулярной патологии. К настоящему времени получены данные, что ГЦК является дополнительным фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). На основании опыта эпидемиологических исследований разработан унифицированный опросник, позволяющий выявлять хронические формы цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) и ОНМК в анамнезе.

**Цель исследования** — изучить возможность улучшения диагностики ГЦК в анамнезе в условиях поликлиники с помощью унифицированного опросника.

**Материал и методы.** Обследованы 257 больных артериальной гипертензией (АГ) 1—3-й степеней (137 мужчин, средний возраст составил 58,3±6,6 года и 120 женщин, средний возраст — 60,9±5,6 года), находящихся под наблюдением участкового врача-терапевта ФГБУ «Поликлиника №5» УДП РФ. Все пациенты были опрошены с применением унифицированного опросника, включающего вопросы для выявления сердечно-сосудистых заболеваний и специальную анкету для выявления ОНМК в анамнезе и хронических форм ЦВЗ. Осуществлялся анализ амбулаторных карт для получения данных анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных обследований. Все больные осмотрены независимыми врачами — кардиологом и неврологом, применявшими при необходимости дополнительные методы обследования.

**Результаты.** Всего различные ЦВЗ диагностированы у 148 (57,6%) человек. В соответствии с окончательным заключением по результатам обследования, ГЦК в анамнезе выявлен у 76 больных, при этом только у 4 (5,3%) из них этот диагноз был отражен в амбулаторной карте. Среди больных АГ число случаев ранее не диагностированных ГЦК составило 28,0%. Обращало внимание, что у каждого пятого (20,3%) больного ЦВЗ выявлено сочетание двух острых форм заболевания в анамнезе. Среди 42 больных, ранее перенесших инсульт, 24 человека имели ГЦК в анамнезе. При изучении хронологии этих событий оказалось, что в 70,8% случаев пациенты переносили ГЦК еще до развития инсульта.

**Вывод.** Установлено, что в амбулаторных условиях имеется неудовлетворительная диагностика такой прогностически неблагоприятной формы ЦВЗ, как ГЦК. Показано, что у каждого 3—4 больного АГ из пришедших на прием к врачу-терапевту в прошлом имелся, как минимум, один эпизод ГЦК, диагноз которого в большинстве случаев не был своевременно установлен. Указанное обстоятельство могло являться в дальнейшем одной из причин недостаточно активной профилактики развития мозгового инсульта.

\* \* \*

## ВАРИАНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В КОРЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТИИ

Климова Т.М., Федорова В.И., Балтахина М.Е., Федоров А.И.

НИИ здоровья Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

### METABOLIC SYNDROME AMONG THE NATIVE POPULATION OF YAKUTIA

Klimova T.M., Fedorova V.I., Baltakhinova M.E., Fedorov A.I.

Research Institute of Health of North-Eastern Federal University named M.K. Ammosov, Yakutsk, Russia

В последние десятилетия среди коренного населения Якутии отмечается беспрецедентный рост числа сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, целью исследования была оценка распространенности метаболического синдрома и определение наиболее частых вариантов сочетаний метаболических нарушений среди коренного населения центральной Якутии. Работа проведена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки России «Адаптационный потенциал, ценностные ориентиры и установки на сохранение здоровья среди коренного населения Якутии» (номер государственной регистрации 01201460280). По стандартному протоколу обследована выборка из коренного населения центральной Якутии в возрасте 18 лет и старше, в анализ включены данные 538 человек (317 женщин, 222 мужчин). Средний возраст женщин составил 46,2 (14) года, мужчин — 46,1 (16,1) года. Метаболический синдром устанавливали по критериям IDF 2005 г. Абдоминальное ожирение по критериям для азиатских популяций наблюдалось у 65% женщин и 43% мужчин; повышенный уровень артериального давления — у 35 и 47%; гипергликемия натощак — у 16 и 18%; гипертриглицеридемия — у 8 и 11% соответственно; сниженный уровень ХС ЛПВП — у 16% женщин и мужчин. Метаболический синдром был установлен у 50 (15,8%) женщин и 34 (15,4%) мужчин. При наличии абдоминального ожирения сочетанные дислипидемии (гипертриглицеридемии и/или сниженного уровня ХС ЛПВП) и повышенного уровня артериального давления наблюдалось у 18 (36%) женщин и 13 (38,2%) мужчин; гипергликемии натощак и повышенного уровня артериального давления — у 16 (32%) и 8 (23,5%); дислипидемии и гипергликемии натощак — у 9 (18%) и 6 (17,7%); двух видов нарушения липидного спектра — у 2 (4%) и 3 (8,8%); все виды метаболических нарушений — у 5 (10%) и 4 (11,8%) соответственно. Повышенный уровень

артериального давления был одним из компонентов метаболического синдрома у 39 (78%) женщин и 25 (73,5%) мужчин; нарушения липидного спектра у 34 (69,4%) и 26 (76,5%) соответственно. Нарушение углеводного обмена наблюдалось у 30 (60%) женщин и 18 (52,9%) мужчин с метаболическим синдромом.

**Вывод.** Ожирение и повышенный уровень артериального давления являются ведущими факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в данной выборке. Результаты исследования обосновывают необходимость оптимизации мероприятий по снижению сердечно-сосудистого риска на популяционном уровне.

\* \* \*

## АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА У НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коваленко Е.В., Пшизапекова Л.А., Янгурзова М.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

### ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL INDICES OF DIABETES MELLITUS IN THE POPULATION OF SARATOV REGION

Kovalenko E.V., Pshizapekova L.A., Yangurazova M.A.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Russia, Saratov

**Цель исследования** — оценка основных эпидемиологических показателей сахарного диабета (СД).

**Материал и методы.** Сбор данных проводился по официальным данным Минздрава России и Саратовской области, Государственного регистра больных сахарным диабетом за период 2004—2013 гг. Использованы методы аналитической и статистической эпидемиологии с элементами описательного эпидемиологического исследования.

**Результаты.** Заболеваемости наиболее подвержено взрослое население. В 2013 г. показатель общей заболеваемости СД у взрослых составил 36%, у детей — 1,1%. Доля СД в структуре эндокринной патологии взрослых составила 46%, у детей — 1,5%. За период 2004—2013 гг. показатель общей заболеваемости СД у детей вырос на 27%, у взрослых — на 82%. С 2007 г. региональные показатели превышают показатели по РФ и ПФО. Динамика первичной заболеваемости СД за период 2004—2013 гг. была разнонаправленной, но в целом показатель вырос у детей на 23% и составил 0,2%, у взрослых показатель вырос на 60% и составил 3,3%. Показатель общей заболеваемости СД 1-го типа у взрослых за наблюдаемый период снизился на 31% и составил в 2013 г. 1,6%, у детей показатель вырос на 24% и составил 1,1%. Показатель заболеваемости СД 2-го типа у детей за 10 лет вырос в 7 раз, но в 2013 г. составил всего 0,02%. У взрослых заболеваемость СД 2-го типа выросла на 98% и составила 34,3%. Проанализированы показатели смертности больных СД. Выявлено, что за период 2005—2013 гг. смертность женщин выросла в 3,3 раза и составила 1640 на 100 тыс. населения, у мужчин показатель вырос в 3,5 раза и составил 735 на 100 тыс. населения. При анализе смертности больных СД выявлено, что женщины в 63 раза чаще умирают от СД 2-го типа, чем от СД 1-го типа, у мужчин разница составляет 18 раз. При соп-

ставлении показателей смертности мужчин и женщин выявлено, что от СД 2-го типа чаще умирают женщины, тогда как от СД 1-го типа — мужчины. При анализе структуры смертности больных СД выявлено, что она не отличается у мужчин и женщин при СД 2-го типа — на первом месте ХСН, на втором — нарушения мозгового кровообращения, на третьем — инфаркты миокарда. Эти причины составляют в сумме 49% и у мужчин, и у женщин. Структура причин смерти при СД 1-го типа у мужчин и у женщин разная. При анализе выявлено, что у женщин на 1 месте в структуре причин смерти — хроническая почечная недостаточность, на 2 — нарушения мозгового кровообращения, на 3 — инфаркты миокарда; а у мужчин на 1 месте — хроническая сердечная недостаточность, на 2 — нарушения мозгового кровообращения, на 3 — хроническая почечная недостаточность.

**Вывод.** В Саратовской области, как и в целом по России, отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации по сахарному диабету. С 2007 г. показатели заболеваемости детей и взрослых превышают общероссийские.

\* \* \*

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ КАК ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кожевников А.А., Карев А.В., Карева О.В.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

### SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF RESULTS OF APPLICATION OF MESODIENCERHALIC MODULATION AS TECHNOLOGIES OF PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES OF INDIGENOUS PEOPLE OF THE KEMEROVO REGION

Kozhevnikov A.A., Karev A.V., Kareva O.V.

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — социологическое исследование степени эффективности применения транскраниальной электротерапии — мезодиэнцефальной модуляции (МДМ) как одной из мер профилактики заболеваний коренного населения Кемеровской области, проживающего в районах, в которых изменяются традиционные социально-экономических условия их жизнедеятельности, а также существует реальная угроза утраты межпоколенной, диахронной этнокультурной информации, имеющей основную роль в воспроизводстве этноса.

**Материал и методы.** В сентябре 2014 г. в селе Беково Беловского района Кемеровской области по согласованию с местными и областными властями проводились мероприятия, связанные с оказанием медицинской помощи населению путем применения аппарата мезодиэнцефальной модуляции ЭсГМТ «Медаптон» МДМК-4 в комплексе с социологическим опросом респондентов. Сбор сведений осуществлялся с помощью специализированного медико-социологического опросника, подготовленного с учетом особенностей социальной, культурно-языковой

(этнолингвистической) среды изучения и опросника SF-36 в русской версии. Статистическая обработка данных осуществляется с помощью программы JBM SPSS Statistics Base (лицензия №20101223-1, договор от 29 марта 2011 г.).

**Результаты.** Социологические опросы респондентов и клиническая оценка наблюдавшихся пациентов в динамике до и после 10-дневного курса МДМ. В анкетировании приняло участие 65 человек, из которых 54 по национальности были телеутами, что составило 19,8% (54/273) от общего числа проживающих в селе телеутов (273 человека), а от числа получивших лечение — 62,8% (54/86). На фоне курсовой МДМ-терапии в условиях фельдшерско-акушерского пункта в 80% случаев наблюдается субъективное и объективное улучшение состояния пациентов, в том числе пожилого возраста с несколькими хроническими заболеваниями. Клиническая результативность МДМ обусловлена переводом функционирования адаптационной системы на более высокий уровень за счет повышения активности нейроэндокринных центров в срединных структурах головного мозга.

**Вывод.** В ходе проведения социологических исследований на первый план выходит не просто улучшение качества медицинской помощи как определяющего условия функциональной устойчивости популяции, а постановка перед органами здравоохранения новых задач, связанных с созданием условий для внедрения новых медицинских технологий и подходов в обеспечении процесса воспроизводства населения на различных популяционных уровнях.

\* \* \*

## ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ

Колесникова Е.Н., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

### ASSESSMENT OF RISK OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS OF DIABETES BY DETERMINING THE GUSTATORY SENSITIVITY TO PHENYLTHIOCARBAMIDE

Kolesnikova E.N., Zuykova A.A., Petrova T.N.

Voronezh State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

**Цель исследования** — определить клиническое значение исследования вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с сахарным диабетом (СД) и оценить возможность использования данной методики в диагностике ранних стадий сосудистых осложнений СД.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужили результаты обследования 108 больных СД 1-го и 2-го типа средней и тяжелой степени тяжести. Диагноз СД устанавливали согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Определение чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) осуществляли на основе метода Н. Harris и Н. Kalmus (1949). У всех больных СД рассчитывали распространенность того или иного фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний в абсо-



лотном и в процентном отношении. Также оценивали показатель распространенности как основного заболевания, так и ассоциированных с ним осложнений. В результате проведения логистического регрессионного анализа были получены прогностические коэффициенты, на основании которых была рассчитана вероятность развития сосудистых осложнений у больных СД с удовлетворительной и неудовлетворительной компенсацией углеводного обмена.

**Результаты.** В результате проведенного обследования 108 пациентов с СД в возрасте 19—79 лет было выявлено, что при поступлении большая часть обследуемых находилась в стадии декомпенсации, о чем свидетельствуют высокие цифры гликированного гемоглобина ( $HbA_{1c}$ ) — 9% и более. В дальнейшем были сформированы две группы пациентов, в зависимости от статуса чувствительности к фенилтиокарбамиду. Группа чувствительных к ФТК включала 58 (53,75%) пациентов, и группа нечувствительных, или ощущающих вкус ФТК только в высоких концентрациях (от 0 до 4 разведения), — 39 пациентов, что составило 46,25%. Установлена тесная регрессионная зависимость у «нон-тестеров» с макроангиопатиями — высокозначимая между уровнем глюкозы и уровнем триглицеридов (при коэффициенте множественной регрессии  $r=0,69$ ,  $\beta=0,37$ ,  $t=3,18$ ,  $p<0,002$ ) и менее значимая с уровнем ХС ЛПВП ( $r=0,69$ ,  $\beta=0,28$ ,  $t=2,12$ ,  $p<0,05$ ). В группе «тестеров» без сердечно-сосудистых осложнений, при коэффициенте множественной регрессии  $r=0,79$  установлена тесная регрессионная зависимость между уровнем глюкозы и уровнем общего ХС ( $\beta=-0,41$ ,  $t=-2,40$ ,  $p<0,02$ ), с уровнем ХС ЛПНП ( $\beta=0,57$ ,  $t=3,25$ ,  $p<0,02$ ), с уровнем триглицеридов ( $\beta=0,45$ ,  $t=3,10$ ,  $p<0,03$ ) и с уровнем СРБ ( $\beta=0,22$ ,  $t=2,35$ ,  $p<0,02$ ).

**Вывод.** В группе «нон-тестеры» отмечался более высокий уровень  $HbA_{1c}$  при исходно более низком показателе гликемии по сравнению с «тестерами». Также в группе «нон-тестеры» достоверно чаще встречались ранние и поздние осложнения СД, чем в группе «тестеры», что указывает на более тяжелое его течение.

\*\*\*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ И РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Колесникова Е.Н., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

### STUDIES OF THE RELATIONSHIP OF GUSTATORY SENSITIVITY TO PHENYLTHIOCARBAMIDE WITH THE DEVELOPMENT OF METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Kolesnikova E.N., Zuikova A.A., Petrova T.N.

Voronezh State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

**Цель исследования** — определить клиническое значение исследования вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и оценить ее взаимосвязь с развитием метаболических нарушений.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужили результаты обследования 112 больных АГ 1—3-й степени. Диагноз был установлен на основании клинических и инструментальных данных. У всех больных учитывались наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, показатели индекса массы тела, липидного спектра, углеводного обмена, а также распространенность и выраженность основных факторов риска развития основного заболевания. Определение чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) осуществлялось на основе метода Н. Haggis и Н. Kalmus (1949).

**Результаты.** В результате проведенного обследования 112 пациентов с АГ в возрасте от 47 до 82 лет было выявлено, что большая часть обследованных (53,26%) уже имела различные метаболические нарушения. Чаще всего встречались избыточная масса тела и ожирение (77,5%), гиперхолестеринемия (43,7%) и гиподинамия (41,4%). Дальнейшее распределение больных на группы проводилось в зависимости от статуса их вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду. Группа чувствительных к ФТК («тестеры») включала 62 пациента (55,36%), а группа абсолютно не ощущающих вкус ФТК или ощущающих вкус только с 0 по 4 разведения («нон-тестеры»), — 50 пациентов, что составило 44,64%. В результате статистического анализа, проведенного в группах, у «тестеров» была установлена положительная регрессионная зависимость уровня артериального давления с метаболическими нарушениями, а именно с повышенным уровнем глюкозы, общего холестерина (ХС) и уровня ХС ЛПНП (при коэффициенте множественной регрессии  $r=0,67$ ,  $\beta=0,34$ ,  $t=3,21$ ,  $p<0,001$ ). В группе «нон-тестеры» при коэффициенте множественной регрессии  $r=0,74$  установлена обратная статистически значимая связь ( $\beta=-0,39$ ,  $t=-2,35$ ,  $p<0,02$ ).

**Вывод.** В группе «тестеры» достоверно чаще встречались метаболические нарушения (нарушенная толерантность к глюкозе и дислипидемия), сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и основные факторы риска их развития (абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия и гиподинамия). Следовательно, установление чувствительности к ФТК может помочь в прогнозировании течения АГ и вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией.

\*\*\*

## РОЛЬ ТЕЛЕФОННОГО МОНИТОРИНГА В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Комков Д.С., Мясников Р.П., Федотова Н.П., Бойцов С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### THE ROLE OF TELEPHONE MONITORING IN FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

Komkov D.S., Myasnikov R.P., Fedotova N.P., Boytsov S.A.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить эффективность телефонного мониторинга при дистанционном наблюдении пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** В исследование были включены 40 пациентов с ХСН, прошедших стационарное лечение. Они были рандомизированы на две группы: группу активного наблюдения (20 человек) и группу контроля (20 человек). Пациенты из группы активного наблюдения проходили короткую обучающую программу в Школе ХСН, а в последующем осуществлялся их активный телефонный мониторинг (звонки от врача раз в две недели в течение первых 3 мес наблюдения, затем 1 раз в 4 нед). Длительность наблюдения составила 9 мес, планируется продолжить его до 12 мес.

**Результаты.** Исходно группа активного наблюдения и группа контроля не различались между собой по возрасту ( $60,6 \pm 14,7$  и  $56 \pm 14,1$  года соответственно;  $p=0,32$ ), количеству баллов по Миннесотскому опроснику качества жизни больных с ХСН (МОКЖ)  $65,6 \pm 9,8$  и  $67,9 \pm 12,0$  соответственно;  $p=0,64$ ) и дистанции теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) ( $207,9 \pm 98,9$  и  $164,5 \pm 59,27$  м соответственно;  $p=0,18$ ). Фракция выброса левого желудочка была достоверно ниже у больных в группе активного наблюдения ( $25,7 \pm 9,3\%$  и  $32,5 \pm 11,3\%$  в группе контроля;  $p=0,04$ ). Через 9 мес наблюдения показатели МОКЖ и ТШХ улучшились по сравнению с исходными в обеих группах. При сравнении этих показателей между группами было выявлено, что количество баллов по МОКЖ достоверно ниже в группе активного наблюдения ( $38,5 \pm 9,5$ ), чем в группе контроля ( $47,1 \pm 11,4$ ;  $p < 0,001$ ). Также в группе активного наблюдения достоверно увеличилась дистанция ТШХ в сравнении группой контроля ( $402,6 \pm 62,2$  и  $298,8 \pm 99,3$  м соответственно;  $p=0,002$ ).

**Вывод.** Обучение и телефонный мониторинг способствуют улучшению качества жизни и повышению толерантности к физической нагрузке у пациентов с ХСН.

\*\*\*

## ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРНЫХ УСЛОВИЯХ

Корнеева Е.В.

ГБОУ ВПО СурГУ, Сургут, Россия

### INFLUENCE OF LIFESTYLE CHANGES ON DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME AMONG YOUNG PEOPLE IN NORTHERN CONDITIONS

Korneeva E.V.

Surgut State University, Surgut, Russia

**Цель исследования** — оценить изменение пищевого поведения (ПП), физической активности (ФА) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от пола, от длительности проживания на территории, приравненной к Крайнему Северу.

**Материал и методы.** Обследованы 183 пациента с МС и 65 здоровых человек в возрасте 18–44 лет в течение трех лет, проживающих в ХМАО — Югре. Проведена оценка

нарушений ПП, ФА. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программного комплекса Statistica for Windows v.7.0.

**Результаты.** Длительность проживания в северных условиях среди обследованных составила  $21,0 \pm 1,5$  года. Нарушения ПП выявлены у 86,7% пациентов. Среди женщин с МС преобладали эмоциогенный (41,3%) и ограничительный (30,8%) типы пищевых нарушений. Для 50,5% мужчин характерен экстернальный тип. Причинами нарушений ПП пациенты отметили пищевые привычки в семье (42,6%), неудовлетворенность собой (12,6%), конфликты на работе (9,8%), отсутствие самоконтроля (35%). Через 3 года наблюдения число женщин с ограничительным типом питания увеличилось на 47,9%. Возросло число мужчин с МС с экстернальным типом нарушений (на 22,7%). Большинство обследованных лиц имели низкую ФА в неделю. Мужчин без лечения МС с гиподинамией стало на 14,9% больше, чем женщин без лечения МС. Увеличилась ФА 21,1% мужчин с МС. Здоровых мужчин со средней ФА наблюдалось на 8,1% (исходно) и на 11,3% (через 3 года наблюдения) больше, чем здоровых женщин. Интенсивную ФА отметили 29% человек. Через 3 года наблюдения активная физическая нагрузка сохранилась у 19,4% здоровых мужчин. Нарушение ПП, уровень ФА и ИМТ, ОТ имели положительные корреляции ( $r=0,62$ ;  $r=0,74$ ;  $r=0,69$ ;  $r=0,71$ ,  $p < 0,001$ ). При увеличении ИМТ, ОТ у обследованных пациентов снижалась ФА ( $r=-0,45$ ;  $r=-0,52$ ;  $p < 0,001$ ). Длительное проживание в северных условиях способствовало нарушению ПП у пациентов ( $r=0,68$ ;  $r=0,66$ ,  $p < 0,001$ ) и снижению ФА ( $r=-0,52$ ;  $r=-0,47$ ,  $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Индивидуальные возможности и образ жизни определяют основные принципы формирования системы жизнеобеспечения и отношения к сохранению собственного здоровья молодого населения на Севере, что определяет необходимость усиления профилактической работы по здоровому образу жизни.

\*\*\*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДМИТРОВСКОГО РАЙОНА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кочешкова Т.А.<sup>1</sup>, Иванова Е.С.<sup>2</sup>, Шалыгин Ю.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗМО «Дмитровский центр медицинской профилактики», Московская область; <sup>2</sup>Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР, Москва, Россия

### PREVALENCE OF SMOKING AMONG HEALTH FACILITIES STAFF IN DMITROV MUNICIPAL DISTRICT OF THE MOSCOW REGION

Kocheshkova T.A.<sup>1</sup>, Ivanova E.S.<sup>2</sup>, Shalyagin Yu.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dmitrov City Center of Medical Prevention, Moscow region, Russia; <sup>2</sup>Moscow Regional Center of Medical Prevention, Moscow, Russia

Распространенность табакокурения среди медицинских работников и прочих сотрудников лечебно-профилактических организаций (ЛПО) неоднократно становилась предметом исследований, организованных Дмитровским городским Центром медицинской профилактики.

По результатам анкетирования сотрудников ЛПО, как медработников, так и прочего персонала, которое проводилось в Дмитровском районе в 2010 г., было определено, что курящими являлись 45,2% мужчин и 14,6% женщин. С целью выявления распространенности курения среди сотрудников ЛПО в 2014 г. было проведено анкетирование (1319 анкет), а также обследование с помощью газоанализатора на содержание СО в выдыхаемом воздухе, обследованы 1203 человека. В ходе исследования анкетирование было проведено у 63,9% сотрудников ЛПО. Возраст участвующих в анкетировании: до 30 лет — 11,4%, 30—40 лет — 17,5%, 40—50 лет — 23,4%, 50—60 лет — 30,3%, старше 60 лет — 17,4%. Участников анкетирования с высшим медицинским образованием — 19,2%, со средним медицинским образованием — 47,5%, другое — 33,3%. Семейное положение: 57,2% живут в браке, не имеют брачных отношений 42,8%. По результатам анкетирования, курят — 22%, не курят — 78% всех сотрудников ЛПО. Среди мужчин курят — 44% (в 2010 г. — 45,2%), среди женщин курят — 17,9% (в 2010 г. — 14,6%), курили, но бросили — 3,5%. Большинство курящих (79,3%) курят ежедневно, имеют стаж курения более 15 лет — 59,6%, от 5 до 15 лет — 33,5%, менее 5 лет — 6,9%. Интенсивность курения сотрудников ЛПО: до 5 сиг./день — 11,2%, от 5 до 20 сиг./день — 49,8%, более 20 сиг./день — 39,0%. О вреде табакокурения знают 83,1%, не знают 9,0%, считают, что курить не вредно, 7,9%. Пытались бросить курить 60,3%. На СО в выдыхаемом воздухе было обследовано 58,3% сотрудников ЛПО. Повышенный уровень СО в выдыхаемом воздухе более 6 ед. был отмечен у 19,1% среди всех сотрудников и у 14,0% медработников.

**Вывод.** Реализация программ профилактики неинфекционных заболеваний, а также положений ФЗ №15-ФЗ от 23.02.13 в Дмитровском районе не привели к сокращению распространенности табакокурения среди сотрудников ЛПО.

\*\*\*

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ КОРОНАРНЫЕ ИНЦИДЕНТЫ

Красницкий В.Б., Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Новикова Н.К.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## ADHERENCE TO TREATMENT DURING THE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE CORONARY EVENTS

Krasnitsky V.B., Aronov D.M., Bubnova M.G., Novikova N.K.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Эффективность программ физической реабилитации у больных, перенесших острые коронарные инциденты (ОКИ), включая ОИМ и ЧКВ, во многом зависит от мотивации и приверженности их лечению. В свою очередь, участие больных в программе контролируемых физических тренировок (КФТ) способствует формированию у них позитивной мотивации.

**Материал и методы.** В свое время нами были опубликованы результаты Московского областного клинического исследования, с включением 93 больных ИБС, перенесших ОКИ. В настоящей работе изучались результаты групп: 1-я ( $n=24$ ) — больные тренировались в течение 1 года и получали препарат никотиновой кислоты эндурацин (Э.), 2-я ( $n=24$ ) — были только тренировки, 3-я ( $n=24$ ) — больные получали Э. и не тренировались. КФТ проводились 2 раза в неделю. Э. выдавался больным бесплатно каждые 2 мес, и больные принимали его ежедневно в дозе 1,5 г в сутки. Сравнение проводилось по данным ВЭМ-пробы, анализа липидов крови, опросников «ОДА23+» и регулярности приема Э.

**Результаты.** Посещаемость тренировок в 1-й и 2-й группах в первые полгода составила соответственно 88 и 79%, и в последующие 6 мес она уменьшилась до 54 и 50% (все  $p<0,001$ ) при том, что со стороны врачей осуществлялся контроль посещаемости. Физическая работоспособность (по суммарному объему работы при ВЭМ-пробе) в этих группах через 1 год достоверно увеличилась не только по сравнению с исходной, но и с промежуточной точкой (6 мес) на 107 и 29%, и 85 и 22% соответственно (все  $p<0,001$ ). Учитывая это, следует предположить, что снижение посещаемости ФТ было связано с возросшей социальной и физической активностью пациентов, что, собственно, является целью реабилитации. Приверженность лечению Э. в двух группах (1-я и 3-я) определявшаяся как *очень хорошая* и *хорошая* по итогам 1 года наблюдения была практически одинаковой — 65 и 61%. Около  $\frac{1}{3}$  больных принимали его удовлетворительно. Таким образом, мотивация пациентов и комплаенс поддерживались на достаточно высоком уровне при полном обеспечении и регулярном врачебном контроле. У больных, получавших Э., изменения уровня липидов были выражены в большей степени в 1-й группе: через 6 мес и 1 год соответственно, ОХС снизился на 17,5 и 14,3% (все  $p<0,001$ ), ХС ЛНП — на 21,8% ( $p<0,001$ ) и 15% ( $p<0,05$ ), и индекс атерогенности (ХС ЛНП/ХС ЛВП) — на 24,6 и 19,8% ( $p<0,05$ ), ХС ЛВП через 1 год увеличился на 11,9% ( $p<0,05$ ). В 3-й группе через 6 мес ОХС снизился на 9,5% ( $p<0,05$ ), ХС ЛНП — на 15,8% и через 1 год — на 22,7 (все  $p<0,05$ ), другие изменения были недостоверными. В 1-й группе двигательная активность (ДА) через 1 год увеличилась на 48% ( $p<0,001$ ), во 2-й группе — на 32% ( $p<0,001$ ) и в 3-й группе — на 19% (при сравнении с 1-й группой —  $p<0,05$ ). У пациентов 1-й группы с хорошим комплаенсом по Э. ДА увеличилась в первые 6 мес на 49% ( $p<0,001$ ) и через 1 год на 62% ( $p<0,001$ ), а у пациентов с меньшим комплаенсом соответственно — на 37% ( $p<0,001$ ) и 42% ( $p<0,01$ ). В 3-й группе у пациентов с хорошим комплаенсом по Э. ДА увеличилась только через 1 год на 28% ( $p<0,05$ ), у остальных не изменилась. В течение первых 6 мес в целом по этой группе отмечалась отрицательная корреляция между уровнем ДА и ХС ЛНП ( $r=0,76$ ,  $p=0,0006$ ), ТГ ( $r=0,54$ ,  $p=0,02$ ) и отношением ХС ЛНП/ХС ЛВП ( $r=0,52$ ,  $p=0,03$ ). Такая связь может реализоваться через общую для них приверженность выполнению врачебных рекомендаций.

**Вывод.** Участие пациентов в длительных контролируемых тренировках и регулярные контакты с врачом оказывают положительное влияние на мотивацию и приверженность лечению в целом, включая лечение липидснижающими препаратами и поддержание двигательной активности на достаточном уровне.

\*\*\*



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У СПОРТСМЕНОВ В ГРУППАХ СПОРТИВНОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ БЕЛГОРОДА

Кропанина А.И., Питинов В.И., Михайлова Т.В., Колпак Е.Н.

ОГКУЗ особого типа «Областной центр медицинской профилактики», Белгород, Россия

### EFFICIENCY OF NON-DRUG TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS EXACERBATIONS IN ATHLETES IN BELGOROD

Kropanina L.I., Pitinov V.I., Mikhailova T.V., Kolpak E.N.

Medical prevention regional center, Belgorod, Russia

**Цель исследования** — оценить эффективность комплекса немедикаментозных мер по профилактике обострений хронического тонзиллита у спортсменов в группах спортивного совершенствования.

**Материал и методы.** Оторинофарингоскопия прямым методом, обследование на кардиовизоре. Выборка составила 28 спортсменов из группы совершенствования спортивного мастерства. У всех обследованных был выявлен хронический тонзиллит с частотой обострений до 4—5 раз в год. В сравнении с предыдущими спортивными сезонами результативность не нарастала, перерывы в тренировочном процессе достигали в среднем до 3,5 мес. По результатам проведенных проб с физической нагрузкой (3-х моментная проба Летунова) у спортсменов выявлены нарушения толерантности к ней в виде астенического и смешанного типа реакции. При проведении диагностики на кардиовизоре в 100% случаев выявлены метаболические изменения на уровне пограничного состояния («Индекс миокарда» 19%).

**Результаты.** Всем спортсменам, принявшим участие в исследовании, был рекомендован комплексный бактериофаг с орошением носоглотки и небных миндалин. Проводилось облучение ультрафиолетовой лампой полости носа и зева №10 в сочетании с лазером на область небных миндалин №15; лечение аппаратом Тонзиллор-ММ, с использованием волновода для контактной ультразвуковой обработки паренхимы миндалин №15; иглорефлексотерапия курсом 10 сеансов. Опираясь на данные литературы о том, что ухудшение в состоянии здоровья спортсменов на этапах повышения спортивного мастерства объясняется напряженными психофизическими нагрузками, что вызывает снижение клеточных и гуморальных факторов неспецифической защиты организма, вплоть до развития феномена «исчезновения» иммуноглобулинов, всем спортсменам проводилась коррекция питания с введением дополнительных аминокислотных и протеиновых коктейлей. Все спортсмены получали биологически активные добавки антиоксидантной и кардиопротективной направленности. Через 1 мес после проведенного лечения нормализовались реакция на пробы с физической нагрузкой и данные обследования на кардиовизоре («Индекс миокарда» менее 15%). Наблюдение за данной группой проводилось в течение 1 года. Отмечено снижение обострений до 1 раза в год у 4%, у остальных 96% обострений за год не наблюдалось. Частота острых респираторных ви-

русных инфекций в данной группе составляла 1—2 раза в год продолжительностью 3—4 дня в среднем. Результативность всех спортсменов, включенных в исследование, достоверно увеличилась в течение года после проведенного лечения.

\* \* \*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА «ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ» СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИХ ШКОЛ БЕЛГОРОДА

Кропанин Г.И., Михайлова Т.В., Питинов В.И., Лавриненко Т.В.

ОГКУЗ особого типа «Областной центр медицинской профилактики», Белгород, Россия

### EFFICIENCY OF SOME RISK FACTORS OF «SUDDEN CORONARY DEATH» CORRECTION AMONG TEENAGERS FROM CHILDREN'S AND YOUTH SPORTS SCHOOLS OF BELGOROD

Kropanin G.I., Mikhailova T.V., Pitinov V.I., Lavrinenko T.V.

Medical prevention regional center, Belgorod, Russia

**Цель исследования** — выявление в процессе динамического наблюдения признаков укорочения интервала P-Q у спортсменов-подростков и оценка эффективности их медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

**Материал и методы.** ЭКГ, ЭхоКГ диагностика на кардиовизоре. Выборка: 57 спортсменов-разрядников, воспитанников детско-юношеских спортивных школ Белгорода, в возрасте 12—14 лет. По результатам проведенного углубленного медицинского осмотра перед началом учебно-тренировочного процесса у всех подростков патологии на ЭКГ и отклонений со стороны внутренних органов не выявлено. При проведении текущего медицинского осмотра (через 5 мес от начала учебно-тренировочного процесса) включенные в данное исследование предъявляли жалобы на быструю утомляемость. По результатам проведенных проб с физической нагрузкой (проба Мартине) выявлен астенический и смешанный тип реакции сердечно-сосудистой системы. На ЭКГ выявлено укорочение интервала PQ, по данным ЭхоКГ — без патологии. При диагностике на кардиовизоре «индекс миокарда» составил 18—19% (пограничное состояние).

**Результаты.** С учетом данных многочисленных исследований о том, что укорочение интервала PQ является фактором риска «внезапной коронарной смерти», нами была разработана комплексная программа, направленная на коррекцию выявленных нарушений. Немедикаментозные методы: соблюдение распорядка дня; коррекция режима тренировок; изменения качественных и количественных компонентов питания; дополнительное введение продуктов, богатых незаменимыми аминокислотами, протеинами и углеводами в период «белково-углеводного окна», массаж мышц воротниковой зоны по расслабляющей методике, СМТ-терапия на воротниковую зону по расслабляющей методике и иглорефлексотерапия. Все спортсмены получали биологически активные добавки кардиопротективной и антиоксидантной направленности.

сти. Медикаментозная терапия включала в себя прием кардиопротективных препаратов, гармонизаторов вегетативной нервной системы и витаминов А, Е, С, ниацина и В1. Через 1 мес после проведенной терапии — нормализация самочувствия и результатов проб на переносимость физических нагрузок у 100% спортсменов. Укорочение интервала PQ отмечено у 7% обследованных. На кардиограмме у всех подростков отмечалась положительная динамика в виде нормализации показателей со стороны «индекса миокарда».

**Вывод.** Подосткам с сохраняющимися изменениями на ЭКГ была продолжена терапия биологически активными добавками и значительно уменьшены физические нагрузки. Через 2 мес на повторной ЭКГ не было выявлено патологии ни в одном случае, что позволило постепенно активизировать тренировочный процесс, увеличивая нагрузки.

\*\*\*

## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кудрина Е.А., Чураков И.В., Усупова С.А.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

### DYNAMICS OF MAMMARY CANCER IN THE UDMURT REPUBLIC

Kudrina E.A., Churakov I.V., Usupova S.A.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

**Цель исследования** — проанализировать уровень и динамику заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) в Удмуртской республике (УР) для разработки мероприятий по их профилактики.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное и проспективное клинико-эпидемиологическое исследование по изучению первичной заболеваемости и распространенности РМЖ среди населения УР за 20-летний период (1994—2013 гг.). Для сбора информации была разработана специальная эпидемиологическая карта на бумажном носителе. Данные государственной статистической учетно-отчетной документации получены в Республиканском информационно-аналитическом центре Минздрава УР. После сбора фактического материала проводили расчет заболеваемости и распространенности РМЖ. Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием программных пакетов Statistica 6.0. Методом регрессионного анализа строили тренды для выявления тенденций изменения показателя.

**Результаты.** Установлено, что за анализируемый период распространенность РМЖ в УР составила в среднем 225,1 случая на 100 тыс. женского населения, что ниже аналогичных показателей по Российской Федерации (соответственно 277,5 на 100 тыс. женского населения). При этом выявлена четкая тенденция увеличения патологии как в УР, так и в Российской Федерации; темп роста в 2012 г. по сравнению с 1994 г. составил соответственно 239,8 и 202,7%. Анализ динамики первичной заболеваемости РМЖ за период 1994—2013 гг. показал, что ее уровни в УР были меньше, чем в Российской Федерации, со-

ставляя в среднем 48,4 и 61,9 случаев на 100 тыс. населения соответственно. При этом уровень заболеваемости за последние 20 лет увеличился в УР в 1,9 раза, в Российской Федерации — в 1,6 раза; темп роста в 2012 г. по сравнению с 1994 г. составил соответственно 185,2 и 162,5%. Прогнозирование до 2018 г. показало дальнейший рост распространенности РМЖ среди женского населения как в УР, так и в Российской Федерации в целом. Сравнительная оценка структуры заболеваемости РМЖ в зависимости от стадии процесса показала, что и в Российской Федерации, и в УР на запущенные формы рака (III и IV стадии) приходилось более  $\frac{1}{3}$  всех случаев.

**Вывод.** Распространенность РМЖ среди женского населения в УР, как и в целом по Российской Федерации, остается высокой и имеет тенденцию к своему увеличению, что требует совершенствования профилактических программ по раннему выявлению РМЖ в амбулаторно-поликлинических условиях.

\*\*\*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Кудрина Е.А., Смолин А.А.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

### CLINICAL EFFICACY OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS IN THE REGIONAL VASCULAR CENTER

Kudrina E.A., Smolin A.A.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

**Цель исследования** — оценить клиническую эффективность комплексной программы медицинской реабилитации больных острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в условиях регионального сосудистого центра.

**Материал и методы.** В исследование вошли 138 пациентов с впервые возникшим инсультом любой этиологии и локализации, получавших лечение в неврологическом отделении регионального сосудистого центра (РСЦ) БУЗ Удмуртской республики (УР) 1 РКБ МЗ УР в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст обследованных составил  $51,7 \pm 1,3$  года. Среди пациентов было 84 (60,9%) мужчины и 54 (39,1%) женщины. Неврологический статус изучен с использованием шкал: NIHSS, Ренкина, индекса мобильности Ривермида. Реабилитационные мероприятия включали индивидуальные и индивидуально-групповые занятия ЛФК в сочетании с точечным массажем, аутогенной тренировкой, направленной на активное расслабление и локальное стимулирующее воздействие на изолированные группы мышц паретичных конечностей пациентов. По мере увеличения физической активности пациентов в комплекс занятий добавлялась тренировка навыков самообслуживания. Статистическая обработка проведена с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Различия сравниваемых параметров оценивали с помощью *t*-критерия Стьюдента.

та, которые считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Исходные показатели по всем шкалам, отражающим неврологический дефицит, были статистически достоверно ниже популяционной нормы, но в динамике, проведенной в конце курса лечения, наблюдалось статистически значимое и достоверное улучшение неврологического статуса пациентов, их жизнедеятельности, улучшение мобильности. Так, выраженность неврологической симптоматики по шкале NIHSS уменьшилась после лечения с  $11,6 \pm 1$  до  $4,2 \pm 0,4$  балла ( $p \leq 0,001$ ); по шкале Ренкина — с  $4,0 \pm 0,2$  до  $1,6 \pm 0,2$  балла ( $p \leq 0,05$ ). Индекс мобильности Ривермид увеличился в 3,5 раза (с  $3,8 \pm 0,8$  до  $13,1 \pm 1$  балла,  $p \leq 0,001$ ). Анализ показателей неврологического дефицита в зависимости от пола установил, что менее выраженная симптоматика и лучший ее регресс наблюдался у женщин, но способность к передвижению лучше восстанавливалась у мужчин. Так, по шкале NIHSS у мужчин регресс неврологического дефицита произошел у 61,5% мужчин и у 68,0% женщин; по шкале Ренкина — у 55,8% мужчин и у 66,2% женщин; индекс мобильности Ривермид увеличился у мужчин на 76,6%, а у женщин — на 61,7%.

**Вывод.** Комплексная программа реабилитации больных ОНМК в условиях регионального сосудистого центра статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) приводит к регрессу неврологической симптоматики и улучшению неврологического статуса пациентов.

\* \* \*

## ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Кудрина Е.А., Родин Н.В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

## INFORMATION AND COMMUNICATION SUPPORT OF CLINICAL EXAMINATION OF POPULATION PROGRAM IN UDMURT REPUBLIC

Kudrina E.A., Rodin N.V.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

**Цель исследования** — изучить информационно-коммуникативное обеспечение и степень фактического участия населения в программах, реализуемых в системе здравоохранения, на примере прохождения диспансеризации.

**Материал и методы.** Проведен социологический опрос по специально разработанной анкете методом анонимного анкетирования 310 пациентов, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении в НУЗ «Отделенческая больница на станции Ижевск» ОАО РЖД. Среди респондентов были 198 (63,9%) женщин и 112 (36,1%) мужчин.

**Результаты.** При анализе знаний пациентов об основных федеральных программах в области здравоохранения установлено, что о программе диспансеризации населения знали большинство ( $89,3 \pm 1,8$ ) опрошенных. К наиболее информированным гражданам относились лица старших возрастных групп (51—60 и старше 60 лет), наименее ин-

формированы были лица трудоспособного возраста, где каждый четвертый-пятый респондент не знал о проведении программы диспансеризации. Среди целей диспансеризации большинство ( $76,1 \pm 2,6$ ) информированных пациентов отмечали необходимость выявления заболеваний у населения,  $14,7 \pm 2,1$  из 100 опрошенных считали, что она направлена на определение групп риска среди населения,  $9,2 \pm 1,7$  расценивало ее проведение как дополнительную информацию о профессиональных заболеваниях. При принятии решения о прохождении диспансеризации большинство ( $66,9 \pm 2,7$ ) респондентов исходили из необходимости сохранения и заботы о своем здоровье,  $18,7 \pm 1,1$  — в связи с подозрением о наличии заболевания,  $8,1 \pm 1,5$  — в связи с необходимостью удостоверения о профессиональной пригодности. Оценка мотивации прохождения диспансеризации в зависимости от возраста респондентов показала, что все пациенты независимо от возраста считают, что диспансеризацию необходимо проходить, потому что забота о собственном здоровье является одной из основных долготелетия. Между тем, в наиболее трудоспособных возрастных группах (36—60 лет) забота о своем здоровье не является приоритетной, эту причину прохождения диспансеризации указала только половина опрошенных. Оценка коммуникативных каналов информации о диспансеризации показала, что только каждый третий пациент получил ее от своего участкового врача. Анализ степени фактического участия населения в программе диспансеризации показал, что среди респондентов всех возрастных групп прошли диспансеризацию только половина. Положительно, что  $1/3$  опрошенных собирается обязательно пройти диспансеризацию в этом году, однако каждый седьмой опрошенный делать этого не собирается.

**Вывод.** Полученные данные показывают, что уровень информированности населения о программе диспансеризации и степень его участия в ее проведении недостаточные и требуют своего совершенствования.

\* \* \*

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НОЗОЛОГИЯМ В ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Кузина Г.В.

МАУ «Городской центр медицинской профилактики», Екатеринбург, Россия

## ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF INDIVIDUAL DISEASES IN THE AGE GROUPS

Kuzina G.V.

MAU «City center of medical prevention», Ekaterinburg, Russia

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной заболеваемости, утраты трудоспособности и преждевременной смертности. Мониторинг НИЗ важен для правильной оценки состояния здоровья населения, возможных факторов риска и планирования мероприятий, направленных на снижение влияния данных факторов на здоровье различных возрастных групп. По данным отчетной формы №12, показатель общей заболеваемости населения Екатеринбурга в течение последних пяти лет постепенно растет. Структуру заболеваемости определяют НИЗ, в числе которых второе место занимают болезни органов кровообращения. Несмотря на то что показатель об-



шей заболеваемости по данной нозологии в 2014 г. снизился, он остается достаточно высоким. Наибольший рост показателя за последний год по сравнению с другими нозологическими группами отмечается по болезням эндокринной системы (на 15,2%) и болезням костно-мышечной системы (на 8,1%). По этим же группам отмечен планомерный рост уровня общей заболеваемости в течение последних трех лет. Если проследить динамику по возрастным группам, можно отметить, что в данных заболеваемости детей до 14 лет наиболее высокий процент роста по группе болезней костно-мышечной системы (на 19,4%). По болезням эндокринной системы также прослеживается планомерный рост (на 6,7% в 2014 г.), причем 19,3% обращений от всех эндокринных заболеваний детей связано с ожирением. Аналогичная картина наблюдается среди подростковой группы: наибольший рост прослеживается по болезням эндокринной системы — на 21,4%, по болезням костно-мышечной системы — на 39,2%. Ожирение у подростков составляет 31% от всех эндокринных болезней в данной возрастной группе. У взрослых также прослеживается рост по этим нозологическим формам: на 16,2% по болезням эндокринной системы и на 5,3% по болезням костно-мышечной системы. Обращений с ожирением — 15%. У контингента лиц старше трудоспособного возраста такой яркой отрицательной динамики уже нет: рост эндокринной патологии сохраняется, но лиц с ожирением 10,5%, по болезням костно-мышечной системы рост на 2,3%.

**Вывод.** На некоторые группы НИЗ можно и нужно влиять, скорректировав такие факторы образа жизни, как питание и двигательная активность; начинать профилактику необходимо именно с молодого контингента. Целесообразно мотивировать их на здоровый образ жизни, обучать навыкам физической активности, в том числе акцентируя внимание на скандинавскую ходьбу. Этот относительно новый, но уже набирающий популярность вид спорта практически не имеет противопоказаний, доступен для людей всех возрастных категорий, включая детей и беременных женщин. При опоре на палки снижается нагрузка на суставы и позвоночник, тренируются 90% мышц всего тела, сжигается в два раза больше калорий, чем при обычной ходьбе, что, в свою очередь, способствует снижению лишнего веса и в конечном итоге приведет к снижению НИЗ и общему оздоровлению организма.

\*\*\*

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕТАБОЛИЗМА И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Кузнецова С.М., Кузнецов В.В.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев, Украина

### AGE FEATURES OF REORGANIZATION OF METABOLISM AND CEREBRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE RECOVERY PERIOD

Kuznetsova S. M., Kuznetsov V. V.

Chebotarev State Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kiev, Ukraine

В последние годы отмечается рост распространенности инсульта и увеличение заболеваемости инсультом среди лиц среднего возраста. Инсульт является основной причиной стойкой инвалидизации. В связи с этим актуальным является повышение эффективности и дальнейшего совершенствование системы нейрореабилитации. Стратегия восстановительной терапии должна базироваться на знаниях о возрастных особенностях реорганизации мозга у больных инсультом.

**Цель исследования** — определить возрастные особенности взаимосвязей метаболизма и церебральной гемодинамики у больных, перенесших ишемический инсульт.

**Материал и методы.** У 263 больных, перенесших ишемический инсульт в бассейне ВСА, двух возрастных групп (198 больных пожилого возраста и 65 больных среднего возраста) проведен анализ состояния церебральной гемодинамики (по данным дуплексного сканирования с использованием установки Sonoline Elegra («Siemens»)) и метаболизма мозга (по данным Н<sup>1</sup> МРС *in vivo* на томографе 1,5 T Magnetom Vision Plus («Siemens»)).

**Результаты.** У больных инсультом среднего возраста по сравнению с КГ соответствующего возраста более выражено, чем у больных пожилого возраста, снижение ЛССК и объемной скорости кровотока в пораженной (соответственно 55,3 и 19,2%) и интактной ВСА (32,4 и 10% соответственно), СМА (соответственно 47,7 и 39%; и 36,4 и 29,3%) и более высокая частота гипозохогенных атеросклеротических бляшек (у больных среднего возраста 49,5% у больных пожилого возраста — 24,1%). В то же время содержание NAA (метаболит нейрональной активности) в сером и белом веществе головного мозга у больных пожилого возраста статистически достоверно ниже, чем у лиц пожилого возраста контрольной группы (18,2±0,9 и 24,1±0,8 отн. ед. соответственно). Диссоциация между степенью изменений церебральной гемодинамики и уровнем метаболизма NAA обусловлена тем, что у больных пожилого возраста более выражено влияние гемодинамики в сосудах пораженного бассейна на содержание NAA. Так, содержание NAA в сером веществе затылочной области у больных среднего возраста положительно коррелирует с объемной скоростью кровотока в интактной ВСА (K=0,74) и ПА (K=0,81), у пожилых — с гемодинамикой в гомолатеральной СМА (K=0,69). У больных пожилого возраста изменения церебральной гемодинамики, метаболизма более выражены при локализации инсульта в правом (содержание NAA в белом веществе справа 21,74±0,52, слева 21,50±0,54, в сером — справа 21,13±0,62 и 23,58±0,93 соответственно), чем при локализации в левом (содержание NAA в белом веществе справа 23,43±0,5, слева — 23,37±0,57, в сером — 22,78±0,99 и 24,91±0,87 соответственно) полушарии.

**Вывод.** У больных среднего возраста более выражены изменения церебральной гемодинамики, у пожилых — метаболизма, поэтому при определении тактики фармакологической реабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо учитывать эти возрастные особенности состояния метаболизма и церебральной гемодинамики.

\*\*\*

## ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ЛЕТНОГО СОСТАВА

Кузьмина Л.П., Ненашева Р.А.

ФГБНУ «НИИ Медицины труда», Москва, Россия

### LIPID METABOLISM IN PILOTS

Kuzmina L.P., Nenasheva R.A.

Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Профессиональная деятельность членов экипажей воздушных судов сопряжена с комплексным воздействием ряда неблагоприятных факторов полета, вызывающих отрицательные изменения в состоянии здоровья, снижение их профессиональной работоспособности и надежности. Шум — один из ведущих неблагоприятных факторов полета. Высокие уровни и длительное воздействие авиационного шума вызывают ряд неспецифических (гипертоническая болезнь и другие сердечно-сосудистые нарушения, заболевания нервной системы и др.) и специфических (нейросенсорная тугоухость различной степени) нарушений состояния здоровья лиц летного состава. Особое место в структуре заболеваний лиц летного состава гражданской авиации, подвергающихся воздействию повышенных уровней шума, принадлежит неспецифическим — экстрауральным нарушениям здоровья, которые возникают раньше специфических проявлений. К экстрауральным нарушениям относят: психосоматические расстройства; гипертоническую болезнь и другие сердечно-сосудистые заболевания; заболевания центральной нервной системы; эндокринные нарушения и др. Проведено обследование 170 высокостажированных лиц летного состава гражданской авиации на базе ФГБНУ НИИ МТ (стаж более 20 лет, возраст — свыше 50 лет). Все обследованные лица работали в условиях нервно-эмоционального напряжения и подвергались профессиональному воздействию шума, вибрации.

**Цель исследования** — изучение состояния показателей липидного обмена и уровня глюкозы и изучение роли полиморфизма ангиотензин-превращающего фермента в развитии артериальной гипертензии у лиц летного состава.

**Результаты.** Распространенность нейросенсорной тугоухости среди обследованных лиц составила 95%. Обращает на себя внимание высокий процент лиц с гипертонической болезнью — 79,4%, метаболическим синдромом — 28,2%, сахарным диабетом 2-го типа — 17,9%. Во всех стажевых и возрастных группах выявлены достоверные ( $p < 0,01$ ) изменения состояния показателей липидного обмена (общего холестерина в 1,4 раза, триглицеридов в 1,7 раза, холестерина липопротеинов низкой плотности в 1,5 раза, индекса атерогенности в 1,9 раза), а также уровня глюкозы (в 1,3 раза) по сравнению с группой контроля. У 77% лиц летного состава обнаружен полиморфный вариант гена ангиотензин-превращающего фермента —  $Alu\ Ins/Del\ I > D$ , ассоциированный с высоким риском развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний.

**Вывод.** Ген ангиотензин-превращающего фермента является геном-триггером и предиктором гипертонической болезни у лиц летного состава. Для снижения риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний у лиц летного состава необходимо проведение мониторинга уровня атерогенных липопротеинов и проведе-

ние лечебно-профилактических мероприятий, направленных на их снижение в сыворотке крови.

\* \* \*

## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА КАК КРИТЕРИЙ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЧЕТАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кузьмина Л.П., Хотулева А.Г.

ФГБНУ «НИИ медицины труда», Москва, Россия

### POLYMORPHISM OF LEPTIN RECEPTOR GENE AS A RISK CRITERION OF COMBINATION OF OCCUPATIONAL ASTHMA AND METABOLIC SYNDROME DEVELOPMENT

Kuzmina L.P., Khotuleva A.G.

Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Профессиональная бронхиальная астма (ПБА) и метаболический синдром (МС) связаны с целым рядом патогенетических механизмов, одним из которых является системный воспалительный процесс, развивающийся при формировании данных патологий. При ожирении адипоциты вырабатывают большое количество биологически активных веществ, что ведет к развитию системного воспаления и усугублению течения сопутствующей ожирению ПБА. С другой стороны, при прогрессировании ПБА в рамках системного воспаления нарастают проявления МС. Лептин, один из адипокинов, выделяемых жировой тканью, способен поддерживать воспалительный процесс при ПБА путем стимуляции клеточного иммунного ответа с увеличением продукции провоспалительных цитокинов. Функции лептина осуществляются с помощью связывания с лептиновым рецептором (LEPR), генетический полиморфизм  $Gln223Arg$  которого приводит к изменению функциональных особенностей рецептора.

**Цель исследования** — изучение роли полиморфизма  $Gln223Arg$  гена LEPR в развитии сочетания ПБА и МС.

**Результаты.** Проведено обследование 88 пациентов клиники ФГБНУ НИИ МТ с установленным диагнозом ПБА (59 женщин и 29 мужчин). Генотип  $Arg/Gln$  выявлен у 46,6% обследованных, генотип  $Gln/Gln$  — у 25%, что соотносится с данными распространенности этого полиморфизма в европейской популяции. У женщин, гомо- и гетерозиготных по аллели  $Gln$ , уровень лептина в сыворотке составляет  $61,35 \pm 8,12$  нг/мл, что достоверно выше ( $t = 2,379$ ,  $p < 0,05$ ), чем у женщин с генотипом  $Arg/Arg$  —  $33,81 \pm 5,81$  нг/мл, и может свидетельствовать о развитии лептинорезистентности у носителей аллели  $Gln$ . У мужчин данной закономерности не было выявлено, что может быть связано с небольшим количеством обследуемых. У больных ПБА выявлена ассоциация аллели  $Gln$  с более высоким ИМТ и более низким уровнем ЛПВП: у лиц с генотипами  $Arg/Gln$  и  $Gln/Gln$  ИМТ составлял  $31,11 \pm 0,84$  кг/м<sup>2</sup>, с генотипом  $Arg/Arg$  —  $28,09 \pm 0,94$  кг/м<sup>2</sup> ( $t = 2,064$ ,  $p < 0,05$ ), уровень ЛПВП —  $1,28 \pm 0,04$  ммоль/л и  $1,51 \pm 0,09$  ммоль/л соответственно ( $t = 2,648$ ,  $p < 0,05$ ), что свидетельствует об ассоциации аллели  $Gln$  с ожирением и нарушением липидного обмена.

**Вывод.** Показана роль полиморфизма  $Gln223Arg$  гена LEPR в механизмах развития сочетания ПБА и МС. Ал-



# ОТВЕТЬТЕ НА ЗОВ СЕРДЦА!



\* Не предназначен для купирования приступов стенокардии

Триметазидин 35 мг

## ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ



### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению препарата ПРЕДУКТАЛ® МВ

**СОСТАВ\***. 1 таблетка с модифицированным высвобождением, покрытая пленочной оболочкой. Содержит триметазидина дигидрохлорида 35 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ\***. Длительная терапия ишемической болезни сердца: профилактика приступов стабильной стенокардии в составе моно- или комбинированной терапии. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ\***. Внутрь, по 1 таблетке 2 раза в сутки, утром и вечером, во время еды. Продолжительность лечения определяется врачом. *Пациенты с почечной недостаточностью.* У пациентов с почечной недостаточностью умеренной степени тяжести (КК 30-60 мл/мин) суточная доза составляет 35 мг (1 таблетка) утром во время завтрака. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ\***. Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; болезнь Паркинсона, симптомы паркинсонизма, тремор, синдром «беспокойных ног» и другие связанные с ними двигательные нарушения; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); из-за отсутствия достаточного количества клинических данных пациентам до 18 лет назначение препарата не рекомендуется. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ\***. Предуктал® МВ не предназначен для купирования приступов стенокардии и не показан для начального курса терапии нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда на догоспитальном этапе или в первые дни госпитализации. В случае развития приступа стенокардии следует пересмотреть и адаптировать лечение (лекарственную терапию или проведение процедуры реваскуляризации). Предуктал® МВ может вызывать или ухудшать симптомы паркинсонизма (тремор, акинезию, повышение тонуса), поэтому следует проводить регулярное наблюдение пациентов, особенно пожилого возраста. Могут отмечаться случаи падения, связанные с неустойчивостью в позе Ромберга и «шаткостью» походки или выраженным снижением АД, особенно у пациентов, принимающих гипотензивные препараты. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ\***. **БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ\***. Не рекомендуется применять препарат Предуктал® МВ во время беременности. Не следует применять препарат Предуктал® МВ во время грудного вскармливания. **ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ АВТОТРАНСПОРТОМ И ВЫПОЛНЯТЬ РАБОТЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ВЫСОКОЙ СКОРОСТИ ПСИХОМОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ.** Наблюдались случаи головокружения и сонливости, что может повлиять на способность к управлению автотранспортом и выполнению работ, требующих повышенной скорости физической и психической реакций. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ\***. Часто: боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, рвота, астения, головокружение, головная боль, кожная сыпь, зуд, крапивница. Редко: ощущение сердцебиения, extrasystolia, тахикардия, выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия, которая может сопровождаться общей слабостью, головокружением или потерей равновесия, особенно при одновременном приеме гипотензивных препаратов, «прилив» крови к коже лица. *Неуточненной частоты:* запор, симптомы паркинсонизма (тремор, акинезия, повышение тонуса), неустойчивость в позе Ромберга и «шаткость» походки, синдром «беспокойных ног», другие связанные с ними двигательные нарушения, обычно обратимые после прекращения терапии, нарушения сна (бессонница, сонливость), острый генерализованный экзантематозный пустулез, отек Квинке, агранулоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит. **ПЕРЕДОЗИРОВКА\***. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА\***. Триметазидин предотвращает снижение внутриклеточной концентрации аденозинтрифосфата (АТФ) путем сохранения энергетического метаболизма клеток в состоянии гипоксии. Триметазидин не оказывает прямого воздействия на показатели гемодинамики. **ФОРМА ВЫПУСКА\***. Таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 35 мг. По 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). 2 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке)/производстве на российском предприятии ООО «Сердикс»: по 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). 2 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: по 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 3 или 6 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 10 блистеров по 30 таблеток в блистере помещают в пачку картонную (пачку не маркируют). По 3 пачки картонные с инструкциями по медицинскому применению в коробку картонную с контролем первого вскрытия.

СМОТРИТЕ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТЕ В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

Регистрационное удостоверение: П N013215/01 от 29.12.2010



гель Gln гена LEPR является фактором риска развития метаболического синдрома, наличие которого отягощает течение ПБА и может служить показателем, определяющим индивидуальный риск развития данного сочетания.

\*\*\*

## АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Куликов В.Д., Титова О.Н., Суховская О.А., Колпинская Н.Д.

НИИ пульмонологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

## ADAPTIVE CAPACITY OF SMOKING PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Kulikov V.D., Titova O.N., Sukhovskaya O.A., Kolpinskaya N.D.

Institute of Pulmonology at Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St-Petersburg, Russia

Для больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) отказ от табакокурения (ТК) особенно важен, поскольку ТК — ведущий фактор развития и прогрессирования этого заболевания.

**Цель исследования** — изучить показатели адаптационного потенциала больных ХОБЛ, определяющих способность к изменению поведения.

**Материал и методы.** Обследованы 44 курящих больных ХОБЛ (2–3-й степени тяжести) и 54 курящих лиц без респираторных симптомов, не получающих лечения, в возрасте от 48 до 71 года. Определяли степень никотиновой зависимости (НЗ, тест Фагерстрёма), мотивации к отказу от курения — МОК (В.Ф. Левшин), адаптационный потенциал (МЛО «Адаптивность»): личностный адаптационный потенциал (ЛАП), поведенческую регуляцию (ПР), коммуникативный потенциал (КП) и моральную нормативность (МН).

**Результаты.** В 61,9% случаев больные ХОБЛ имели высокую степень НЗ. Высокая степень МОК была выявлена в 9,5% случаев (в контрольной группе — в 25,9%,  $p < 0,05$ ). Выраженный синдром отмены отмечен в 67% у больных ХОБЛ и в 48% контрольной группы. Выявлены различия по снижению ЛАП и высоким значениям ПР и КП. Продолжительность воздержания 30 дней и более была зарегистрирована в 23% случаев при ХОБЛ и в 45% в контрольной группе. Только в 10,2% случаев курящие получали совет врача при отказе от ТК, хотя врач говорил о необходимости отказа от ТК в 61% случаев при ХОБЛ и 24% случаев в контрольной группе. Больные ХОБЛ, отказавшиеся от ТК, имели более высокий уровень ЛАП ( $52,50 \pm 2,77$  и  $60,29 \pm 3,40$ ,  $p < 0,05$ ), при этом уровень ЛАП коррелировал с длительностью ТК.

**Вывод.** Больные ХОБЛ, продолжающие курить после группового занятия и индивидуального консультирования, имели более низкий уровень личностного адаптационного потенциала, при этом в большинстве случаев отмечался выраженный синдром отмены, чаще, чем при удовлетворительном уровне ЛАП. Выявлена корреляционная зависимость личностного адаптационного потенциала и длительности табакокурения у больных ХОБЛ,

что свидетельствует о влиянии курения на адаптационные ресурсы этих больных и является дополнительным аргументом в пользу отказа от курения независимо от возраста пациента и длительности потребления табака.

\*\*\*

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Куртина Г.Д., Волкова Т.А.

ООО «Санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород, к.п. Зеленый город, Россия

## THE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF PHYSICAL EXERCISES CONTROL DURING CARDIOLOGY REHABILITATION IN CONVALESCENT HOME

Куртина Г.Д., Волкова Т.А.

ООО «Санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород, к.п. Зеленый город, Россия

**Цель исследования** — сравнение эффективности методов контроля физических тренировок у больных ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда, аорто-коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий на санаторном этапе реабилитации.

**Материал и методы.** Анализ историй заболевания, клинические и функциональные методы исследования, карты ЛФК. За период с 2013 по 2014 г. проведен анализ 103 историй заболеваний, ЭКГ-контроля, карт ЛФК, дневников самоконтроля. По нозологическим формам были выделены три группы: 34 больных, перенесших достоверный инфаркт миокарда; 32 больных, перенесших операции коронарного шунтирования; 37 человек, перенесших стентирование коронарных артерий. При проведении физической реабилитации: дозированной ходьбы, тренировки на велоэргометре, занятий лечебной гимнастикой, контроль проводился путем определения АД, ЧСС, телеметрического ЭКГ-контроля, Холтеровского мониторирования с учетом самочувствия и клинических симптомов. АД, ЧСС измеряли тонометрами и пульсометрами. Телеметрический контроль ЭКГ проводился с помощью двухканальной биометрической системы, регистрирующей ЭКГ в отведениях Д и А по Небу. ЭКГ-мониторирование осуществлялось с помощью системы «Миокард». При появлении клинических симптомов контроль сердечно-сосудистой и дыхательной систем осуществлялся аускультативно.

**Результаты.** При подведении итогов и определении адекватности физических тренировок значительная информативность была получена при контроле телебиометрической системой: были выявлены 11 больных с нарушением ритма, которые ими не ощущались, у 8 человек было выявлено снижение сегмента ST на 1,5 мм — «немая ишемия». У этой группы больных при контроле АД и ЧСС в вечернее и утреннее время отмечена склонность к гипотонии и тахикардии, что позволило внести коррективы в медикаментозную терапию и уровень двигательной активности. У 16 пациентов при физических нагрузках (ФН) восстановительный период гемодинамики практически

совпадал с временем пальпаторного определения пульса, т.е. 15—20 с. Таким образом, у 35% больных данные теле-ЭКГ-контроля аргументированно позволяли проводить ФН более грамотно.

**Вывод.** Телебиометрический ЭКГ-контроль ФН отличается простотой в использовании системы, экономичностью, информативностью и позволяет вносить коррективы непосредственно во время физических тренировок.

\* \* \*

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Кутумова О.Ю., Куркатов С.В., Петрова М.М., Кононова А.И., Самойленко К.В.

Красноярский краевой Центр медицинской профилактики, Красноярский государственный Медицинский университет, Красноярск, Россия

### FIRST RESULTS OF PUBLIC MONITORING OF THE SMOKE FREE LAW IMPLEMENTATION

Kutumova O.Yu., Kurkatov S.V., Petrova M.M., Kononova L.I., Samoilenko K.V.

Krasnoyarsk Regional Centre of Medical Prevention, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

**Цель исследования** — оценка первых результатов общественного контроля за исполнением Федерального закона от 23.02.13 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». В рамках соглашения с Международным Союзом по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких с октября 2014 г. проводится мониторинг за исполнением антитабачного законодательства в общественных местах силами волонтеров из числа студентов и людей с активной гражданской позицией. Во время рейдов волонтеры заполняют листы наблюдения и фиксируют выявленные нарушения, что проводилось с помощью фотографий и свидетелей.

**Материал и методы.** Для подготовки волонтеров был разработан и внедрен 36-часовой обучающий модуль по методам общественного контроля, утвержденный методической комиссией ИПО Красноярского государственного медицинского университета. Обучение по данной программе прошли 130 волонтеров.

**Результаты.** По результатам мониторинга соблюдения антитабачного законодательства формируется база данных. За 4 мес проведено 405 рейдов общественного контроля. Волонтеры посетили образовательные учреждения (41 объект), учреждения, оказывающие медицинские услуги (13), культурно-развлекательные услуги (2), жилищные и гостиничные услуги (26), предприятия общественного питания (66), помещения вокзалов, станций автомобильного, железнодорожного транспорта (25), помещения магазинов, павильонов, супермаркетов (62), пассажирский транспорт (170). В ходе наблюдения волонтеры выявили нарушения исполнения антитабачного законодательства в 171 объекте (42,2%). Основным видом нарушений (69,5%) является отсутствие знаков о запрете курения. В меньшей степени выявлены такие нарушения, как курение на территориях и внутри помещений, куре-

ние водителей общественного транспорта, наличие открытой выкладки табачной продукции в торговых организациях. По выявленным нарушениям было направлено 22 письма с сопроводительными материалами в федеральные органы контроля и надзора по Красноярскому краю, на 9 из них получена ответная информация о принятых мерах и составленных протоколах административных правонарушений.

**Вывод.** Общественный контроль является весомым способом оказания помощи государственной власти в контроле за исполнением антитабачного законодательства на территории Красноярского края.

\* \* \*

## РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ)

Кутумова О.Ю., Кононова А.И., Бас В.В.

Красноярский краевой Центр медицинской профилактики, Красноярск, Россия

### RESULTS OF THE FIRST STAGE OF THE ADULT POPULATION HEALTH ASSESSMENT AIMED AT IDENTIFICATION OF RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

Kutumova O.Yu., Kononova L.I., Bas V.V.

Krasnoyarsk Centre of Medical Prevention, Krasnoyarsk, Russia

**Цель исследования** — оценить результативность скрининга на первом этапе диспансеризации. Проанализированы отчетные формы №131/о «Сведения о диспансеризации взрослого населения» по Красноярскому краю за 2013—2014 гг. Оценена результативность первого этапа диспансеризации на основании доли граждан, у которых выявлены факторы риска развития ХНИЗ, а также удельного веса признаков, позволяющих выявить или заподозрить наличие ХНИЗ.

**Результаты.** Диспансеризация проведена 497 032 гражданам в 2013 г. и 491 926 — в 2014 г. Среди выявленных факторов риска ХНИЗ (2013—2014 гг. соответственно) преобладающим является нерациональное питание (24,1% — у 26,3%). На втором месте — курение (20,1% — 18,6%), на третьем — низкая физическая активность (16,7% — 16,2%), на четвертом — избыточная масса тела (15,2% — 14,0%). Артериальная гипертония как фактор риска занимает пятое место (12,7% в 2013 г. и в 2014 г., 127 случаев на 1000 осмотренных). Дислипидемия выявлена в 7,3% — 6,3%, высокий уровень стресса — в 7,5% — 3,2%. Повышенный уровень глюкозы крови как фактор риска развития сахарного диабета отмечен в 1,4% — 1,8%. Крайне низким является показатель, характеризующий подопределение на пагубное употребление алкоголя — 1,7% — 1,8%. По итогам определения суммарного сердечно-сосудистого риска, 11,4% граждан, прошедших диспансеризацию в 2014 г., имеют умеренные значения индекса, 5,5% — высокие, 2,0% — очень высокие (в 2013 г. — 12,6; 6,6, и 3,3% соответственно). Несмотря на достаточное выявление факторов риска ХНИЗ, показатели результативности по отдельным методам скрининга на 1 этапе дис-

пансеризации не соответствуют данным выявляемости факторов риска. Причем, показатели результативности 2014 г. меньше, чем в 2013 г. Общий показатель результативности составил в 2014 г. всего 1,9% (в 2013 г. — 5,6%). Результативность анкетирования составила в 2014 г. 2,7% (в 2013 г. — 16,8%), приема фельдшера кабинета профилактики в 2014 г. — 1,2% (в 2013 г. — 10,5%), осмотра фельдшера-акушерки в 2014 г. — 2,4% (в 2013 г. — 3,6%). Результативность инструментальных методов исследования почти идентична в 2013 и 2014 гг.: электрокардиографии — 3,6% — 2,0%, флюорографии легких — 0,3% — 0,2%, маммографии — 5,3% — 4,3%.

**Вывод.** Низкая результативность 1-го этапа диспансеризации зависит от качества работы фельдшера. Для повышения результативности разработана и внедряется программа обучения средних медицинских работников.

\*\*\*

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ КРАСНОЯРЦЕВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

Кутумова О.Ю., Кононова Л.И., Костина В.В.

Красноярский краевой центр медицинской профилактики, Красноярск, Россия

### HEALTH STATUS OF KRASNOYARSK RESIDENTS OF WORKING AGE, BASED ON MEDICAL EXAMINATION AT HEALTHCARE CENTERS

Kutumova O.Yu., Kononova L.I., Kostina V.V.

Krasnoyarsk Centre of Medical Prevention, Krasnoyarsk, Russia

**Цель исследования** — проанализировать состояние здоровья лиц трудоспособного возраста, прошедших обследование в центрах здоровья, и оценить полученные результаты в зависимости от пола и возраста.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов профилактического скрининга с использованием аппаратно-программных комплексов: АПК «ЭСКИЗ», системы скрининга сердца «Кардиовизор»; системы ангиологического скрининга; биоимпедансметра; биохимического экспресс-анализатора. Всего обследовано 10 174 человек от 35 до 64 лет. Из них 5985 (58,8%) женщин и 4189 (41,2%) мужчин. Мужчины и женщины были разделены на три группы: 1-я группа 35—44 года, 2-я — 45—54 года и 3-я — 55—64 года.

**Результаты.** При анализе риска развития основных хронических неинфекционных заболеваний на ближайшие 10 лет высокий риск выявлен у 26,5% обследованных (у 30,5% мужчин и 22,9% женщин), высокий риск встречается чаще в возрастной группе 55—64 года как у мужчин — 40,7%, так и у женщин — 33,4%. Отклонения от нормы при проведении скрининга сердца выявлены у каждой третьей женщины (29,6%) и у 39,6% мужчин, наиболее часто у мужчин в группе 55—65 лет — 43,2%. При проведении ангиологического скрининга лодыжечно-плечевой индекс чаще не соответствует норме у женщин в возрасте 45—54 года (40,3%), у мужчин чаще в группе 35—44 года (34,9%), в целом же отклонения встречаются у каждого третьего обследуемого. При проведении биоимпеданс-

метрии выявлено, что избыточная масса тела встречается у каждой третьей женщины (30,1%), ожирение у каждой пятой. Частота встречаемости избыточной массы тела снижается с возрастом (35—44 года — 37,5%, 45—54 — 29,8%, 55—65 — 28,1%), в то время как частота выявления ожирения пропорционально увеличивается, достигая максимума в группе 55—64 — 18,9%. Избыточной массой тела страдает каждый третий мужчина — 30,1%, ожирением — 11,9%, отличий в зависимости от возраста не выявлено. Выявление повышенного содержания глюкозы в крови увеличивается с возрастом как у мужчин (35—44 — 13,2%, 45—54 — 17,8%, 55—65 — 20,2%), так и у женщин (35—44 — 9,1%, 45—54 — 14,8%, 55—65 — 16,5%). Гиперхолестеринемия выявлена у 27,3% мужчин и 20,1% женщин. Среди мужчин самый высокий показатель встречаемости повышенного уровня холестерина выявлен в возрастной группе 45—54 года (33,4%), среди женщин в группе 55—64 года — 26,3%.

**Вывод.** Полученные результаты говорят о высокой распространенности отклонений в состоянии здоровья трудоспособного населения и дают возможность формирования целевых групп для проведения школ здоровья и других профилактических и оздоровительных мероприятий.

\*\*\*

## ПРИОРИТЕТЫ КОРРЕКЦИИ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Кушунина Д.В., Карамнова Н.С., Еганын Р.А., Калинина А.М.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### PRIORITIES OF CORRECTION OF NUTRITION-RELATED RISK FACTORS IN THE ACTIVITIES OF PHYSICIANS DURING PERIODIC HEALTH EXAMINATION

Kushunina D.V., Karamnova N.S., Eganyan R.A., Kalinina A.M.

National Research Center for Preventive Medicine» Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить региональные особенности выявления алиментарно-зависимых факторов риска по данным диспансеризации взрослого населения и их взаимосвязь с выявлением сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и риска их развития.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов выявления избыточной массы тела, ожирения, дислипидемии, гипергликемии и нерационального питания по данным диспансеризации взрослого населения и их взаимосвязь с показателями заболеваемости и смертности от ССЗ по данным официальной статистики в субъектах Российской Федерации.

**Результаты.** Частота повышенной массы тела среди лиц, прошедших диспансеризацию в прошлом году, составила 18,4%, нерационального питания — 27,5%, дислипидемии — 13%, гипергликемии — 3,8%. Частота нерационального питания оказалась выше среди мужчин, чем



среди женщин. Изучена связь частоты нерационального питания и частоты выявления сахарного диабета. Показаны региональные особенности показателей частоты выявления болезней системы кровообращения, в том числе ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, цереброваскулярной болезни и их ассоциация с выявлением алиментарно-зависимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в субъектах Российской Федерации. Установлена корреляционная связь между частотой

алиментарно-зависимых факторов риска, в частности нерационального питания, и частотой выявления избыточной массы тела.

**Вывод.** Данные диспансеризации позволяют оценить региональные особенности выявления сердечно-сосудистых заболеваний и алиментарно-зависимых факторов риска, что важно для формирования приоритетов коррекции этих факторов риска и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с учетом местных условий и факторов.

★ ★ ★

## **ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК — ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ — В ШКОЛЕ И ВУЗЕ**

**Ласков В.Б.**

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

### **PROGRAMS FOR THE PREVENTION OF UNHEALTHY HABITS, WHICH ARE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES, IN SCHOOLS AND UNIVERSITIES**

**Laskov V.B.**

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Ведущими причинами преждевременной смертности и инвалидизации населения служат вредные привычки (употребление алкоголя, курение). Они ускоряют и провоцируют развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), прежде всего инсульта и инфаркта миокарда. Формирование зависимости от психоактивных веществ с нарушением критического отношения к вредным привычкам наблюдается уже с возраста 10—12 лет. В настоящее время нередко пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) адресована населению со стойкими представлениями о допустимости вредных привычек.

**Цель исследования** — создание образовательных программ и электронных пособий по формированию у школьников и студентов осознанной толерантности к вредным привычкам — факторам риска ССЗ.

**Материал и методы.** Образовательные программы и методика их реализации разработаны на основании данных обследования 350 учеников 3-х, 5-х, 7-х и 10-х классов, а также 430 студентов первого и выпускного курсов трех вузов. Респондентам предлагали заполнить анонимные опросники и визуально-аналоговые шкалы, отражавшие самочувствие, представления о вредных привычках, их последствиях, наличии их у респондента, состоянии его здоровья.

**Результаты.** Большая часть школьников и студентов имеет ложные представления о вредных привычках. Доля лиц с вредными привычками увеличивается с возрастом как среди школьников, так и среди студентов. На основании полученных данных разработаны образовательные программы с мультимедийными лекциями, типографские и электронные пособия по коррекции неверных представлений молодежи о последствиях вредных привычек и выработке у них осознанной приверженности к ЗОЖ. Эти

программы адресованы школьникам разных возрастов и студентам-первокурсникам, преподавателям вузов и школ, воспитателям и школьным психологам, родителям. В течение 2013—2015 гг. программы успешно апробированы и внедрены в виде интерактивных мультимедийных лекций в рамках «Круглых столов» в 17 школах города, элективного курса в Институте усовершенствования учителей, а также в рамках мероприятий летнего адаптационного лагеря первокурсников Курского государственного медицинского университета. В Информрегистре нами зарегистрированы два мультимедийных пособия, которые облегчают внедрение программ в практику у студентов и школьников.

**Вывод.** Реализация разработанных программ способствует формированию осознанной приверженности ЗОЖ и толерантности к вредным привычкам. Целесообразна постановка вопроса перед Министерством образования и науки о дополнении курса «Основ безопасности жизнедеятельности» для пятиклассников темой профилактики вредных привычек как факторов риска преждевременной смерти и инвалидизации населения.

\*\*\*

## **ГИПОКСИЯ, СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ПАРАМЕТРЫ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Леонова Е.И., Яковлев Б.Е., Задюченко В.С.**

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

### **HYPOXIA, SYSTEMIC INFLAMMATION, AND DECREASED VASCULAR WALL ELASTICITY AS RISK FACTORS FOR ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Leonova E.I., Yakovlev B.E., Zadionchenko V.C.**

Moscow state medical dental University named after A. I. Evdokimov, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить выраженность гипоксии, системного воспаления и параметров ригидности сосудистой стенки у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий

(ФП) в сравнении с больными ХОБЛ без ФП, а также оценить возможные взаимосвязи между степенью гипоксии, системным воспалением и ригидностью сосудистой стенки у больных с ХОБЛ и ФП.

**Материал и методы.** Обследованы 50 пациентов, имеющих сочетание ХОБЛ II—IV стадии (вне обострения) с пароксизмальной формой ФП, и 50 пациентов, страдающих ХОБЛ II—IV стадии (вне обострения) без ФП. В исследование не включались пациенты с наличием патологии щитовидной железы, стенокардией, системными заболеваниями, опухолями, пороками сердца, кардиомиопатиями, синдромом слабости синусового узла, сахарным диабетом. У всех больных оценивали уровень высокочувствительного СРБ (вчСРБ), проводились суточное мониторирование электрокардиографии, артериального давления с измерением жесткости сосудистой стенки, суточная пульсоксиметрия.

**Результаты.** По данным суточной пульсоксиметрии в группе с ХОБЛ и ФП отмечалось статистически значимое различие по минимальной сатурации за сутки ( $SpO_2\%$ ) — 76,0 [71,7; 80,0] по сравнению с контрольной группой 83,0 [79,5; 87,0] ( $p \leq 0,001$ ). Также в группе с сочетанной патологией наблюдались более высокие значения вчСРБ (нг/мл) 6,6 [3,98; 14,6] по сравнению с группой без ФП 2,4 [0,8; 3,67],  $p \leq 0,001$ . По данным ригидности сосудистой стенки была выявлена статистически значимая разница по скорости распространения пульсовой волны в аорте (срPWao, м/с) 12,5 (11,55; 13,97) — в группе с ФП и 11,4 (10,67; 12,55) в контрольной группе,  $p \leq 0,001$ . При проведении корреляционного анализа была выявлена взаимосвязь между частотой пароксизмов ФП и минимальной сатурацией за сутки ( $R = -0,814$ ,  $p \leq 0,001$ ) а также с уровнем СРБ ( $R = 0,583$ ,  $p = 0,002$ ) и скоростью распространения пульсовой волны в аорте ( $R = 0,388$ ,  $p = 0,023$ ). Отмечалась прямая корреляционная связь между срPWao и СРБ.

**Вывод.** Выявленная статистически значимая корреляционная связь между частотой пароксизмов ФП/сутки и минимальной  $SpO_2\%$ , уровнем СРБ, срPWao позволяет расценивать данные параметры в качестве факторов риска развития ФП у больных ХОБЛ. Взаимосвязь между уровнем СРБ и скоростью пульсовой волны в аорте, а также их связь с количеством пароксизмов ФП/сутки свидетельствует в пользу взаимного влияния системного воспаления и эндотелиальной дисфункции, развивающихся на фоне гипоксии, на состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХОБЛ.

\*\*\*

## ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Линок Е.А., Палий И.А., Верес Е.Г.

ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики», Томск, Россия

### THE STUDY OF THE PARAMEDICAL WORKERS' AWARENESS OF THE NECESSITY OF PHYSICAL ACTIVITY ORGANIZATION

Linok E.A., Paliy I.A., Veres E.G.

The center of medical preventio, Tomsk, Russia

Информирование населения медицинскими работниками по вопросам физической активности (ФА) благотворно влияет на изменение образа жизни. Однако специальной дисциплины по консультированию населения по вопросам ФА в программах подготовки медицинских специалистов в учреждениях среднего образования нет. Источником знаний для медицинских работников могут быть самостоятельные занятия ФА.

**Цель исследования** — оценить степень вовлеченности средних медицинских работников (СМР) в занятия ФА и определить уровень их знаний в вопросах ФА для последующей разработки образовательных программ для СМР по вопросам формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) у населения.

**Материал и методы.** Использовалась специально разработанная анкета, содержащая несколько информационных блоков, рассчитанная на самостоятельное заполнение. Опрос проводился анонимно.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 145 СМР в возрасте 21—36 лет — 70 (48%) человек, 39—60 — 75 (52%). На вопрос: «Занимаетесь ли Вы ФА в нерабочее время?» ответили «да» 30 (20,7%) респондентов, «нет» — 40 (27,6%), «нерегулярно» — 75 (51,7%). Временные затраты в неделю на занятия ФА распределились следующим образом: от 0,5 до 1 ч — 90 (62,7%) респондентов, 2—3 ч — 40 (27,6%), 4—5 ч — 10 (6,3%), 8 ч и более — 5 (3,4%) человек. Среди основных причин, мешающих заниматься ФА, названы «отсутствие свободного времени» — 93 (64,1%) ответа и «недостаток финансовых средств» — 75 (51,7%) ответов. При этом на вопрос: «Что могло бы повысить Ваш интерес к занятиям ФА?» наиболее популярными вариантами были выбраны «наличие единомышленников» — 85 (58,6%) ответов и «возможность заниматься ФА рядом с домом» — 75 (51,7%) ответов. Из опрошенных не смогли бы составить комплекс утренней гимнастики 75 (51,7%) респондентов, затруднились с ответом — 25 (17,2%); провести самоконтроль в процессе занятий не смогли бы 100 (68,9%) человек, затруднились с ответом — 30 (20,6%); провести занятие не смогли бы — 110 (75,85%), затруднились с ответом — 30 (20,69%); не знают, как определить уровень тренированности 95 респондентов (65,5%), затруднились с ответом — 35 (24,1%).

**Вывод.** Полученные результаты свидетельствуют о низкой степени вовлеченности СМР в занятия ФА и низком уровне их знаний по вопросам организации занятий ФА. Как следствие, это не позволяет СМР эффективно влиять на изменение образа жизни населения. Для исправления сложившейся ситуации необходимо вводить в программы подготовки СМР обучение методикам консультирования пациентов по вопросам ФА.

\*\*\*

## НОВЫЕ РОЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — ОТ СЕСТРЫ-БЕСЕДЧИЦЫ К КОНТЕНТ-МЕНЕДЖЕРУ

Литвинова Н.И., Шумова А.А.

ОБГОУСПО РМСК, Рязань, Россия

## NEW FUNCTIONS OF HEALTHCARE PRIMARY BRANCH SPECIALISTS: FROM NURSE-INTERLOCUTRESS TO CONTENT-MANAGER

Litvinova N.I., Shumova A.L.

Ryazan Medical and Social College, Ryazan, Russia

Ранее одной из основных ролей в работе среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения была роль «сестры-беседчицы», т.к. именно медицинские работники выполняли основную функцию по организации и осуществлению информирования населения о факторах риска здоровью. На современном этапе развития общества основным источником информации для населения по вопросам, связанным со здоровьем, служит Интернет. Понимание новых условий и ролей медицинских работников является одной из важных задач формирования «профилактической платформы» первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

**Цель исследования** — изучение динамики изменения отношения студентов к проблеме эффективности технологий формирования здорового образа жизни на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

**Материал и методы.** В опросе, проводимом ежегодно, принимают участие до 70% студентов колледжа, и полученные результаты влияют на выбор форм и методов работы по формированию здоровьесберегающей среды.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал существенные изменения за 2014 г. Наиболее эффективными методами профилактической работы на индивидуальном уровне в 2011—2013 гг. указывались личные беседы с медицинским работником (до 68%), прослушивание лекций специалистов (до 45%). На групповом уровне предпочтение также отдавалось взаимодействию населения с медицинскими работниками (до 60%). На популяционном уровне на первое место выходили технологии, связанные с проводимыми медицинскими работниками массовыми мероприятиями (70%). В настоящее время картина существенно изменилась. На первом месте, как при оценке эффективности влияния на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях находятся реклама и средства массовой информации (от 45 до 87%). При выборе источника информации основное внимание уделяется интересной, привлекательной, простой, понятной и отвечающей конкретным запросам информации, причем вне зависимости от степени доверия к сайту. В работе на групповом уровне акцент сместился к вовлечению работников в различные оздоровительные кампании (до 50%). При оценке мероприятий на массовом уровне основное внимание стало уделяться организации развлекательных мероприятий (до 68%).

**Вывод.** Данные результаты свидетельствуют об эффективности проводимой информационно-коммуникационной стратегии по пропаганде здорового образа жизни. Также полученные результаты могут служить основанием для разработки информационной стратегии формирования «профилактической платформы» ПМСП, и ставят вопрос об обучении медицинских работников выполнению роли контент-менеджера при работе с сайтом медицинской организации в целях информирования и мотивирования населения к ведению здорового образа жизни.

\*\*\*

## ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ СТРАТЕГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Литвинова Н.И., Шумова А.А.

ОБГОУ СПО РМСК, Рязань, Россия

## PROBLEMS OF HEALTHY LIFE-STYLE FORMING STRATEGY INFORMATION SUPPORT

Litvinova N.I., Shumova A.L.

Ryazan Medical and Social College, Ryazan, Russia

В процессе профессиональной подготовки медицинских работников происходит накопление знаний и опыта в проведении профилактических и лечебных мероприятий. Ожидается, что понимание важности профилактики заболеваний и влияния факторов образа жизни на состояние здоровья сформирует устойчивую активную позицию медицинских работников в отношении собственного здоровья. Однако среди студентов выпускного курса наряду с ухудшением здоровья отмечается низкий интерес к вопросам профилактики заболеваний и проблемам здорового образа жизни.

**Цель исследования** — сравнение потребности в информационной поддержке мероприятий по формированию здорового образа жизни в зависимости от информированности о состоянии здоровья, самооценки здоровья и образа жизни студентов I и IV (выпускного) курса.

**Материал и методы.** Исследование проводилось анонимно, включало оценку по 5-балльной шкале самооценки здоровья и образа жизни, потребности в информации о факторах, влияющих на здоровье. В исследовании приняли участие 51 студентка I курса и 48 студенток IV курса медико-социального колледжа.

**Результаты.** Показано, что наряду со снижением самооценки здоровья (от  $4,0 \pm 0,1$  баллов до  $3,7 \pm 0,2$ ), оценки образа жизни (от  $3,9 \pm 0,1$  баллов до  $3,4 \pm 0,2$ ) происходит снижение потребности в информации о влиянии факторов риска, информационной поддержке (совете) по вопросам питания, физической активности, планирования времени и решения психологических проблем (от  $3,3 \pm 0,2$  до  $2,0 \pm 0,1$  балла). Причем, если среди студентов первого курса всего 13,7% опрошенных не проявляли заинтересованности в получении информации, то среди студентов IV курса — 54,2%. Снижение потребности в информации по вопросам питания (от  $3,7 \pm 0,2$  до  $2,6 \pm 0,2$ ), оптимальной физической активности (от  $3,3 \pm 0,2$  до  $2,3 \pm 0,2$ ) сопровождается резким снижением потребности в информации по решению психологических проблем (от  $3,3 \pm 0,2$  до  $1,4 \pm 0,1$ ). Данные результаты могут свидетельствовать о снижении мотивированности студентов не только в заботе о собственном здоровье, но и в части профессиональной деятельности в области профилактики заболеваний.

**Вывод.** Высокая информированность о факторах риска и опыт работы в клинической медицине не способствуют повышению настороженности и могут служить препятствием в реализации профилактических программ среди медицинских работников. Информирование о факторах риска и мотивирование к ведению здорового образа жизни должны осуществляться с учетом специфики профессиональной деятельности, объективной оценки состояния здоровья, а также оценки потребности в информации.

\*\*\*



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АКЦИИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ПО ВОПРОСАМ ОТКАЗА ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Лихачева Н.В., Паньковская О.И., Пестрецова Э.О.,  
Сысоева А.Ю.

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1», Астрахань,  
Россия

## PREVENTIVE ACTIONS OF THE HEALTH CENTER IN SMOKING CESSATION

Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I., Pestretsova E.O.,  
Sysoeva A.Yu.

Children's city polyclinic №1, Astrakhan, Russia

Ситуация в Астраханской области, связанная с табакокурением, была и остается напряженной. Курение глобо вошло в быт многих людей, стало повседневным явлением. Численность курящего населения ежегодно растет. Особую тревогу вызывает увеличение курения среди детей, подростков и женщин, а также снижение возраста начала курения, который приближается к 10 годам.

**Цель исследования** — профилактических акций центра здоровья ГБУЗ АО ДГП №1 — первичная профилактика курения, т.е. предотвращение начала курения, защита некурящих от табачного дыма, помощь курящим в отказе от курения.

**Результаты.** 21 ноября 2014 г. в Международный день отказа от курения состоялась профилактическая акция «Десант здоровья», в которой приняли участие врачи Центра здоровья ГБУЗ АО ДГП №1. В акции приняли участие 400 человек: учащиеся, педагоги, родители. С целью выявления степени выраженности никотиновой зависимости для злоупотребляющих табакокурением и тех, кто является потенциальными пассивными курильщиками, было предложено добровольное обследование с помощью смекелайзера MikroCO. MikroCO — современный диагностический прибор, предназначенный для определения концентрации альвеолярного угарного газа в PPM и процентах карбоксигемоглобина в выдыхаемом воздухе. Специалистами Центра здоровья ГБУЗ АО ДГП №1 было проведено обследование 118 взрослых человек: женщин — 47 (39,8%), мужчин — 71 (60,2%). Наиболее высокий процент пожелавших обследоваться приходится на людей молодого возраста — 52,5% (62 человека). Женщины — 42,5% (возраст 15—25 лет) — соответственно: 15—20 лет — 23,4%; 20—25 лет — 19,1%. Мужчины — 59,1% (возраст 15—25 лет) — соответственно: 15—20 лет — 33,8%; 20—25 лет — 25,3%. В результате проведенного обследования выявлено, что процент совершенно не курящих людей невелик — 5%; мало курящих — 26% (4—5 сигарет в день); курящих — 50% (15—20 сигарет в день); злостно курящих — 19% (25 и более сигарет в день). Прошли обследование и подростки, всего 160 человек в возрасте 15—18 лет. В ходе обследования выявлено, что злоупотребляют табакокурением 38 человек, что составляет 23,75%, из них 23 мальчика (14,5%) и 15 девочек (9%). Показатели СО в выдыхаемом воздухе у данной группы достигают 7—10 ppm, (30 человек, 18%), а у некоторых 10—20 ppm (8 человек, 5%). Сотрудниками Центра здоровья была проведена беседа о наличии вредных для здоровья факторах в самом табаке, табачном дыме и материале, из которого изготовлена сигарета, а также о тяжелых последствиях табакокурения в виде фор-

мирования рака легкого, хронической обструктивной болезни легких. Отмечена высокая активность и заинтересованность населения в получении информации.

**Вывод.** Результаты первичной дыхательной пробы являются тревожными для многих курильщиков и визуальная демонстрация степени содержания угарного газа в крови является хорошим поводом серьезно задуматься о состоянии своего здоровья, стимулом для отказа от вредной привычки.

\* \* \*

## РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РАБОТЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Лихачева Н.В.<sup>1</sup>, Паньковская О.И.<sup>1</sup>, Пахомова Н.Д.<sup>1</sup>,  
Набиуллина Г.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1», Астрахань;

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Центр медицинской профилактики», Астрахань  
Россия

## THE ROLE OF A PREVENTIVE DENTISTRY IN A WORK OF THE CHILDREN'S HEALTH CENTER

Lihacheva N.V.<sup>1</sup>, Pankovskaya O.I.<sup>1</sup>, Pahomova N.D.<sup>1</sup>,  
Nabiullina G.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Children's city polyclinic №1, Astrakhan; <sup>2</sup>Medical Prevention  
Center, Astrakhan, Russia

Первое место по выявленным факторам риска в центре здоровья для детского населения ГБУЗ АО ДГП №1 в 2013—2014 гг. занимает стоматологическая заболеваемость. В 2013 г. гигиенистом стоматологическим осмотрены 7042 человека; 2014 г. — 6596 человек. Из них выявлено с патологией в 2013 г. 4370 человек (67,4% от числа всех осмотренных детей); в 2014 г. — 3920 человек (59,4% от числа всех осмотренных детей). Выявлены с кариесом в 2013 г. 3214 человек; в 2014 г. — 2818; с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта: в 2013 г. — 463 человек; в 2014 г. — 242 человека; с аномалиями положения зубов и деформация прикуса: в 2013 г. — 1150 человек; в 2014 г. — 431 человек; приобретенные зубные отложения: в 2013 г. — 1010 человек; в 2014 г. — 560 человек. У 32% детей с выявленной стоматологической заболеваемостью отмечается совокупность факторов стоматологической патологии (кариес + приобретенные зубные отложения).

**Цель исследования** — гигиениста стоматологического ГБУЗ АО ДГП №1 — мотивация населения (детей дошкольного возраста, школьников, родителей) к сохранению и укреплению здоровья полости рта, пропаганда здорового образа жизни. Предупреждение болезней зубов и полости рта является, в свою очередь, профилактикой соматических заболеваний, возникновение которых нередко связано с очагами инфекции в полости рта. Гигиенист стоматологический, работающий в центре здоровья для детского населения, проводит осмотр полости рта пациента, регистрирует состояние твердых тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки, соотношение зубных рядов; определяет гигиеническое состояние и обучает правилам ухода за полостью рта, проводит контролируруемую чистку зубов, индивидуальный подбор средств гигиены для детей и подростков; осуществляет профилактические процеду-

ры; проводит профилактику основных стоматологических заболеваний среди детей в организованных детских коллективах; проводит анкетирование населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний. Гигиеническое воспитание среди детей проводится строго дифференцировано по целям и содержанию в зависимости от возраста детей. Гигиеническое воспитание в профилактической стоматологии — это система привития полезных навыков и привычек на основе знания правил здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения.

**Вывод.** Программа профилактики заболеваний полости рта в наше время очень актуальна. Профилактика стоматологических заболеваний — это важнейший раздел работы центра здоровья. Деятельность гигиениста стоматологического приводит к снижению уровня стоматологической заболеваемости, улучшению как общего, так и стоматологического здоровья детского населения.

\*\*\*

## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА ЖЕНЩИН — ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Лобыкина Е.Н., Татарникова И.С., Маклакова Т.П.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

### BODY COMPOSITION EVALUATION OF HEALTH CENTER'S FEMALE VISITORS

Lobykina E.N., Tatarnikova I.S., Maklakova T.P.

GBOU DPO «Novokuznetsk state institute of doctors advanced training» Health Ministry, Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — изучить особенности состава тела при различной массе тела.

**Материал и методы.** Рандомизированное открытое одномоментное исследование 242 женщины, обратившихся к диетологу в центр здоровья (ЦЗ) МБЛПУ ГКБ №1 Новокузнецка в 2014 г. Показатели состава тела — метод биоимпедансометрии (анализатор ABC-01 «МЕДАСС», Россия). В зависимости от величины ИМТ все пациентки были распределены на пять групп: 1-я группа (ИМТ до 24,9 кг/м<sup>2</sup>) — 35 человек; 2-я группа (ИМТ 25—29,9 кг/м<sup>2</sup>) — 55 человек, 3-я группа (ИМТ 30—34,5 кг/м<sup>2</sup>) — 84 человека, 4-я группа (ИМТ 35—39,9 кг/м<sup>2</sup>) — 35 человек, 50-я группа (ИМТ >40 кг/м<sup>2</sup>) — 33 человека. Статистическая обработка: программа Биостатистика (версия 3.03, лицензия ЛР №065635 от 19.01.98). При сравнении в группах: критерии Крускала—Уоллиса; Ньюмена—Кейлса и  $\chi^2$ , для сравнения долевых признаков — Z-критерий. Для выявления связи между признаками — к корреляции Спирмена.

**Результаты.** При увеличении массы тела установлено повышение всех исследуемых показателей: жировой массы (ЖМ) от 18,9±0,9 до 51,9±2,4 кг; безжировой массы (БЖМ) от 40,9±1,0 до 56,9±2,1 кг; активной клеточной массы (АКМ) от 28,8±0,9 до 40,5±1,5 кг, общей воды (ОВ) от 29,9±0,7 до 41,5±1,2 кг (N=125,4, p=0,000). Выявлена тенденция к повышению средних показателей БЖМ, АКМ, ОВ по мере нарастания общей массы тела (критерии Крускала—Уоллиса и Ньюмена—Кейлса при попарном сравнении в группах p<0,05). Увеличение ЖМ сопро-

вождается и большей ОТ — достоверным критерием инсулинорезистентности и развития метаболического синдрома с положительной, сильной в 1-й группе и умеренной в 2—5-й группах статистически значимой связью. При изучении сопряженности показателей ЖМ и ОВ в исследуемых группах выявлена положительная умеренная и сильная (3-я группа) связь.

**Вывод.** Отклонения показателей состава тела обнаружены уже у женщин с нормальным весом и наименьшим возрастом (повышение ЖМ, снижение БЖМ, в том числе АКМ), что в сочетании с несбалансированным суточным рационом может создавать предпосылки для развития в последующем ожирения. Установлена положительная умеренная связь показателей ЖМ и окружности талии, что повышает риск инсулинорезистентности и метаболического синдрома. Установлена связь показателей ЖМ и ОВ у женщин независимо от показателей ИМТ. У женщин с ожирением 2-й и 3-й степени выявлено максимальное повышение содержания ЖМ и БЖМ (в том числе АКМ и ОВ) по сравнению с женщинами с нормальной массой тела. Доступность и возможность исследования состава тела позволяют диетологу своевременно проводить коррекцию неблагоприятных изменений состава тела: избыточного накопления жировой ткани, потери мышечной массы, изменений водно-солевого обмена.

\*\*\*

## ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ: РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Лобыкина Е.Н., Маклакова Т.П., Татарникова И.С.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

### OVERWEIGHT AND OBESITY PATIENTS TREATMENT: ROLE AND OPPORTUNITIES FOR THE HEALTH CENTERS

Lobykina E.N., Maklakova T.P., Tatarnikova I.S.

Novokuznetsk state institute of doctors advanced training, Novokuznetsk Russia

**Цель исследования** — анализ оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с избыточной массой тела и ожирением в центрах здоровья.

**Материал и методы.** Выкопировка данных из медицинских карт 2569 человек 18—78 лет, обратившихся в 2014 г. в Центр здоровья (ЦЗ) МБЛПУ ГКБ №1 Новокузнецка (ф. №0-25 ЦЗ/у). Из 242 женщин, прошедших групповое обучение у диетолога в «Школе рационального питания» (Школе), в зависимости от величины ИМТ выделены пять групп: 1-я группа (ИМТ до 24,9 кг/м<sup>2</sup>) — 35 человек; 2-я группа (ИМТ 25—29,9 кг/м<sup>2</sup>) — 55 человек, 3-я группа (ИМТ 30—34,5 кг/м<sup>2</sup>) — 84 человека, 3-я группа (ИМТ 35—39,9 кг/м<sup>2</sup>) — 35 человек, 4-я группа (ИМТ >40 кг/м<sup>2</sup>) — 33 человека. Статистика: программа Биостатистика (версия 3.03, лицензия ЛР №065635). При сравнении в группах: критерий Крускала—Уоллиса; долевых признаков — Z-критерий для попарного сравнения — критерии Ньюмена—Кейлса и  $\chi^2$ . Для выявления связи между признаками — к корреляции Спирмена.

**Результаты.** Из 2569 человек (642 мужчин, 1927 женщин), избыточная масса тела была выявлена в 26,5%, ожирение — в 37,1% случаев, дефицит массы — у 3,2%. Чаще избыточная масса тела и ожирение встречались среди женщин. Гиперхолестеринемия (более 5 ммоль/л) выявлена у 53,7%, гипергликемия (более 6,0 ммоль/л) — в 9,5% случаев. К диетологу ЦЗ направлены 242 женщины, которые в течение 1 мес (4 занятия) прошли групповое профилактическое консультирование в Школе. При использовании только немедикаментозных методов часто не удается достичь результатов. В связи с этим 36-ти женщинам (средний возраст 43,2±2,9 года; ИМТ 35,3±4,5 кг/м<sup>2</sup>), которые не смогли в течение 1 мес обучения в Школе изменить свое пищевое поведение, предложено участие в программе «ПримаВера» с приемом препарата Редуксин (10 мг, 1 раз в сутки). Через 1 мес 9 пациенткам из-за побочных эффектов препарат был отменен. Из 27 пациенток 14 женщинам был назначен Редуксин в дозе 15 мг 1 раз в сутки, остальные продолжили терапию в прежнем режиме. Постоянное чувство голода исчезло у 83,3% женщин в течение первой недели. Снижение массы тела отмечено у всех респондентов: ИМТ снизился с 35,3 до 30,5 кг/м<sup>2</sup>. Помимо этого установлено снижение уровня холестерина крови на 4,7%, а через 3 мес у всех женщин — изменение пищевого поведения.

**Вывод.** Высокая частота ожирения среди посетителей ЦЗ подтверждает актуальность проблемы и диктует необходимость принятия мер в активизации профилактических мероприятий среди населения. ЦЗ позволяет врачу диагностировать ожирение и его осложнения и вести наблюдение населения с избыточным весом у диетолога в «Школе рационального питания». В рамках данных мероприятий возможно выделение группы пациентов, которым нужна медикаментозная терапия Редуксином, и затем наблюдение за этими пациентами уже в рамках индивидуального консультирования. Комплексное лечение женщин с ожирением, включающее немедикаментозную терапию (обучение навыкам правильного питания в Школе) и медикаментозное лечение (Редуксин), позволило у пациенток с ожирением нормализовать пищевое поведение и показатели липидного профиля.

\* \* \*

## АДАПТАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ВОПРОСНИКА ПО ИЗУЧЕНИЮ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Лопатина М.В., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е.

Высшая школа управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

### ADAPTATION OF THE EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY QUESTIONNAIRE

Lopatina M.V., Syrtcova L.E., Abrosimova Yu.E.

The Higher School of Health Administration, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

На сегодняшний день разработано большое количество инструментов по измерению грамотности в вопросах здоровья, большинство из которых используют для изучения проблемы исключительно в медицинском контексте. И только некоторые из них созданы для комплексного изучения грамотности в вопросах здоровья на уровне общественного здравоохранения. Одним из них является вопросник, разработанный в рамках европейского исследования грамотности в вопросах здоровья в 8 европейских странах в 2011 г. (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q). Результаты исследования выявили, что грамотность населения в вопросах здоровья тесно связана с такими поведенческими факторами риска и является важным фактором по предупреждению неинфекционных заболеваний. Анализ 55 источников литературы и результаты исследования обусловили интерес к данному вопроснику и рассмотрение возможности создания русскоязычной версии. Европейский вопросник по изучению грамотности в вопросах здоровья состоит из трех разделов (медико-санитарная помощь, профилактика заболеваний и укрепление здоровья) и включает 47 вопросов. В рамках данной работы было разработано 3 варианта перевода вопросника: 1) дословный перевод, сохранена структура и количество вопросов; 2) адаптированный вариант для русскоязычной аудитории, изменения в структуре вопросника и содержании, количество вопросов сохранено; 3) по результатам ответов респондентов в рамках анкетирования и личных интервью количество вопросов сокращено до 42.

**Цель исследования** — представить адаптированный русскоязычный вариант европейского вопросника HLS-EU-Q по изучению грамотности населения в вопросах здоровья.

**База исследования.** Высшая школа управления здравоохранением (ВШУЗ), Первого МГМУ им И.М. Сеченова. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России (ГНИЦ ПМ).

**Материал и методы.** Контент-анализ. Социологические методы: анкетирование и личные интервью. Статистические методы: относительные показатели, оценка достоверности разности результатов исследования. Важным условием проведения исследования стал перевод 9 научных статей (из 555 изученных).

**Результаты.** Анализ первого варианта (дословного русскоязычного) перевода показал необходимость адаптации вопросника для российской аудитории с учетом ее языковых, культурных и социальных особенностей, что было подтверждено мнением респондентов (магистранты ВШУЗ, преподаватели ВШУЗ, сотрудники ГНИЦПМ, представители населения) и был подготовлен адаптированный русскоязычный вариант европейского вопросника.

**Вывод.** Необходимо провести пилотажное тестирование адаптированной русскоязычной версии европейского вопросника по изучению грамотности в вопросах здоровья для разработки достоверного, сопоставимого на международном уровне инструмента.

★ ★ ★



## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Маклакова Т.П., Лобыкина Е.Н., Татарникова И.С.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

## FEATURES OF PARAMETERS OF WATER EXCHANGE IN WOMEN WITH DIFFERENT BODY MASS

Maklakova T.P., Lobykina E.N., Tatarnikova I.S.

Novokuznetsk state institute of doctors advanced training, Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — изучить особенности состава тела при различной массе тела.

**Материал и методы.** Рандомизированное открытое одномоментное исследование 242 женщин, обратившихся к диетологу в центр здоровья (ЦЗ) МБЛПУ ГКБ №1 Новокузнецка в 2014 г. (форма №0-25 ЦЗ/у) после проведенного стандартного для ЦЗ обследования (ИМТ, состав тела, оценка питания, холестерин, глюкоза крови, уровень АД). Показатели состава тела оценивали методом биоимпедансометрии (анализатор ABC-01, МЕДАСС, Россия). В зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) сформировано пять групп: 1-я группа (ИМТ до 24,9 кг/м<sup>2</sup>) — 35 человек; 2-я группа (ИМТ 25—29,9 кг/м<sup>2</sup>) — 55 человек, 3-я группа (ИМТ 30—34,5 кг/м<sup>2</sup>) — 84 человека, 4-я группа (ИМТ 35—39,9 кг/м<sup>2</sup>) — 35 человек, 5-я группа (ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>) — 33 человека. Фактическое питание изучали с помощью компьютерной программы «Анализ состояния питания человека» (версия 1.2 ГУ НИИ питания РАМН, 2003—2005 гг.). Статистическая обработка: программа Биостатистика (версия 3.03, лицензия ЛР №065635 от 19.01.98). При сравнении в группах: критерий Краскела—Уоллиса; для попарного сравнения — критерий Ньюмена—Кейлса и  $\chi^2$ , для сравнения долевых признаков — Z-критерий. Для выявления связи между признаками — k корреляции Спирмена.

**Результаты.** Увеличение массы тела сопряжено с повышением показателей биоимпедансометрии: жировой массы (ЖМ) от 18,9±0,9 до 51,9±2,4 кг; безжировой массы (БЖМ) от 40,9±1,0 до 56,9±2,1 кг; активной клеточной массы (АКМ) от 28,8±0,9 до 40,5±1,5 кг, общей воды (ОВ) от 29,9±0,7 до 41,5±1,2 кг (N=125,4, p=0,000). Установлены статистически значимые повышения средних уровней ОВ у женщин с более высокими показателями массы тела (критерий Краскела—Уоллиса и Ньюмена—Кейлса при попарном сравнении показателей в группах p<0,05). Изучение сопряженности показателей ЖМ и ОВ выявило положительную умеренную и сильную в 3-й группе связь. Установленная корреляционная связь ОВ и ЖМ в каждой из групп позволяет понять более выраженную динамику снижения массы тела. При изучении рационов питания женщин с различной массой тела установлено повышение суточного потребления хлорида натрия по мере прогрессирования массы тела. Получены статистически значимые различия в большем потреблении соли женщинами с ожирением 2-й и 3-й степени в сравнении с имеющими нормальную и избыточную массу тела (критерий Краскела—Уоллиса N=22,056, p=0,000; критерий Ньюмена—Кейлса от 4,9 до 6,1, p<0,05).

**Вывод.** Определена связь показателей ЖМ и ОВ у женщин независимо от показателей ИМТ. У женщин с ожирением 2-й и 3-й степени выявлено максимальное по-

вышение содержания ЖМ и БЖМ (в том числе АКМ и ОВ), по сравнению с женщинами с нормальной массой тела. Установлено избыточное потребление соли при ожирении 2-й степени и особенно ожирении 3-й степени, что определяет более выраженное количество ОВ в организме и повышает риск развития артериальной гипертензии и других кардиопатий.

\*\*\*

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Максикова Т.М.<sup>1</sup>, Бабанская Е.Б.<sup>2</sup>, Калягин А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России; <sup>2</sup>ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, Иркутск, Россия

## THE EVALUATION OF HEALTH OF ELDERLY PERSONS IN THE HEALTH CENTRE

Maksikova T.M.<sup>1</sup>, Babanskaya E.B.<sup>2</sup>, Kalyagin A.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University; <sup>2</sup>Irkutsk state medical academy of post degree education, Irkutsk, Russia

Согласно классификации ВОЗ (Киев, 1963), возраст от 60 до 74 признан пожилым. Подушевое потребление услуг здравоохранения пожилыми людьми в 3—5 раз выше, чем людьми молодого возраста (ВОЗ, 2009). Наиболее перспективным в плане сохранения качества жизни пожилых людей и снижения затрат на их лечение является раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), факторов риска ХНИЗ и их коррекция.

**Цель исследования** — выявить частоту ХНИЗ, факторов риска, функциональных нарушений и распространенность мультиморбидной патологии у пожилых лиц.

**Материал и методы.** Случайным методом из компьютерной базы данных были отобраны и проанализированы 103 карты центра здоровья лиц 60 лет и старше. Статистическая обработка данных проведена с использованием ПО Statistica 6.1.

**Результаты.** Медиана возраста обследуемых лиц составила 66 лет (LQ=63; HQ=72). Выборка была представлена 90 женщинами (87,4%) и 13 мужчинами (12,6%). Из основных факторов риска ХНИЗ в порядке убывания частота недостаточного потребления овощей и фруктов составила 79,6% ( $\chi^2=1,1$ ; p<0,288); гиподинамия — 68,9% ( $\chi^2=34,8$ ; p<0,001); гиперхолестеринемия — 56,6% ( $\chi^2=1,7$ ; p<0,186); артериальная гипертензия — 46,6% ( $\chi^2=3,1$ ; p<0,076); ожирение (ИМТ≥30 кг/м<sup>2</sup>) — 38,8% ( $\chi^2=20,5$ ; p<0,001); курение — 3,9% ( $\chi^2=52$ ; p<0,001) соответственно.  $\chi^2$  рассчитан при сравнении с распространенностью факторов риска ХНИЗ в РФ (P. Marques, 2005). При изучении анамнеза коэффициент Лазебника оказался низким (Me=1; LQ=0; HQ=2). Анализ функциональных нарушений показал, что среднее значение уровня функциональных возможностей ЦНС составило 2,2±0,8 (очень низкое); интегральный показатель активности регуляторных систем — 2,2±1,6 (умеренное функциональное напряжение); индекс миокарда — 16,3±5,4 (умеренно повышен); лодыжечно-плечевой индекс — 1,4±0,3 (норма); висцеральный жир — 10,9±3,4 (верхняя граница нормы); общие резервы — 34,8±10,5 (ниже среднего); физические резервы — 21,2±9,6 (ниже среднего); психические резервы 62,8±10,7 (выше среднего); адаптационные резервы —

60,9±26 (выше среднего) соответственно. При оценке взаимосвязи между артериальной гипертензией (наиболее значимым фактором риска ХНИЗ) и интегральными функциональными показателями, полученными в центре здоровья, уровень САД значимо коррелировал с содержанием висцерального жира ( $r=0,26$ ;  $p\leq 0,05$ ) и с уровнем физических возможностей ( $r=-0,38$ ;  $p\leq 0,05$ ).

**Вывод.** Распространенность основных факторов ХНИЗ неизбежно увеличивается с возрастом, исключение составляет курение; возможности центра здоровья позволяют определить основные факторы риска ХНИЗ, но не сами ХНИЗ. На амбулаторно-поликлиническом этапе ХНИЗ выявляются недостаточно эффективно, о чем говорит низкий коэффициент Лазебника, равный 1 при должном значении около 5 (О.М. Милокова, 2000 г.). Методики, используемые в центрах здоровья для выявления функциональных нарушений, имеют низкий класс доказательности III, занимая при обследовании много времени, необходимо выделить из них наиболее значимые.

\* \* \*

## ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Максикова Т.М.<sup>1</sup>, Бабанская Е.Б.<sup>2</sup>, Калягин А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России; <sup>2</sup>ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, Иркутск, Россия

## REVEALING OF MAJOR RISK FACTORS OF NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN PATIENTS OF THE HEALTH CENTRES IN THE IRKUTSK REGION

Maksikova T.M.<sup>1</sup>, Babanskaya E.B.<sup>2</sup>, Kalyagin A.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia; <sup>2</sup>Irkutsk state medical academy of post degree education, Irkutsk, Russia

**Цель исследования** — выявить частоту и охарактеризовать основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у пациентов в центрах здоровья (ЦЗ) для взрослых лиц в Иркутской области.

**Материал и методы.** Случайным методом в 9 центрах здоровья Иркутской области (Иркутск — 4 ЦЗ, Ангарск, Братск, Усолье-Сибирское, Саянск, Тайшет) были отобраны и проанализированы 4573 карты ЦЗ за 2010—2012 гг. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием ПО Statistica 6.1.

**Результаты.** После исключения 113 лиц младше 18 лет (в 2010 г. они проходили обследование в ЦЗ для взрослых) остались 4459 человек: 3482 (78%) женщины и 972 (22%) мужчины. Средний возраст выборки составил 45±16,3 года. Частота основных факторов риска представлена в порядке убывания: недостаточное содержание овощей и фруктов в рационе — 79,9% ( $\chi^2=1,28$ ;  $p<0,258$ ); гиподинамия с учетом лиц, никогда не занимающихся физической культурой, — 58,1% ( $\chi^2=13,7$ ;  $p<0,02$ ), с учетом лиц, недостаточно занимающихся физической культурой и спортом, — 76,2% ( $\chi^2=54,6$ ;  $p<0,001$ ); гиперхолестеринемия — 55,3% ( $\chi^2=1,1$ ;  $p<0,289$ ); артериальная гипертония — 35,7% ( $\chi^2=0,22$ ;  $p<0,636$ ); курение — 24,4% ( $\chi^2=9,1$ ;  $p<0,003$ );

ожирение — 26,6% ( $\chi^2=1,37$ ;  $p<0,712$ );  $\chi^2$  рассчитан при сравнении с распространенностью факторов риска ХНИЗ в Российской Федерации (Р. Marques, 2005). В возрастных группах (до 20 лет; 20—29 лет; 30—39 лет; 40—49 лет; 50—59 лет; 60—69 лет; более 70 лет) средние значения систолического артериального давления составили 116,9±13,8; 114,8±13,6; 117,1±14,1; 122,6±16,4; 129,2±17,1; 134,6±19,8; 140,8±19,4 мм рт.ст.; диастолического артериального давления — 73,3±9,8; 72,6±9,1; 75,8±10; 79±11,3; 81,7±10,6; 82,3±10,7; 82,3±11,2 мм рт.ст.; ИМТ — 21,6±3,3; 22,8±4,3; 25,9±5,3; 27,1±5,2; 27,1±5,2; 29,3±5,6; 29,9±5,3; 28,2±4,7 кг/м<sup>2</sup>; холестерина — 4,22±0,47; 4,36±0,62; 4,86±0,77; 5,18±0,87; 5,52±1,02; 5,66±0,97; 5,62±1,12 ммоль/л соответственно. Частота курения увеличивалась, начиная с возрастной группы до 20 лет (21%), приобретая максимальные значения у лиц 40—49 лет (30%), потом постепенно снижалась, становясь минимальной у лиц после 70 лет (8%).

**Вывод.** С возрастом распространенность большинства факторов риска ХНИЗ неуклонно возрастает, исключение составляет курение. Более низкая частота выявления курения в ЦЗ Иркутской области, вероятно, связана с преобладанием пациентов женского пола (3,5/1). В связи с высокой репрезентативностью граждан, посещающих ЦЗ, и отсутствием значимых различий по частоте артериальной гипертонии, гиперхолестеринемии, ожирения, недостаточного потребления овощей и фруктов, получаемым в ходе эпидемиологического мониторинга, при невозможности его проведения можно использовать полученные данные в качестве ориентировочных по распространенности основных факторов риска в Иркутской области.

\* \* \*

## ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ЯМАЛО-НЕНЕЦКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ В 2014 Г.

Мальцева Т.В., Токарев С.А., Шипулина Т.Я.

ГБУЗ ЯНАО «Надымская ЦРБ», ГБУЗ ЯНАО «Центр медицинской профилактики», Надым, Россия

## THE RESULTS OF PREVENTIVE CLINICAL EXAMINATION OF ADOLESCENT POPULATION IN YAMALO-NENETS AUTONOMOUS REGION IN 2014

Maltseva T.V., Tokarev S.A., Shipulina T.Ya.

Nadym Central Regional Hospital, Center of Medical Prophylaxis, Nadym, Russia

Основной задачей диспансеризации детского населения является оценка изменений всех параметров здоровья за эпикризный срок с последующими рекомендациями.

**Цель исследования** — выявить особенности состояния здоровья детей, проживающих в Ямало-Ненецком автономном округе (ЯНАО).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты комплексного обследования детей, проживающих в ЯНАО, в 2014 г. с анализом учетных форм 030/у Приложения к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 21.12.12 №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

# ЛЕЧЕНИЕ ХСН И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Инспра®**  
эплеренон

снижает риск,  
сохраняет жизнь!

При  
постинфарктной  
сердечной  
недостаточности,

А теперь и при  
хронической сердечной  
недостаточности,  
добавь Инспру,  
сохрани жизнь!

## МОЖНО ЛИ СДЕЛАТЬ БОЛЬШЕ?

**Инспра®** – первый и единственный селективный блокатор рецепторов альдостерона в России<sup>1,2</sup>:

- Улучшает прогноз выживаемости
- Снижает риск смертности
- Уменьшает возможную частоту госпитализаций

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ИНСПРА®<sup>1</sup>

**Торговое название:** Инспра®. **Международное непатентованное название:** эплеренон. **Регистрационный номер:** ЛСР-004052/10. **Фармакологические свойства:** эплеренон обладает высокой селективностью в отношении минералокортикоидных рецепторов у человека в отличие от глюкокортикоидных, прогестероновых и андрогенных рецепторов и препятствует связыванию минералокортикоидных с альдостероном – ключевым гормоном ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), который участвует в регуляции артериального давления (АД) и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний.

**Показания к применению:** Инфаркт миокарда: в дополнение к стандартной терапии, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов со стабильной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса  $\leq 40\%$ ) и клиническими признаками сердечной недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда. Хроническая сердечная недостаточность: в дополнение к стандартной терапии, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II функционального класса по классификации NYHA, при дисфункции левого желудочка (фракция выброса  $\leq 35\%$ ). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к эплеренону или другим компонентам препарата; клинически значимая гиперкалиемия; содержание калия в сыворотке крови в начале лечения более 5,0 ммоль/л; умеренная или тяжелая почечная недостаточность (КК  $< 30$  мл/мин) у пациентов с ХСН со II ФК по классификации NYHA; тяжелая печеночная недостаточность (более 9 баллов по классификации Чайлд-Пью); одновременный прием калийсберегающих диуретиков,

препаратов калия или сильных ингибиторов изофермента СУР3А4, например итраконазола, кетоконазола, ритонавира, неффинавира, кларитромицина, телитромицина и нефазодона; редкие наследственные заболевания, такие как непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы; концентрация креатинина в плазме крови  $> 2,0$  мг/дл (или  $> 177$  мкмоль/л) у мужчин или  $> 1,8$  мг/дл (или  $> 159$  мкмоль/л) у женщин; опыта применения препарата у детей в возрасте до 18 лет нет, поэтому его назначение пациентам этой возрастной группы не рекомендуется. **С осторожностью:** сахарный диабет 2 типа и микроальбуминурия; пожилой возраст; нарушения функции почек (КК менее 50 мл/мин); одновременное применение эплеренона и ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II; сильных индукторов изофермента СУР3А4; препаратов, содержащих литий; циклопорина или таргратимуза; дигоксина и вераприла в дозах, близких к максимальным терапевтическим. Не следует применять тройную комбинацию ингибитора АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II с эплереноном. **Способ применения и дозы:** внутрь, независимо от приема пищи. Стартовая доза – 25 мг один раз в сутки, титрация через 4 недели с учетом концентрации калия в сыворотке крови до 50 мг один раз в сутки. Применение при беременности и в период грудного вскармливания: Сведений о применении препарата у беременных нет. Препарат следует применять с осторожностью и только в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери значительно превышает возможный риск для плода/ребенка. Возможное нежелательное влияние эплеренона на новорожденных, находящихся на грудном вскармливании, неизвестно, поэтому целесообразно или прекратить кормление грудью,

или отменить препарат, в зависимости от его важности для матери. **Побочное действие:** Наиболее частые нежелательные явления, которые могли быть связаны с лечением: гипотензия, дисгидратация, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, головокружение, обмороч, инфаркт миокарда, снижение АД, кашель, тошнота, диарея, запор, нарушение функции почек, кожный зуд, судороги в икроножных мышцах ног, мышечные-скелетные боли. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг или 50 мг по 14 таблеток в блистере; по 2 блистера вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. По 10 таблеток в блистере; по 2, 3, 5, 10 или 20 блистеров вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска из аптеки:** по рецепту.

**Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.**

**Литература**

- Инструкция по медицинскому применению препарата Инспра®, ЛСР-004052/10-150714.
- Pitt B, Remme W, Zamjad F, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348: 1309-2.

WRUJNSAD14025



000 «Пфайзер»:  
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С).  
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00



Доступ к информации о рецептурных препаратах компании Pfizer на интернет-сайте: [www.pfizermedinfo.ru](http://www.pfizermedinfo.ru)

Реклама



**Результаты.** Охват диспансеризацией по округу составил 90,6% с преобладанием в возрастной категории от 0 до 4 лет (94,6%). Выявлено 65 342 заболевания, 0,78 заболевания на одного ребенка. Впервые выявлено 24 887 заболеваний, или по 0,3 на одного ребенка. В структуре первое ранговое место в возрастной категории от 0 до 4 лет занимают болезни органов пищеварения (14,5%), которые сохраняют свое лидирующее значение и в возрастной категории от 5 до 9 лет. На втором месте стоят болезни нервной системы (12%). По мере взросления ребенка эти заболевания свое лидирующее значение теряют. Третье место занимают болезни глаз (11,3%), которые лидируют в возрасте от 10 до 14 лет и от 15 до 17 лет (24,4% и 21,8% соответственно). У детей от 5 до 9 лет появляются заболевания костно-мышечной системы, которые занимают третье ранговое место (14,2%), дыхания (7,9%) и эндокринной системы (7,2%). В возрасте от 15 до 17 лет первое место занимают заболевания глаз (21,8%), на втором месте — заболевания органов дыхания (17,7%), на третьем — патология костно-мышечной системы (13,8%). 1-я группа здоровья составила — 21,3%; 2-я группа — 66,7%; 3-я группа — 10,6%; 4-я и 5-я группы — 0,5 и 0,8% соответственно. Нормальное физическое развитие отмечено у 83,3% детей, дефицит массы и низкий рост — у 5,2 и 2,3% детей соответственно. Пршли ранее назначенное лечение в амбулаторных и стационарных условиях 94,4 и 91,9% детей соответственно (было рекомендовано 23,3 и 1,5% соответственно от всех детей, прошедших диспансеризацию).

**Вывод.** Пятую часть детей в популяции составляют абсолютно здоровые дети. В структуре патологии в раннем возрасте у детей преобладают болезни органов пищеварения, в старшем — заболевания глаз.

\* \* \*

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

Мартынова И.Н., Винярская И.В., Черников В.В.

ФГБНУ «Научный центр здоровья детей», Москва, Россия

### ASSESSMENT OF IMPACT OF OBESITY ON QUALITY OF LIFE OF CHILDREN

Martynova I.N., Vinyarskaya I.V., Chernikov V.V.

Scientific Centre of Children Health, Moscow, Russia

Ожирение — это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме. Ожирение занимает 2 место в структуре болезней эндокринной системы у детей, им страдают 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% детей — в городской. Дети с избыточным весом и ожирением склонны к ожирению в зрелом возрасте, и у них с большей вероятностью в более молодом возрасте появятся такие неинфекционные болезни, как диабет и сердечно-сосудистые заболевания, что приведет к сокращению продолжительности и ухудшению качества жизни людей.

**Цель исследования** — первый этап работы — оценить качество жизни (КЖ) детей и подростков, страдающих ожирением, для дальнейшей разработки и внедрения лечебно-реабилитационной программы на амбулаторно-поликлиническом этапе.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе детской поликлиники МУЗ «Ивантеевская ЦГБ» Ивантеевской Московской области. Обследованы 50 пациентов с диагнозом ожирение, среди них 30 детей (от 8 до 12 лет), 20 подростков (от 13 до 18 лет). Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) как отношение массы тела (кг) к длине тела (м), возведенной в квадрат. ИМТ оценивался индивидуально по нормативам для конкретного возраста и пола и был представлен в виде числа стандартных отклонений от среднего (SDS). Диагностическим критерием ожирения считался SDS ИМТ  $\geq +2\delta$ . Изучено КЖ этих детей и подростков с ожирением. В работе был использован опросник PedsQL 4.0 Generic Core Scale. В качестве группы сравнения послужили здоровые дети соответствующего возраста, проживающие в Москве.

**Результаты.** Оценено КЖ детей и подростков, страдающих ожирением, для дальнейшего использования как критерия эффективности лечебно-профилактической программы ведения таких детей на амбулаторно-поликлиническом этапе. Анкетирование детей 8—12 лет с ожирением показало, что их КЖ снижено по сравнению со здоровыми сверстниками по всем аспектам, кроме эмоционального функционирования. Наиболее низкие значения получены по шкале «Социальное функционирование» ( $70 \pm 18,1$  против  $83 \pm 15,1$ ,  $p < 0,01$ ). Корреляционный анализ также продемонстрировал достоверную связь между уровнем социального функционирования и ИМТ ( $r = -0,5$ ,  $p = 0,006$ ) и SDS ИМТ ( $r = -0,4$ ,  $p = 0,02$ ), а также между общим баллом и ИМТ ( $r = -0,4$ ,  $p = 0,023$ ). Результаты опроса подростков 13—17 лет выявили снижение КЖ по сравнению со здоровыми сверстниками по физическому ( $72 \pm 19,6$  против  $84 \pm 14,5$ ,  $p < 0,05$ ), социальному функционированию ( $76,7 \pm 12,4$  против  $88,7 \pm 11,9$ ,  $p < 0,05$ ), а также общему баллу ( $72,3 \pm 15,4$  против  $78,12,7$ ,  $p < 0,05$ ). В этой подгруппе респондентов установлены отрицательные корреляционные связи средней степени силы с высоким уровнем достоверности всех параметров КЖ, как с ИМТ, так и с SDS ИМТ. Установлено, что чем выше ИМТ, тем ниже КЖ: у детей 8—12 лет по аспекту социальное функционирование, у подростков 13—17 лет по всем параметрам: физическое, эмоциональное, социальное и школьное функционирование.

\* \* \*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ КУРСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Масленникова Ю.В.<sup>1</sup>, Михин В.П.<sup>1</sup>, Бекетова М.В.<sup>1</sup>, Звягинцева Е.И.<sup>1</sup>, Лукьянов М.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО КГМУ, Минздрава России, Курск; <sup>2</sup>Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

### COMPARATIVE REVIEW OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION IN KURSK EMERGENCY HOSPITAL

Maslennikova Yu.V.<sup>1</sup>, Mikhin V.P.<sup>1</sup>, Beketova M.V.<sup>1</sup>, Zvyagintseva E.I.<sup>1</sup>, Loukianov M.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kursk state medical university, Kursk; <sup>2</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — дать сравнительную характеристику пациентам с фибрилляцией предсердий (ФП) в отделениях кардиологии (ОК) и терапии (ОТ) больницы скорой медицинской помощи (БСМП) Курска — типичного областного центра (431 тыс. человек).

**Материал и методы.** В исследование в рамках регистра РЕКВАЗА ФП-Курск включены 84 пациента с ФП, госпитализированных в БСМП с декабря 2013 г. по февраль 2014 г., из них 51 человек в ОК и 33 — в ОТ. Распределение по полу и возрасту: в ОК 27 женщин ( $69 \pm 2,1$  года), 24 мужчин ( $69 \pm 2,3$  года), в ОТ 16 женщин ( $68 \pm 2,4$  года), 17 мужчин ( $66 \pm 2,2$  года). Критерии включения: наличие ФП в структуре диагноза, наблюдение в поликлиниках №1, 2, 5, БСМП.

**Результаты.** Из 84 случаев ФП распределение по формам в ОК и ОТ: пароксизмальная 5,9 и 3% ( $p=0,5$ ); персистирующая 51 и 33% ( $p=0,1$ ); постоянная 35,3 и 57,6% ( $p=0,04$ ); впервые выявленная 5,9 и 3% ( $p=0,5$ ); не указана в 1,9 и 3% ( $p=0,7$ ). У больных с ФП наличие ИБС в сочетании с ХСН выявлено в 94 и 97% случаев в ОК и ОТ, из которых сочетание с атеросклеротическим пороком клапанов сердца в 17,6% в ОК, 24% в ОТ. Инфаркт миокарда перенесли 31,4 и 21% больных соответственно ( $p=0,3$ ). Тяжесть хронической сердечной недостаточности (ХСН) соответствовала IIА и IIБ стадиям у 78,4 и 17,6% больных ОК, у 81,8 и 18,2% — ОТ. Мозговой инсульт в анамнезе отмечен у 9,8 и 15,1% в ОК и ОТ ( $p=0,46$ ). Контроль МНО у больных в ОК и ОТ проведен лишь в 23,5 и 30% ( $p=0,5$ ). При медикаментозном лечении наиболее часто назначались антиагреганты: в 87,7 и 72% случаев ( $p=0,03$ ), в том числе аспирин в 76 и 69% ( $p=0,2$ ), клопидогрел — 11,7 и 3% ( $p=0,1$ ). Необоснованно редко в ОК и ОТ назначались антикоагулянты (АК): варфарин (9,8 и 12,2%), дабигатран (13,7 и 9,1%). В 11% в ОК и в 5,4% в ОТ отмечен отказ пациента от приема варфарина. По шкале CHADSVASC сумма баллов в ОК составила  $4,6 \pm 0,8$  и в ОТ  $4,5 \pm 0,2$  ( $p=0,05$ ), что говорит о высокой вероятности инсульта (выше 4% в год) и служит показанием для назначения антикоагулянтов. При этом риск кровотечений по HAS-BLED в баллах составил в ОК  $2,3 \pm 0,1$ , ОТ  $2,3 \pm 0,1$  ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** По профилю госпитализации в ОК преобладают пароксизмальная и персистирующая ФП, а доля постоянной ФП достоверно выше в ОТ ( $p=0,04$ ). Структура сердечно-сосудистой патологии у больных с ФП в ОК и ОТ сходна, наиболее часто диагностируются ИБС, ХСН, пороки клапанов сердца. Больные с ФП, перенесшие инсульт, чаще госпитализируются в ОТ, а перенесшие инфаркт миокарда — в ОК. Обращают внимание недостаточный контроль МНО, редкое применение АК, несмотря на наличие показаний, а также необоснованно частое назначение аспирина. При этом в ОК имелась тенденция к более частому назначению новых АК, в отличие от ОТ, где чаще применяли варфарин.

\*\*\*

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ РАЗНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОВ КРОВИ, ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Матвеева И.Ф., Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Красницкий В.Б.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### LONG-TERM RESULTS OF DIFFERENT REHABILITATION PROGRAMS INFLUENCE ON BLOOD LIPIDS AND PHYSICAL WORK CAPACITY IN PATIENTS UNDERWENT ENDOVASCULAR CORONARY INTERVENTIONS

Matveeva I.F., Bubnova M.G., Aronov D.M., Krasnitsky V.B.

National Research Centre for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить влияние разных программ медицинской реабилитации на показатели физической работоспособности (ФРС), ежедневной физической активности (ФА), липидного спектра у пациентов, подвергнутых эндоваскулярным вмешательствам (ЭВВ) на коронарных артериях (КА), через 8—10 лет наблюдения.

**Материал и методы.** В исследование включены больные ( $n=64$  человек), перенесшие ЭВВ на КА за период 2004—2005 гг. и проходившие обследование в КДП НПЦИК. Исходно пациенты были рандомизированы на две группы: основная — «О» ( $n=34$ ) и контрольная «К» ( $n=30$ ). Пациенты группы «О» прошли курс обучения в образовательной «Школе для больных, перенесших ЭВВ на КА» и физических тренировок (ФТ) в течение 1,5 мес по методике, разработанной Д.М. Ароновым и соавт., пациенты группы «К» участвовали только в «Школе...». Через 8—10 лет пациентам проводилось повторное обследование: телефонный опрос по специально разработанной анкете; велоэргометрическая проба (ВЭМ-проба), оценка двигательной активности (ДА) по опроснику «ОДА23+», анализ крови на липиды. В работе сравнивались показатели через 1 год после ЭВВ (исходно) с показателями через 8—10 лет.

**Результаты.** Всего на прием в ГНИЦПМ явились 40 человек — 24 из группы «О» (средний возраст  $62,5 \pm 6,8$  года) и 16 — из «К» (средний возраст  $63 \pm 7,3$  года). Через 8—10 лет наблюдения время нагрузки при ВЭМ-пробе составило в группе «О»  $13,6 \pm 2,5$  мин и в группе «К»  $12,3 \pm 3,4$  мин, суммарный объем работы соответственно —  $58,0 \pm 19,0$  дж · мин и  $51,8 \pm 25,4$  дж · мин. В группах «О» и «К» ДА исходно составила  $78 \pm 13$  баллов и  $84 \pm 14$  баллов, и через 8—10 лет наблюдения —  $79 \pm 20$  баллов и  $72 \pm 21$  баллов соответственно. Все приведенные показатели в динамике достоверно не отличались от исходных значений. В настоящее время в группе «О» занимаются домашними ФТ 53,8% пациентов, а в группе «К» — 43,8%. В группе «К» через 8—10 лет наблюдения наблюдалось достоверное увеличение общего холестерина (ОХС) на 16,5% ( $p < 0,05$ ) и холестерина липопротеидов низкой плотности на 24,6% ( $p < 0,05$ ), тогда как в группе «О» такая тенденция отсутствовала.

**Вывод.** Неучастие больных, перенесших ЭВВ на КА, в контролируемых тренировках в начале исследования через 8—10 лет наблюдения сопровождалось достоверным повышением уровня атерогенных фракций липидов. Физическая работоспособность и двигательная активность ФРС и ДА по итогам наблюдения достоверно не изменилась в обеих группах.

\*\*\*

## КОМПОНЕНТЫ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Медведев О.С., Медведева З.О.**

Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова; Национальный исследовательский центр «Здоровое питание», Москва, Россия

### COMPONENTS OF FOOD AS RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

**Medvedev O.S., Medvedeva Z.O.**

Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University; National Research Center «Healthy Nutrition», Moscow, Russia

**Цель исследования** — согласно последнему документу ВОЗ, опубликованному в начале 2015 г., вероятность смерти от одного из 4-х основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) для граждан России в возрасте от 30 до 70 лет составляет 29,9%, что является наихудшим показателем из списка 50 стран с высоким доходом на душу населения. Для снижения этого показателя, а, следовательно, и для увеличения средней продолжительности жизни необходимо исследовать выраженность основных факторов риска развития НИЗ, к числу которых относится и здоровое сбалансированное питание. Среди продуктов питания особое значение придают потреблению жиров, особенно транс-изомеров жирных кислот (ТИЖК), которые повышают содержание холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и снижают содержание ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что приводит к повышению уровня ХС в плазме крови и является фактором риска развития атеросклероза. В связи с этим, целью настоящего исследования было определение содержания ТИЖК в популярных продуктах питания типа спредов и маргаринов.

**Материал и методы.** В исследовании были использованы образцы 6 спредов и 6 маргаринов, приобретенных в сетях продуктовых магазинов Москвы в мае 2014 г. с непросроченными сроками хранения и производимых различными пищевыми комбинатами России. В каждом образце жировой продукции с использованием газового хроматографа Clarus 500 фирмы PerkinElmer (США) определяли процентное содержание каждой из 27 жирных кислот, начиная от масляной (С4:0) и до селажолеовой (С24:1). В числе определяемых жирных кислот измеряли содержание и транс-изомеров элаидиновой (С18:1) и линолеадиновой (С18:2) кислот.

**Результаты.** Содержание ТИЖК в спредах было в пределах от 0,5 до 7,3% от массы жирового продукта, что полностью соответствует требованиям технического регламента, устанавливающего верхнюю границу содержания

ТИЖК на уровне 8%. Содержание ТИЖК в исследованных образцах отечественных маргаринов находилось в пределах от 20,9 до 25,7% от общей массы жирового продукта. Разрешенное содержание ТИЖК в маргаринах составляет 20%. Таким образом, во всех 6 образцах отечественных маргаринов имеется превышение разрешенного уровня содержания ТИЖК. С учетом хорошо доказанного многочисленными исследованиями негативного влияния ТИЖК на содержание холестерина и механизмов его регуляции в организме человека, следует рекомендовать потребителям масложировой продукции в России преимущественно использовать спреды для бутербродов и для приготовления пищи и ограничить использование маргаринов, которые имеют повышенные количества ТИЖК, что связано с использованием частично гидрогенизированного растительного масла. В большинстве развитых стран Северной Америки и Европы законодательно ограничивают содержание ТИЖК в продуктах питания до уровня 1—2%. В связи с выявленными нарушениями норм Технического Регламента следует регулирующим органам чаще проводить проверку производителей маргаринов. Более эффективным является законодательное ограничение на использование ТИЖК в продуктах питания.

**Вывод.** Анализ содержания ТИЖК в 6 образцах спредов и 6 образцах маргаринов отечественного производства выявил превышение их содержания в маргаринах, но не в спредах, что следует учитывать в диетических рекомендациях по здоровому питанию.

\*\*\*

## ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ДЮСШ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Мингареев А.Д., Чернышев Б.М., Гукович А.В.**

ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации» Калининградская область, Россия

### RISK FACTORS AND WAYS OF PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN ATHLETES, CHILDREN AND ADOLESCENTS, IN THE YOUTH SPORTS SCHOOL OF THE KALININGRAD REGION

**Mingareev A.D., Chernyshev B.M., Gukovic A.V.**

Center of medical prevention and rehabilitation, Kaliningrad region, Russia

**Цель исследования** — изучить причины нарушения пищевого статуса у юных спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта.

**Материал и методы.** Исследования проводились среди 8600 детей и подростков, состоящих на диспансерном учете в ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации» Калининградской области.

**Результаты.** Среди детей и подростков, занимающихся различными видами спорта в многочисленных секциях Калининградской области, 11% занимаются силовыми видами спорта. В ходе проведения углубленного медицинского обследования у 67% юных спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта, выявлен высокий индекс массы тела (ИМТ). У данной категории



спортсменов повышенный ИМТ является нормой, он обусловлен более высоким содержанием мышечной ткани в теле спортсмена по сравнению с человеком, не занимающимся спортивными упражнениями с повышенными физическими нагрузками. При исследовании методом биоимпедансометрии установлено, что у 33% юных спортсменов высокий показатель ИМТ сопровождается повышенным содержанием жировой ткани в организме. Таким образом, более чем в  $\frac{1}{3}$  случаев у детей повышенный ИМТ является следствием нарушения питания и классифицируется как избыточный пищевой статус. При индивидуальном собеседовании выяснилось, что дети намеренно набирают вес, питаясь рационально, по энергоценности значительно превышающим их суточные потребности в энергии. Мотивация у таких детей и подростков одинаковая — улучшение спортивных результатов. Большой вес дает преимущество в соревновании или возможность перехода в более высокую весовую категорию. Важно отметить, что у таких детей формируется неправильное пищевое поведение как устойчивая пищевая привычка на будущее. Положение усугубляется, если подросток по какой-то причине бросает спорт и перестает посещать врачей-специалистов. Прогноз в данной ситуации предсказуем — резкое ограничение физической нагрузки на фоне избыточного питания приводит к ожирению, отклонениям в психологическом статусе, требующим консультации психолога.

**Вывод.** Медицинским специалистам необходимо учитывать фактор риска развития избыточной массы тела у юных спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта; спортсмены данной категории нуждаются в контроле и рекомендациях по питанию врача-диетолога, Реабилитация юных спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта, требует участия медицинского психолога.

\*\*\*

## РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Мирская Н.Б., Коломенская А.Н., Синякина А.Д.

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

## REALIZATION OF HEALTH TECHNOLOGIES IN THE SECONDARY INSTITUTIONS

Mirskaya N.B., Kolomenskaya A.N., Sinyakina A.D.

Scientific Research Institute of Public Healthcare Management of The Sechenov First MG MU, Moscow, Russia

Состояние здоровья учащихся общеобразовательных учреждений нашей страны на протяжении ряда десятилетий характеризуется устойчивыми тенденциями к росту заболеваемости по обращаемости, увеличением распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний в процессе школьного обучения. Увеличение распространенности школьно-обусловленных нарушений здоровья, среди которых патологические состояния костно-мышечной системы (КМС) занимают одно из первых мест, является объективной медико-социальной предпосылкой для разработки эффективных моде-

лей, направленных на профилактику и коррекцию нарушений и заболеваний КМС учащихся.

**Цель исследования** — разработка эффективных медико-профилактических моделей для профилактики и коррекции школьно-обусловленных заболеваний в учебном процессе.

**Материал и методы.** Выявление функциональных нарушений и начальных форм заболеваний позвоночника и свода стопы у 2164 учащихся ряда общеобразовательных школ Москвы визуально-инструментальным методом. Определение уровня информированности методом анкетирования 508 школьников, 788 родителей по вопросам нарушений КМС и их предупреждения.

**Результаты.** Для разработки медико-организационных мероприятий, направленных на профилактику выявленных патологических состояний КМС, авторами разработана концептуальная модель по профилактике и коррекции нарушений и заболеваний КМС школьников, основой которой является медико-образовательный модуль. Внедрение в учебный процесс концептуальной модели позволило достоверно повысить информированность школьников по 19 изучаемым показателям и достоверно снизить распространенность нарушений и начальных форм заболеваний КМС на 50%, что свидетельствует об ее эффективности. Эффективность модели позволила авторам рекомендовать ее в качестве базового алгоритма при разработке профилактических медико-организационных моделей по другим нозологиям, в частности нарушениям и заболеваниям органа зрения.

**Вывод.** Предложенные модели являются инновационным инструментом, позволяющим повысить уровень знаний медработников и оптимизировать их работу по выявлению и снижению факторов риска нарушений и заболеваний учащихся общеобразовательных учреждений, что позволяет на более качественном уровне проводить профилактическую работу непосредственно на протяжении всего периода обучения в школе.

\*\*\*

## ГРАНИЦЫ ДИАПАЗОНА СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГЛУБИНЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ДЫХАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Мирцхулава Н.Г.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

## THE RANGE OF CARDIORESPIRATORY SYNCHRONIZATION AT VARIOUS DEPTHS OF HIGH-FREQUENCY BREATH DEPENDING ON AUTONOMIC TONE

Mirtskhulava N.G.

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

**Цель исследования** — определение границ диапазона сердечно-дыхательного синхронизма у здоровых людей при различной глубине высокочастотного дыхания в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы.

**Материал и методы.** Наблюдения были выполнены на 60 студентах. На приборе для исследования вегетативной нервной системы по созданной компьютерной

программе «Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека» дважды проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма при произвольной глубине дыхания и при углубленном дыхании. Регистрировали компьютерную спирограмму и определяли параметры внешнего дыхания, измеряли артериальное давление. Определяли тонус вегетативной нервной системы, тип личности, измеряли артериальное давление.

**Результаты.** Среди наблюдаемых лиц по индексу Кердо, пробе Ашнера—Даньини, пробе местного дермографизма и вариабельности ритма сердца были выявлены 22 ваготоника, 9 эйтоников и 29 симпатотоников. У ваготоников при углублении дыхания на минимальной границе диапазона дыхательный объем возрастал на 70,2%, минутный дыхательный объем — на 46,0%. Минимальная граница диапазона синхронизации уменьшалась на 11,4%. Максимальная граница диапазона синхронизации достоверно не изменялась. Диапазон синхронизации увеличивался на 100,0%. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона уменьшалась на 7,9%. Индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивался на 125,6%. У эйтоников при углублении дыхания на минимальной границе диапазона дыхательный объем возрастал на 39,5%, минутный дыхательный объем — на 46,0%. Минимальная граница диапазона синхронизации уменьшалась на 11,4%. Максимальная граница диапазона синхронизации достоверно не изменялась. Диапазон синхронизации увеличивался на 68,8%. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона уменьшалась на 5,9%. Индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивался на 79,6%. У симпатотоников при углублении дыхания на минимальной границе диапазона дыхательный объем возрастал на 15,4%, минутный дыхательный объем — на 12,4%. Минимальная граница диапазона синхронизации уменьшалась на 3,9%. Максимальная граница диапазона синхронизации достоверно не изменялась. Диапазон синхронизации увеличивался на 39,8%. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона достоверно не изменялась. Индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивался на 41,5%. Как видно из представленного материала, при обычном высококачественном дыхании диапазон сердечно-дыхательного синхронизма максимален у симпатотоников, затем у эйтоников и ваготоников. При углублении дыхания диапазон максимален у ваготоников, затем эйтоников и симпатотоников.

**Вывод.** Резервы регуляторно-адаптивных возможностей у ваготоников больше, а следовательно, больше возможности связующего звена между мозгом и сердцем — блуждающего нерва.

\* \* \*

## ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Михайлова А.Е., Тимофеева А.В., Захарова Р.Н.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», Научно-исследовательский институт здоровья, Якутск, Россия

## RISK FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRISIS

Mikhailova A.E., Timofeeva A.V., Zakharova R.N.

M.K. Ammosov North-Eastern Federal University, Research Institute of Health, Yakutsk, Russia

**Цель исследования** — изучение факторов риска и качества жизни больных остеоартрозом (ОА).

**Материал и методы.** Работа выполнена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки России по теме «Адаптационный потенциал и здоровье коренного населения Якутии в условиях модернизации социально-экономической системы». В исследовании были включены 100 больных, страдающих остеоартрозом, активно обратившихся за медицинской помощью. Группу обследованных составляли 17% мужчин и 83% женщин. Средний возраст составил  $54,7 \pm 8,5$  года. На каждого пациента на первичном приеме заполнялась карта клинического исследования. Оценка качества жизни больных проведена с использованием русской версии общего опросника SF-36.

**Результаты.** Большинство больных страдали локальной формой ОА (58%). При изучении анамнестических данных оказалось, что возраст начала болезни больных с локальной формой ОА составил  $43,1 \pm 5,9$  года, а генерализованная форма заболевания развивалась несколько раньше — в  $41,3 \pm 6,4$  года. Следует отметить, что 16% больных имели рабочую профессию, связанную с физической нагрузкой. На роль наследственной предрасположенности указывали 14% пациентов. Данные клинического осмотра выявили сколиотическую болезнь у 19% больных, грудной кифоз у 4%, плоскостопие у 5% и варусную установку у 9%. Показатели качества жизни больных ОА были ниже 50% среднего уровня здоровья. Особенно у них ухудшается физическая активность, что вызывает проблемы на работе и при выполнении ежедневных обязанностей. По-видимому, с этим связано и резкое уменьшение ролевого физического функционирования более чем в 2 раза, указывающего на наличие выраженных социальных проблем как на работе, так и дома.

**Вывод.** Предварительные данные свидетельствуют о наличии предикторов, способствующих развитию и прогрессированию заболевания. В свою очередь, ОА оказывает отрицательное влияние на физическое, психологическое и социальное функционирование человека. Мы считаем, что ряд факторов, имеющих отрицательное воздействие на опорно-двигательный аппарат, может быть устранен при проведении лечебных мероприятий с учетом индивидуальных особенностей пациента.

\* \* \*

## ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Молчанова О.В., Лерман О.В., Андреева Г.Ф., Выгодин В.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## THE INFLUENCE OF LONG-TERM CONTROLLED AND UNCONTROLLED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ON LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Molchanova O.V., Lerman O.V., Andreeva G.F., Vygodin V.A.

National Research Centre for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — сравнить влияние длительной контролируемой и неконтролируемой антигипертензивной терапии на гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** В открытое проспективное исследование были включены 110 мужчин с мягкой и умеренной АГ без сопутствующих заболеваний и случайным образом распределены для 8-месячной терапии 4 основными классами антигипертензивных препаратов.

**Результаты.** Все препараты показали схожий антигипертензивный эффект. 8-месячная контролируемая антигипертензивная терапия привела к достоверному снижению систолического и диастолического артериального давления. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) ингибиторы АПФ и антагонисты кальция значительно уменьшают массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и индекс ММЛЖ (на 12,8 и

9,9% соответственно) за счет уменьшения конечно-диастолического размера (КДР) и толщины стенок ЛЖ. Гидрохлортиазид в меньшей степени, но достоверно снижал ММЛЖ и индекс ММЛЖ на 4,3% только за счет уменьшения КДР. Бета-блокаторы вызывали достоверное уменьшение толщины межжелудочковой перегородки, хотя в данном исследовании препарат достоверно не влиял на снижение ММЛЖ и индекса ММЛЖ из-за умеренного увеличения КДР у части больных. У 62 больных (53,2%) в начале были определены показатели ГЛЖ, через 8 мес контролируемой терапии — только у 29% пациентов ( $p < 0,001$ ). После года неконтролируемой антигипертензивной терапии, при наблюдении в поликлинике по месту жительства достоверно увеличились показатели систолического и диастолического артериального давления, частота вольтажных критериев ГЛЖ на 46,8% ( $p < 0,01$ ), по сравнению с показателями окончания контролируемой терапии. Из изученных ЭКГ-признаков ГЛЖ наиболее значимая корреляция с ЭхоКГ-показателями ГЛЖ отмечалась у Корнельского вольтажного критерия.

**Вывод.** Представленные данные указывают на важность непрерывной контролируемой антигипертензивной терапии у больных со стабильной мягкой и умеренной АГ для достижения стабильной регрессии ГЛЖ как самостоятельного фактора риска.

★ ★ ★

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ НОВЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ В РЕГИСТРЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Навасардян А.Р., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Захарова Н.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## ADHERENCE TO NEW ORAL ANTICOAGULANTS IN REGISTER OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Navasardyan A.R., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Zakharova N.A.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить приверженность к терапии новыми оральными антикоагулянтами (НОАК) в рамках регистра ПРОФИЛЬ, у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), а также оценить факторы, влияющие на данную приверженность.

**Материал и методы.** Регистр ПРОФИЛЬ является регистром сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) отдела профилактической фармакотерапии (ОПФ) профильного кардиологического центра. В анализ включены все пациенты с ФП, обратившиеся за консультацией в ОПФ за период с 01.10.13 по 01.10.14. Данный визит являлся референсным (РВ). На РВ пациентам при отсутствии противопоказаний была рекомендована терапия НОАК. Всем па-

циентам была дана информация об их стоимости и удобстве приема. Приверженность к приему НОАК оценивалась с помощью специально созданных анкет. Спустя 1—6 мес все пациенты были вызваны повторно. На повторном визите (В1) проводилось повторное анкетирование с целью оценки принимаемой терапии.

**Результаты.** РВ посетили 111 пациентов с ФП; 14 (12,6%) пациентам терапия оральными антикоагулянтами (ОАК) не рекомендовалась. Из 97 пациентов, кому была рекомендована терапия ОАК, варфарин был рекомендован 21 (18,9%) пациенту, НОАК — 76 (68,5%). За межвизитный период из исследования выбыли 6 человек. На В1, по данным анкетирования, начали принимать НОАК 42 пациента. 28 пациентов по тем или иным причинам рекомендованную терапию НОАК не принимали. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, сроку наблюдения в ОПФ, социально-демографическим показателям, уровню дохода, ССЗ и факторам риска ССЗ, а также были сопоставимы по риску тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ( $p > 0,05$ ). Группа пациентов, которые последовали рекомендациям по приему НОАК, были лучше осведомлены об опасностях ФП и ее осложнениях, имела более высокий образовательный статус ( $p < 0,05$ ). Пациенты, которые отказались от приема НОАК, чаще имели опыт приема варфарина и чаще имели льготное обеспечение лекарственными препаратами ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** После разъяснения врачом преимуществ терапии НОАК значительная часть больных ФП, не принимавших варфарин, продемонстрировали хорошую приверженность к терапии данными препаратами. Пациенты, принимавшие варфарин на РВ, после разъяснитель-



ной беседы реже соглашались на прием НОАК и продолжали принимать терапию варфарином. Больные, приверженные терапии НОАК, лучше осведомлены об опасностях ФП и ее осложнениях, имели более высокий образовательный статус при сопоставимом уровне дохода. Больные, ранее принимавшие варфарин, реже соглашались на прием НОАК в сравнении с больными, ранее его не принимавшими. Больные, имевшие право на льготное обеспечение препаратами, реже соглашались на прием НОАК.

\* \* \*

## РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Найденова Н.Е.<sup>1</sup>, Лобыкина Е.Н.<sup>2</sup>, Острикова О.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»; Томск, Россия; <sup>2</sup>ГБОУ ДПО НГИУВ, Новокузнецк, Россия; <sup>3</sup>ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

### THE ROLE OF HEALTH CENTER IN PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Naydenova N.E.<sup>1</sup>, Lobykina E.N.<sup>2</sup>, Ostrikova O.I.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Tomsk regional clinical hospital, Tomsk, Russia; <sup>2</sup>Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia; <sup>3</sup>Siberian state medical university, Tomsk, Russia

**Цель исследования** — выявление частоты факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди пациентов центра здоровья (ЦЗ) и оценка эффективности индивидуального профилактического консультирования в ЦЗ.

**Материал и методы.** Проведена выкопировка данных из медицинских карт (учетная форма 0-25 ЦЗ/у) ЦЗ ОГАУЗ «ТОКБ» Томска. Проанализированы результаты первичного и повторного обращений 32 мужчин (23%) и 106 женщин (77%) ( $n=138$ ; средний возраст мужчин 54 (32—59) года; женщин 56 (44—60) лет), находившихся под динамическим наблюдением в ЦЗ в 2014 г. Повторное консультирование проводилось через 1—2 мес. Оценивались следующие ФР ССЗ: повышенный уровень в крови общего холестерина (ХС), повышенный уровень глюкозы, избыточная масса тела и ожирение, абдоминальное ожирение (АО), повышенное АД. ФР считались: уровень ХС крови 5,0 ммоль/л и выше; уровень глюкозы в крови 7,0 ммоль/л и выше; ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> — избыточная масса тела; ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> — ожирение; АО — окружность талии от 88 см у женщин, от 102 см у мужчин; АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. Для статистической обработки результатов использовался пакет статистических программ Statistica 8.0.

**Результаты.** При первичном обращении в ЦЗ установлено, что не занимаются физической активностью 44% пациентов, питаются нерегулярно 5%. На наличие ГБ указали 37% лиц. Повышенный уровень ХС выявлен у 54% обследованных, повышенный уровень глюкозы — у 1,4%, избыточная масса тела — у 37%, ожирение — у 37%, АО — у 38% женщин и у 35% мужчин. После информирования пациентов о ФР и профилактического консультирования установлено, что полученные рекомендации выполняют полностью 57% пациентов, частично — 39%, не выполняют рекомендации только 4% пациентов. Отмечено достоверное снижение уровня систолического АД

(САД) у женщин на 9,5 мм рт.ст. (с 136,5 (123—146) до 127 (118—144);  $p<0,05$ ). Степень снижения САД у мужчин составила всего 1,5 мм рт.ст. (с 141,5 (128—159) до 140 (135—150);  $p<0,05$ ). Выявлено незначительное снижение уровня глюкозы у мужчин с 5,5 (5,0—5,8) до 5,4 (5,1—5,6) и уровня ХС у женщин с 5,5 (4,2—6,0) до 5,4 (4,9—5,7). Показатели окружности талии, ИМТ оставались без динамики.

**Вывод.** Выявленная высокая частота ФР ССЗ обуславливает значительную медицинскую потребность в профилактической помощи. Наиболее часто встречаемые ФР — повышенный уровень ХС, избыточная масса тела и ожирение, гиподинамия. Динамический контроль уровня ФР показал эффективность профилактического консультирования: полученные в ЦЗ рекомендации выполняют полностью 57%, частично — 39%. Наиболее значимые результаты получены по снижению уровня САД у женщин, что свидетельствует о более высокой приверженности женщин к самоконтролю АД.

\* \* \*

## ОКАЗАНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Найденова Н.Е., Самарина С.А.

ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», Томск, Россия

### ADVICE FOR SMOKING CESSATION IN PRIMARY CARE

Naydenova N.E., Samarina S.A.

Tomsk regional clinical hospital, Tomsk, Russia

**Цель исследования** — анализ консультативной помощи взрослому населению по отказу от курения в центре здоровья с оценкой эффективности применения консультационной системы «Лечение курящего человека».

**Материал и методы.** Консультативная помощь по отказу от табакокурения (ТК) в отделении «Центр здоровья» ОГАУЗ ТОКБ (ЦЗ) организована в форме индивидуального и группового консультирования. Проведена выкопировка данных из медицинских карт взрослого населения в возрасте 18—86 лет, прошедшего в 2012 и в 2013 гг. обследование в ЦЗ. Всем курящим при обращении проводилось базовое обследование, измерение содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе на анализаторе Micro CO, оценка уровня никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), анкетирование для определения готовности к отказу от курения. С ноября 2013 г. проводится компьютерное тестирование с использованием консультационной системы «Лечение курящего человека» (КС) (ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России). Проведена выкопировка данных из КС 98 курящих лиц, обратившихся в ЦЗ с ноября 2013 г. по март 2014 г. — 39% мужчин, 61% женщин. Возраст получивших консультативную помощь варьировал от 19 до 64 лет, средний возраст —  $40,4 \pm 10,3$  года. Оценка эффективности использования КС осуществлялась проведением телефонного и индивидуального консультирования через 1—3 мес. Для статистической обработки результатов использовался пакет статистических программ Statistica 8.0.

**Результаты.** В исследуемой группе бросили курить 13,2%, снизили интенсивность ТК 18,4%. Чаще всего отказывались от ТК мужчины в возрасте до 50 лет. Установлены достоверные различия в содержании угарного газа в выдыхаемом воздухе у мужчин и у женщин ( $p < 0,001$ ). Существенных различий между мужчинами и женщинами по степени никотиновой зависимости установлено не было ( $p > 0,05$ ). Выявлена положительная корреляция у мужчин между возрастом и индексом курящего человека и степенью никотиновой зависимости; у женщин — между возрастом и индексом курящего человека, что необходимо учитывать при формировании и активной профилактической работе именно в возрастных группах старше 50 лет.

**Вывод.** Организация медицинской помощи по отказу от ТК в первичном звене здравоохранения является чрезвычайно перспективным направлением профилактики и лечения неинфекционных заболеваний. Одним из путей совершенствования оказания медицинской помощи по отказу от ТК в первичной медико-санитарной помощи для населения молодого и среднего возраста, желающего отказаться от ТК, является использование КС. Использование КС улучшает качество оказания медицинской помощи: позволяет автоматизировать весь процесс диагностики статуса ТК, включая определения типа курительного поведения и индекса курящего человека, автоматизирует процесс составления программы по отказу от ТК; не требует дополнительных затрат и специальной подготовки медицинского персонала, позволяет вести динамическое наблюдение за пациентами.

\*\*\*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДНЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Найденова Н.Е.<sup>1</sup>, Лобыкина Е.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», Томск, Россия; <sup>2</sup>ГБОУ ДПО НГИУВ, Новокузнецк, Россия

## EVALUATION OF PERFORMANCE OF HEALTH DAY IN THE CASE OF THE MUNICIPALITY TOMSK REGION

Naydenova N.E.<sup>1</sup>, Lobykina E.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tomsk regional clinical hospital, Tomsk, Russia; <sup>2</sup>Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — оценить эффективность проведения Дня здоровья среди взрослого населения в муниципальном образовании.

**Материал и методы.** С целью привлечения внимания взрослого населения муниципального образования к сохранению и укреплению своего здоровья в августе 2013 г. в районной больнице (РБ) Томской области был организован и проведен День здоровья. Информация о Дне здоровья размещалась в СМИ и в РБ. Программа Дня здоровья включала: медицинскую консультативную, информационную (обучающая) и социально-исследовательскую части. Большое внимание во время мероприятия уделяется скринингу: жители города имели возможность пройти бесплатную диагностику факторов риска (ФР) с определением уровня глюкозы в крови, АД, расчетом ИМТ. Нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении

граждане приглашались на прием в РБ. Информационная (обучающая) часть Дня здоровья включала распространение буклетов по ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) и демонстрацию видеоматериала по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ). Социально-исследовательская часть — анкетирование населения по ФР НИЗ.

**Результаты.** В Дне здоровья приняли участие 133 человека, из них 30 (22%) мужчин и 103 (78%) женщины. В возрасте 18—35 лет — 13%, в возрасте 36—55 лет — 35%, в возрасте 56 лет и старше — 52%. Из обследованного населения курят 23,8%. На наличие сахарного диабета указали 19,5%. Лиц с впервые выявленной гипергликемией — 6%. Проконсультировано врачом-эндокринологом 30 (22,5%) человек. Избыточная масса тела выявлена у 26,4% участников, ожирение — у 22,2%. О наличии сердечно-сосудистых заболеваний, в основном о гипертонической болезни, сообщили 29,7% участников мероприятия. АД выше 140/90 мм рт.ст. выявлено у 20% осмотренных. Всем обследованным даны рекомендации по систематическому контролю АД, приобретению индивидуальных тонометров, повышению медицинской активности (изменению нездоровых привычек поведения, своевременному обращению к врачу, постоянному приему гипотензивных препаратов). Получили соответствующее направление к терапевту для коррекции лечения 9,7% участников мероприятия с АГ.

**Вывод.** Проведение Дня здоровья в настоящее время не утратило своей востребованности, является эффективной формой гигиенического воспитания по различным аспектам профилактики и повышения медицинской активности населения в муниципальном образовании. Целевой группой для данной формы гигиенического воспитания являются женщины среднего и старшего возраста, которые активнее проявляют интерес к своему здоровью. Значительное количество людей имеют ФР НИЗ, значение которых для здоровья они недооценивают. Выявленные высокие цифры АД свидетельствуют о низкой приверженности к лечению и необходимости вторичной профилактики.

\*\*\*

## МОДЕЛЬ ПЕРЕХОДА СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, СТИМУЛИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИНФОРМАЦИОННОГО ИСТОЧНИКА

Найденова Н.Е.<sup>1</sup>, Слядников Е.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», Томск, Россия; <sup>2</sup>Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

## MODEL OF TRANSITION FROM OF HEALTH CENTER PATIENTS THE STATE OF HEALTHY LIFESTYLE, STIMULATED BY INFORMATION SOURCE

Naydenova N.E.<sup>1</sup>, Slyadnikov E.E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tomsk regional clinical hospital, Tomsk, Russia; <sup>2</sup>National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

**Цель исследования** — создание модели перехода системы посетителей Центров здоровья (ЦЗ) в состояние

здорового образа жизни (ЗОЖ) на примере ЦЗ ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница».

**Материал и методы.** За период 2011–2014 гг. комплексное обследование в ЦЗ прошли 32 115 человек. Большинство из них (93,4%) обратились в течение указанного периода однократно, 6,6% (2135 человек) — повторно, имеющие факторы риска неинфекционных заболеваний и функциональные отклонения, только 2–3% здоровы. Переход системы посетителей из состояния нездорового образа жизни (НЗОЖ) в состояние ЗОЖ — процесс, протекающий во времени, который возможен при стимулирующем воздействии информационного источника (ИИ), например ЦЗ. Состояние каждого пациента в системе можно описать как ведущие и не ведущие к ЗОЖ. Чтобы вызвать вынужденный переход, мощность ИИ должна превышать некоторый пороговый уровень. В процессе перехода состояние системы посетителей ЦЗ может быть описано двумя параметрами, зависящими от времени: параметром порядка  $\eta$ , изменяющимся от  $-1$  в состоянии НЗОЖ до  $+1$  в состоянии ЗОЖ; и уровнем информационного воздействия на посетителя (например, частотой посещений в ЦЗ) —  $T$ , положительной величиной, при достижении критического значения  $T_c$  которой будет происходить вынужденный переход. Изменение параметра порядка сопровождается изменением симметрии среды, т.е. параметр порядка является мерой отклонения ближнего порядка состояний посетителей в начальной фазе (все ведут НЗОЖ) от конфигурации ближнего порядка состояний посетителей в конечной фазе (все ведут ЗОЖ) и подчиняется уравнению релаксации. Для учета процессов распространения информации в среде, изменения ближнего порядка состояний посетителей в каждой точке среды, сопровождающегося рассеянием (поглощением) информации, которое в свою очередь влияет на скорость этого изменения, уравнение релаксации параметра порядка необходимо дополнить уравнением на скорость изменения уровня информационного воздействия на посетителя  $T$ .

**Результаты.** Механизм перехода из состояния НЗОЖ в состояние ЗОЖ основан на концепции эффективного поля упорядочения, возникающего за счет вынужденного внешним информационным воздействием изменения характера, симметрии и потенциала взаимодействия посетителей среды в окрестности критического уровня информирования  $T_c$ . Главным механизмом перехода из состояния НЗОЖ в состояние ЗОЖ являются флуктуации потенциала взаимодействия посетителей среды. Сам процесс фазового превращения, протекающий за время  $t_p$ , обратно пропорциональное мощности воздействия  $\eta$ , имеет три главных этапа, закономерности которого определяются временными закономерностями амплитуды и частоты флуктуаций.

**Вывод.** Система в зоне воздействия ИИ представляет собой структурно-неустойчивую среду с диссипацией информации. Внешнее информационное воздействие может приводить к переходам из одного стационарного состояния в другое. Чтобы вызвать переход, мощность информационного воздействия должна превышать некоторый пороговый уровень. Главным механизмом перехода являются флуктуации потенциала взаимодействия посетителей среды.

\*\*\*

## АНАЛИЗ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Новгородская Г.В., Петрова Т.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

### ANALYSIS OF THE SANITARY CONDITIONS OF CHILD AND ADOLESCENT INSTITUTIONS IN VORONEZH REGION

Novgorodskaya G.V., Petrova T.N.

State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

Одним из важнейших звеньев проблемы здоровья населения является вопрос о формировании здоровья подрастающего поколения. Здоровье ребенка, его нормальный рост и развитие во многом определяются условиями и средой, в которой он живет. Решение этого вопроса определяется созданием определенных условий воспитания, обучения, навыков и оздоровление детей и подростков.

**Цель исследования** — анализ санитарно-гигиенического состояния детских и подростковых учреждений Воронежской области на современном этапе.

**Результаты.** Общее количество детских и подростковых учреждений в области, находящихся на контроле, за последние пять лет снизилось в 1,3 раза — с 4166 до 3009. За пятилетний период процент учреждений, относящихся к 3-й группе санитарно-эпидемиологического благополучия, снизился с 2,5% в 2010 г. до 0,2% в 2014 г. Наибольшую долю объектов, относящихся к этой группе, составили общеобразовательные школы и дошкольные учреждения (по 0,4%), а также внешкольные учреждения (0,3%). Улучшение санитарно-технического состояния детских и подростковых учреждений происходит за счет подключения к централизованным сетям водоснабжения, канализации, отопления, проведения капитального ремонта. Удельный вес неканализованных объектов за период с 2010 по 2014 г. уменьшился с 8,9 до 3,4%; учреждений, не имеющих централизованного водоснабжения, — с 7,7 до 3,5%, не имеющих центрального отопления — с 1,9 до 0,8%. Вместе с тем, остается достаточно высоким удельный вес учреждений, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам по параметрам микроклимата (5,3%) и освещенности (7,5%). В 2010 г. в 273 школах области приобретена ученическая мебель, что снизило удельный вес исследованной мебели, не соответствующей росту-возрастным особенностям детей, с 3,9 до 3,8%. В результате экспертизы режима образовательного процесса было отклонено от согласования 9,7% учебных расписаний (2010 г. — 16,4%). При составлении учебного расписания не соблюдался принцип чередования предметов различной степени сложности, в расписания включались сдвоенные уроки по основным предметам, допускалось сокращение перемен между уроками. Охват горячим питанием школьников в целом по области по итогам 2014 г. увеличился на 0,4% и составил 76,7% (в 2011 г. — 76,3%), за счет учащихся 5–11 классов — 61,0% (в 2011 г. — 60,9%).

**Вывод.** Таким образом, гигиенические показатели в детских учреждениях Воронежской области существенно приблизились к установленным нормам. Однако, несмотря на принимаемые меры, следует обратить внимание на рацио-



нализацию режима образовательного процесса, максимальной нагрузки, чередования обучения и отдыха учащихся.

\* \* \*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И АЛФАГИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А.,  
Тургунова М.Ш.**

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

### **EFFECTIVENESS OF COMBINATION OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY AND ALFAGIN IN PREVENTION OF DISEASES IN INTERNAL ORGANS IN WOMEN WITH CLIMACTERIC SYNDROME**

**Nurmukhamedov A.I., Abdullayev A.Kh., Allawi B.A.,  
Turgunova M.Sh.**

Republican Medical Center of Therapy and Rehabilitation; Pediatric Medical Institute, Tashkent Uzbekistan

Важной проблемой является лечение, реабилитация и предупреждение различных заболеваний внутренних органов у женщин с климактерическим синдромом (КС).

**Цель исследования** — сравнительное изучение влияния заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и ее сочетания с алфагином при лечении и реабилитации женщин с КС.

**Материал и методы.** В исследование включили 50 женщин с КС в возрасте 45—60 лет с давностью заболевания от 1 до 10 лет. 1-я группа (30) — пациентки получали монотерапию ЗГТ — фемостон (1/10, 2/10, 1/5, АВБОТТ), пациентки 2-й группы (20) — сочетание ЗГТ с комплекс-

ным фитопрепаратом (Herbion) — по 1 капсуле 2 раза в день. Группы были сопоставимы по основным проявлениям КС, жалобам, возрасту и давности заболевания. Контроль эффективности лечения осуществляли динамическим наблюдением за общеклиническими показателями, липидами, половыми гормонами (фолликулостимулирующим — ФСГ, и эстрадиолом), коагулограммой, результатам ультразвукового исследования (УЗИ).

**Результаты.** До лечения основными проявлениями КС у пациенток были сердечно-сосудистые расстройства — сердцебиение, кардиалгии, лабильность артериального давления, а также нервозность, бессонница, головные боли, головокружение и приливы жара. В процессе лечения больные обеих групп отмечали улучшение общего состояния, проявившееся в значительном уменьшении или исчезновении жалоб, значительном улучшении настроения, повышении/восстановлении трудоспособности и, как следствие, качества жизни. У больных 2-й группы, лечение которых ЗГТ дополнялось алфагином, значительно раньше (в конце курса) наблюдалась положительная динамика с улучшением общего состояния и уменьшением вышеуказанных расстройств. Полученный эффект сохранялся в течение 3 мес, что позволяло проводить повторные курсы реабилитации алфагином. Общеклинические показатели, уровни липидов, ФСГ и эстрадиола, коагулограмма и результаты УЗИ через 6 мес реабилитации были благоприятными. Сочетание ЗГТ и алфагина приводило к улучшению изученных показателей. Вероятно, алфагин уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом ЗГТ, улучшает ее переносимость. С учетом того, что при реабилитации пациенток с КС необходим длительный прием ЗГТ, можно полагать, что алфагин способствует улучшению переносимости ЗГТ, а оба препарата в комплексе позволяют предупредить развитие заболеваний, связанных с дефицитом эстрогенов.

**Вывод.** Применение препарата алфагин в комбинации с ЗГТ открывает новые возможности не только в лечении и реабилитации женщин с КС, но и в профилактике заболеваний внутренних органов у этой категории пациенток.

★ ★ ★

### **РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ КАБИНЕТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г.**

**Овчаренко М.И., Иванова Е.С.**

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР, Москва, Россия

### **RESULTS OF WORK OF MEDICAL CARE OFFICES AT SMOKING CESSATION IN THE MOSCOW REGION IN 2014**

**Ovcharenko M.I., Ivanova E.S.**

Moscow Regional Center for Medical Prevention, Moscow, Russia

В Московской области в 2013 г. на основании приказа от 09.07.13 №809 «Об организации работы по соблюдению

норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в медицинских организациях на территории Московской области» организована работа кабинетов медицинской помощи при отказе от курения. В соответствии с приказом кабинеты должны быть структурными подразделениями поликлиник, центров общей врачебной практики, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров здоровья. Предусмотрена организация деятельности кабинетов в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 15.05.13 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Всего на территории Московской области работают 42 кабинета медицинской помощи при отказе от курения. В 2014 г. в кабинетах были зарегистрированы

17 267 обращений за медицинской помощью по профилактике и отказу от курения, из которых 10 431 от мужчин и 6836 от женщин. Число посещений по поводу профилактического мотивационного консультирования составило 18 332 человека; число лиц, обратившихся для лечения табачной зависимости, — 1991 человек, закончивших лечение от табачной зависимости — 1171 человек; находящихся в динамическом наблюдении — 5181 человек. Среднее число посещений одного кабинета в месяц в 2014 г. составляет 34 человека. Расхождение между числом обращений за медицинской помощью по профилактике и отказу от курения и количеством посещений по поводу профилактического мотивационного консультирования объясняется тем, что часть пациентов, особенно те из них, которые приступают к лечению, нуждаются в повторном консультировании. Обращает на себя внимание значительный разрыв между количеством обратившихся за медицинской помощью и приступивших к лечению. Только 59% пациентов, приступивших к лечению, закончили его. Значительно отстает число пациентов, состоящих на динамическом наблюдении, от количества лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу отказа от курения.

**Вывод.** Необходимо отметить, что врачам кабинетов не хватает нормативных документов для организации работы по единому для всех регламенту, в том числе, и для определения сроков динамического наблюдения, критериев снятия с учета (например, лиц, прекративших лечение самостоятельно, не посещающих кабинет длительное время).

\* \* \*

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ: ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА**

**Олейников А.А., Олейников М.А.**

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

## **CONSERVATIVE TREATMENT OF LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION: THE NEW METHOD**

**Oleynikov A.A., Oleynikov M.A.**

Altai State Medical University, Barnaul, Russia

Диагностика и лечение патологии поясничного отдела позвоночника является одной из важнейших проблем

современной медицинской науки. Эта проблема не ограничивается интересами врачей-невропатологов и реабилитологов. Современные потребности клиники требуют более точного установления характера и выраженности патологического состояния на уровне поясничного отдела позвоночника для принятия решения о методах необходимого лечения.

**Цель исследования** — применение нового способа консервативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков (ПМПД). С целью консервативного лечения грыж ПМПД в санатории Барнаульский был разработан способ консервативного лечения грыж ПМПД (Патент №2368401: А.А. Олейников, А.Г. Ремнев, 2008). Сущность этого способа заключается в том, что лечение грыж ПМПД включает проведение медикаментозной противоболевой блокады и электрическую стимуляцию места введения анестетика импульсным электрическим током. На протяжении продолжительного периода с 2012 по 2015 г. при помощи этого способа были пролечены 214 больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков в возрасте, преимущественно, от 22 до 58 лет. При обращении всем пациентам осуществлялось нейровизуализационное исследование (МРТ или компьютерная томография), ультразвуковое исследование поясничного отдела позвоночника на предмет выявления грыж ПМПД (А.Г. Ремнев, 2010). В клинической картине у больных преобладал болевой синдром различной степени выраженности, а также двигательные и чувствительные расстройства на уровне нижних конечностей. В результате проведенного лечения у большинства больных был достигнут стойкий выраженный (подтвержденный при дальнейших динамических исследованиях) положительный результат. 12 (6,5%) больных субъективно не отмечали улучшения, в то время как результаты контрольных исследований свидетельствовали об уменьшении выраженности грыжевого выпячивания. У остальных больных выраженность положительного эффекта была меньше, либо эффект лечения продолжался меньшее количество времени и требовалось проводить дополнительные курсы лечения. Применение нового способа консервативного лечения грыж ПМПД не выявило случаи ухудшения состояния больных, как клинических, так и морфо-функциональных.

**Вывод.** Использование нового способа консервативного лечения позволяет обеспечить лечение больных с грыжами ПМПД. Результатом этого лечения является устранение болевого синдрома, уменьшение объема грыжевого выпячивания, восстановление корешковой проводимости.

★ ★ ★

КАРДИОМАГНИЛ®

Дарим вам время



## КАРДИОМАГНИЛ УМЕНЬШАЕТ РИСК ИНФАРКТА И ТРОМБОЗА

### Сокращенная инструкция по применению

**Торговое название:** Кардиомагнил. МНН или группировочное название: Ацетилсалициловая кислота + Гидроксид магния. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению:** профилактика повторного инфаркта миокарда и тромбоза кровеносных сосудов. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, таких как тромбоз и острая сердечная недостаточность при наличии факторов риска. Профилактика тромбозов после хирургических вмешательств на сосудах. Нестабильная стенокардия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к АСК, вспомогательным веществам препарата и другим НПВП; кровоизлияние в головной мозг; склонность к кровотечению; бронхиальная астма, индуцированная приемом салицилатов и НПВП; эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта; желудочно-кишечное кровотечение; тяжелая почечная недостаточность; беременность; период лактации; дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы; одновременный прием с метотрексатом; детский возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы:** таблетки проглатывают целиком или разжевывают, запивая водой. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний при наличии факторов риска: 1 таблетка Кардиомагнила, содержащая АСК в дозе 150 мг, в первые сутки, затем по 1 таблетке Кардиомагнила, содержащей АСК в дозе 75 мг, 1 раз в сутки. Профилактика повторного инфаркта миокарда и тромбоза кровеносных сосудов; профилактика тромбозов после хирургических вмешательств на сосудах; нестабильная стенокардия: 1 таблетка Кардиомагнила, содержащая АСК в дозе 75–150 мг, 1 раз в сутки. **Побочные действия:** крапивница, отек Квинке, тошнота, изжога, рвота, бронхоспазм, повышенная кровоточивость, головная боль, бессонница. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению. С осторожностью: при подагре, гиперурикемии, наличии в анамнезе язвенных поражений желудочно-кишечного тракта или желудочно-кишечных кровотечений, почечной и/или печеночной недостаточности, бронхиальной астмы, сенной лихорадки, полипоза носа, аллергических состояниях, во II триместре беременности. Имеются противопоказания. Необходимо ознакомиться с инструкцией по применению или получить консультацию специалиста.



ООО «Тakeda Фармасьютикалс»: 119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1  
т.: (495) 933 55 11, ф.: (495) 502 16 25 • www.takeda.com.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

РЕКЛАМА

Дата выхода материала: май 2015 г.



## ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Павлова О.С.<sup>1</sup>, Огурцова С.Э.<sup>2</sup>, Теплоухова Ю.С.<sup>2</sup>, Горбат Т.В.<sup>1</sup>, Ковш Е.В.<sup>1</sup>, Ливенцева М.М.<sup>1</sup>, Мрочек А.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;

<sup>2</sup>Институт биоорганической химии Национальной Академии наук Беларуси, Минск, Беларусь

## POLYMORPHISMS OF RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM GENE IN ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

Pavlova O.S.<sup>1</sup>, Ogurtsova S.E.<sup>2</sup>, Teploykhova Yu.S.<sup>2</sup>, Gorbat T.V.<sup>1</sup>, Kovsh E.V.<sup>1</sup>, Liventseva M.M.<sup>1</sup>, Mrochek A.G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Republican Centre «Cardiology»; <sup>2</sup>Institute of Bioorganic Chemistry of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk, Belarus

**Цель исследования** — изучить распределение полиморфизмов I/D гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE), M235T гена ангиотензиногена (AGT), A1166C гена рецептора ангиотензина II 1 типа (AGTR1) и C344T гена альдостерон-синтазы (CYP11B2) у белорусских пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** В исследование были включены 343 пациента с эссенциальной АГ и 171 человек группы контроля. Группу контроля составили лица с нормальным или оптимальным артериальным давлением (АД < 129/84 мм рт.ст.). Генотипирование для определения частот генотипов и аллелей анализируемых полиморфизмов проводилось с использованием полимеразной цепной реакции и соответствующих праймеров из образцов периферической крови.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $49,0 \pm 11,5$  года, из них 180 мужчин и 163 женщины, у большинства обследуемых пациентов чаще наблюдалась вторая степень АГ (56%), высокий и очень высокий дополнительные риски развития сердечно-сосудистых осложнений (72%). В результате молекулярно-генетического анализа было обнаружено, что II, ID и DD-генотипы полиморфизма I/D гена ACE наблюдались у 83 (24,2%), 168 (49,0%) и 92 (26,8%) пациентов соответственно без статистически значимых отличий в сравнении с группой контроля. При изучении M235T полиморфизма гена AGT было выявлено преобладание гетерозиготного MT-генотипа в обеих группах — у 194 (56,6%) пациентов и 101 (59%) здоровых лиц. Распределение A1166C полиморфного маркера гена AGTR1 среди пациентов было следующим: AA, AC и CC-генотипы встречались в 50,4% ( $n=173$ ), 38,5% ( $n=132$ ) и 11,1% ( $n=38$ ) случаев с преимущественным накоплением A-аллеля (69,7%) без достоверных различий с контрольной группой. Для исследуемых групп было характерно преобладание гетерозиготного СТ-генотипа C344T полиморфизма гена CYP11B2 — у 164 (47,8%) пациентов и у 85 (49,7%) здоровых лиц.

**Вывод.** В результате проведенного исследования установлено, что в изучаемой группе белорусских пациентов с эссенциальной АГ определялось преимущественное накопление гетерозиготных генотипов ID гена ACE (I/D),

MT гена AGT (M235T), СТ гена CYP11B2 (C344T) и непатологического гомозиготного AA генотипа гена AGTR1 (A1166C).

\*\*\*

## ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕРГООБМЕНА ПОКОЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Павлюк Н.Б.<sup>1</sup>, Шарафетдинов Х.Х.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России; <sup>2</sup>ФГБНУ «НИИ питания», Москва, Россия

## BASAL METABOLIC RATE IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS AND OBESITY

Pavlyuk N.B.<sup>1</sup>, Sharafetdinov Kh.Kh.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Russian Medical Academy of Postgraduate Education; <sup>2</sup>Institute of nutrition, Moscow, Russia

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается ведущей причиной инвалидизации и смертности во всем мире. Ожирение связано с увеличением частоты артериальной гипертензии и отрицательным влиянием на углеводный обмен и липидный профиль человека, что усиливает процессы атерогенеза. Оно становится независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний при индексе массы тела  $35 \text{ кг/м}^2$  и выше. В лечении и ожирения, и ИБС ведущую роль занимает диетотерапия. Редукция массы тела позволяет лучше контролировать течение ИБС. Важным параметром при персонализации диетотерапии является калорийность рациона питания, она должна подбираться в соответствии с показателями энергообмена покоя. Золотым стандартом оценки показателей энергообмена покоя является непрямая калориметрия. Она позволяет определить значения данных показателей у каждого отдельного человека, их отклонения от нормы и тем самым подобрать адекватную калорийность рациона питания.

**Цель исследования** — оценить значения показателей энергообмена покоя у пациентов со стенокардией и ожирением.

**Материал и методы.** Были обследованы 220 пациентов в возрасте от 34 до 80 лет с ожирением 1–3-й степени. Пациенты были разделены на две группы. 1-я включала 110 пациентов (41 мужчина и 69 женщин) с ожирением без стенокардии. Во 2-ю группу вошли 110 человек (48 мужчин и 62 женщины) с ожирением и сопутствующей стенокардией. Оценка показателей энергообмена покоя проводилась методом непрямой калориметрии. В качестве нормальных значений приняты величины основного обмена, рассчитанные по уравнению Харриса—Бенедикта. Статистический анализ проводился в программе Statistica for Windows 6.1. Для оценки статистической достоверности различий между данными использовался метод Манна—Уитни. Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ).

**Результаты.** Было выявлено, что показатели энергообмена покоя по сравнению с нормальными значениями у пациентов с ожирением без стенокардии составили  $95,8 \pm 13,6\%$ , а у пациентов с ожирением и стенокардией —  $90,9 \pm 16,3\%$ . Уровни снижения энергообмена покоя в 1-й и 2-й группах значимо отличались ( $p=0,022$ ).

**Вывод.** Пациенты с ожирением и стенокардией характеризуются более выраженным снижением энергообмена

покою по сравнению с пациентами только с ожирением. Эти данные должны учитываться при подборе адекватной калорийности рационов диетотерапии.

\*\*\*

### ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Паламарчук Ю.Ю.<sup>1</sup>, Шахиджанова В.А.<sup>2</sup>,  
Третьяков А.Ю.<sup>2</sup>, Сычев Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белгородский государственный университет, медицинский институт, Белгород; <sup>2</sup>РМАПО, Москва, Россия

### APPLICATION OF ORAL ANTICOAGULANTS FOR THE PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS OF CARDIOLOGY DEPARTMENT

Palamarchuk Yu.Yu.<sup>1</sup>, Shahidzhanova V.A.<sup>2</sup>,  
Tretyakov A.Yu.<sup>1</sup>, Sychev D.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State University, Medical Institute, Belgorod; <sup>2</sup>Russian Medical Academy of postgraduate education, Moscow, Russia

Тромбоэмболические осложнения являются одной из основных причин смерти и нетрудоспособности населения. Наиболее частыми и опасными из них являются мозговой инсульт и транзиторные ишемические атаки. Их частота у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) составляет от 8 до 12%. К сердечно-сосудистым заболеваниям, протекающим с ФП, относят ИБС, артериальную гипертензию, митральные пороки сердца, кардиомиопатии, врожденные пороки сердца, патологию синусового узла и др. Высокая частота ФП отмечается при пролапсе митрального клапана, легочном сердце, идиопатической дилатации правого предсердия. У пациентов с ФП, с постинфарктным кардиосклерозом, перенесшим ТЛБАП со стентированием коронарной артерии, дилатационной кардиомиопатией, пороками сердца для профилактики тромбоэмболических осложнений назначаются в большинстве случаев непрямыми антикоагулянты. Наиболее часто назначаются антагонисты витамина К.

**Цель исследования** — изучить структуру тромбоэмболических нарушений и их коррекцию непрямыми антикоагулянтами.

**Материал и методы.** В ходе ретроспективного анализа данных кардиологического отделения Белгородской областной клинической больницы изучены 739 историй болезни за 2013 г. Среди них использованы те, в которых упоминалось проведение профилактики тромбоэмболических осложнений при различных заболеваниях.

**Результаты.** В ходе изучения историй болезни пациентов кардиологического отделения было установлено: 63 пациента с ФП принимали варфарин, 2 пациента — фениндион, 6 — клопидогрел, 1 пациент — ривороксабан; 29 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после ТЛБАП со стентированием коронарных артерий принимали клопидогрел, 1 пациент — тикагрелор (брилинта); 2 пациента с ТЭЛА принимали варфарин. ФП у 3 пациентов сочеталась с пороками сердца: сочетанные митраль-

ные пороки, открытый аортальный проток, 2 пациента с дилатационной кардиомиопатией имели ФП — все они принимали варфарин. Один пациент с пристеночным тромбом и аневризмой левого желудочка принимал варфарин. Выявлен 1 случай тромбофилического синдрома неуточненного генеза у пациента, перенесшего ОНМК за несколько месяцев до госпитализации.

**Вывод.** Наиболее частым показанием для назначения непрямым антикоагулянтам служит ФП — около 9,75% выбранных историй болезни, из них 90,3% принимали антагонисты витамина К, а 87,5% — варфарин. Несмотря на необходимость постоянного контроля эффективности и безопасности применения, большое число лекарственных и пищевых взаимодействий, варфарин остается препаратом выбора для перорального приема.

\*\*\*

### ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПО ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ

Палий И.А., Линок Е.А., Верес Е.Г.

ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики», Томск, Россия

### THE EXPERIENCE OF THE MEDICAL PREVENTION CENTRE IN HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION VIA INTERNET

Paliy I.A., Linok E.A., Veres E.G.

The center of medical prevention, Tomsk, Russia

Бурное и повсеместное развитие глобальных телекоммуникационных технологий (в частности, Интернет) во второй половине XX века привело к созданию нового типа общества и культуры в целом. Сегодня мы все живем в новых реалиях информационного общества постмодернистской, постиндустриальной культуры. Из средства связи и способа передачи данных Интернет превратился в новую виртуальную реальность, некую социальную среду, реальную силу, напрямую влияющую на самоопределение, образ жизни и мыслей, на жизненно важные и повседневные выборы человека, в том числе касающиеся его здоровья. Для ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики» (далее Центр) основным инструментом, трансформирующим информацию в Интернет-сообщество, является официальный сайт организации: <http://profilaktika.tomsk.ru>. На сайте Центра регулярно размещается актуальная научно-обоснованная информация по здоровьесбережению. Критерием эффективности работы сайта является его посещаемость. Для анализа посещаемости в апреле 2013 г. на сайте был установлен счетчик сервиса LiveInternet. За период с апреля по декабрь 2013 г. общее число визитов на сайт составило 31 038. В январе 2014 г. с целью повышения уровня информированности населения по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ) и увеличения числа визитов на сайт Центр был зарегистрирован в Интернет-каталогах организаций и предприятий региона, была создана медиа-карта — база контактов представителей СМИ региона. Специалисты Центра систематически публикуют анонсы проводимых Центром мероприятий на городских информационно-развлекательных порталах; осуществляют рассылку пресс-релизов о мероприятиях и новостях из жизни Центра согласно медиа-карте; органи-

зуют теле-, радиопередачи, Интернет-публикации по вопросам ЗОЖ; распространяют информацию о ЗОЖ, публикуемую на сайте Центра, посредством системы централизованного управления баннерами. Особое внимание уделяется продвижению тематических групп в социальных сетях: группы «Будь здоров, Томск!» ВКонтакте и в Одноклассниках. В группах осуществляются публикации материалов о ЗОЖ, представляющих интерес для широкой Интернет-общественности, организуются опросы по изучению санитарной культуры населения, размещаются ссылки на тематические страницы сайта Центра. Повторное обращение к сервису LiveInternet в декабре 2014 г. продемонстрировало рост посещаемости сайта Центра в 2,2 раза (за период с апреля по декабрь 2014 г. количество визитов на сайт составило 69 285). Проведенное исследование позволило констатировать перспективность использования Интернет-коммуникативных технологий в популяризации ЗОЖ.

\*\*\*

### ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТАДИИ

Паначева Л.А., Дуркина Е.Ф.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

#### PREVENTION OF DISORDERS OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH STAGE III ARTERIAL HYPERTENSION

Panacheva L.A., Durkina E.F.

State budgetary educational institution of higher professional education «Novosibirsk state medical University», Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — оценить эффективность лечения нарушений системы гемостаза при гипертонической болезни (ГБ), осложненной острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

**Материал и методы.** Методом случайной выборки проанализировано 100 историй болезни пациентов с ОНМК (преимущественно — ишемический инсульт), имевших длительный анамнез ГБ (у 88,0% пациентов — 11—21 гг.) ГБ. В данной группе преобладали женщины (70,0%). Средний возраст мужчин —  $68,2 \pm 4,2$  года, женщин —  $69,9 \pm 3,1$  года. Исследование всех звеньев гемостаза (сосудисто-тромбоцитарного, прокоагулянтного и антикоагулянтного) проводилось общепринятыми методами. Первое исследование системного гемостаза проведено в условиях отделения неврологии; повторное, в динамике терапии дезагрегантами — через 4 мес, в поликлинике.

**Результаты.** У 82,0% пациентов был впервые выявленный ишемический инсульт (1-я группа) и у 18,0% — повторный, развившийся в сроки 5—7 лет от первого (2-я группа). У 62,5% больных 2-й группы в анамнезе отмечено 2 инсульта и у 37,5% — один. В целом у всех больных, перенесших ОНМК, наблюдались различные нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, чаще диагностируемые у пациентов 2-й группы (48,4 и 66,7% соответственно). Показатели АПТВ и протромбинового теста у

больных обеих групп практически не различались, тогда как гиперфибриногенемия, также характеризующая состояние плазменно-коагуляционного гемостаза, преобладала у лиц 2-й группы по сравнению с 1-й (56,0 и 66,7% соответственно). Нарушения в системе фибринолиза отмечены в 78,0%. Частота высоких значений растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) составила 83,3% в 1-й группе и 100% во 2-й. При этом величина РФМК была более изменена у лиц с повторным ОНМК по сравнению с первым инсультом (соответственно 12,64 мкг/мл против 11,78 мкг/мл). Учитывая выраженные нарушения параметров гемостаза, всем пациентам рекомендовался постоянный прием дезагрегантов (кардиомагнил, тромбо АСС и др.). Приверженность к терапии в обеих группах больных была практически одинаковой (95,1 и 94,4% соответственно). В динамике 4-месячной терапии у большинства пациентов наблюдались положительные изменения в системе сосудисто-тромбоцитарного гемостаза по сравнению с коагуляционным. Так, положительные сдвиги в лабораторных показателях, характеризующих реологические нарушения, документированы в 1-й группе в 91,0%, во 2-й — в 76,5%. Динамика показателей плазменно-коагуляционного гемостаза у пациентов обеих групп была ниже — соответственно в 84,6 и 76,5% случаев.

**Вывод.** С целью профилактики повторного ОНМК все больные ГБ должны помимо регулярного приема антигипертензивных препаратов и мониторинга АД постоянно получать дезагреганты, а при сохраняющихся нарушениях плазменно-коагуляционного гемостаза — терапию антикоагулянтами.

\*\*\*

### ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ И ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИМ БОЛЕЗНИ

Папыкина В.В., Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

#### FOOD CONSUMPTION PATTERN IN THE POPULATION OF VORONEZH REGION AND ALIMENTATION-ASSOCIATED DISEASES

Papykina V.V., Petrova T.N., Krasnorutskaya O.N.

State Medical Academy N.N. Burdenko Voronezh, Russia

Взаимосвязь характера питания с состоянием здоровья населения очевидна и является достаточно актуальной проблемой. Среди причин заболеваемости и смертности ведущее место занимают сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, развитие которых в определенной степени может быть связано с питанием, а анемия связана с ними напрямую. Недостаточное поступление питательных веществ в детском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического развития, заболеваемости, успеваемости, способствует проявлению обменных нарушений и хронической патологии. В связи с этим, важнейшим условием для поддержания здоровья, высокой работоспособности и выносливости человека является полноценное и правильное питание.

**Цель исследования** — изучить качество и безопасность продовольственного сырья и пищевых продуктов.



**Результаты.** Экономические трудности переходного периода отразились и на характере питания населения Воронежской области. В последние годы на территории региона фактическое потребление наиболее важных для организма продуктов оказалось ниже, чем нормы рационального потребительского бюджета. Особенно велико отставание Воронежской области по потреблению мясных и рыбных продуктов, овощей и фруктов. Недостаток ценных пищевых продуктов с высоким содержанием белков замещается продуктами с высоким содержанием углеводов (хлеб, картофель), избыток которых в рационе представляет определенную опасность для здоровья населения. Фактическое потребление хлеба и хлебопродуктов в 2014 г. составило 138 кг/год на 1 человека, картофеля — 121 кг/год на 1 человека, а сахара — 50 кг/год на 1 человека. При этом потребление рыбы и рыбопродуктов составило 14 кг/год на 1 человека, фруктов и ягод — 70 кг/год на 1 человека, что является крайне недостаточным для сохранения здоровья и полноценного выполнения привычных и обыденных дел. Отсутствие сбалансированного питания является одной из причин возникновения среди населения алиментарно-зависимых заболеваний. За последние пять лет наблюдается стойкая тенденция к росту некоторых алиментарно-зависимых заболеваний. Так, среди взрослого населения распространенность болезней эндокринной системы выросла на 10,8%, гастритов и дуоденитов — на 16,6%. Среди детей в возрастной группе от 0 до 14 лет отмечается тенденция к стабильному росту ожирения (темп прироста +32,9%), анемии (+49,2%), болезней органов пищеварения (+2,5%).

**Вывод.** На основании приведенных данных можно увидеть тенденцию к росту хронических неинфекционных заболеваний и их тесную связь с характером питания населения. Система профилактических мероприятий по оптимизации питания населения с учетом возраста и материального достатка позволит эффективно влиять на сохранение и укрепление здоровья.

\* \* \*

## АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Паршина В.В., Петрова Т.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

### ANALYSIS OF THE OPPORTUNITIES FOR PREVENTION OF OCCUPATIONAL-RELATED PATHOLOGY

Parshina V.V., Petrova T.N.

State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh Russia

За последние 10 лет в связи с изменениями организационно-правовых форм собственности большинства предприятий и организаций, развитием малого и частного бизнеса произошло резкое снижение финансирования профилактических медицинских осмотров, содержания медико-санитарных частей и здравпунктов, санаториев-профилакториев, что разрушило систему медицинского обеспечения на предприятиях и явилось одним из факто-

ров роста заболеваемости и смертности работающего населения.

**Цель исследования** — провести анализ профессионально обусловленной заболеваемости в регионе с определением тенденций, уровней, динамики и структуры заболеваемости, с идентификацией производственных условий ее возникновения.

**Результаты.** За последние 5 лет отмечено снижение уровня профессиональной заболеваемости в 4 раза с одновременным утяжелением впервые зарегистрированной патологии, приведшей в 70% случаев к потере профессиональной трудоспособности. У 23% больных было установлено 2 и более профессиональных заболеваний. Вклад хронических неинфекционных заболеваний в структуру профпатологии составляет 95%. Ведущей патологией по региону были заболевания, связанные с воздействием физических факторов производства — нейросенсорная тугоухость (36,3%), вибрационная болезнь (13,3%). Второй по частоте представлена группа заболеваний, связанная с воздействием факторов трудового процесса, вызывающих перенапряжение систем и органов — хронические радикулопатии (11,1%), полинейропатии (9,6%). Среди заболеваний, развившихся от воздействия промышленных пылей и аэрозолей, преобладали хронические бронхиты (11,8%), силикозы (6,7%). Профессиональные заболевания химической этиологии за исследуемый период составили 0,7%. Заболевания, вызванные производственными факторами биологической природы, представлены туберкулезом легких (3,1%). Определена устойчивая тенденция снижения заболеваемости по всем этиологическим группам, кроме пылевой. Определены профессии с наиболее высоким риском развития профессиональной патологии: водители самоходных машин и механизмов (35,7% от всех профессий); слесари механосборочных работ, обрубщики, стерженщики, формовщики на предприятиях машиностроения и станкостроения (21,4%); рабочие огнеупорных производств (22%).

**Вывод.** Анализ ретроспективной информации о профессиональной заболеваемости позволил определить основные тенденции показателей здоровья населения Воронежской области, которые могут способствовать рациональному перспективному планированию лечебно-диагностической и реабилитационной деятельности в регионе.

\* \* \*

## ИТОГИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Пестрецова Э.О., Лихачева Н.В., Паньковская О.И.

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1», Астрахань, Россия

### RESULTS OF THE DYNAMIC MONITORING OF CHILDREN WITH RISK FACTORS OF NON-COMMUNICABLE DISEASES CONDUCTED IN THE HEALTH CENTER

Pestrecova E.O., Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I.

Children's city polyclinic №1, Astrakhan, Russia

Проблема сохранения здоровья детей в современных условиях развития России значима и актуальна. За последние годы в России произошло значительное ухудшение здоровья школьников. У каждого второго выявлено сочетание нескольких хронических заболеваний. Одной из задач Центров здоровья для детей является выявление факторов риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ) и составление планов по их устранению. При необходимости рекомендуется повторное обследование для динамического наблюдения, назначается посещение соответствующих школ здоровья, зала ЛФК. Так, в 2013 г. в Центре здоровья для детей обследован 941 ребенок с целью динамического наблюдения, что составило 13,4% от общего числа обследованных детей и подростков. По итогам выполнения рекомендаций врачей Центра здоровья факторы риска НИЗ были устранены у 418 (44,4%) детей. Наметилась положительная динамика в состоянии здоровья, но требовалось дополнительное наблюдение у 224 детей (23,8%). К специалистам амбулаторно-поликлинической помощи направлены 229 человек (24,3%). В связи с достаточной эффективностью динамического наблюдения в укреплении здоровья детского населения в 2014 г. были направлены на повторное обследование 1274 детей, что составило 19,3% от общего числа обратившихся в Центр здоровья. Из них факторы риска были устранены в 556 (43,6%) случаях, повторно направлены к врачам Центра здоровья 462 (36,3%) человека, в помощи специалистов лечебно-профилактического учреждения нуждались 256 (20,1%) детей. *Клинический случай, демонстрирующий эффективность динамического наблюдения.* Мальчик 12 лет посетил Центр здоровья совместно с мамой с целью получения информации о правильном питании, наличии НИЗ. В питании мальчика преобладает углеводистая пища, пациент предпочитает пассивный образ жизни. При биоимпедансометрии выявлен избыток массы (21%) преимущественно за счет жировой ткани (43%). Рекомендована гипокалорийная диета с ограничением легкоусвояемых углеводов, занятия плаванием, пешие прогулки, консультация эндокринолога, контроль динамики массы тела 1 раз в месяц, консультация психолога, посещение занятий школы здоровья «Профилактика ожирения». При повторном посещении избыток массы сохраняется, но динамика положительна. За 3 мес потеря массы составила 3%. Показатели биоимпедансометрии — избыток массы составляет 19,2%, преимущественно за счет жировой клетчатки — 40,1%. Рекомендовано продолжить гипокалорийную диету, поддерживать активную умеренную физическую нагрузку, контроль динамики массы тела 1 раз в месяц.

**Вывод.** Динамическое наблюдение позволяет контролировать выполнение назначенных рекомендаций, корректировать двигательную активность, соблюдать принципы рационального питания. Доступность и бесплатность обследования в Центре здоровья для детей делают возможным устранение многих факторов риска развития НИЗ, что служит укреплению здоровья детского населения в целом.

\*\*\*

## ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ «БРОСАЮ КУРИТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО» В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Пестрецова Э.О., Лихачева Н.В., Паньковская О.И

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1», Астрахань, Россия

## EXPERIENCE OF THE SCHOOL OF HEALTH «QUIT SMOKE ON MY OWN» IN THE CHILDREN'S HEALTH CENTER

Pestrecova E.O., Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I.

Children's city polyclinic №1, Astrakhan, Russia

Все большая распространенность потребления табака среди детского и подросткового населения Астраханской области, снижение возраста первого знакомства с сигаретой, а также актуальность проблемы пассивного курения требуют радикальных методов борьбы с пагубной привычкой. Эту задачу в Центре здоровья для детей выполняет школа здоровья «Бросаю курить самостоятельно». Цикл занятий школы представлен четырьмя беседами, где дети знакомятся с видами табачных изделий, содержанием токсических веществ в них, пагубным влиянием курения на детский организм, а также разоблачением попыток табачных компаний вовлечь к употреблению их продукции все большего количества детского и подросткового населения. В арсенале школы здоровья имеется богатая видеотека, печатные буклеты соответствующей тематики. Заседания школы здоровья проводит на базе детской поликлиники, а также в образовательных учреждениях, где в течение 1—2 мес Центр здоровья проводит обследование учащихся. В 2013 г. выявлены 328 курящих (4,8% от общего количества обследованных детей). Школу здоровья посетили 297 человек, из них 179 (60%) — активные потребители табака, 118 (40%) человек — пассивные курильщики. Низкий охват детей, привлеченных к занятиям в школу здоровья «Бросаю курить самостоятельно» в 2013 г., объясняется выявлением потребителей табака большей частью в отдаленных районах Астраханской области. Среди них проведена лишь одна беседа из четырех. В 2014 г. выявлены 298 курящих детей и подростков, что составило 4,5% от общего количества обследованных детей. Школу здоровья посетили 304 человека, из них 176 (68%) — активные потребители табака, 114 человек (32%) — пассивные курильщики. По половому признаку в 2013 г. выявлены из 328 человек 206 (63%) мальчиков и 123 (37%) девочки, потребляющих табачную продукцию. В 2014 г. из 298 выявленных активных курильщиков мальчики составили 167 (56%) человек, девочки — 131 (44%). Среди возрастных групп, наиболее подверженных курению в 2013 г., были 48% мальчиков 16—17 лет, 32% — 15 лет и 20% приходится на долю детей 10—14 лет. В 2014 г. в возрасте 16—17 лет наиболее многочисленная доля курящих юношей — 59%, 15 лет — 30%, 10—14 лет — 21%. Наибольшая доля девушек, потребляющих табак, в 2013 г. пришлось, как и у юношей, на возраст 16—17 лет — 52%, 15 лет — 18%, 10—14 лет — 30%. В 2014 г. доля курящих девушек в возрасте 16—17 лет возросла и составила 55%, в 15 лет курят 37%, в 10—14 лет — 8%. При оценке степени никотиновой зависимости среди активных потребителей табака в 2013 г. с легкой степенью выявлены 156 человек (88%), 23 подрост-

ка (12%) со средней степенью никотиновой зависимости нуждались в медикаментозном лечении. В 2014 г. с легкой степенью зависимости выявлены 94% курящих детей и подростков, 6% со средней степенью.

**Вывод.** Зачастую оценить степень никотиновой зависимости и самостоятельно справиться с пагубной привычкой маленькому курильщику нелегко. Все возрастающую потребность в помощи при отказе от курения в детском и подростковом возрасте реализуют Центры здоровья с привлечением индивидуальных и групповых занятий штатных психологов.

\*\*\*

## ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ ТВЕРИ

Петрухин И.С., Родионов А.А.

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздрава России, Тверь, Россия

### NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY PECULIARITIES IN SECONDARY SCHOOL ADOLESCENTS AT THE CITY OF TVER

Petrukhin I.S., Rodionov A.A.

Tver state medical academy, Tver, Russia

Состояние здоровья населения нашей страны в значительной мере определяется поведенческими привычками, которые формируются в детском и подростковом возрасте.

**Цель исследования** — изучить особенности питания и физической активности подростков для разработки школьной программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

**Материал и методы.** Опрошены 175 подростков (кластерная выборка из семи случайно отобранных классов 4 школ города). Из них 86 мальчиков и 89 девочек. Анонимный анкетный опрос включал вопросы, касающиеся особенностей питания и физической активности.

**Результаты.** Большинство школьников (55,8%) и школьниц (61,8%) употребляли ежедневно овощи и фрукты 1—4 раза, 5 раз в день и чаще — соответственно 15,1 и 21,3%. Не каждый день их употребляли 29,1% мальчиков и 16,9% девочек. Зерновые продукты (хлеб, макаронные изделия и др.) ежедневно ели 90% подростков (из них 1/2 мальчиков и 1/3 девочек — 5 раз в день и чаще). Молочные продукты ежедневно потребляли 2/3 мальчиков и девочек, а не потребляли их 15,1% мальчиков и 9,0% девочек. При этом жирные молочные продукты потребляли соответственно 33,7 и 14,6%, с небольшой жирностью — 51,2 и 76,4% ( $p=0,0019$ ). Ели рыбу не реже двух раз в неделю 32,6% мальчиков и 32,6% девочек, мясо — соответственно 84,9 и 84,3%, сосиски, сардельки и колбасу — около 90% тех и других. Ежедневно ели колбасные изделия 37,2% мальчиков и 30,4% девочек. Около 40% мальчиков и 60% девочек ежедневно потребляли конфеты ( $p=0,017$ ), 1/4 часть из них — сладкие газированные напитки, около 1/3 — соки. Каждый десятый употреблял чипсы ежедневно, а около 30% — несколько раз в неделю. Как показал опрос, на уроках физкультуры 3 раза в неделю 9,3% школьников и 1,1% школьниц испытывали 20—30-минутную легкую одышку и сердцебиение, 1—2 раза в неделю — соответственно 18,

и 21,3%. Около 1/3 подростков не отмечали таких нагрузок, 1/3 — затруднились с ответом. Освобождены от уроков физкультуры 3,5% мальчиков и 11,2% девочек. Недостаточно физически активными в свободное от учебы время оказались 25,6% мальчиков и 37,1% девочек ( $p=0,070$ ).

**Вывод.** Значительная часть подростков-школьников Твери не придерживается здорового питания и недостаточно физически активны. Полученные данные будут использованы при разработке школьных программ формирования здорового образа жизни и профилактики.

\*\*\*

## ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Погожева А.В., Батурин А.К., Егоренкова Н.П., Левин Л.Г., Аристархова Т.А., Сото Х.С., Денисова Н.Н., Солнцева Т.Н., Алешина И.В., Тоболева М.А., Редзюк Л.А.

ФГБНУ «НИИ питания», Москва, Россия

### ASSESSING OF THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS IDENTIFICATION

Pogozheva A.V., Baturin A.K., Egorenkova N.P., Levin L.G., Aristarkhova T.A., Soto H.S., Denisova N.N., Solntseva T.N., Aleshina I.V., Tobileva M.A., Redzyuk L.A.

Institute of Nutrition Research, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценка пищевого статуса пациентов и выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** В консультативно-диагностическом центре «Здоровое питание» ФГБНУ «НИИ питания» проведено обследование пищевого статуса 3580 пациентов (средний возраст  $48,4 \pm 0,3$  года) по системе Нутритест-ИП.

**Результаты.** При анализе фактического питания у большинства обследованных было выявлено избыточное потребление холестерина, насыщенных жирных кислот. Наряду с этим, у 16—80% пациентов наблюдалось недостаточное содержание в рационе полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3, пищевых волокон, витаминов А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, кальция и магния. У пациентов отмечалась повышенная калорийность рациона относительно суточных энерготрат за счет избыточного потребления общего (42,5% по калорийности) и насыщенного жира (13,7%), добавленного сахара (11,0%), натрия и недостаточного — пищевых волокон (в 2,5 раза), витаминов группы В. Из общего числа обследованных 30,0% имели избыточную массу тела, а 34,1% страдали ожирением. Уровень артериального давления был достоверно выше у лиц с ожирением и положительно коррелировал с величиной жировой массы тела. Анализ результатов биохимического исследования выявил повышение уровня холестерина в сыворотке крови у 68,7% обследованных, ХС ЛПНП — у 63,9%, триглицеридов — у 22,5%, глюкозы — у 29,4%, гомоцистеина — у 7,6%. В то же время снижение обеспеченности пациентов фолиевой кислотой, участву-



ющей в метаболизме гомоцистеина, было выявлено у 12% обследованных. Содержание в сыворотке крови витамина В<sub>12</sub> находилось в пределах нормы. Отмечалась положительная корреляционная зависимость между величиной ИМТ, уровнем систолического и диастолического АД, с одной стороны, и антропометрическими показателями, компонентами состава тела, концентрацией в сыворотке крови холестерина, ХС ЛПНП, глюкозы, триглицеридов, мочевой кислоты и гомоцистеина.

**Вывод.** Полученные результаты исследования пищевого статуса пациентов позволяют выявить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и провести их алиментарную коррекцию.

\* \* \*

## ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЙ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Позднякова Е.М.<sup>1</sup>, Якусевич В.В.<sup>1</sup>, Симонов В.А.<sup>2</sup>, Филиппова О.В.<sup>3</sup>, Евсеевич Н.А.<sup>3</sup>, Якусевич В.В.<sup>1</sup>, Лукьянов М.М.<sup>4</sup>, Марцевич С.Ю.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Медицинский университет, Ярославль, Россия; <sup>2</sup>ООО Кардиоцентр «Паритет»; <sup>3</sup>Поликлиника №4 ГБУЗ ЯО КБ№1, Ярославль, Россия; <sup>4</sup>Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

## CARDIOVASCULAR RISK PREVENTION PRESCRIPTION FREQUENCY IN AMBULATORY PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Pozdnyakova E.M.<sup>1</sup>, Yakusevich V.V.<sup>1</sup>, Simonov V.A.<sup>2</sup>, Filippova O.V.<sup>3</sup>, Yevseevich N.A.<sup>3</sup>, Yakusevich V.V.<sup>1</sup>, Loukianov M.M.<sup>4</sup>, Martsevich S.Yu.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medical University, Yaroslavl, Russia; <sup>2</sup>Cardiocyte «Paritet»; <sup>3</sup>Polyclinic №4, Yaroslavl; <sup>4</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить частоту выдачи немедикаментозных врачебных рекомендаций по коррекции наиболее значимых кардиоваскулярных факторов риска (ФР) пациентам с фибрилляцией предсердий (ФП) по соответствующему разделу регистра РЕКВАЗА ФП — Ярославль.

**Материал и методы.** Анализ данных о выдаче врачебных рекомендаций в амбулаторных картах (АК) пациентов с ФП, посетивших в течение года одну из поликлиник Ярославля.

**Результаты.** Из 9542 человек, обратившихся в поликлинику в 2013 г., в Регистр были включены 215 пациентов с установленным диагнозом ФП (женщины — 136, мужчины — 79) в возрасте от 23 до 90 лет (средний возраст 73,9±11,1 года). У 141 (65,6%) пациента ФП характеризовалась постоянной формой мерцания, пароксизмальная форма отмечена у 56 (26,0%) больных, у 9 (4,2%) пациентов установлено персистирующее течение фибрилляции и также у 9 нарушение ритма сердца было выявлено впервые. Анализ АК показал недостаточность информации о наличии у больных с ФП значимых сердечно-сосудистых ФР. Если сведения о показателях артериального давления, уровне глюкозы и общего холестерина имелись в

каждой АК, то указания на наличие других ФР представлены скудно. Во врачебных записях не удалось найти сведений о статусе курения у 169 (78,6%) человек, употреблении алкоголя — у 169 (78,6%). Данные о росте и весе больных отсутствуют в 143 (66,5%) случаях. Индекс массы тела не указан в 150 (69,8%) АК, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям — в 181 (84,2%). Кардиоваскулярный риск не фиксировался. Вместе с тем практически всю включенную в исследование выборку следовало отнести к лицам высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска. Следовательно, врачебные немедикаментозные рекомендации по коррекции ФР для этих больных не менее важны, чем лекарственные назначения для терапии ФП. Такие рекомендации выдаются пациентам далеко не всегда, или же врачи не считают нужным вносить их в АК. За исключением информации по медикаментозной терапии повышенного артериального давления, сведения о выдаче врачебных рекомендаций по устранению как отдельных ФР, так и их комплекса имеются только в 112 АК (52,1%). При этом дополнительные немедикаментозные методы коррекции гипертензии рекомендованы только 29 (13,5%) пациентам, рекомендации по рациональному питанию — 22 (10,2%), а конкретно гипополипидемическая диета — 4 (1,9%) больным. Несмотря на то что у большинства больных имелось сочетание нескольких ФР, комплексные рекомендации по их устранению крайне редко встречаются во врачебных записях. Из комплекса рекомендаций по диете, физической активности, ограничению приема алкоголя и отказу от курения, две и более из них фигурируют только в 47 (21,9%) АК. При этом только в 69 (32,1%) случаях отмечается врачебный контроль их выполнения.

**Вывод.** Рекомендациям по нелекарственному устранению наиболее значимых сердечно-сосудистых факторов риска в амбулаторном звене здравоохранения уделяется недостаточное внимание.

\* \* \*

## МОНИТОРИНГ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Половодова Н.С., Токарев С.А., Романова Ю.В., Шипулина Т.Я.

ГБУЗ ЯНАО «Центр медицинской профилактики», Надым, Россия

## THE MONITORING OF KNOWLEDGE OF HEALTHY LIFESTYLE IN POPULATION OF YAMALO-NENETS AUTONOMOUS REGION

Polovodova N.S., Tokarev S.A., Romanova Yu.V., Shipulina T.Ya.

Center of Medical Prevention, Nadym, Russia

Реализация основных подходов к управлению качеством работы по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) осуществляется в рамках мониторинга информированности о ЗОЖ населения Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО).

**Цель исследования** — изучение информированности о ЗОЖ населения ЯНАО для обоснования профилактических мероприятий по укреплению здоровья.

**Материал и методы.** Социологическое исследование проводилось методом очного анонимного анкетирования на предмет медицинской грамотности населения и его приверженности к ведению ЗОЖ. Всего были опрошены 1260 респондентов, проживающих в ЯНАО, в возрасте от 18 до 65 лет.

**Результаты.** По данным проведенного нами опроса, 95% респондентов считают, что они понимают, что включает в себя ЗОЖ, но при этом чуть более половины ямальцев назвали свой образ жизни здоровым. При изучении информированности населения ЯНАО о факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний установлено, что около 62% опрошенных знают свой уровень глюкозы и холестерина в крови, 80,2% — свой уровень артериального давления. Несомненно, это является результатом активной профилактической работы, проводимой медицинскими организациями ЯНАО. Около 90% респондентов с уверенностью указывают, что низкая физическая активность и избыточный вес приводят к развитию заболеваний. Однако, несмотря на высокий уровень информированности населения, лишь каждый десятый житель округа делает утреннюю зарядку и регулярно занимается спортом. Каждый третий ямалец вообще никогда не занимается утренней гимнастикой. При оценке показателей фактического питания выявлено, что только каждый третий ямалец потребляет свыше 400 грамм овощей и фруктов в день, в соответствии с нормами ВОЗ. Лишь 60% респондентов предпочитают пищу, приготовленную путем тушения и отваривания. Установлено, что практически половина ямальцев (45,6%) часто подвергаются стрессу, что является крайне высоким показателем, который требует организации в округе должного уровня психологической профилактики. Более половины опрошенных предпочитают снижать уровень стресса при помощи занятий спортом, общения, с помощью алкоголя или табака. Знают о вреде курения 98% респондентов, но при этом 53% из них курят, 66% подвергаются пассивному курению.

**Вывод.** Формирование ЗОЖ является одной из приоритетных задач не только системы здравоохранения, но и общества в целом, поскольку реальный позитивный эффект профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения зависит от их согласованных действий, а периодические исследования общественного мнения — неотъемлемая часть мониторинга ЗОЖ, основа обоснования целенаправленных профилактических мероприятий по укреплению здоровья.

\*\*\*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Похазникова М.А., Кузнецова О.Ю., Лебедев А.К.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

## THE PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN ST. PETERSBURG

Pokhaznikova M.A., Kuznetsova O.Yu., Lebedev A.K.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

**Цель исследования** — изучить распространенность факторов риска хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди населения Санкт-Петербурга в возрасте от 35 до 70 лет на основании результатов первого этапа эпидемиологического исследования RESPECT (RESearch on the PrEvalence and the diagnosis of COPD and its Tobacco-related aetiology).

**Материал и методы.** RESPECT является поперечным (одномоментным) популяционным исследованием. Случайная выборка была получена из прикрепленного к врачам общей практики населения в 10 поликлиниках Санкт-Петербурга. Отклик составил 72,7%. В выборку вошли 2121 человек. Всем участникам проводилось анкетирование. Была проанализирована распространенность курения (активного и пассивного) и профессиональных факторов риска.

**Результаты.** Установлено, что курили в момент исследования 30,6% (46,8% мужчин и 23,2% женщин) и курили в прошлом 18,5% (26,5% мужчин и 14,9% женщин) участников. У 48,5% курильщиков и 28,8% бывших курильщиков была достаточно высока интенсивность курения (ИК более 20 пачко-лет). Получена достоверная зависимость наличия факта курения от уровня образования и дохода. Шанс быть курящим достоверно ниже у лиц с высшим образованием, чем у лиц без высшего образования (ОШ=0,75; 95% ДИ 0,63—0,89). Среди лиц с низким доходом курящих было достоверно больше, чем среди лиц с высоким уровнем дохода (63,4 и 36,8% соответственно,  $p<0,05$ ). Распространенность пассивного воздействия табака в быту среди лиц старше 18 лет более 10 лет составила 32,8% (95% ДИ 30,8—34,9%). Среди них женщины достоверно чаще подвергались вторичному воздействию табака в быту, чем мужчины (36,9 и 23,9% соответственно,  $p<0,001$ ). Мужчины, напротив, достоверно чаще, чем женщины, подвергались пассивному курению на работе (25,0 и 11,6% соответственно,  $p<0,001$ ). Доля никогда не куривших участников, подвергавшихся пассивному курению более 1 ч в течение последней недели перед опросом, составила 22,4%. Никогда не курившие лица с высшим образованием достоверно реже подвергались вторичному воздействию табачного дыма где-либо (дома или на работе) (ОШ=0,59, 95% ДИ 0,44—0,80). Более четверти участников подвергались воздействию профессиональных факторов риска: 27,5% лиц — пыли на производстве более 1 года (95% ДИ 25,5—29,6%); 23,7% — газов или химических паров/дымов (95% ДИ 21,8—25,7%).

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности факторов риска ХОБЛ среди жителей Санкт-Петербурга в возрасте 35—70 лет. Проведенный анализ выявил ряд зависимостей между социодемографическими показателями и факторами риска ХОБЛ.

\*\*\*

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАУКОМЫ В ХОДЕ ЕЖЕГОДНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Прозорова Г.Г., Юрьева М.Ю., Трибунцева Л.В., Олышева И.А.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

## ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF GLAUCOMA DETECTION DURING THE ANNUAL PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION

Prozorova G.G., Yureva M.Yu., Tribuntseva L.V., Olysheva I.A.

Voronezh State Medical Academy, Voronezh, Russia

К числу заболеваний, подлежащих скрининговому выявлению в ходе диспансеризации, относится глаукома. В настоящее время глаукома занимает первое место среди причин неустраняемой слепоты.

**Цель исследования** — оценить роль врача-терапевта первичного звена в раннем выявлении и динамическом наблюдении больных глаукомой на фоне соматической патологии.

**Материал и методы.** Анализ системы диспансерного наблюдения больных глаукомой проведен по данным Центра медицинской профилактики (ЦМП) и Воронежской областной клинической офтальмологической больницы (ВОКОБ).

**Результаты.** В Воронежской области работает система диспансерного наблюдения больных глаукомой. Форма отчетности заполняется 1 раз в год врачами-офтальмологами поликлиник, включает в себя информацию о количестве больных, взятых на диспансерный учет и выбывших с него, где указывается форма заболевания, стадия и степень компенсации, сведения об оперативном лечении, консервативной терапии. Результаты заносятся в единую сводную таблицу. Динамика показателя заболеваемости глаукомой на территории Воронежской области за 1998—2012 гг. характеризуется постоянным ростом, что объясняется отлаженной системой активного выявления больных офтальмологами первичного звена. С 2013 г. в рамках всеобщей диспансеризации пациентам старше 39 лет в отделениях (кабинетах) профилактики во всех поликлиниках Воронежской области проводится измерение внутриглазного давления (ВГД). По данным ЦМП Воронежской области на первом этапе диспансеризации в 2013 г. было проведено измерение ВГД 225 305 пациентам, повышение ВГД было выявлено у 2438 человек, все они были направлены на второй этап в офтальмологические кабинеты. Таким образом, только у 1,08% пациентов при скрининговом обследовании была заподозрена глаукома. В ходе второго этапа диспансеризации офтальмологами были обследованы 2349 человек, из них диагноз глаукома выставлен 816 (34,74%). Из числа всех пациентов, которым проводилось измерение ВГД, глаукома была выявлена у 0,36%. Наибольшее количество больных глаукомой выявлено в возрастной группе старше 60 лет (419 человек или 51,34%), в возрастной группе от 39 до 60 лет глаукома выявлена у 175 человек (21,4%).

**Вывод.** Организация системы раннего выявления больных глаукомой в рамках мероприятий всеобщей диспансеризации позволяет проводить раннее лечение данной патологии, что может предотвратить инвалидизацию,

сократить потребность в хирургическом лечении, в лекарственном обеспечении пациентов. Необходимо совершенствовать доврачебную диагностику в отделениях (кабинетах) профилактики для снижения нагрузки на офтальмологов первичного звена в ходе диспансеризации.

\*\*\*

## РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АКЦИЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Прозорова Г.Г., Трибунцева Л.В., Олышева И.А.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

## THE ROLE OF PREVENTIVE ACTIONS IN IDENTIFYING RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

Prozorova G.G., Tribuntseva L.V., Olysheva I.A.

Voronezh State Medical Academy, Voronezh, Russia

Формирование здорового образа жизни, ранняя диагностика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), своевременная коррекция факторов риска (ФР) являются основой профилактических мер.

**Цель исследования** — оценка эффективности скрининговых методов исследований по выявлению ФР ХНИЗ среди неорганизованного населения при проведении профилактических мероприятий.

**Материал и методы.** Сотрудниками кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ИДПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, врачами БУЗ ВГКП №4 и №7 были проведены акции «Сделай пять шагов к здоровью» в рамках межведомственного областного проекта «Живи долго». В них принимали участие пациенты поликлиники, здоровые люди, желающие пройти скрининговые исследования и анкетирование для выявления ФР ХНИЗ. На 1-м этапе мероприятия проводилось анкетирование. На 2-м этапе — измерение антропометрических данных, артериального давления (АД), пульса, экспресс-анализ уровня глюкозы крови с помощью глюкометра (Контур ТС). На 3-м этапе было проведено краткое консультирование о выявленных ФР ХНИЗ.

**Результаты.** В мероприятии приняли участие 348 человек, средний возраст составил  $56,8 \pm 1,1$  года. Женщины составили большинство участников (85%). В ходе акции определено, что 3,7% участвующих в акции не имеют ни одного ФР. Сочетание 5-ти ФР (избыточная масса тела, повышенный уровень АД, курение, низкий уровень физической активности, гипергликемия) было выявлено у 1,8% пациентов, большинство (66,8%) имеют сочетание 3-х и 2-х ФР. 81% участников имеют избыточную массу тела или ожирение, при этом 32% из них ранее не знали о том, что у них имеется данный ФР. Вторым по распространенности ФР явилось повышенное АД. Высокий уровень АД был зарегистрирован у 231 (66,3%) человека. Около половины из них (42%) при анкетировании не отмечали, что имеют повышенное АД. На третьем месте находился фактор курения. 49% участников акции проживают или работают рядом с лицами, которые курят, большинство из них не информированы о вреде пассивного куре-



ния. Собираются бросить курить 26 курящих, все эти пациенты были направлены в кабинет отказа от курения. Низкая физическая активность (ФА) отмечалась у 42,6% пациентов. Большинство респондентов (62%) отмечали, что имеют минимальную ФА. Лица, имеющие низкую ФА, мало информированы о влиянии этого ФР на развитие ХНИЗ. Гипергликемия как ФР ХНИЗ была выявлена у 29 пациентов с помощью анкетирования и экспресс-анализа уровня глюкозы крови. 28 пациентов знали об имеющейся у них гипергликемии.

**Вывод.** Осведомленность населения о наличии ФР ХНИЗ может привести к модификации образа жизни пациента и снижению смертности, необходимо шире информировать население о положительном влиянии адекватной физической нагрузки, о вреде пассивного курения. Массовые профилактические акции являются эффективными мероприятиями с целью привлечения внимания к собственному здоровью.

\*\*\*

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В ТРУДОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ С ПОЗИЦИИ РАБОТОДАТЕЛЯ

Пырикова Н.В.<sup>1,2</sup>, Осипова И.В.<sup>1</sup>, Концевая А.В.<sup>3</sup>, Зальшман А.Г.<sup>2</sup>, Антропова О.Н.<sup>1</sup>, Аверьянова Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул; <sup>2</sup>НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО РЖД, Барнаул; <sup>3</sup>ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## THE FEASIBILITY OF FORMING A PREVENTIVE ENVIRONMENT IN THE WORKPLACE FROM THE EMPLOYER

Pyrikova N.V.<sup>1,2</sup>, Osipova I.V.<sup>1</sup>, Kontsevaya A.V.<sup>3</sup>, Salzman A.G.<sup>2</sup>, Antropova O.N.<sup>1</sup>, Averyanova E.S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Altai State Medical University, Barnaul; <sup>2</sup>Clinical Hospital at the Barnaul station, Barnaul; <sup>3</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — на основании выявленных приоритетов разработать и реализовать профилактические мероприятия в трудовом коллективе и оценить их целесообразность с позиции инвестиций работодателя.

**Материал и методы.** работники локомотивных бригад. На первом этапе для выявления экономических приоритетов при планировании профилактических мероприятий в организованном коллективе проведен анализ «cost of illness». На втором этапе разработаны профилактические мероприятия, которые включали: 1) информирование и повышение мотивации работников к контролю сердечно-сосудистых факторов риска — ведомственные газеты с рекламой здорового образа жизни (ЗОЖ), интернет-ресурсы, спортивные корпоративные мероприятия, премии за отказ от курения; 2) обеспечение условий для формирования ЗОЖ на рабочем месте — тренажерный зал и кабинет психологической разгрузки в физкультурно-оздоровительном центре локомотивного депо; 3) школа здоровья на рабочем месте (в локомотивном депо) по ведущим факторам риска; 4) углубленное индивидуальное профилактическое консультирование с выдачей дневника самоконтроля. На третьем этапе проведено

внедрение профилактических мероприятий в трудовом коллективе (1-я группа), контрольная (2-я) группа находилась под регулярным медицинским наблюдением (предрейсовые осмотры, диспансеризация и медицинская комиссия). На четвертом этапе проведена оценка эффективности профилактических мероприятий в среднесрочном периоде (2010—2012): динамика потерь работодателя от пропусков по болезни (сердечно-сосудистые заболевания — ССЗ) работников и возврат инвестиций работодателя (ROI).

**Результаты.** Анализ «cost of illness» позволил определить, что ССЗ занимают ведущее место по суммарным медицинским (прямым и косвенным) затратам, составляя 30,2%, что определило экономические приоритеты профилактических мероприятий. Через три года в 1-й группе снизилось число случаев временной нетрудоспособности по ССЗ на 32,8%, число дней нетрудоспособности и госпитализации на 34,6%, амбулаторных обращений на 38,3%. Во 2-й группе возросло число случаев нетрудоспособности по ССЗ на 18,2%, число дней на 8,7%, число амбулаторных обращений по причине ССЗ на 34,6%, дней госпитализации на 11,1%. Соответственно, в 1-й группе произошло снижение потерь работодателя от пропусков по ССЗ в 1,6 раза, во 2-й группе через три года отмечен рост потерь работодателя от пропусков по ССЗ в 1,4 раза, по итогу, в 2012 г. в 1-й группе потери работодателя от пропусков работников по причине ССЗ были меньше в 2,1 раза, чем во 2-й группе. При анализе экономической целесообразности реализации профилактических мероприятий с позиции работодателя установлено, что на каждый затраченный в 2010 г. рубль возврат инвестиций работодателя через три года составил 3,9 рубля.

**Вывод.** Формирование профилактической среды в организованном коллективе позволяет улучшить состояние здоровья работников и является экономически выгодным для работодателя.

\*\*\*

## ДИНАМИКА ГОТОВНОСТИ К КОНТРОЛЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У МУЖЧИН НА ФОНЕ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Пырикова Н.В.<sup>1,2</sup>, Осипова И.В.<sup>1</sup>, Концевая А.В.<sup>3</sup>, Зальшман А.Г.<sup>2</sup>, Антропова О.Н.<sup>1</sup>, Курбатова И.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул; <sup>2</sup>НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО РЖД, Барнаул; <sup>3</sup>ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## DYNAMICS OF READINESS TO CONTROL OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MEN ON THE BASIS OF SCHOOL OF HEALTH AT THE WORKPLACE

Pyrikova N.V.<sup>1,2</sup>, Osipova I.V.<sup>1</sup>, Kontsevaya A.V.<sup>3</sup>, Salzman A.G.<sup>2</sup>, Antropova O.N.<sup>1</sup>, Kurbatova I.I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Altai State Medical University, Barnaul; <sup>2</sup>Clinical Hospital at the Barnaul, station Barnaul; <sup>3</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить возможность Школы здоровья на рабочем месте в течение пяти лет в отношении готовности работников к контролю сердечно-сосудистых факторов риска (ФР).

**Материал и методы.** работники локомотивных бригад станции Барнаул. Школа здоровья на рабочем месте (групповое профилактическое консультирование) проводится в локомотивном депо на постоянной основе с 2006 г., 1 раз в неделю, длительностью до 15 мин перед планерным совещанием работников. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии в Школе здоровья, составляет от 50 до 100 человек еженедельно; школы сопровождаются показом слайдов и наглядного материала. Тематика занятий, проводимых в Школе здоровья на рабочем месте, включает основные наиболее важные вопросы по коррекции ведущих ФР, регулярно обновляется и актуализируется. Каждое занятие структурировано: вводная, информационная, практическая, заключительная часть. В конце Школы каждому работнику выдаются памятки, буклеты по теме занятия и изученному ФР. Специально для работников локомотивных бригад разработана анкета по оценке потребности в профилактических мероприятиях и готовности работников к коррекции имеющихся ФР. Анкетирование проводилось на фоне Школы здоровья на рабочем месте в 2006 г. (исходно) и в 2010 г.

**Результаты.** Среднее число посещений Школы здоровья на рабочем месте каждым работником составило  $14,7 \pm 3,3$  раза в год: от 14 до 17 занятий — 52,8%, от 10 до 13 — 30,5%, более 17 занятий — 16,7% опрошенных. При проведении анкетирования в динамике при реализации Школы здоровья на рабочем месте (2006—2010 гг.) уровни своих ФР знали большинство работников: вес — 97,8%, окружность талии — 93,3% (в 1,8 раза больше, чем в 2006 г.,  $\chi^2=36,0$ ;  $p<0,001$ ), уровень общего холестерина (ХС) — 95,6% (в 3,8 раза больше, чем в 2006 г.,  $\chi^2=89,9$ ;  $p<0,001$ ), уровень артериального давления (АД) — 94,4% (в 1,4 раза больше, чем в 2006 г.,  $\chi^2=19,9$ ;  $p<0,001$ ), при этом контролировали уровень АД 77,8%, регулярно принимали антигипертензивные препараты 76,2% (больше чем в 2006 г. соответственно в 1,5 раза,  $\chi^2=11,7$ ;  $p<0,001$  и в 1,8 раза,  $\chi^2=19,7$ ;  $p<0,001$ ). На вопрос о знании своего суммарного коронарного риска положительно ответили 53,3% работников, что в 2,6 раза больше, чем в 2006 г. ( $\chi^2=19,7$ ;  $p<0,001$ ). В 2010 г., по сравнению с 2006 г., работников железнодорожного транспорта, считающих необходимым изменить свои привычки в питании было больше в 2 раза (78,9 и 40,1% соответственно,  $\chi^2=20,1$ ;  $p<0,001$ ), в 2,4 раза больше ( $\chi^2=22,1$ ;  $p<0,001$ ) — желающих бросить курить (66,7 и 27,1% соответственно).

**Вывод.** На фоне Школы здоровья на рабочем месте в течение пяти лет в коллективе работников железнодорожного транспорта произошло повышение информированности и готовности работников к коррекции имеющихся ФР: курения, нерационального питания, АД, абдоминального ожирения, уровня общего ХС.

\*\*\*

## ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г.

Пягай Н.А., Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва, Россия

## RESULTS OF MEDICAL EXAMINATION OF CERTAIN GROUPS OF ADULT POPULATION IN THE MOSCOW REGION IN 2014

Piagay N.L., Shalyagin Yu.D., Ivanova E.S.

Moscow Regional Center of Medical Prevention, Moscow, Russia

В 2014 г. в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Московской области бесплатной медицинской помощи, в соответствии с приказом Минздрава России №1006н от 03.12.12, в Московской области продолжалось проведение диспансеризации взрослого населения. Из 1 003 639 человек, прошедших диспансеризацию в 2014 г., 391 348 (39%) были признаны практически здоровыми (1-я группа здоровья), 245 887 (24,5%) имеют факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и нуждаются в их коррекции в кабинетах/отделениях медицинской профилактики и центрах здоровья (2-я группа здоровья). Из факторов риска ХНИЗ, которые были отмечены у лиц, прошедших диспансеризацию, наиболее распространены повышенный уровень холестерина (ХС) в крови — 12,6%, повышенный уровень артериального давления (АД) — 13,8%, дефицит в рационе питания овощей и фруктов — 18,2%, повышенный уровень глюкозы в крови — 5,0%, ожирение — 11,7%, низкая физическая активность — 15,3% и курение — 13,9%. У 366 404 человек (36,5%) были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (3-я группа здоровья). По результатам диспансеризации среди взрослого населения Московской области в 2014 г. впервые выявлено было 210 400 заболеваний: новообразования — 1627, в том числе злокачественные новообразования — 1164, из них органов желудочно-кишечного тракта — 219; трахеи, бронхов и легкого — 68; молочной железы — 414; женских тазовых органов — 143; предстательной железы — 167; почки — 61; — болезни крови, кроветворных органов и иммунной системы — 3875; — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 39 862, в том числе сахарный диабет — 7763, ожирение — 28 496; — болезни нервной системы — 13 463, в том числе переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы — 1908; подозрение на ранее перенесенное нарушение мозгового кровообращения было выявлено у 4000 человек; болезни глаза и его придаточного аппарата — 8375, в том числе катаракта — 2149, глаукома — 1005, слепота и пониженное зрение — 3879; болезни системы кровообращения — 84 628, в том числе болезни, характеризующиеся повышением АД, — 52 161, ишемическая болезнь сердца — 16 477, цереброваскулярные болезни — 10 625; болезни органов дыхания — 8515, в том числе ХОБЛ — 2353; болезни органов пищеварения — 23 271, болезни мочеполовой системы — 11 884, прочие за-



ИССЛЕДОВАНИЕ  
**РАКУРС**

**Забота о сосудах  
с пользой для печени**

**УРСОСАН**

гепатопротектор  
с доказанным  
гиполипидемическим  
эффектом



- Применение Урсосана со статинами приводит к более существенному снижению показателей ОХ и ХС ЛПНП, чем монотерапия статинами
- Комбинированный прием Урсосана и статинов приводит к статистически значимому снижению уровня АЛТ, АСТ, ЩФ и ГГТ у пациентов, нуждающихся в терапии статинами и имеющих нарушения функций печени
- Совместное назначение препарата Урсосан и статинов позволяет увеличить число пациентов, получающих гиполипидемические препараты (статины), среди пациентов с заболеваниями печени и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

Реклама П N016302/01 от 26.02.2010

**PRO.MED.CS**  
Praha a.s.



болевания — 14 499. Таким образом, диспансеризация отдельных групп взрослого населения позволяет активно выявлять ХНИЗ и факторы риска их развития, а также проводить меры, направленные на формирование, сохра-

нение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, предотвращение преждевременной смертности в трудоспособном возрасте и увеличение активного долголетия.

★ ★ ★

## **ФЕНОМЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ МОТОРНЫХ ОТВЕТОВ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ ГЛАЗА ПРИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ**

**Ремнев А.Г.**

Санаторий Барнаульский, Барнаул, Россия

## **PHENOMENA OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC FACILITATE MOTOR RESPONSES OF EYE CIRCULAR MUSCLES DURING ELECTRIC AND MAGNETIC STIMULATION**

**Remnev A.G.**

Sanatorium Barnaulskiy, Barnaul, Russia

Соотношение тормозной и возбуждающей систем нейротрансдачи в центральной нервной системе закладывает основу для обработки и сохранения информации мозгом. Нарушение этого баланса приводит к развитию ряда нейродегенеративных заболеваний (А.В. Семьянов, 2002). Клинические исследователи разрабатывали вопросы клинического применения регистрации моторных вызванных потенциалов при магнитной стимуляции (МС) не только с расслабленных мышц, но и с тонически активных (П.И. Пилипенко, 1997; Hufnagel, Jaeger, Elger, 1990). При проведении предварительных исследований было определено, что напряжение круговых мышц глаза приводит к улучшению проведения возбуждения по дуге мигательного рефлекса (А.Г. Ремнев, 2000).

**Цель исследования** — изучение моторных ответов круговой мышцы глаза (МОКМГ) при ТМС-проекции двигательной коры головного мозга и электрической стимуляции (ЭС) ипсилатерального супраорбитального нерва в покое и при выполнении пациентами различных функциональных проб. Проводимые пробы были разделены на специфические (фоновое напряжение круговых мышц глаза) и неспецифические (напряжение мышц верхних и нижних конечностей). Исследовали 26 неврологически здоровых лиц в возрасте от 19 до 45 лет. Выполнение функциональных неспецифических проб у пациентов при обоих видах стимуляции не приводило к значительному изменению латентности регистрируемых вызванных ответов. При выполнении специфической пробы с напряжением круговых мышц глаза (зажмуривание) происходило изменение латентности регистрируемых МОКМГ при ТМС и ЭС. Кроме того, было зарегистрировано большое количество артефактов, превосходящих по амплитуде поздние компоненты МОКМГ, поэтому во время исследования удалось оценить латентность лишь раннего компонента МОКМГ при выполнении этой функциональной нагрузки. Изменение латентности ранних компонентов МОКМГ при ТМС и ЭС происходило в сторону уменьше-

ния. При ТМС выполнение пробы привело к укорочению латентности раннего компонента МОКМГ до  $2,21 \pm 0,71$  мс. При ЭС выполнение пробы сопровождалось укорочением латентности раннего компонента МОКМГ до  $1,52 \pm 0,68$  мс. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что напряжение круговых мышц глаза приводит к улучшению проведения возбуждения по дуге мигательного рефлекса.

**Вывод.** Применение ЭС и ТМС открывает новые возможности в исследованиях физиологии проводящих путей нервной системы.

\* \* \*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

**Ремнев А.Г.**

Санаторий Барнаульский, Барнаул, Россия

## **APPLICATION OF TRANSABDOMINAL ULTRASOUND EXAMINATION OF THE LUMBAR SPINE TO MONITOR THE TREATMENT OF THE LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS**

**Remnev A.G.**

Sanatorium Barnaulskiy, Barnaul, Russia

Период применения трансабдоминального ультразвукового исследования (УЗИ) поясничного отдела позвоночника (трансабдоминальный доступ) начинается с 1984 г. В это время Luis A. Portela впервые сообщил о возможности трансабдоминального исследования поясничного отдела позвоночника. Результаты нашей работы позволили выработать некоторые новые критерии объективной ультразвуковой диагностики (УЗД) различной патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника (А.Г. Ремнев, 2012).

**Цель исследования** — применение методик УЗД поясничного отдела позвоночника, в том числе новых способов УЗД патологии поясничного отдела позвоночника (А.Г. Ремнев, 2012), для контроля лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза (НППО). Ежегодно на базе диагностического отделения санатория Барнаульский осуществляется более 2000 УЗИ поясничного отдела позвоночника. Как правило, все больные находятся на стационарном или амбулаторном лечении в вертеброневрологическом центре санатория Барнауль-

ский. УЗД поясничного отдела осуществляется следующим образом: пациент находится в положении лежа на спине, производят полипозиционное ультразвуковое сканирование позвоночника в режиме реального времени. Для лечения НППО применялись различные методы: внутритканевая электростимуляция, тракция на аппарате Анатомотор, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, озоновые и медикаментозные блокады. Для контроля результатов лечения применяли авторские методы УЗД патологии поясничного отдела позвоночника (Патент 2371096 А.Г. Ремнев, А.А. Олейников; Патент 2372849 А.Г. Ремнев, А.А. Олейников; Патент 2421142 А.Г. Ремнев, А.А. Олейников; Патент 2421143 А.Г. Ремнев, А.А. Олейников). При проведении диагностических исследований у всех больных были выявлены различные сочетания патологических изменений: признаки дегенеративно-дистрофических изменений структуры МПД; признаки спондилеза, спондилоартроза; признаки протрузий и грыж МПД; признаки стеноза позвоночного канала за счет утолщения желтых связок, склеротических изменений или грыж МПД; признаки повышенного кровенаполнения переднего или заднего внутреннего позвоночного сплетения. В результате проведенного лечения у большинства больных (до 86,3—91,2%) улучшается субъективное и объективное состояние, объективно регистрируемое во время проведения повторных исследований.

**Вывод.** УЗД позволяет обеспечить объективную диагностику патологии поясничного отдела позвоночника, в том числе при контрольных исследованиях.

\*\*\*

## НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО АФФЕРЕНТНЫМ ПРОВОДЯЩИМ ПУТЯМ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Ремнев А.Г.

Санаторий Барнаульский, Барнаул, Россия

## POSSIBLE PATHOLOGICAL MECHANISMS OF THE DISORDERS OF EXCITATION IN AFFRENT PATHWAYS AT TRIGEMINAL NEURALGIA

Remnev A.G.

Sanatorium Barnaulskiy, Barnaul, Russia

Клинические проявления невралгии тройничного нерва (НТН) могут быть отнесены к понятию «патологическая боль». Главным биологическим критерием, отличающим патологическую боль от физиологической, является ее дезадаптивное и патогенетическое значение для организма (Г.Н. Крыжановский, 2000). Проведенные ранее многочисленные исследования функционального состояния различных проводящих путей нервной системы: тройнично-лицевого комплекса (ТЛК), афферентных путей ствола головного мозга (АПСГМ) и афферентных путей спинного мозга (АПСМ) у больных НТН свидетельствуют о том, что на фоне нарушения проведения возбуждения по системе тройничного нерва в большинстве случаев были зарегистрированы признаки нарушения проведения возбуждения по АПСГМ (А.Г. Ремнев, 1996—2010). Причины нарушения проведения возбуждения по

АПСГМ были также предварительно проанализированы (А.Г. Ремнев, 1999). Оказалось, что наличие патологической боли при НТН обуславливает вовлечение в патологический процесс отделов афферентных систем ЦНС — головного и спинного мозга. При этом изменения функционального состояния различных отделов системы болевой чувствительности головного и спинного мозга могут происходить за счет формирования генератора патологически усиленного возбуждения (ГПУВ) на уровне ядер тройничного нерва. Под действием такого ГПУВ происходит изменение функционального состояния нейронов вышележащих уровней. В данном случае полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при нарушении проведения возбуждения по системе I—II ветвей тройничного нерва изменяется функциональное состояние АПСГМ. Ядерный аппарат тройничного нерва в основном расположен на уровне ствола головного мозга. Наиболее вероятным является нарушение проведения возбуждения, в том числе и по ядрам тройничного нерва. Однако эти морфофункциональные структуры не принимают участие в проведении возбуждения при исследовании АПСГМ. Было установлено, что даже при признаках одностороннего поражения системы тройничного нерва были зарегистрированы признаки двустороннего нарушения проведения возбуждения по АПСГМ.

**Вывод.** Полученные нами результаты при исследовании больных НТН свидетельствуют об изменении функционального состояния — нарушении проведения возбуждения по системе тройничного нерва и АПСГМ. АПСГМ могут быть вовлечены в патологический процесс по причине формирования ГПУВ на уровне ядерного аппарата тройничного нерва.

\*\*\*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ТРОЙНИЧНО-ЛИЦЕВОГО КОМПЛЕКСА ПРИ КОНТРАКТУРЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ

Ремнев А.Г.

Санаторий Барнаульский, Барнаул, Россия

## STUDY OF CONDUCTIVE PATHWAYS OF THE TRIGEMINAL-FACIAL COMPLEX AT CONTRACTURE OF FACIAL MUSCLES

Remnev A.G.

Sanatorium Barnaulskiy, Barnaul, Russia

У  $\frac{1}{3}$  больных с прозопагиями различного генеза через 4—6 нед после начала паралича может развиваться контрактура мимических мышц (КММ) (Я.Ю. Попелянский, 1989; С.П. Маркин, 2007). В функциональной диагностике КММ определенное прогностическое значение имеют результаты игольчатой электромиографии мимических мышц. Кроме того, используют и стимуляционную электромиографию для диагностики КММ и определения прогноза заболевания (Я.Б. Юдельсон, 1978; Я.Б. Юдельсон, Г.А. Иваничев, 1994; А.Г. Ремнев, 1996).

**Цель исследования** — дифференцированно оценить функциональное состояние дуги мигательного рефлекса (МР) при низкочастотной транскраниальной магнитной стимуляции (НТМС) двигательной коры и электрической стимуляции (ЭС) супраорбитального нерва у больных с КММ.

**Материал и методы.** Исследование проводили при помощи магнитных стимуляторов Magstim-200 (Magstim, UK), Нейро-МС (ООО «Нейрософт», Россия) и электромиографов Sapphire Premiere, Sapphire 2M (Medelec, UK), Нейро-ЭМГ (ООО «Нейрософт», Россия). Функциональное исследование дуги МР исследовали по классической методике при ЭС (Ст. Байкушев, 1974; Л.О. Бадалян, И.А. Скворцов, 1986; Kugelberg, 1952).

**Результаты.** Обследованы 29 больных с КММ в возрасте от 25 до 47 лет с длительностью заболевания (от начала поражения лицевого нерва) от 3 мес до 7 лет. Оказалось, что у 14 пациентов наряду с относительным уменьшением латентности М-ответа *m. orbicularis oculi* на пораженной стороне было зарегистрировано относительное уменьшение латентности раннего компонента моторного ответа круговой мышцы глаза (R1) при НТМС на  $2,0 \pm 0,5$  мс. При исследовании функционального состояния дуги МР при ЭС супраорбитального нерва у 11 пациентов были зарегистрированы ранние и поздние компоненты МР (у 4 — увеличенной латентности, у 7 — удовлетворительной латентности), у 4 пациентов — мигательная арефлексия на стороне поражения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при КММ в ряде клинических случаев происходило улучшение проведения возбуждения по кортико-нуклеарным путям лицевого нерва, ядру и волокнам лицевого нерва на пораженной стороне, преимущественно за счет улучшения проведения возбуждения на участке кортико-нуклеарных волокон лицевого нерва.

**Вывод.** Метод НТМС двигательной коры является эффективным в оценке функционального состояния дуги МР и позволяет выявить изменения проведения возбуждения при КММ с достаточной степенью достоверности. При КММ в ряде клинических случаев происходит ускорение проведения возбуждения по кортико-нуклеарным путям лицевого нерва на стороне поражения.

\*\*\*

## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИАСТЕНИИ

Ремнев А.Г.

Санаторий Барнаульский, Барнаул, Россия

### FUNCTIONAL DIAGNOSTICS OF THE MYASTHENIA

Remnev A.G.

Sanatorium Barnaulskiy, Barnaul, Russia

Одним из наиболее эффективных методов диагностики миастении является стимуляционная электронейромиография. В настоящее время применяются различные функциональные пробы на выявление синдрома патологической мышечной утомляемости: декремент-тест, прозериновая проба, проведение повторного декремент-теста для выявления реакции на прозерин. Кроме того, в настоящее время опубликованы результаты исследования функционального состояния различных проводящих путей нервной системы при миастении: тройнично-лицевого комплекса (ТЛК) (А.Г. Ремнев, 1998), афферентных путей ствола головного мозга (АПСГМ) (А.Г. Ремнев, 1998), афферентных путей спинного мозга (АПСМ) и пирамидного тракта (А.Г. Ремнев, 2000).

**Результаты.** Были исследованы 39 больных генерализованной прогрессирующей формой миастении в возрасте от 16 до 54 лет (легкой и средней степени тяжести заболевания, с неполной компенсацией при введении антихолинэстеразных препаратов). Основным клиническим проявлением этого заболевания являются не чувствительные, а двигательные расстройства — патологическая мышечная утомляемость. При исследовании функционального состояния ТЛК у 23 (59%) больных были зарегистрированы признаки нарушения проведения возбуждения по системе тройничного нерва (волокна, узлы, ядра), у 31 (79,5%) больного — признаки нарушения проведения возбуждения по АПСМ, у 4 (5,1%) больных — признаки нарушения функционального состояния пирамидного тракта. Причем нарушение проведения возбуждения по пирамидному тракту у всех больных сопровождалось нарушением проведения возбуждения по АПСМ. У 17 больных из группы с выявленными признаками нарушения проведения возбуждения по системе тройничного нерва были определены признаки нарушения проведения возбуждения по АПСМ. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что патологический процесс при миастении не ограничивается синаптической зоной нервно-мышца. Известно, что миастения — это заболевание, связанное с нарушением синаптической передачи возбуждения. Функциональное влияние одного нейрона на другой осуществляется путем переноса, который может быть синаптического и несинаптического характера. В настоящее время известно два способа синаптической передачи — посредством электрических и химических синапсов. Оба способа имеются в нервной системе беспозвоночных и позвоночных, тем не менее, у высших организмов преобладает химический способ передачи (Ст. Немечек и др., 1978). В свою очередь нарушения синаптической передачи могут быть обусловлены различными патологическими пресинаптическими и постсинаптическими процессами.

**Вывод.** Современная функциональная диагностика миастении значительно расширяется разнообразными методами оценки функционального состояния проводящих путей нервной системы.

\*\*\*

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НА СУББОТНИКАХ ЗДОРОВЬЯ

Романова М.М., Зуйкова А.А., Остроушко Н.И., Нехаенко Н.Е.

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

### POSSIBILITY OF PREVENTIVE MEASURES AMONG THE POPULATION ON WEEKENDS HEALTH DAYS

Romanova M.M., Zuikova A.A., Ostroushko N.I., Nехаenko N.E.

Department of outpatient therapy and General medical practice, Voronezh N.N. Burdenko State Medical Academy, Voronezh, Russia

В здравоохранении нашей страны в целом и Воронежской области в частности в течение последних лет



произошли позитивные преобразования. Однако демографические показатели на территории области остаются не вполне благополучными. В связи с этим продолжается поиск современных и эффективных способов профилактики хронических неинфекционных заболеваний. На территории области с 2014 г. реализуется областной межведомственный проект «Живи долго!».

**Цель исследования** — содействие снижению смертности жителей Воронежской области и повышению продолжительности жизни путем реализации комплексных мер за счет стимулирования ранней обращаемости за медицинской помощью, формирования здорового образа жизни и ответственного отношения граждан к своему здоровью. Проект предусматривает межведомственное взаимодействие структур власти, бизнеса, общественных организаций и учреждений здравоохранения. Основные направления Проекта: «Донести до каждого!», «Обратись вовремя!», «Двигаться — значит жить!», «Питайся на здоровье!» и др.

**Результаты.** Одной из форм работы в рамках этого проекта в области в течение года являлось проведение в выходные дни «Субботников здоровья» как в учреждениях здравоохранения, так и в торговых центрах. Основная идея акций — дать возможность работающему населению пройти обследование и получить консультации ведущих специалистов в выходной день — в удобное время и в удобном месте. В организации и проведении «Субботников здоровья», консультациях населения участвовали врачи и медицинские сестры многих специальностей и практически все учреждения здравоохранения области, доценты и ассистенты кафедр ВГМА им. Н.Н. Бурденко, главные внештатные специалисты департамента здравоохранения области, в том числе кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики. Клинические ординаторы кафедры измеряли посетителям артериальное давление, выполняли пикфлоуметрию, денситометрию и другие обследования. Студенты-волонтеры осуществляли в том числе компьютерное тестирование пациентов по оценке питания и консультирование вместе с главным внештатным диетологом области по вопросам здорового и диетического питания. В рамках проекта были подведены итоги конкурса среди медицинских организаций в течение года. Состоялась выставка стендов, наглядных пособий, раздаточного материала, а также видео-презентации и выступления медработников в защиту своей медицинской организации, номера творческих и спортивных коллективов. В номинации «За широкий охват населения» лучшей стала городская клиническая поликлиника №4, клиническая база кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики. На церемонии награждения победителей было подчеркнуто, что просвещение населения в области профилактики — задача многофакторная, требующая совместной работы всех сфер общества и государства, и работа в данном направлении должна быть продолжена. Формирование ответственной позиции каждого гражданина к своему здоровью, к своему образу жизни, безусловно, приведет к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности, позитивным изменениям демографической ситуации в стране.

\*\*\*

## ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЯМАЛО-НЕНЕЦКОМ АВТНОМНОМ ОКРУГЕ В 2014 Г.

Романова Ю.В., Токарев С.А.

ГБУЗ ЯНАО «Центр медицинской профилактики», Надым, Россия

## THE RESULTS OF PREVENTIVE CLINICAL EXAMINATION OF DEFINITE GROUPS OF ADULT POPULATION IN YANR IN 2014

Romanova Yu.V., Tokarev S.A.

Center of Medical Prevention, Nadym, Russia

Всеобщая диспансеризация — одно из составляющих приоритетных направлений социальной политики государства на ближайшие годы, поскольку именно диспансеризация является важнейшим инструментом профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и факторов риска их развития.

**Цель исследования** — выявить особенности состояния здоровья взрослого населения Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диспансеризации определенных групп взрослого населения ЯНАО, проведенной в 2014 г. на основании изучения отчетной формы 131-о, утвержденной приложением к Приказу МЗ РФ от 18.06.13 №382н «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации отдельных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров».

**Результаты.** Всего за 2014 г. осмотрены 53 448 человек, что составляет 98,9% от числа лиц, подлежащих диспансеризации в ЯНАО в текущем году. Установлено, что на первом месте среди впервые выявленных заболеваний находятся болезни системы кровообращения, частота выявления которых составила 155,0 на 1000 человек (в том числе артериальной гипертензии — 89,9, ишемической болезни сердца — 22,9). На втором месте — эндокринные заболевания, частота выявления которых составила 116,1 на 1000 человек. На третьем месте — болезни органов пищеварения, частота выявления — 77,4 на 1000 человек. При исследовании встречаемости основных факторов риска ХНИЗ выявлено, что повышенный уровень артериального давления (25,7%), низкая физическая активность (26,1%), высокий уровень стресса (25,3%), нерациональное питание (24,6%) присутствуют у каждого четвертого обследованного жителя округа. Как результат, 22,9% ямальцев имеют избыточную массу тела или ожирение, дислипидемия установлена у 26,9% обследованных. Повышенный уровень глюкозы в крови впервые выявлен у 12,2% жителей ЯНАО. Риск пагубного потребления алкоголя установлен у 3,7% обследованных. В постоянном активном курении признался каждый четвертый житель ЯНАО. Умеренный суммарный сердечно-сосудистый риск выявлен у 27,7% жителей, высокий суммарный сердечно-сосудистый риск — у 15,3% жителей, очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск — у 11,0% из числа обследованных.

**Вывод.** Анализ результатов проведения диспансеризации за 2014 г. показал, что 35,4% обследованных здоро-

вы, 22,3% имеют те или иные факторы риска развития ХНИЗ, что соответствует 2-й группе здоровья, 42,2% жителей округа, прошедших диспансеризацию, имеют ХНИЗ и относятся к 3-й группе здоровья.

\* \* \*

## ГРУППОВОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ: ОТ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ К ОБУЧЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ

Рузаев Ю.В.<sup>1</sup>, Лобыкина Е.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МБУЗ ОТ «Центр медицинской профилактики», Новокузнецк;  
<sup>2</sup>ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

## GROUP PREVENTIVE CONSULTING IN HEALTH SCHOOLS: FROM TRAINING OF DOCTORS TO THE POPULATION TRAINING

Ruzaev Yu.V., Lobykina E.N.

Novokuznetsk state institute of doctors advanced training,  
Novokuznetsk, Russia

**Цель исследования** — провести оценку состояния организации работы «Школ здоровья» (ШЗ) в медицинских организациях (МО) на примере Новокузнецка.

**Материал и методы.** Анализ работы ШЗ в МО Новокузнецка был проведен путем изучения условий их работы (наличие приказов, «Положения» об организации ШЗ на базе конкретных МО, программ обучения, оснащения, ведения учетных и отчетных документов) и оценки данных о результатах работы на основании годовых отчетов МО по медицинской профилактике за 2014 г.

**Результаты.** В 2014 г. организована работа 45 ШЗ в 12 МО по 11-ти основным направлениям, в том числе 8 ШЗ для больных артериальной гипертензией (АГ), по 7 ШЗ для больных сахарным диабетом (СД) и бронхиальной астмой (БА), 11 ШЗ для будущих родителей. 2 ШЗ работают на базе одного из Центров здоровья для взрослых. Об-

щее количество занятий, проведенных в ШЗ в 2014 г., составило более 1500 с общим количеством обученных — 12 124 человек. Удельный вес ШЗ для здоровых — 40,9% всех пациентов. Все ШЗ функционируют в соответствии с приказами. В большинстве ШЗ программы занятий разрабатываются самостоятельно врачами. Исключение: программы 3-х ШЗ (для больных АГ, СД и ШЗ будущих родителей), разработанные ведущими НИИ России (кардиологии, эндокринологии). Отсутствие унифицированных программ по другим нозологиям затрудняет проведение сравнительного анализа эффективности работы ШЗ. В зависимости от характера ШЗ в группе обучаются 5—12 человек. Занятия проводятся 1—2 раза в неделю, длительность обучения 4—6 нед. Группы формируются из пациентов, проходящих стационарное или амбулаторное лечение. Предусмотрен тестовый контроль в начале и по окончании занятий. В большинстве МО специальных кабинетов для проведения занятий нет. Не отрегулированы вопросы компенсации за проводимую работу («в счет основной рабочей нагрузки», «за дополнительную плату» и т.д.). Для работы ШЗ используются оборудование и наглядные пособия, приобретенные за счет средств МО и спонсоров. Утвержденного Минздравом России табеля оснащения для большинства ШЗ нет, он прописан только для ШЗ по СД и диетологии. Занятия в ШЗ проводятся врачами конкретных специальностей. В то же время на специальных циклах по организации работы ШЗ обучены менее 10% врачей.

**Вывод.** Наличие в Новокузнецке значительного количества ШЗ вносит вклад в профилактику заболеваний и повышение приверженности к лечению пациентов с хроническими заболеваниями. Для полноценной работы ШЗ по различным нозологиям необходимы единые для всех регионов программы, табеля оснащения, подходы к оплате труда. Необходимо проведение обучения всех специалистов, организующих и ведущих работу в ШЗ, например в ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ», на циклах ПК «Вопросы организации и методология ведения «Школ здоровья» (72 ч)».

★ ★ ★

## ИЗМЕНЕНИЯ КОРНЯ АОРТЫ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Семенова Е.В.

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, Омск, Россия

### AORTIC ROOT CHANGES IN NON-SPECIFIC CONGENITAL CONNECTIVE TISSUE DISORDERS

Semenova E.V.

Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia

**Цель исследования** — оценить изменения корня аорты у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) для оптимизации подхода к определению нормальных значений этого показателя.

**Материал и методы.** В простое одномоментное исследование были включены 266 практически здоровых добровольцев, мужчины и женщины в возрасте от 15 до 65 лет, среди которых на основании совокупности внешних и внутренних признаков были выделены пациенты с НДСТ (группа НДСТ,  $n=165$ ) и лица без дисплазии соединительной ткани (группа контроля,  $n=101$ ). Всем включенным в исследование проводилось общеклиническое обследование, ЭхоКГ, расчет должного диаметра корня аорты (ДДКА) по формуле М. Roman и соавт. (1989), учитывающей пол, возраст пациента и площадь поверхности тела (ППТ), и определение Z-критерия согласно рекомендациям РКО.

**Результаты.** Значимых различий фактического размера корня аорты между группами НДСТ и контроля выявлено не было ( $2,97 \pm 0,31$  против  $2,94 \pm 0,31$ ,  $p=0,54$  соответственно). Учитывая значимые межгрупповые различия по площади поверхности тела, расчетные значения ДДКА были закономерно ниже в группе НДСТ в сравнении с контролем ( $2,88 \pm 0,27$  против  $3,03 \pm 0,30$ ,  $p<0,01$ ), а также достоверно ниже в сравнении с фактическими значениями этого показателя в группе ДСТ ( $p<0,05$ ) и выше в контрольной группе ( $p<0,01$ ). Средние значения Z-критерия не превышали нормальных величин ни в одной из групп, тем не менее, в соответствии с его значениями, средние фактические размеры корня аорты в группе здорового контроля были ниже, а у лиц с ДСТ выше должных ( $0,1 \pm 1,2$  против  $0,3 \pm 1,1$ ,  $p<0,05$ ). При пошаговом множественном регрессионном анализе с включением традиционных предикторов (пол, возраст и площадь поверхности тела, НДСТ оставалась значимой переменной, связанной с диаметром корня аорты ( $p<0,01$ ). При сравнении ДДКА у лиц в группе НДСТ, относящихся к различным фенотипам по классификации РКО, достоверных межгрупповых различий не получено ( $p=0,31$ , тест Краскела—Уолиса для множественных сравнений).

**Вывод.** У части лиц с НДСТ может иметь место расширение корня аорты независимо от преобладающего фенотипа. Предлагаемые методы расчета ДДКА не позволяют выявлять небольшие изменения этого показателя у лиц с НДСТ и потенциально недооценивают эти изменения при синдромных формах патологии. Должный диаметр корня аорты может быть рассчитан на основании уравнения регрессии, полученного в нашем исследовании: ДДКА (см) =  $1,816 - 0,190 \times \text{пол}$  (0 — мужчины, 1 — женщины) + возраст (годы)  $\times 0,010$  + ППТ ( $\text{м}^2$ )  $\times 0,502$ , а за

норму принимаются значения должного диаметра корня аорты, не превышающие 2 стандартные ошибки определения, составляющие  $\pm 0,1$  см.

\*\*\*

## АНАЛИЗ СИЛЬНЫХ И СЛАБЫХ СТОРОН МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семикопенко В.А.

ГБУДЗ КДЦ №4 Москвы, Москва, Россия

### ANALYSIS OF THE STRENGTHS AND WEAKNESSES OF METHODS FOR BREAST DISEASES DIAGNOSTICS

Semikopenko V.A.

Health «DIAGNOSTIC CENTER No 4», Moscow, Russia

Вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний в маммологии — инструментальная диагностика группы риска. Молочная железа женщины — стратегический ресурс нации, обеспечивающий питание и интеллектуальное развитие будущих поколений. Ее болезни — бремя для общества. В России каждая вторая женщина имеет доброкачественные заболевания, повышающие риск рака молочной железы (РМЖ), а РМЖ занимает первое место в структуре онкологических заболеваний. Методы исследования молочной железы определяют структурные и метаболические изменения.

**Цель исследования** — определить диагностические возможности методов раннего выявления РМЖ.

**Материал и методы.** Клинический, инструментальные (маммография — МГ, сонография, радиотермометрия и электроимпедансный, магнитно-резонансный и др.) и аналитический.

**Результаты.** На этапах противораковой борьбы исторически первое место занимал метод клинического исследования (КИ), экономичный, не требующий дополнительного оснащения и позволяющий выявлять рентгеногативный РМЖ и опухоли, расположенные вне проекции МГ. Недостаток КИ — зависимость от квалификации исследователя и особенностей исследуемой молочной железы (размеры и плотность), что приводит к выявлению опухолей диаметром более 1 см и сопровождается наличием метастазов у каждой третьей женщины. Поэтому КИ дополняется в зависимости от возраста женщины инструментальными методами — МГ или ультразвуковым исследованием (УЗИ). МГ — метод высокой разрешающей способности, позволяет выявить РМЖ размером менее 5 мм на фоне жировой инволюции, отмечаемой у женщин старше 50 лет в 75%. У 25% женщин в менопаузе сохраняется фиброзно-кистозная мастопатия, затрудняющая выявление РМЖ малых размеров за счет суммации теней долек и протоков при получении изображения. В этом случае применяются отечественные методы: микроволновая радиотермометрия (мРТМ) — исследование термоасимметрии двухчастотным датчиком и электроимпедансная томомаммография (ЭИТ) — измерение электропроводности в 256 точках каждой молочной железы, а также недостаточно доступный (в связи со стоимостью) метод магнитно-резонансной томографии (МРТ). Методы мРТМ, ЭИТ и МРТ открывают новую эру диагностики, опреде-



ля области метаболических нарушений, соответствующие патологической пролиферации. Непревзойденным по информативности для выявления кист и внутрикистозных, пристеночных разрастаний является неинвазивный метод УЗИ, основанный на отражении ультразвуковых волн от границы разных сред (тканей). Внедрение УЗИ в клиническую практику повысило точность и значительно уменьшило лучевую нагрузку при проведении интервенционных исследований, необходимых для получения предоперационного цитологического материала при РМЖ или фиброаденоме методом тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). Дополнительное достоинство ТАБ — лечение солитарных кист на амбулаторном приеме. При диагностике РМЖ важным для назначения определенного лечения является выявление метастазов в паренхиматозных органах грудной или брюшной полости, костях скелета. Незаменимую роль в решении этого вопроса выполняет рентгеновская компьютерная томография (РКТ).

**Вывод.** Применение комплекса методов (КИ, МГ, УЗИ, РКТ, мРТМ, ЭИТ, МРТ, ТАБ), последовательность которых определяется возрастом женщины и задачей исследования — выявить РМЖ размером менее 1 см, позволяет нивелировать недостатки и полноценно использовать диагностические возможности каждого, что формирует прогноз заболевания и определяет объем лечения, сохраняющего эстетические и функциональные свойства молочной железы.

\* \* \*

## О РЕЗУЛЬТАТАХ ЭПИДМОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г.

Семисынов С.О.<sup>1</sup>, Позднякова М.А.<sup>1</sup>, Балавин А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России; <sup>2</sup>ГБУ НО «Нижегородский областной центр медицинской профилактики», Нижний Новгород, Россия

### ABOUT RESULTS OF EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION IN 2014

Semisynov S.O.<sup>1</sup>, Pozdnyakova M.A.<sup>1</sup>, Balavin A.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nizhny Novgorod State Medical Academy; <sup>2</sup>Nizhny Novgorod regional center of medical prevention, Nizhny Novgorod, Russia

Эпидемия хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которые становятся лидирующей причиной смертности и инвалидности в большинстве стран мира, определяет глобальные приоритеты в сфере охраны здоровья населения. В России в 2012 г. 72,0% взрослых и 66,0% детей имели факторы риска развития ХНИЗ, среди которых 68,0% — избыточная масса тела, 60,0% — гипертония, 58,0% — гиподинамия, 20,0% — гипергликемия. Опыт многих государств, обобщенный ВОЗ, доказывает, что с данной угрозой можно эффективно бороться только при наличии системы эффективных мер их профилактики. Однако для повышения эффективности профилактической работы необходимо создание инструмента контро-

ля реализуемых мероприятий. Подобным инструментом должен стать эпидемиологический мониторинг.

**Цель исследования** — организация и проведение на территории Нижегородской области эпидмониторинга факторов риска ХНИЗ.

**Материал и методы.** С целью изучения факторов риска ХНИЗ приказом Минздрава Нижегородской области от 16.01.14 №65 был утвержден состав рабочей группы, формы учетно-отчетной документации и определены ответственные медицинские организации. В ходе исследования были опрошены 1643 человека, из которых 52,0% — жители городской местности, 48,0% — сельской. Среди обследованных 44,9% составляли мужчины, 55,1% — женщины, средний возраст  $43,6 \pm 0,3$  года (у мужчин —  $44,1 \pm 0,5$  года, у женщин —  $43,1 \pm 0,4$ ).

**Результаты.** Установлено: 1) питание респондентов характеризуется повышенным потреблением поваренной соли, недостаточным количеством растительной пищи в рационе, избыточным потреблением сахара; 2)  $2/3$  обследованных признались в низкой физической активности и малоподвижном образе жизни; 3)  $1/3$  респондентов употребляли табачную продукцию, в подавляющем большинстве мужчины; 4)  $3/4$  граждан употребляли алкоголь (мужчины предпочитали алкоголь с высоким содержанием этилового спирта, женщины — с низким); 5)  $1/2$  респондентов считали свое здоровье удовлетворительным, причем  $1/3$  из них имели повышенные цифры артериального давления, но в большинстве случаев не принимали препараты для его снижения, 8,2% имели повышенный уровень сахара в крови и лишь  $1/2$  из них употребляла сахароснижающие препараты, 12,0% респондентов имели повышенный уровень холестерина в крови, но лишь половина знала точные цифры; 6) наиболее часто встречающимся заболеванием среди населения был хронический бронхит.

\* \* \*

## ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-РЕКРЕАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЭТНОЛОГИЧЕСКОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Смирнова И.Н.<sup>1</sup>, Аракчаа К.Д.<sup>2</sup>, Зайцев А.А.<sup>1</sup>, Абдулкина Н.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр» ФМБА России, Томск; <sup>2</sup>НИИ медико-социальных проблем и управления, Кызыл, Республика Тыва, Россия

### EVALUATION OF THERAPEUTIC RECREATION CAPACITY AND HEALTH-PROMOTION EFFECT OF ETHNOLOGICAL BALNEOTHERAPY IN THE REPUBLIC OF TYVA

Smirnova I.N.<sup>1</sup>, Arakchaa K.D.<sup>2</sup>, Zaitsev A.A.<sup>1</sup>, Abdulkina N.G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Siberian Federal Scientific Clinical Center, Tomsk; <sup>2</sup>Scientific Research Institute of Medical and Social Problems and Management, Kyzyl, Republic of Tyva

В Тыве феномен этнологической бальнеотерапии (народных методов лечения на местных источниках минеральных вод) сохранился до сих пор в силу хорошей экологии, прочности традиций и меньшей степени урбанизации. На

территории Тувы зарегистрировано и исследовано 60 проявлений гидроминеральных ресурсов, в том числе 37 минеральных источников и 13 соленых и грязевых озер, в республике встречаются практически все типы минеральных вод: углекислые, сероводородные, азотные, радоновые, мышьяковистые, железистые, иодо-бромные. В 2013—2014 гг. были осуществлены многоцентровые исследования лечебно-рекреационного потенциала Тувы: гидрогеохимические, геофизические, климатологические и микробиологические анализы лечебно-рекреационных местностей (аржааны, озера) и оценка оздоровительного воздействия природных лечебных факторов. Работа выполнялась в рамках Гранта Русского географического общества и целевой программы правительства Республики Тыва. Всего обследовано 27 источников и 3 озера, наиболее востребованных с позиций этномедицины тувинцев. Гидрогеохимический анализ позволил классифицировать среди исследованных 8 радоновых, 3 сероводородных и 9 углекислых вод, а также 7 пресных источников со специфическими компонентами.

**Материал и методы.** Комплексное медико-биологическое обследование выполнено у 1772 респондентов. Оздоровительный эффект народной бальнеотерапии (питье, ванны, купания, обливания) оценивался на основании интегрального показателя здоровья, адаптационных реакций, индекса функциональных изменений, показателей спирографии, физической работоспособности и психологического статуса с применением валидных опросников и методов донозологической диагностики состояния здоровья и резервов.

**Результаты.** Показано, что народная бальнеотерапия обладает оздоровляющим влиянием на организм, при этом наиболее выраженный эффект был получен на пресных аржаанах Адарган и Ала-Тайга, радоновых Чойган, Шивилиг и Арголик, сероводородном Тарыс и аржаане Ажыг-Суг.

**Вывод.** Полученные результаты будут способствовать совершенствованию лечебно-оздоровительного туризма на территории Республики Тыва, повышению здоровья населения и сохранению его традиций.

\*\*\*

## ПРИРОДНЫЕ АДАПТОГЕНЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Смирнова И.Н.<sup>1</sup>, Наумов А.О.<sup>1</sup>, Достовалова О.В.<sup>1</sup>, Барабаш Л.В.<sup>1</sup>, Кремено С.В.<sup>1</sup>, Антипова И.И.<sup>1</sup>, Верешагина С.В.<sup>2</sup>, Макаркин А.С.<sup>2</sup>, Мишина Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Филиал «Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии» ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр» ФМБА, Томск, Россия; <sup>2</sup>ФБУЗ «Сибирский клинический центр Федерального медико-биологического агентства», Красноярск, Россия

## NATURAL ADAPTOGENS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE IMPACT ON THE PROCESSES OF ADAPTATION TO THE PHYSICAL EXERCISE

Smirnova I.N.<sup>1</sup>, Naumov A.O.<sup>1</sup>, Dostovalova O.V.<sup>1</sup>, Barabash, L.V.<sup>1</sup>, Kremeno S.V.<sup>1</sup>, Antipova I.I.<sup>1</sup>, Vereshchagina S.V.<sup>2</sup>, Makarkin A.S.<sup>2</sup>, Mishina N.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Siberian Federal Scientific Clinical Center, Tomsk; <sup>2</sup>Siberian Clinical Center, Krasnoyarsk, Russia

**Цель исследования** — анализ влияния пантогематогена и пчелиного маточного молочка на процессы адаптации к мышечной работе у спортсменов.

**Материал и методы.** Проведено обследование 42 спортсменов зимних видов спорта, разделенных на две группы: основная группа (1-я группа,  $n=24$ ) в период тренировочного процесса принимали препараты на основе пантогематогена; спортсмены контрольной группы (2-я группа,  $n=22$ ) — пчелиное маточное молочко. Функциональные изменения кардиореспираторной системы оценивали по данным эргоспирометрии и эхокардиографии, состояние кислород-обеспечивающей системы крови — на биохимическом анализаторе Olympus (Германия).

**Результаты.** В ходе исследования у спортсменов 1-й группы отмечалось увеличение ударного объема сердца ( $p=0,021$ ), минутного объема кровообращения ( $p=0,038$ ) и ударного индекса ( $p=0,021$ ). При этом выявлено увеличение PWC170 ( $p=0,001$ ), метаболического эквивалента ( $p=0,022$ ), потребления кислорода при максимальной нагрузке ( $p=0,001$ ) и поглощения кислорода на одно сердечное сокращение ( $p=0,001$ ), что свидетельствует о более интенсивном насыщении тканей кислородом. В контрольной группе отмечалось только увеличение PWC150 ( $p=0,022$ ). В основной группе маркерами адекватной адаптации к нагрузке являлись: увеличение эритропоэтина ( $p=0,003$ ) и количества эритроцитов и гемоглобина, что в совокупности со снижением креатининкиназы ( $p=0,008$ ) и лактата свидетельствует об усилении аэробного окисления. Значимое увеличение концентрации глюкозы ( $p=0,027$ ) свидетельствует об ускорении распада гликогена в печени. В группе контроля уровень лактата, напротив, имел тенденцию к увеличению, отмечалось значимое снижение общего белка ( $p=0,036$ ), свидетельствующее о недостаточности анаболических процессов, снижение уровня тестостерона ( $p=0,048$ ) и увеличение индекса кортизол/тестостерон ( $p=0,047$ ), характеризующего дизадаптацию. В основной группе изменений уровня гормонов не выявлено.

**Вывод.** Применение пантогематогена имеет преимущества по сравнению с другим природным адаптогеном животного происхождения — пчелиным маточным молочком — по влиянию на процессы адаптации к физической нагрузке и повышению физической работоспособности. В контрольной группе у спортсменов, принимающих пчелиное маточное молочко, отмечены изменения, характерные для начальной стадии дизадаптации.

\*\*\*

## АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ DRD-2-ПОДОБНЫХ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И СТАТУСА КУРЕНИЯ

Смирнова М.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

## ANALYSIS OF ASSOCIATION OF GENE POLYMORPHISMS DRD-2- LIKE DOPAMINE RECEPTORS AND SMOKING STATUS

Smirnova M.A.

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, Russia

**Цель исследования** — установить взаимосвязь полиморфизмов генов дофаминовых рецепторов с особенностями личности и статусом курения.

**Материал и методы.** Обследованы 100 регулярно курящих лиц в возрасте 20—70 лет. Критерии исключения: психические заболевания и расстройства, алкогольная, наркотическая зависимости. Определяли число выкуриваемых в день сигарет, длительность табакокурения (ТК), степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема). Психологические особенности изучались по многофакторному личностному опроснику «Адаптивность» (А.Г. Маклаков, 2009). Определяли акцентуации характера (АХ) по шкалам Нs (ипохондрии), D (депрессии), Ну (истерии), Pd (психопатии), Mf (мужественности-женственности), Pa (паранойальности), Pt (психастении), Sc (шизоидности), Ma (гипомании), Si (социальной интроверсии). Акцентуированными считали тех опрошенных, у которых выраженность соответствующего типа АХ выше 70 баллов. Генетические исследования полиморфизмов генов дофаминовых рецепторов (DRD1 rs4532, DRD2 rs 1079597, DRD3 rs 6280, DRD4-дупликация 120 пар оснований) проведены с помощью метода выделения ДНК — фенол-хлороформная экстракция. Статистическая обработка проведена с использованием программы SPSS 11.0.

**Результаты.** Сопоставление полиморфизмов генов дофаминовых рецепторов у курящих и некурящих не выявило значимых различий между группами, т.е. курение напрямую не зависит от генетических особенностей, а определяется, в первую очередь, социальными факторами. Большинство респондентов ответили, что основными причинами были любопытство (в связи с массовым курением и среди окружающих людей, и в показах курящих людей СМИ, и в рекламе) — 34% и курящее окружение — 50%. Выявлена ассоциация распределения аллелей полиморфизма дупликация 120 пар нуклеотидов в гене *DRD4* и степени никотиновой зависимости. (НЗ). У лиц с высокой степенью НЗ чаще определялась дупликация пар оснований (75%) и реже генотип dup/- (12,5%) по сравнению с курящими с низкой степенью НЗ (54,5 и 38,8% соответственно). У носителей гетерозиготного аллеля полиморфизма rs1079597 (TaqIB) в гене *DRD2* реже определялись высокие значения шкалы психопатии. Выявлены ассоциации полиморфизма rs6280 в гене *DRD3*, rs1079597 (TaqIB) в гене *DRD2* и шкалы гипомании. Наличие дупликации 120 пар нуклеотидов в гене *DRD4* чаще ассоциировалось с акцентуациями по шкале депрессии.

**Вывод.** Выявлена ассоциация распределения аллелей полиморфизма дупликация 120 пар нуклеотидов в гене *DRD4* и степени никотиновой зависимости. Обнаружены различия распределений аллелей полиморфизма rs1079597 (TaqIB) в гене *DRD2* и значений шкалы психопатии; полиморфизма *DRD3* rs6280, rs1079597 (TaqIB) в гене *DRD2* и значений шкалы гипомании; DRD4-дупликация 120 пар нуклеотидов и значений шкалы депрессии.

\* \* \*

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Снеткова А.А.

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

## DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF USING GALECTIN-3 IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Snetkova A.A.

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Несмотря на успехи в диагностике и терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН), по-прежнему остается актуальной проблема поиска новых биомаркеров для ранней диагностики этого заболевания. Галектин-3 во многих исследованиях зарекомендовал себя в качестве прогностического маркера ХСН, однако динамика его уровня у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа изучена недостаточно.

**Цель исследования** — изучить и сравнить значения плазменных уровней галектина-3 и мозгового натрийуретического пептида (BNP), показателей антиоксидантной защиты, системного воспаления и эндотелиальной дисфункции, параметров центральной гемодинамики у пациентов с ХСН и СД 2-го типа.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 амбулаторных пациентов с ХСН ишемического генеза (наличие зон гипо- или акинеза по данным ЭхоКГ). Пациенты были разделены соответственно фракции выброса (ФВ) на группу пациентов ХСН с сохраненной ФВ (СФВ) ( $n=30$ ; ФВ $\geq 50\%$ ) и группу пациентов ХСН со сниженной ФВ ( $n=30$ ; ФВ $< 50\%$ ). Пациентам выполнялись общеклинические исследования, ЭхоКГ с доплерографией, оценка ФК ХСН по шкале ШОКС, определение уровня галектина-3, BNP, высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГПО), растворимой адгезивной молекулы сосудистых клеток 1-го типа (VCAM-1).

**Результаты.** Средний уровень галектина-3 достоверно выше в группе пациентов с СФВ ( $p=0,01$ ). В группе с СФВ выявлены достоверные корреляции между уровнями галектина-3 и показателями диастолической дисфункции (Е, А, DT, E/A, E/E'). В обеих группах выявлены корреляции между галектином-3 и показателями гликемического профиля (инсулин, HOMA-IR, HbA<sub>1c</sub>). Только в группе пациентов со сниженной ФВ обнаружена положительная корреляция уровня BNP с типом диастолической дисфункции ( $r=0,815$ ,  $p<0,001$ ), а также корреляции с Е ( $p<0,001$ ), А ( $p=0,002$ ), E/A ( $p<0,001$ ), IVRT ( $p=0,015$ ), DT ( $p=0,004$ ).

**Вывод.** При сравнении уровней BNP и галектина-3 установлено, что только галектин-3 имеет корреляционную связь с диастолической дисфункцией 1-типа и поэтому может быть использован для ранней диагностики ХСН с СФВ. Выявленные достоверные взаимосвязи между уровнем галектина-3, показателями углеводного обмена открывают возможность использования этого биомаркера с целью ранней диагностики диастолической дисфункции у пациентов с метаболическими нарушениями.

\* \* \*



## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЛИЦ, ПРИНИМАЮЩИХ РЕШЕНИЯ ПО ОСНОВНЫМ АСПЕКТАМ НАУЧНО-ОБОСНОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Соловьев Д.А., Потемкина Р.А., Данилова Е.С.,  
Усова Е.В., Попович М.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр  
профилактической медицины» Минздрава России, Москва,  
Россия

## MAIN ASPECTS OF THE PREVENTION OF NON- COMMUNICABLE DISEASES: KNOWLEDGE OF THE POLICY MAKERS

Solovyev D.A., Potemkina R.A., Danilova E.S.,  
Usova E.V., Popovich M.V.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

С целью повышения осведомленности лиц, принимающих решения, в сфере основных моментов научно-обоснованного подхода при развитии программ/политики в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в нашей стране был разработан ряд специальных обучающих программ.

**Материал и методы.** В 2014 г. было проведено два трехдневных семинара для лиц, принимающих решения (главные внештатные специалисты по профилактической медицине, представители департаментов и министерств здравоохранения субъектов Российской Федерации), в рамках которых осуществлялась оценка динамики их информированности в основных вопросах научно-обоснованной профилактики ХНИЗ. С этой целью был разработан опросник, состоящий из 20 вопросов и посвященный следующим аспектам: эпидемиологическому мониторингу, стандартизации данных, международным стратегическим документам, вопросам разработки и оценки программ профилактики, факторам риска ХНИЗ. Опрос проводился в два этапа с целью оценки первоначальной и финальной информированности слушателей. Оценивалась средняя информированность как всех слушателей, так и каждого отдельно.

**Результаты.** Оценка динамики информированности, проведенная по итогам двух семинаров, показала рост информированности слушателей в следующих вопросах: по ведущим факторам риска ХНИЗ согласно Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 26% (в первом семинаре) и на 36% (во втором), по вопросам стандартизации данных на 55 и 37% соответственно, применяемых при этом стандартов на 33 и 28% соответственно, организации эпидмониторинга на 14 и 25% соответственно, оценки программ профилактики ХНИЗ на 35 и 56% соответственно.

**Вывод.** Проведенная двукратная оценка динамики информированности слушателей показала необходимость дальнейшего развития и модернизации курса, так как программы подготовки специалистов в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний в России требуют существенного улучшения.

\*\*\*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РФ (ПО ДАННЫМ НА 2013 Г.)

Старинский В.В., Петрова Г.В.

ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России,  
Москва

## EPIDIMIOLOGY OF CANCER IN THE RUSSIAN FEDERATION (IN 2013)

Starinsky V.V., Petrova G.V.

Hertsen Federal Medical Research Center, Moscow,  
Russia

В 2015 г. онкослужбе России исполнится 70 лет (Постановление Совнаркома СССР от 30.04.1945 №935). С этого времени ведется отчет создания единой системы специализированных учреждений, оказывающих лечебно-диагностическую помощь, учет онкобольных, анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (ЗНО). В 2013 г. взяты на учет 484 354 больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО, зарегистрировано 515 005 ЗНО, находились на учете на конец года 3 098 855 онкологических больных, в том числе, 4,0% с первично-множественными опухолями. Около 190 000 человек впервые признаны инвалидами по онкологическому заболеванию. Доля ЗНО в общей структуре причин инвалидности составила 21,9% (в 2004 г. — 11,6%). Прирост онкозаболеваемости за 2003—2013 гг. в Российской Федерации составил 18%. При анализе динамики показателей заболеваемости за 10 лет (2003—2013 гг.) отмечается наибольший прирост в Дальневосточном (28,14%), Приволжском (25,5%), Сибирском (24,6%) Федеральных округах. Рост заболеваемости обусловлен многими факторами, в том числе постарением населения. Доля лиц старше 60 лет в Российской Федерации в 2012 г. составила 18,8%, в 2013 г. — 19,2%, в 33 регионах — свыше 20%. При этом отмечается рост доли женщин в популяции пожилых и старых людей. В 2013 г. на 100 мужчин в возрасте 60 лет и старше приходилось 215 женщин, в возрасте 80 лет и старше — 321. В структуре онкозаболеваемости (оба пола) по локализациям на 1-м месте кожа с меланомой — 14,0%, далее молочная железа — 11,4%, трахея, бронхи, легкое — 10,5%, желудок — 7,0%, ободочная кишка — 6,5%. У мужчин на 1-м месте опухоли трахеи, бронхов, легкого — 18,4%, далее предстательной железы 12,9%, кожи — 10,0%. У женщин на 1-м месте опухоли молочной железы — 20,9%, кожи — 14,3%, тела матки — 7,7%. В структуре смертности населения России ЗНО занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний (15,4%), в 2012 г. — 14,9%. В трудоспособном возрасте (15—59 лет) доля умерших от ЗНО составила 15,8% (в 2012 г. — 15,5%), в репродуктивном возрасте (20—44 года.) в женской популяции — 15,7% (2012 г. — 15,6%). Отмечается снижение показателя умерших от ЗНО в течение года после установления диагноза ЗНО: 2008 г. — 29,9%, 2010 г. — 28,6%, 2013 г. — 25,3%.

\*\*\*

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ И СВЯЗЬ С АТЕРОГЕНЕЗОМ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ «Городская больница №4», Барнаул, Россия

## THE CHARACTERISTICS OF LIPID PROFILE ABNORMALITIES ASSOCIATED WITH ATHEROGENESIS IN CASE OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

Starodubova Yu.N., Osipova I.V.

Altai State Medical University, Regional State Medical Institution City hospital №4, Barnaul, Russia

**Цель исследования** — оценить взаимосвязь между активностью системного воспаления и атерогенезом у женщин в зависимости от давности ревматоидного артрита.

**Материал и методы.** В исследование включены 100 женщин, 31% с ранним ревматоидным артритом (РА) длительностью менее 1 года. Диагноз РА был верифицирован на основании классификационных критериев РА ACR/EULAR (2010). Сопоставимы по возрасту: при раннем РА — 32—76 (54,8) лет, остальном РА — 32—77 (55,3) лет. Статистическая обработка результатов проведена с помощью пакета программ Statistica 6.1.

**Результаты.** У пациентов с ранним РА дислипидемия выявлена в 67% (РА 66%). При этом повышение уровня общего холестерина (ОХС) при раннем РА 62% (РА 54%). При раннем РА среднее значение ОХС на 0,2 ммоль/л и максимальное значение в 1,4 раза значимо больше, чем при другом РА: 3,2—10,2 (5,5) и 3,5—7,2 (5,3) ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Повышенный уровень триглицеридов (ТГ) при раннем РА встречался в 1,6 раза чаще (50 и 32%), среднее значение 1,9 ммоль/л (РА 1,6 ммоль/л), увеличение содержания ХС ЛПНП при раннем РА было в 1,8 раза чаще (62 и 34%), среднее значение 3,2 (РА 2,6 ммоль/л), снижение уровня ХС ЛПВП было в 2 раза чаще (56% и 25%) ( $p < 0,05$ ). Среди ранних маркеров атеросклероза (ПЛИ<0,9): при раннем РА 8,7% (РА 9,1%) случаев ( $p < 0,05$ ). Ассоциированные клинические состояния встречались чаще у пациентов с РА: ИБС в 2 раза чаще ( $\chi^2=9,8$ ,  $p < 0,05$ ), ХБП в 1,3 раза ( $\chi^2=8,8$ ,  $p < 0,05$ ), ТИА только при РА. Частота встречаемости маркеров хронического иммуно-воспалительного процесса: СОЭ при раннем РА в 1,3 раза (100, 80%), СРБ на 10% чаще (70 и 60%) ( $p < 0,05$ ). СРБ как маркер системного воспаления при раннем РА был в 1,2 раза выше, среднее значение при раннем РА составило 23 мг/л (при РА 19 мг/л). Установлена корреляция между коэффициентом атерогенности (КА) и уровнем СРБ ( $r=0,23$ ,  $p < 0,05$ ). КА значимо выше у пациентов с ранним РА — 62 против 54%, среднее значение 3,9.

**Вывод.** Дислипидемия при раннем РА имеет следующие особенности: повышенная атерогенность крови (ХС ЛПНП повышен в 1,8 раза, ТГ в 1,6 раза, ХС ЛПВП снижен в 2 раза), среднее значение ОХС на 0,2 ммоль/л, максимальное в 1,4 раза больше при раннем РА ( $p < 0,05$ ) при среднем возрасте 55 лет. Имеется корреляция между уровнем ОХС и маркерами системного воспаления ( $p < 0,05$ ). Вклад хронического иммуно-воспалительного процесса в развитие атеросклероза при раннем РА прослеживается в 1,2 раза чаще ( $p < 0,05$ ). Можно предполагать, что систем-

ное воспаление при РА ассоциировано с высокой атерогенностью уже на ранних стадиях заболевания и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений в дальнейшем, что требует адекватного контроля воспалительной активности и факторов риска.

\*\*\*

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ МЕТОДИКИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ

Строкольская И.А., Макаров С.А., Артамонова Г.В.

НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

## EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF NEW METHODS OF CARDIOVASCULAR DISEASES PREVENTION DURING PERIODIC CLINICAL EXAMINATIONS OF THE POPULATION

Strokolskaya I.L., Makarov S.A., Artamonova G.V.

Research Institute for complex issues of cardiovascular diseases, Kemerovo, Russia

Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирают более 1 млн человек, более 100 тыс. из них — люди трудоспособного возраста, около 375 тыс. человек, страдающих ССЗ, ежегодно становятся инвалидами. Эта ситуация во многом объясняется слабой осведомленностью населения об основах профилактики ССЗ и факторах риска (ФР) их развития, низким уровнем приверженности к здоровому образу жизни. Для создания эффективной системы профилактики ССЗ необходимо внедрение современных профилактических технологий, базирующихся на определении индивидуального сердечно-сосудистого риска.

**Цель исследования** — внедрение в практическое здравоохранение новой методики стратификации риска ССЗ для повышения эффективности диспансеризации населения, проведения анализа здоровья прикрепленного населения и оптимизации управления профилактической работой участковых врачей и врачей кабинетов профилактики.

**Материал и методы.** Определение суммарного сердечно-сосудистого риска проведено у 383 человек, страдающих артериальной гипертензией (АГ), в ходе профилактического осмотра. Рискометрия проведена с помощью медицинской информационной системы по оригинальной методике, созданной на основе модели суммарного риска SCORE и Российских рекомендаций ВНОК, с автоматическим формированием программы наблюдения пациента в течение года. Через 1 год осуществлен сравнительный анализ диспансерного наблюдения в течение 1 года у данной группы пациентов и у контрольной группы из 350 человек с аналогичным диагнозом, не имевших индивидуальной профилактической программы и наблюдавшихся у участкового терапевта территориальной поликлиники. В обеих группах проводилось тестирование с определением достижения целевых уровней АД, уровня холестерина, глюкозы; контроль наличия модифицируемых факторов риска, выявленных при первом тестировании (курение).

**Результаты.** Анализ результатов тестирования выявил более низкий уровень САД ( $p=0,019$ ) у пациентов основной группы, а также более низкий уровень холестерина сыворотки в основной группе ( $p=0,014$ ). По данным опроса число курящих в обеих группах сохранялось на прежнем уровне ( $p=0,72$ ), что позволило сделать вывод о необходимости коррекции профилактических программ, в данном случае — активизировать программы по борьбе с курением на уровне поликлиники.

**Вывод.** Использование новой методики профилактического наблюдения с проведением рискметрии позволяет проводить эффективную коррекцию ФР на уровне кабинета профилактики и корректировать основные направления индивидуальных и групповых профилактических программ для населения территории обслуживания.

\*\*\*

### СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА ПОВТОРНОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Суворов А.Ю., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л., Деев А.Д.

ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава России, Москва, Россия

### COMPOSITE MEASURE METHOD FOR REWARDING THE QUALITY OF THERAPY AIMED AT REDUCING THE RISK OF RECURRENT STROKE

Suvorov A.Yu., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Ginzburg M.L., Deev A.D.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Инсульт занимает одно из ведущих мест в структуре смертности и инвалидизации во всем мире. У пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) остается высокий риск повторного инсульта. Разработка методов для оценки приверженности клиническим рекомендациям для снижения риска повторного инсульта является актуальной задачей современной медицины.

**Цель исследования** — разработка шкального способа оценки качества медикаментозной профилактики повторного ОНМК/ТИА с позиций клинических рекомендаций; применение шкалы у группы пациентов, перенесших ОНМК.

**Материал и методы.** В исследование были последовательно включены 219 пациентов, госпитализированных по поводу повторного инсульта в г. Люберцы за период 01.01.09—31.12.12. Терапия перед повторным инсультом была оценена с помощью разработанной шкалы оценки на базе избранных мероприятий клинических рекомендаций ESO и ACC/AHA Stroke. В шкалу по оценке профилактики ишемического ОНМК и ТИА были включены 8 мероприятий по антигипертензивной, антиагрегантной, гиполипидемической (среди больных с гипер- и дислипидемией), антикоагулянтной (среди больных с фибрилляцией предсердий) терапии, УЗДГ МАГ; в шкалу по оценке профилактики геморрагическо-

го ОНМК включены 6 мероприятий по антигипертензивной, антиагрегантной (среди больных с фибрилляцией предсердий), гиполипидемической (среди больных с гипер- и дислипидемией) терапии. Расчет оценки представлял собой отношение реально выполненных мероприятий к гипотетически необходимым для данной группы пациентов. На основании результатов оценки проведено ранжирование пациентов на две группы. Проведен анализ на сопоставимость групп теста  $\chi^2$  Пирсона для категориальных признаков и критерия Манна—Уитни для непрерывных или порядковых признаков. Влияние результатов оценки в группах на уровень смертности в стационаре было оценено с помощью теста  $\chi^2$  Пирсона и на основании величины относительного риска.

**Результаты.** Среди 219 пациентов мужчины составили 37,4% ( $n=82$ ), женщины — 62,6% ( $n=137$ ). Средний возраст составил 71,0 (64—78) года. Средний срок пребывания в стационаре составил 17 (10—20) дней. До повторного ОНМК 192 пациента перенесли ишемический ОНМК, 20 пациентов — ТИА, 4 пациента — и ТИА, и ишемический ОНМК, 3 пациента — геморрагический ОНМК. Медиана общей оценки составила 0 (0; 22,2) % во всей группе. Госпитальная летальность составила 23,7%. В соответствии с результатами оценки пациенты были ранжированы на две группы: с результатом оценки терапии 0% (62,6%;  $n=137$ ) и с результатом свыше 0% (37,4%;  $n=82$ ). Сравнение между группами не выявило достоверных различий на основании пола, возраста, наличия ССЗ и факторов риска. Тем не менее отмечалась достоверно ( $p=0,014$ ) более высокая летальность в стационаре среди пациентов, имеющих оценку терапии 0%: ОР (с поправкой на возраст, пол) 2,04 (1,07—3,91),  $p=0,031$ .

**Вывод.** Результаты оценки с помощью разработанной шкалы показали низкий уровень приверженности клиническим рекомендациям по снижению риска повторного инсульта. Низкие результаты оценки продемонстрировали достоверную связь с высоким уровнем смертности за время пребывания в стационаре.

\*\*\*

### ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

Суховская О.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

### FACTORS INFLUENCING THE SMOKING CESSATION EFFECTIVENESS

Sukhovskaya O.A.

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, Russia

Всемирной организацией здравоохранения снижение распространения табакокурения (ТК) по критерию «стоимость и эффективность» признано наиболее перспективным направлением профилактики хронических заболеваний. Однако большинство курящих не могут самостоя-



тельно добиться длительного воздержания от потребления табака.

**Цель исследования** — установить взаимосвязь медико-социальных, психологических факторов и статуса курения, длительности воздержания при отказе от курения.

**Материал и методы.** Всего обследованы 2272 курящих в возрасте от 20 до 70 лет, обратившихся на «горячую» линию помощи в отказе от ТК. Среди них были выделены группы с длительностью воздержания менее 3 дней (1-я группа) и более 6 мес (2-я группа). Определяли степень никотиновой зависимости (НЗ), мотивации курения (МК), мотивации к отказу от ТК, уровни тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии.

**Результаты.** 1-я и 2-я группы не различались достоверно по полу, возрасту и длительности ТК. Оценка МК показала, что наиболее часто респонденты использовали ТК как поддержку при нервном напряжении и отмечали психологическую/табачную зависимость. Высокие значения урвной тревоги и депрессии и факторов курения чаще определялись у курящих 1-й группы, особенно факторов «Табачная зависимость» и «Привычка». Воздержание от ТК в течение 6 мес было выше у лиц с высшим образованием, состоящих в браке (при отсутствии курящего супруга). В 1-й группе было меньше больных с хроническими заболеваниями, что, возможно, свидетельствует о роли совета врача при отказе от ТК. На вопрос о том, советовал ли Вам врач отказаться от ТК, в 1-й группе ответы распределились следующим образом: да, советовал — 19,8%; не советовал — 52,3%, не был за последние 3 года у врача — 27,9%. Во 2-й группе процент лиц, получивших совет врача, был выше — 38,0%,  $p < 0,05$ . Большинство респондентов (79%) приняли решение об отказе без применения лекарственных препаратов, в этих случаях эффективность отказа от ТК была выше при более низкой степени НЗ, меньшей длительности ТК и числа выкуриваемых в день сигарет. При использовании никотинзаместительной терапии (178 человек) длительность 6-месячного воздержания составила 46% против 24,5% при применении только когнитивно-поведенческой терапии и 8,0% — при однократном консультировании.

**Вывод.** Факторами, влияющими на эффективность отказа от курения, были наличие курящего окружения, особенно курящего супруга, высокие факторы курения, повышенный уровень тревоги и депрессии, высокая степень никотиновой зависимости (при отказе от использования лекарственной терапии). Применение лекарственной терапии позволяет значительно повысить успешность отказа, что диктует необходимость информирования врачей и курящих лиц о целесообразности лечения табачной зависимости в случае средней и высокой ее степени.

## ПОНИМАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ТЕРМИНА «HEALTH LITERACY»

Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В.

Высшая школа управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

## UNDERSTANDING AND INTERPRETATION OF THE TERM «HEALTH LITERACY»

Syrctova L.E., Abrosimova Yu.E., Lopatina M.V.

The Higher School of Health Administration, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

В 2011 г. в качестве одной из ключевых детерминант в систему показателей достижения целей Европейской политики Всемирной организации здравоохранения включен показатель грамотности в вопросах здоровья. Анализ 50 источников отечественной и зарубежной литературы показал, что в настоящее время в научном сообществе нет консенсуса в отношении термина «Health Literacy». Было выявлено 8 русскоязычных вариантов данного понятия. В связи с этим нами было проведено исследование по выявлению наиболее подходящего русскоязычного варианта и определения понятия «Health Literacy».

**Цель исследования** — представить на обсуждение русскоязычный вариант термина и определения понятия «Health Literacy».

**База исследования.** Высшая школа управления здравоохранением (ВШУЗ) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ) Минздрава России.

**Материал и методы.** Преподаватели ВШУЗ с опытом в области общественного здоровья (ОЗ, профилактики и укрепления здоровья не менее 5 лет. Магистранты по общественному здоровью, I и II курсы ВШУЗ 2013—2015 гг. Сотрудники ГНИЦ ПМ, с опытом работы в области ОЗ не менее 5 лет, к.м.н. или д.м.н. Всего 34 человека. Контент-анализ. Социологические методы: анкетирование и личные интервью. Статистические методы: относительные показатели, оценка достоверности разности результатов исследования. Выполнение научного исследования стало возможно в результате перевода 9 публикаций на русский язык (из 50 изученных).

**Результаты.** Выявлено, что как среди специалистов в сфере ОЗ, так и не специалистов в данной области, существует различное понимание понятия «Health Literacy» и разброс в его использовании. На основании обобщения полученных данных мы предложили на обсуждение наиболее популярный и наилучшим образом отражающий содержание понятия «Health Literacy» русскоязычный вариант термина — «грамотность в вопросах здоровья».

**Вывод.** Необходимо провести дальнейшее обсуждение вопроса для введения в практику единого понимания термина и его применения в политических документах, концепциях и практике общественного здравоохранения.

★ ★ ★

## ВЛИЯНИЕ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тепоян И.А., Небиеридзе Д.В., Скрипникова И.А., Сафарян А.С.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### EFFECT OF SELECTIVE BETA-BLOCKER NEBIVOLOL ON BONE MINERAL DENSITY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION

Tepeyan I.A., Nebieridze D.V., Skripnikova I.A., Safaryan A.S.

National research centre for preventive medicine, Moscow, Russia

В ретроспективных зарубежных исследованиях было показано, что  $\beta$ -адреноблокаторы способствуют увеличению минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и даже снижают риск переломов. В связи с этим высказывается предположение, что небиволол, влияющий на два важнейших механизма формирования остеопороза — симпатическую активность и дисфункцию эндотелия, может благоприятно влиять не только на кардиометаболические факторы риска, но и на МПКТ.

**Цель исследования** — оценить влияние небиволола на МПКТ у постменопаузальных женщин с мягкой артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** В исследование были включены 56 женщин постменопаузального периода в возрасте от 50 до 65 лет с остеопенией и мягкой АГ (систолическое АД 140—159 и диастолическое АД 90—99 мм рт.ст.), которые были случайным образом рандомизированы на две группы по 28 человек. В основной группе проводилось лечение небивололом (небилет), а в контрольной — атенололом. Срок терапии составил 12 мес. Было предусмотрено титрование дозы небилета от 5 мг до 10 мг, атенолола от 50 до 100 мг. В исходной точке и при последнем визите (через 12 мес) проводилась ЭКГ, определение в крови уровня ионизированного кальция, щелочной фосфатазы, продукта распада коллагена I типа — СТХ, измерение МПКТ методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA).

**Результаты.** По данным DXA, в основной группе отмечалось увеличение T-Stotal на 16,27%, T-neck на 8,63%, T-hip total на 15,52%, при этом BMD увеличилась на 2,3, 1,43 и 1,15 г/см<sup>2</sup> соответственно. В контрольной группе, наоборот, отмечалось снижение T-Stotal на 7,43%, T-neck на 8,82%, при этом BMD уменьшилась на 2,25, 2,86 г/см<sup>2</sup> соответственно. При этом T-hip total уменьшилось на 5,06%, а значение BMD hip total при этом увеличилось на 2,43 г/см<sup>2</sup>. В основной группе уровень СТХ в течение 12 мес наблюдения уменьшился на 21,6%, в контрольной увеличился на 14%, что свидетельствует об усилении костной резорбции в контрольной группе и снижении этого процесса в группе пациенток, принимающих небилет.

**Вывод.** Результаты исследования свидетельствуют об увеличении минеральной плотности костной ткани у пациенток с остеопенией и АГ на фоне лечения небивололом. Это может дополнительно мотивировать пациентов с

мягкой АГ, обычно не испытывающих жалоб, на медикаментозное лечение.

\*\*\*

## АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК

Тимофеева А.В., Михайлова А.Е.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», научно-исследовательский институт здоровья, Якутск, Россия

### ADAPTIVE POTENTIAL OF FEMALE STUDENTS

Timofeeva A.V., Mikhailova A.E.

«North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov», Research institute of health, Yakutsk, Russia

**Цель исследования** — изучить адаптационный потенциал системы кровообращения к условиям обучения.

**Материал и методы.** Работа выполнена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки России по теме: «Адаптационный потенциал и здоровье коренного населения Якутии в условиях модернизации социально-экономической системы». В исследовании приняли участие 459 девушек I курса Северо-Восточного федерального университета, в возрасте от 15 до 22 лет, в среднем  $18,2 \pm 0,9$  года. Группу контроля составили молодые женщины ( $n=123$ ) в возрасте от 24 до 29 лет, в среднем  $26,3 \pm 1,6$  года. У девушек I курса определялись соматометрические данные (рост, масса тела) и показатели гемодинамики (частота сердечных сокращений, артериальное давление) общепринятыми методиками. Адаптационный потенциал системы кровообращения в баллах рассчитывали по формуле:  $АП = 0,011 * ЧСС + 0,014 * САД + 0,008 * ДАД + 0,014 * В + 0,009 * М - 0,009 * Р - 0,27$ , где ЧСС — частота сердечных сокращений; 0,008, 0,009, 0,011, 0,014 и 0,27 — коэффициенты уравнения; САД — систолическое артериальное давление, мм рт.ст.; ДАД — диастолическое артериальное давление, мм рт.ст.; В — возраст; М — масса тела, кг, Р — рост. см. В зависимости от величины выделено 4 степени адаптационного потенциала.

**Результаты.** Анализ адаптационного потенциала показал, что у большинства обследованных функциональные резервы сердечно-сосудистой системы были удовлетворительными и лишь у 0,7% выявлено напряжение адаптации. У большинства девушек контрольной группы адаптационный потенциал был удовлетворительным, у 1,1% регистрировалось напряжение механизмов адаптации, у 0,7% — неудовлетворительная адаптация, у 1 человека имел место срыв адаптации. Сравнительный анализ показал, что показатели резервов сердечно-сосудистой системы студенток и контрольной группы не различались, так как у половины обследованных адаптационный потенциал находился на хорошем уровне. У 20% студенток имело место напряжение адаптационного потенциала. В контрольной группе регистрировались напряжение механизмов адаптации (23,6%) и неудовлетворительная адаптация (3,3%).

**Вывод.** Адаптационный потенциал системы кровообращения девушек-первокурсниц оценивается как удовлетворительный.

\*\*\*

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА

Тимофеева А.В., Михайлова А.Е.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», научно-исследовательский институт здоровья, Якутск, Россия

## THE FUNCTIONAL STATE OF THE STUDENTS OF THE NORTH-EASTERN FEDERAL UNIVERSITY

Timofeeva A.V., Mikhailova A.E.

«North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov», Research institute of health, Yakutsk, Russia

**Цель исследования** — изучить уровень физического развития, функционального состояния органов и систем организма и общей физической работоспособности студентов.

**Материал и методы.** Работа выполнена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки России по теме: «Адаптационный потенциал и здоровье коренного населения Якутии в условиях модернизации социально-экономической системы». Сформирована выборка из 197 (52,2%) девушек и 180 (47,8%) юношей. Возрастной диапазон обследуемых составил 15—20 лет. Проводилась антропометрия (рост стоя, рост сидя, масса тела, окружность грудной клетки, динамометрия кисти и становой динамометрия), оценка реакции сердечно-сосудистой системы на стандартную физическую нагрузку (проба Мартине), оценка возбудимости вегетативной нервной системы (ортостатическая проба), оценка уровня физической работоспособности (проба Руффье).

**Результаты.** Более чем у половины студентов определялся средний уровень физического развития (девушки — 51,9%, юноши — 64,7%). Процент студентов с высоким уровнем физического развития оказался низким и составил только 5% у девушек, а среди юношей таковых не оказалось. Довольно высок процент студентов с уровнем физического развития ниже среднего (девушки — 18,7%, юноши — 23,5%). Анализ результатов пробы Мартине показал, что наибольший процент юношей и девушек обладают нормотоническим типом реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку (девушки — 63,8% юноши — 87,7%). Однако отмечены астенический (гипотонический), гипертонический и ступенчатый типы реакции, которые больше определялись среди девушек. Нормальные показатели ортостатической пробы зарегистрированы лишь у половины обследованных — у 49,3% юношей и у 43,9% девушек. У другой половины обследованных отмечены в основном сниженные и повышенные показатели. Наибольшее количество девушек (53,02%) обладали «удовлетворительными» показателями физической работоспособности, 34,23% студенток имели «плохую» работоспособность, 9,23% — «посредственную» и только 3,36% девушек отличались «хорошей» работоспособностью. В группе юношей получены следующие результаты: 52,45% студента характеризовались «удовлетворительной» физической работоспособностью, 25,17% — «посредственной», 17,48% — «плохой» и 4,9% имели «хорошую» работоспособность.

**Вывод.** Оценка функциональных состояний органов и систем обследованных студентов, их физического раз-

вития и работоспособности показала, что группа практически здоровых студентов, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, составила 18,2%. Остальные 81,8% имели различные отклонения, т.е. факторы риска развития хронических заболеваний.

\*\*\*

## ТЕРАПИЯ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В 2004—2010 ГГ. ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА «ПРОГНОЗ ИБС»

Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Полянская Ю.Н.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE WITH STATINS IN 2004—2010 ACCORDING TO THE REGISTER «PROGNOSIS OF ISCHEMIC HEART DISEASE»

Tolpygina S.N., Martsevich S.Yu. Polyanskaya Yu.N.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — оценить частоту назначения, эффективность и приверженность к лечению статинами за период с 2004 по 2010 гг. в когорте пациентов с ИБС, подтвержденной данными КАГ, включенных в регистр «ПРОГНОЗ ИБС».

**Материал и методы.** Использовались данные регистра «ПРОГНОЗ ИБС». В анализ были включены данные 550 пациентов с доказанной ИБС, перенесших процедуру КАГ в период 2004—2007 гг. в ГНИЦ ПМ, из которых 303 пришли на контрольный визит в 2010 г.

**Результаты.** Выявлена низкая частота назначения статинов у больных со стабильной ИБС до госпитализации в 2004—2007 гг. и значительное улучшение качества этой терапии в период пребывания в специализированном кардиологическом стационаре. Так, частота назначения статинов (преимущественно оригинальных) выросла с 10% до госпитализации до 85,5% при выписке, однако статины применялись, как правило, в неадекватных дозах, что привело к тому, что у большинства пациентов не были достигнуты целевые уровни липидов крови. Уровень ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л при выписке имели 6,3% пациентов. Однако следует учитывать короткий срок госпитализации, недостаточный для достижения максимального эффекта статинов. Через 3,9 года после госпитализации приверженными к назначенному лечению статинами оказались 67% пациентов, однако у большинства пациентов оригинальные препараты были заменены на различные дженерики. Эффективность терапии была недостаточной: целевые значения ОХС <4,5 ммоль/л и ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л были достигнуты у 40% больных, уровня ХС ЛПНП <2,0 ммоль/л достигли лишь 15,8%.

**Вывод.** Выявлена низкая частота назначения статинов у больных со стабильной ИБС до госпитализации, ее значительный рост в период пребывания в специализированном стационаре и снижение после выписки. Эффективность терапии была низкой на всех этапах наблюдения. Остается недостаточной приверженность пациентов к лечению статинами в амбулаторных условиях.



## РИСКОМЕТРИЯ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Третьяков С.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия

### ESTIMATION OF RISC OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AT COMBINED CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN ELDERLY SUBJECTS

Tretyakov S.V.

Novosibirsk state medical University, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — провести рискометрию венозного тромбоэмболизма у лиц пожилого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ).

**Материал и методы.** Обследованы 27 больных с ГБ III стадии, риском IV и ИБС (стабильная стенокардия напряжения, ФК II). Больные были разделены на две подгруппы: 1-ю составили 12 человек среднего возраста, 2-ю — 16 больных пожилого. Использовалась модель для оценки вероятности наличия тромбоза глубоких вен (ТГВ), шкала Well, определялись кардиогенные факторы риска развития ишемического инсульта, степень риска развития системных кардиогенных эмболий, оценка риска развития кровотечений.

**Результаты.** Во 2-й группе в сравнении с 1-й отмечается в 4,75 раза более высокий балл по клинической модели оценки вероятности наличия ТГВ. При этом лица среднего возраста в 66,6% случаев имели низкую, в 33,3% — среднюю вероятность наличия ТГВ, а лица пожилого возраста низкую вероятность имели в 40% случаев, в 20% — среднюю и в 40% — высокую. По шкале Well в группе лиц пожилого возраста в сравнении с группой лиц среднего возраста отмечается в 3,03 раза более высокий балл клинической вероятности наличия ТГВ. При этом лица среднего возраста в 66,6% случаев имели низкую вероятность наличия ТГВ, в 33,3% — среднюю, а лица пожилого возраста низкую вероятность имели в 20% случаев, в 20% — среднюю и в 60% — высокую. Основным кардиогенным фактором риска развития ишемического инсульта в обеих группах была левожелудочковая недостаточность. Степень риска развития системных кардиогенных эмболий в группах была средней. Количество баллов по оценке риска развития кровотечений в группе лиц пожилого возраста было на 5% выше, чем в группе лиц среднего возраста. При этом относительный риск кровотечений при применении варфарина в 1-й группе составил 2,5% (95% ДИ), во 2-й — 5,3%. Факторы, влияющие на возникновение венозной тромбоэмболии, в обеих группах относились к категории немодифицированных.

**Вывод.** У лиц пожилого возраста с ГБ и ИБС повышается клиническая вероятность наличия ТГВ и риск развития кровотечений, в том числе при использовании варфарина. У больных ГБ и ИБС среднего и пожилого возраста основным кардиогенным фактором риска развития ишемического инсульта является левожелудочковая недостаточность при средней степени риска развития системных кардиогенных эмболий.

\*\*\*

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОЖИРЕНИИ

Третьяков С.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия

### SOME FEATURES OF EATING BEHAVIOR IN ELDERLY WOMEN WITH OBESITY

Tretyakov S.V.

Novosibirsk state medical University, Novosibirsk, Russia

**Цель исследования** — изучить особенности пищевого поведения женщин пожилого возраста в зависимости от степени выраженности ожирения.

**Материал и методы.** Использовался опросник «Оценка пищевого поведения» — DQEB (Dutch Questionnaire of Eating Behavior — Голландский опросник пищевого поведения). Диагностировались основные нарушения пищевого поведения (эмоциогенное, экстернальное и ограничительное) и наличие пищевой аддикции. Проведен опрос 41 женщины пожилого возраста с наличием ожирения. В зависимости от степени выраженности ожирения лица были разделены на три подгруппы: с легкой степенью, средней и тяжелой. Группа сравнения представлена женщинами без ожирения.

**Результаты.** В целом в группе лиц с ожирением средний балл по ограничительному типу пищевого поведения был на 36% ( $p < 0,05$ ) выше, чем у лиц без ожирения. Отличий по эмоциогенному варианту между группой лиц с ожирением и без ожирения не выявлено, а средний балл по экстернальному типу был на 14,2% ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе лиц без ожирения. У больных с ожирением в зависимости от степени его выраженности отмечается тенденция к росту среднего балла, характеризующего ограничительный тип пищевого поведения (при 2-й степени на 9% выше, чем при 1-й степени, а при 3-й степени на 6,7% выше, чем при 2-й). По эмоциогенному и экстернальному вариантам пищевого поведения наименьший средний балл был у лиц с 3-й степенью ожирения. При этом в зависимости от степени ожирения возрастает склонность к анорексии. При 1-й степени ожирения эта склонность выявляется у 50%, при 2-й — в 66,6% случаев, при 3-й — у 100%. Вместе с тем, если плохой контроль за пищевым поведением при 1-й степени ожирения отмечается у 50%, у 33,3% — при 2-й, то при 3-й степени ожирения лиц с плохим контролем пищевого поведения не выявлялось. В группе лиц без ожирения плохой контроль отмечался у 60%. Эмоциогенное пищевое поведение выявлено у 33,3% лиц с легкой степенью ожирения. Склонность к переданию отмечается у 60% лиц без ожирения, у 83,3% — 1-й степени, у 100% — 2-й.

**Вывод.** Среди женщин пожилого возраста в зависимости от выраженности ожирения повышается удельный вес лиц с ограничительным типом пищевого поведения, со склонностью к анорексии и уменьшается с плохим контролем пищевого поведения. Полученные данные необходимо учитывать при оказании психотерапевтической помощи исследованной категории лиц.

\*\*\*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Трубников В.А., Боршук Е.Л., Болomozhнов А.М.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ «Оренбургский областной центр медицинской профилактики», Оренбург, Россия

## EVALUATION OF MEDICAL EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE ACTIVITIES IN HEALTH CENTERS

Trubnikov V.A., Borschuk E.L., Bolomozhnov A.M.

Orenburg State Medical University; «Orenburg Regional Center for Medical Prevention», Orenburg, Russia

Оценка качества и эффективности деятельности здравоохранения и отдельных процессов оказания медицинской помощи является актуальной научной и практической проблемой.

**Цель исследования** — оценить медицинскую эффективность профилактической деятельности Центра здоровья (ЦЗ) для взрослого населения.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе ЦЗ, обслуживающего взрослое население Оренбурга. Была осуществлена выкопировка данных из учетной формы №025-ЦЗ/у — «Карта центра здоровья» в разработанный первичный документ, не содержащий персональных данных. Единичей наблюдения являлась карта пациента, который посещал ЦЗ три года подряд. У пациентов была оценена динамика показателей факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Для оценки медицинской эффективности ЦЗ разработаны и рассчитаны следующие показатели: показатель эффек-

тивной коррекции метаболического фактора риска и показатель эффективной коррекции риска смерти от болезни системы кровообращения (БСК).

**Результаты.** За период исследования в ЦЗ обращались лица преимущественно с избыточной массой тела, с положительной динамикой роста данной группы. В свою очередь, доля лиц с нормальной массой тела имеет тенденцию к сокращению. В целом снижение массы тела отмечено у 36% пациентов и только 2% пациентов вернули вес в пределы нормы. Эффективная коррекция высокого уровня артериального давления до значений физиологической нормы установлена лишь у 4% пациентов, посетивших ЦЗ. Снижение концентрации холестерина (ХС) крови было выявлено у 51% пациентов, а у 20% пациентов на третьем году наблюдения уровень ХС был в пределах нормы. В свою очередь, снижение уровня сахара в крови за три года наблюдения отмечено у 37% пациентов, при этом снижение до уровня физиологической нормы выявлено только у 10% представителей выборки. С целью комплексной оценки метаболических факторов риска развития ХНИЗ у пациентов ЦЗ был оценен суммарный риск смерти от БСК в ближайшие 10 лет (SCORE). В целом среднее значение риска смерти от БСК представителей выборки не превышает 2%. Тенденция снижения индивидуального риска смерти прослеживается у 22% представителей выборки, при этом 8% пациентов перешли из категории высокого в категорию низкого риска смерти

**Вывод.** Низкие значения показателей коррекции метаболических факторов риска развития ХНИЗ и низкое значение показателя коррекции риска смерти от БСК у пациентов свидетельствуют о недостаточной медицинской эффективности профилактических услуг ЦЗ, обслуживающего взрослое население.

★ ★ ★

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ ОРГАНИЗМА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

Федорова В.И., Климова Т.М., Балтахинова М.Е., Федоров А.И.

НИИ здоровья Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

## ADAPTIVE CAPACITY AND METABOLIC DISORDERS AMONG THE INDIGENOUS POPULATION OF YAKUTIA

Fedorova V.I., Klimova T.M., Baltakhinova M.E., Fedorov A.I.

Research Institute of Health of North-Eastern Federal University named M.K. Ammosov, Yakutsk, Russia

Адаптационные возможности организма являются одним из его фундаментальных свойств, объективно отражающих состояние здоровья в целом. Жизнедеятельность человека в экстремальных условиях Севера сопряжена с повышенной функциональной нагрузкой на сер-

дечно-сосудистую систему, определяющую приспособительные возможности всего организма.

**Цель исследования** — изучение индикаторов, свидетельствующих о снижении функциональных резервов организма человека в условиях комплексного воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

**Материал и методы.** Работа проведена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки России «Адаптационный потенциал, ценностные ориентиры и установки на сохранение здоровья среди коренного населения Якутии» (№ гос. регистрации 01201460280).

**Результаты.** В ходе эпидемиологического исследования обследована выборка из коренного населения Центральной Якутии в возрасте 18 лет и старше ( $n=605$ ). Средний возраст обследованных составил 46,1 года (14,9) (женщин — 46,2 (14,1); мужчин — 46,1 (16,1 года),  $p=0,927$ ). Для оценки адаптационного потенциала системы кровообращения был рассчитан индекс функциональных изменений, который учитывал уровни артериального давления, частоту сердечных сокращений, рост, массу тела и возраст обследованных (А.П. Берсенева, 1991). Пригодность данного индекса для оценки адаптивных воз-

возможностей организма была показана в многочисленных исследованиях. Рассчитанные медианные значения индекса функциональных изменений зависели от возраста обследованных ( $p < 0,001$ ). Доля лиц с неудовлетворительной адаптацией (индекс 3,10–3,49 у.е.) и срывом адаптации (индекс 3,50 у.е. и выше) среди женщин составила 20%, среди мужчин — 25%. В старших возрастных группах как среди женщин, так и среди мужчин доля лиц с признаками дезадаптации увеличивалась до 44%. Установлено, что индекс функциональных изменений статистически значимо прямо коррелировал с содержанием жира и другими показателями, ассоциирующимися с метаболическим синдромом ( $p < 0,001$ ). Два и более метаболических нарушения (гипертриглицеридемия, абдоминальное ожирение, низкое содержание ХС ЛПВП, гипергликемия натощак по критериям IDF 2005 г.) наблюдались у 14% лиц с удовлетворительной адаптацией (индекс до 2,59 у.е.); 27% лиц — с напряжением адаптации (индекс 2,60–3,09) и 45% лиц с нарушением адаптации (индекс 3,10 у.е. и выше).

**Вывод.** Метаболические нарушения являются индикаторами нарушений процессов адаптации и снижения функциональных резервов организма. Простота и доступность измерений показателей, входящих в оценку индекса функциональных изменений, еще раз подтверждают его пригодность в массовых скрининговых обследованиях населения с целью выделения групп риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

\* \* \*

## ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ИССЛЕДОВАНИЕ МЕРИДИАН-РО)

**Филиппов Е.В.**

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

### ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK AND PRIMARY CARE INDICATORS AMONG THE WORKING POPULATION OF RIAZAN REGION (MERIDIAN-RO STUDY)

**Filippov E.V.**

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остается очень высокой, что оказывает существенное влияние на ожидаемую продолжительность жизни. Еще в 50-х годах прошлого века было показано, что основной вклад в развитие ССЗ вносят факторы риска, поэтому общепринятой концепцией снижения смертности является борьба с ними.

**Цель исследования** — изучить распространенность основных факторов риска ССЗ в регионе и их комплексное влияние на сердечно-сосудистый риск.

**Материал и методы.** В исследование были включены 1622 человека городского и сельского населения в возрасте 25–64 года (средний возраст —  $43,4 \pm 11,4$  года, 46,2% мужчин) отобраных случайным образом методом кустовой выборки. Проводилось анкетирование по стандартизированному опроснику, ЭКГ, измерение АД, ЧСС, окружности талии, роста, веса, осуществлялся забор биообразцов для определения биохимического профиля риска, комплексная оценка сердечно-сосудистого риска. Исследование было открытым проспективным кросс-секционным. Вклад в первичную медико-санитарную помощь оценивался по количеству госпитализаций и обращений за медицинской помощью.

**Результаты.** Установлено, что 4,3% обследованных лиц имели очень высокий риск по шкале HeartSCORE (город — 4,3%, село — 4,2%,  $p > 0,05$ ). Высокий риск в общей группе имели 15,0% (город — 14,1%, село — 17,9%,  $p > 0,05$ ), умеренный — 54,9% (город — 53,8%, село — 58,2%,  $p > 0,05$ ), низкий — 25,8% (город — 27,9%, село — 19,7%,  $p > 0,05$ ). На риск HeartSCORE прежде всего оказывали влияние наличие дислипидемии и артериальная гипертензия. Курение имело меньшее значение. При изучении особенностей пищевого поведения установлено, что употребление соли, фруктов, овощей или сахаров не влияло на риск. Однако в группе высокого риска по HeartSCORE ( $\geq 5\%$ ) было значимо больше лиц с ИМТ  $> 25$  кг/м<sup>2</sup> по сравнению с группой умеренного риска ( $< 5\%$ ) — 87,9% против 68,6% ( $p = 0,004$ ). При оценке биохимических маркеров было установлено, что концентрация СРБ (6,89 против 5,7 мг/л,  $p = 0,0001$ ), уровень триглицеридов (1,63 против 1,21 ммоль/л,  $p = 0,05$ ), ХС ЛПНП (3,55 против 3,28 ммоль/л,  $p = 0,05$ ), ХС (5,65 против 5,16 ммоль/л,  $p = 0,05$ ) и мочевой кислоты (335 против 302 мкмоль/л,  $p = 0,0001$ ) были выше в группе высокого риска. Кроме того, уровень ХС ЛПВП был ниже также в группе высокого риска (1,25 против 1,33 ммоль/л,  $p = 0,05$ ). При анализе обращений за медицинской помощью в группе высокого риска отмечалось значимо большее количество амбулаторных обращений (82,8 против 73,5%,  $p = 0,0001$ ), обращений по скорой помощи (20,2 против 10,0%,  $p = 0,0001$ ) и госпитализаций (24,5 против 14,2%,  $p = 0,0001$ ).

**Вывод.** Установлено, что риск более 5% (по шкале SCORE) имело 19,3% населения. Существенное влияние на риск оказывало наличие артериальной гипертензии и дислипидемии. Лица с высоким риском по шкале HeartSCORE имели значимо более неблагоприятные биохимические показатели, чаще обращались за медицинской помощью и имели больше госпитализаций.

\* \* \*



## ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ходарев Н.В., Олемпиева Е.В., Жемчужнова Н.А., Свищева И.А., Дони Е.В.

Межведомственный учебно-методический центр медико-психологической реабилитации УФСБ России по Ростовской области, Ростов-на-Дону, Россия

## THE BLOOD OXYGEN TRANSPORT FUNCTION IN THE PATIENTS WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS

Hodarev N.V., Olempieva E.V., Ghemchughnova N.L., Svishcheva I.A., Doni E.V.

Medical military Hospital, Rostov-on-Don, Russia

Сохранение здоровья лиц опасных профессий является приоритетной задачей медицины. Служба в силовых структурах отличается сложностью и напряженностью. Эти факторы являются стресс-лимитирующими и неблагоприятно отражаются на здоровье лиц опасных профессий, что приводит к развитию различных психосоматических заболеваний и расстройств.

**Цель исследования** — оценка состояния кислород-транспортной функции крови и ферментов дыхательной цепи митохондрий у лиц опасных профессий с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

**Материал и методы.** Контрольную группу составили 33 здоровых добровольца. В клиническую группу вошли 48 пациентов того же возраста с диагнозами группы F4 по МКБ-10. Диагноз установлен на основании анамнеза заболевания, клинических данных, а также результатов лабораторного и психологического исследования. Группы обследуемых сформированы согласно правилам проведения клинических испытаний, после получения информированного согласия. Материалом исследования выбраны эритроциты и митохондрии лейкоцитов. Для анализа состояния кислородтранспортной функции определяли концентрацию 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ), пировиноградной (ПВК) и молочной (МК) кислот, активность цитохромоксидазы (ЦХО) и сукцинатдегидрогеназы (СДГ). Статистическую обработку проводили общепринятыми методами с определением средней арифметической, ошибки средней с использованием программы STADIA.

**Результаты.** У пациентов клинической группы отмечается рост количества 2,3-ДФГ на 128,3%, МК на 205,9% и ПВК на 74,4% относительно контроля, что свидетельствует о наличии гипоксии и активации гликолиза. Что касается дыхательной цепи переноса электронов, был отмечен синхронный рост активности СДГ на 186,0% и ЦХО на 44,5%, которые отражают напряжение работы дыхательной цепи переноса электронов в тканях. Для оценки эффективности работы дыхательной цепи предложен коэффициент митохондриальной эффективности (КМЭ), который представляет собой отношение активностей ЦХО к СДГ, выраженный в условных единицах. Установлено, что у пациентов клинической группы данный коэффициент ниже значений контрольной группы на 49,6%. Предложенный КМЭ прост в использовании, а получен-

ные результаты позволяют рекомендовать его для диагностики митохондриальной дисфункции и тканевой гипоксии разного генеза.

**Вывод.** Выявленные изменения гомеостаза свидетельствуют о развитии гипоксии из-за нарушения доставки кислорода и перегрузки дыхательной цепи. Полученные результаты доказывают необходимость проведения ранней медицинской реабилитации и профилактики заболеваемости лиц опасных профессий для увеличения адаптационных возможностей организма.

\* \* \*

## ОСОБЕННОСТИ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ходарев Н.В., Олемпиева Е.В., Жемчужнова Н.А., Соколов А.Н., Нешин С.Г.

Межведомственный учебно-методический центр медико-психологической реабилитации УФСБ России по Ростовской области, Ростов-на-Дону, Россия

## PECULIARITIES OF THE BLOOD GAS TRANSPORTATION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Hodarev N.V., Olempieva E.V., Ghemchughnova N.L., Sokolov A.N., Neshin S.G.

Medical military Hospital, Rostov-on-Don, Russia

Восстановление профессионального здоровья лиц опасных профессий является одной из актуальных проблем для прикладной восстановительной медицины. Эффективность деятельности лиц опасных профессий зависит не только от уровня их профессионализма, но и от способности организма переносить физические и психические нагрузки. Криотерапевтическое воздействие (ОВКТ) вызывает в организме процесс автокоррекции, при котором выявляются и устраняются отклонения от физиологической нормы.

**Цель исследования** — оценка параметров кислород-транспортной системы крови пациентов с метаболическим синдромом (МС) до и после воздействия низких температур.

**Материал и методы.** Клиническая группа включала 30 пациентов с верифицированным МС, средний возраст  $45,3 \pm 3,7$  года. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых добровольцев того же возраста. Пациенты клинической группы получали курс криотерапии по методике, включающей нахождение в предварительной камере при  $t^{\circ} -60^{\circ}C$  в течение 30 с, затем в основной камере при  $t^{\circ} -110-120^{\circ}C$  в течение 180 с. Процедуры отпускались повторно с интервалом 20 мин, ежедневно в течение 10 дней на аппарате CrioSpace Cabin. Материалом для исследования выбраны эритроциты венозной крови, где определяли концентрацию 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ), пировиноградной (ПВК) и молочной кислот (МК). Статистическую обработку проводили общепринятыми методами с определением средней арифметической, ошибки средней с использованием программы STADIA.

**Результаты.** Установлено, что после курса ОВКТ отмечается снижение 2,3-ДФГ на 48,2% относительно контроля, что свидетельствуют об уменьшении признаков

кислородного голодания. Отмечается снижение ПВК на 4,01%, при одновременном более значимом уменьшении МК на 19,6%. Можно полагать, что такая динамика свидетельствует об активации общего пути катаболизма и стимуляции процессов глюконеогенеза из МК под действием общей воздушной криотерапии, что покрывает потребности организма в эндогенной глюкозе. Степень выраженности тканевой гипоксии отражает коэффициент МК/ПВК. После ОВКТ отмечается его снижение на 38,9% относительно контроля. Полученные данные свидетельствуют о наличии тканевой гипоксии у пациентов с МС. После курса физиотерапевтического воздействия отмечается уменьшение признаков гипоксии на фоне активации метаболизма клеток крови.

**Вывод.** Развитие «холодового» стресса сопровождается стимуляцией адаптивных реакций, направленных на усиление обменных процессов в клетках крови. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный метод воздействия для лиц с нарушенной толерантностью к углеводам с целью повышения уровня адаптивного потенциала и сопротивляемости к гипоксическому фактору, т.к. дозозависимый «холодовой» стресс носит тренировочный характер для органов и адаптационных систем организма.

\* \* \*

## СТЕРЕОТИПНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЮНОШЕЙ О ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ

**Холмогорова Г.Т., Уфимцева Н.В.**

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Институт языкознания РАН, Москва, Россия

## STEREOTYPES OF YOUNG MEN ABOUT HEALTH AND ILLNESS

**Kholmogorova G.T., Ufimsteva N.B.**

National Research Center for Preventive Medicine; Institute of Linguistics of the Russia Academy of Sciences, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить существующие в сознании носителей русского языка стереотипные представления о том, что такое здоровье и болезнь, сформированные в процессе социализации в рамках данной культуры.

**Материал и методы.** 1. Свободный ассоциативный эксперимент. 2. Определение значения слова. 3. Эмоциональная оценка термина методом семантического интеграла с 9 парами определений и тремя шкалами эмоциональной оценки.

**Результаты.** Три термина «здоровье», «режим», «стенокардия» вызвали различную эмоциональную и рациональную оценку юношей 17—20 лет (испытуемые, Ии). Здоровье в основном связывается только с физическим состоянием, компонент психического и социального в их понимании отсутствует. И хотя здоровье рассматривается как «естественное состояние организма», подсознательно сформировано понятие здоровья как движения, активности и т.д. Следовательно, при создании санитарно-просветительных материалов (СПМ) для этой возрастно-половой группы необходимо помимо физической компоненты вводить понятия психического и социального в соответствии с определением ВОЗ и шире внедрять эти понятия в сознание молодых людей. Кроме того, необходимо всемерно преодолевать уже сложившееся потребительское отношение к здоровью, которое можно черпать бесконечно. Во всех СПМ должен делаться акцент на активных творческих усилиях человека по сохранению и укреплению здоровья, тем более что у молодых людей выявлено подсознательное понятие здоровья как движения, активности, радости. Молодых людей не следует пугать будущими болезнями, а надо всемерно подчеркивать положительные стороны здоровья, что согласуется с их собственными оценками. Слово «режим» вызвало положительно-нейтральную оценку и, к сожалению, у большинства Ии оно ассоциируется с насилием. Следовательно, в СПМ необходимо акцентировать внимание на положительных сторонах режима, его нравственных аспектах, его большой пользы для человека, тем более что оценку «спасающее» дали ему 63% Ии. Хотя почти все Ии не знали области применения термина «стенокардия», большинство из них дали ему отрицательную эмоциональную оценку. Вероятно, существующее подсознательное ощущение опасности вызвало негативную оценку. В СПМ для юношей необходимо усиливать это ощущение опасности, формировать противодействие ей. По-видимому, здесь правильнее было бы делать акцент не столько на самом заболевании, которое может развиваться через 15—20 лет, а на угрозе теперешнему здоровью, благополучию, радости, хорошей физической форме.

★ ★ ★

## АДАПТАЦИЯ К ГИПОКСИИ/ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА/ГИПОКСИЧЕСКИЙ ФИТНЕСС

Цветкова А.М., Парамонов В.А.

Клиника «Время красоты», центр тренинга «Гипоксический фитнесс», Москва, Россия

## ADAPTATION TO HYPOXIA/HYPOXIC TRAINING/HYPOXIC FITNESS

Tsvetkova A.M., Paramonov V.A.

Clinic «Time beauty», Training center «Hypoxic fitness», Moscow, Russia

Способность адаптации к гипоксии повышать неспецифическую устойчивость организма используется в клинике, на санаторно-курортном этапе лечения и реабилитации, в разных видах спорта. Гипоксическая тренировка стала доступной благодаря появлению гипоксикаторов — аппаратов, продуцирующих гипоксическую газовую смесь. Обоснование целесообразности адаптации к гипоксии не завершилось столь же качественной разработкой режима, что уменьшает ее достоинства. Предложенный подход — программирование управления гипоксической тренировкой. Исследовали динамику реагирования систем дыхания и кровообращения на развивающуюся гипоксемию. Изучили корреляционные связи параметров сердечно-сосудистой реактивности и дыхания с динамикой дезоксигенации гемоглобина, с продолжительностью произвольной задержки дыхания — пробой Штанге. Ввели дополнительный рабочий параметр — соотношение насыщения гемоглобина кислородом и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в условном выражении, обозначив его как индекс централизации кровообращения. Привязали продолжительность дыхания гипоксической газовой смесью к динамике реактивности сердечно-сосудистой системы. Создали программу

управления «Гипоксический фитнесс». Воспользовавшись аппаратом формул для оценки кровообращения, создали программу «Физиологический калькулятор «Кровообращение», позволяющую, используя собственную базу данных, идентифицировать реальные данные по отношению к «условной норме». Применили модули фирмы «Микролюкс» для измерения сатурации, ЧСС, индекса централизации кровообращения и индекса наполнения пульса в режиме онлайн с постоянным в течение сеанса тренировки выведением данных на монитор компьютера. Комплекс, включающий программу «Гипоксический фитнесс», «Физиологический калькулятор «Кровообращение», модули для измерения ведущих параметров, назвали автоматической системой управления «Гипоксический фитнесс+». Программа автоматически определяет продолжительность каждого гипоксического цикла, их количество в сеансе, общее время гипоксии и сеанса, позволяет вести онлайн-контроль гемодинамики как количественно, так и качественно. Продолжительность гипоксического цикла зависит от чувствительности сердечно-сосудистой реактивности и может занимать от нескольких до более десятка минут. Соответственно чувствительности ЧСС может демонстрировать изменение от нескольких до сотни процентов. Подбору более адекватной концентрации кислорода в гипоксической газовой смеси способствует контроль гемодинамики. Система может быть применена с любым гипоксикатором. Привязав режим гипоксической тренировки к индивидуальной чувствительности систем транспорта кислорода в реальном времени, АСУ «Гипоксический фитнесс+» оптимизировало и расширило возможности применения адаптации к гипоксии. В таком «виде» свойство адаптации к гипоксии повышать неспецифическую устойчивость организма может успешно применяться для первичной и вторичной профилактики неинфекционных заболеваний.

★ ★ ★

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА

Черкасова А.В., Осипова Е.М., Пчелкина Е.В.

Филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в CAO, Москва, Россия

## THE INCIDENCE OF BLOOD CIRCULATORY SYSTEM DISEASES IN POPULATION OF NORTHERN ADMINISTRATIVE DISTRICT OF MOSCOW

Cherkasova L.V., Osipova E.M., Pchelkina E.V.

Center for Hygiene and Epidemiology Northern Administrative District of Moscow, Moscow, Russia

В рамках проведения социально-гигиенического мониторинга Филиалом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Москве» в Северном административном округе (CAO) проводится анализ заболеваемости населения округа (дети, подростки, взрослые, взрослые старше трудоспособного возраста) по статистической форме №12

«Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». За последние годы (2009—2013 гг.) в округе отмечается увеличение общей заболеваемости среди взрослого населения, подростков, как впервые выявленной, так и распространенности, а также рост ее среди детского населения. Среди всех групп населения округа отмечается увеличение заболеваемости такими болезнями, как болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения (БСК), дыхания, пищеварения, а также болезнями эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ. Так, среди детского населения в динамике за 5 лет заболеваемость болезнями уха и сосцевидного отростка возросла на 40,3%, у подростков — на 78,7%, у взрослого населения — на 24,7%; заболеваемость БСК увеличилась среди детей на 23,1%, подростков — на 44,6%, взрослого населения — на 35,5%, у лиц старше трудоспособного возраста — на 41,2%. У подростков и взрослого населения отмечен значительный рост болезней эндокринной системы, расстройства питания, соответственно



в 2,1 раза, на 36,5%, в том числе ожирения у подростков в 3,3 раза. В структуре общей заболеваемости взрослого населения и населения старше трудоспособного возраста САО ведущее место принадлежит БСК, на долю которых приходится 24,8 и 36,3% соответственно (показатель на 1000 населения составил 309,29 и 523,85). Непосредственно в структуре заболеваемости БСК преобладают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (23,8%), болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов (34,2%), а также ИБС (20,9%). Уровни заболеваемости подростков болезнями эндокринной системы, в том числе ожирением, органов дыхания, в том числе хронических болезней и бронхиальной астмы, болезней органов пищеварения превышают средние московские показатели; среди взрослого населения превышение среднероссийских показателей отмечено по заболеваемости БСК, уха и сосцевидного отростка, болезням костно-мышечной системы, крови и кроветворных органов. Продолжают оставаться на уровнях выше московских показатели впервые выявленной заболеваемости почти по всем классам болезней среди детского населения округа. Основными факторами риска перечисленных заболеваний являются факторы окружающей среды как важнейшие составляющие суммарных рисков здоровью человека, обусловленные качеством, уровнем, образом и условиями жизни, а также неполноценным и несбалансированным питанием.

\* \* \*

## **ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ**

**Чернышев Б.М., Мингареев А.Д., Гуквич А.В.**

ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области», Калининград, Россия

## **THE INFLUENCE OF CLIMATIC CHARACTERISTICS OF THE KALININGRAD REGION ON THE INCIDENCE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, ACTIVELY DOING SPORTS**

**Chernyshev, B.M., Mingareev A.D., Gukovic A.V.**

Center of medical prevention and rehabilitation, Kaliningrad, Russia

**Цель исследования** — изучение причин наиболее часто регистрируемых заболеваний детей-спортсменов Калининградской области. Заболеваемость определялась в ходе периодических медицинских осмотров и по первичной обращаемости детей и подростков в отделение спортивной медицины ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации».

**Результаты.** Климат Калининградской области умеренно-континентальный. Среднегодовая температура +8 °С.

Средние температуры января от –3 до –5 °С, июля +20 °С. Осадков около 700 мм в год. Однако погода в регионе характеризуется крайней неустойчивостью и быстрой изменчивостью в течение дня. Период стабильной погоды с наиболее благоприятным сочетанием температуры, влажности воздуха, скорости ветра длится чуть более 100 дней, с начала июня до середины сентября. В течение года, чаще зимой, при взаимодействии разных воздушных масс над областью образуется примерно 160 атмосферных фронтов. Число дней, сопровождающихся осадками, достигает 180 дней в году. В регионе активно занимаются спортом около 60 000 детей и подростков. К числу наиболее массовых относятся виды спорта на открытом воздухе: легкая атлетика, игровые виды спорта, велосипедный спорт, гребля, парусный спорт и т.п. В составе ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» функционирует врачебно-физкультурный диспансер. В соответствии с нормативными требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 09.08.12 №613-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий» осуществляется диспансеризация и врачебный контроль за детьми, занимающимися физической культурой и спортом, изучаются причины заболеваемости, разрабатываются профилактические рекомендации. Анализ причин возникновения заболеваний выявил «сезонность» в обращении детей-спортсменов за медицинской помощью. По частоте заболеваний первое место уверенно занимают спортивные травмы — 29 случаев на 1000 человек. Из них травмы, вызванные падением, чаще случались при занятиях в дни, сопровождающиеся атмосферными осадками в виде дождя летом или снега зимой. Травмы — растяжения и разрывы связок чаще отмечались при погоде, характеризующейся резкими перепадами температур в течение дня в сочетании с высокой скоростью ветра. Такое сочетание микроклиматических параметров вызывает усиленную потерю тепла организмом. Далее следуют простудные заболевания, заболевания верхних дыхательных путей с частотой 24 случаев на 1000 человек; начало этих заболеваний также имеет связь с неблагоприятными погодными условиями. Наибольшее сокращение численности детей в спортивных секциях отмечается в периоды с плохими метеорологическими условиями. Травмы и простудные заболевания являются основной причиной самостоятельных и медицинских отказов от занятий спортом. Других установленных фактов метеозависимости детей, занимающихся спортом, не выявлено.

**Вывод.** Установлена связь увеличения частоты отдельных заболеваний юных спортсменов с неблагоприятными погодными условиями региона. Необходимо при организации тренировок учитывать климатические особенности региона. В дни с неблагоприятной погодой организовывать более строгий контроль за подбором упражнений, одежды, в особых случаях рекомендовать перенос занятий в закрытые помещения.

★ ★ ★

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г.

Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С., Пягай Н.Л.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМир, Москва, Россия

### DEMOGRAPHIC AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE PERSONS WHICH PASSED MEDICAL EXAMINATION OF CERTAIN GROUPS OF ADULT POPULATION IN THE MOSCOW REGION IN 2014

Shalyagin Yu.D., Ivanova E.S., Piagay N.L.

Moscow Regional Center of Medical Prevention, Moscow, Russia

В 2012 г. Минздрав России издал приказ №1006н от 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Основной целью диспансеризации, проводимой по данному порядку, является выявление ранних стадий и факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся в настоящее время основной проблемой для общественного здоровья, определяющих картину преждевременной смертности и инвалидизации населения Российской Федерации. Согласно этому порядку, в 2014 г. в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Московской области продолжалось проведение диспансеризации. Всего в течение 2014 г. первый этап диспансерного обследования прошли 1 003 639 человек. Из них 592 697 — (59%) женщины, 410 942 — (41%) мужчины. Лица, прошедшие диспансеризацию, по возрасту распределились следующим образом: 21—36 лет — 348 194 человека (35% от числа всех обследованных лиц), 39—60 лет — 416 099 (41%) и старше 60 лет — 239 346 (24%) человек. Число работающих граждан, прошедших диспансеризацию в 2014 г., составило 639 313 человек, неработающих — 340 209, число обучающихся в образовательных учреждениях по очной форме — 24 117 человек. В 2014 г. в ходе диспансеризации были обследованы 18 243 инвалида и участника Великой Отечественной войны, что приобретает особо важное значение в преддверии празднования 70-летия Победы, которое будет отмечаться в 2015 г. Из лиц, прошедших диспансеризацию в 2014 г., 184 235 (18%) проживают в сельской местности, и, таким образом, данное обследование сыграло большую роль в повышении доступности медицинской помощи для этой категории населения. По результатам диспансеризации в 2014 г. на диспансерное наблюдение были поставлены 178 989 человек, 202 088 пациентам было назначено лечение, 13 699 человек были направлены на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации, 1963 пациента были направлены для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, и 35 490 человек — на санаторно-курортное лечение. По результатам анкетирования граждан, прошедших диспансеризацию, которое было проведено среди 1200 человек, диспансеризацию считают полезным мероприятием 943 (78,5%) опрошенных, удовлетворены результатами ее проведения 774 (64,5%) человека; 735 (61%) человек из 1200 опрошенных намерены выпол-

нить полученные по результатам диспансеризации лечебные или диагностические предписания врача, а на вопрос анкеты «Намерены ли Вы вести здоровый образ жизни?» положительно ответили 648 (54%) опрошенных.

\* \* \*

## КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

Шахрай Е.О.<sup>1</sup>, Корнетов А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики», Россия, Томск; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

### CLINICAL AND ONTOGENETIC APPROACH TO THE ASSESSMENT OF PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATION OF DEPRESSION

Shakhrai E.O.<sup>1</sup>, Kornetov A.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Center for preventive medicine; <sup>2</sup>Siberian state medical university, Tomsk, Russia

Как известно, депрессия является наиболее распространенным психическим расстройством и входит в тройку самых частых медицинских состояний. Это определяет огромное число исследований данного заболевания в самых разных аспектах. Тем не менее проблема депрессии далека от решения. Одним из перспективных и вместе с тем недостаточно разработанных направлений в изучении депрессии является исследование ее онтогенетических аспектов. Речь идет об изучении клинических особенностей депрессивных состояний в разные возрастные периоды.

**Цель исследования** — выявление клинических особенностей депрессии по частоте ее основных и дополнительных симптомов в зависимости от фазы онтогенеза.

**Материал и методы.** Обследовали 600 больных депрессией в возрасте 15—24, 25—34, 35—44, 45—54, 44—64, 65 лет и старше (каждая возрастная группа состояла из 100 человек). Женщин было 420, мужчин — 180. Включение пациентов в исследование производили методом типического отбора в разных медицинских учреждениях. Диагностику депрессии и выявление синдромов осуществляли по МКБ-10. Учитывали следующие основные симптомы депрессии: снижение настроения, утрату интересов и удовольствия (ангедония), снижение энергии (анергия). Методы: структурированное психиатрическое интервью CIDI, шкалы депрессии Hamilton, Montgomery-Asberg, Zung, Beck и SCL-90, методы кластерного и дискриминантного анализа.

**Результаты.** Были сформированы пять групп пациентов с клиническими проявлениями, характерными для депрессии у подростков и юношей: эмоциональные проявления — ощущения печали, пустоты, безнадежности, вины, беспомощности, никчемности, пессимизм, когнитивные расстройства — неспособность принимать решения, ухудшение памяти и концентрации внимания, утрата интересов и удовольствия; соматические симптомы — потеря энергии, снижение двигательной активности, нарушения сна, аппетита, колебания массы тела, боли в голове, желудке, спине, суставах и мышцах; поведенческие расстройства — стремление к одиночеству, снижение успеваемости, прогулы занятий, беспокойство, раздражи-

тельность, злоупотребление психоактивными веществами; аутоагрессивные тенденции — суицидальные мысли, намерения, действия.

**Вывод.** Полученные данные могут стать основой разработки диагностического инструмента для оценки депрессивных расстройств в подростковом и молодом возрасте. Прикладное значение выделения «возрастных» совокупностей симптомов большой депрессии заключается в улучшении ее распознавания и повышении эффективности помощи лицам с этим распространенным психическим расстройством.

\*\*\*

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТА НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

**Шевцова В.И., Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.**

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России,  
Воронеж, Россия

## POSSIBILITIES FOR PREVENTION OF IODINE DEFICIENCY IN THE VORONEZH REGION

**Shevtsova V.I., Petrova T.N., Krasnorutskaya O.N.**

State Medical Academy N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

По данным литературы, Воронежская область относится к эндемичным по йододефициту регионам с 1960-х годов. Поскольку данная проблема имеет медико-социальную и экономическую значимость (затраты на лечение таких больных, выплата пособий по инвалидности), целесообразно изучение современного состояния распространенности йододефицита в Воронеже и Воронежской области для разработки эффективных программ профилактики.

**Цель исследования** — оценить распространенность йододефицитных состояний в Воронежском регионе и определить возможности их профилактики.

**Результаты.** Анализ заболеваемости населения, связанной с микронутриентной недостаточностью йода, свидетельствует, что среди данной группы заболеваний преобладает тиреоидит. Его удельный вес в структуре патологии щитовидной железы, связанной с йодной недостаточностью, составил 31,9%. На долю многоузлового зоба приходится 28,5%, диффузного зоба, связанного с йододефицитом, — 22,9%, субклинического гипотиреоза — 11,4%, тиреотоксикоза — 5,3%. Случаи синдрома врожденной йодной недостаточности зарегистрированы не были. Неблагоприятной особенностью динамики патологии щитовидной железы за последние пять лет является рост на 35,6% заболеваемости субклиническим гипотиреозом вследствие йодной недостаточности, тиреоидитом — на 28,7%, многоузловым зобом — на 23,7%. В то же время, за исследуемый период наблюдается снижение показателей заболеваемости тиреотоксикозом на 9,8%, диффузным зобом, связанным с йодной недостаточностью, — на 7,3%. При анализе показателей распространенности зоба и медианы йодурии по отдельным районам картина получилась достаточно пестрой и свидетельствовала о существенной неравномерности йодного обеспечения административных территорий области. Частота встречаемости зоба у жителей Воронежской области, т.е. зоба и

1-й, и 2-й степени превышает среднеобластные показатели в Бобровском, Богучарском, Бутурлиновском, Верхнехавском, Калачеевском, Кантемировском, Каширском, Новоусманском, Павловском, Петропавловском, Подгоренском, Репьевском, Таловском и Хохольском районах. К территориям «риска» по заболеваемости тиреоидитом отнесены 7 районов области: Бобровский, Верхнемамонский, Верхнехавский, Воробьевский, Павловский, Подгоренский и Хохольский. Идентифицированы районы области с функциональными отклонениями щитовидной железы на фоне снижения медианы йодурии от 25 до 80 мкг/л. При этом для 17 районов была характерна легкая степень йодного дефицита, для 15 — среднетяжелая.

**Вывод.** Ситуацию с йодным обеспечением в Воронежской и Воронежской области в целом можно расценить как легкую с тенденцией к трансформации в среднюю степень тяжести. Однако полученные результаты необходимо интерпретировать с учетом того, что оценка йодного обеспечения проводилась на фоне профилактики йодированной солью и велика вероятность искажения полученных данных, что требует более углубленного изучения.

\*\*\*

## МОДЕЛЬ ВЫЖИВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ, НА БАЗЕ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СМЕРТНОСТЬЮ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д.,  
Шерашова М.В.**

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## MODEL OF SURVIVAL FOR PERSONS EXPOSED TO RADIATION IN THE LONG TERM ON THE BASIS OF A 10-YEAR FOLLOW-UP FOR MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR DISEASES

**Sherashov V.S., Sherashova N.V., Deev A.D.,  
Sherashova M.V.**

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

На базе сравнительного проспективного когортного двухэтапного клинико-эпидемиологического исследования с промежуточным интервалом в 5 лет (1997—1999 и 2003—2005 гг.) у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПА) была выявлена иная, устойчиво действующая во времени, структура факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), где основную мощность для развития ССЗ представляли устойчивые признаки ночной гиперсимпатикотонии и фактор выраженности obstructивных изменений в мелких ветвях бронхиального дерева.

**Цель исследования** — оценка мощности новых факторов риска во влиянии на смертность ЛПА от ССЗ.

**Материал и методы.** Конечные точки в когорте ЛПА и группе контроля выявлялись ежегодно с помощью официальных запросов в ЗАГСы и другие компетентные органы в течение 10 лет с момента завершения первого этапа



клинико-инструментального исследования. По завершении этапа наблюдения за смертностью полученные данные прошли дополнительную независимую статистическую экспертизу.

**Результаты.** Получена высоко достоверная финальная модель мощности факторов, определяющих негативное развитие ССЗ. Наибольший шанс сердечно-сосудистой смертности имели ликвидаторы в отдаленном периоде после радиационного воздействия, имевшие признаки выраженной сердечной недостаточности  $ФК \geq III$  (NYHA), ( $M \pm m$ )  $\beta = 1,68 \pm 0,5$ ,  $RR = 1:5,4$ , и сопоставимого по мощности с сердечной недостаточностью фактора устойчивой выраженной ночной гиперсимпатикотонии  $\beta = 1,14 \pm 0,5$ ,  $RR = 1:3,1$ . В модель вошли дополнительно семь факторов, достоверно влияющих на негативный прогноз от ССЗ. Полученные результаты признаны медицинским изобретением.

**Вывод.** Полученные данные в отдаленном периоде после радиационного воздействия впервые позволяют достоверно подтвердить влияние устойчивых форм подкорковой дисрегуляции сердечной деятельности (ночная гиперсимпатикотония) на смертность лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Установлено, что негативная мощность фактора устойчивой ночной гиперсимпатикотонии для прогноза у таких пациентов сопоставима с общеизвестным фактором влияния сердечной недостаточности на смертность от ССЗ.

\*\*\*

## СЧИТАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ, И ЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## COUNTING FUNCTION ASSESSMENT OF THE NEGATIVE PROGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN INDIVIDUALS EXPOSED TO RADIATION IN THE LONG TERM, AND ITS PRACTICAL APPLICATION

Sherashov V.S., Sherashova N.V., Deev A.D., Sherashova M.V.

National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Результаты недавнего 10-летнего наблюдения за смертностью когорты ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) и в контрольной группе позволили выделить высоко достоверные детерминанты негативного прогноза от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), отличные от традиционной модели факторов риска ССЗ и их осложнений.

**Цель исследования** — разработка считающей функции в виде нового индекса SHERT, позволяющего в практическом применении легко оценивать риск смерти (РС) по

средством получения суммы баллов негативной мощности значимых факторов для эффективного проведения скрининга и обоснованного отбора таких пациентов с целью проведения им вторичной профилактики, базирующейся на методах доказательной медицины.

**Материал и методы.** Клинико-математические методы моделирования данных мощности новых и других значимых факторов риска негативного прогноза, полученных в течение 10 лет мониторинга смертности, начиная с момента завершения первого этапа клинико-инструментального исследования в когорте ЛПА и в контрольной группе.

**Результаты.** Шкала риска смерти (индекс SHERT) от ССЗ для лиц, подвергшихся воздействию радиации в отдаленном периоде, является прогрессивно возрастающей величиной и вычисляется по соответствию сумме баллов, получаемых простым арифметическим методом сложения в результате клинической оценки практическим врачом строго определенных показателей состояния пациента. По мере увеличения суммы баллов до 3,5, РС возрастает в 2 раза, до 4,5 баллов — в 8 раз, более 4,5 баллов — в 24 раза. Полученные результаты признаны медицинским изобретением.

**Вывод.** На базе финальной модели мощности факторов негативного прогноза разработана шкала риска смерти от ССЗ для лиц, подвергшихся воздействию радиации в отдаленном периоде (индекс SHERT), позволяющая практическому врачу проводить эффективный скрининг и вторичные профилактические мероприятия среди таких пациентов.

\*\*\*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЯРОСЛАВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ИХ ОТНОШЕНИЕ К МЕРАМ АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Шиголев В.Н., Гамаянова С.В.

Ярославский государственный медицинский университет; Областной центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения ЯО, Ярославль, Россия

## PREVALENCE OF TOBACCO SMOKING AMONG STUDENTS OF YAROSLAVL STATE MEDICAL UNIVERSITY AND THEIR ATTITUDE TO THE NATIONAL ANTITOBACCO LEGISLATION

Shchigolev V.N., Gamayanova S.V.

Yaroslavl State Medical University; Medical Prevention Center of Department of Health of Yaroslavl province, Yaroslavl, Russia

**Цель исследования** — изучить распространенность табакокурения, отношение к курению и мерам антитабачного законодательства студентов Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ) и предложить меры по применению антитабачного законодательства.

**Материал и методы.** Проведено социологическое исследование методом анонимного анкетирования студентов ЯГМУ. В анкетировании приняли участие 212 студентов, из них девушки составили 53%, юноши — 47%. Распределение респондентов по возрасту было следующим:

20—22 года — 76,4%, 23—24 года — 11,3%, 25 лет и старше — 12,3%. Для оценки результатов использовали статистический и аналитический методы.

**Результаты.** Среди всех опрошенных проблему табакокурения считают актуальной 76% юношей и 82% девушек. Важно отметить, что среди всех опрошенных студентов 28% являются активными курильщиками. Из общего числа наблюдений курят 36% юношей и 21% девушек. При этом уверенно ответили, что будут продолжать курить и в будущем 23% юношей и 12% девушек. Тем не менее 51% юношей и 41% девушек заявили, что постараются себя ограничивать в количестве выкуренных сигарет в течение суток, а 31% юношей и 47% девушек уже сейчас задумываются о прекращении табакокурения. На вопрос об опасности пассивного курения уровень осведомленности студентов варьировал достаточно широко: только 60% юношей считают, что это наносит вред окружающим, в то время как 98% девушек хорошо осведомлены об опасности пассивного курения. Значительная разница выявлена среди студентов касательно вопроса куре-

ния в общественных местах: 78% девушек поддерживают запрет, в то время как только 38% юношей положительно оценивают такое требование закона. Только менее трети опрошенных студентов (29% юношей и 18% девушек) смогли заметить результаты реализации национального антитабачного закона в Ярославле — запрет рекламы табачной продукции, запрет курения в местах общественного питания, на лестничных площадках. Большая же часть (32%) вообще не заметили каких-либо усилий в этом направлении.

**Вывод.** Процент курильщиков среди студентов ЯГМУ высок и почти не отличается от такового в общей популяции. Важно придать большую значимость для студентов ЯГМУ вопросам изучения национального законодательства, отойти от формального изучения закона и перейти к его реальному применению на практике, усилить ответственность за неисполнение №15-ФЗ студентами медицинского университета. Рекомендовать для внедрения опыт ВОЗ, где все сотрудники свободны от пагубной привычки табакокурения.

★ ★ ★

## ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Юсупов Д.М., Камилова У.К.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Фергана, Ташкент, Узбекистан

## PROGNOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Yusupov D.M., Kamilova W.K.

Ferghana branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medical Care, «Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Therapy and Rehabilitation», Fergana, Tashkent, Uzbekistan

**Цель исследования** — оценить показатели нарушений ритма сердца на прогноз жизни у больных, перенесших первичный острый инфаркт миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Обследованы 62 больных (мужчины) с первичным Q-волновым ИМ в возрасте 31—55 лет (средний возраст  $48,61 \pm 6,76$  года). На стационарном этапе лечение больных осуществляли в соответствии с рекомендациями по ведению больных ИМ с элевацией сегмента ST. Конечными точками через 6 мес у обследованных больных были значимые клинические исходы: повторный нефатальный и фатальный ИМ, смерть, появление или прогрессирование признаков сердечной недостаточности или дестабилизации ИБС, потребовавшие госпитализации.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал, что у 12 (19,4%) обследованных больных течение острого периода заболевания осложнилось развитием

клинических признаков сердечной недостаточности (Killip, класс II—IV), в том числе II класса — в 7 (58,3%), III класса — в 4 (35,3%), IV класса (кардиогенный шок) — в 1 (8,3%) случаях. У 2 (3,2%) больных в течение первых 2-х суток ОИМ развилась фибрилляция желудочков (ФЖ). После перевода из отделения кардиореанимации клинические признаки недостаточности кровообращения (НК) — ФК NYHA II—III наблюдались у 29 (46,7%). У 29 (36,3%) больных отмечалось раннее возобновление приступов стенокардии (РПИС). У 60 (96,8%) больных определялись нарушения ритма сердца, в том числе, согласно классификации J. Bigger, потенциально опасные желудочковые аритмии (ПОЖА) регистрировались у 12 больных — в 19,3% случаев, при этом в 4 случаях (33,3%) ПОЖА встречалась у больных с фракцией выброса (ФВ) 30—40%. Конечные точки в зависимости от характера аритмии и исходной ФВ оценивались через 6 мес наблюдения. Анализ показал, что за 6 мес наблюдения отмечено развитие повторных ИМ в 8 случаях, в том числе 2 фатальных и 6 нефатальных, а также 1 внезапная смерть. У обследованных больных с исходной ФВ 30—40% отмечено 4 случая повторного ИМ, из них 2 случая фатального ИМ в группе с ПОЖА. Среди больных с исходной ФВ 40—50% зарегистрирована 1 внезапная смерть у пациента с ПОЖА и 3 случая повторного ИМ. Среди пациентов с сохранной сократительной способностью миокарда (ФВ более 50%) отмечался 1 случай повторного ИМ в группе больных с наличием ПОЖА. Наличие исходно ПОЖА статистически достоверно оказывало влияние на развитие повторного ИМ: так, в группе с ПОЖА в 25% случаев развился повторный ИМ, причем во всех случаях он завершился летальным исходом.

**Вывод.** У больных острым ИМ наличие низкой ФВ и ПОЖА являются неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на прогноз заболевания.

★ ★ ★

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Яблонский П.К., Суховская О.А., Смирнова М.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

## GENETIC CHARACTERISTICS OF TOBACCO DEPENDENCE FORMATION

Yablonsky P.K., Sukhovskaya O.A., Smirnova M.A.

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, Russia

В популяционных исследованиях методами клинической генетики установлено, что вклад генетической компоненты в формирование табачной зависимости составляет от 40 до 60%. Никотин, как и другие психоактивные вещества, вызывает высвобождение дофамина в прилежащем ядре (*nucleus accumbens*) головного мозга, что является основным фактором, формирующим зависимость от табака. Помимо дофамина, никотин способствует высвобождению и других нейромедиаторов. Гены, кодирующие структуру рецепторов, транспортеров, ферментов синтеза/деградации нейромедиаторов, являются генами-кандидатами, обуславливающими формирование курительного поведения и влияющими на успешность отказа от табакокурения (ТК). Выделяют следующие группы генов, задействованных в метаболизме никотина: гены системы никотиновых ацетилхолиновых рецепторов; дофаминергической системы; серотонинергической системы; семейства цитохром Р-450.

**Цель исследования** — изучить взаимосвязь полиморфизмов в генах, кодирующих структуру дофаминовых рецепторов и эффективности отказа от потребления табака.

**Материал и методы.** Полиморфизмы генов дофаминовых рецепторов (DRD1 rs4532, DRD2 rs 1079597, DRD3 rs 6280, DRD4 дупликация 120 пар оснований) и DAT (DAT 1 40 нуклеотидный повтор и 30 нуклеотидный повтор) определяли с помощью метода выделения ДНК — фенолхлороформной экстракции.

**Результаты.** Исследование генов, кодирующих структуру рецепторов дофамина и обратного захвата дофамина, показало ассоциацию генов *DRD4* и степени никотиновой зависимости; тенденцию к взаимосвязи полиморфизмов в генах *DRD2-DRD3* и длительности воздержания от табака в течение 6 и более мес. Имелись различия по аллелям полиморфизма rs4532 в гене *DRD1* в зависимости от возраста начала курения. При раннем начале ТК чаще встречался аллель AG, в то время как при более позднем начале регулярного ТК (с 18 лет) чаще определялся аллель AA (AG=50% и 12,5%; AA=41,7% и 87,5% соответственно). Исследование различных типов поведения, связанного с ТК, и частот аллелей DAT1, DRD1—DRD4 выявили ассоциации некоторых полиморфизмов с такими чертами характера, как «поиск новизны», «интроверсия» и «депрессия».

**Вывод.** Определены некоторые генотипические особенности, обусловленные полиморфизмами генов, кодирующих структуры дофаминовых рецепторов и гена обратного захвата дофамина, затрудняющие отказ от курения, а также влияющие на поведение человека, ассоциированное с табакокурением.

\*\*\*

## КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Якусевич В.В.<sup>1</sup>, Позднякова Е.М.<sup>1</sup>, Лукьянов М.М.<sup>2</sup>,  
Марцевич С.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Медицинский университет, Ярославль; <sup>2</sup>Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

## COMORBIDITY IN AMBULATORY PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Yakusevich V.V.<sup>1</sup>, Pozdnyakova E.M.<sup>1</sup>,  
Loukianov M.M.<sup>2</sup>, Martsevich S.Yu.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medical University, Yaroslavl; <sup>2</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

**Цель исследования** — изучить частоту наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в реальной амбулаторной практике.

**Материал и методы.** Анализ амбулаторных карт выборки ( $n=215$ ), составляющей 100% пациентов с ФП, обратившихся с 01.01 по 31.12.13 в одну из районных поликлиник Ярославля и включенных в регистр РЕКВАЗА ФП-Ярославль.

**Результаты.** У подавляющего большинства пациентов ФП протекала на фоне выраженной сердечно-сосудистой патологии, подтвержденной адекватными методами обследования. В первую очередь это касалось артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности, которые были диагностированы у 208 (96,7%) и 191 (91,6%) соответственно. Диагноз ишемической болезни сердца фигурировал в медицинской документации у 196 (91,2%) больных, причем в 42 случаях он сочетался с поражением митрального клапана. Указания в анамнезе на перенесенные ревмокардит и миокардит отмечены в 13 и 2 случаях соответственно. У 25 (11,6%) человек диагностирована кардиомиопатия различной формы. Наиболее частыми осложнениями ФП служили мозговой инсульт и транзиторная ишемическая атака (ТИА). Так, ишемический инсульт на фоне ФП перенесли 47 (21,9%) больных, 6 из них повторно. ТИА в анамнезе присутствовала в 7 случаях (3,3%). Обращает внимание, что хотя у 53 (24,7%) больных диагностировано то или иное поражение щитовидной железы, указания на ее гиперфункцию как причину ФП отмечено только в трех амбулаторных картах. Основным диагнозом у таких больных являлся диффузный эндемический зоб, видимо, связанный с йододефицитом в районе проживания. Из экстракардиальной патологии наиболее распространенными оказались заболевания органов пищеварения. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гастрит, холецистит, панкреатит, гепатит, желчнокаменная болезнь и их сочетания были диагностированы в 131 (60,9%) случае. С учетом пожилого возраста большинства пациентов для изученной выборки было достаточно типичным нарушение углеводного обмена. Диагноз сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе были установлены в 49 случаях (23,0%), т.е. практически у 1/4 больных. Почти с такой же частотой были представлены хронические болезни органов дыхания (бронхиальная астма, ХОБЛ и другие) и патология почек и мочевыводящих путей. Они были диагностированы у 51 (23,7%) и 58 (27,0%) лиц с



ФП. Наконец, у 31 (14,4%) больного фигурировал диагноз онкологического заболевания различной локализации и степени тяжести.

**Вывод.** Группу пациентов с ФП характеризует высокий уровень коморбидности. Эта ситуация может вызывать проблемы в лечении таких больных, связанные, в первую очередь, с политерапией. В свою очередь, характеристика наиболее типичных заболеваний у пациентов с ФП позволяет рационально планировать различные, прежде всего фармакоэкономические, аспекты практического здравоохранения.

\* \* \*

## ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОДНОМ ИЗ ТИПИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

Якушин С.С., Филиппов Е.В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

## ECONOMIC BURDEN OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN ONE OF THE TYPICAL RUSSIAN REGIONS

Iakushin S.S., Filippov E.V.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Экономические потери от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в США составляют 1—3% валового внутреннего продукта. Непрямые потери могут быть в 4 раза больше. В Китае прямой ущерб от ССЗ оценивается в 4% валового национального дохода (40 млрд долларов). За 10-летний период стоимость мировой помощи пациентам

с повышенным артериальным давлением составила 1 трлн долларов.

**Цель исследования** — оценить экономические потери от ССЗ в Рязанской области.

**Материал и методы.** Счет экономических потерь проводился как на основании данных официального статистического учета, так и на основании данных, полученных в исследовании МЕРИДИАН-РО. В это исследование были включены 1622 человека в возрасте 25—64 года без диагностированной коронарной болезни сердца (КБС) (средний возраст составил  $43,4 \pm 11,4$  года, 46,2% мужчин) отобранных случайным образом. Оценивалось количество инвалидов, их экономические и социальные параметры, количество листов нетрудоспособности и основные их причины в течение года, предшествующего исследованию.

**Результаты.** При подсчете непрямых потерь от ССЗ в Рязанском регионе было выявлено, что они составляют 4,9% валового регионального продукта. Ежегодная упущенная выгода в производстве валового регионального продукта от смертности составила 24 585 250,8 евро, инвалидности — 4 560 915,9 евро, заболеваемости — 10 013 610,3 евро. Общие экономические потери от ССЗ — 39 159 777,0 евро. Более половины (54,7%) всех непрямых потерь от ССЗ были связаны со смертностью, остальные потери распределяются приблизительно поровну между инвалидизацией (23%) и заболеваемостью (22,3%).

**Вывод.** Непрямые экономические потери от ССЗ в пересчете на одного жителя Рязанской области оказались очень высокими и составили в 2012 г. 4,9% ВРП. Наибольший вклад в них вносит смертность (54,7%), что влечет за собой необходимость активизации профилактических и лечебных мероприятий по снижению ее уровня в Рязанском регионе.

★ ★ ★

## СОДЕРЖАНИЕ

- АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ИХ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ  
*Алексеенко С.Н., Дробот Е.В.*
- МНОГОФАКТОРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ  
*Андрианова О.Л., Мирсаева Г.Х., Мухетдинова Г.А., Максютова Л.Ф.*
- РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОЗИРОВАННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ  
*Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К., Тагаева Д.Р.*
- АНАЛИЗ ВРЕМЕНИ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Акулова О.А.*
- ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
*Александрова Л.М., Грецова О.П., Калинина А.М.*
- ВЛИЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ЧАСТОТУ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПОЧКИ В РОССИИ  
*Александрова Л.М., Грецова О.П., Калинина А.М., Петрова Г.В., Старинский В.В., Каприн А.Д., Бойцов С.А.*
- МОНИТОРИНГ ХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
*Александровский А.А., Балькова Л.А., Лещанкина Н.Ю., Колпаков Е.В.*
- ВИТАМИН D ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ  
*Алексеева Н.С.*
- ВИТАМИН D ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
*Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И.*
- КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И БИСОПРОЛОЛОМ  
*Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Абдуллаев Х.Х., Собиржанова З.Т., Бабаев М.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р.*
- ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ  
*Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М., Молчанова О.В., Лерман О.В.*
- СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА: КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ  
*Анисимов А.В., Анисимова О.О., Заводчикова М.Г.*
- 3 ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF YOUNG PEOPLE AND THEIR COMMITMENT TO THE HEALTHY LIFESTYLE  
*Alekseenko S.N., Drobot E.V.*
- 3 MULTIFACTORIAL APPROACH IN TREATING OBESITY  
*Andrianova O.L., Mirsaeva G.Kh., Mukhetdinova G.A., Maksutova L.F.*
- 4 REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE BY EXERCISE STRESS  
*Abdullayev A.Kh., Allawi B.A., Tulyaganova D.K., Tursunbaev A.K., Tagaeva D.R.*
- 4 THE ANALYSIS OF THE PERIOD OF SEEKING MEDICAL CARE AT THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN POPULATION OF THE KURGAN REGION  
*Akulova O.A.*
- 5 DETECTION OF MALIGNANT NEOPLASMS OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION  
*Aleksandrova L.M., Gretsova O.P., Kalinina A.M.*
- 6 IMPACT OF PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATION ON THE RATE OF KIDNEY CANCER DETECTION IN RUSSIA  
*Aleksandrova L.M., Gretsova O.P., Kalinina A.M., Petrova G.V., Starinsky V.V., Kaprin A.D., Boytsov S.A.*
- 6 MONITORING OF CHOLESTEROLEMIA IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME  
*Alexandrovsky A.A., Balykova L.A., Leshchankina N.Yu., Kolpakov E.V.*
- 7 VITAMIN D AT THE METABOLIC SYNDROME  
*Alekseeva N.S.*
- 7 VITAMIN D AT DEPRESSIONS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME  
*Alekseeva N.S., Salmina-Khvostova O.I.*
- 8 CARDIORENAL RELATIONS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE UNDER LONG-TERM TREATMENT WITH CARVEDILOL AND BISOPROLOL  
*Allawi B.A., Aliakhunova M.Yu., Abdullaev H.H., Sobirjanova Z.T., Babaev M.A., Iskhakov Sh.A., Tursunov R.R.*
- 9 RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH STABLE ARTERIAL HYPERTENSION WITH EFFECTIVENESS OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY  
*Andreeva G.F., Deev A.D., Gorbunov V.M., Molchanova O.V., Lerman O.V.*
- 9 MODERN PREVENTION: KEY ISSUES AND FUTURE CHALLENGES  
*Anisimov A.V., Anisimova O.O., Zavodchikova M.G.*

- ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПАРАДИГМЕ ЗДОРОВЬЕЦЕНТРИЗМА  
*Анисимов А.В., Анисимова О.О., Заводчикова М.Г.*
- ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПИТЬЕВОГО ОБЪЕМА НА РЕОЛОГИЮ КРОВИ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ НАТИВНОГО ПРЕПАРАТА  
*Анисимова О.О., Грудай О.В., Морылева О.Н., Анисимов А.В.*
- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТЯНИЕ КРОВИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ-КРИТЕРИЙ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОРГАНИЗМА  
*Анисимова О.О., Морылева О.Н., Анисимов А.В., Грудай О.В.*
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
*Аралова М.В.*
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 г.  
*Афанасьева Е.А., Иванова Е.С., Шлягин Ю.Д.*
- ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ  
*Балтабаев С.А., Кулдашев Т.А., Азизов С.В.*
- ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И СВЕРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ  
*Балтабаев С.А., Кулдашев Т.А., Азизов С.В.*
- АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ  
*Балтахинова М.Е., Климова Т.М., Федорова В.И., Федоров А.И.*
- ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ЮНЫХ АТЛЕТОВ  
*Балькова Л.А., Ивянский С.А., Урзьева А.Н., Шекина Н.В., Калабкин Н.Н.*
- ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Батурин А.К., Погожева А.В., Егоренкова Н.П., Левин Л.Г., Аристархова Т.А., Сото Х.С., Денисова Н.Н., Солнцева Т.Н., Аleshina И.В., Тоболева М.А., Редзюк Л.А.*
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ  
*Болотова Е.В., Самородская И.В., Комиссарова И.М.*
- АНАЛИЗ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013—2014 гг.  
*Борисова Л.П., Петрова Т.Н.*
- ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СОННЫХ И БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МСЧ  
*Бритов А.Н., Беда Н.П., Елисеева Н.А., Ершова А.И.*
- 10 EPIDEMIOLOGY OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE PARADIGM OF HEALTH  
*Anisimov A.V., Anisimova O.O., Zavodchikova M.G.*
- 10 THE STUDY OF INFLUENCE OF DRINKING ON BLOOD RHEOLOGY BY MICRISCOPY OF NATIVE PREPARATION  
*Anisimova O.O., Gruday O.V., Moryleva O.N., Anisimov A.V.*
- 11 FUNCTIONAL STATE OF THE BLOOD AS THE PROGNOSTIC SCREENING CRITERIUM OF THE ADAPTIVE CAPACITY  
*Anisimova O., Moryleva O., Anisimov A., Gruday O.*
- 11 THE PREVALENCE AND STRUCTURE OF TROPIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES  
*Aralova M.V.*
- 13 PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG ADULT POPULATION ADMITTED TO THE HEALTH CENTERS IN MOSCOW REGION IN 2014  
*Afanasieva E.A., Ivanova E.S., Shalyagin Yu.D.*
- 14 INFLUENCE OF MEDICAL DANCE EXERCISE ON INDICES OF IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS  
*Baltabaev S.A., Kuldashev T.A., Azizov S.V.*
- 14 INFLUENCE OF MEDICAL DANCE EXERCISE ON LIPID METABOLISM AND BLOOD COAGULATION IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY  
*Baltabaev S.A., Kuldashev T.A., Azizov S.V.*
- 15 ADAPTIVE CAPACITY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AND MULTIPLE METABOLIC DISORDERS  
*Baltakhinova M.E., Klimova T.M., Fedorova V.I., Fedorov A.I.*
- 15 DIAGNOSTICS OF PATHOLOGICAL MYOCARDIUM REMODELLING IN YOUNG ATHLETS  
*Balykova L.A., Ivyansky S.A., Urzyaeva A.N., Schekina N.V., Kalabkin N.N.*
- 15 EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS DISORDERS FOR IDENTIFYING CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS  
*Baturin A.K., Pogozeva A.V., Egorenkova N.P., Levin L.G., Aristarkhova T.A., Soto H.S., Denisova N.N., Solntseva T.N., Aleshina I.V., Tobileva M.A., Redzyuk L.A.*
- 17 PREVALENCE OF COMORBID PATHOLOGY IN OBESE INDIVIDUALS LIVING IN RURAL AREA OF THE KRASNODARSKY REGION  
*Bolotova E.V., Samorodskaya I.V., Komissarova I.M.*
- 17 ANALYSIS AND DYNAMICS OF INCIDENCE OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE VORONEZH REGION OVER 2013—2014  
*Borisova L.P., Petrova T.N.*
- 18 DETECTION THE EARLY ATHEROSCLEROTIC ALTERATIONS OF CAROTID AND FEMORAL ARTERIES OF THE CAPABLE MEN IN THE PLANT OUT-PATIENT DEPARTMENT  
*Britov A.N., Beda N.P., Eliseeva N.A., Ershova A.I.*



- ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК РЕСУРСА, ПОПУЛЯРИЗИРУЮЩЕГО ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ  
*Валиуллина А.А., Макарова И.В.*
- 18 RESEARCH OF VOLUNTEER ACTIVITIES AS A RESOURCE OF HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION  
*Valiullina A.A., Makarova I.V.*
- СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ  
*Викторова И.А., Лисняк М.В.*
- 19 THE IMPROVEMENT OF NON-DRUG TREATMENT OF PATIENTS' WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION AND ANXIETY  
*Viktorova I.A., Lisnyak M.V.*
- СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ  
*Викторова И.А., Коншу Н.В.*
- 19 STRATIFICATION OF THE RISK OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH FAMILY HYPERMOBILITY OF JOINTS  
*Viktorova I.A., Konshu N.V.*
- СЕЗОННЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
*Волков Д.А., Смирнова М.И., Горбунов В.М., Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Деев А.Д., Кошеляевская Я.Н., Белова Е.Н., Калинина А.М., Долотовская П.В., Довгалевский П.Я., Фурман Н.В., Пучиньян Н.Ф.*
- 20 SEASONAL DIFFERENCES IN CIRCADIAN BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH WELL-CONTROLLED HYPERTENSION  
*Volkov D.A., Smirnova M.I., Gorbunov V.M., Boytsov S.A., Loukianov M.M., Deev A.D., Koschelyaevskaya Ya.N., Belova E.N., Kalinina A.M., Dolotovskaya P.V., Dovgalevskij P.Ya., Furman N.V., Puchin'yan N.F.*
- РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Вольнская И.И., Лихачева Н.В., Паньковская О.И.*
- 20 THE ROLE OF THE HEALTH CENTER IN IDENTIFYING THE RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES  
*Volynskaya I.I., Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I.*
- ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ВСЕХ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА  
*Вольфсдорф Е.И., Горчакова М.И.*
- 21 PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE FOR ALL PARTICIPANTS OF EDUCATIONAL PROCESS  
*Volfsdorf E.I., Gorchakova M.I.*
- ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Воронина Е.Г., Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.*
- 22 EFFECTS OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE HEALTH OF THE VORONEZH REGION  
*Voronina E.G., Petrova T.N., Krasnorutskaya O.N.*
- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СИНДРОМА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ  
*Гаврилова Е.С., Яшина Л.М., Яшин Д.А.*
- 23 EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON PREVALENCE OF BIOLOGICAL RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES, ANXIETY AND DEPRESSION, AND THEIR INTERCONNECTION WITH METABOLIC DISORDERS AMONG YOUNG POPULATION  
*Gavrilova E.S., Yashina L.M., Yashin D.A.*
- ПРИМЕНЕНИЕ КСИМЕДОНА, ДИМЕФОСФОНА И ПОЛИОКСИДОНИЯ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
*Газизов Р.М., Еникеева Л.М., Климова Н.А., Ситдикова Р.Н., Хафизова М.М.*
- 23 THE USE OF XYMEDON, DIMEPHOSPHON AND POLYOXIDONIUM IN THE SECONDARY PREVENTION OF CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE  
*Gazizov R.M., Enikeeva L.M., Klimova N.A., Sitdikova R.N., Chafizova M.M.*
- ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД  
*Газизов Р.М., Ацель Е.А., Крохина Е.Ю., Нургатина Э.Р., Щедова Е.А.*
- 25 THE RISK FACTORS FOR CORONARY HEART DISEASE IN WORKERS OF LOCOMOTIVE CREWS  
*Gazizov R.M., Acel E.A., Krochina E.Yu., Nurgatina E.R., Shedova E.A.*
- ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Гамаянова С.В.*
- 25 TENDENCIES IN DIETARY HABITS OF ADULTS IN YAROSLAVL REGION  
*Gamayanova S.V.*
- СТРЕСС В СЕМЬЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25—64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)  
*Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В.*
- 26 FAMILY STRESS AND RISK OF HYPERTENSION AND STROKE IN FEMALE POPULATION AGED 25—64 YEARS IN RUSSIA/SIBERIA (WHO EPIDEMIOLOGICAL PROGRAM MONICA-PSYCHOSOCIAL STUDY)  
*Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V.*

- СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25—64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ») *Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В.* 27
- ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Герасименко О.Н., Шпагина Л.А., Дробышев В.А., Шпагин И.С., Сухатерина Н.А., Севастьянова Т.Н.* 27
- ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА *Голованова Е.В.* 28
- ЦИКЛИЧЕСКИЕ И СИЛОВЫЕ НАГРУЗКИ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Головунина И.С., Макарова М.Р., Мухарлямов Ф.Ю.* 28
- РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ) *Гомова Т.А., Кушунина Д.В., Соин И.А., Измайлова О.В., Калинина А.М.* 29
- ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АТЕРОТРОМБОЗА У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА *Гомыранова Н.В., Метельская В.А., Ткачева О.Н., Озерова И.Н., Перова Н.В.* 30
- НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ *Горшков А.Ю.* 30
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ И СТАРШЕКУРСНИКОВ *Григорович М.С., Ощепков Д.С., Безматерных К.В., Малышева О.Г.* 31
- СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ *Грушина Т.И.* 31
- ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ *Гукочич А.В., Чернышев Б.М., Мингареев А.Д.* 32
- РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Данилова Е.С., Потемкина Р.А., Соловьев Д.А., Усова Е.В., Попович М.В.* 33
- ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ОДНА ИЗ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Дмитриева О.В., Казаева О.В.* 33
- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ *Дробот Е.В., Алексеенко С.Н.* 34
- JOB STRESS AND RISK OF HYPERTENSION AND STROKE IN FEMALE POPULATION AGED 25—64 YEARS IN RUSSIA/SIBERIA (WHO EPIDEMIOLOGICAL PROGRAM MONICA-PSYCHOSOCIAL STUDY) *Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V.* 27
- FEATURES METABOLIC ABNORMALITIES IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION *Gerasimenko O.N., Shpagina L.A., Drobyshev V.A., Shpagin I.S., Suhaterina N.A., Sevastyanova T.N.* 27
- PREVENTION OF COLORECTAL CANCER *Golovanova E.V.* 28
- CYCLIC AND POWER EXERCISE AS A MEANS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION *Golovunina I.S., Makarova M.P., Mukharlyamov F.Yu.* 28
- REGIONAL EXPERIENCE OF PHYSICIANS' ACTIVITY ESTIMATION DURING DISPENSARY FOLLOW-UP (PATIENTS' OPINION) *Gomova T.A., Kushunina D.V., Soin I.A., Izmaylova O.V., Kalinina A.M.* 29
- ARTERIAL STIFFNESS AND ATHEROTHROMBOSIS BIOCHEMICAL PARAMETERS IN SUBJECTS DIFFERING BY AGE *Gomyranova N.V., Metelskaya V.A., Tkacheva O.N., Ozerova I.N., Perova N.V.* 30
- NEW METHOD OF ENDOTHELIAL FUNCTION ESTIMATION *Gorshkov A.Yu.* 30
- COMPARATIVE EVALUATION OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES RISK FACTORS PREVALENCE AMONG FIRST-YEAR STUDENTS AND UNDERGRADUATES *Grigorovich M.S., Oshchepkov D.S., Bezmaternykh K.V., Malysheva O.G.* 31
- MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF BREAST CANCER PATIENTS OF III CLINICAL GROUP *Grushina T.I.* 31
- FEATURES OF HYGIENIC EDUCATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS ATHLETES IN KALININGRAD REGION *Gukovic A.V., Chernyshev B.M., Mingareev A.D.* 32
- REALIZATION OF REGIONAL PROGRAMMES FOR THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES *Danilova E.S., Potemkina R.A., Solovyev D.A., Usova E.V., Popovich M.V.* 33
- HYGIENIC EDUCATION OF THE POPULATION AS ONE OF THE TECHNOLOGIES FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES PREVENTION *Dmitrieva O.V., Kazaeva O.V.* 33
- FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: IMPACT ON INDICATORS OF STUDENTS' RESILIENCE *Drobot E.V., Alekseenko S.N.* 34

- НЕКОТОРЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У СТУДЕНТОВ  
*Дробот Е.В.*
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКО-ЧАСТОТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ  
*Дробышев В.А., Севастьянова Т.Н.*
- МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ДИНАМИКЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ  
*Дробышев В.А., Лазарева Э.Ш.*
- ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
*Дроздова Л.Ю., Кушунина Д.В., Егоров В.А.*
- РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ  
*Дудникова А.В.*
- ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У СТУДЕНТОВ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА С УЧЕТОМ ПОЛА  
*Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Коновалова Н.М., Подушинский А.Ю.*
- СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ СТУДЕНТОВ  
*Евсевьева М.Е., Еремин М.В., Деревянникова Е.В., Маркова Е.Ю., Фурсова Е.Н.*
- АССОЦИАЦИИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТЬЮ У ПОЖИЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ МОСКВЫ (ИССЛЕДОВАНИЕ SAHR)  
*Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Муromtseva Г.А., Константинов В.В., Туаева Е.М., Смирнов Д.А., Деев А.Д., Шальнова С.А.*
- СОЗДАНИЕ НОВЫХ СТРУКТУР ПРОФИЛАКТИКИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ  
*Егорушин Ю.М., Степанова В.А., Мидленко И.И., Яркова О.Н., Нefeldov А.В., Смирнов П.С.*
- ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ  
*Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Есина М.В.*
- ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
*Жолобов В.Е., Винтухова Л.В., Бредихина Е.И.*
- ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ (В РАМКАХ РЕГИСТРА ЛИС-2)  
*Журавская Н.Ю., Кутышенко Н.П., Марцевич С.Ю.*
- 34 SOME PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF THE SYNDROME OF A VEGETATIVE DYSTONIA AT STUDENTS  
*Drobot E.V.*
- 35 EFFECTIVENESS OF EXTREMELY HIGH-FREQUENCY THERAPY IN PATIENTS WITH ALIMENTARY OBESITY  
*Drobyshev V.A., Sevastyanova T.N.*
- 35 MONITORING OF CARDIO-RESPIRATORY DISEASES RISK FACTORS IN YOUNG MEN WITH HIGH NORMAL PRESSURE IN THE HEALTH CENTER IN FRAMES OF A REHABILITATION PROGRAM  
*Drobyshev V.A., Lazareva E.Sh.*
- 37 DIFFERENT ASPECTS OF DISPENSARY FOLLOW-UP ORGANIZATION IN RUSSIA  
*Drozдова L. Yu., Kushunina D.V., Egorov V.A.*
- 37 ROLE OF RISK FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE FORMATION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE  
*Dudnikova A.V.*
- 38 CENTRAL PRESSURE IN STUDENTS WITHOUT RISK FACTORS WITH CONSIDERATION OF GENDER  
*Evseyeva M.E., Sergeeva O.V., Konovalova N.M., Podushinsky A. Yu.*
- 39 VASCULAR STIFFNESS AND DISPENSARY FOLLOW-UP OF STUDENTS  
*Evseyeva M.E., Eremin M.V., Derevyannikova E.V., Markova E. Yu., Fursova E.N.*
- 39 ASSOCIATION BETWEEN MARKERS OF INFLAMMATION AND CORONARY HEART DISEASE AND ALL CAUSE AND CARDIOVASCULAR MORTALITY IN ELDERLY MOSCOW RESIDENTS (THE SAHR STUDY)  
*Evstifeeva S.E., Kapustina A.V., Balanova Yu.A., Muromtseva G.A., Konstantinov V.V., Tuaeва E.M., Smirnov D.A., Deev A.D., Shalnova S.A.*
- 40 CREATION OF NEW PREVENTIVE MEASURES UNITS IN GENERAL HEALTH SETTINGS  
*Egorushin Yu.M., Stepanova V.A., Midlenko I.I., Yarkova O.N., Nefeldov A.V., Smirnov P.S.*
- 40 PREVENTION OF CLINICAL CARDIOVASCULAR EVENTS IN STUDENTS  
*Esina E. Yu., Zuikova A.A., Esina M.V.*
- 41 INFORMATION SUPPORT OF THE CLINICAL EXAMINATION  
*Zholobov V.E., Vintukhova L.V., Bredikhina E.I.*
- 42 STUDY OF FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO RECOMMENDED THERAPY IN PATIENTS AFTER STROKE  
*Zhuravskaya N. Yu., Kutishenko N.P., Martsevich S. Yu.*



- ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 г., НАПРАВЛЕННОЙ НА ПОПУЛЯЦИОННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Иванова Е.С., Афанасьева Е.А., Шалыгин Ю.Д., Дмитриев Е.И., Пиагай Н.Л.*
- ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ МОНИТОРИНГА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАБОТЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ  
*Казаева О.В.*
- СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОЙ И СРЕДНЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ  
*Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Ишутина И.С., Сердюков С.В., Ишинова В.А.*
- РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ  
*Каприн А.Д., Костин А.А., Старинский В.В., Самсонов Ю.В., Грецова О.П.*
- ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА  
*Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М.*
- ПИТАНИЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОПУЛЯЦИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ  
*Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д., Бойцов С.А. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ*
- ДИНАМИКА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ  
*Кардангушева А.М.*
- ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОАНАЛОГОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК  
*Каримов М.М., Даминов Б.Т., Каюмов У.К.*
- ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВОВ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ ПРИ I—II СТАДИЯХ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИТА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
*Картавенко С.С.*
- ВЫПОЛНЕНИЕ БОЛЬНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ НАЗНАЧЕННЫХ ВРАЧОМ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ  
*Каулина Е.М.*
- ПРИМЕНЕНИЕ УНИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ  
*Ким И.В., Бочкарева Е.В., Варакин Ю.Я., Александрова Е.Б.*
- ВАРИАНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В КОРЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТИИ  
*Климова Т.М., Федорова В.И., Балтахнинова М.Е., Федоров А.И.*
- АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА У НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Коваленко Е.В., Пшизапекова Л.А., Янгужарова М.А.*
- 43 THE MAIN DIRECTIONS OF MEDICAL PREVENTION IN MOSCOW REGION IN 2014 DIRECTED ON POPULATION CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES PREVENTION  
*Ivanova E.S., Afanasieva E.A., Shalyagin Yu.D., Dmitriev E.I., Piagay N.L.*
- 43 TECHNOLOGY FEATURES OF MONITORING OF THE CHILD POPULATION IN HEALTH CENTERS  
*Kazaeva O.V.*
- 44 COMPARISON OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF STABLE CORONARY HEART DISEASE IN ELDERLY AND MIDDLE AGE PATIENTS  
*Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Ishutina I.S., Serdyukov S.V., Ishinova V.A.*
- 44 PROSTATE CANCER: THE PROBLEM OF EARLY DETECTION BY PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATION THE MALE POPULATION OF RUSSIA  
*Kaprin A.D., Kostin A.A., Starinsky V.V., Samsonov Yu.V., Gretsova O.P.*
- 45 NUTRITION ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ALIMENTARY RISK FACTORS  
*Karamnova N.S., Izmaylova O.V., Kalinina A.M.*
- 45 ADULT POPULATION NUTRITION: ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR HEALTH. RESULTS OF EPIDEMIOLOGY SURVEY ESSE-RF  
*Karamnova N.S., Shalnova S.A., Deev A.D., Boytsov S.A. on behalf of ESSE-RF participants*
- 46 THE DYNAMICS OF CHILD AND ADOLESCENT MORBIDITY IN KABARDINO-BALKARIA  
*Kardangusheva A.M.*
- 46 EVALUATION OF KETOANALOGUES APPLICATION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE  
*Karimov M.M., Daminov B.T., Kayumov U.K.*
- 47 INNOVATIVE TECHNIQUE OF TREATMENT AND PREVENTION OF FREQUENT RECURRENCE OF INTERMITTENT CLAUDICATION AT THE I—II STAGES OBLITERATING ENDARTERIT OF VESSELS OF THE LOWER EXTREMITIES  
*Kartavenko S.S.*
- 47 EXECUTION OF THE PRESCRIBED THERAPEUTIC MEASURES BY OUTPATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE  
*Kaulina E.M.*
- 49 USE OF UNIFIED QUESTIONNAIRE FOR DIAGNOSTICS OF HYPERTENSIVE CRISIS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN OUTPATIENT CLINIC  
*Kim I.V., Bochkareva E.V., Varakin Ya. Ya., Aleksandrova E.B.*
- 50 METABOLIC SYNDROME AMONG THE NATIVE POPULATIONS OF YAKUTIA  
*Klimova T.M., Fedorova V.I., Baltakhinova M.E., Fedorov A.I.*
- 50 ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL INDICES OF DIABETES MELLITUS IN THE POPULATION OF SARATOV REGION  
*Kovalenko E.V., Pshizapekova L.A., Yanguzarova M.A.*

- СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ КАК ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Кожевников А.А., Карев А.В., Карева О.В.*
- ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ  
*Колесникова Е.Н., Зуикова А.А., Петрова Т.Н.*
- ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ И РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
*Колесникова Е.Н., Зуикова А.А., Петрова Т.Н.*
- РОЛЬ ТЕЛЕФОННОГО МОНИТОРИНГА В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
*Комков Д.С., Мясников Р.П., Федотова Н.П., Бойцов С.А.*
- ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРНЫХ УСЛОВИЯХ  
*Корнеева Е.В.*
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДМИТРОВСКОГО РАЙОНА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Кочешкова Т.А., Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д.*
- ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ КОРОНАРНЫЕ ИНЦИДЕНТЫ  
*Красницкий В.Б., Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Новикова Н.К.*
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У СПОРТСМЕНОВ В ГРУППАХ СПОРТИВНОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ БЕЛГОРОДА  
*Кропанина Л.И., Питинов В.И., Михайлова Т.В., Колпак Е.Н.*
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА «ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ» СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИХ ШКОЛ БЕЛГОРОДА  
*Кропанин Г.И., Михайлова Т.В., Питинов В.И., Лавриненко Т.В.*
- ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ  
*Кудрина Е.А., Чураков И.В., Усупова С.А.*
- КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА  
*Кудрина Е.А., Смолин А.А.*
- ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
*Кудрина Е.А., Родин Н.В.*
- 51 SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF RESULTS OF APPLICATION OF MESODIENCEPHALIC MODULATION AS TECHNOLOGIES OF PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES OF INDIGENOUS PEOPLE OF THE KEMEROVO REGION  
*Kozhevnikov A.A., Karev A.V., Kareva O.V.*
- 51 ASSESSMENT OF RISK OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS OF DIABETES BY DETERMINING THE GUSTATORY SENSITIVITY TO PHENYLTHIOCARBAMIDE  
*Kolesnikova E.N., Zuikova A.A., Petrova T.N.*
- 52 STUDIES OF THE RELATIONSHIP OF GUSTATORY SENSITIVITY TO PHENYLTHIOCARBAMIDE WITH THE DEVELOPMENT OF METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION  
*Kolesnikova E.N., Zuikova A.A., Petrova T.N.*
- 52 THE ROLE OF TELEPHONE MONITORING IN FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH HEART FAILURE  
*Komkov D.S., Myasnikov R.P., Fedotova N.P., Boytsov S.A.*
- 53 INFLUENCE OF LIFESTYLE CHANGES ON DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME AMONG YOUNG PEOPLE IN NORTHERN CONDITIONS  
*Korneeva E.V.*
- 53 PREVALENCE OF SMOKING AMONG HEALTH FACILITIES STAFF IN DMITROV MUNICIPAL DISTRICT OF THE MOSCOW REGION  
*Kocheshkova T.A., Ivanova E.S., Shalyagin Yu.D.*
- 54 ADHERENCE TO TREATMENT DURING THE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE CORONARY EVENTS  
*Krasnitsky V.B., Aronov D.M., Bubnova M.G., Novikova N.K.*
- 55 EFFICIENCY OF NON-DRUG TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS EXACERBATIONS IN ATHLETES IN BELGOROD  
*Kropanina L.I., Pitinov V.I., Mikhailova T.V., Kolpak E.N.*
- 55 EFFICIENCY OF SOME RISK FACTORS OF «SUDDEN CORONARY DEATH» CORRECTION AMONG TEENAGERS FROM CHILDREN'S AND YOUTH SPORTS SCHOOLS OF BELGOROD  
*Kropanin G.I., Mikhailova T.V., Pitinov V.I., Lavrinenko T.V.*
- 56 DYNAMICS OF MAMMARY CANCER IN THE UDMURT REPUBLIC  
*Kudrina E.A., Churakov I.V., Usupova S.A.*
- 56 CLINICAL EFFICACY OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS IN THE REGIONAL VASCULAR CENTER  
*Kudrina E.A., Smolin A.A.*
- 57 INFORMATION AND COMMUNICATION SUPPORT OF CLINICAL EXAMINATION OF POPULATION PROGRAM IN UDMURT REPUBLIC  
*Kudrina E.A., Rodin N.V.*

- АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НОЗОЛОГИЯМ В ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ  
*Кузина Г.В.*
- ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕТАБОЛИЗМА И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД  
*Кузнецова С.М., Кузнецов В.В.*
- ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ЛЕТНОГО СОСТАВА  
*Кузьмина Л.П., Ненашева Р.А.*
- ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА КАК КРИТЕРИЙ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЧЕТАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
*Кузьмина Л.П., Хотулева А.Г.*
- АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ  
*Куликов В.Д., Титова О.Н., Суховская О.А., Колпинская Н.Д.*
- АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
*Куртина Г.Д., Волкова Т.А.*
- ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА  
*Кутумова О.Ю., Куркатов С.В., Петрова М.М., Кононова Л.И., Самойленко К.В.*
- РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ)  
*Кутумова О.Ю., Кононова Л.И., Бас В.В.*
- СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ КРАСНОЯРЦЕВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ  
*Кутумова О.Ю., Кононова Л.И., Костина В.В.*
- ПРИОРИТЕТЫ КОРРЕКЦИИ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
*Кушунина Д.В., Карамнова Н.С., Еганян Р.А., Калинин А.М.*
- ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК — ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ — В ШКОЛЕ И ВУЗЕ  
*Ласков В.Б.*
- ГИПОКСИЯ, СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ПАРАМЕТРЫ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ  
*Леонова Е.И., Яковлев Б.Е., Задионченко В.С.*
- ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ  
*Линок Е.А., Палий И.А., Верес Е.Г.*
- 57 ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF INDIVIDUAL DISEASES IN THE AGE GROUPS  
*Kuzina G.V.*
- 58 AGE FEATURES OF REORGANIZATION OF METABOLISM AND CEREBRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE RECOVERY PERIOD  
*Kuznetsova S.M., Kuznetsov V.V.*
- 59 LIPID METABOLISM IN PILOTS  
*Kuzmina L.P., Nenasheva R.A.*
- 59 POLYMORPHISM OF LEPTIN RECEPTOR GENE AS A RISK CRITERION OF COMBINATION OF OCCUPATIONAL ASTHMA AND METABOLIC SYNDROME DEVELOPMENT  
*Kuzmina L.P., Khotuleva A.G.*
- 61 ADAPTIVE CAPACITY OF SMOKING PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE  
*Kulikov V.D., Titova O.N., Sukhovskaya O.A., Kolpinskaya N.D.*
- 61 THE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF PHYSICAL EXERCISES CONTROL DURING CARDIOLOGY REHABILITATION IN CONVALESCENT HOME  
*Kurtina G.D., Volkova T.A.*
- 62 FIRST RESULTS OF PUBLIC MONITORING OF THE SMOKE FREE LAW IMPLEMENTATION  
*Kutumova O.Yu., Kurkatov S.V., Petrova M.M., Kononova L.I., Samoilenko K.V.*
- 62 RESULTS OF THE FIRST STAGE OF THE ADULT POPULATION HEALTH ASSESSMENT AIMED AT IDENTIFICATION OF RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES  
*Kutumova O.Yu., Kononova L.I., Bas V.V.*
- 63 HEALTH STATUS OF KRASNOYARSK RESIDENTS OF WORKING AGE, BASED ON MEDICAL EXAMINATION AT HEALTHCARE CENTERS  
*Kutumova O.Yu., Kononova L.I., Kostina V.V.*
- 63 PRIORITIES OF CORRECTION OF NUTRITION-RELATED RISK FACTORS IN THE ACTIVITIES OF PHYSICIANS DURING PERIODIC HEALTH EXAMINATION  
*Kushunina D.V., Karamnova N.S., Eganyan R.A., Kalinina A.M.*
- 64 PROGRAMS FOR THE PREVENTION OF UNHEALTHY HABITS, WHICH ARE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES, IN SCHOOLS AND UNIVERSITIES  
*Laskov V.B.*
- 64 HYPOXIA, SYSTEMIC INFLAMMATION, AND DECREASED VASCULAR WALL ELASTICITY AS RISK FACTORS FOR ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE  
*Leonova E.I., Yakovlev B.E., Zadionchenko V.C.*
- 65 THE STUDY OF THE PARAMEDICAL WORKERS' AWARENESS OF THE NECESSITY OF PHYSICAL ACTIVITY ORGANIZATION  
*Linok E.A., Paliy I.A., Veres E.G.*



- НОВЫЕ РОЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — ОТ СЕСТРЫ-БЕСЕДЧИЦЫ К КОНТЕНТ-МЕНЕДЖЕРУ  
*Литвинова Н.И., Шумова А.Л.*
- ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ СТРАТЕГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ  
*Литвинова Н.И., Шумова А.Л.*
- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АКЦИИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ПО ВОПРОСАМ ОТКАЗА ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ  
*Лихачева Н.В., Панковская О.И., Пестрецова Э.О., Сысоева А.Ю.*
- РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РАБОТЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
*Лихачева Н.В., Панковская О.И., Пахомова Н.Д., Набиуллина Г.А.*
- ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА ЖЕНЩИН — ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ  
*Лобыкина Е.Н., Татарникова И.С., Маклакова Т.П.*
- ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ: РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ  
*Лобыкина Е.Н., Маклакова Т.П., Татарникова И.С.*
- АДАПТАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ВОПРОСНИКА ПО ИЗУЧЕНИЮ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ  
*Лопатина М.В., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е.*
- ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА  
*Маклакова Т.П., Лобыкина Е.Н., Татарникова И.С.*
- ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ  
*Максикова Т.М., Бабанская Е.Б., Калягин А.Н.*
- ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Максикова Т.М., Бабанская Е.Б., Калягин А.Н.*
- ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ЯМАЛО-НЕНЕЦКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ В 2014 г.  
*Мальцева Т.В., Токарев С.А., Шипулина Т.Я.*
- ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ  
*Мартынова И.Н., Винярская И.В., Черников В.В.*
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ КУРСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
*Масленникова Ю.В., Михин В.П., Бекетова М.В., Звягинцева Е.И., Лукьянов М.М.*
- ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ РАЗНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОВ КРОВИ, ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ  
*Матвеева И.Ф., Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Красницкий В.Б.*
- 66 NEW FUNCTIONS OF HEALTHCARE PRIMARY BRANCH SPECIALISTS: FROM NURSE-INTERLOCUTRESS TO CONTENT-MANAGAER  
*Litvinova N.I., Shumova A.L.*
- 66 PROBLEMS OF HEALTHY LIFE-STYLE FORMING STRATEGY INFORMATION SUPPORT  
*Litvinova N.I., Shumova A.L.*
- 67 PREVENTIVE ACTIONS OF THE HEALTH CENTER IN SMOKING CESSATION  
*Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I., Pestrecova E.O., Sysoeva A.Yu.*
- 67 THE ROLE OF A PREVENTIVE DENTISTRY IN A WORK OF THE CHILDREN'S HEALTH CENTER  
*Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I., Pahomova N.D., Nabiullina G.A.*
- 68 BODY COMPOSITION EVALUATION OF HEALTH CENTER'S FEMALE VISITORS  
*Lobykina E.N., Tatarnikova I.S., Maklakova T.P.*
- 68 OVERWEIGHT AND OBESITY PATIENTS TREATMENT: ROLE AND OPPORTUNITIES FOR THE HEALTH CENTERS  
*Lobykina E.N., Maklakova T.P., Tatarnikova I.S.*
- 69 ADAPTATION OF THE EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY QUESTIONNAIRE  
*Lopatina M.V., Syrtcova L.E., Abrosimova Yu.E.*
- 70 FEATURES OF PARAMETERS OF WATER EXCHANGE IN WOMEN WITH DIFFERENT BODY MASS  
*Maklakova T.P., Lobykina E.N., Tatarnikova I.S.*
- 70 THE EVALUATION OF HEALTH OF ELDERLY PERSONS IN THE HEALTH CENTRE  
*Maksikova T.M., Babanskaya E.B., Kalyagin A.N.*
- 71 REVEALING OF MAJOR RISK FACTORS OF NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN PATIENTS OF THE HEALTH CENTRES IN THE IRKUTSK REGION  
*Maksikova T.M., Babanskaya E.B., Kalyagin A.N.*
- 71 THE RESULTS OF PREVENTIVE CLINICAL EXAMINATION OF ADOLESCENT POPULATION IN YAMALO-NENETS AUTONOMOUS REGION IN 2014  
*Maltseva T.V., Tokarev S.A., Shipulina T.Ya.*
- 73 ASSESSMENT OF IMPACT OF OBESITY ON QUALITY OF LIFE OF CHILDREN  
*Martynova I.N., Vinyarskaya I.V., Chernikov V.V.*
- 73 COMPARATIVE REVIEW OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION IN KURSK EMERGENCY HOSPITAL  
*Maslennikova U.V., Mikhin V.P., Beketova M.V., Zvyagintseva E.I., Loukianov M.M.*
- 74 LONG-TERM RESULTS OF DIFFERENT REHABILITATION PROGRAMS INFLUENCE ON BLOOD LIPIDS AND PHYSICAL WORK CAPACITY IN PATIENTS UNDERWENT ENDOVASCULAR CORONARY INTERVENTIONS  
*Matveeva I.F., Bubnova M.G., Aronov D.M., Krasnitsky V.B.*

- КОМПОНЕНТЫ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Медведев О.С., Медведева З.О.*
- ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ДЮСШ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Мингареев А.Д., Чернышев Б.М., Гукович А.В.*
- РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ  
*Мирская Н.Б., Коломенская А.Н., Сinyaкина А.Д.*
- ГРАНИЦЫ ДИАПАЗОНА СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГЛУБИНЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ДЫХАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ  
*Миртхулава Н.Г.*
- ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ  
*Михайлова А.Е., Тимофеева А.В., Захарова Р.Н.*
- ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
*Молчанова О.В., Лерман О.В., Андреева Г.Ф., Выгодин В.А.*
- ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ НОВЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ В РЕГИСТРЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.  
*Навасардян А.Р., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Захарова Н.А.*
- РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Найденова Н.Е., Лобыкина Е.Н., Острикова О.И.*
- ОКАЗАНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
*Найденова Н.Е., Самарина С.А.*
- ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДНЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Найденова Н.Е., Лобыкина Е.Н.*
- МОДЕЛЬ ПЕРЕХОДА СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, СТИМУЛИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИНФОРМАЦИОННОГО ИСТОЧНИКА  
*Найденова Н.Е., Слядников Е.Е.*
- АНАЛИЗ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Новгородская Г.В., Петрова Т.Н.*
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И АЛФАГИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
*Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Тургунова М.Ш.*
- 75 COMPONENTS OF FOOD AS RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF NON COMMUNICABLE DISEASES  
*Medvedev O.S., Medvedeva Z.O.*
- 75 RISK FACTORS AND WAYS OF PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN ATHLETES, CHILDREN AND ADOLESCENTS, IN THE YOUTH SPORTS SCHOOL OF THE KALININGRAD REGION  
*Mingareev A. D., Chernyshev B. M., Gukovic A. V.*
- 76 REALIZATION OF HEALTH TECHNOLOGIES IN THE SECONDARY INSTITUTIONS  
*Mirskaya N.B., Kolomenskaya A.N., Sinyakina A.D.*
- 76 THE RANGE OF CARDIORESPIRATORY SYNCHRONIZATION AT VARIOUS DEPTHS OF HIGH-FREQUENCY BREATH DEPENDING ON AUTONOMIC TONE  
*Mirtskhulava N.G.*
- 77 RISK FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRISIS  
*Mikhailova A.E., Timofeeva A.V., Zakharova R.N.*
- 77 THE INFLUENCE OF LONG-TERM CONTROLLED AND UNCONTROLLED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ON LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION  
*Molchanova O.V., Lerman O.V., Andreeva G.F., Vygodin V.A.*
- 78 ADHERENCE TO NEW ORAL ANTICOAGULANTS IN REGISTER OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION  
*Navasardyan A.R., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Zakharova N.A.*
- 79 THE ROLE OF HEALTH CENTER IN PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES  
*Naydenova N.E., Lobykina E.N., Ostriкова O.I.*
- 79 ADVICE FOR SMOKING CESSATION IN PRIMARY CARE  
*Naydenova N.E., Samarina S.A.*
- 80 EVALUATION OF PERFORMANCE OF HEALTH DAY IN THE CASE OF THE MUNICIPALITY TOMSK REGION  
*Naydenova N.E., Lobykina E.N.*
- 80 MODEL OF TRANSITION FROM OF HEALTH CENTER PATIENTS THE STATE OF HEALTHY LIFESTYLE, STIMULATED BY INFORMATION SOURCE  
*Naydenova N.E., Slyadnikov E.E.*
- 81 ANALYSIS OF THE SANITARY CONDITIONS OF CHILD AND ADOLESCENT INSTITUTIONS IN VORONEZH REGION  
*Novgorodskaya G.V., Petrova T.N.*
- 82 EFFECTIVENESS OF COMBINATION OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY AND ALFAGIN IN PREVENTION OF DISEASES IN INTERNAL ORGANS IN WOMEN WITH CLIMACTERIC SYNDROME  
*Nurmukhamedov A.I., Abdullayev A.Kh., Allawi B.A., Turgunova M.Sh.*

- РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ КАБИНЕТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 г.  
*Овчаренко М.И., Иванова Е.С.*
- 82 RESULTS OF WORK OF MEDICAL CARE OFFICES AT SMOKING CESSATION IN THE MOSCOW REGION IN 2014  
*Ovcharenko M.I., Ivanova E.S.*
- КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ: ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА  
*Олейников А.А., Олейников М.А.*
- 83 CONSERVATIVE TREATMENT OF LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION: THE NEW METHOD  
*Oleynikov A.A., Oleynikov M.A.*
- ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
*Павлова О.С., Огурцова С.Э., Теплоухова Ю.С., Горбат Т.В., Ковш Е.В., Ливенцева М.М., Мрочек А.Г.*
- 85 POLYMORPHISMS OF RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM GENE IN ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION  
*Pavlova O.S., Ogurtsova S.E., Teploykhova Yu.S., Gorbat T.V., Kovsh E.V., Liventseva M.M., Mrochek A.G.*
- ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕРГООБМЕНА ПОКОЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ  
*Павлюк Н.Б., Шарафетдинов Х.Х.*
- 85 BASAL METABOLIC RATE IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS AND OBESITY  
*Pavlyuk N.B., Sharafetdinov Kh.Kh.*
- ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
*Парамчук Ю.Ю., Шахиджанова В.А., Третьяков А.Ю., Сычев Д.А.*
- 86 APPLICATION OF ORAL ANTICOAGULANTS FOR THE PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS OF CARDIOLOGY DEPARTMENT  
*Palamarchuk Yu.Yu., Shahidzhanova V.A., Tretyakov A.Yu., Sychev D.A.*
- ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПО ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ  
*Палий И.А., Линок Е.А., Верес Е.Г.*
- 86 THE EXPERIENCE OF THE MEDICAL PREVENTION CENTRE IN HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION VIA INTERNET  
*Paliy I.A., Linok E.A., Veres E.G.*
- ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТАДИИ  
*Паначева Л.А., Дуркина Е.Ф.*
- 87 PREVENTION OF DISORDERS OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH STAGE III ARTERIAL HYPERTENSION  
*Panacheva L.A., Durkina E.F.*
- ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ И ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИМ БОЛЕЗНИ  
*Папыкина В.В., Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.*
- 87 FOOD CONSUMPTION PATTERN IN THE POPULATION OF VORONEZH REGION AND ALIMENTATION-ASSOCIATED DISEASES  
*Papykina V.V., Petrova T.N., Krasnorutskaya O.N.*
- АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ  
*Паршина В.В., Петрова Т.Н.*
- 88 ANALYSIS OF THE OPPORTUNITIES FOR PREVENTION OF OCCUPATIONAL-RELATED PATHOLOGY  
*Parshina V.V., Petrova T.N.*
- ИТОГИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ  
*Пестрецова Э.О., Лихачева Н.В., Паньковская О.И.*
- 88 RESULTS OF THE DYNAMIC MONITORING OF CHILDREN WITH RISK FACTORS OF NON-COMMUNICABLE DISEASES CONDUCTED IN THE HEALTH CENTER  
*Pestrecova E.O., Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I.*
- ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ «БРОСАЮ КУРИТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО» В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ  
*Пестрецова Э.О., Лихачева Н.В., Паньковская О.И.*
- 89 EXPERIENCE OF THE SCHOOL OF HEALTH «QUIT SMOKE ON MY OWN» IN THE CHILDREN'S HEALTH CENTER  
*Pestrecova E.O., Lihacheva N.V., Pankovskaya O.I.*
- ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ ТВЕРИ  
*Петрухин И.С., Родионов А.А.*
- 90 NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY PECULIARITIES IN SECONDARY SCHOOL ADOLESCENTS AT THE CITY OF TVER  
*Petrukhin I.S., Rodionov A.A.*
- ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Погожева А.В., Батурич А.К., Егоренкова Н.П., Левин Л.Г., Аристархова Т.А., Сото Х.С., Денисова Н.Н., Солнцева Т.Н., Аleshina И.В., Тоболева М.А., Редзюк Л.А.*
- 90 ASSESSING OF THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS IDENTIFICATION  
*Pogozheva A.V., Baturin A.K., Egorenkova N.P., Levin L.G., Aristarkhova T.A., Soto H.S., Denisova N.N., Solntseva T.N., Aleshina I.V., Toboleva M.A., Redzyuk L.A.*



- ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЙ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ  
*Позднякова Е.М., Якусевич В.В., Симонов В.А., Филиппова О.В., Евсеевич Н.А., Якусевич В.В., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю.*
- МОНИТОРИНГ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА  
*Половодова Н.С., Токарев С.А., Романова Ю.В., Шипулина Т.Я.*
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ  
*Показникова М.А., Кузнецова О.Ю., Лебедев А.К.*
- АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАУКОМЫ В ХОДЕ ЕЖЕГОДНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ  
*Прозорова Г.Г., Юрьева М.Ю., Трибунцева Л.В., Олышева И.А.*
- РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АКЦИЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Прозорова Г.Г., Трибунцева Л.В., Олышева И.А.*
- ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В ТРУДОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ С ПОЗИЦИИ РАБОТОДАТЕЛЯ  
*Пырикова Н.В., Осипова И.В., Концевая А.В., Зальцман А.Г., Антропова О.Н., Аверьянова Е.С.*
- ДИНАМИКА ГОТОВНОСТИ К КОНТРОЛЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У МУЖЧИН НА ФОНЕ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ  
*Пырикова Н.В., Осипова И.В., Концевая А.В., Зальцман А.Г., Антропова О.Н., Курбатова И.И.*
- ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 г.  
*Пягай Н.Л., Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С.*
- ФЕНОМЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ МОТОРНЫХ ОТВЕТОВ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ ГЛАЗА ПРИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ  
*Ремнев А.Г.*
- ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА  
*Ремнев А.Г.*
- НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО АФФРЕНТНЫМ ПРОВОДЯЩИМ ПУТЯМ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА  
*Ремнев А.Г.*
- ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ТРОЙНИЧНО-ЛИЩЕВОГО КОМПЛЕКСА ПРИ КОНТРАКТУРЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ  
*Ремнев А.Г.*
- 91 CARDIOVASCULAR RISK PREVENTION PRESCRIPTION FREQUENCY IN AMBULATORY PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION  
*Pozdnyakova E.M., Yakusevich V.V., Simonov V.A., Filippova O.V., Yevseevich N.A., Yakusevich V.V., Loukianov M.M., Martsevich S.Yu.*
- 91 THE MONITORING OF KNOWLEDGE OF HEALTHY LIFESTYLE IN POPULATION OF YAMALO-NENETS AUTONOMOUS REGION  
*Polovodova N.S., Tokarev S.A., Romanova Yu.V., Shipulina T.Ya.*
- 92 THE PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN ST. PETERSBURG  
*Pokhaznikova M.A., Kuznetsova O.Yu., Lebedev A.K.*
- 93 ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF GLAUCOMA DETECTION DURING THE ANNUAL PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION  
*Prozorova G.G., Yureva M.Yu., Tribuntseva L.V., Olysheva I.A.*
- 93 THE ROLE OF PREVENTIVE ACTIONS IN IDENTIFYING RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES  
*Prozorova G.G., Tribuntseva L.V., Olysheva I.A.*
- 94 THE FEASIBILITY OF FORMING A PREVENTIVE ENVIRONMENT IN THE WORKPLACE FROM THE EMPLOYER  
*Pyrikova N.V., Osipova I.V., Kontsevaya A.V., Salzman A.G., Antropova O.N., Averyanova E.S.*
- 94 DYNAMICS OF READINESS TO CONTROL OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MEN ON THE BASIS OF SCHOOL OF HEALTH AT THE WORKPLACE  
*Pyrikova N.V., Osipova I.V., Kontsevaya A.V., Salzman A.G., Antropova O.N., Kurbatova I.I.*
- 95 RESULTS OF MEDICAL EXAMINATION OF CERTAIN GROUPS OF ADULT POPULATION IN THE MOSCOW REGION IN 2014  
*Piagay N.L., Shalyagin Yu.D., Ivanova E.S.*
- 97 PHENOMENA OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC FACILITATE MOTOR RESPONSES OF EYE CIRCULAR MUSCLES DURING ELECTRIC AND MAGNETIC STIMULATION  
*Remnev A.G.*
- 97 APPLICATION OF TRANSABDOMINAL ULTRASOUND EXAMINATION OF THE LUMBAR SPINE TO MONITOR THE TREATMENT OF THE LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS  
*Remnev A.G.*
- 98 POSSIBLE PATHOLOGICAL MECHANISMS OF THE DISORDERS OF EXCITATION IN AFFRENT PATHWAYS AT TRIGEMINAL NEURALGIA  
*Remnev A.G.*
- 98 STUDY OF CONDUCTIVE PATHWAYS OF THE TRIGEMINAL-FACIAL COMPLEX AT CONTRACTURE OF FACIAL MUSCLES  
*Remnev A.G.*

- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИАСТЕНИИ  
*Ремнев А.Г.*
- ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НА СУББОТНИКАХ ЗДОРОВЬЯ  
*Романова М.М., Зуикова А.А., Остроушко Н.И., Нехаенко Н.Е.*
- ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЯМАЛО-НЕНЕЦКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ В 2014 Г.  
*Романова Ю.В., Токарев С.А.*
- ГРУППОВОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ: ОТ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ К ОБУЧЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ  
*Рузаев Ю.В., Лобыкина Е.Н.*
- ИЗМЕНЕНИЯ КОРНЯ АОРТЫ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ  
*Семенова Е.В.*
- АНАЛИЗ СИЛЬНЫХ И СЛАБЫХ СТОРОН МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
*Семикопенко В.А.*
- О РЕЗУЛЬТАТАХ ЭПИДМОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 Г.  
*Семисынов С.О., Позднякова М.А., Балавин А.А.*
- ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-РЕКРЕАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЭТНОЛОГИЧЕСКОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА  
*Смирнова И.Н., Аракчаа К.Д., Зайцев А.А., Абдулкина Н.Г.*
- ПРИРОДНЫЕ АДАПТОГЕНЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ  
*Смирнова И.Н., Наумов А.О., Достовалова О.В., Барабаш Л.В., Кремено С.В., Антипова И.И., Верещagina С.В., Макаркин А.С., Мишина Н.В.*
- АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ DRD-2-ПОДОБНЫХ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И СТАТУСА КУРЕНИЯ  
*Смирнова М.А.*
- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА  
*Снеткова А.А.*
- ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЛИЦ, ПРИНИМАЮЩИХ РЕШЕНИЯ ПО ОСНОВНЫМ АСПЕКТАМ НАУЧНО-ОБОСНОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Соловьев Д.А., Потемкина Р.А., Данилова Е.С., Усова Е.В., Попович М.В.*
- ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РФ (ПО ДАННЫМ НА 2013 Г.)  
*Старинский В.В., Петрова Г.В.*
- ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ И СВЯЗЬ С АТЕРОГЕНЕЗОМ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ  
*Стародубова Ю.Н., Осипова И.В.*
- 99 FUNCTIONAL DIAGNOSTICS OF THE MYASTHENIA  
*Remnev A.G.*
- 99 POSSIBILITY OF PREVENTIVE MEASURES AMONG THE POPULATION ON WEEKENDS HEALTH DAYS  
*Romanova M.M., Zuikova A.A., Ostroushko N.I., Nехаenko N.E.*
- 100 THE RESULTS OF PREVENTIVE CLINICAL EXAMINATION OF DEFINITE GROUPS OF ADULT POPULATION IN YANR IN 2014  
*Romanova Yu.V., Tokarev S.A.*
- 101 GROUP PREVENTIVE CONSULTING IN HEALTH SCHOOLS: FROM TRAINING OF DOCTORS TO THE POPULATION TRAINING  
*Ruzaev Ju.V., Lobykina E.N.*
- 102 AORTIC ROOT CHANGES IN NON-SPECIFIC CONGENITAL CONNECTIVE TISSUE DISORDERS  
*Semenova E.V.*
- 102 ANALYSIS OF THE STRENGTHS AND WEAKNESSES OF METHODS FOR BREAST DISEASES DIAGNOSTICS  
*Semikopenko V.A.*
- 103 ABOUT RESULTS OF EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION IN 2014  
*Semisynov S.O., Pozdnyakova M.A., Balavin A.A.*
- 103 EVALUATION OF THERAPEUTIC RECREATION CAPACITY AND HEALTH-PROMOTION EFFECT OF ETHNOLOGICAL BALNEOTHERAPY IN THE REPUBLIC OF TYVA  
*Smirnova I.N., Arakchaa K.D., Zaitsev A.A., Abdulkina N.G.*
- 104 NATURAL ADAPTOGENS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE IMPACT ON THE PROCESSES OF ADAPTATION TO THE PHYSICAL EXERCISE  
*Smirnova I.N., Naumov, A.O., Dostovalova O.V., Barabash L.V., Kremeno S.V., Antipova I.I., Vereshchagina S.V., Makarkin A.S., Mishina N.V.*
- 104 ANALYSIS OF ASSOCIATION OF GENE POLYMORPHISMS DRD-2- LIKE DOPAMINE RECEPTORS AND SMOKING STATUS  
*Smirnova M.A.*
- 105 DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF USING GALECTIN-3 IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS  
*Snetkova A.A.*
- 106 MAIN ASPECTS OF THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES: KNOWLEDGE OF THE POLICY MAKERS  
*Solovyev D.A., Potemkina R.A., Danilova E.S., Usova E.V., Popovich M.V.*
- 106 EPIDIMIOLOGY OF CANCER IN THE RUSSIAN FEDERATION (IN 2013)  
*Starinsky V.V., Petrova G.V.*
- 107 THE CHARACTERISTICS OF LIPID PROFILE ABNORMALITIES ASSOCIATED WITH ATHEROGENESIS IN CASE OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS  
*Starodubova Yu.N., Osipova I.V.*

- ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ МЕТОДИКИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ  
*Строкольская И.Л., Макаров С.А., Артамонова Г.В.*
- СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА ПОВТОРНОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ  
*Суворов А.Ю., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л., Деев А.Д.*
- ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ  
*Суховская О.А.*
- ПОНИМАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ТЕРМИНА «HEALTH LITERACY»  
*Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В.*
- ВЛИЯНИЕ  $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
*Тепоян И.Л., Небиеридзе Д.В., Скрипникова И.А., Сафарян А.С.*
- АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВУШЕК СТУДЕНТОК  
*Тимофеева А.В., Михайлова А.Е.*
- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ СЕВЕРОВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА  
*Тимофеева А.В., Михайлова А.Е.*
- ТЕРАПИЯ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В 2004—2010 ГГ. ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА «ПРОГНОЗ ИБС»  
*Толыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Полянская Ю.Н.*
- РИСКОМЕТРИЯ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА  
*Третьяков С.В.*
- НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОЖИРЕНИИ  
*Третьяков С.В.*
- РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ  
*Трубников В.А., Борщук Е.Л., Болomoжнов А.М.*
- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ ОРГАНИЗМА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ  
*Федорова В.И., Климова Т.М., Балтахина М.Е., Федоров А.И.*
- ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ИССЛЕДОВАНИЕ МЕРИДИАН-РО)  
*Филиппов Е.В.*
- ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
*Ходарев Н.В., Олемпиева Е.В., Жемчужнова Н.Л., Свищева И.А., Дони Е.В.*
- 107 EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF NEW METHODS OF CARDIOVASCULAR DISEASES PREVENTION DURING PERIODIC CLINICAL EXAMINATIONS OF THE POPULATION  
*Strokolskaya I.L., Makarov S.A., Artamonova G.V.*
- 108 COMPOSITE MEASURE METHOD FOR REWARDING THE QUALITY OF THERAPY AIMED AT REDUCING THE RISK OF RECURRENT STROKE  
*Suvorov A.Yu., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Ginzburg M.L., Deev A.D.*
- 108 FACTORS INFLUENCING THE SMOKING CESSATION EFFECTIVENESS  
*Sukhovskaya O.A.*
- 109 UNDERSTANDING AND INTERPRETATION OF THE TERM «HEALTH LITERACY»  
*Syrtsova L.E., Abrosimova Y.E., Lopatina M.V.*
- 110 EFFECT OF SELECTIVE BETA-BLOCKER NEBIVOLOL ON BONE MINERAL DENSITY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION  
*Tepeyan I.L., Nebieridze D.V., Skripnikova I.A., Safaryan A.S.*
- 110 ADAPTIVE POTENTIAL OF FEMALE STUDENTS  
*Timofeeva A.V., Mikhailova A.E.*
- 111 THE FUNCTIONAL STATE OF THE STUDENTS OF THE NORTH-EASTERN FEDERAL UNIVERSITY  
*Timofeeva A.V., Mikhailova A.E.*
- 111 THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE WITH STATINS IN 2004—2010 ACCORDING TO THE REGISTER «PROGNOSIS OF ISCHEMIC HEART DISEASE»  
*Tolpygina S.N., Martsevich S.Yu. Polyanskaya Yu.N.*
- 112 ESTIMATION OF RISK OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AT COMBINED CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN ELDERLY SUBJECTS  
*Tretyakov S.V.*
- 112 SOME FEATURES OF EATING BEHAVIOR IN ELDERLY WOMEN WITH OBESITY  
*Tretyakov S.V.*
- 113 EVALUATION OF MEDICAL EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE ACTIVITIES IN HEALTH CENTERS  
*Trubnikov V.A., Borschuk E.L., Bolomozhnov A.M.*
- 113 ADAPTIVE CAPACITY AND METABOLIC DISORDERS AMONG THE INDIGENOUS POPULATION OF YAKUTIA  
*Fedorova V.I., Klimova T.M., Baltakhinova M.E., Fedorov A.I.*
- 114 ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK AND PRIMARY CARE INDICATORS AMONG THE WORKING POPULATION OF RIAZAN REGION (MERIDIAN-RO STUDY)  
*Filippov E.V.*
- 115 THE BLOOD OXYGEN TRANSPORT FUNCTION IN THE PATIENTS WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS  
*Hodarev N.V., Olempieva E.V., Ghemchughnova N.L., Svishcheva I.A., Doni E.V.*



- ОСОБЕННОСТИ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
*Ходарев Н.В., Олемпиева Е.В., Жемчужнова Н.Л., Соколов А.Н., Нешин С.Г.*
- СТЕРЕОТИПНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЮНОШЕЙ О ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ  
*Холмогорова Г.Т., Уфимцева Н.В.*
- АДАПТАЦИЯ К ГИПОКСИИ/ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА/ГИПОКСИЧЕСКИЙ ФИТНЕСС  
*Цветкова А.М., Парамонов В.А.*
- ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА  
*Черкасова Л.В., Осипова Е.М., Пчелкина Е.В.*
- ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ  
*Чернышев Б.М., Мингареев А.Д., Гукович А.В.*
- ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 г.  
*Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С., Пягай Н.Л.*
- КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ  
*Шахрай Е.О., Корнетов А.Н.*
- ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТА НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Шевцова В.И., Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.*
- МОДЕЛЬ ВЫЖИВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ, НА БАЗЕ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СМЕРТНОСТЬЮ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В.*
- СЧИТАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ, И ЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ  
*Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В.*
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЯРОСЛАВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ИХ ОТНОШЕНИЕ К МЕРАМ АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА  
*Шчиголов В.Н., Гамаянова С.В.*
- ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА  
*Юсупов Д.М., Камилова У.К.*
- ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ  
*Яблонский П.К., Суховская О.А., Смирнова М.А.*
- 115 PECULIARITIES OF THE BLOOD GAS TRANSPORTATION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME  
*Hodarev N.V., Olempieva E.V., Ghemchughnova N.L., Sokolov A.N., Neshin S.G.*
- 116 STEREOTYPES OF YOUNG MEN ABOUT HEALTH AND ILLNESS  
*Kholmogorova G.T., Ufimsteva N.B.*
- 117 ADAPTATION TO HYPOXIA/HYPOXIC TRAINING/HYPOXIC FITNESS  
*Tsvetkova A.M., Paramonov V.A.*
- 117 THE INCIDENCE OF BLOOD CIRCULATORY DISEASES SYSTEM IN POPULATION OF NORTHERN ADMINISTRATIVE DISTRICT OF MOSCOW  
*Cherkasova L.V., Osipova E.M., Pchelkina E.V.*
- 118 THE INFLUENCE OF CLIMATIC CHARACTERISTICS OF THE KALININGRAD REGION ON THE INCIDENCE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, ACTIVELY DOING SPORTS  
*Chernyshev B.M., Mingareev A.D., Gukovic A.V.*
- 119 DEMOGRAPHIC AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE PERSONS WHICH PASSED MEDICAL EXAMINATION OF CERTAIN GROUPS OF ADULT POPULATION IN THE MOSCOW REGION IN 2014  
*Shalyagin Yu.D., Ivanova E.S., Piyagay N.L.*
- 119 CLINICAL AND ONTOGENETIC APPROACH TO THE ASSESSMENT OF PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATION OF DEPRESSION  
*Shakhray E.O., Kornetov A.N.*
- 120 POSSIBILITIES FOR PREVENTION OF IODINE DEFICIENCY IN THE VORONEZH REGION  
*Shevtsova V.I., Petrova T.N., Krasnorutskaya O.N.*
- 120 MODEL OF SURVIVAL FOR PERSONS EXPOSED TO RADIATION IN THE LONG TERM ON THE BASIS OF A 10-YEAR FOLLOW-UP FOR MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR DISEASES  
*Sherashov V.S., Sherashova N.V., Deev A.D., Sherashova M.V.*
- 121 COUNTING FUNCTION ASSESSMENT OF THE NEGATIVE PROGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN INDIVIDUALS EXPOSED TO RADIATION IN THE LONG TERM, AND ITS PRACTICAL APPLICATION  
*Sherashov V.S., Sherashova N.V., Deev A.D., Sherashova M.V.*
- 121 PREVALENCE OF TOBACCO SMOKING AMONG STUDENTS OF YAROSLAVL STATE MEDICAL UNIVERSITY AND THEIR ATTITUDE TO THE NATIONAL ANTITOBACCO LEGISLATION  
*Shchigolev V.N., Gamayanova S.V.*
- 122 PROGNOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION  
*Yusupov D.M., Kamilova W.K.*
- 123 GENETIC CHARACTERISTICS OF TOBACCO DEPENDENCE FORMATION  
*Yablonsky P.K., Sukhovskaya O.A., Smirnova M.A.*

КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ  
ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Якусевич В.Вл., Позднякова Е.М., Лукьянов М.М.,  
Марцевич С.Ю.*

123 COMORBIDITY IN AMBULATORY PATIENTS WITH  
ATRIAL FIBRILLATION

*Yakusevich V.Vl., Pozdnyakova E.M., Loukianov M.M.,  
Martsevich S.Yu.*

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОДНОМ ИЗ ТИПИЧНЫХ РЕГИОНОВ  
РОССИИ

*Якушин С.С., Филиппов Е.В.*

124 ECONOMIC BURDEN OF CARDIOVASCULAR DISEASES  
IN ONE OF THE TYPICAL RUSSIAN REGIONS

*Iakushin S.S., Filippov E.V.*

## СПИСОК УЧАСТНИКОВ



### Генеральный спонсор

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

В 2011 году компания Pfizer начала реализацию инвестиционной стратегии «БОЛЬШЕ ЧЕМ». Локализация производства, образовательные программы с ведущими вузами, поддержка российских исследовательских проектов, благотворительные программы – важнейшие направления деятельности в России. Объединяя их, инвестиционная стратегия Pfizer представляет собой БОЛЬШЕ, ЧЕМ БИЗНЕС: это вклад компании в развитие российских инноваций в области медицины, модернизацию фармацевтической индустрии, повышение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья и самочувствия россиян. Следуя своим обязательствам как ведущей биофармацевтической компании мира, Pfizer сотрудничает со специалистами здравоохранения, государственными органами и местными сообществами, чтобы российские пациенты получали доступ к инновационным и качественным лекарствам.



### Официальный спонсор

ООО «Такеда Фармасьютикалс» («Такеда Россия») входит в состав Takeda Pharmaceutical Company Limited с сентября 2011 года. 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, Россию-СНГ и Китай. Takeda сосредотачивает свою деятельность на таких терапевтических областях, как сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, иммунные нарушения и респираторные заболевания, заболевания центральной нервной системы, общая терапия 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 придерживается стремления к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины. После того как в состав Takeda вошли Millennium Pharmaceuticals и Nyscomed, 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 о «Такеда» в России на <http://www.takeda.com.ru>



### Официальный спонсор

«Новартис Фарма» — один из признанных мировых лидеров в разработке оригинальных рецептурных лекарственных препаратов, решений и услуг для пациентов, врачей и организаций в сфере здравоохранения. Основные направления деятельности компании включают кардиологию, эндокринологию, ревматологию, онкологию, неврологию, офтальмологию, трансплантологию, иммунологию и область респираторных заболеваний. Текущий портфель компании включает более 50 оригинальных инновационных препаратов для лечения заболеваний, а также повышения качества жизни пациентов.

«Новартис Фарма» входит в группу компаний «Новартис». Штаб-квартира расположена в г. Базель, Швейцария. Общая численность сотрудников насчитывает около 60 000 человек в 140 странах мира. В России подразделение «Новартис Фарма» существует с 1996 года.



### Спонсор конференции

Международная фармацевтическая компания «KRKA» входит в число ведущих производителей в мире, продукция КРКА представлена более чем в 70 странах, в том числе и в России.

Более 40 лет компания «KRKA» поставляет свою продукцию в Россию. Из более чем 200 наименований высококачественных препаратов, на российском фармрынке зарегистрировано около 160 брендов в 220 формах. Более 75% продукции составляют рецептурные препараты. Особое внимание компания уделяет наиболее актуальным на сегодняшний день областям медицины и заболеваниям:

- Средства для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: Лориста, Вальсакор, Вамлосет, Аторис Роксера Энап, Зилт, Перинева, Дальнева, Нипертен, Браведин, Тенокс, Равел
- Средства для лечения инфекционных заболеваний: Фромилид, Макропен, Нолицин, Ципринол, Дифлазон
- Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта: Нольпаза, Эманера, Зульбекс, Ультоп
- Средства для лечения заболеваний центральной нервной системы: Торендо, Квентиакс, Заласта, Зилаксера, Элиця, Марукса
- Средства для снижения веса: Орсотен



- Препараты, влияющие на эректильную функцию: Визарсин.
- Безрецептурные препараты: Септолете, Гербион, Дуовит, Пиковит, Налгезин, Биолобил.

Завод ООО «КРКА-РУС» один из самых современных заводов в России, обладающий производственной мощностью более 1 млрд таблеток и капсул в год. Деятельность завода инспектируется Европейскими комиссиями по EU GMP, вся продукция, выпускаемая на заводе ООО «КРКА-РУС», отвечает требованиям EU GMP.

Заботясь о здоровье, компания КРКА планирует и в дальнейшем укреплять свои позиции как одного из ведущих производителей дженериков на фармацевтическом рынке России.



## Бизнес партнер

ЗАО «Сервье»

Адрес: 115054, г. Москва, Павелецкая площадь, д. 2, стр. 3

Телефон: +7 495 937 07 00

E-mail: [events@ru.netgrs.com](mailto:events@ru.netgrs.com)

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

Компания Сервье, основанная в 1954 году в Орлеане Доктором Жаком Сервье, является лидирующей независимой фармацевтической компанией Франции, представлена в 140 странах на 5 континентах и насчитывает более 21 000 сотрудников в мире. 27% оборота компании инвестируется в научные исследования и разработки инновационных препаратов.

Сервье работает в России более 22 лет, входит в топ-10 ведущих фармацевтических компаний. С 2000 г. в Москве открыт Центр клинических исследований Сервье.

Сервье – одна из первых международных фармацевтических компаний, локализовавших производство на собственном предприятии в России: в 2007 г. был открыт GMP завод «Сердикс».



**БЕРЛИН-ХЕМИ**  
**МЕНАРИНИ**

## Бизнес партнер

Фармацевтическая компания «БЕРЛИН-ХЕМИ/А. МЕНАРИНИ ФАРМА ГмбХ» в течение многих лет представлена на российском рынке. Она является лидирующим поставщиком лекарств в таких областях как кардиология, неврология, эндокринология, гастроэнтерология и др. Всего компания производит более 500 наименований, из них в России зарегистрировано около 100 препаратов. Наиболее известными в кардиологии являются препараты: Небилет, Зокардис®, Леркамен®, Кардосал®, Берлиприл®, Моночинкве®, Корвитол®. Компания постоянно пополняет список зарегистрированных в России препаратов современными инновационными лекарствами. Они широко используются для терапии таких распространенных кардиологических заболеваний как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др. Продукция компании соответствует мировым стандартам качества производства и пользуется заслуженным уважением врачей и доверием пациентов. Кроме того, компания активно занимается поддержкой исследований, обучающих программ и семинаров для врачей и пациентов. Мы заботимся о Вашем здоровье и работаем для этого!

Адрес Представительства в России.

123317 г. Москва, Пресненская набережная, 10, «Башня на Набережной», блок Б

Телефон (495)785-01-00

Факс (495)785-01-01

E-mail: [info@berlin-chemie.ru](mailto:info@berlin-chemie.ru)

Сайт: [www.berlin-chemie.ru](http://www.berlin-chemie.ru)



## Бизнес партнер

Компания Лундбек (Lundbeck) была основана в 1915г. Хансом Лундбеком в Копенгагене, (Дания). Лундбек является одной из ведущих мировых фармацевтических компаний, деятельность которой направлена на повышение качества жизни людей, страдающих психическими и неврологическими нарушениями. Для реализации этой цели Лундбек специализированно занимается исследованиями, разработкой, производством, маркетингом и продажей фармацевтических препаратов по всему миру, продукция компании ориентирована на лечение депрессии, тревоги, шизофрении, биполярного аффективного расстройства, эпилепсии, хореи Гентингтона, болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона. В РФ зарегистрированы следующие препараты: антидепрессанты Ципралекс® (эсциталопрам), Ципрамил® (циталопрам) и Саротен® (амитриптилин), нейролептики Флюанксол® (флупентиксол), Клопиксол® (зуклопентиксол) и Труксал® (хлорпротиксен), а также антипсихотики Сердолект® (сертиндол) и Сафрис (Азенапин).

В 2013г. в Европе зарегистрирован инновационный препарат – Налмефен (Селинкро) – модулятор опиоидной системы, антагонист мю (μ) и дельта (δ) и частичный агонист каппа (κ) опиоидных рецепторов, позволяющий снизить потребление алкоголя и дни тяжелого пьянства, в 2015г. планируется регистрация в России.

Российские пациенты могут не только получить качественное лечение с помощью самых современных препаратов производства компании Лундбек, но и исчерпывающую информацию по любому продукту компании, обратившись в ее российское представительство. Пожалуйста, посетите сайт [www.lundbeck.com](http://www.lundbeck.com). или [www.Lundbeck.ru](http://www.Lundbeck.ru)

Адрес ООО «ЛУНДБЕК РУС» (Лундбек Россия): 109044, г. Москва, 2-й Крутицкий переулок, дом 18 строение 1. Тел. +7 495 380-31-97.



## Бизнес партнер

<Амджен> - биотехнологическая компания, занимающаяся разработкой и производством инновационных лекарственных препаратов. Являясь лидером биотехнологической индустрии с 1980 года, компания Амджен, одной из первых реализовала потенциал передовых научных достижений, создав новое поколение лекарственных препаратов для лечения серьезнейших заболеваний. Препараты компании <Амджен> изменили повседневную медицинскую практику, помогая миллионам людей во всем мире бороться с тяжелыми онкологическими, гематологическими и нефрологическими заболеваниями, ревматоидным артритом и другими серьезными патологиями. Обширный портфель разрабатываемых препаратов подтверждает приверженность компании использованию научных достижений для улучшения жизни людей.



## Спонсор научной программы

Компания Актавис поставляет широко известные и востребованные лекарственные средства на российский рынок. Компания поддерживает высокий уровень фармацевтического производства. Основное направление деятельности – это поставка медикаментов, предназначенных для лечения таких социально-значимых заболеваний, как сердечно-сосудистые. Препараты ВАЛЗ (валсартан), ВАЛЗ Н (валсартан + гидрохлоротиазид), РОЗАРТ (розувастатин) и ЛОПИРЕЛ (клопидогрел), завоевали высокое доверие и авторитет среди российских врачей и пациентов. Помимо сердечно-сосудистых препаратов компания АКТАВИС имеет широкий спектр безрецептурных и неврологических препаратов. Вот уже более десяти лет миллионы россиян доверяют эффективным и безопасным лекарственным средствам компании. Высокая и благородная миссия – забота о здоровье человека – предопределяет постоянное развитие компании и выпуск новых лекарственных препаратов. Активная научно-исследовательская работа компании, организация выставок, конференций и симпозиумов способствуют не только повышению качества продукции, но и развитию медицины в России.  
Адрес: 119017, г. Москва, ул. Б. Ордынка, д. 40, стр. 4  
Телефон: +7 (495) 644-44-14, факс: +7 (495) 644-44-24  
E-mail: [info@actavis.ru](mailto:info@actavis.ru)  
Сайт: [www.actavis.com](http://www.actavis.com)



## Спонсор научной программы

PRO.MED.CS Praha a.s. – Чешская фармацевтическая компания, имеет собственное современное фармацевтическое производство, оснащенное высокотехнологичным оборудованием, отвечающее высшим европейским стандартам, что подтверждено сертификатами GMP.  
PRO.MED.CS Praha a.s. производит более 30 препаратов и ежегодно выпускает и регистрирует новые лекарственные средства. На Российском рынке компания представляет препараты, используемые в различных областях клинической медицины: в гастроэнтерологии – УРСОСАН, ЦИСАГАСТ, ИТОМЕД, ПРОСУЛЬПИН, РАНИСАН, ФАМОСАН; в кардиологии – ИНДАП, ПРОПАНОРМ, МОНОСАН. Философия компании PRO.MED.CS Praha a.s. – препараты современных фармакотерапевтических групп высокого качества по доступным ценам.  
Ревматология:  
Бивалос (стронция ранелат)  
Флебология:  
Детралекс (микронизированная флавоноидная фракция)  
Лор-патология:  
Биопарокс (фузафунгин)  
Эреспал (фенспирид)  
Неврология и психиатрия:  
Вальдоксан (агомелатин 25 мг)  
Проноран (пирибедил 50 мг)



## Участник выставочной экспозиции

Швейцарская фармацевтическая компания PHARMAVAL с 2009 года успешно представляет на российском рынке высокоэффективные препараты европейского производства.

В настоящее время портфель зарегистрированных и продвигаемых компанией продуктов включает в себя:

ПоксКлин – охлаждающий гидрогель для облегчения симптомов ветряной оспы /подробнее на [www.poxclin.ru/](http://www.poxclin.ru/)

Филвел – инновационный БАД для профилактики остеопороза на основе кремния /подробнее на [www.feelwell.ru/](http://www.feelwell.ru/)

В 2009 году на рынок успешно выведены назальные спреи Назаваль (против аллергического ринита) и Назаваль Плюс (против простуды и гриппа). Лицензия на данные продукты в дальнейшем была продана итальянскому фармацевтическому производителю ZambonPharma /подробнее на [www.nasaval.ru/](http://www.nasaval.ru/)

В настоящее время к выводу на российский рынок готовится целая линейка фармацевтических продуктов. Принято решение о расширении деятельности компании на рынках ЕАЭС и СНГ.



## Участник выставочной экспозиции

Компания Roche входит в число ведущих компаний мира в области фармацевтики, а также является лидером в области диагностики *in vitro* и гистологической диагностики онкологических заболеваний.

Компания основана в 1896 году в Базеле, Швейцария, и на протяжении уже более 100 лет вносит значительный вклад в мировое здравоохранение. Первое представительство Roche в России работает с 1910 года. Двадцать четыре препарата Roche, в том числе жизненно важные антибиотики, противомаларийные и химиотерапевтические препараты, включены в Перечень основных лекарственных средств ВОЗ.

Roche – один из ведущих мировых производителей биотехнологических лекарственных препаратов, направленных на лечение онкологических и аутоиммунных заболеваний, тяжелых вирусных инфекций, нарушений центральной нервной системы, а также один из лидеров в области самоконтроля сахарного диабета, атеросклероза и диагностики МНО (международного нормализованного отношения).

Компания уделяет особое внимание вопросам сочетания эффективности своих препаратов и средств диагностики с удобством и безопасностью их использования для пациентов. В частности, Roche стремится предоставить пациентам высокотехнологичные и современные возможности для эффективного управления диабетом, гиперлипидемической и антикоагулянтной терапиями. Более чем 20-летний опыт работы в области создания приборов для контроля показателей уровня холестерина, глюкозы, триглицеридов, свертываемости крови помогает компании Roche создавать инновационное и современное оборудование, которое значительно продлевает жизнь пациентам и улучшает ее качество.

Стратегия компании направлена на развитие персонализированной медицины и позволяет разрабатывать продукты с учетом индивидуальных потребностей различных групп пациентов: подростков, взрослых, пожилых, людей с разным уровнем физической активности. Для пациентов, получающих терапию статинами, компания производит продукцию под брендом Accutrend (Аккутренд), который можно использовать как прибор для самоконтроля в домашних условиях, так и в профессиональной сфере, для экспресс-определения сердечно-сосудистых рисков. Использование подобных приборов позволяет более точно и эффективно управлять терапией, делая жизнь пациентов комфортнее и безопаснее.



## Участник выставочной экспозиции

ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» основано в 1994 г. на базе Государственного Научного Центра Прикладной Микробиологии.

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

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

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



ПРЕССА

## МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

Газета российского врача «Медицинский вестник» - полноцветное издание, выходит тиражом 25 тысяч экземпляров, 36 номеров в год, распространяется по всем регионам Российской Федерации. Основана в 1861 году, возобновлена в 1994 году. «Медицинский вестник» - уникальное сочетание материалов клинического и информационно-аналитического характера. На страницах газеты — новости здравоохранения и медицины, горячие дискуссии по наиболее актуальным проблемам, аналитические обзоры, зарубежный опыт, ответы на вопросы читателей, клинические разборы, алгоритмы лечения, информация о новых медицинских технологиях. «Медицинский вестник» - профессионально, доступно, исчерпывающе о здравоохранении и медицине. События, факты, комментарии.



ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика»

Россия, 115054, г. Москва, Жуков проезд, дом 19

Тел/факс: +7(495) 926 29 83

E-mail: [media@con-med.ru](mailto:media@con-med.ru)

<http://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», «Dental Tribune»; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно



«Врачи Вместе» — образовательная социальная сеть для врачей. Редакцией портала подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей: записи докладов с актуальных конференций, видео-лекции российских и зарубежных профессоров, тематические фильмы, интервью. На портале регулярно проходят трансляции с возможностью в прямом эфире задать вопросы лекторам. Портал объединяет 60 тыс. специалистов и располагает к обмену знаниями, общению, поиску коллег и друзей. Присоединяйтесь!

[Vrachivmeste.ru](http://Vrachivmeste.ru)



Журнал «Поликлиника»

111524, Россия, г. Москва, ул. Электродная, 10

Тел.: (495) 672-70-29 (92)

E-mail: [medpres@mail.ru](mailto:medpres@mail.ru)

<http://www.poliklin.ru>

Профессиональный медицинский журнал «ПОЛИКЛИНИКА» рассчитан на руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ. Содержит информацию о нормативных документах в области здравоохранения, деятельности Минздрава РФ; новости науки и практической медицины; консультации специалистов для работников ЛПУ; статьи о новых лекарственных препаратах, медицинской технике



«Врачи РФ» – первая Российская система e-Детейлинг 2.0, объединяющая более 450 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>



Сайт Evrika.ru создавался исключительно для вас, уважаемые коллеги-врачи. Пользователем портала может стать только человек с высшим медицинским образованием.

Evrika.ru – это уютный личный кабинет доктора, в котором всегда под рукой справочник лекарств и справочная литература, журналы, инструкции Минздрава и свежая газета с новостями медицинской науки, удобный календарь событий в мире медицины, чтобы заранее планировать свой год.

Evrika.ru - это закрытый клуб, где есть возможность обсудить с коллегами сложный клинический случай или проблемы здравоохранения в целом.



*Доверие препаратам KRKA – это доверие передовым технологиям и высокому Европейскому качеству*



 **Вамлосет®**

амлодипин / валсартан

таблетки 5 мг/80 мг, 5 мг/160 мг, 10 мг/160 мг

**Победный сет  
над гипертонией**

РЕКЛАМА

**Показания к применению:** артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия).

**Способ применения и дозы:** внутрь, запивая небольшим количеством воды, независимо от времени приема пищи, 1 раз в сутки. **Условия отпуска:** по рецепту.

**Регистрационный номер:** ЛП-002283 от 23.10.2013.



Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «KRKA ФАРМА»

123022, Москва, ул. 2-я Звенигородская, д.13, стр. 41, 5 этаж, стр. 43, 6 этаж. Тел.: (495) 981 1095, факс: (495) 981 1091. E-mail: info@krka.ru, www.krka.ru

 **KRKA**

*Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели – созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.*



# НОРВАСК®

АМЛОДИПИНА БЕЗИЛАТ



## Золотая медаль в лечении артериальной гипертензии<sup>1</sup>



## Оптimalен для стартовой и комбинированной терапии артериальной гипертензии<sup>2-4</sup>

### Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата НОРВАСК®

**Норваск® (амлодипин)** – производное дигидропиридина – блокатор «медленных» кальциевых каналов (БМКК), оказывает гипотензивное и антиангинальное действие. Блокирует «медленные» кальциевые каналы, снижает трансмембранный переход ионов кальция в клетку (в большей степени в гладкомышечные клетки сосудов, чем в кардиомиоциты). **Показания к применению:** артериальная гипертензия. Стабильная стенокардия и вазоспастическая стенокардия (стенокардия Принцметала). Применяется как в монотерапии, так и в сочетании с другими антигипертензивными и гипотензивными средствами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амлодипину и другим производным дигидропиридина, а также вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт.ст.). Обструкция выносящего тракта левого желудочка (включая, тяжелый аортальный стеноз). Гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после инфаркта миокарда. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **С осторожностью** применяют у пациентов с печеночной недостаточностью, ХСН неинфекционной этиологии III-IV функционального класса по классификации NYHA, нестабильной стенокардией, аортальным стенозом, митральным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, острым инфарктом миокарда (и в течение 1 мес после), синдромом слабости синусового узла (выраженная тахикардия, брадикардия), артериальной гипотензией, при одновременном

применении с ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4. Безопасность применения препарата Норваск® во время беременности не установлена, поэтому применение во время беременности возможно только в случае, когда польза для матери превышает риск для плода и новорожденного. При необходимости применения препарата Норваск® в период лактации следует решить вопрос о прекращении грудного вскармливания. **Способ применения и дозь**ь внутрь, один раз в сутки. Начальная доза 5 мг, максимальная – 10 мг. Корректируй дозы пожилым пациентам и пациентам с почечной недостаточностью и нарушенной функцией печени обычно не требуется. **Побочное действие:** при приеме препарата Норваск® наиболее часто встречаются следующие нежелательные явления: периферические отеки (лодыжки и стоп), сердцебиение, «приливы» крови к коже лица; головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, сонливость, тошнота, боли в животе. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту. **Форма выпуска:** Таблетки по 5 и 10 мг. По 10 или 14 таблеток в блистеры из ПВХ/Al-фольги. 3 блистера по 10 таблеток или 1 блистер по 14 таблеток с инструкцией по применению в пачку картонную, на лицевой стороне которой с целью контроля первого вскрытия наносится перфорированная строчка. **Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. Регистрационный номер:** П N015567/01



ООО «Пфайзер»  
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на набережной» (Блок С)  
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00

### Список литературы:

1. Самый назначаемый антигипертензивный препарат в мире (данные по выписке IMS Midas за 2009-2013).
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Норваск®, Одобрено M3 CP РФ 12.09.2012 г., Пер. уд. П N015567/01.
3. Neaton J.D., Grimm R.H., Prineas R.J. et al. Treatment of Mild Hypertension Study: final results – JAMA, 1993; 270: 713–724.
4. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal (2013) 34, 2159–2219 [doi:10.1093/eurheartj/ehh151](http://doi:10.1093/eurheartj/ehh151)