



Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская Ассоциация терапевтов (EAT)  
Министерство здравоохранения Ростовской области  
Ростовский государственный медицинский университет  
Ростовское научно-медицинское общество терапевтов  
РОО «Амбулаторный врач»

**Посвящается 120-летию со дня рождения В.Х. Василенко**

# **V** Съезд терапевтов Южного федерального округа

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

**5–6 октября 2017 года**  
**Ростов-на-Дону**

КВЦ «ДонЭкспоцентр»,  
пр. М. Нагибина, д. 30

Генеральные информационные партнеры





# Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной» Всероссийская конференция молодых терапевтов

## 22-23 мая 2018 года

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

- Научная тематика **Терапевтического форума «Мультидисциплинарный больной»** будет охватывать все основные разделы внутренних болезней, вопросы диагностики, лечения и профилактики наиболее значимых заболеваний. Участники форума смогут услышать лекции и задать вопросы ведущим отечественным специалистам в разных областях внутренней медицины, посетить выставку фармацевтических компаний и специализированных СМИ.
- **Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной»** – первое в своем роде научное мероприятие, где новое поколение врачей осознает, почему комплексный подход в лечении пациента является движущей силой современной медицины.
- Вопросы лечения полиморбидных пациентов особенно важны для практикующего врача-терапевта.
- В рамках **Терапевтического форума «Мультидисциплинарный больной»** пройдет Всероссийская конференция молодых терапевтов, которая организуется для начинающих спикеров, чтобы дать им «большую» трибуну для выступлений.
- Ключевым вопросом в решении целого ряда проблем, связанных с мультиморбидным пациентом, является подготовка и образование молодого специалиста.
- В рамках конференции состоятся:  
**Конкурс на лучший клинический случай**  
**Конкурс на лучшую научную работу**


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

### Оргкомитет:

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

18+ Реклама

### Конгресс-оператор:

 ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 722-64-20  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

## Содержание

Организаторы и оргкомитет .....	3
Обращение к участникам.....	5
Страницы истории .....	8
Программа .....	10
Каталог выставки .....	20
Сборник тезисов .....	45

Генеральный спонсор



Официальные спонсоры



Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»

Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 722-64-20

электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)

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

## Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов

Министерство здравоохранения РФ

Комитет по социальной политике Совета Федерации

Общество врачей России

Международное общество внутренней медицины (ISIM)

Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)

Евразийская Ассоциация терапевтов (EAT)

Министерство здравоохранения Ростовской области

Ростовский государственный медицинский университет

Ростовское научно-медицинское общество терапевтов

РОО «Амбулаторный врач»

## Оргкомитет

### Председатель

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

### Сопредседатели

**Быковская Татьяна Юрьевна** – министр здравоохранения Ростовской области, д.м.н.

**Шлык Сергей Владимирович** – ректор Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Спаский Андрей Александрович** – генеральный секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов, врач высшей квалификационной категории, лауреат премии Мэрии Москвы, д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Терентьев Владимир Петрович** – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, главный терапевт ЮФО, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 Ростовского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

### Оргкомитет

**Артюнов Григорий Павлович** – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

**Багмет Александр Данилович** – заведующий кафедрой поликлинической терапии Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Батюшин Михаил Михайлович** – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №2 Ростовского государственного медицинского университета

**Бойцов Сергей Анатольевич** – директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, главный терапевт Центрального федерального округа, д.м.н., профессор

**Верткин Аркадий Львович** – заведующий кафедрой клинической фармакологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

**Волкова Наталья Ивановна** – проректор по научной работе, заведующая кафедрой внутренних болезней №3 Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Дроботя Наталья Викторовна** – проректор по учебной работе, заведующая кафедрой кардиоревматологии и функциональной диагностики с курсом детской кардиоресматологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

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

**Кастанаян Александр Алексаносович** – заведующий кафедрой внутренних болезней №2 Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Коваленко Татьяна Николаевна** – заместитель начальника управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Ростовской области

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

**Левитан Болеслав Наумович** – председатель Астраханского отделения Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующий кафедрой факультетской терапии и профессиональных болезней Астраханского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Моисеев Валентин Сергеевич** – заведующий кафедрой факультетской терапии Российского университета дружбы народов, академик РАН, д.м.н., профессор

**Мухин Николай Алексеевич** – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, директор клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН и РАМН, д.м.н., профессор

**Недогода Сергей Владимирович** – проректор по лечебной работе Волгоградского государственного медицинского университета, главный терапевт Волгоградской области, д.м.н., профессор

**Павлищук Светлана Анатольевна** – председатель Краснодарского краевого научно-медицинского общества терапевтов, д.м.н., профессор кафедры терапии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета

**Скибицкий Виталий Викентьевич** – заведующий кафедрой госпитальной терапии Кубанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Стаценко Михаил Евгеньевич** – проректор по научной работе Волгоградского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Ткачев Александр Васильевич** – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

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

**Шавкута Галина Владимировна** – заведующая кафедрой общей врачебной (семейной) практики факультета профессиональной подготовки и повышения квалификации Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Ягода Александр Валентинович** – полномочный представитель Российского научного медицинского общества терапевтов в Северо-Кавказском федеральном округе, заведующий кафедрой госпитальной терапии Ставропольского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

## Уважаемые коллеги!

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

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

Каждый год Общество старается приурочить свои мероприятия к юбилею одного из наших учителей. 2017 год – для нас год памяти Василенко Владимира Харитоновича. На протяжении всего года мы уделим особое внимание кардиологии и гастроэнтерологии, занимавших особое место в круге научных интересов Владимира Харитоновича.

Одним из мероприятий 2017 года станет V Съезд терапевтов Южного федерального округа в Ростове-на-Дону. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону и крупнейших городов Южного федерального округа Российской Федерации.

С нетерпением жду встречи на Съезде!

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



## Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!



Разрешите приветствовать участников и организаторов юбилейного V Съезда терапевтов Южного федерального округа, который в этом году вновь проводится на Донской земле, в г. Ростове-на-Дону.

Мне особенно приятно, что терапевтическая школа нашего университета заслуженно занимает достойные позиции.

В свете реформ, проводимых сегодня в здравоохранении и образовании, мероприятия такого высокого уровня имеют непреходящую значимость. Это – одна из результативных форм обучения, позволяющих держать руку «на пульсе» современной науки и практики. Это – уникальная возможность услышать из первых уст мнение ученых с мировым именем. Это – возможность интеграции науки и практики. Это – прекрасная школа для молодых специалистов.

Организаторами съезда подготовлена интересная научная и образовательная программа, затрагивающая актуальные вопросы лечения и профилактики заболеваний внутренних органов с учетом тех сложностей и проблем, с которыми сталкивается врач в каждодневной рутинной клинической практике – коморбидность, поздняя диагностика, полипрагмазия, низкая комплаентность, атипичное, маскированное и рефрактерное течение многих заболеваний.

Настоящий съезд пройдет под эгидой важного события для всего медицинского мира – 120-летия со Дня Рождения выдающегося клинициста, яркого представителя отечественной терапевтической школы, академика Академии медицинских наук СССР Владимира Харитоновича Василенко. Талантливый врач, ученый с невероятной интуицией, человек активной жизненной позиции и беспримерного гражданского мужества, он навсегда вписал свое имя в историю мировой медицины. Хочется верить, что молодое поколение врачей станет достойным продолжателем традиций отечественной медицины.

Разрешите пожелать Вам плодотворной работы на Съезде, творческих дискуссий, новых впечатлений и, конечно же, крепкого здоровья!

**Ректор Ростовского государственного  
медицинского университета, д.м.н., профессор  
С.В. Шлык**



## Уважаемые коллеги, участники и гости V Съезда терапевтов юга России!

Проведение очередного форума терапевтов на Донской земле стало уже доброй традицией. С каждым годом престиж Съезда растет, все больше ученых и клиницистов из России, стран ближнего и дальнего зарубежья принимают участие в его работе, все больше научных и образовательных мероприятий включаются в программу.

Съезд объединяет врачей и ученых, педагогов и клиницистов региона, работающих как в области терапии, так и в смежных профессиях, для решения задач по снижению смертности от хронических неинфекционных заболеваний, на широкой платформе междисциплинарного взаимодействия, создавая все условия для активного участия профессионального сообщества в реализации современных программ непрерывного медицинского образования, внедрения новых методов диагностики и лечения.

Выражаю надежду, что проводимый научно-практический форум будет способствовать личному общению ведущих специалистов страны, повышению профессиональной компетенции практических врачей региона. Надеюсь, что очередная встреча на гостеприимной Донской земле в год 80-летия Ростовской области будет для Вас не только полезной, но и приятной.

Желаю всем участникам Съезда плодотворной работы, интересного общения, новых идей и знаний!



**Вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, главный терапевт ЮФО, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 Ростовского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор  
В.П. Терентьев**

### 120 лет со дня рождения В.Х. Василенко



Выдающийся терапевт, действительный член АМН СССР, Герой Социалистического Труда (1967) Владимир Харитонович Василенко в 1922 г. окончил Киевский медицинский институт. В факультетской терапевтической клинике института работал вместе с яркими представителями медицинской науки Ф.Г. Яновским и Н.Д. Стражеско.

В 1935 г. В.Х. Василенко был избран заведующим кафедрой терапии Института усовершенствования врачей, одновременно работал в Институте клинической медицины под руководством Н.Д. Стражеско.

В.Х. Василенко – автор более 250 научных работ, в том числе нескольких монографий. Научные исследования он проводил преимущественно в двух областях терапии – кардиологии и гастроэнтерологии. Большое значение имеют его работы «Сердечная недостаточность», «Дистрофия миокарда», «Пороки сердца».

Существенный вклад В.Х. Василенко внес в понимание патогенеза нарушений обмена веществ при хронической недостаточности кровообращения и разработку патогенетических методов их лечения. В 1940 г. он представил данные по этой теме в докторской диссертации «Материалы об обмене веществ при хронической недостаточности кровообращения».

Первые годы Великой Отечественной войны В.Х. Василенко провел в Уфе в эвакуации, где работал доцентом в Башкирском медицинском институте и консультантом в эвакогоспиталях. С 1943 г. находился на фронтах в качестве главного терапевта Северо-Кавказского, затем 1-го Украинского фронтов. Свои наблюдения периода войны обобщил в ряде научных работ. После войны несколько лет возглавлял терапевтическую службу Львовского и Прикарпатского военных округов.

В 1948 г. В.Х. Василенко избрали заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова (где он работал до 1987).

Второе направление, которое В.Х. Василенко разрабатывал более 40 лет, – гастроэнтерология. В 1967-1974 гг. он возглавлял НИИ гастроэнтерологии Минздрава СССР. Исследовал клинику и диагностику различных форм гастрита, язвы, острых «стрессовых» язв при инфаркте миокарда, желудочно-кишечных кровотечениях, занимался вопросами ранней диагностики рака желудка. Обобщающим исследованием в области гастроэнтерологии стала монография «Ахалазия кардии» (1976).

В.Х. Василенко создал научную школу гастроэнтерологии. Он являлся председателем Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов, долгие годы возглавлял Московское общество терапевтов. Много лет служил академиком-секретарем Отделения клинической медицины АМН СССР, был почетным членом ряда международных терапевтических обществ. Возглавлял редакционный коллектив журнала «Клиническая медицина».

В.Х. Василенко первым в мире описал IV тон сердца, разработал вместе с Н. Д. Стражеско классификацию недостаточности сердечно-сосудистой системы, которая до сих пор не потеряла своего практического значения. Выделил ряд клинических форм недостаточности кровообращения: коллаптоидный тип, тип скрытой недостаточности сердца у пожилых, ишемический, гиперкинетический, сухой дистрофический, сенильный ишемический типы. Много сделал для внедрения новых лабораторно-инструментальных методов исследования в гастроэнтерологии. Так, впервые в СССР, был применен гастроскоп на волоконной оптике, освоена методика прицельной гастробиопсии.

Награжден тремя орденами Ленина, орденами Октябрьской Революции, Красного знамени, Отечественной войны I и II степеней, Трудового Красного Знамени, Дружбы народов и др.



## **Уважаемые коллеги!**

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

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

Член РНМОТ получает следующие преимущества:

- Получает значок Общества и членскую карточку с персональным кодом.
- Получает возможность моментальной идентификации участия (при помощи членской карточки с персональным кодом) в научно-практических мероприятиях РНМОТ, включая конгрессы, съезды, конференции, школы и мастер-классы по программе непрерывного медицинского образования, и накапливать Кредиты, которые будут учитываться при аттестации на категорию и сертификации специалиста.
- Бесплатно предоставляется электронная версия журнала «Терапия». Бесплатно (на всех мероприятиях РНМОТ) получает печатную продукцию РНМОТ (журнал Общества, методические рекомендации, избранные лекции и др.).
- Имеет преимущества в размещении статей в журнале Общества (после прохождения рецензирования).
- Имеет преимущества в размещении тезисов и постерных сообщений на научно-практических мероприятиях РНМОТ.
- Имеет преимущества при включении докладов в программу научно-практических мероприятий РНМОТ (после одобрения научным Оргкомитетом).
- Имеет скидку 50% при оплате регистрационных взносов участника ежегодного Национального конгресса терапевтов в Москве.
- Получает полный доступ к материалам научно-практических мероприятий, организуемых РНМОТ, включая слайды презентаций.
- Автоматически становится членом Всемирного и Европейского обществ терапевтов.

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



6 октября

**Зал Бета, 2 этаж**

**Зал Дельта, 3 этаж**

**Зал Вега, 3 этаж**

**Зал Гамма, 3 этаж**

<b>09:00</b>									<b>09:00</b>
09:15									09:15
<b>09:30</b>									<b>09:30</b>
09:45	Симпозиум Второй образовательный паллиативный медицинский форум	Симпозиум Особенности ведения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Ушкова Е.А. (Москва)	Симпозиум Рациональное ведение и сопровождение пациента. Принципы формирования домашней аптечки. Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва), Хадзегова А.Б. (Москва)	Симпозиум Балансируя на лезвии бритвы: сложный пациент с кардиоваскулярной патологией. Сопредседатели: Скибицкий В.В. (Краснодар), Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)					
<b>10:00</b>	Симпозиум Лечение боли у пациентов паллиативного профиля в практике врача. Сопредседатели: Невзарова Д.В. (Москва), Палевиченко Е.В. (Москва), Зеленков Н.П. (Новочеркасск)								10:00
10:15									10:15
<b>10:30</b>									<b>10:30</b>
10:45									10:45
<b>11:00</b>									<b>11:00</b>
11:15									11:15
<b>11:30</b>									<b>11:30</b>
11:45									11:45
<b>12:00</b>									<b>12:00</b>
12:15									12:15
<b>12:30</b>									<b>12:30</b>
12:45									12:45
<b>13:00</b>									<b>13:00</b>
13:15									13:15
<b>13:30</b>									<b>13:30</b>
13:45									13:45
<b>14:00</b>									<b>14:00</b>
14:15									14:15
<b>14:30</b>									<b>14:30</b>
14:45									14:45
<b>15:00</b>									<b>15:00</b>
15:15									15:15
<b>15:30</b>									<b>15:30</b>
15:45									15:45
<b>16:00</b>									<b>16:00</b>
16:15									16:15
<b>16:30</b>									<b>16:30</b>
16:45									16:45
<b>17:00</b>									<b>17:00</b>
17:15									17:15
<b>17:30</b>									<b>17:30</b>
17:45									17:45
<b>18:00</b>									<b>18:00</b>
18:15									18:15
<b>18:30</b>									<b>18:30</b>
18:45									18:45
<b>19:00</b>									<b>19:00</b>

Симпозиум  
Второй образовательный паллиативный медицинский форум  
Симпозиум  
Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению.  
Сопредседатели: Невзарова Д.В. (Москва), Абузарова Г.Р. (Москва)

Симпозиум  
Актуальные вопросы пульмонологии и ревматологии в терапевтической практике.  
Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва), Повзун А.С. (Санкт-Петербург)

Симпозиум  
Новые диагностические и лечебные технологии в гастроэнтерологии.  
Сопредседатели: Ткачев А.В. (Ростов-на-Дону), Яковлев А.А. (Ростов-на-Дону), Тарасова Г.Н. (Ростов-на-Дону)

Симпозиум  
Второй образовательный паллиативный медицинский форум  
Симпозиум  
Паллиативная помощь детям, подросткам и молодым взрослым: проблемы и перспективы.  
Сопредседатели: Палевиченко Е.В. (Москва), Лшонкин А.В. (Москва)

Симпозиум  
Актуальные вопросы почечной патологии в терапевтической практике.  
Сопредседатели:  
Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону), Дзгоева Ф.У. (Владикавказ), Летифов Г.М. (Ростов-на-Дону)

Симпозиум  
На амбулаторном приеме коморбидный больной: выбор тактики лечения в непростых ситуациях.  
Сопредседатели: Повзун А.С. (Санкт-Петербург), Багмет А.Д. (Ростов-на-Дону)

Симпозиум  
Конкурс молодых терапевтов  
Председатель Конорин В.А. (Москва)

Симпозиум  
Новые подходы и представления о сердечно-сосудистом риске.  
Сопредседатели: Шакута Г.В. (Ростов-на-Дону), Павлушук С.А. (Краснодар)

Симпозиум  
Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией.  
Сопредседатели: Стрюк Р.И. (Москва), Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)

## Зал Орион, 2 этаж

09:00–09:30

**Официальное открытие съезда**

09:30–12:00

**пленарное заседание**

Роль Российского научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании.

*Мартынов А.И. (Москва)*

Эпидемиология неинфекционных заболеваний в Южном федеральном округе и вопросы совершенствования терапевтической помощи населению.

*Терентьев В.П. (Ростов-на-Дону)*

Персонализированная медицина и клиническая лабораторная диагностика. Взгляд интерниста.

*Спаский А.А. (Москва)*

Лабораторная служба в поликлинике: «ни дня без строчки».

*Верткин А.Л. (Москва)*

Пневмония: современные проблемы диагностики и лечения в практике терапевта.

*Арутюнов Г.П. (Москва)*

Результаты проведения проверок учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь.

*Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения**(Ростов-на-Дону)*

Паллиативная помощь, как отдельный вид медицинской помощи: структура, критерии отбора, основные показания.

*Невзорова Д.В. (Москва)*

12:15–14:00

**симпозиум****Сложные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.***Председатель Мартынов А.И. (Москва)*

Новые возможности в достижении целевых показателей липидного спектра.

*Гордеев И.Г. (Москва)*

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

*Мартынов А.И. (Москва)*

Внутренняя медицина 2016: краткие итоги года.

*Кокорин В.А. (Москва)*

Роль внутрикoronарной цитопротекторной терапии в лечении острого коронарного синдрома.

*Спаский А.А. (Москва)*

Неалкогольная жировая болезнь печени.

Чем опасна «безопасная» болезнь? Патогенез сердечно-сосудистых осложнений при НАЖБП.

Терапия НАЖБП и ее осложнений.

Доклад при поддержке компании Санофи\*

*Вовк Е.И. (Москва)*

14:00–14:30

**Обед**

14:30–16:00

**симпозиум****Избранные вопросы терапии заболеваний органов дыхания на амбулаторном приеме.***Сопредседатели: Карева Е.Н. (Москва), Егоров А.Ю. (Вена)*

Современные подходы к терапии бронхитов.

*Гайдар Е.Н. (Ростов-на-Дону)*

Современные топические препараты в ступенчатой терапии аллергических ринитов.

*Бойко Н.В. (Ростов-на-Дону)*

Рациональная терапия острого риносинусита.

*Бойко Н.В. (Ростов-на-Дону)*

Механизм действия противовирусных препаратов, используемых для лечения гриппа и других ОРВИ.

*Егоров А.Б. (Вена)*

Противовирусные препараты с точки зрения доказательной медицины. Взгляд фармаколога.

*Карева Е.Н. (Москва)*

Инновации в лечении респираторных инфекций.

*Попова Е.Н. (Москва)*

16:15–17:45

**симпозиум****Управление сердечно-сосудистым риском: как правильно вести пациента?***Председатель Гиляревский С.Р. (Москва)*

Врачебный консилиум: железодефицитная анемия в практике терапевта.

*Дворецкий Л.И. (Москва)*

Роль НОАК в профилактике эмболии с точки зрения клинического фармаколога.

*Гиляревский С.Р. (Москва)*

Выбор АСК для долгосрочной профилактики сердечно-сосудистых событий у кардиологических пациентов. Значение приверженности терапии.

*Дроботья Н.В. (Ростов-на-Дону)*

Лечение артериальной гипертензии: от моно-к комбинированной терапии.

*Арутюнов Г.П. (Москва)*

## Зал Бета, 2 этаж

**Амбулаторный прием**

12:15–13:45

**пленарное заседание**

Правила формулировок диагноза: что меняется в 2017 году.

*Председатель Верткин А.Л. (Москва)*

- «Органы у всех людей устроены одинаково, природа у людей одна, но натуры разные».
- «10 дней, которые потрясли мир»: история повторяется.
- Разбор 10 «типичных случаев» на поликлиническом приеме.

\* - Доклад, не участвует в непрерывном образовании врачей

13:45–14:30

Обед

14:30–16:00

**«Трудно представить себе более важную, или жизненно важную, для любого общества работу, чем создание хороших терапевтов».**

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

- Начнем с главного: кабинет амбулаторного врача.
- «Диагноз в двери».
- «Шпартгалки» на стенах.
- Клинические рекомендации 2016 года на рабочем столе.
- Профилактический вектор.
- Амбулаторный прием: что остается за кадром.
- «Диагностический комфорт»: лабораторная служба в поликлинике.

16:15–17:45

**Вместе мы — сила!**

*Сопредседатели Верткин А.Л. (Москва),*

*Волкова Н.И., (Ростов-на-Дону), Носова А.В. (Москва)*

- Эндокринолог и терапевт: все о сахарном диабете.
- Информация от первого лица.
- «Блиц-диалог: ваш вопрос — наш ответ».

## Зал Дельта, 3 этаж

12:15–13:45

симпозиум

**Кардиологические аспекты в терапевтической практике.**

**Часть I. Профилактика в современной кардиологии: рандомизированные исследования-рекомендация-реальная клиническая практика.**

*Сопредседатели: Скибицкий В.В. (Краснодар),*

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Терапия, влияющая на прогноз пациентов с ишемической болезнью сердца: какими доказательствами мы располагаем?

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Вторичная профилактика сердечно-сосудистых событий с позиции современных рекомендаций.

*Терентьев В.П. (Ростов-на-Дону)*

Приверженность к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца: проблемы и пути их решения.

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Кардиологические вопросы в практике терапевта.

**Часть II. Лечение артериальной гипертонии в рамках рекомендаций**

*Сопредседатели: Скибицкий В.В. (Краснодар),*

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Роль блокаторов РААС в современных клинических рекомендациях. Место зофеноприла и олмесартана в терапии пациентов с артериальной гипертензией.

*Скибицкий В.В. (Краснодар)*

Особенности выбора антигипертензивной терапии пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

Место бета-блокаторов.

*Фендрикова А.В. (Краснодар)*

13:45–14:30

Обед

14:30–16:00

симпозиум

**Частные вопросы в практике врача-терапевта.**

*Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва),*

*Терентьев В.П. (Ростов-на-Дону)*

Антиагреганты в профилактике сердечно-сосудистых осложнений: современный взгляд на проблему.

*Терентьев В.П. (Ростов-на-Дону)*

Новые аспекты в лечении пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Синдром вегетативной дистонии.

*Федорова Е.Л. (Новосибирск)*

Функциональные расстройства кишечника.

*Шавкута Г.В. (Ростов-на-Дону)*

Бессимптомная бактериурия. Какое решение должен принять участковый терапевт.

*Мартынов А.И. (Москва)*

16:15–17:45

Заседание региональных отделений РНМОТ

Южного федерального округа совместно с членами

Президиума РНМОТ.

## Зал Вега, 3 этаж

12:15–13:45

симпозиум

**Новые проблемы эндокринологии.**

*Сопредседатели: Волкова Н.И. (Ростов-на-Дону),*

*Кудинов В.И. (Ростов-на-Дону)*

Субклинические эндокринные заболевания: миф или реальность?

*Волкова Н.И. (Ростов-на-Дону)*

Проблемы лечения сахарного диабета 2 типа.

Все ли возможности препаратов сульфонилмочевины нами используются?

*Кудинов В.И. (Ростов-на-Дону)*

Синдром Конншинга: выясняем причины артериальной гипертензии.

*Джериева И.С. (Ростов-на-Дону)*

Узловые образования щитовидной железы: новый взгляд на старую проблему.

*Давиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону)*

13:45–14:30

Обед

14:30–16:00

симпозиум

**Реперфузия при ОКС. Нерешенные проблемы.**

*Сопредседатели: Хрипун А.В. (Ростов-на-Дону),*

*Космачева Е.Д. (Краснодар)*

Первый опыт тотального регистра ОКС по Краснодарскому краю, больные без обструктивного поражения коронарных артерий.

*Космачева Е.Д. (Краснодар)*

ЧКВ биорезорбируемыми стентирующими каркасами при ОИМ с подъемом сегмента ST. Ближайшие и отдаленные результаты.

*Хрипун А.В. (Ростов-на-Дону)*

Особенности проведения ЧКВ в разные сроки после развития симптомов ОИМ с подъемом сегмента ST.

*Малеваный М.В. (Ростов-на-Дону)*

Влияние выбора тромболитического препарата на результаты фармако-инвазивной стратегии реперфузии при ОИМ с подъемом сегмента ST.

*Куликовских Я.В., Кастанаян А.А. (Ростов-на-Дону)*

16:15–17:45

симпозиум

**Междисциплинарный подход к ведению кардиологических пациентов.**

*Сопредседатели: Хрипун А.В. (Ростов-на-Дону),*

*Садовой В.И. (Симферополь)*

Особенности оказания неотложной кардиологической помощи в Республике Крым. Междисциплинарный подход.

*Садовой В.И. (Симферополь)*

Кардиоэмболический инсульт: современное состояние проблемы, реальная клиническая практика, региональный опыт.

*Хрипун А.В. (Ростов-на-Дону)*

Особенности патогенеза поражения органов-мишеней при развитии артериальной гипертензии в пожилом возрасте.

*Кастанаян А.А. (Ростов-на-Дону)*

Влияние реперфузии у больных с ОКС на частоту сердечно-сосудистых событий с учетом приверженности к терапии в течение первого года наблюдения.

*Годунко Е.С. (Ростов-на-Дону)*

Влияние приверженности терапии на частоту коронарных событий и прогноз у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (результаты 5-летнего наблюдения).

*Сафроненко В.А. (Ростов-на-Дону)*



## Зал Бета, 2 этаж

09:30–12:20

### Второй образовательный паллиативный медицинский форум

симпозиум

#### Лечение боли у пациентов паллиативного профиля в практике врача.

*Сопредседатели: Невзорова Д.В. (Москва),  
Полевиченко Е.В. (Москва), Зеленков Н.П. (Новочеркасск)*

Лицензионные требования при использовании наркотических и психотропных лекарственных препаратов в медицинских целях.

*Падалкин В.П. (Москва)*

Преимственность детской и взрослой паллиативных служб в регионе: что должно быть сделано?

*Полевиченко Е.В. (Москва)*

Обезболивание в последние часы жизни. Критерии оценки качества обезболивающей терапии.

*Невзорова Д.В. (Москва)*

Оценка и ведение тягостных симптомов у пациентов

*Белобородова А.В. (Москва)*

Развитие паллиативной медицинской помощи на территории Ростовской области.

*Зеленков Н.П. (Новочеркасск)*

13:30–16:50

### Второй образовательный паллиативный медицинский форум

симпозиум

#### Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

*Сопредседатели: Невзорова Д.В. (Москва), Абузарова Г.Р. (Москва)*

Лечение хронической боли у паллиативных пациентов в формате Национальных клинических рекомендаций Минздрава России, 2016 год.

*Абузарова Г.Р. (Москва)*

Ведение пациентов в последние часы жизни.

Паллиативная седация.

*Невзорова Д.В. (Москва)*

Хронический болевой синдром в онкологии.

Диагностика и рациональная фармакотерапия нейропатической боли.

*Абузарова Г.Р. (Москва)*

Уход за пациентами, нуждающимися в оказании паллиативной помощи на дому. Профилактика и лечение пролежней и других осложнений. Мастер-класс.

*Выговская О.Н. (Новосибирск)*

Кишечные стомы в паллиативной медицине: уход и методы профилактики осложнений.

*Голубева М.Ю. (Москвы)*

Профилактика эмоционального выгорания.

*Кан А.А.*

## Зал Дельта, 3 этаж

09:30–11:00

симпозиум

### Особенности ведения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

*Сопредседатели: Марцевич С.Ю. (Москва),  
Ушкалова Е.А. (Москва)*

Роль самоконтроля при терапии варфарином.

*Марцевич С.Ю. (Москва)*

Пациенты с ФП и ХБП: проблемы диагностики и особенности подбора антикоагулянтной терапии.

*Козиолова Н.А. (Пермь)*

Проблемы коморбидности в клинической практике.

*Спасский А.А. (Москва)*

Полиморфизм клинических проявлений хронической цереброваскулярной патологии.

*Живолупов С.А. (Санкт-Петербург)*

Фармакологическая стратегия ведения пациентов с сосудистой коморбидностью.

*Ушкалова Е.А. (Москва)*

11:15–12:45

симпозиум

### Актуальные вопросы пульмонологии и ревматологии в терапевтической практике.

*Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва),  
Повзун А.С. (Санкт-Петербург)*

Современная терапия бронхообструктивного синдрома.

*Малявин А.Г. (Москва)*

Разумная терапия бронхиальной астмы.

Современная лекарственная парадигма.

*Бабак С.Л. (Москва)*

Клинический разбор пациента с бронхиальной астмой.

*Бабак С.Л. (Москва)*

Алгоритмы диагностики и лечения острого суставного синдрома.

*Повзун А.С. (Санкт-Петербург)*

Применение хондропротекторов при неспецифической боли.

*Ямин М.А. (Ростов-на-Дону)*

13:00–14:30

симпозиум

### Национального общества доказательной фармакотерапии Больные с фибрилляцией предсердий и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями: медицинская практика и пути повышения эффективности профилактической фармакотерапии.

*Председатель Марцевич С.Ю. (Москва)*

Больные с фибрилляцией предсердий и перенесенным мозговым инсультом, инфарктом миокарда: клинические рекомендации, междисциплинарное взаимодействие.

*Марцевич С.Ю. (Москва)*

Антиангинальная терапия у больных стабильной ИБС и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями: основы лечебной тактики и дополнительные возможности повышения эффективности.

*Кутишенко Н.П. (Москва)*

Больные с фибрилляцией предсердий и сочетанными сердечно-сосудистыми заболеваниями: медикаментозное лечение и исходы в реальной медицинской практике.

*Лукьянов М.М. (Москва)*

**14:45–16:15**

симпозиум

**Актуальные вопросы почечной патологии в терапевтической практике.**

*Сопредседатели: Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону),*

*Дзгоева Ф.У. (Владикавказ), Летифов Г.М. (Ростов-на-Дону)*

Хроническая почечная недостаточность: вопросы диагностики и лечения. Что надо знать терапевту?

*Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)*

Кардиологические аспекты хронической почечной недостаточности. Терапевту на заметку.

*Дзгоева Ф.У. (Владикавказ)*

Инфекции мочевых путей в подростковом и зрелом возрасте. Подходы к диагностике и лечению.

*Летифов Г.М. (Ростов-на-Дону)*

Артериальная гипертензия и почки: проблемы и решения.

*Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону)*

Нефропротекция при хронической болезни почек у больных высокого риска: что должен знать терапевт?

*Козиолова Н.А. (Пермь)*

**16:30–18:00**

симпозиум

**Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией.**

*Сопредседатели: Стрюк Р.И. (Москва),*

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Особенности ведения беременных с патологией сердечно-сосудистой системы.

*Стрюк Р.И. (Москва)*

Тактика ведения беременных с нарушениями ритма сердца с позиции современных рекомендаций.

*Коломацкая О.Е., Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Особенности метаболического синдрома у беременных женщин.

*Фендрикова А.В. (Краснодар)*

Особенности диагностики и терапии патологии органов дыхания при беременности.

*Недашковская Н.Г. (Ростов-на-Дону)*

## Зал Вега, 3 этаж

**09:30–11:00**

симпозиум

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

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

*Хадзегова А.Б. (Москва)*

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

*Мартынов А.И. (Москва)*

Сердечно-сосудистые заболевания и Грипп: основные проблемы и пути их решения.

*Хадзегова А.Б. (Москва)*

Между Сциллой и Харибдой или как выбрать лекарство для домашней аптечки?

*Прохорович Е.А. (Москва)*

Домашняя аптечка при ОРВИ

*Малявин А.Г. (Москва)*

**11:15–12:45**

симпозиум

**Заболевания желудочно-кишечного тракта: что нужно знать врачу-терапевту.**

*Сопредседатели: Плюснин С.В. (Москва), Голованова Е.В. (Москва)*

Новый подход к патогенетической терапии хронических заболеваний печени.

*Голованова Е.В. (Москва)*

Взаимосвязь употребления алкоголя с фибрилляцией предсердий, атеросклерозом, раком молочной железы и циррозом печени.

*Плюснин С.В. (Москва)*

Самый лучший гепатопротектор — это ВРАЧ.

*Плюснин С.В. (Москва)*

Быстрый, мощный, уверенный, безопасный и доступный контроль секреции HCl при кислотозависимых заболеваниях (язвенная болезнь, НПВС-гастропатия, ГЭРБ, пищевод Барретта, синдром Золлингера-Эллисона, инфекции Hp).

*Плюснин С.В. (Москва)*

**13:00–14:30**

симпозиум

**Новые диагностические и лечебные технологии в гастроэнтерологии.**

*Сопредседатели: Ткачёв А.В. (Ростов-на-Дону),*

*Яковлев А.А. (Ростов-на-Дону), Тарасова Г.Н. (Ростов-на-Дону)*

Неалкогольная жировая болезнь печени: необходима ли медикаментозная терапия?

*Волков А.С., Яковлев А.А. (Ростов-на-Дону)*

Ишемический панкреатит: возможности постановки диагноза и лечения.

*Шавкута Г.В. (Ростов-на-Дону)*

Запор и колоректальный рак, или Почему после 50 лет и далее каждые 5 лет необходима колоноскопия?

*Плюснин С.В. (Москва)*

Обсуждаем клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни.

*Ткачёв А.В. (Ростов-на-Дону)*

Группы риска по развитию НАЖБП. Кому и как проводить скрининг?

*Тарасова Г.Н. (Ростов-на-Дону)*

**14:45–15:45**

симпозиум

**На амбулаторном приеме коморбидный больной: выбор тактики лечения в непростых ситуациях.**

*Сопредседатели: Повзун А.С (Санкт-Петербург),*

*Багмет А.Д. (Ростов-на-Дону)*

Выбор оптимальной терапии артериальной гипертензии у коморбидного пациента.

*Повзун А.С (Санкт-Петербург)*

Заболевания печени у беременных.

*Шавкута Г.В. (Ростов-на-Дону)*

Остеоартрит у коморбидного пациента:

патогенетический подход к выбору терапии.

*Повзун А.С (Санкт-Петербург)*

**16:00–17:30**

**Конкурс молодых терапевтов**

*Председатель Кокорин В.А. (Москва)*

Влияние стеноза почечной артерии на отдаленные исходы у пациентов с ОКС и атеросклеротическим поражением почечных артерий.

*Кобзева Н.Д. (Ростов-на-Дону)*

Взаимосвязь висцерального ожирения со структурно-функциональным состоянием печени у больных хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени.

*Косивцова М.А. (Волгоград)*

Гендерные особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста.

*Миронова Е.Д. (Москва)*

Особенности микроциркуляторного русла у пациентов с гипертонической болезнью и сочетанием хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни в сравнении со здоровыми лицами.

*Разумовский И.В. (Ростов-на-Дону)*

Особенности клинического проявления асцита при синдроме Бадда-Киари.

*Сердюк А.А. (Краснодар)*

Клинический случай благоприятного исхода герпетического поражения ЦНС у пациентки на фоне проводимой консервативной терапии.

*Торгашова А.Н. (Краснодар)*

Особенности ранней диагностики повреждений тубулярного аппарата почек у пациентов с нарушением углеводного обмена.

*Устинова М.А. (Ростов-на-Дону)*

Факторы риска дефицита витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек.

*Являнская В.В. (Краснодар)*

## Зал Гамма, 3 этаж

**09:30–11:00**

симпозиум

**Балансируя на лезвии бритвы: сложный пациент с сердечно-сосудистой патологией**

*Сопредседатели: Скибицкий В.В. (Краснодар),*

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Небезопасные препараты у пациента с ХСН: балансируя между риском и пользой.

*Скибицкий В.В. (Краснодар)*

Проблемы выбора препаратов при сочетании сердечно-сосудистых заболеваний и ХОБЛ: противоречия и ограничения.

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

Менопаузальная гормональная терапия и сердечно-сосудистые заболевания: рискованный кульбит или новые возможности?»

*Фендрикова А.В. (Краснодар)*

Пожилой больной с фибрилляцией предсердий:

рекомендации в выборе антикоагулянтной терапии

Доклад при поддержке компании Пфайзер\*

*Чесникова А.И. (Ростов-на-Дону)*

**11:15–12:45**

симпозиум

**Проблемы коморбидности в ревматологии.**

*Сопредседатели: Хованов А.В. (Москва),*

*Елисеева Л.Н. (Краснодар)*

Эндотоксикоз в практике терапевта. Современные подходы к контролю.

*Хованов А.В. (Москва)*

Лечение остеоартрита с учётом коморбидности.

*Артёмченко Н.А. (Ростов-на-Дону)*

Подагра в аспекте коморбидности.

*Вайнштейн Н.В. (Ростов-на-Дону), Шавкута Г.В. (Ростов-на-Дону)*

Комплексная концепция по патогенетической терапии остеоартрита в аспекте коморбидности.

*Вайнштейн Н.В. (Ростов-на-Дону)*

Ревматоидный артрит и коморбидность: сложные вопросы патогенеза и возможности их разрешения.

*Елисеева Л.Н. (Краснодар)*

**13:30–16:20**

**Второй образовательный паллиативный медицинский форум**

симпозиум

**Паллиативная помощь детям, подросткам и молодым взрослым: проблемы и перспективы.**

*Сопредседатели: Полевиченко Е.В. (Москва), Пшонкин А.В. (Москва)*

Опыт организации паллиативной медицинской помощи детям в Ростовской области.

*Гришина О.В. (Ростов-на-Дону)*

Российские клинические рекомендации «Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2016 год.

*Пшонкин А.В. (Москва)*

\* Доклад не участвует в непрерывном образовании врачей

Навыки сообщения плохих новостей при оказании паллиативной помощи детям, подросткам и молодым взрослым.

*Хаин А.Е. (Москва)*

Нутритивная поддержка пациентов в комплексе паллиативной помощи детям, подросткам и молодым взрослым.

*Полевиченко Е.В. (Москва)*

**16:30–18:00**

симпозиум

**Новые подходы и представления о сердечно-сосудистом риске.**

*Сопредседатели: Шавкута Г.В. (Ростов-на-Дону),*

*Павлицук С.А. (Краснодар)*

Хроническая ишемия органов пищеварения: вопросы диагностики и лечения.

*Шавкута Г.В. (Ростов-на-Дону)*

Современные клинические рекомендации при дисплазии соединительной ткани.

*Шнюкова Т.В. (Ростов-на-Дону)*

Ожирение и сердечно-сосудистый риск.

*Чепурненко С.А. (Ростов-на-Дону)*

Нарушения дыхания во сне как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений.

*Плескачев А.С. (Ростов-на-Дону)*

Как жить долго и быть счастливым?

*Павлицук С.А. (Краснодар)*



## Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной» Всероссийская конференция молодых терапевтов

**22-23 мая 2018 года**

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

- Научная тематика **Терапевтического форума «Мультидисциплинарный больной»** будет охватывать все основные разделы внутренних болезней, вопросы диагностики, лечения и профилактики наиболее значимых заболеваний. Участники форума смогут услышать лекции и задать вопросы ведущим отечественным специалистам в разных областях внутренней медицины, посетить выставку фармацевтических компаний и специализированных СМИ.
- **Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной»** – первое в своем роде научное мероприятие, где новое поколение врачей осознает, почему комплексный подход в лечении пациента является движущей силой современной медицины.
- Вопросы лечения полиморбидных пациентов особенно важны для практикующего врача-терапевта.
- В рамках **Терапевтического форума «Мультидисциплинарный больной»** пройдет Всероссийская конференция молодых терапевтов, которая организуется для начинающих спикеров, чтобы дать им «большую» трибуну для выступлений.
- Ключевым вопросом в решении целого ряда проблем, связанных с мультиморбидным пациентом, является подготовка и образование молодого специалиста.
- В рамках конференции состоятся:  
**Конкурс на лучший клинический случай**  
**Конкурс на лучшую научную работу**

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

### Оргкомитет:

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

18+ Реклама

### Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 722-64-20  
электронная почта: mail@interforum.pro  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

## АО «Акрихин»

115054, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 5, этаж 6, БЦ «Риверсайд Тауэрз»

телефон: +7 (495) 721-36-97

факс: +7 (495) 723-72-82

электронная почта: info@akrikhin.ru

Официальный  
спонсор



«АКРИХИН» входит в топ-5 крупнейших локальных фармацевтических производителей по объему продаж на российском фармацевтическом рынке.

Сегодня «АКРИХИН» – это 80-летний опыт и традиции работы на российском фармацевтическом рынке в сочетании с современными стандартами и технологиями ведения бизнеса. В продуктовом портфеле компании насчитывается более 200 препаратов основных фармакотерапевтических направлений. «АКРИХИН» выпускает широкий спектр социально значимых лекарств, являясь одним из крупнейших российских производителей лекарственных средств из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также средств для лечения туберкулеза и диабета.

## Астра Зенека

125284, Россия, Москва, ул. Беговая, 3, стр. 1

телефон: + 7 (495) 799 56 99

факс: + 7 (495) 799 56 98

www.astrazeneca.ru

www.astrazeneca.com

«АстраЗенека» – глобальная биофармацевтическая компания, нацеленная на обеспечение доступа пациентов к высокоэффективным препаратам благодаря инновационной научно-исследовательской деятельности и лидерству в области разработок и коммерциализации препаратов.

Основа работы «АстраЗенека» – это инновации в научно-исследовательской сфере ради блага пациентов. Более ста лет разработкой новых препаратов в компании руководили выдающиеся ученые.

«АстраЗенека» гордится тем, что среди ее сотрудников и партнеров было 8 Нобелевских лауреатов. Сегодня компания ведет R&D деятельность на трех континентах, ежегодно инвестируя значительные средства в разработку инновационных препаратов, которые удовлетворяют насущные потребности пациентов. В 2016 году сумма общих инвестиций в R&D составила \$5,8 млрд.

Инвестиции компании сосредоточены на разработке рецептурных препаратов в таких терапевтических областях, как онкология, кардиология и сахарный диабет, респираторные, воспалительные и аутоиммунные заболевания, а также в неврологии.

В «АстраЗенека» работают около 50 тысяч сотрудников по всему миру в более чем 100 странах. В 2016 году продажи «АстраЗенека» составили более \$21 млрд.

Россия является одним из приоритетных рынков для деятельности «АстраЗенека». Число сотрудников компании в России составляет более 1000 человек в 70 городах России. Около 40 оригинальных препаратов компании зарегистрированы и разрешены к использованию на территории страны.

*О разработках «АстраЗенека» в области респираторных заболеваний*

Респираторные заболевания являются одной из ключевых терапевтических областей для «АстраЗенека». Благодаря растущему портфелю препаратов компания занимает одну из лидирующих позиций по борьбе с респираторными заболеваниями в мире, в 2015 г. более 17 млн пациентов получили доступ к инновационным препаратам «АстраЗенека».

Цель компании состоит в трансформации существующих подходов к терапии бронхиальной астмы и ХОБЛ путем применения комбинаций ингаляционных лекарственных средств, использования биопрепаратов для таргетного лечения и внедрения научных разработок.

«АстраЗенека» обладает 40-летним опытом работы в области респираторных заболеваний. Компания сфокусирована на внедрение в клиническую практику как дозированных аэрозольных ингаляторов и порошковых ингаляторов, так и уникальной технологии ко-суспензии (Co-Suspension™ Delivery Technology). «АстраЗенека» сфокусирована на научно-исследовательской деятельности по четырем направлениям: эозинофильные болезни; заболевания, обусловленные Th2 ответом; патологии, в основе развития которых лежат эпителиальные клетки; аутоиммунные заболевания.



## ООО «Асцензия Диабетическая продукция», Россия

123610, Москва, Краснопресненская наб, 12, оф. 1009

телефон: +7 (495) 730-59-61

электронная почта: info.ru@ascensia.com

www.diabetes.ascensia.com.ru

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

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





# Гипосарт

кандесартан

Продлевает трудоспособность  
пациента с артериальной  
гипертензией\*



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

Производитель – фармацевтический завод «Польфарма» АО, Польша

<sup>1</sup> Гилервский С. Р., Голцимид М. В., Кузьмина И. М. Доказательная история кандесартана: прошлое, будущее и настоящее // Журнал Сердечная Недостаточность. Том 16, №5, 2015. – С. 303-310.

<sup>2</sup> Kjeldsen S.E. et al. Effects of losartan vs candesartan in reducing cardiovascular events in the primary treatment of hypertension // Journal of Hypertension. – 2010. – №24. – P. 263-273.

<sup>3</sup> Manolis G. et al. Comparison of Angiotensin II Receptor Blockers: Impact of Missed Doses of Candesartan Cilexetil and Losartan in Systemic Hypertension // A.C. – 1999. – №84. – P. 285.



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ РУ ЛП-002665

Информация для медицинских и фармацевтических работников

## АО «БАЙЕР», Россия

107113, Москва, 3-я Рыбинская улица, д. 18, корп. 2  
телефон: +7 (495) 701-22-85  
электронная почта: ru.communications@bayer.com  
www.bayer.ru



Байер – международный концерн, специализирующийся в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Bayer HealthCare, субконцерн Bayer (объем продаж в 2012 году – 18,6 млрд евро), объединяет глобальную деятельность подразделений Pharmaceuticals (фармацевтические препараты), Consumer Care (препараты безрецептурного отпуска), Medical Care (лечение и экспресс-диагностика сахарного диабета, а также инъекционные системы) и Animal Health (здоровье животных). Цель Bayer HealthCare – создание и производство препаратов, улучшающих здоровье людей и животных во всем мире. Затраты субконцерна на исследования и разработки в 2012 году составили 1,9 млрд евро.

## Компания «Берлин-Хеми/А. Менарини»

115162, Москва, Пресненская набережная, д.10  
Бизнес-центр, «Башня на Набережной»  
телефон: +7 (495) 785-01-00  
факс: +7 (495) 785-01-01  
электронная почта: info@berlin-chemie.ru  
www.berlin-chemie.ru

Компания «Берлин-Хеми/А. Менарини» (Berlin-Chemie/Menarini), Россия входит в Группу компаний Менарини, которая является лидирующим фармацевтическим объединением Европы Menarini Group. Фармацевтическое объединение Группа компаний Менарини (Menarini Group) имеет безупречную репутацию надежного партнера в разработке новых лекарственных препаратов, высокотехнологичном производстве по стандартам GMP, предоставлении актуальной научной информации.

Основные стратегические цели Группы Менарини (Menarini Group) – инновационные исследования, интернационализация рынка в области здравоохранения.

Группа компаний Менарини располагает внушительным набором препаратов, разработанных с использованием собственных возможностей, а также продвигает препараты на основании прочных партнерских отношений с другими фармацевтическими компаниями.

Наиболее известными в области кардиологии являются рецептурные препараты Небилет®, Зокардис®, Кардосал®, Леркамен®, Ранекса®, Инеджи® и Эзетрол®.

На сегодняшний день в России компанией зарегистрировано около 80 лекарственных препаратов.

## Компания «Бионорика СЕ», Германия

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

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

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



**БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ**



**Bionorica®**



## Biotehnos

115432, г. Москва, проспект Андропова, д.18, корп. 6, оф.6-07

телефон: +7 (800) 333-24-71

электронная почта: info@alflutop.org

www.alflutop.ru

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



## АО «Валента Фарм», Россия

119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2

телефон: +7 (495) 933-60-80

факс: +7 (495) 933-60-81

электронная почта: moscowoffice@valentapharm.com

www.valentapharm.com

АО «Валента Фарм» – лидер в области ответственных решений для здравоохранения. Компания была основана в 1997 году и в настоящий момент обеспечивает 4% российского производства лекарственных средств, выпуская около 125 наименований препаратов в большинстве социально-значимых фармакотерапевтических групп. Наиболее известные брэнды – Ингавирин, Фенотропил, Феназепам, Тримедат и др. АО «Валента Фарм» – неоднократный победитель конкурсов «Брэнд года/EFPIE», «Платиновая Унция», «Рецепт года», «Health Idea». Дочерние компании и представительства холдинга открыты в Украине, Казахстане, Узбекистане, Азербайджане.



## АО «ВЕРОФАРМ», Россия

115088, Москва, 2-й Южнопортовый проезд, д. 18, стр. 9

телефон: +7 (495) 792-53-30, 797-57-37

факс: +7 (495) 792-53-28

электронная почта: info@veropharm.ru

www.veropharm.ru

«ВЕРОФАРМ», один из ведущих российских производителей лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, был основан в 1997 году. Компания специализируется на производстве доступных высококачественных препаратов в таких направлениях медицины, как онкология, женское здоровье, гастроэнтерология, инфекционные заболевания, дерматология и неврология (ЦНС), а также изделий медицинского назначения. Продуктовый портфель компании насчитывает более 300 наименований продукции, в основном дженериков.

«ВЕРОФАРМ» является крупнейшим в России производителем онкологических лекарственных средств в натуральном выражении (в упаковках).

«ВЕРОФАРМ» также хорошо известен как производитель высококачественных пластырей, выпускаемых на заводе в Воронеже – первом предприятии, организовавшем лейкопластырное производство в СССР в 1944 году. Несколько видов пластырей компании «ВЕРОФАРМ» были включены в список «100 лучших товаров России».

В 2014 году компания «ВЕРОФАРМ» вошла в состав компании Abbott, одного из лидеров мировой отрасли здравоохранения.



## «Гедеон Рихтер»

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия), г. Москва  
119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 8  
телефон: +7 (495) 987-15-55  
факс: +7 (495) 987-15-56  
электронная почта: centr@g-richter.ru  
www.g-richter.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР

«Гедеон Рихтер» – венгерская фармацевтическая компания, крупнейший в Восточной Европе производитель лекарственных препаратов и лидер по объему инвестиций в сферу научных исследований и разработок. Производит около 100 генерических и оригинальных препаратов в более чем 170 формах. Компания, чья миссия лежит в обеспечении высокого качества лечения на протяжении поколений, является экспертом во многих терапевтических областях. Однако особое внимание уделяет исследованиям в области центральной нервной системы и женского репродуктивного здоровья. В активах компании шесть собственных заводов, один из которых открыт в г.Егорьевске (Россия) еще в 2001 году. В 2014 году «Гедеон Рихтер» отметил 60-летие своей успешной работы в России, продажи которой составляют около 30% от общего объема продаж в странах присутствия компании. По данным IMS Health, входит в ТОП-10 иностранных фармацевтических компаний, работающих на территории РФ. «Гедеон Рихтер» является социально-ответственной компанией, реализуя проекты в области КСО как на глобальном, так и на российском уровне. На сегодняшний день штат компании составляет около 10 тысяч человек в мире, около 1000 из которых трудится в России.

## АО «ГлаксoСмитКляйн Хелскер»

### (Генеральный партнер проекта “Домашняя аптечка”)

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

Генеральный спонсор

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

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

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



## ООО «Гленмарк Импэкс»

Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, БЦ "Вивальди Плаза".  
телефон: +7 (499) 951-00-00  
факс: 7702-77-03  
safety.russia@glenmarkpharma.com  
www.glenmark-pharma.ru

Компания занимает значительное место на рынках дженерических препаратов в странах с развивающейся экономикой. Более 6000 человек в 80 странах мира работают в компании «Гленмарк». «Гленмарк» располагает двенадцатью заводами, которые расположены в четырех странах, и пятью научно-исследовательскими центрами. В 2008 году компания «Гленмарк» получила награды по 2-м номинациям премии SCRIP: «Лучшая фармацевтическая компания в мире» (среди небольших и средних компаний) и «Лучшая компания на развивающихся рынках». В этом же году, Forbes, удостоили компанию «Гленмарк» награды в номинации «Лучшая компания с оборотом до миллиарда долларов в Азиатско-Тихоокеанском регионе». Сферы деятельности компании: разработка препаратов; готовые лекарственные средства; Гленмарк Джениерикс Лтд.

1) Инновационная деятельность компании «Гленмарк» по разработке новых лекарственных препаратов главным образом осуществляется в таких терапевтических направлениях, как заболевания, сопровождающиеся воспалением [астма/ХОБЛ, ревматоидный артрит и т.д.], метаболические нарушения [диабет, ожирение и т.д.] и купирование боли [нейропатическая боль и боль воспалительной этиологии].

2) Препараты представлены в таких терапевтических областях, как дерматология, инфекционные заболевания, респираторные, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, гинекология, заболевания ЦНС и онкология.

3) Гленмарк Джениерикс Лтд (GGL), является филиалом Гленмарк Фармасьютикалс Лтд и стремится стать ведущей интегрированной глобальной организацией по производству дженерических препаратов.



**Glenmark**

A new way for a new world

# ДВОЙНАЯ СИЛА ТЕРАФЛЮ\*



\* В 2 раза больше парацетамола, чем в базовом Терафлю  
Товарный знак принадлежит или используется Группой Компаний ГлаксоСмитКляйн.  
АО «ГлаксоСмитКляйн Хелскаер», РФ, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10,  
тел.: +7 (495) 777-98-50.  
РУ ЛСР-007823/10 от 10.08.2010

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ

# Grindex

## «Гриндекс Рус»

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

«Гриндекс» – ведущее фармацевтическое предприятие Балтии. В портфеле «Гриндекс» препараты: МИЛДРОНАТ (Мельдоний) – для защиты мозга и сосудов от ишемии, ГРИНТЕРОЛ (УДХК) – для терапии холестаза, медикаментозного литолиза и гепатопротекции, ИПИГРИКС (Ипидакрин) – для улучшения нервно-мышечной проводимости и когнитивных функций, ВЕНЛАКСОР (Венлафаксин) – для терапии депрессий разных типов и хронического болевого синдрома, СОМНОЛ (Зопиклон) – для лечения любых видов бессонницы.

## Др. Редди'с Лабораторис, Индия

115035, Москва, Овчинниковская набережная, д. 20, стр. 1  
телефон: +7 (495) 783-29-01  
факс: +7 (495) 783-29-01  
www.drreddys.ru

Официальный  
спонсор

Компания Др. Редди'с Лабораторис Лтд. (NYSE: RDY) – интегрированная международная фармацевтическая компания, деятельность которой направлена на улучшение здоровья людей за счёт предоставления доступных и инновационных лекарственных препаратов.

Компания ведет свой бизнес в трёх направлениях: фармацевтические услуги и активные субстанции, международные дженерики и патентованные препараты, которые вместе представляют широкий портфель услуг и продуктов, включающий активные фармацевтические субстанции, дженерики, биологические препараты, разнообразные рецептуры и новые химические соединения. В своей деятельности компания фокусируется на таких терапевтических областях, как лечение боли, гастроэнтерология, гинекология, кардиология, онкология, педиатрия и лечение диабета. Основными рынками для компании являются Индия, США, Россия и СНГ, Ю. Африка, Румыния.

Dr.Reddy's 

## «Инфамед», Россия

телефон: +7 (495) 775-83-21, +7 (495) 775-83-22  
электронная почта: infamed@infamed.ru  
www.miramistin.ru, www.okomistin.ru

"ИНФАМЕД"  
  
"INFAMED"

Компания «ИНФАМЕД» – российская фармацевтическая компания, осуществляющая разработку, производство и реализацию оригинальных лекарственных препаратов Мирамистин® и Окомистин®. Основным действующим веществом этих препаратов является бензилдиметил [3-(миристоиламино) пропил] аммоний хлорид моногидрат – уникальный антисептик широкого спектра действия из класса поверхностно-активных веществ. Компания «ИНФАМЕД» является эксклюзивным производителем антисептика «Мирамистин®». Компания осуществляет полный производственный цикл: от синтеза субстанции до получения готового продукта, а также занимается разработкой и изучением новых лекарственных препаратов.

# Найз®

Нестероидный противовоспалительный препарат нового поколения  
(селективный ингибитор ЦОГ-2)

150.000.000

упаковок препарата



Доверие, основанное на опыте

★ <http://Int.imshealth.com>



## «ИПСЕН», Россия

109147, Москва, ул. Таганская, д. 19  
телефон: +7 (495) 258-54-00  
факс: +7 (495) 258-54-01  
электронная почта: [ipsen.moscow@ipsen.com](mailto:ipsen.moscow@ipsen.com)

«ИПСЕН» – международная группа фармацевтических компаний, объединяющая более 4500 сотрудников, представляющая на рынке более 20 лекарственных препаратов, более чем в 100 странах мира. Мы стремимся значительно улучшить заботу о пациентах и качество их жизни путем внедрения в медицину инноваций, которые позволяют эффективно справляться с терапевтическими задачами и соответствуют потребностям пациентов.

«ИПСЕН» активно работает в таких областях медицины, как неврология, онкоурология, эндокринология, гематология, которые являются ее основными направлениями развития. Компания также реализует продукцию в других терапевтических областях, в которых она имеет многолетний опыт (гастроэнтерология, сердечно-сосудистые и когнитивные расстройства).

## ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ», Россия

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



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

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

## ООО «Мерц Фарма»

123317, Москва, Пресненская наб, 10, блок С «Башня на набережной».  
телефон: +7 (495) 653-85-55  
факс: +7 (495) 653-85-54  
электронная почта: [info@merz.ru](mailto:info@merz.ru)  
[www.merz.ru](http://www.merz.ru)



Merz (Германия) – уважаемая и надежная инновационная компания, специализирующаяся на разработке и производстве препаратов, обеспечивающих современное качество жизни своим пациентам. Миссия компании – помогать людям лучше выглядеть, лучше себя чувствовать, лучше жить. Обладая профессиональной экспертизой в области неврологии, гепатологии, иммунологии и клинической дерматологии, с 2010 года Merz уделяет особое внимание эстетической дерматологии и ботулинотерапии.

Российское подразделение Merz работает с 1997 года. По данным компании IMS Health входит в список 70 крупнейших фармкомпаний России. Российский филиал занимает третье место по объемам продаж в мире среди подразделений Merz. На сегодняшний день в России зарегистрированы 44 лекарственных препарата, косметических средства и изделий медицинского назначения.

## ПАО «Отисифарм»

Россия, 123317, Москва, Тестовская ул., д.10, ДЦ «Северная Башня», подъезд 1, этаж 12  
телефон: +7 (495) 221-18-00  
факс: +7 (495) 221-18-02  
www.otcpharm.ru  
E-mail: info@otcpharm.ru

ПАО «Отисифарм» – компания, образовавшаяся в результате выделения брендированного безрецептурного бизнеса из крупнейшей российской фармацевтической компании ПАО «Фармстандарт». Под управлением ПАО «Отисифарм» находится портфель самых популярных безрецептурных препаратов отечественного производства, таких как Арбидол®, Афобазол®, Амиксин®, Пенталгин®, Флюкостат®, Компливит® и др.

ПАО «Отисифарм» занимается продвижением и продажей безрецептурных лекарственных препаратов и биологически-активных добавок. Основное внимание компания уделяет совершенствованию качества препаратов и стратегическому развитию своих брендов.

На текущий момент продуктовый портфель компании «Отисифарм» состоит из 67 препаратов, которые представлены в наиболее значимых терапевтических категориях коммерческого сегмента фармацевтического рынка России.

Производство продукции компании осуществляется на промышленных площадках по производству лекарственных средств ПАО «Фармстандарт», где внедрена, функционирует и постоянно совершенствуется система управления качеством: ПАО «Фармстандарт-Лексредства», ПАО «Фармстандарт-Томскхимфарм», ПАО «Фармстандарт-УфаВИТА» и ЗАО «ЛЕККО».

На всех предприятиях ПАО «Фармстандарт», где производятся лекарственные средства компании ПАО «Отисифарм», внедрена, функционирует и постоянно совершенствуется система управления качеством. Действующая система управления качеством разработана и внедрена строго в соответствии с требованиями Директивы 2003/94/ЕС, национальных стандартов РФ ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств» и ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ИСО 9001:2008) «Системы менеджмента качества».



## ООО «НПК «Базовый Индивидуальный Комплекс» (ООО «НПК «БИК»)

190020, Санкт-Петербург, ул. Курляндская, д. 28-А, Россия  
телефон: +7 (812) 331-77-51  
электронная почта: info@npk-bik.ru  
eubikor.ru

ООО «НПК «БИК» – современная, динамично развивающаяся компания, специализирующаяся в области разработки и производства биологически активных добавок к пище с использованием инновационных технологий.

В портфеле продуктов компании присутствует широко известный препарат из группы пребиотиков ЭУБИКОР. ЭУБИКОР предназначен для нормализации микрофлоры кишечника, улучшения функционального состояния желудочно-кишечного тракта, рекомендован в качестве дополнительного источника пищевых волокон.



ЭУБИКОР®

## ООО «Натива»

123001, г.Москва, Ермолаевский переулок, дом 25,  
телефон/факс: +7 (495) 502-16-43  
www.nativa.pro

ООО «Натива» – российская фармацевтическая компания полного цикла, специализирующаяся на разработке и выпуске лекарственных средств для применения в пульмонологии, эндокринологии, онкологии, гинекологии и неврологии. Выпускается порядка 30 наименований лекарств, большая часть которых входит в перечень ЖНВЛП. Производство организовано в соответствии с международными стандартами GMP.





## ООО «Новартис Фарма»

125315 г. Москва, Ленинградский проспект, д. 72/3  
телефон: +7 (495) 967-1270  
факс: +7 (495) 967-1268  
www.novartis.ru

Миссия компании в России – быть надежным партнером государства в развитии фармацевтической отрасли и улучшении системы здравоохранения. Компания активно сотрудничает с ведущими академическими и исследовательскими учреждениями России, поддерживает развитие ключевых терапевтических направлений в медицинской науке и практике, а также занимает одну из лидирующих позиций по количеству клинических исследований среди иностранных производителей. Забота о пациентах лежит в основе всей деятельности «Новартис». Компания поддерживает программы, направленные на помощь пациентам, в том числе, образовательные программы для врачей и пациентов в различных регионах России.

## АО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское»

142279, Московская обл., Серпуховский район, п. Оболенск, корп. 7-8  
телефон: +7 (495) 646-28-68  
факс: +7 (495) 646-28-68  
электронная почта: info@obolensk.ru  
www.obolensk.ru

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

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

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

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



## ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

191119, город Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 112  
телефон: +7 (812) 710-82-25  
факс: +7 (812) 764-62-84  
электронная почта: sales@polysan.ru  
www.polysan.ru

ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН» основана в 1992 году. Сфера деятельности – разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: ЦИТОФЛАВИН (Cytoflavin), ЦИКЛОФЕРОН (Cycloferon), РЕАМБЕРИН (Reamberin), РЕМАКСОЛ (Remaxol). Компания «ПОЛИСАН» была дважды удостоена премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза.





## ООО «Пфайзер Инновации»

Пресненская наб., 10, Москва, 123317  
телефон: +7 (495) 287-50-00  
www.pfizer.ru



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

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

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

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

## ООО «РОМФАРМА»

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



РАТНАНАЙТКА

Rompharm Company – динамично развивающаяся компания на европейском и российском фармацевтическом рынке, современное европейское производство (GMP), выпускающее лекарственные препараты для России, Европейского Союза, стран СНГ.

С ноября 2016 года Rompharm Company производит по швейцарской технологии оригинальный инъекционный хондропротектор – РУМАЛОН. Доверие врачей и пациентов заслужил рецептурный препарат ДИАФЛЕКС (МНН диацереин), который относится к новому поколению НПВП и рекомендован как препарат базисной противовоспалительной терапии остеоартроза (ESCEO, 2016) и остеохондроза.

Приоритетом развития Rompharm Company видит производство современных европейских лекарственных препаратов по доступным ценам для российских пациентов.

## ООО «Рош Диагностика Рус»

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



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

Имея прочные позиции как в фармацевтике, так и в диагностике, а также глубокие познания в молекулярной биологии, «Рош» ставит персонализированную медицину в центр своей бизнес-стратегии. Именно такой подход позволяет подразделениям «Рош Фарма» и «Рош Диагностика» в ходе совместных исследований находить оптимальную для каждого пациента терапию.

Уже 120 лет группа компаний «Рош» играет ведущую роль в здравоохранении. Сегодня она имеет представительства более чем в 100 странах мира и общий штат сотрудников более 90 000 человек, что обеспечивает быстрый и индивидуальный сервис. «Рош» непрерывно расширяет меню своих IVD-тестов и предлагает одно из широчайших портфолио продукции в отрасли, сохраняя рост объема продаж и лидерство на высококонкурентных рынках.

In vitro диагностика влияет на более чем 60% клинических решений, хотя на ее долю приходится всего 2% общих затрат на здравоохранение. Будучи лидером в области in vitro диагностики, подразделение «Рош Диагностика» предлагает широкий спектр диагностической аппаратуры и тестов для быстрого и надежного выявления заболеваний и контроля лечения. Основываясь на своем опыте по различным направлениям диагностики, группа компаний «Рош» является ключевым мировым поставщиком комплексных инновационных решений, ориентированных на увеличение клинической значимости диагностики для усовершенствования существующих и внедрения новых видов лечения.

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

## «Санофи»

25009, Москва, ул. Тверская, д.22  
телефон: +7 (495) 721-14-00  
www.sanofi.ru



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

## ЗАО «ФармФирма «Сотекс»

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



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

## ООО «Такеда Фармасьютикалс»

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

Официальный  
спонсор



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

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

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

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



**МОЩНЫЙ  
СОЮЗ**  
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД  
В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ<sup>1,2</sup>

**АЗИЛСАРТАН  
ПРЕВОСХОДИТ  
ДРУГИЕ САРТАНЫ\*  
В АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ  
ЭФФЕКТЕ<sup>3,4</sup>**

**ХЛОРТАЛИДОН  
ИМЕЕТ ОБШИРНУЮ  
ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ БАЗУ<sup>5-9</sup>  
ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА ССО\*\*  
У ПАЦИЕНТОВ С АГ**

  
**Эдарби® Кло**  
азилсартана медоксомил + хлорталидон

**МОЩНЫЙ СОЮЗ**



Реклама

**Сокращённая информация по применению**

**Торговое название:** Эдарби® Кло. **Международное непатентованное или группировочное название:** азилсартана медоксомил + хлорталидон. **Лекарственная форма и дозировка:** таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 40 мг + 12,5 мг; 40 мг + 25 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия), **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к активным веществам и другим компонентам препарата; рефрактерная гипоталаемия; анурия; беременность и период грудного вскармливания; одновременный приём алискирена и алискиренсодержащих препаратов у пациентов с сахарным диабетом или тяжёлым нарушением функции почек (скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>); тяжёлые формы сахарного диабета; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены); нарушения функции печени тяжёлой степени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) (отсутствует опыт применения); почечная недостаточность тяжёлой степени (клиренс креатинина (КК) менее 30 мл/мин) (отсутствует опыт применения). **Способ применения и дозы.** Препарат Эдарби® Кло принимают внутрь один раз в сутки независимо от времени приёма пищи. Рекомендованная начальная доза препарата Эдарби® Кло составляет 40 мг азилсартана медоксомила + 12,5 мг хлорталидона 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата Эдарби® Кло можно увеличить до максимальной 40 мг азилсартана медоксомила + 25 мг хлорталидона 1 раз в сутки. Препарат Эдарби® Кло следует принимать ежедневно, без перерыва. В случае прекращения лечения пациент должен сообщить об этом врачу. **Побочное действие:** очень часто: повышение концентрации креатинина, гиперлипидемия, гипоталаемия; часто: повышенная утомляемость, головокружение, постуральное головокружение, выраженное снижение АД, периферические отёки, крапивница, гипомагнемия, гиперурикемия, повышение концентрации мочевины, повышение активности креатинфосфокиназы, тошнота, потеря аппетита, желудочно-кишечные расстройства, диарея, снижение потенции. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению.** **С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность (IV функциональный класс по классификации NYHA); нарушение функции почек (КК более 30 мл/мин); нарушение функции печени лёгкой и умеренной степени (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью); двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; ишемическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объёма циркулирующей крови (в том числе рвота, диарея, приём высоких доз диуретиков), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; первичный гиперальдостеронизм; гиперурикемия и подагра; бронхиальная астма; системная красная волчанка; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет; гипоталаемия. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.** № RU/EUA/0317/0006

\*По сравнению с валсартаном и олдесартаном. \*\*ССО – сердечно-сосудистые осложнения. **1.** Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эдарби® Кло, таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 40 мг + 12,5 мг, 40 мг + 25 мг. Рег. уд. ЛП-002941 от 02.04.2015. **2.** Cushman W.C., et al. Hypertension. 2012; 60: 310-318. **3.** Sica D., et al. J. Clin Hypertens. 2011; 13: 467-472. **4.** White W.B., et al. Hypertension. 2011; 57: 413-420. **5.** Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA. 1979; 242: 2562-2571. **6.** Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Circulation. 1990; 82: 1616-1628. **7.** Dorsch M.P., et al. Hypertension. 2011; 51: 689-694. **8.** SHEP Cooperative Research Group. JAMA. 1991; 265: 3255-3264. **9.** ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA. 2002; 288: 2981-2997.

## ООО «ТНК СИЛМА», Россия

115573, Москва, ул. Шипиловская, д. 50, корп. 1, стр. 2

телефон: +7 (495) 223-91-00

электронная почта: [contact@enterosgel.ru](mailto:contact@enterosgel.ru)

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



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

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

## ООО «ЭГИС-РУС»

121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8

телефон: +7 (495) 363-39-66

телефон: +7 (495) 789-66-31

электронная почта: [moscow@egis.ru](mailto:moscow@egis.ru)

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



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

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

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

## ООО «Юник Фармасьютикал Лабораториз»

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



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

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

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

# Сорбифер Дурулес

ПРЕПАРАТ ЖЕЛЕЗА №1 В РОССИИ<sup>1</sup>

№1

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА  
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ<sup>2</sup>



**БЫСТРОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА<sup>3</sup>**

**ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ<sup>3,4</sup>**

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ<sup>5</sup>**

**Сорбифер Дурулес.** МПН железа сульфат + аскорбиновая кислота. **СВОЙСТВА:** применяется для устранения дефицита железа. **Механизм Дурулес** обеспечивает поэтапное высвобождение активного ингредиента (железа) в течение длительного времени. **ПОКАЗАНИЯ:** железодефицитная анемия, дефицит железа. Профилактическое применение при беременности, лактации и у доноров крови. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к компонентам препарата. Состояние тяжелой и/или обструктивной непроходимости желудочно-кишечного тракта. Повышенное содержание железа в организме (гемосидероз, гемохроматоз). Нарушение утилизации железа (слизничная дисмия, сидеробластная анемия, гематологическая анемия). Длительный возраст – младше 12 лет (из-за отсутствия клинических данных). **С осторожностью:** язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, воспалительные заболевания кишечника (энтерит, дивертикулит, язвенный колит, болезнь Крона). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗИРОВКА:** таблетки, покрытые оболочкой, принимают внутрь. Их нельзя делить или разжевывать. Таблетку следует проглотить целиком и залить не менее чем половиной стакана жидкости. Взрослым и подросткам: по 1 таблетке 1-2 раза в день. При необходимости, больным железодефицитной анемией, дозу можно повысить до 3-4 таблеток в день за два приема (утром и вечером), в течение 3-4 месяцев (до восстановления дефицита железа в организме). При беременности и лактации. Профилактика: по 1 таблетке в день. Лечение: до 2 таблеток 2 раза в день (утром и вечером). Лечение следует продолжать до достижения оптимального уровня гемоглобина. Для дальнейшего пополнения дефицита может потребоваться продолжение приема препарата еще 2 месяца. **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:** тошнота, рвота, боли в животе, диарея, запор. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ:** Сорбифер Дурулес может снизить всасывание одновременно применяемых эноксина, клонидина, грейфохлорина, осеводина, псевдофосфина, метилдопа, левокарнитина, тетрациклина и торацепама (ингибиторы протонной помпы). Одновременное применение препаратов Сорбифер Дурулес и антацидных препаратов, содержащих гидрооксид алюминия и карбоната магния, может снизить всасывание железа. Между приемом препаратов Сорбифер Дурулес и любого из этих препаратов следует выдерживать максимально возможный интервал времени. Рекомендуемый минимальный интервал времени между приемами составит 2 часа, кроме случаев приема тетрациклина, когда минимальный интервал должен составлять 3 часа. Сорбифер Дурулес не следует сочетать со следующими препаратами: цитрофлоксацин, доксициклин, норфлоксацин и офлоксацин. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Сорбифер Дурулес можно применять при беременности и кормлении грудью. **ФОРМА ВЫПУСКА:** таблетки, покрытые оболочкой. По 30 или 50 таблеток во флаконе. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:** при температуре 15-25 °С, в недоступном для детей месте. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** по рецепту.

Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. **Информация для медицинских работников, не для пациентов.**

1. Российский Фармацевтический Рынок, Итоги 2016 года (Приложение к журналу «Ремедиум»), Май 2017 г. Стр. 145.

2. Сорбифер Дурулес. Инструкция по медицинскому применению препарата.

3. Дворецкий Л.И. и др., Сравнительная эффективность железосодержащих препаратов у больных с железодефицитной анемией. Вестник, 2007,(11),21-27.

4. Дубокая Е. и др., Послеоперационная железодефицитная анемия у больных с доброкачественной патологией полости матки. Журнал «Врач», 2011,(11),61-64.

5. Воробьев П.А. и др. Клинико-экономический анализ. М., Издательство «Националь», 2004,215-219.

Компания, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС» 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8

РУ П N011414/01

Тел: (495) 363-39-66, факс: (495) 789-66-31, e-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

# Средства профессиональной информации и коммуникации

Генеральный  
информационный спонсор



## Журнал «Терапия»

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

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

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

Генеральный  
информационный спонсор



## Портал российского врача WWW.MEDVESTNIK.RU

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
WWW.MEDVESTNIK.RU

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

## Журнал «Фарматека», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
факс: +7 (495) 334-22-55  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.pharmateca.ru

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

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.



ПОДПИСКА

# ТЕРАПИЯ

www.bionika-media.ru

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

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

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

## Уважаемые читатели!

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

## Стоимость подписки на 2018 год с приложением:

Первое полугодие (4 номера)

**1016 руб. 40 коп.**

Годовая подписка (8 номеров)

**1848 руб. 00 коп.**

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

и по **e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)**

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

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



Генеральный  
информационный спонсор

*Фармацевтический*  
**ВЕСТНИК**

## Газета «Фармацевтический вестник»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57, 786-25-43  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.pharmvestnik.ru

Газета «Фармацевтический вестник» – ведущее информационно-аналитическое издание и интернет портал для специалистов российского фармрынка и смежных отраслей. Полноцветный еженедельник объемом 24–48 полос формата А3 выходит 42 раза в год тиражом 16200 экземпляров; распространяется по подписке. Газета издается с 1994 года.

Портал [www.pharmvestnik.ru](http://www.pharmvestnik.ru) помимо электронного архива газеты, содержит ежедневно обновляемую ленту новостей, калькулятор надбавок, сервисы для первостольников и других работников фармотрасли. Посещаемость сайта – более 100 000 уникальных пользователей и более 400 000 просмотров в месяц.

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

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



## Регулярные информационные партнеры

### Газета «Московские аптеки», Россия

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

«Московские аптеки» – газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 года.

В каждом номере:

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



### Газета «Участковый терапевт»

115054, г. Москва, Жуков проезд, 19  
телефон: (495) 926-29-83  
электронная почта: [media@con-med.ru](mailto:media@con-med.ru)  
[www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)

Тираж: 35 000 экз.

Периодичность: 6 номеров в год

Тип издания: медицинская газета

Целевая аудитория: терапевты поликлиник

Рубрики издания:

Вспомним пропедевтику

Диагноз за 5 минут

Неотложная помощь

Гид по рациональной фармакотерапии

Профилактическая медицина

Пожилой больной

Ошибка диагностики и лечения

Алгоритм действий врача поликлиники на приеме и участке

Новый лекарственный препарат

КЭК (клинико-экспертная комиссия)

«Непрофильный» больной

Школы для терапевтов



### Журнал «РМЖ», Россия

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

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



## Журнал «Справочник поликлинического врача»

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



Тираж: 45 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

Тип издания: общемедицинский журнал по амбулаторной медицине

Целевая аудитория: терапевты и врачи-специалисты городских и районных поликлиник

Особенности издания:

Политематическое издание, состоящее из общей части, рассчитанной на участковых терапевтов, и специальной части, рассчитанной на узких специалистов терапевтического и хирургического профиля. Алгоритмы диагностики и лечения, статьи по неотложной помощи и дифференциальной диагностике, лекций, клинические разборы и результаты клинических исследований, актуальных для врачей поликлиник.

Интервью с ведущими специалистами.

Авторы – ведущие российские эксперты, работающие в клинических научно-исследовательских институтах, медицинских вузах, крупнейших клиниках страны.

Стиль подачи материала: журнал представляет собой справочное постоянно обновляемое издание для врачей поликлиник.

## «Журнал Международной Медицины»

420021, г. Казань, ул. Г. Тукая 75 Г, офис 5  
телефон: +7 (843) 200-94-14  
www.Object



«Журнал Международной Медицины» – рецензируемое, специализированное научно-практическое медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников.

В журнале публикуются данные о важнейших современных практических и теоретических основах медицинской науки в стране и за рубежом.

Аудитория:

- Практикующие врачи различных специальностей.
- Деятели медицинской науки.
- Сотрудники кафедр различных медицинских вузов.
- Руководители и специалисты органов управления системы здравоохранения.

## Журнал «In Vivo»

127282, г. Москва ул. Чермянская, д. 2  
телефон: +7 (495) 737-35-00  
электронная почта: protek@protek.ru

Авторитетный, научно-популярный журнал для врачей. Распространяется в 500 ЛПУ в 22 городах России.

Тираж – 15 000 экземпляров.

Объем: 60 полос.

Аудитория: терапевты, кардиологи, эндокринологи, гинекологи, ЛОР-врачи.

# Научно-практический журнал «Практическая медицина»

420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, офис 219 «Д», а/я 142  
телефон: +7 (843)267-60-96  
электронная почта: dir@mfvт.ru  
www.parchive.ru

«Практическая медицина» – рецензируемый научно-практический журнал для широкого круга врачей и научных работников. Журнал входит в Перечень ВАК под номером 1039.

Основная задача создателей журнала – публикация обзоров литературы и лекций на актуальные проблемы медицинской науки и практики, а также оригинальных статей по материалам научных исследований, тем самым максимально способствуя росту профессионального уровня практикующих врачей.

Помимо этого, в издании публикуется информация о новых исследованиях в области фармакотерапии различных заболеваний, материалы от производителей лекарственных средств и медицинского оборудования. Все рекламируемые лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и медицинское оборудование имеют соответствующие регистрационные удостоверения и сертификаты соответствия.

Авторами статей являются ведущие ученые, молодые специалисты и практикующие врачи учреждений здравоохранения РФ и ближнего зарубежья.

Основные рубрики журнала:

- Лекции для практикующих врачей
- Оригинальные статьи
- Обзоры литературы
- Клинические рекомендации
- Последипломное образование
- По материалам диссертационных работ

## «Медико-фармацевтический вестник Татарстана» (МФВТ)

420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, офис 219 «Д», а/я 142  
телефон: +7 (843) 267-60-96



«Медико-фармацевтический вестник Татарстана» (МФВТ) – ежемесячное издание, которое является официальным изданием Министерства здравоохранения Республики Татарстан. В конце 2000 года по согласованию с Министерством здравоохранения Республики Татарстан к 80-летию системы здравоохранения Республики Татарстан был выпущен первый номер «Медико-фармацевтического вестника Татарстана».

С тех пор издание живет и выполняет свою основную задачу – несет на своих страницах необходимую оперативную информацию широкому кругу специалистов системы здравоохранения.

Цель газеты – оперативное освещение актуальных тем в области здравоохранения республики, инноваций в медицинской науке и практике. За время работы МФВТ нами накоплен большой практический опыт работы с научно-практическим медицинским материалом, и в освещении проводимых медицинских мероприятий. Большой популярностью у читателей пользуются интервью значимых персон медицинского мира, публикуемые на страницах нашей газеты, инновации в сфере медицины и многое другое.

## Consilium Medicum

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



Тираж: 55 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

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

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

Особенности издания:

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

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

Тематика номеров:

№ 1, 5 и 10 кардиология

№ 2 и 9 ревматология и неврология

№ 3 и 11 пульмонология и оториноларингология

№ 4 инфекции и антимикробная терапия

№ 6 женское репродуктивное здоровье

№ 7 урология и нефрология

№ 8 гастроэнтерология и хирургия

№ 12 эндокринология

### Медицинский портал Medego.ru

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



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

### Клуб практикующих врачей iVrach.com

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



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

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

### Медицинский портал NogoStop.ru

электронная почта: info@nogostop.ru  
www.nogostop.ru

Медицинский портал, посвященный информации касательно болезней ног и методов их лечения: бедра, колени, стопы, связки, суставы и не только. Большое количество дополнительных сервисов поможет решить ваши проблемы: поиск врача и запись онлайн, дополнительная литература и товары.

## Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

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

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



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

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

Представляем Вам профессиональную социальную сеть, образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru

Создание обучающего видеоконтента – дистанционного обучения, прямых трансляций конференций, симпозиумов, круглых столов, видеолекций врачей – ведущих специалистов, ученых и практиков – наша основная цель. Редакцией портала для ее участников на сегодняшний день подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей. На сайте регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью задать вопросы лекторам. Здесь врачи могут получать важную и актуальную информацию: узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видеоматериалы, участвовать в трансляциях.

Сейчас портал Vrachivmeste.ru объединяет 66 тыс. специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег.



## MEDALMANAH

Россия, 107140, г. Москва, ул. Русаковская, д. 8, пом.3 ком.1  
электронная почта: event@medalmanah.ru  
www.medalmanah.ru

MEDALMANAH – уникальная закрытая социально-информационная среда, где представлены обзор Российских и Зарубежных медицинских событий, новейшие исследования, разработки, трансляции с профессиональных мероприятий, календарь дней рождений коллег и другая полезная информация, необходимая врачам в повседневной деятельности.



АЛЬМАНАХ  
МЕДИЦИНСКИХ  
СОБЫТИЙ

## Medsovet.info

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

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

- врачей;
- пациентов;
- медицинских учреждений;
- лекарств и МНН.

Medsovet.info предоставляет:

- полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН;
- форум для врачей и пациентов;
- календарь медицинских мероприятий по всей РФ;
- сервис онлайн-обучения для врачей;
- медицинские статьи и новости;

И многое другое.



## YellMed

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

YellMed – это:

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

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



## Содержание

Статины в комплексном лечении больных стабильной стенокардией. Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З., Югай Л.А. ....	52
Динамика изменений эндотелиальной функции у пациентов при имплантации однокамерного электрокардиостимулятора. Автандилов А.Г., Санакоева В.А. ....	52
Предикторы тромбоза левого предсердия и его ушка у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий. Агибова Н.Е., Боева О.И., Байкулова М.Х., Власянц Е.А., Деревя М.В., Ермолин А.Р., Игнатенко И.В., Кривенко Н.Н. ....	53
Оценка эффективности восстановительного лечения больных ревматоидным артритом с использованием показателей качества жизни. Александров В.А., Ненашева Н.В., Александрова Н.В. ....	53
Оценка пищевого поведения у лиц опасных профессий. Алексеев К.Э., Жемчужнова Н.Л., Белоиван Н.И., Кузьменко Н.В. ....	54
Особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с избыточной массой тела. Алексеев К.Э., Жемчужнова Н.Л., Белоиван Н.И., Недашковская Н.Г. ....	54
Опыт сочетанного применения четырехкамерных смешанных скипидарных ванн и магнитотерапии в медицинской реабилитации пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Алексеев К.Э., Жемчужнова Н.Л., Кузьменко Н.В., Жинко М.Н., Фомичева Е.В. ....	55
Эффективность реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца. Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Каюмова Н.К., Шодиев Ж.Д., Тошев Б.Б. ....	55
Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких – особенности течения при их сочетании. Ануфриев И.И., Нажева М.И., Осипов Е.В., Федорович А.В., Федорович И.В. ....	56
Особенности внебольничной пневмонии у больных хронической обструктивной болезнью легких. Ануфриев И.И., Федорович И.В., Нажева М.И., Осипов Е.В., Федорович А.В. ....	56
К вопросу об обучении профилактике заболеваний. Бабицын С.Н., Николаева И.В. ....	56
Влияние суточной вариабельности артериального давления у больных эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой. Баранова Н.А., Овчинников Ю.В., Куроедов А.В. ....	57
Подвижные флотирующие элементы сонных артерий у пациентов атеросклеротического профиля. Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Матвеев В.В., Семенова О.Н., Исаева Т.М., Курсаченко А.С. ....	58
Дисфункция эндотелия у больных артериальной гипертензией, жителей высокогорья. Бесланев И.А., Курданова М.Х., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А. ....	58
Распространенность эндотелиальной дисфункции у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Болотова Е.В., Комиссарова И.М. ....	59
Ожирение и избыточная масса тела по результатам диспансеризации в территориальной поликлинике города Краснодара. Болотова Е.В., Концевая А.В., Ковригина И.В. ....	59

Роль свободно-радикального окисления в развитии нарушений фильтрационной функции почек после чрескожных коронарных вмешательств. Ватутин Н.Т., Зинкович М.И., Тов И.В. ....	60
Роль дисфункция эндотелия сосудов в развитии артериальной гипертензии у лиц молодого возраста. Ватутин Н.Т., Складная Е.В. ....	60
Распространенность и факторы риска повреждения миокарда среди пациентов, получавших терапию антрациклиновыми антибиотиками. Ватутин Н.Т., Складная Е.В., Эль-Хатиб М.А., Сологуб И.А. ....	61
Влияние буспилона гидрохлорида на структурно-функциональные параметры сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии и смешанным тревожно-депрессивным расстройством. Ватутин Н.Т., Христинченко М.А. ....	61
Эхокардиографические исследования в педиатрической практике: о необходимости внесения изменений в график диспансерного обследования. Вертелкин А.В., Цоколов А.В. ....	62
Тромбоземболия легочной артерии у пациентов с метаболическими нарушениями. Ворожцова И.Н., Васильцева О.Я., Горлова А.А. ....	62
К вопросу создания образовательных технологий для населения. Габитова Д.М. ....	63
Применение диагностических тест-систем маркерных аутоантител для оценки системных изменений в организме при заболеваниях легких. Габитова Д.М. ....	63
К вопросу экологических рисков населения Республики Башкортостан. Габитова Д.М., Ахмадуллина Г.Х. ....	64
К вопросу формирования профессиональных компетенций. Габитова Д.М., Хакимова А.М., Субхангулова Д.Р. ....	64
Показатели фармако-ЭЭГ при острой церебральной ишемии. Ганцгорн Е.В., Макляков Ю.С., Хлопонин Д.П., Куделина О.М. ....	65
Анализ влияния параметров водных секторов при остром коронарном синдроме на риск развития повторного острого коронарного события. Головинова Е.О., Батюшин М.М., Левицкая Е.С., Хрипун А.В., Гульченко В.В. ....	66
Особенности внутрисердечной гемодинамики у больных с метаболическим синдромом по данным эхокардиографии. Горбунова М.Л., Шкарин В.В. ....	66
Оценка скорости клубочковой фильтрации у больных с острым коронарным синдромом до и после коронарографии и стентирования коронарных артерий. Гульченко В.В., Батюшин М.М., Хрипун А.В., Левицкая Е.С., Головинова Е.О. ....	66
Динамика показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка при различных вариантах комбинированной терапии у больных артериальной гипертензией и предиабетом. Гутова С.Р., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В. ....	67
Измерение центрального артериального давления: простое решение сложной проблемы. Дегтярёв В.А. ....	67
Структурно-функциональное состояние почек и функция эндотелия у больных артериальной гипертензией в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2 типа. Деревянченко М.В., Стаценко М.Е. ....	68



Анализ пятилетней выживаемости пациентов и влияния коморбидных состояний на развитие смертельных исходов от хронической сердечной недостаточности. Джериева И.С., Зибарев А.Л., Шкурина А.В., Сотникова М.А., Борисова В.С. ....	68
Динамика показателей смертности в городе Таганроге в 2017 году. Евдокимова А.В., Дудник А.Б. ....	69
Ревматоидный артрит и коморбидность. Елисеева Л.Н., Бледнова А.Ю., Бочарникова М.И., Семенова В.А., Мастерцин Н.К. ....	69
Дополнительные эффекты пищевых добавок в коррекции диетических ограничений при лечении ожирения. Елисеева Л.Н., Ждамарова О.И., Бабенко С.В. ....	70
Особенности липидного обмена при акромегалии. Завьялова Ю.В., Боровков Н.Н., Занозина О.В. ....	71
Острый инфаркт миокарда: основные факторы риска и клиническая картина. Заковряшина И.Н., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Гридасова Р.А., Согакова Г.А., Самакаев А.С. ....	71
Роль патологии соединительно-тканного матрикса в развитии нейроциркуляторной дистонии. Захарьян Е.А. ....	72
Два варианта урежения ритма сердца при лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Канорский С.Г., Борисенко Ю.В. ....	73
Блокаторы кальциевых каналов в лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью. Канорский С.Г., Серета А.Ф. ....	73
Тройные комбинации антиангинальных препаратов в лечении больных со стабильной стенокардией напряжения пожилого и старческого возраста. Канорский С.Г., Смоленская Н.В. ....	74
Нужно ли отменять бетаблокаторы пациентам со стабильным течением хронической ишемической болезни перед плановыми хирургическими вмешательствами? Кардашевская Л.И., Тарадин Г.Г., Михайличенко Е.С. ....	74
Оценка коморбидных состояний у пациентов с артрозом коленных и тазобедренных суставов. Карташова С.В., Елисеева Л.Н., Бледнова А.Ю., Куринный С.Н., Жихарева О.А., Блаженко А.А. ....	75
Динамика показателей центрального аортального давления и жесткости сосудистой стенки у солерезистентных пациентов с артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа в зависимости от режима дозирования антигипертензивных препаратов. Киселёв А.А., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В. ....	76
Целиакия: современное состояние проблемы, подходы к диагностике. Клинический случай. Клименко Н.Ю., Сазыкина А.Ю., Литвинова Т.Н. ....	76
Анемия у пациентов с различными формами легочного туберкулеза. Клименко Н.Ю., Франчук И.М. ....	77
Особенности формирования приверженности к лечению артериальной гипертонии в зависимости от метода диагностики. Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В. ....	77
Влияние рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы на уровень фибриногена плазмы у больных острым инфарктом миокарда. Костогрыз В.Б. ....	78

Неалкогольная жировая болезнь печени и стеатоз поджелудочной железы у пациентов женщин с ожирением. Косюра С.Д., Стародубова А.В., Ливанцова Е.Н., Вараева Ю.Р., Красилова А.А. ....	78
Анализ эффективности схем лечения депрессивного расстройства посредством количественной фармако-ЭЭГ. Куделина О.М., Хлопонин Д.П., Макляков Ю.С., Заика В.Г., Ганугорн Е.В., Черная Т.З. ....	79
Особенности поражения коронарных артерий и кардиоваскулярная автономная нейропатия у больных сахарным диабетом 2 типа. Кудинов В.И., Коцкая А.В., Корсун Н.А. ....	80
Распространенность рака щитовидной железы в Ростовской области по материалам хирургического отделения №3. Кудинов В.И., Ланкина М.С., Зинкевич И.В., Матвеевко А.А. ....	80
Оценка микроциркуляторного русла у больных тиреотоксикозом в стадии декомпенсации. Кулабухова И.С., Елисеева Л.Н., Бутаева С.В. ....	81
Показатели центрального аортального давления у больных с диастолической дисфункцией миокарда. Куркина М.В., Автандилов А.Г. ....	81
Возможности ризендроновой кислоты в составе комплексного лечения остеоартроза у пациентов с метаболическим синдромом. Лахин Д.И., Васильева Л.В. ....	82
Клинико-эхокардиографические особенности легочной гипертензии в практике кардиолога. Легконогов А.В. ....	82
Особенности диагностики и тактики ведения больных врожденными пороками сердца в зрелом и пожилом возрасте. Легконогов А.В., Легконогова Л.Г. ....	83
Особенности лечения некоторых заболеваний сердца с выраженной правожелудочковой недостаточностью. Лоле О.Ю., Бутримова С.Ш., Зурабов В.В. ....	84
Влияние хронического психоэмоционального напряжения на формирование эндотелиальной дисфункции. Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И. ....	84
Применения Кетопрофена и Мелоксикама при остром подагрическом артрите в условиях поликлиники. Майко О.Ю. ....	85
Влияние вирусной инфекции на состояние мегакариоцитарного аппарата. Макарова Л.В., Кузнецова Н.С., Халимова О.Н. ....	86
Дифференциальная диагностика и дифференцированный подход к лечению больных артериальной гипертензией первой степени. Мангилева Т.А. ....	86
Психологические аспекты эффективности реабилитации пациентов с метаболическим синдромом. Меликян И.А., Чернышова Т.Е., Реверчук И.В. ....	87
Некоторые подходы к лечению внебольничной пневмонии. Нажева М.И., Ануфриев И.И., Осипов Е.В., Федорович А.В., Федорович И.В. ....	87
Изменение параметров психоэмоционального статуса у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом под влиянием общей магнитотерапии. Ненашева Н.В., Александров А.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А. ....	88
Возможности тромболитической терапии в лечении тромбоза легочной артерии. Овчинников Ю.В., Линчак Р.М., Зеленев М.В. ....	88
Сравнительный анализ изменений показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка на фоне хронофармакотерапии у больных артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт. Опольская С.В., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В. ....	89

Динамика структурно-функциональных показателей правого желудочка у пациентов с сочетанной кардиопульмональной патологией на фоне комплексной терапии с применением физических тренировок. Павленко В.И., Нарышкина С.В. ....	89
Фенотипические особенности лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Палабугина П.А., Таланкина А.А., Акимова А.В., Миронов В.А., Тарасова Е.В. ....	90
Особенности психоэмоционального статуса лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Палабугина П.А., Таланкина А.А., Акимова А.В., Миронов В.А., Тарасова Е.В. ....	91
Выбор опиоидных анальгетиков для терапии хронического болевого синдрома у пациентов терапевтического профиля. Палехов А.В., Введенская Е.С. ....	91
Сывороточные антитела к вирусу гепатита «а» (anti-hav-igg) при остром коронарном синдроме и их клиническое значение. Панов А.А., Дедов А.В. ....	92
Оценка уровня мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ишемической болезнью сердца и тиреотоксикозом на фоне терапии тиростатиками. Пащенко Е.В., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Кудинов В.И., Матвейчук Л.С., Сафроненко В.А. ....	92
Синдром хронической тошноты и рвоты у пожарных. Пичугина Л.В. ....	93
Предпосылки микроциркуляторных нарушений у больных с бронхиальной астмой, сочетанной с ишемической болезнью сердца. Победенная Г.П., Скиба Т.А., Кострюкова Л.Н. ....	93
Системные факторы воспаления при бронхиальной астме. Победенная Г.П., Ярцева С.В., Скиба Т.А., Черникова Н.М. ....	94
Оценка клинико-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией. Приходько М.Н., Приходько Л.О., Холявицкая Е.М., Иконников С.В., Симонова Ж.Г. ....	95
Особенности клинического течения бронхиальной астмы в сочетании с бронхоэктазами. Приходько О.Б., Кострова И.В., Смородина Е.И., Горячева С.А. ....	95
Растворимые селектины при ревматоидном артрите. Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В. ....	96
Особенности клинического течения и коррекции нарушений углеводного обмена у пациентов с гломерулонефритом, принимающих глюкокортикостероиды. Селимов А.Ю., Елисеева Л.Н., Куринная В.П., Оранский С.П. ....	97
Опыт применения голимумаба в лечении анкилозирующего спондилоартрита. Семизарова И.В., Елисеева Л.Н., Давыдова И.В., Кисьян Ж.А. ....	97
Психоэмоциональный статус доноров крови. Синькеев М.С., Скворцов Ю.И., Богданова Т.М., Занкин М.А., Демин А.С. ....	98
Психологические особенности личности и профессиональная ориентация доноров крови. Синькеев М.С., Скворцов Ю.И., Богданова Т.М., Занкин М.А., Занкина А.Ю. ....	98
Артериальная гипертензия и гипотиреоз: особенности течения заболеваний и выбора антигипертензивной терапии. Скаржинская Н.С., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Кудинов В.И., Сафроненко В.А. ....	99
Посегментный анализ локальной сократимости миокарда в соотношении с фракцией выброса левого желудочка и его клиническое значение у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза. Скородумова Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Сиверина А.В. ....	100

Структурно-функциональное состояние сердца и показатели суточного мониторирования артериального давления у пациентов с истинной артериальной гипертензией и гипертензией «белого халата».	
Соколовская Е.А., Легконогов А.В. ....	100
Особенности жесткости сосудистой стенки и показателей центрального аортального давления у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.	
Стаценко М.Е., Титаренко М.Н., Туркина С.В. ....	101
Изучение уровня показателей липидного спектра у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой.	
Тарловская Е.И., Зонов О.А., Зонова Ю.А., Одегова А.А. ....	102
Особенности почечного кровотока у лиц с дисплазией соединительной ткани.	
Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н., Ждамарова О.И., Семизарова И.В. ....	102
Вероятность наличия сердечно-сосудистой патологии у больных хронической обструктивной болезнью легких.	
Федорович И.В., Нажева М.И., Ануфриев И.И., Осипов Е.В., Федорович А.В. ....	103
Некоторые особенности астмы с разной степенью обратимости бронхиальной обструкции.	
Фролова С.А., Нажева М.И., Ануфриев И.И., Осипов Е.В. ....	103
Тактика амбулаторного лечения женщин с артериальной гипертензией, с эстрогенодефицитом, с «метаболически здоровым» ожирением.	
Хабибулина М.М. ....	103
Использование метода полимеразной цепной реакции в обнаружении <i>Helicobacter pylori</i> в слизистой оболочке желудка, двенадцатиперстной кишки и ротовой жидкости.	
Холявицкая Е.М., Приходько М.Н., Симонова Ж.Г. ....	104
Гендерные особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца (на примере Ставропольского края).	
Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г. ....	104
Опыт применения гидроксихорохина у пациентов с вторичной узловатой эритемой хронического течения.	
Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А. ....	105
Влияние клинико-лабораторных показателей на нарушение пищеварения у пациентов с деформацией желчного пузыря.	
Цховребова З.М., Орешко Л.С. ....	106
Сравнительная эффективность комбинированной антигипертензивной терапии, включающей индапамид-ретард или спиронолактон, у женщин в поздний период постменопаузы.	
Черных В.Е., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В. ....	106
Идиопатические нарушения ритма – особенности патогенеза и роль в структурно-функциональном ремоделировании сердца у беременных.	
Чесникова А.И., Коломацкая О.Е., Сафроненко В.А., Скаржинская Н.С., Терентьев В.П. ....	106
Современные мукорегуляторные препараты – Карбоцистеин и Эрдостеин в терапии обострения хронической обструктивной болезни легких.	
Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Панфилов В.И., Маслова Т.А. ....	107
Рамиприл у больных с диабетической нефропатией.	
Шавлохова Э.А., Харебова Ф.Ю. ....	107
Комплаентность пациентов с ишемической болезнью сердца: проблемы и возможные способы решения.	
Щапова Н.Н., Арсеничева О.В. ....	108
Состояние эндотелия на фоне окислительного и нитрозивного стресса у больных бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением.	
Ярцева С.В. ....	108

## КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Частота и выраженность риска перелома шейки бедра у пациентов с коксартрозом III стадии, отобранных для эндопротезирования. Жихарева О.А., Елисеева Л.Н., Карташова С.В., Блаженко А.А. ....	110
Влияние стеноза почечной артерии на отдаленные исходы у пациентов с ОКС и атеросклеротическим поражением почечных артерий. Кобзева Н.Д., Терентьев В.П., Батюшин М.М. ....	110
Взаимосвязь висцерального ожирения со структурно-функциональным состоянием печени у больных хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени. Косивцова М.А. ....	111
Легочная артериальная гипертензия у пациентов с циррозом печени. Макеева О.В. ....	111
Гендерные особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста. Миронова Е.Д., Васильева И.Н. ....	112
Оценка функционально-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией. Приходько М.Н., Приходько Л.О., Холявицкая Е.М., Иконников С.В., Симонова Ж.Г. ....	113
Особенности микроциркуляторного русла у пациентов с гипертонической болезнью и сочетанием хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни в сравнении со здоровыми лицами. Разумовский И.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В. ....	114
Особенности клинического проявления асцита при синдроме Бадда-Киари. Сердюк А.А., Карапетян Р.А. ....	114
Клинический случай благоприятного исхода герпетического поражения ЦНС у пациентки на фоне проводимой консервативной терапии. Торгашова А.Н., Алиев К.Б. ....	115
Особенности ранней диагностики повреждений тубулярного аппарата почек у пациентов с нарушением углеводного обмена. Устинова М.А., Батюшин М.М. ....	116
Факторы риска дефицита витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек. Являнская В.В., Болотова Е.В., Дудникова А.В. ....	116

### Статины в комплексном лечении больных стабильной стенокардией.

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А.,  
Убайдуллаева З.З., Югай Л.А.

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

Цель. Изучение эффективности статинов в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) стабильной стенокардией.

Материал и методы исследования. В исследование включили больных ИБС, стабильной стенокардией II-III функциональных классов узбекской популяции. Из гипохолестеринемических препаратов пациентам назначали розувастатин, 10-20 мг/сут. (I группа (30) или аторвастатин, 20-40 мг/сут. (II группа (30)). Стандартная терапия включала антиагреганты, бета-блокаторы, по показаниям нитраты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. По 15 пациентов из каждой группы – дополнительно получали растительный седативный сбор (экстракты Мелиссы, Мята перечной, Чабреца, Пустырника, Хмеля, Валерианы) по 1 капсуле 2 раза в день, за 5-10 мин. до еды и по достижению седативного эффекта по 1 капсуле на ночь. До и через 3 месяца в крови больных определяли концентрации общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), общего билирубина (ОБ), активность ферментов аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ), проводили эхокардиографию (ЭХОКГ) с оценкой параметров структурно-функционального состояния ЛЖ. Результаты. Под влиянием статинов выявлено уменьшение содержания ОХС (до  $5,0 \pm 0,20$ ), ХСЛПНП (до  $2,36 \pm 0,11$  ммоль/л) ТГ (до  $1,61 \pm 0,13$  ммоль/л), и СРБ – с до  $5,4$  мг/л и небольшое увеличение уровня ХСЛПВП (до  $1,27 \pm 0,04$  ммоль/л). Под влиянием лечения значительно улучшились параметры ЭХОКГ: фракция выброса левого желудочка (ЛЖ), масса миокарда ЛЖ, толщина задней стенки ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки, конечно-систолический размер ЛЖ, конечно-диастолический объем и ударный объем. Следует отметить, что под влиянием комплексного лечения аторвастатин+ седативный сбор или розувастатин+ седативный сбор, общее состояние, изученные параметры улучшались в более ранние сроки, а реабилитация протекала без осложнений. У этих пациентов значительно раньше прошли жалобы, раздражительность, снизилась реакция на различные внешние раздражители и чувство внутреннего напряжения, возбудимость нервной системы, нормализовался сон (легче наступал сон и он был более глубоким и спокойным). При этом повысилась трудоспособность, что благоприятно повлияло на качество жизни. По-видимому, включение в лечебный комплекс седативного сбора (экстракты Мелиссы, Мята перечной, Чабреца, Пустырника, Хмеля, Валерианы), оказывающего успокоительное, спазмолитическое и сосудорасширяющее действие, усиливает благоприятное влияние стандартной терапии. Испытанный растительный сбор, как и статины, оказывает положительное влияние и на важные патогенетические звенья ИБС. Статины и седативный сбор не вызывали побочных явлений и не оказывали отрицательного влияния на печень (не наблюдали заметных изменений АЛТ, АСТ, ОБ).

Случаев отмены препаратов не было. Благодаря своим указанным свойствам седативный сбор в комплексе со стандартной терапией, особенно статинами, заметно усиливает их положительный эффект. Заключение. Растительный седативный сбор (экстракты Мелиссы, Мята перечной, Чабреца, Пустырника, Хмеля, Валерианы) в комбинации со статинами рекомендован для лечения и реабилитации больных стабильной стенокардией.

### Динамика изменений эндотелиальной функции у пациентов при имплантации однокамерного электрокардиостимулятора.

Автандилов А.Г., Санакоева В.А.

Российская медицинская академия непрерывного  
профессионального образования, Городская клиническая  
больница имени В.В. Вересаева, Москва

Эндотелиальная функция (ЭФ) играет важную роль в поддержании адекватного кровотока в жизненно важных органах, таких как головной мозг, миокард, печень. У пациентов с различными нарушениями атриовентрикулярной (АВ) проводимости наблюдается ухудшение эндотелиальной функции, что подтверждено в работах Сагитова И.Ш., (2006). Основным методом лечения при данных нарушениях проводимости, является установка постоянного электрокардиостимулятора (ПЭКС). До сегодняшнего дня в России основное распространение носит имплантация однокамерного ПЭКС (66,3%), установка которого приводит к желудочковой диссинхронии, влияющая на величину сердечного выброса (СВ) (Rosenqvist et al. 1991, Е.О. Вершинина и соавт., 2011). Известно, что эндотелиальная функция обеспечивается адекватным напряжением сдвига, при уменьшении СВ, степень последней меняется, и это вероятно может снижать ЭФ. Цель работы. Оценить исходное состояние эндотелиальной функции и ее изменение при установке однокамерного электрокардиостимулятора спустя 2 месяца.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 пациентов, средний возраст которых составляет  $70,1 \pm 12,9$  лет, с наличием АВ блокад II-III степени, которым имплантировали однокамерный ПЭКС. Критериями исключения из исследования являлись: крупно-очаговые поражения миокарда, фибрилляция предсердий, кардиомиопатии, врожденные и приобретенные пороки сердца. Плечевые артерии (ПА) исследовались методом ультразвукового дуплексного сканирования на аппарате Toshiba 690–Aplio XG (Япония). Пациентам проводилась манжеточная проба с оценкой эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) по классической методике до операции и спустя 2 месяца после имплантации ПЭКС.

Полученные результаты. При оценке внутреннего диаметра ПА выявлено, что исходно он составлял  $3,74 \pm 0,65$  мм, после имплантации ПЭКС через 2 месяца диаметр уменьшился до  $3,53 \pm 0,8$  мм. Также отмечалось уменьшение площади сечения ПА, которая исходно составила  $0,14 \pm 0,05$  см<sup>2</sup>, а спустя 2 месяца  $0,1 \pm 0,04$  см<sup>2</sup>, что указывало на снижение на 28,57%. Указанные изменения внутреннего диаметра сосуда, площади поперечного сечения свидетельствовали, возможно, об уменьшении сердечного выброса левого желудочка, что сопровождалось рефлекторным сужением просвета сосуда.

Оценивалась максимальная скорость кровотока ( $V_{max}$ ), которая исходно составила  $66,78 \pm 20,74$  см/сек, а через 2 месяца увеличилась до  $73,96 \pm 14,53$  см/сек, что связано было с уменьшением диаметра и площадью поперечного сечения ПА. При проведении пробы с ЭЗВД отмечено снижение данного параметра. Так, если у пациентов исходно ЭЗВД составило  $6,67 \pm 4,54\%$ , то через 2 месяца значение указанного параметра снизилось до  $5,57 \pm 2,19\%$ , что свидетельствовало об ухудшении ЭФ, связанного, вероятно, с желудочковой диссинхронией. Выводы. У пациентов при имплантации однокамерного ПЭКС наблюдается ухудшение функции эндотелия, что проявляется снижением ЭЗВД. Указанное снижение, возможно, связано с изменением СВ, уменьшением напряжения сдвига, в результате чего уменьшается диаметр, площадь поперечного сечения ПА, что приводит к увеличению максимальной скорости кровотока.

### **Предикторы тромбоза левого предсердия и его ушка у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий.**

*Агибова Н.Е., Боева О.И., Байкулова М.Х., Власянц Е.А., Деревя М.В., Ермолин А.Р., Игнатенко И.В., Кривенко Н.Н.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь*

Цель исследования – выявление возможных предикторов тромбоза ушка левого предсердия (ЛП) и самого левого предсердия у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 115 пациентов с неклапанной ФП, из них 74 (64,3%) мужчин и 41 (35,7%) женщин. Все пациенты проходили стационарное лечение в Ставропольском краевом клиническом кардиологическом диспансере с проведением чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ). Критериями исключения являлось наличие врожденных или приобретенных пороков, а также протезированных клапанов сердца, а также отсутствие добровольного согласия на участие в исследовании. Всем пациентам проводился стандартный общеклинический и биохимический анализ крови, а также инструментальное кардиологическое обследование (электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография, ЧПЭхоКГ). Средний возраст обследованных составил 58 (50-63) лет. Пароксизмальная форма ФП была зафиксирована у 18 больных (15,7%), персистирующая – у 93 (80,9%), постоянная – у 4 (3,5%) пациентов, при этом у 86,1% исследуемых наблюдалась тахисистолическая форма ФП, нормосистолия – у 13,9%. Количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc у обследованных пациентов не превышало семи. Статистическую обработку полученных данных проводили в программе SPSS Statistics 20.0. Нормальность распределения оценивали с помощью критерия Шапиро-Уилка. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты. По данным ЧПЭхоКГ у 22 (91,7%) ошибка в статистике пациентов был обнаружен тромб ушка ЛП, а у 2 (8,3%) – тромб ЛП. Пациенты с тромбом ЛП или его ушка составили группу I, а пациенты без тромба – группу II. Представители группы I были статистически значимо старше, чем пациенты группы II (62,5 (59-65) лет против 57 (48-61) лет,  $p=0,002$ ), чаще страдали ишемической болезнью сердца (95,8% против 71,4%,  $p=0,013$ ) и сахарным диабетом (33,4% против 4,4%,  $p=0,001$ ). В группе II преобладали пациенты с 0 баллов по шкале CHA2DS2-VASc (57,1%), а в группе I – с 1 баллом и выше

(79,2%) ( $p=0,002$ ). Также статистически значимые различия были обнаружены между группами I и II по данным эхокардиографического исследования. В группе I по сравнению с группой II показатели конечно-систолического размера (КСР) (3,9 (3,7-4,4) см против 3,7 (3,4-4,1) см) и конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (67 (60-88) мл против 58,5 (47-75) мл), были статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ). При этом фракция выброса (ФВ) левого желудочка была выше в группе II (56 (53-62,2)% против 54 (48-58)%),  $p=0,004$ . В группе I статистически значимо преобладали больные, имеющие значение КСР более 4,3 см (41,7% против 15,4%,  $p=0,005$ ), КСО более 60 мл (70,8% против 33%,  $p=0,008$ ) и ФВ левого желудочка менее 55% (66,7% против 38,5%,  $p=0,025$ ).

Выводы. Известно, что тромб левого предсердия или его ушка может стать причиной тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП. В нашем исследовании было обнаружено, что пациенты с тромбом ЛП или его ушка были старше, чаще страдали ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом и имели больший балл по шкале CHA2DS2-VASc, а также большую степень ремоделирования миокарда по данным эхокардиографии, чем пациенты без тромба. Для прогнозирования тромбоза левого предсердия и/или его ушка помимо использования шкалы CHA2DS2-VASc можно рекомендовать проведение эхокардиографического исследования с оценкой конечно-систолического, конечно-диастолического размеров и фракции выброса левого желудочка.

### **Оценка эффективности восстановительного лечения больных ревматоидным артритом с использованием показателей качества жизни.**

*Александров В.А., Ненашева Н.В., Александрова Н.В.*

*Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени академика А.Б. Зборовского, Волгоград*

Цель исследования: изучить особенности качества жизни (КЖ) при проведении этапной реабилитации больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Общую группу исследования составили 135 пациентов с РА (25 мужчин и 110 женщин в возрасте от 26 до 70 лет). Оценка КЖ проводилась по результатам обработки анкет общего опросника SF-36. Больные РА были разделены на две сопоставимые группы: основную (87 пациентов) и контрольную (48 пациентов). Пациенты контрольной группы получали стационарное лечение в ревматологическом отделении ГКБ № 25 г. Волгограда (без санаторно-курортного этапа), к пациентам основной группы была применена трехэтапная схема медицинской реабилитации (стационар-санаторий-поликлиника). После стационарного лечения пациенты основной группы для прохождения ранней реабилитации (в среднем через  $32 \pm 4,8$  дня) направлялись на климатобальнеологический курорт (Геленджик). Повторное (контрольное) анкетирование проводилось через 2 месяца.

Результаты. Анализ показателей КЖ у пациентов РА в динамике позволил выявить существенные различия в исследуемых группах. В контрольной группе отмечалось достоверное повышение показателей, характеризующих только физического компонента здоровья: среднее значение шкалы физического функционирования увеличилось почти на 35% (с 42,9 до 57,8 баллов,  $p=0,039$ ), а ролевого физического функционирования – более чем в 2 раза (с 17,8 до 37,5 баллов,

$p=0,04$ ). Трехэтапная программа восстановительного лечения оказала положительное влияние практически на все параметры КЖ больных РА основной группы: значение по шкале ролевого физического функционирования повысилось на 74% (с 24,2 до 42,1 баллов,  $p=0,008$ ), ролевого эмоционального функционирования – на 36% (с 43,7 до 59,4 баллов,  $p=0,042$ ); интенсивность боли, отражающаяся на способности заниматься повседневной деятельностью, также снизилась на 27% (с 48,0 до 37,9 баллов,  $p=0,028$ ); жизненная активность повысилась в среднем на 32% (45,6 до 60,5 баллов,  $p=0,048$ ); психическое здоровье – на 22% (с 57,2 до 70,1 баллов,  $p=0,048$ ). Комплексное применение методов восстановительной терапии позволяет направить воздействие всего арсенала реабилитационных мероприятий не только на физический, но и на психический компонент здоровья. Причем перемена в условиях проживания, новые положительные эмоции, отсутствие привычных социально-бытовых проблем, также положительным образом сказываются на эмоциональном состоянии больных РА. Выводы. Изучение КЖ важно для планирования и своевременной корректировки программ восстановительного лечения хронических заболеваний. Оценка КЖ в динамике свидетельствует о необходимости более широкого внедрения и соблюдения принципов этапности реабилитационно-восстановительного лечения больных РА (первичное звено – стационар-санаторий).

### **Оценка пищевого поведения у лиц опасных профессий.**

*Алексеев К.Э., Жемчужнова Н.Л., Белоиван Н.И., Кузьменко Н.В.*

*Медико-санитарная часть, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону*

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений медико-социальная значимость развития и прогрессирования ожирения. Ключевым моментом в развитии абдоминального ожирения является формирование патологических типов пищевого поведения. Пищевое поведение (ПП) – это все компоненты поведения человека, которые присутствуют в нормальном процессе приема пищи. Особенности пищевого поведения, мотивации и эмоции тесно связаны между собой и играют важную роль не только в поддержании жизнедеятельности организма, но и могут быть пусковыми факторами формирования патологических типов ПП, которые приводят к развитию абдоминального ожирения и ассоциированного с ним неинфекционных заболеваний (ожирение, атеросклероз и др.). Выделяют три основных типа нарушения пищевого поведения: экстернальное, эмоциогенное, ограничительное пищевое поведение. Целью настоящего исследования явилась оценка особенностей пищевого поведения (ПП) у лиц опасных профессий.

В исследовании включен 21 человек, из них 7 женщин и 14 мужчин, средний возраст составил  $40,2 \pm 0,8$  лет. Всем больным проводилось антропометрическое исследование, которое включало измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), отношения ОТ/ОБ, для оценки наличия избыточного веса и ожирения применяли расчет индекса массы тела (ИМТ): Согласно полученным данным 33% пациентов имели нормальный ИМТ, у 34% – отмечался избыточный вес, а 33% – страдали ожирением. Показатель окружности талии у 43% больных соответствовал абдоминальному характеру отложения жира. Исследование включало также оценку липидного спектра (общий холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой и

высокой плотности, индекса атерогенности). Показатель индекса атерогенности свидетельствовал о наличии у 38% исследуемых высокого риска атеросклероза. Пищевое поведение оценивали с помощью Голландского опросника (DEBQ), содержащего 33 вопроса. При анализе результатов анкетирования установлено, что нормальное пищевое поведение отмечалось только у 24% респондентов. Примечательно, что у всех пациентов с нормальным пищевым поведением отсутствовало абдоминальное ожирение. Наиболее часто выявлялись экстернальный и ограничительный типы ПП (48% и 62% соответственно). Сочетание нескольких типов нарушения пищевого поведения отмечалось практически у половины пациентов (43%), а у 24% диагностировано сочетание 3 типов нарушений ПП с преобладанием у лиц женского пола.

Результаты исследования наглядно показали, что нарушение пищевого поведения у лиц опасных профессий отмечается достаточно часто – у 76%. Изучение пищевого поведения больных, выявление факторов, способствующих формированию нарушений пищевого поведения, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни представляется в связи с этим актуальным и поможет предупредить развитие ассоциированных алиментарно-зависимых заболеваний.

### **Особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с избыточной массой тела.**

*Алексеев К.Э., Жемчужнова Н.Л., Белоиван Н.И., Недашковская Н.Г.*

*Медико-санитарная часть, Ростовский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница №2, Ростов-на-Дону*

В России распространенность бронхиальной астмы (БА) в разных возрастных группах и географических регионах колеблется от 1-2% до 5-12% и более. В последние десятилетия одновременно с увеличением заболеваемости БА наблюдается и прогрессирующий рост числа лиц с избыточной массой тела. Согласно статистике МЗ РФ 40% трудоспособного населения имеют избыточную массу тела. В силу высокой распространенности и медико-социальной значимости ожирение относят к глобальным проблемам современного здравоохранения. Исследования последних лет демонстрируют связь между избыточной массой тела и бронхиальной астмой. Избыточная масса тела может негативно влиять на уровень активности воспаления дыхательных путей у больных БА. Научные данные свидетельствуют о том, что ожирение часто предшествует БА и почти в 2 раза увеличивает риск ее развития. Кроме того, избыточная масса тела не только увеличивает риск развития БА, но и является фактором риска персистенции и тяжести симптомов заболевания. Недостаточный контроль над бронхиальной астмой может привести к снижению физической активности пациента и развитию ожирения. Хотя ожирение и увеличение ИМТ ассоциируется с повышенным риском развития БА для атопии, ожирение часто связано с неатопической БА. Воспаление в дыхательных путях у тучных больных в основном носит нейтрофильный характер, что объясняет худший ответ на прием ИГКС.

Цель исследования: оценить распространенность БА в сочетании с избыточной массой тела и ожирением, определить особенности течения данного фенотипа.

Осмотрено 32 пациента с диагнозом БА в возрасте от 32 до 88 лет, (средний возраст составил  $50,9 \pm 1,8$  лет), из них 18 женщин и 14 мужчин.



Степень тяжести заболевания оценивалась согласно критериям, изложенным Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению бронхиальной астмы (2016). У 50% пациентов встречалась среднетяжелая форма заболевания, легкая степень тяжести БА была у 37% больных, а 13% – имели тяжелое течение заболевания. Для оценки вентиляционной функции легких использовали метод спирометрии. Для оценки наличия избыточного веса и ожирения применяли индекс массы тела (ИМТ). Согласно полученным данным 34% пациентов имели нормальный ИМТ, у 29% – отмечался избыточный вес, а 37% – страдали ожирением. Пациенты с БА, не имеющие избыточного веса распределились в зависимости от степени тяжести заболевания следующим образом: легкое течение было у 41% пациентов, средне-тяжелая форма – у 50%, а тяжелое – у 9% больных. У лиц с БА и избыточным весом и ожирением легкая форма отмечалась в 25% случаях соответственно, среднетяжелое течение БА встречалось в 57%, тяжелая – в 18%. Таким образом, 66% пациентов с БА имели избыточный вес или ожирение. Среднетяжелая форма заболевания встречалась чаще других, однако, у пациентов с избыточным весом и ожирением чаще отмечалось более тяжелое течение бронхиальной астмы, чем у пациентов с нормальным ИМТ.

## **Опыт сочетанного применения четырехкамерных смешанных скипидарных ванн и магнитотерапии в медицинской реабилитации пациентов с сахарным диабетом 2 типа.**

*Алексеев К.Э., Жемчужнова Н.Л., Кузьменко Н.В., Жинко М.Н., Фомичева Е.В.*

*Медико-санитарная часть, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону*

Сахарный диабет (СД) 2 типа является серьезной медицинской, социальной и экономической проблемой. В настоящее время во всем мире сохраняется отчетливая тенденция к росту числа пациентов с СД. По данным ВОЗ в среднем каждые 13-15 лет число лиц с СД увеличивается вдвое и к 2030 году численность больных СД может превысить 300 млн человек, в том числе в России число заболевших составит 10,3 млн человек. При этом 95% всех случаев приходится на СД 2 типа. В большинстве развитых стран мира СД занимает 3-4 место в структуре инвалидности и смертности. Актуальность проблемы СД связана, прежде всего, с прогрессирующей заболеваемостью преимущественно лиц трудоспособного возраста. Проведенный в медико-санитарной части анализ выявил рост заболеваемости СД 2 типа у лиц трудоспособного возраста в 2016 г. на 11%: в 2015 г. число заболевших в возрасте от 40 до 50 лет составило 48%, а в 2016 г. на эту же возрастную группу пришлось 61% случаев. Основной стратегией снижения риска осложнений является достижение целевого уровня гликемии, однако серьезной проблемой являются трудности, с которыми сталкиваются врачи и пациенты при применении сахароснижающей терапии – необходимость интенсификации медикаментозной терапии при прогрессировании заболевания, частое наличие сопутствующей патологии, накладывающей ограничения к применению ряда препаратов. В связи с этим для оптимизации терапии рационально включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий физиотерапевтических процедур, прежде всего у пациентов с СД легкой и средней степени тяжести при устойчивой компенсации заболевания.

Цель исследования: оценить эффективность комплексной программы реабилитации пациентов с СД 2 типа, включающей помимо стандартной медикаментозной терапии, сочетанное применение четырехкамерных смешанных скипидарных ванн, магнитотерапии и курса ЛФК. Четырехкамерные ванны с добавлением смешанной скипидарной эмульсии проводились с использованием аппаратуры Unbescheiden Baden-Baden. Белая и желтая скипидарная эмульсия брались в равном количестве по 20 мл, с ежедневным увеличением объема на 5 мл каждой, максимальный объем доводился до 60 мл каждого раствора. Процедуры выполнялись ежедневно. Продолжительность каждой процедуры составляла от 15 до 17 минут. Курс лечения – 10 процедур. Магнитотерапия проводилась с помощью универсального передвижного аппарата нового поколения «Полимаг-01», предназначенного для лечения низкочастотным, низкоинтенсивным магнитным полем. Использовалась методика общей магнитотерапии: два основных излучателя размещались со стороны спины, два других – на животе и передней поверхности грудной клетки. Частота, интенсивность и продолжительность воздействия подбиралась индивидуально, в зависимости от сопутствующей патологии и общего состояния больного. Процедуры выполнялись ежедневно, от 15 до 30 минут, курсом – 10 процедур. За 2015-2016 гг. курсовое комплексное лечение получили 88 пациентов с СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил 43,8±1,6 лет. Эффективность проведенного лечения оценивали по общепризнанной типовой методике САН (самочувствие, активность, настроение), а также изменению показателей глюкозы крови до начала и по окончании курса терапии. После завершения реабилитационного лечения, практически все пациенты отмечали улучшение общего самочувствия и нормализацию настроения, повышение работоспособности и общего жизненного тонуса, уменьшение дискомфорта, боли, парестезии в верхних и нижних конечностях, улучшение сна. Регистрировалось достоверное снижение уровня глюкозы крови.

## **Эффективность реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца.**

*Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Каюмова Н.К., Шодиев Ж.Д., Тошев Б.Б.*

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

Цель работы. Изучение клинического состояния больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших реваскуляризацию миокарда. Материалы и методы. Обследовано 30 больных ИБС, 25 мужчин (85,7%) и 5 женщин (14,3%) (средний возраст – 53,5±8,7 лет). Исходно и через 3 месяца после проведения реваскуляризации (стенотирование коронарных артерий) больным проводили велоэргометрию (ВЭМ), коронарную ангиографию (КАГ). У всех пациентов была диагностирована стабильная стенокардия III и IV функциональных классов (ФК) (66,6%). У 16 человек (53,3%) в анамнезе имел место инфаркт миокарда (ИМ) в сроки от 6 месяцев до 8 лет, из них 10 пациентов перенесли трансмуральный ИМ и 6 пациентов – нетрансмуральный ИМ. Согласно результатам ВЭМ, проведенной до КАГ, у 13 пациентов она соответствовала I и II ФК (43,3%), у 12 пациентов – III ФК (40%) и у 5 – IV ФК (16,6%). Средняя толерантность к физической нагрузке составила 75 ватт и ниже.

Результаты. У пациентов с перенесенным ИМ без Q окклюзии коронарных артерий составили лишь 8,9%, а основную долю поражений (80,4%) составили критические стенозы и субокклюзии, закрывающие просвет артерии на 90-95%. У пациентов, ранее не перенесших ИМ, в анамнезе среди гемодинамически значимых поражений преобладали стенозы 75-90% (их доля составила 75,6%) и не было окклюзий передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). На коронарограммах пациентов с ИМ с Q в анамнезе, поражения ПМЖВ составили более 55% гемодинамически значимых стенозов, в 66,3% диагностированы окклюзии артерий и стенозы более 95%. После реваскуляризации у всех пациентов отмечено клиническое улучшение и полное исчезновение симптомов стенокардии у большинства больных. При проведении ВЭМ через 1 месяц выявлено достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, времени выполнения пробы. У 12 пациентов по результатам стресс-теста не было выявлено признаков ишемии миокарда, проба оценена как отрицательная. У остальных пациентов также отмечена положительная динамика, что выражалось в улучшении функциональных показателей на один-два ФК. Через 3 месяца на фоне общей тенденции к увеличению количества больных с отрицательной нагрузочной пробой и I ФК, а также дальнейшему возрастанию толерантности к физической нагрузке, у 7 человек по результатам ВЭМ диагностирован II и III ФК стенокардии. Выводы. Таким образом, реваскуляризация приводит к достоверному улучшению коронарного кровотока у больных ИБС, о чем свидетельствуют исчезновение симптомов стенокардии, а также результаты инструментальных исследований.

### **Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких – особенности течения при их сочетании.**

*Ануфриев И.И., Нажева М.И., Осипов Е.В., Федорович А.В., Федорович И.В.*

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

Цель: изучить особенности клинического течения бронхиальной астмы (БА) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Материалы и методы исследования: обследовано 42 чел., разделенные на 2 группы: 1 группа (n=18, больные с ранним дебютом БА и с последующим развитием ХОБЛ (мужчин – 10 чел., женщин – 8 чел., средний возраст – 47,3 лет); 2 группа (n=24), больные с поздним развитием БА и наличием ХОБЛ (мужчин – 24 чел., средний возраст – 65,4±2,5 лет). Проанализированы клинические характеристики патологии: пол, возраст, сроки постановки диагноза, стаж курения, аллергоанамнез, наследственность. Результаты: 1 группа характеризовалась: более ранней верификацией диагноза БА (возраст больных на момент постановки диагноза составлял 20,0±3,1 лет), наличием сенсибилизации к неинфекционным аллергенам (13 чел.), отягощенной наследственностью по БА у всех обследованных, 7 человек, имели стаж курения 8,1±2,4 лет, индекс курящего (ИК) 10,2±3,1 пачек/лет. Для 2 группы было характерно: постановка диагноза БА и более позднем возрасте (51,0±3,2 лет), отягощенная наследственность по болезням органов дыхания у 1/3 больных, мужской пол, стаж курения 32,4±2,1, ИК 21,3±2,3 пачек/лет. Во 2 группе отмечались в три раза чаще обострения БА и ХОБЛ. Группы статистически различались по всем клиническим характеристикам патологии.

Выводы: течение БА у больных с сопутствующей ХОБЛ зависит от сроков возникновения БА и характеризуется клиническим полиморфизмом, затрудняя диагностику и правильный выбор лечения. Исследования, направленные на разработку дифференциально-диагностических критериев сочетания БА и ХОБЛ, позволят оптимизировать диагностику и лечение больных.

### **Особенности внебольничной пневмонии у больных хронической обструктивной болезнью легких.**

*Ануфриев И.И., Федорович И.В., Нажева М.И., Осипов Е.В., Федорович А.В.*

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

Цель: выявить клинические особенности внебольничной пневмонии (ВП) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт 38 пациентов ВП, имевших в анамнезе ХОБЛ и госпитализированных в пульмонологическое отделение.

Результаты: у 61,1% больных, включенных в исследование, показатели функции легких соответствовали ХОБЛ III-IV ст. В анамнезе у всех больных отсутствовали указания на проведенную ранее противогриппозную вакцинацию. У 77,8% больных течение ВП сопровождалось лейкоцитозом в крови, у 47,2% – повышением уровня сывороточного СРП. В 58,3% случаев у больных этиологическим фактором явилась атипичная бактериальная инфекция (*Chlamydia* и *Mycoplasma pneumoniae*). У 72,2% больных инфильтративные изменения в легких носили очаговый характер. В процессе лечения больных первичная неэффективность антибиотикотерапии отмечалась в 33,4% случаев. При выписке из стационара у 22,2% больных сохранялись рентгенологические изменения в легких, у 27,8% – повышенный уровень лейкоцитов крови, а у 33,3% – оставался высоким уровень сывороточного СРП.

Выводы: заболеваемости ВП подвержены больные ХОБЛ с тяжелыми нарушениями функции легких, не получавшие вакцинацию от гриппа. ВП у больных ХОБЛ имеет склонность к затяжному течению, характеризуется незавершенностью воспаления на фоне лечения. Полученные данные указывают на необходимость использования у этих больных антимикробной терапии эффективной в отношении атипичных микроорганизмов, профилактики гриппа у больных ХОБЛ, организации активного наблюдения в амбулаторных условиях за больными ХОБЛ, перенесшими ВП.

### **К вопросу об обучении профилактике заболеваний.**

*Бабицын С.Н., Николаева И.В.*

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

По данным ВОЗ в настоящее время на хронические неинфекционные заболевания (далее – ХНИЗ) приходится более 60% глобального бремени болезней. Прогнозируется, что к 2020 г. этот показатель

увеличится до 80%. Хорошо известно, что образ жизни и поведение являются основными детерминантами ХНИЗ и поддаются профилактике. Единственным способом морально-этического воздействия на нормы существования человека, способствующие сохранению здоровья, является образование, в процессе которого контролируется факт и качество усвоенного материала (Захаров В.Н., 2005). Важнейшим звеном в выстраивании эффективной системы образования является подготовка кадров, работающих в области профилактики. Анализ показывает, что при подготовке к профилактической деятельности студентов высших и средних медицинских учебных заведений в основном констатируется необходимость профилактики заболеваний, но отсутствует конкретное наполнение этого процесса. (Кукушкин С.К., Харитонов А.Ю., Бойцов С.А., 2015). Обучение здоровому образу жизни (далее – ЗОЖ), профилактике ХНИЗ должно сопровождать человека при всех формах образования. В проекте «Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» (далее – Стратегия) отмечается, что одной из ключевых проблем профилактики является недостаточный вклад в эту работу структур и средств системы воспитания и всех уровней образования (с.14). Подчеркивается необходимость формирования полноценной системы преподавания основ ЗОЖ и профилактики ХНИЗ, как на всех уровнях подготовки врачей и средних медицинских работников (с.15), так и представителей органов власти, руководителей предприятий, профсоюзных деятелей, работников сферы образования, культуры, спорта, молодежной политики, волонтеров и активистов общественных организаций. Однако все это остается декларацией, так как не предусмотрены механизмы реализации подготовки кадров и преподавания основ ЗОЖ. По нашему убеждению, подготовку кадров для преподавания основ профилактики ХНИЗ и ЗОЖ должны проводить только специалисты с медицинским образованием, профессионально занимающиеся данной проблемой. Это прежде всего сотрудники центров медицинской профилактики. Существующий на сегодняшний день образовательный потенциал данных организаций представляется крайне недостаточным для полноценной реализации ключевых положений Стратегии. С целью приведения ситуации в соответствие с современными требованиями необходима повсеместная организация учебно-ресурсных центров на базе областных центров медицинской профилактики для подготовки в них «учителей здоровья» для системы образования, культуры, производства, общественных волонтеров и т.д., с последующим преобразованием учебно-ресурсных центров в самостоятельные кафедры медицинской профилактики в региональных медицинских институтах.

### **Влияние суточной вариабельности артериального давления у больных эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой.**

*Баранова Н.А., Овчинников Ю.В., Куроедов А.В.*

*Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка, Москва*

Цель: изучить влияние суточной вариабельности артериального давления на колебания офтальмотонуса, и изменения перфузионного давления у больных эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Задачи: определить взаимосвязь между выраженностью системной АГ,

показателями суточного мониторинга АД (СМАД) и состоянием офтальмотонуса у больных с ПОУГ.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 80 человек с разными стадиями ПОУГ (80 глаз; 20 женщин и 60 мужчин), разделенных на 2 группы (основная и контрольная) на основании наличия в анамнезе АГ. Дополнительное деление было произведено с учетом наличия в анамнезе начальной или развитой и далекозашедшей стадий ПОУГ. Средний возраст всех пациентов составил  $73,12 \pm 7,75$  лет. Всем больным было выполнено СМАД и сопоставимое по времени исследование уровней внутриглазного давления (ВГД) с помощью прибора ICare TA01i (Iolait, Финляндия). Для оценки степени компенсации офтальмотонуса были использованы оригинальные производные показатели: средняя скорость офтальмотонуса в течение суток, скорость «подъема» и «спуска», а также продолжительность «плато» в точке минимального понижения уровня ВГД.

Результаты. АГ у больных основной группы носила преимущественно систолический характер, данные параметры были достоверно выше, чем аналогичные значения у группы контроля. Также выявлены достоверные отличия для среднего пульсового давления, вариабельности систолического АД у больных с начальной стадией глаукомы. Пациенты обеих групп имели нормальный тип кривой, с максимальными значениями уровней ВГД в утренние часы. Не было установлено достоверного отличия при анализе показателя «средняя скорость» офтальмотонуса во всех подгруппах ( $p > 0,05$ ). Было установлено достоверное отличие продолжительности «плато» у пациентов с АГ с начальной стадией глаукомы (продолжительность составила 180 минут), по сравнению с остальными подгруппами ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о благоприятном влиянии АГ на течение ПОУГ. У больных с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ и АГ прямая сильная корреляция между САД и уровнем офтальмотонуса была установлена однократно в 22-00 ( $r = 0,94$ ). В то же время между ДАД и ВГД было выявлено несколько временных значений, при которых присутствовала сильная прямая взаимосвязь: ночь и утро - 00-00, 03-00, 06-30, 06-45, 07-00 и 07-45 часов, день - 12-45 и 13-00, вечер - 20-30 часов ( $r = 0,81$  до  $0,94$ ). У пациентов контрольной группы с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ было обнаружено наибольшее число «пиковых» колебаний уровня ВГД и минимальная продолжительность «плато» (не более 15 минут,  $p < 0,05$ ). Для этих же лиц была определена умеренная и сильная отрицательные корреляции между САД и ВГД (в 12-15 и 03-30 часов,  $r = -0,64$  и  $r = -0,63$ ) и ДАД и ВГД (в 23-00,  $r = -0,72$ ). У пациентов с начальной глаукомой был установлен аналогичный характер связи корреляция между уровнями САД и ВГД утром и в дневные часы (05-00, 13-45, 17-30, 17-45, 18-15 и 18-30, от  $r = -0,63$  до  $r = -0,78$ ), а единственная достоверная взаимосвязь между ДАД и ВГД была сильной прямой по состоянию на 15-30 часов ( $r = -0,68$ ). Были выявлены нарушения глазной перфузии у всех пациентов развитой и далекозашедшей стадиями имеются нарушения перфузии. У больных без АГ с данными стадиями ПОУГ перфузионное давление страдало преимущественно в ночное время с 12 и до утра, и начинало улучшаться после пробуждения пациентов, что обусловлено неустойчивостью колебаний офтальмотонуса. А у больных с АГ эти нарушения происходят за счет повышенной вариабельности АД, а также связано с приемом антигипертензивных препаратов, приводящих к снижению АД, ведущему к ухудшению перфузии.

Заключение: приведенные выше данные подтверждают необходимость изучения колебаний уровней АД и ВГД в течение суток, в том числе и с учетом лекарственных препаратов, которые получает пациент, для оптимизации назначения системной и местной

гипотензивной терапии. В то же время недостаточно определять только колебания уровней АД и ВГД, так как их взаимосвязь между уровнем АД и ВГД остается до сих пор дискуссионной, а агрессивное снижение уровня АД путем назначения большого количества гипотензивных препаратов и быстрое снижение глазной перфузии повышает риск развития глаукомы.

## Подвижные флотирующие элементы сонных артерий у пациентов атеросклеротического профиля

*Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Матвеев В.В., Семенова О.Н., Исаева Т.М., Курсаченко А.С.*

*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, частная клиника ИММА, Саратов, Москва*

Актуальность. В структуре атеросклеротического поражения сонных артерий (СА) с позиции ультразвуковых аспектов диагностики общепринято выделять стадии нестенозирующего поражения стенок артерий, стенозирующего (локального или распространенного) и окклюзирующего атеросклероза. В то же время единичное количество работ указывает на наличие так называемых флотирующих (подвижных) элементов, расположенных в стенке СА преимущественно в области бифуркации.

Цель: выявить частоту и особенности ультразвуковой диагностики подвижных флотирующих элементов интимы СА у пациентов, обратившихся в диагностическое отделение Клинической больницы им. С.П. Миротворцева СГМУ.

Материал и методы. Проведена изолированная выборка 62 (3,45%) пациентов (67 артерий) из общего количества 1800 человек с наличием в СА подвижного элемента (в период с марта 2014 по август 2017 гг.). Исследование проведено на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.П. Миротворцева СГМУ на приборах экспертного класса Siemens SC2000 Prime и Philips HD 11XE Здесь реклама приборов. Среди 62 пациентов мужчин было 28, женщин – 34. Средний возраст – 52,5 лет (min-19, max-77). Триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) проводилось по стандартной методике с оценкой диаметра сосудов, параметров кровотока и выявлением возможных внутрисосудистых образований.

Результаты. Подвижный флотирующий элемент при проведении ТС БЦА выявлен в 67 СА. Подавляющее количество случаев (63 артерии) пришлось на заднюю стенку бифуркации общей сонной артерии (ОСА). В В-режиме как в продольном так и поперечном сечениях отчетливо лоцировалось подвижное гиперэхогенное образование, синхронизированное с сердечным ритмом (средняя протяженность – 7,1 мм; min-2 мм, max-13 мм). В тех случаях, когда длина элемента превышала 5 мм, возникали локальные изменения гемодинамики с возникновением турбулентного кровотока. В 4 случаях подобный флотирующий элемент визуализировался в устье внутренней сонной артерии (ВСА) со средней протяженностью 5 мм. Подвижный элемент в подавляющем количестве случаев возникал на фоне утолщенных стенок (толщина комплекса «интимедиа» 0,9-1,3 мм), и лишь в 15 случаях (0,83%) – наряду с уже сформированными атеросклеротическими бляшками. Четкой корреляции с симптомностью не выявлено. Так, минимум одна транзиторная ишемическая атака в бассейне ипсилатеральной СА

выявлена у 6 пациентов (0,3%). Случаев инсульта выявлено не было. Немаловажно отметить тот факт, что все рассматриваемые в работе находки выявлены в период с июля 2016 г. по август 2017 г. (основной прибор для исследования сосудистой системы в клинике не менялся с 2012 г., как и кадровый медицинский персонал отделения). Ряд пациентов был осмотрен на других приборах экспертного уровня и во всех случаях факт наличия флотирующего элемента у пациентов подтверждался. В то же время мы проанализировали 11 протоколов ультразвукового исследования сосудов шеи из других учреждений, где в одни и те же сроки не было выявлено подвижных структур. Вероятно, это связано с двумя факторами: приборы среднего и высокого класса уступают в разрешающей визуализирующей способности в сравнении с экспертным оборудованием, а также свою роль может играть человеческий фактор – при нормальной толщине стенки СА исследователь не ожидает увидеть каких-либо находок.

Выводы. Подвижный флотирующий элемент в сонных артериях выявляется преимущественно на ультразвуковом оборудовании экспертного уровня специалистами высокого уровня. Чаще всего подвижные структуры расположены у задней стенки ОСА в проекции бифуркации и сопряжены, как правило, с начальными нестенозирующими атеросклеротическими проявлениями. Требуются дальнейшие наблюдения, направленные на изучение патофизиологических аспектов появления флотирующих элементов в ветвях дуги аорты с возможным изучением биохимических параметров крови и особенностей гемодинамики другими инструментальными методиками.

## Дисфункция эндотелия у жителей высокогорья с артериальной гипертензией

*Бесланев И.А., Курданова М.Х., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А.*

*Центр медико-экологических исследований филиал Института медико-биологических проблем, Нальчик*

Дисфункция эндотелия (ДЭ) со снижением продукции оксида азота (NO) является одним из ключевых факторов развития и течения артериальной гипертензии (АГ). С помощью факторного анализа и уравнений множественной регрессии показаны закономерности отражающие зависимость абсолютных и относительных значений параметров гемодинамики, морфофункциональной структуры левого желудочка (ЛЖ), показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) от концентрации NO в крови.

Цель: изучить системные взаимосвязи и значимость факторных признаков ( $X_1, X_2, \dots, X_n$ ) в объясненной вариации результативного признака ( $y$ ) используя коэффициенты эластичности ( $E_i$ ) и детерминации ( $d_2$ ), где факторные признаки – результаты, полученные при обследовании больных, результативный признак – оксид азота (NO).

Материал и методы. В высокогорных районах Приэльбрусья (2200-3600 м.н.у. моря) были обследованы 115 пациентов: 60 здоровых лиц и 55 больных АГ 2 степени, сопоставимых по возрасту полу и индексу массы тела. Всем проведено обще-клиническое, инструментальное и биохимическое обследование. Продукцию NO оценивали по содержанию его метаболитов – нитритов (NO-2) и нитратов (NO-3), спектрофотометрическим методом. Анализ ВРС, средневысшей вариабельности ритма (СВВР, мс) и уровни систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД) определяли при помощи суточных носимых мониторов «ДМС». «ДМС – Союз»,

(Россия). Эхокардиографию проводили на аппарате ACUSON Antares Siemens Medical Solutions, (США). Полученные результаты обработаны в пакете программы Statistica v. 10.01, StatSoft Inc (США).

Результаты. У больных АГ выявлено снижение концентрации NO в крови (на 47%,  $p < 0,01$ ), снижение СВВР (на 39%,  $p < 0,01$ ) и показателей ВРС характерных для парасимпатических влияний на ритм сердца и гемодинамику – SDNN, pNN50 (на 29% и 31%,  $p < 0,01$ ), частотного диапазона HF (на 46%,  $p < 0,01$ ). Увеличение индекса вагосимпатического баланса – LF/HF (на 38%,  $p < 0,01$ ). На фоне снижения общей ВРС, в группе больных АГ выявлено увеличение индекса массы миокарда иММ (на 42%,  $p < 0,01$ ), относительной толщины стенки – ОТС ЛЖ (на 29%,  $p < 0,01$ ), общего периферического сосудистого сопротивления – ОПСС (на 38%,  $p < 0,01$ ). Выявлены обратные взаимосвязи между концентрацией NO в крови и САД, ДАД, ОПСС, ОТС ( $r = -0,473 - 612$ ;  $p < 0,001$ ), обратные взаимосвязи между концентрацией NO в крови и показателями временной области ВРС, СВВР ( $r = -0,412 - 544$ ;  $p < 0,01$ ). Обратные взаимосвязи между уровнями САД, ДАД и СВВР ( $r = -0,396 - 463$ ;  $p < 0,01$ ). Прямые взаимосвязи в группе больных АГ выявлены между САД и ОПСС, иММ, ОТС ( $r = 0,495 - 733$ ;  $p < 0,001$ ). Значимыми факторами САД в уравнении регрессии являлись: концентрация NO в крови ( $E > 2$ ), ОПСС, ( $E > 2,4$ ), СВВР, ( $E > 1,7$ ), HF, ( $E > 1,1$ ). У больных АГ существует недостаточность продукции NO. Результатом недостаточности продукции NO является увеличение АДС, ОПСС, иММ на фоне снижения высокочастотных спектральных регуляций, снижения СВВР и показателей временной области ВРС. Таким образом, снижение продукции NO ассоциировано у больных АГ с нарушением регуляции ритма сердца, гемодинамики и структурно-функциональными показателями левого желудочка.

Выводы: 1. У больных АГ выявлена недостаточность продукции NO. 2. Недостаточная продукция NO у больных АГ способствует вовлечению в компенсаторные механизмы регуляции гемодинамики и ритма сердца не специфических регуляций. 3. У больных АГ регуляции ритма сердца и гемодинамики зависит от концентрации NO в крови.

## Распространенность эндотелиальной дисфункции у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

*Болотова Е.В., Комиссарова И.М.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Северская центральная районная больница, Краснодар*

Цель исследования. Изучение распространенности эндотелиальной дисфункции (ЭД) и её ассоциации с факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в сельской популяции Краснодарского края.

Материалы и методы. Обследована популяционная выборка (2189 человек) взрослого населения сельской местности Краснодарского края (54,0% женщин и 46,0% мужчин), средний возраст  $47,72 \pm 16,6$  лет (мужчины –  $46,27 \pm 15,8$  лет, женщины –  $48,95 \pm 17,2$  лет). Проведено анкетирование, антропометрические измерения; клинико-лабораторное обследование. В анализ включены 862 участника с ФР ССЗ, из них 42,9% мужчин и 57,1% женщин (средний возраст мужчин –  $51,55 \pm 16,8$  лет, женщин  $56,54 \pm 16,5$  лет). Исследование эндотелиальной функции проводилось по стандартной методике (контурный анализ и окклюзионная проба) с помощью компьютерного фотоплатизмографа «АнгиоСкан – 01». С помощью метода бинарной

логистической регрессии определяли статистическую значимость ФР и отношение шансов (OR $\pm$ CI 95%) развития ЭД под влиянием ФР ССЗ. Взаимосвязь между ФР и ЭД изучалась с помощью коэффициентов корреляции Пирсона и Фишера. Достоверность различий определяли по критерию Стьюдента и  $\chi^2$ .

Результаты исследования. Выявлена высокая распространенность ЭД у сельского населения Краснодарского края с ФР ССЗ (70,3%). ЭД чаще наблюдалась у женщин (71,7%), чем среди мужчин (68,4%),  $\chi^2 = 1,148$ ;  $p = 0,248$ . Статистически значимыми различия между мужчинами и женщинами были среди лиц, имеющих ЭД по смешанному типу (мелких и крупных артерий). Средний возраст мужчин с ЭД составил  $56,02 \pm 16,3$  лет, женщин  $61,71 \pm 13,7$  лет. Около половины обследованных имели смешанный тип ЭД. Выявлена достоверная корреляция ЭД с возрастом ( $r = 0,431$ ;  $p < 0,0001$ ). С повышением уровня образования количество лиц с ЭД достоверно снижалось и наблюдалось чаще среди женщин: со средним образованием ЭД выявлена у 35,8% (среди мужчин 34,2% и 37,3% среди женщин;  $\chi^2 = 62,105$ ;  $p < 0,0001$ ), со средним специальным у 21,5% (19,2% и 22,8%;  $\chi^2 = 23,314$ ;  $p < 0,0001$ ), с высшим образованием ЭД выявлена у 19,3% (14,5% и 26,4%;  $\chi^2 = 17,366$ ;  $p < 0,0001$ ). Среди лиц с ЭД, у женщин были выше средние показатели возраста и ИМТ, а у мужчин показатели САД и ДАД, плече-лодыжечного индекса, окружности талии. Среди мужчин с ЭД достоверно чаще наблюдались такие факторы риска как НП ( $\chi^2 = 29,104$ ;  $p < 0,0001$ ), АГ ( $\chi^2 = 18,225$ ;  $p < 0,0001$ ), курение ( $\chi^2 = 92,181$ ;  $p < 0,0001$ ); среди женщин – НФА ( $\chi^2 = 8,488$ ;  $p = 0,004$ ), АО ( $\chi^2 = 8,291$ ;  $p = 0,004$ ). Распространённость ССЗ и их осложнений, ассоциированных с ЭД была достоверно выше: АГ с ЭД выше в 2,5 раза, чем без ЭД; ИБС в 9,3 раза, СД в 4,6 раза, инсульт в анамнезе в 9,1 раза, инфаркт миокарда в анамнезе в 6,2 раза.

Заключение. Таким образом, нами выявлена высокая распространённость ЭД у сельского населения Краснодарского края, имеющих ФР ССЗ. По результатам исследования данную методику можно рекомендовать для раннего выявления ЭД.

## Ожирение и избыточная масса тела по результатам диспансеризации в территориальной поликлинике города Краснодара.

*Болотова Е.В., Концевая А.В., Ковригина И.В.*

*Краевая клиническая больница № 1 имени С. В. Очаповского, Краснодар*

Цель исследования – изучить распространенность избыточной массы тела (ИЗМТ) и ожирения у лиц, прошедших 1 этап диспансеризации в 2015 году.

Материалы и методы. Изучена частота ИЗМТ и ожирения, их взаимосвязь с низкой физической активностью (НФА) и нерациональным питанием (НП) у лиц, прошедших диспансеризацию в 2015 г в амбулаторно-поликлиническом отделении ГБУЗ «НИИ-ККБ №1», с учетом гендерно-возрастного состава по данным форм № 025/У-04. Для анализа использованы результаты анкетирования, антропометрии в возрастных группах: 18-38 лет, 39-60 лет,  $\geq 61$  года. Результаты. Всего в 2015 году прошли 1-й этап диспансеризации 2461 человек. ИЗМТ зарегистрирована у 1149 (46,7%) обследованных, из которых ожирение – у 334 (13,6%). НФА выявлена у 1321 (53,7%), НП – у 1837 (74,6%). Средний возраст у больных с ожирением составил  $55 \pm 16,8$  лет, без ожирения –  $41 \pm 16,6$  лет ( $t = -13,9$ ;  $p < 0,001$ ).

Больные с ИзМТ были достоверно старше больных с индексом массы тела (ИМТ) <25 кг/м<sup>2</sup> (51±17,6 лет vs 36±13,7 лет; p<0,001). Пациенты с НФА и НП были достоверно старше (p <0,001 для обоих ФР). У 90,7% лиц с ожирением выявлена НФА. Частота НФА у лиц с ожирением встречалась достоверно чаще, чем у лиц без ожирения ( $\chi^2=32,1$ ; p<0,001). У лиц с ИзМТ в 85,4% случаев зафиксирована НФА, частота НФА у лиц с ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup> была достоверно ниже (67,6%;  $\chi^2=76,3$ ; p<0,001). У лиц с ИзМТ НП встречалось достоверно чаще, чем у лиц с ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup> ( $\chi^2=22,8$ ; p<0,001). У женщин, страдающих ожирением, НФА регистрировалась достоверно чаще, чем у мужчин (94,54% vs 80,9%;  $\chi^2=10,6$ ; p<0,01). Доля лиц с НП среди мужчин и женщин была сопоставима. Частота НП среди женщин составила 92,9%, среди мужчин - 90,9% ( $\chi^2=0,29$ ; p >0,1).

Выводы. Выявленные особенности позволяют уточнить гендерно-возрастные приоритеты при разработке региональных программ по профилактике ожирения и ИзМТ, как одного из важнейших факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

## **Роль свободно-радикального окисления в развитии нарушений фильтрационной функции почек после чрескожных коронарных вмешательств.**

*Ватутин Н.Т., Зинкович М.И., Тов И.В.*

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака, Донецк*

Цель. Выяснить наличие связей между особенностями состояния системы свободно-радикального окисления (СРО) и риском и выраженностью торможения клубочковой фильтрации у пациентов после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы исследования. В исследование включили 59 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), средний возраст 64,3±8,5 лет, мужчин – 39. Всем пациентам проводили ЧКВ с использованием йодсодержащих рентгенконтрастных средств (РКС) на основе йопромидида дозе 100-600 мл. Дважды оценивали уровень сывороточного креатинина (СК) и рассчитывали скорость клубочковой фильтрации. На основании данных о приросте СК судили о выраженности нарушений фильтрационной функции почек (НФФП). Прирост СК на 10,3% рассматривали как несущественное НФФП, на 10,3%-24,9% – умеренное торможение почечной фильтрации, прирост СК более чем на 25% соответствовал выраженному угнетению фильтрационной функции почек. Дополнительно двукратно оценивали интенсивность реакций системы СРО по содержанию малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах пациентов с разной степенью выраженности угнетения клубочковой фильтрации.

Результаты. Почти у всех 59 больных с ОКС после ЧКВ наблюдали разной степени выраженности угнетение почечной фильтрации. Несущественные, менее 10,3% от исходного уровня, колебания клубочковой фильтрации наблюдали почти у 40% пациентов, умеренное торможение почечной фильтрации – уровень СК увеличился на 10,3% - 24,9% по отношению к исходным значениям – у 39% пациентов. У остальных 14 пациентов (почти 24% случаев) в течение 2-6 суток после ЧКВ уровень СК превысил исходные значения на 25% и более. Учитывая тяжесть основного заболевания и произведенные вмешательства, включающие и внутрисосудистое введение РКС, период выбранного наблюдения

характеризовался интенсификацией СРО. Показатель МДА, отражающий скорость липопероксидации, статистически значимо, при p=0,032, возрастал с 10,3±1,7 мкмоль/г до 11,0±1,8 мкмоль/г. Оказалось, что у пациентов с несущественными и умеренными изменениями почечной фильтрации на 2-6 сутки после проведения ЧКВ, практически не изменялось содержание МДА в эритроцитах. И, напротив, у пациентов с выраженным торможением (>25%) фильтрационной функции почек уровень МДА увеличился на 18,2% по отношению к исходным значениям – 13,00±1,13 мкмоль/г и 11,02±1,36 мкмоль/г, соответственно. Среднее значение МДА в этой подгруппе пациентов статистически достоверно выше (p<0,001), чем у пациентов с несущественным и умеренным НФФП.

Заключение. Результаты указывают на значимую роль свободно-радикальных процессов в патогенезе угнетения фильтрационной функции почек после чрескожных коронарных вмешательств у пациентов с ОКС.

## **Роль дисфункция эндотелия сосудов в развитии артериальной гипертензии у лиц молодого возраста.**

*Ватутин Н.Т., Складная Е.В.*

*Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Донецк*

Состояние эндотелия является основным фактором, определяющим функцию сосудов в норме и ее изменение при артериальной гипертензии (АГ).

Целью данного исследования явилось изучение роли дисфункции эндотелия в развитии АГ.

Материалы и методы. Объектом проспективного обсервационного исследования послужили 840 молодых лиц в возрасте от 20 до 29 лет (средний возраст 22,50 (21,0;24,0) лет), у которых при двукратном измерении в положении сидя после 5-минутного отдыха определялся нормальный уровень АД. Всем обследованным для оценки функции эндотелия проводилась пробы с реактивной гиперемией на плечевой артерии по модифицированной методике Celermayer D.S. и соавт. Период наблюдения составил 5 лет. Через 5 лет всем повторно измерялось АД. При выявлении АГ производилось дополнительное измерение АД на следующий день для ее подтверждения. По уровню АД были выделены 2 группы: 1 группу составили пациенты с АГ (АД 140/90 мм рт. ст. и выше), 2 группу – обследованные, у которых уровень АД был в пределах нормы (ниже 140/90 мм рт.ст). Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием Statistica 6.0.

Результаты. За период наблюдения из исследования по различным причинам выбыли 76 человек. АГ была выявлена у 144 обследованных (18,8%, 95% ДИ 16,2-21,7%) – 1 группа, у остальных 620 человек (81,2%, 95% ДИ 78,3-83,8%) наблюдался нормальный уровень АД – 2 группа. При проведении пробы с реактивной гиперемией у пациентов 1 группы увеличение диаметра плечевой артерии составило 7,5 (5,3;9,9)%, 2 группы – на 12,3 (10,2;13,4) % (p<0,05). По результатам однофакторного логистического регрессионного анализа увеличение диаметра плечевой артерии <10% после снятия манжеты является значимым (p<0,05) факторами риска развития АГ (ОШ 3,49, 95% ДИ 2,19-5,57). При многофакторном логистическом регрессионном анализе с учетом пола, возраста, исходных показателей индекса

массы тела и АД недостаточное увеличение диаметра плечевой артерии < 10% после снятия манжеты сохраняло свою значимость в качестве фактора риска развития АГ.

Выводы. Нарушение функции эндотелия является независимым фактором риска развития АГ в течение 5 лет у лиц молодого возраста с исходно нормальным уровнем АД.

### **Распространенность и факторы риска повреждения миокарда среди пациентов, получавших терапию антрациклиновыми антибиотиками.**

*Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Эль-Хатиб М.А., Сологуб И.А.*

*Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Донецк*

Цель исследования: изучить распространенность и факторы риска развития повреждения миокарда у пациентов с гемобластозами, получавших в составе полихимиотерапии антрациклиновые антибиотики.

Материалы и методы: проведен анализ 131 истории болезни пациентов с гемобластозами, получавших антрациклин-содержащие курсы полихимиотерапии. Критериями развития антрациклинового повреждения миокарда (АПМ) считали появление тахикардии в покое, изменения сегмента ST, нарушения ритма и проводимости, удлинение интервала QT по данным стандартной электрокардиографии и её суточного мониторирования, снижение показателя фракции выброса левого желудочка менее 40% или более чем на 10% от исходного значения по данным эхокардиографии. Среди пациентов, имевших признаки АПМ, было изучено влияние потенциальных факторов риска его развития (кумулятивная доза препарата выше 240 мг/м<sup>2</sup> в пересчете на доксорубин, женский пол, возраст, сопутствующее применение других кардиотоксичных препаратов или медиастинальной лучевой терапии, исходное наличие сопутствующей кардиальной патологии, влияние медикаментозной кардиопротекции).

Результаты: признаки АПМ были обнаружены у 29 больных (22,1%). Распространенность АПМ среди больных молодого (до 50 лет) возраста составила 38,2% (95% ДИ 25,6 – 51,6%), среди пациентов старшего возраста - 14,3% (95% ДИ 5,3 – 26,7%). Согласно результатам однофакторного регрессионного анализа, значимыми факторами риска развития АПМ являлись: возраст младше 50 лет (ОШ 2,69, 95% ДИ 1,05 – 6,84), кумулятивная доза антрациклинов более 240 мг/м<sup>2</sup> в пересчете на доксорубин (ОШ 5,17, 95% ДИ 1,38 – 27,55) и отсутствие профилактической кардиопротективной терапии (ОШ 23,38, 95% ДИ 6,49 – 84,14). При многофакторном регрессионном анализе, независимыми факторами риска развития АПМ оказались кумулятивная доза антрациклинов более 240 мг/м<sup>2</sup> (ОШ 6,17, 95% ДИ 1,32 – 28,71) и отсутствие медикаментозной кардиопротекции (ОШ 2,82, 95% ДИ 1,09 – 7,28), отмечавшееся, в основном, у лиц молодого возраста.

Выводы: почти у каждого четвертого пациента были выявлены признаки АПМ. Более высокая частота развития АПМ наблюдалась среди пациентов молодого возраста, что, вероятно, обусловлено отсутствием у них медикаментозной кардиопротекции. Независимыми факторами риска развития повреждения миокарда являлась кумулятивная доза антрациклинов более 240 мг/м<sup>2</sup> и отсутствие медикаментозной кардиопротекции.

### **Влияние буспирона гидрохлорида на структурно-функциональные параметры сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии и смешанным тревожно-депрессивным расстройством.**

*Ватутин Н.Т., Христинченко М.А.*

*Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Донецк*

Цель. Оценить влияние буспирона гидрохлорида на структурно-функциональные показатели сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии (26 мужчин и 24 женщины, средний возраст 67,7±2,6 года). Критерии включения: наличие клинических признаков ХСН II-IV ФК по NYHA, адекватная медикаментозная терапия ХСН, рекомендованная действующими руководствами, добровольное согласие больного. Критерии исключения: I ФК ХСН по NYHA, органические расстройства личности, прием антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов в течение 1 мес. до включения, декомпенсация ХСН в течение 1 мес. до включения, тяжелая сопутствующая патология, острый коронарный синдром (ОКС) в течение 2 мес. до включения, алкогольная и наркотическая зависимость, выраженные нарушения когнитивных функций. Наличие СТДР определялось при помощи опросников HADS, Спилбергер-Ханина и Бека. Методом генерации случайных чисел были выделены 2 группы: 1 группа (n=25) в дополнение к стандартной терапии ХСН и ИБС получала буспирона гидрохлорид в стартовой дозе 5 мг 3 раза в сутки с постепенным в течение 2 недель повышением дозы до эффективной (10 мг 3 раза в сутки); 2 группа (n=25) получала стандартную терапию ХСН и ИБС. Общая продолжительность лечения/наблюдения составила 6 месяцев. В начале исследования и через 6 мес. пациентам проводилась ЭхоКГ, оценивалась динамика таких показателей: ударный объем (УО), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), конечно-диастолический и конечно-систолический объемы ЛЖ (КДО и КСО ЛЖ), конечно-диастолический и конечно-систолический размеры ЛЖ (КДР и КСР ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина миокарда задней стенки ЛЖ (ТМЗС ЛЖ), диаметр левого предсердия (ДЛП). Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере при помощи Microsoft Excel и статистического пакета Medstat. Во всех случаях проверки гипотез различия считались статистически значимым при величине p<0,05.

Результаты. При изучении результатов эхокардиографического исследования было отмечено, что группы 1 и 2 не имели достоверных различий по вышеуказанным параметрам как исходно, так и через 6 мес. наблюдения/лечения. При изучении структурно-геометрических параметров в динамике достоверных отличий между группами 1 и 2 не было выявлено: как УО, ФВ ЛЖ, так и масса миокарда, размеры ЛП оставались на прежнем уровне. Так, ФВ ЛЖ в 1-й группе исходно составила 42%, через 6 мес. – 39%; во 2-й группе исходно 44%, через 6 мес. – 41% (p>0,05). Возможно, этот факт объясняется недостаточной для изменения структурно-функциональных параметров сердца продолжительностью исследования и относительно малой выборкой пациентов.

Выводы. Прием буспирона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии ХСН не оказывает негативного влияния на структурно-

функциональные параметры сердца у больных с ХСН ишемической этиологии и СДР. Для дальнейшего изучения влияния буспирона гидрохлорида на структурно-функциональные параметры миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сочетанием тревожности и депрессии необходимо проведение длительных исследований с использованием больших групп пациентов.

## **Эхокардиографические исследования в педиатрической практике: о необходимости внесения изменений в график диспансерного обследования.**

*Вертёлкин А.В., Цоколов А.В.*

*Городская детская поликлиника №6, Медико-диагностический центр, Калининград*

Программа диспансерного динамического ЭХОКГ обследования детей и подростков, изложенная в Приказе МЗ РФ №1346н, и выполняемая в поликлиниках РФ, включает обязательное выполнение ЭХОКГ исследований в 1 месяц, 7 и 14 лет. Подобный подход объяснялся необходимостью раннего выявления врожденных (ВПС) и приобретенных пороков сердца, в ряде случаев приводящих к внезапной смерти. При этом результат получился прямо противоположным, с коэффициентом полезного действия работы врачей, занимающихся подобной скрининговой работой, близким к 0%, поскольку сформированные перинатальные центры в стране позволяют выявлять основную часть детей с тяжелой кардиальной патологией уже в первые дни их жизни.

Цель исследования: на примере одной отдельно взятой детской городской поликлиники уточнить эффективность программы диспансерного динамического ЭХОКГ обследования детей и подростков, в части, касающейся выявления новых случаев сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. Оценены архивные данные более 17000 ЭХОКГ заключений, выполненных в детской поликлинике в 2014-2016 гг. Все исследования были выполнены силами 3 врачей ультразвуковой диагностики высшей и первой категории, прошедших специальную подготовку по детской ЭХОКГ и функциональной диагностике.

Полученные результаты и их обсуждение. В результате анализа архивных данных было установлено, что за 3 года не удалось выявить ни одного нового, не диагностированного ранее, гемодинамически значимого ВПС, как и не было отправлено на оперативное лечение ни одного ребенка. Такая ситуация не может считаться нормальной, а подобный подход ведет только лишь к экономически необоснованному расходованию материальных и людских ресурсов. Самыми распространенными диагнозами у пациентов 1 месяца жизни, в дальнейшем практически ежегодно направляемых на контрольные ЭХОКГ исследования, были гемодинамически незначимые дефекты, чаще – открытые овальные окна, мышечные ДМЖП, ОАП с минимальным лево-правым сбросом и функциональные систолические шумы. С учетом амортизации оборудования и заработной платы двух врачей ультразвуковой диагностики, силами которых возможно выполнить весь объем необходимых диспансерных ЭХОКГ (с учетом расчетных норм времени на ультразвуковые исследования, установленных Приказом МЗ РФ №283 1993 года) только в одной детской поликлинике расходы могут достигать 1 млн рублей в год. В этой связи следует вывести на широкое обсуждение вопрос о целесообразности принятого графика динамического наблюдения

детей и подростков, обратившись в том числе к зарубежным данным. Так, в качестве альтернативного подхода могут быть рассмотрены «Рекомендации по кардиологическому ультразвуковому обследованию в педиатрии» (Версия 18.0 2016 г.; Американская медицинская ассоциация), где в качестве показаний к повторным ультразвуковым исследованиям рассматриваются следующие: 1) вновь появившиеся или усилившиеся симптомы у лиц с известным заболеванием сердца, в том числе и в случаях появления (!) изменений на ЭКГ; 2) каждые 12 месяцев у пациентов до 12-18 лет первой степени родства с семейным анамнезом гипертрофической кардиомиопатии; 3) каждые 12 месяцев у пациентов, кому проводится интенсивная терапия по поводу гипертрофии миокарда желудочков, клапанной дисфункции, кардиомиопатии. Повторные ЭХОКГ у большинства пациентов, в соответствии с этими рекомендациями, не показаны вовсе. В качестве единственного альтернативного метода диспансерного наблюдения, вероятно, может быть оставлено только ЭКГ-исследование (в настоящее время включено в перечень исследований Приказа МЗ РФ №1346н), либо ЭХОКГ заменено 12-пунктовой методикой, предложенной специалистами Американской Ассоциацией Сердца (АНА, 2005), и используемой в качестве скрининговой в спортивной медицине, в том числе и у лиц с кардиальной патологией.

Заключение. Сложившаяся ситуация, безусловно, требует кардинального пересмотра, всестороннего обсуждения в медицинской профессиональной среде, главным образом в свете экономической несостоятельности и низкой эффективности подобной диспансерной работы в масштабах всей страны. Исключение из графика динамического диспансерного ЭХОКГ обследования исследований в 1 месяц и/или 7 лет позволит оптимизировать экономические затраты, исключив ненужные с практической точки зрения исследования, оставив вместо них ЭКГ, либо заменив их 12-пунктовой скрининговой методикой, комплексно отражающей состояние сердечно-сосудистой системы.

## **Тромбоэмболия легочной артерии у пациентов с метаболическими нарушениями.**

*Ворожцова И.Н., Васильцева О.Я., Горлова А.А.*

*Научно-исследовательский институт кардиологии Томского, Томск*

Цель исследования. Провести сравнительный анализ тяжести тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с метаболическими нарушениями по материалам историй болезни и протоколам патологоанатомических вскрытий умерших в стационарах г. Томска в период с 01.01.2013 по 31.12.2016 г.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное когортное исследование факторов риска развития ТЭЛА по материалам историй болезни и протоколам патологоанатомического исследования 4807 умерших в стационарах г. Томска за период с 01.01.2013 по 31.12.2016 г.

Результаты исследования. Согласно протоколам патологоанатомических вскрытий случаи эмболии выявлены у 320 умерших (6,7%), средний возраст которых составил 69,3±14,3 лет. Среди них 187 (58%) – женщины. Артериальной гипертензией страдали 92% пациентов. У всех пациентов диагностированы метаболические нарушения, в том числе сахарный диабет 2 типа – у 26% пациентов, ожирение различной степени – у 44% пациентов, нарушения липидного обмена – у 99% пациентов. При этом и у лиц с нарушением



углеводного обмена, и у пациентов с нарушениями липидного обмена целевые значения ключевых показателей достигались в единичных случаях. Эмболия на уровне главных легочных артерий и легочного ствола наблюдалась у 202 (63%) пациентов. Среди них нарушения углеводного обмена имели 30% (60), нарушения жирового обмена – 67% (135), нарушения липидного обмена – 98% (199) больных. Эмболия на уровне долевых и промежуточных артерий обнаружена в 25 (8%) случаях. Среди них нарушения углеводного обмена имели – 24% (6), нарушения жирового обмена – 76% (19) пациентов, нарушения липидного обмена – 96% (24) пациентов. Эмболия на уровне сегментарных артерий в 93 (29%) случаях. Среди них нарушения углеводного обмена имели – 37% (34), нарушения жирового обмена – 69% (64), нарушения липидного обмена 100% (93). Заключение. В исследовании ТЭЛА чаще выявлялась у женщин. Подавляющее большинство пациентов с ТЭЛА имели артериальную гипертензию и метаболические нарушения, ассоциированные, в основном, с нарушениями жирового и липидного обменов. Нужно отметить, что метаболические нарушения вызывают нарушение баланса процесса коагуляции, путем образования большего количества прокоагулянтных факторов или уменьшения синтеза антикоагулянтных факторов.

## **К вопросу создания образовательных технологий для населения.**

*Габитова Д.М.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Известно, что образование и обучение самих курящих пациентов является необходимой и важной составной частью комплексной программы лечения табакозависимых. В настоящее время одной из самых эффективных форм обучения для никотинзависимых пациентов считается проведение индивидуальных и групповых консультаций. Участие пациентов в образовательных программах позволяет сформировать у них правильное представление о табачной зависимости как о хроническом заболевании, требующем такого же внимания, как любое другое хроническое заболевание. В конечном итоге всё это позволяет более четко и методично выполнять разработанный план отказа от курения, успешно отказаться от табакокурения, сохранить статус некурящего в течение как можно более длительного времени, снизить риск развития табакоопосредованных заболеваний и повысить качество жизни. Консультирование пациента по имеющимся факторам риска, обучение здоровьесберегающим технологиям, разработка плана коррекции образа жизни, контроль пациента по изменению образа жизни, психологическая поддержка должны быть в приоритете и являться обязательными составляющими работы медицинского сообщества. Особенностью обучающих программ в лечении никотинзависимых должна стать и работа с окружением пациентов (семья, коллеги и др.) Обучение всех, кто окружает курящего, их искреннее сотрудничество на всех этапах отказа от курения позволит повысить эффективность бросания курения, улучшить эмоциональный и психологический настрой бросающего курить, повысить его самооценку и самоуважение. Учитывая, что большинство пагубных привычек формируется в детском и подростковом возрасте, необходимо проведение активных, образовательных мероприятий в общеобразовательных учреждениях, направленных на предотвращение распространения табакокурения в детском,

подростковом возрасте и среди молодежи. При осуществлении данного направления необходимо отдать предпочтение мерам профилактического, культурно-воспитательного и образовательного характера, нацеленных на разумный и осознанный отказ от курения. Решение проблемы с детским, подростковым и молодежным курением невозможно без активного привлечения родителей, педагогических работников образовательных учреждений, активной правильно настроенной молодежи. Образовательные мероприятия должны учитывать контингент обучаемых: должны быть разные программы обучения для детей, подростков, курящих, их семей, курящих беременных, имеющих различные хронические заболевания и т.д. Актуально создание такой обучающей технологии для курящих, в которой бы, наряду с ознакомлением с необходимым минимумом медицинской информации и выработкой практических навыков по преодолению никотиновой зависимости, обращалось бы повышенное внимание на мотивационную составляющую, формирование ценностного отношения к здоровью, а также выработку навыков саморегуляции, самоконтроля и взаимодействия с врачами, семьей, курящим окружением.

Таким образом, консультационное мотивирование, поддержка усилий пациента государством, медицинским сообществом и окружающими по изменению образа жизни и коррекции факторов риска, проведение обучающих мероприятий, являются фундаментом здоровьесберегающих технологий, призванных кардинально улучшить ситуацию с эпидемией неинфекционных заболеваний и повысить качество жизни населения.

## **Применение диагностических тест-систем маркерных аутоантител для оценки системных изменений в организме при заболеваниях легких.**

*Габитова Д.М.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Аутоантитела определяются как антитела, направленные против антигенов, присутствующих на собственных клетках, внутри клеток или во внеклеточном пространстве. Какое бы отношение ни имели аутоантитела к патологическому процессу, они часто служат его маркерами, имеющими важное диагностическое значение. Так, определение антимитохондриальных антител используется в диагностике первичного билиарного цирроза печени. При разных формах органной патологии наблюдается стойкий (более 3 недель) подъем сывороточного содержания аутоантител к одному или нескольким антигенам той или иной органной направленности, зависящей от локализации патологического процесса. Современная концепция хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) трактует ее как заболевание с системными проявлениями, при котором поражение бронхолегочной системы рассматривается как один из компонентов болезни (GOLD, 2006, 2007). При разных формах органной патологии наблюдается стойкий подъем сывороточных аутоантител, зависящий от локализации патологического процесса. Нами было обследовано 20 больных с ХОБЛ (подтвержденный диагноз ХОБЛ (ОФВ1/ФЖЕЛ <70%), возраст 40-75 лет, ИКЧ >10 пачка/лет) с применением методов группы Эли-тестов. В результате было выявлено, что у всех пациентов с ХОБЛ наблюдаются в той или иной степени изменения со стороны иммунной системы (обнаружение АТ к дс-ДНК, к b2-Гликопротеину I, к Fc-Ig), со стороны сердечно-сосудистой

системы (обнаружение АТ к CoM-0.2, b1-адренорецепторам, к ANCA-маркер дисфункции эндотелия), со стороны почечной системы (антитела к KiM-05-мембранный антиген клеток клубочков почек, к KiS-07-), со стороны легочной системы (антитела к LuM-02-мембранный антиген клеток эндотелия альвеол) и т.д. Имеющиеся сдвиги продукции специфических ауто-АТ являются, ранним признаком начинающихся системных патологических изменений у больных с ХОБЛ, задолго до появления общеизвестных клинических и лабораторных проявлений. Выявление подобных проявлений системного характера у пациентов с ХОБЛ на основе изменений в содержании маркерных аутоантител, в первую очередь, являются скрининговыми методами клинического обследования. Методы группы Эли-тестов дают нам возможность более раннего выявления формирующейся патологии и комплексного лечения ХОБЛ как системного заболевания.

Таким образом, анализ количественных изменений в содержании специфических ауто-АТ, может служить удобным инструментом, позволяющим судить о начинающихся или уже манифестировавших патологических процессах любой органной локализации.

## **К вопросу экологических рисков населения Республики Башкортостан.**

*Габитова Д.М., Ахмадуллина Г.Х.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Известно, что основным фактором, определяющим качество атмосферного воздуха населенных мест, является поступление в атмосферу загрязняющих веществ в результате деятельности предприятий и организаций промышленного и аграрного комплексов, расположенных на определенной территории, а также автотранспортных средств. На территории Республики Башкортостан расположены предприятия и организации более 200 отраслей промышленности. Из стационарных источников наибольший вклад в загрязнение атмосферного воздуха республики вносят предприятия топливно-энергетического комплекса. Валовый выброс загрязняющих веществ в атмосферный воздух в целом по республике составляет более 1 млн тонн в год. Под потенциальным воздействием загрязняющих веществ в концентрациях выше гигиенических нормативов проживает более 1,7 млн человек или 42,7% жителей республики. Ранжирование результатов исследований по удельному весу исследований с превышением ПДК, показало, что наиболее часто регистрируется повышенное содержание в воздухе этилбензола (11,1%), аммиака и бензола (5,1%), сероводорода и диоксид азота (1,6%). Для атмосферного воздуха республики, по-прежнему, характерна тенденция снижения техногенного загрязнения от стационарных источников с параллельным ростом влияния выбросов от передвижных источников. Несмотря на то, что деятельность многих промышленных объектов и производств не отличается прежней активностью, влияние их на окружающую среду и здоровье населения, обусловленное длительным предшествующим воздействием, продолжает играть значительную роль и проявляется в настоящее время. На это указывает рост числа заболеваний, отнесенных к экзозависимой патологии, – в 1,2-2,0 раза за последние 10 лет. Многочисленными исследованиями доказана связь между ростом заболеваемости населения болезнями органов дыхания и загрязнением атмосферного воздуха взвешенными веществами, окислами азота, сероводородом, формальдегидом, хлористым

водородом и др. По данным регионального информационного фонда санитарно-гигиенического мониторинга (СГМ), основными веществами (по количеству исследований), контролируемые на территории республики являлись оксиды углерода, азота, серы, взвешенные вещества, формальдегид, фенол, аммиак, 3,4-бенз(а)пирен, этилбензол. При этом необходимо отметить, что в атмосферном воздухе городов республики контролируются не все вещества, являющиеся приоритетными в соответствии с методологией оценки риска здоровью, такие как акролеин, аллилхлористый бутилацетат, ванадия пятиокись, гексан, серная кислота, кобальт, масло минеральное-нефтяное, мышьяк, нафталин, мазутная зола теплоэлектростанций, сажа и др. По данным федерального информационного фонда СГМ республика вошла в число 33 субъектов Российской Федерации, где в 2016 году регистрировалось загрязнение атмосферного воздуха в концентрациях от 2 до 5 ПДК по содержанию 3,4 бенз(а)пирена, азота и углерода оксида, этилбензола. За период наблюдения до 2016 года наблюдалось загрязнение атмосферного воздуха в концентрациях выше гигиенических нормативов по 12 загрязняющим веществам: оксидам азота, серы, углерода, формальдегиду, фенолу, гидрохлориду, бензину, ксилолу, этилбензолу, взвешенным веществам, сероводороду. Необходимо отметить, что Приволжский федеральный округ и республика в том числе, относятся к числу территорий Российской Федерации, где за последние 6 лет отмечается тенденция к снижению загрязнения атмосферного воздуха под факелом предприятий. Таким образом, длительное функционирование на территории Республики Башкортостан крупнейших нефтехимических, химических и нефтеперерабатывающих производств привело к циркуляции в объектах окружающей среды различных ксенобиотиков и других загрязняющих веществ в количествах, угрожающих здоровью населения. На это указывает продолжающийся рост впервые выявленной и общей заболеваемости болезнями, отнесенными к экзозависимой патологии: врожденных аномалий, болезней органов дыхания, числа новообразований и др.

## **К вопросу формирования профессиональных компетенций**

*Габитова Д.М., Хакимова А.М., Субхангулова Д.Р.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Известно, что одним из направлений преодоления табачной зависимости являются консультации и лечение пациентов с никотиновой зависимостью. Остается актуальной проблемой подготовка профессиональных медицинских кадров с нужным уровнем психолого-педагогической компетентности врача по оказанию помощи пациенту с никотиновой зависимостью. Невозможно провести качественное обучение курящих пациентов без специалиста-профессионала, обладающего должным уровнем сформированности специальных компетенций. С целью выделения прогностически значимых психолого-педагогических особенностей личности специалиста, для оценки его профессиональных навыков возможности работы с разными группами курящих, вероятно, есть необходимость проведения некоторых методов анкетирования и тестирования среди потенциальных специалистов по лечению никотиновой зависимости. В частности, должны учитываться такие важные, на наш взгляд, критерии: общий стаж работы, стаж работы в качестве врача – узкого специалиста, врачебную категорию, научную степень. Далее можно провести психолого-педагогическое

тестирование с применением некоторых тестов: по ориентационной анкете Б. Басса изучается преобладание направленности личности врача на дело, субъект-субъектные отношения или на себя; по модели профессиональных позиций педагогического взаимодействия по М.Талену определяется преобладающая позиция специалиста при коммуникативном воздействии преподавателя и выстраивании его взаимоотношений с обучаемыми; по тесту оценки информационной культуры – способность вовремя извлекать необходимую информацию; по тесту выявления творческого потенциала устанавливается уровень креативности; по тесту К.Томаса – выбор стратегии поведения в возможном конфликте; по «Шкале интернальности–экстернальности» Дж. Роттера – локус контроля; по опроснику М.Снайдера – уровень самоконтроля при общении. Оценивают каждый показатель в баллах, а именно: возраст до 30 лет оценивают в 1 балл, 30-44 лет – как 2, 45 и старше – как 3 балла; интернатура как 1 балл, клиническая ординатура – как 2, наличие степени кандидата медицинских наук – как 3 балла; стаж работы в качестве врача-терапевта до 5 лет – как 1 балл, 5-14 лет – как 2, 15 и более – как 3 балла; наличие второй врачебной категории оценивают как 1 балл, первой врачебной категории – как 2 балла, высшей врачебной категории – как 3 балла; направленность личности врача: на субъект-субъектные отношения – как 3 балла, на дело – как 2 балла, на себя как 1 балл; выбор способа коммуникативного воздействия преподавателя и тип взаимоотношения с обучаемыми: неконтактная модель (диктаторская, гипореклексивная, негибкого реагирования, авторитарная, гиперрефлексивная) – как 1 балл, модель смешанная, дифференцированного внимания – как 2 балла, модель активного взаимодействия – как 3 балла; низкий уровень информационной культуры – как 1 балл, средний – как 2 балла, высокий – как 3 балла; незначительный творческий потенциал врачей – как 1 балл, нормальный – как 2 балла, значительный – как 3 балла; выбор стратегии поведения в конфликте в виде соперничества – как 1 балл, компромисса, приспособления и избегания – как 2 балла, сотрудничества – как 3 балла; экстернальный локус контроля – как 1 балл, интернальный – как 2 балла, амбивалентный – как 3 балла; низкий уровень самоконтроля при общении – как 1 балл, средний – как 2 балла, высокий – как 3 балла. Суммируют полученные баллы и при количестве баллов от 11 до 18 прогнозируют уровень профессиональной компетентности как низкий, 19-26 – как средний, 27-30 – как высокий. Учитывая особый подход к разным группам курящим, предполагающий глубокие знания медицины, психологии, педагогики, этики и деонтологии, философии и др., предлагаемый способ прогнозирования позволяет оценить степень профессиональной компетентности медицинского работника и провести качественный отбор кандидатуры на роль обучающего специалиста, дабы минимизировать скепсис, разочарование и курящих и медиков, и повысить эффективность предлагаемой помощи по отказу от курения.

## Показатели фармако-ЭЭГ при острой церебральной ишемии

*Ганцгорн Е.В., Макляков Ю.С., Хлопонин Д.П., Куделина О.М.*

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

Цель исследования. Изучить посредством спектрального анализа показателей электроэнцефалограмм (ЭЭГ) эффекты пирacetам, винпоцетина и перспективного нейропротекторного лекарственного препарата (ЛП) мелатонина – мелаксена в условиях их превентивного

введения на модели острой церебральной ишемии (ОЦИ) у крыс. Задачи исследования. Определить параметры фармако-ЭЭГ, наиболее информативные в аспекте анализа эффективности применяемых ЛП для профилактики ОЦИ.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 80 половозрелых беспородных крысах-самцах массой 200-250 г. Все эксперименты были выполнены в соответствии с рекомендациями по гуманному обращению с лабораторными животными. В соответствии с дизайном эксперимента за 14 дней до моделирования ОЦИ животные были разделены на 5 групп (2 контрольные и 3 опытные) по 16 крыс в каждой. Из 2 контрольных групп первую составили ложнопериоперированные животные (группа ЛО) (контроль I уровня), у которых выполняли все этапы операции без перевязки общих сонных артерий, а вторую – крысы, подвергшиеся ОЦИ (группа ИШ) (контроль II уровня); обе группы получали в течение 14 дней физ. раствор в дозе 0,2 мл/сут внутривенно. Крысам опытных групп в течение 14 дней внутривенно вводились изучаемые ЛП: пирacetам (300 мг/кг/сут) (группа П), винпоцетин (4 мг/кг/сут) (группа В) и мелаксен (0,25 мг/кг/сут) (группа М), а затем моделировалась ОЦИ. Биоэлектрическая активность коры и подкорковых структур головного мозга (ГМ) крыс регистрировалась монополярно на 8-канальном электроэнцефалографе-анализаторе ЭЭГА-21/26 «Энцефалан 131-03» до и через 24 часа после моделирования ОЦИ. Для регистрации ЭЭГ за 5 дней до моделирования ОЦИ всем животным в соответствии с атласом стереотаксических координат имплантировали 4 активных электрода: в область соматосенсорной коры и зону СА1 гиппокампа – симметрично справа и слева, а также 1 индифферентный электрод – в лобную пазуху. Были изучены показатели относительных значений мощности (ОЗМ) (%) для дельта-( $\Delta$ -), тета-( $\theta$ -), альфа-( $\alpha$ -) и бета-( $\beta$ -) частотных диапазонов ЭЭГ крыс.

Результаты. Проведенный сравнительный анализ частотно-пространственной организации ЭЭГ-показателей продемонстрировал, как церебральная ишемия отражается на биоэлектрической активности ГМ крыс. В частности, сутки спустя после операции анализ ЭЭГ-показателей ишемизированных животных (группа ИШ) выявил ряд биоэлектрических феноменов, служащих критериями ОЦИ и, в первую очередь, увеличение проявлений межполушарной асимметрии: более выраженное повышение  $\Delta$ -ритма в левом полушарии и его доминирование над основным  $\theta$ -ритмом как в левом, так и в правом полушариях, угнетение доминирующего в норме  $\theta$ -ритма, преимущественно в гиппокампе, уменьшение представительства быстроволновых диапазонов в коре. Все приведенные факты представляют собой маркеры гипоксии и подтверждают развитие ОЦИ через 24 ч после перевязки общих сонных артерий. Кроме того, использование метода количественной фармако-ЭЭГ позволило выявить специфическое влияние применяемых исследуемых ЛП на ЭЭГ-показатели. Самое заметное воздействие на ЭЭГ крыс в условиях нашего эксперимента было присуще пирacetаму. После моделирования ОЦИ он уменьшал представительство  $\Delta$ -активности и способствовал увеличению ОЗМ  $\alpha$ -частотного диапазона во всех регистрируемых отведениях, а также  $\beta$ -частотного диапазона в соматосенсорной коре с обеих сторон, демонстрируя тем самым присущие ему ноотропные свойства. Однако  $\theta$ -ритм во всех отведениях был выражен слабее, чем в группе ИШ. Винпоцетин, согласно полученным нами результатам, в наибольшей степени уменьшал мощность  $\Delta$ -ритма в области гиппокампа и соматосенсорной коры, но способствовал увеличению  $\theta$ -ритма (в норме доминирующего в ЭЭГ крыс) в гиппокампе с обеих сторон. В совокупности распределение частотных диапазонов в ЭЭГ крыс, получавших пирacetам и винпоцетин, соответствует повышению уровня бодрствования, улучшению организации ритмической

активности ГМ животных и согласуется с ЭЭГ-паттерном ноотропных средств. Наконец, мелаксен существенным образом не влиял на ЭЭГ животных, о чем свидетельствовало отсутствие статистически значимых отличий от аналогичных показателей групп контроля. Выводы. Частотно-амплитудные параметры ЭЭГ явились маркерами ОЦИ и информативными показателями для оценки влияния ЛП на функциональное состояние ГМ. Следовательно, возможности фармако-ЭЭГ могут быть использованы в клинической практике при мониторинге эффективности фармакопрофилактики цереброваскулярных заболеваний.

### **Анализ влияния параметров водных секторов при остром коронарном синдроме на риск развития повторного острого коронарного события.**

*Головинова Е.О., Батюшин М.М., Левицкая Е.С., Хрипун А.В., Гульченко В.В.*

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Цель. Изучить влияние параметров водных секторов при остром коронарном синдроме на сердечно-сосудистый прогноз (повторное острое коронарное событие).

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, обследовано 120 пациентов, с диагнозом острый коронарный синдром, средний возраст которых составил 57,8±0,82 лет. У всех пациентов, включенных в исследование, изучалось распределение водных сред организма, среди которых проводился анализ таких показателей, как объем общей воды (ООВ), объем общей жидкости организма (ООЖ), объем внутриклеточной жидкости (Овнут.ж.), объем внеклеточной жидкости (Овенк.ж.). Необходимые данные были получены при использовании биоимпедансометра «Диамант», на четырех этапах исследования (1 период – при первичном контакте с больным, до проведения коронароангиографии, 2 период – после проведения коронароангиографии, 3 период – на следующие сутки после выполнения ЧКВ, 4 период – десятые сутки после выполнения КАГ).

Полученные результаты. По результатам проведенного исследования с помощью нелинейного логистического анализа было установлено, что на риск развития повторного ОКС среди параметров водных сред статистически значимое влияние оказывали ΔОвнут.ж.1 (л) и ΔОвнут.ж.1 (л). В ходе анализа было показано, что высокие ΔОвнут.ж.2 (л) и ΔОвнут.ж.2 (%), также как и в 1-м периоде, сопровождаются повышением риска развития повторного ОКС. Так, по мере нарастания ΔОвнут.ж.2 повышается риск конечной точки, при этом заметное повышение риска наблюдается после 2% прироста. В случае регистрации параметров водных сред в 3-й и 4-й периоды влияния ΔОвнут.ж.2 на риск повторного ОКС показано не было. Другие параметры водных сред также не оказывали статистически значимого влияния на данную конечную точку.

Выводы. В результате проведенного обследования продемонстрировано влияние наличия внутриклеточной гипергидратации, зарегистрированной в период госпитализации и сразу после ЧКВ на риск развития постоперационного острого коронарного события. Помимо этого, снижение ООВ, ООЖ и ΔОвенк.ж. в 4-м периоде по сравнению с 1-м периодом также является фактором риска развития повторного ОКС. Применение всестороннего обследования

пациентов с ОКС, включающее исследование особенностей водного баланса организма позволит стратифицировать риск развития сердечно-сосудистых осложнений и оптимизировать тактику медикаментозного ведения таких больных.

### **Особенности внутрисердечной гемодинамики у больных с метаболическим синдромом по данным эхокардиографии.**

*Горбунова М.Л., Шкарин В.В.*

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

Цель: выявить особенности внутрисердечной гемодинамики у больных с метаболическим синдромом и без него.

Методы. Обследовано 2 группы больных. Первую группу составили 50 человек с метаболическим синдромом. Вторую группу (контрольную) составили 46 человек с избыточным весом (ИМТ 27-29). Средний возраст пациентов 47,2±3 г (от 28 до 62 лет). Среди обследуемых было 36 женщин и 60 мужчин. Всем больным проводилась эхокардиография (ЭхоКГ) с оценкой показателей гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) (кластерным анализом – алгоритм Варда). Оценивали: индекс сферичности (Исф), индекс относительной толщины стенок (ИОТС), коэффициент асимметрии (КА), масса миокарда (ММ), индекс ММ (ИММ), морфофункциональный тип ЛЖ (МФТ), внутримиекардиальное напряжение (Qm). ЭхоКГ проводилась по стандартной методике. Расчет показателей проводился с помощью специально разработанной программы «Сог».

Результаты: в контрольной группе больных отмечался сбалансированный МФТ, пониженные значения ИОТС (что отражает начало перехода ЛЖ в шаровидную форму). В основной группе значения ИОТС еще меньше (тенденция приобретения ЛЖ формы тонкостенного шара), значения КА, ММ и ИММ повышены. Зарегистрирован гипертрофический тип МФТ. Наличие эксцентрической гипертрофии ЛЖ гемодинамически невыгодна и способствует повышению миокардиального стресса. Это подтверждается нашими данными о повышенном уровне Qm в основной группе, что является косвенным показателем повышенной потребности миокарда в кислороде. Таким образом, у больных с метаболическим синдромом гипертрофия ЛЖ начинается по типу эксцентрического ремоделирования, у больных контрольной группы ремоделирование начинается с компенсаторной гипертрофии.

### **Оценка скорости клубочковой фильтрации у больных с острым коронарным синдромом до и после коронарографии и стентирования коронарных артерий.**

*Гульченко В.В., Батюшин М.М., Хрипун А.В., Левицкая Е.С., Головинова Е.О.*

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Цель: провести сравнительную оценку скорости клубочковой фильтрации в группе больных с острым коронарным синдромом, до и после чрезкожного коронарного вмешательства.

Материалы и методы: в исследование были включены 57 пациентов с ОКС, из них 47 пациентов являлись мужчинами, 10 – женщинами, у 46 больных был установлен диагноз НС, у 11 – ИМ с подъемом и без подъема сегмента ST. Все пациенты страдали гипертонической болезнью, у 18 стоял диагноз – сахарный диабет 2 типа, 26 – в анамнезе имели ранее перенесенный инфаркт миокарда. Всем больным в первые сутки от поступления выполнялось ЧКВ с использованием контрастного вещества «Омнипак», в результате выполнялось стентирование инфаркт-клинико-зависимой артерии. В рамках стандартного клинического обследования пациентам определяли уровень креатинина, СКФ до и после процедуры ЧКВ. Полученные результаты: анализ полученных данных проведенного исследования показал, что до коронарографии высокие и оптимальные показатели СКФ (более 90) имели 11 пациентов (19,3%), отмечалось незначительное снижение СКФ (60-89) у 42 пациентов (73,7%), умеренно сниженная СКФ (45-59) у 2 пациентов (3,5%), существенно сниженная СКФ (30-44) у 2 пациентов (3,5%). После коронарографии оценка СКФ показала следующие результаты: высокая и оптимальная СКФ (более 90) у 10 (17,5%) пациентов, незначительно сниженная СКФ (60-89) у 36 пациентов (63,2%), при этом увеличилось количество пациентов с умеренно сниженной СКФ (45-59) – у 8 пациентов (14%) и с существенно сниженной СКФ (30-44) – у 3 пациентов (5,3%). Выводы: анализ полученных результатов указывает на наличие кардио-ренальных взаимоотношений у больных с острым коронарным синдромом. При проведении сравнительной оценки СКФ до и после ЧКВ, у части больных выявлено снижение СКФ после коронарографии и стентирования коронарных артерий, обусловленное введением контрастного вещества, что может приводить к повышению риска развития почечной дисфункции.

### **Динамика показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка при различных вариантах комбинированной терапии у больных артериальной гипертонией и предиабетом.**

*Гутова С.Р., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии, Краснодар*

Цель исследования: изучить динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) и предиабетом при включении в схему лечения метформина.

Материалы и методы исследования. Обследован 41 больной АГ в сочетании с предиабетом (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе или их сочетание), медиана возраста 58,2 (37-75) года. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: 1 группа (n=21) – больные, которые получали периндоприл 5-10 мг, моксонидин 0,2-0,4 мг и индапамид-ретард 1,5 мг в сутки; 2 группа (n=20) – больные, принимавшие периндоприл 5-10 мг, моксонидин 0,2-0,4 мг и метформин 1000 мг в сутки. Всем пациентам исходно и через 24 недели наблюдения проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) с использованием тканевого доплера (аппарат SIEMENS ACUSON X 300) с оценкой основных показателей: конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), масса миокарда (ММ) ЛЖ, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ и относительная толщина стенок (ОТС).

Результаты исследования. До начала исследования показатели ЭХО-КГ в обеих группах достоверно не различались. Через 24 недели терапии в 1-ой группе наблюдалось достоверное ( $p<0,05$ ) уменьшение ТЗСЛЖ на 5,9%, ТМЖП – на 7,3%, ММЛЖ – на 9,3%, ИММЛЖ – на 6,7%. Во 2-ой группе также статистически значимо ( $p<0,05$ ) уменьшились ТЗСЛЖ на 5,7%, ТМЖП – на 7,5%, ММЛЖ – на 11,1%, ИММЛЖ – на 11,3%. При сопоставлении степени уменьшения данных параметров ЭХО-КГ в группах через 24 недели наблюдения оказалось, что включение в состав комбинированной терапии метформина обеспечивало достоверно ( $p<0,05$ ) более выраженное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ в сравнении с альтернативным вариантом лечения. В обеих группах наблюдалось статистически значимое и сопоставимое уменьшение количества больных с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ (в 1 группе – на 37,5%, во 2 группе – на 45%). Геометрия ЛЖ нормализовалась в каждой группе у одного пациента. При оценке диастолической функции на фоне терапии в обеих группах наблюдалось статистически значимое и сопоставимое уменьшение количества больных с нарушением расслабления ЛЖ (в 1 группе – на 29%, во 2 группе – на 24%).

Выводы. Применение комбинированной терапии, включавшей периндоприл, моксонидин, а также индапамид-ретард в первой группе или метформин – во второй группе у пациентов с АГ и предиабетом приводило к статистически значимому уменьшению основных параметров ремоделирования миокарда ЛЖ. Более того, включение метформина в состав комбинированной терапии, обеспечивало не только сопоставимый с диуретиком антиремоделирующий эффект, но имело некоторое преимущество, а также сопровождалось улучшением гликемического профиля (в 1 группе у 57% пациентов нормализовался гликемический профиль, во 2 группе – у 71% больных). Можно предполагать, что применение метформина в составе комбинированной терапии у пациентов с АГ в сочетании с предиабетом будет обеспечивать не только антиремоделирующий эффект, но и способствовать снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

### **Измерение центрального артериального давления: простое решение сложной проблемы.**

*Дегтярёв В.А.*

*Новые восточно-европейские технологии, Москва*

Состояние вопроса. Для определения центрального артериального давления (ЦАД) большинство авторов измеряют артериальное давление (АД) аускультативным методом (АМ) на артериях руки, регистрируют пульсации лучевой или плечевой артерии, выполняют ряд графических построений и математических расчетов. Реже регистрируют пульсации сонных артерий. При этом делается допущение, что определенное таким образом АД равняется ЦАД. Цель исследования: разработка прямого неинвазивного метода измерения ЦАД, отличающегося высокой точностью, доступного врачам и персоналу со средним медицинским образованием, работающим в медицинских учреждениях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. В процессе многоцентровых исследований измерялось АД методами объёмной компрессионной осциллометрии (ОКО) и аускультативным (АМ). При подаче давления в манжету последовательно подавлялись пульсации метартериол, артериол и концевых артерий. По освобождённой от наложения пульсаций мелких

артерий плечевой артерии по ОКО регистрировалось диастолическое (АДд), среднее (АДср) и систолическое АД (АДс). Так как плечевая артерия является вынесенной наружу ветвью аорты, то давление, измеренное в ней по ОКО, может рассматриваться как ЦАД. Разница, по данным Шмидта и Тевса, не превышает 5 мм рт.ст., по данным Теренса Мартина – 1 мм рт.ст.

Результаты. Обследованы 398 человек: 175 с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ), средний возраст 64,6 лет; 223 – с гипертонической болезнью (ГБ), средний возраст 53,1 лет. Средние величины систолического ЦАД (ЦАДс) у больных ИСАГ 1, 2, 3-й степеней при регистрации с плечевой артерии методом ОКО равнялись 115, 121, 133 мм рт.ст. соответственно. При определении по АМ – соответственно 149, 168, 192 мм рт.ст. Средние величины ЦАДс у больных ГБ 1, 2, 3-й степеней при регистрации с плечевой артерии методом ОКО равнялись 125, 139, 155 мм рт.ст.; при определении по АМ – 147, 170, 192 мм рт.ст. соответственно. Во всех случаях достоверность различий была  $p < 0,001$ .

Обсуждение. Большие ошибки в измерении ЦАД по АМ объясняются тем, что этот метод по многим причинам не может использоваться для измерения АД, в том числе потому, что звучание артерии измеряется не в миллиметрах ртутного столба, а в децибелах. Будучи безразмерной величиной, они используются на транспорте и на производстве для определения громкости звуков.

Выводы 1 Разработан прямой неинвазивный метод измерения ЦАД, отличающийся высокой точностью и доступный врачам и персоналу со средним медицинским образованием, работающим в медицинских учреждениях первичного звена здравоохранения. 2. Рекомендации для определения ЦАД с использованием АМ для измерения АД в артериях предплечья и плеча следует считать ошибочными.

### **Структурно-функциональное состояние почек и функция эндотелия у больных артериальной гипертензией в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2 типа.**

*Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.*

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград*

Цель: оценить параметры структурно-функционального состояния почек во взаимосвязи с функцией эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Включено 351 больной с АГ II-III стадий 40-70 лет с недостижимыми целевыми значениями артериального давления (АД). Пациенты были разделены на четыре группы, сопоставимые по основным клинико-демографическим характеристикам: возрасту, полу, частоте встречаемости курения, длительности АГ, уровню офисного систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний: ожирения, МС, СД 2 типа. Проводили клиническое обследование с анализом состава тела, определяли структурные и функциональные параметры почек, функциональное состояние эндотелия. Для статистического анализа результатов использовали пакет встроенных функций программы Microsoft Excel 2010 и программы STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc.). Проведение клинического исследования одобрено Региональным

Этическим комитетом – протокол одобрения № 192 – 2014 от 11.03.2014 г.

Результаты. Выявлены закономерные особенности изменений структурно-функциональных параметров почек у больных «изолированной» АГ и у лиц, с АГ в сочетании с коморбидной патологией в виде статистически значимого увеличения ширины, толщины почек, процента больных с неровным контуром почек, нарушения структуры и изменения экзогенности паренхимы, снижения канальцевой и клубочковой функций почек при добавлении к АГ дополнительных факторов риска в виде ожирения, МС, СД 2 типа. Нарастание структурных изменений почек происходит параллельно с нарушением канальцевой и клубочковой функции почек при присоединении к АГ ожирения, компонентов МС, СД 2 типа. Достоверный рост числа больных с преобладанием парадоксальной реакции на окклюзионную пробу среди лиц с АГ и СД 2 типа по сравнению с лицами с АГ без коморбидной патологии подтверждает прогрессирование эндотелиальной дисфункции по мере присоединения ожирения, компонентов МС и СД 2 типа.

Заключение. Обнаруженные достоверные корреляционные взаимосвязи между структурно-функциональным состоянием почек и эндотелиальной дисфункцией (между эндотелином-1 и шириной почки ( $r=0,526$ ), неровным контуром ( $r=0,368$ ), протеинурией ( $r=0,321$ ), а также между оксидом азота в моче и скоростью клубочковой фильтрации ( $r=-0,295$ ), объемом ( $r=0,321$ ) и структурой паренхимы ( $r=0,383$ )) подтверждают прогрессирование поражения почек и эндотелия при присоединении к АГ ожирения, МС, СД 2 типа.

### **Анализ пятилетней выживаемости пациентов и влияния коморбидных состояний на развитие смертельных исходов от хронической сердечной недостаточности.**

*Джериева И.С., Зибарев А.Л., Шкурина А.В., Сотникова М.А., Борисова В.С.*

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

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это одно из наиболее неблагоприятных, прогрессирующих сердечно-сосудистых заболеваний. По последним данным, в России число пациентов с ХСН за последние 16 лет возросло вдвое, а ее распространенность составила 7-10% населения. Сейчас, благодаря новым подходам к лечению ХСН, удалось увеличить продолжительность жизни таких пациентов, однако, по сравнению с другими странами, уровень смертности остается высоким и составляет 6%, то есть каждый год от ХСН умирает порядка пятисот тысяч человек.

Цель исследования: выявить наиболее неблагоприятное коморбидное состояние у пациентов с ХСН и его влияние на пятилетнюю выживаемость.

Задачи исследования: проследить динамику ХСН у пациентов с разной сопутствующей патологией в течение пятилетнего наблюдения.

Материалы и методы исследования:  $n = 143$ , из них 73 женщины и 70 мужчин в возрасте от 47 до 92 лет, средний возраст  $73,2 \pm 11,8$  года. База исследования: МБУЗ ГБ №4 г. Ростова-на-Дону. Временной интервал: сентябрь 2010 года – март 2016 года. Исследование построено по принципу регистра, учитывающего регулярность наблюдения в поликлинике, частоту вызовов скорой помощи, количество повторных госпитализаций, приверженность пациента к терапии и факт

смерти пациента. Этапы: 1) Отбор пациентов с симптомами острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН); 2) Внесение пациентов в регистр; 3) Осуществление телефонных контактов с пациентами каждые три месяца; 4) Анализ полученных результатов. Результаты исследования: отобрано 143 пациента с симптомами ОДСН. В регистр не вошли 45 человек, по различным причинам, не связанным со здоровьем. Под наблюдением находилось 98 человек. На старте исследования ХСН II ФК встречалась у 18,4% исследуемых; ХСН III ФК-69,3%; ХСН IV ФК-2,3%, причем гендерных различий в распределении ФК обнаружено не было. На пятый год соотношение ФК несколько изменилось: число больных с ХСН II ФК уменьшилось на треть, а с ХСН IV ФК возросло в 1,5 раза. ХСН III ФК остается по-прежнему преобладающим. За 5 лет уровень летальности составил 88%. Максимально уязвимым периодом для пациентов оказался первый год после первого эпизода обострения ХСН – умерло 41,4 % исследуемых, причем более чем у 25% отмечалось наличие анемического синдрома, а пятилетняя выживаемость пациентов с анемией составила всего 5%. ИБС и АГ наблюдались у подавляющего большинства мужчин и женщин – в 86% случаев, причем смертность оказалась выше у пациентов, имеющих нарушение сердечного ритма. Чаще всего ХСН сопутствовали СД 2 типа и ожирение алиментарно-конституционального генеза – у 23,5%. Однако, следует отметить, что к 5 году исследования у пациентов, страдающих СД 2 типа, возрос уровень инвалидизации, что значительно ухудшило качество жизни, хотя выживаемость среди них была выше, чем при других заболеваниях, и составила 17,4%. ХОБЛ и ХБП встречались значительно реже – у 8,2 и 9,2 % пациентов соответственно, а выжило из них 12,5% и 11%.

Выводы: 1. Выживаемость пациентов за пять лет составила 12%. 2. Наличие анемии – главный фактор, определяющий низкую выживаемость пациентов с ХСН. 3. ИБС и АГ являются ведущей причиной развития ХСН. 4. Среди пациентов с ХСН 71,6% имеют III-IV ФК.

## **Динамика показателей смертности в городе Таганроге за первые семь месяцев в 2017 году**

*Евдокимова А.В., Дудник А.Б.*

*Первая городская больница, Городская поликлиника №1, Таганрог*

Для решения актуальной задачи по снижению смертности населения России Минздравом РФ был принят комплекс мер, направленных на выявление и использование скрытого резерва повышения качества медицинской помощи. Внедрены клинические рекомендации и критерии качества медицинской помощи, введен ежемесячный мониторинг хода реализации региональных планов мероприятий по снижению смертности от основных причин (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, дорожно-транспортные происшествия, болезни органов пищеварения и дыхания, младенческая смертность). Осуществляется еженедельный мониторинг числа смертей и вызовов скорой помощи на каждом участке.

Цель работы – оценить тенденции по динамике смертности в г. Таганроге, проявившиеся за первые 7 месяцев 2017 г.

Число умерших в г. Таганроге в январе-июле 2017 г. составило 2313, что на 119 человек меньше, чем за аналогичный период 2016 г. Показатель общей смертности составил 15,8 на 1000 населения, что на 3,8% выше целевого уровня (15,2 на 1000 населения). Среди всех умерших 82,5% составили граждане пожилого и старческого возраста, что соответствует динамике демографических показателей по России. Средний возраст

наступления смерти у мужчин в г. Таганроге составил 66,6 лет, у женщин 76,0 лет. Смертность населения трудоспособного возраста также снизилась в 2017 г. на 7,9% по сравнению с тем же периодом 2016 г. и составила 461,1 на 100 тыс. населения, что на 12,4% выше целевого показателя смертности для этой категории населения. Первое место среди причин смерти в г. Таганроге за 7 месяцев 2017 г. занимали болезни системы кровообращения (44,9%), второе – старость (20,4%), третье – новообразования (16,1%), четвертое – травмы, отравления и другие последствия внешних причин (3,9%). Надо отметить, что в целом по России в 2016 г. болезни системы кровообращения стали причиной смерти в 47,4% случаев, новообразования – в 15,6%, что сопоставимо с показателями г. Таганрога, а внешние причины – в 8,1% случаев, что в 2 раза выше, чем в г. Таганроге. По итогам 7 месяцев текущего года ряд показателей смертности ниже целевых, установленных «дорожной картой», в том числе: младенческая смертность ниже на 41,1%, смертность детей в возрасте от 0 до 4-х лет – на 57,8%, смертность детей в возрасте 0-17 лет – на 34,2%, смертность от дорожно-транспортных происшествий – на 31,7%, смертность от болезней органов дыхания – на 34,6%, смертность от болезней системы кровообращения – на 5,7%. Случаев материнской смертности в 2017 г. не было. Однако смертность от новообразований остается выше уровня целевого показателя на 25,3% (253,2 на 100 тыс. населения). Сохраняется высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями – 482,4 на 100 тыс. населения. Удельный вес пациентов с IV клинической группой в общем числе больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования в текущем году составляет 20,1%. На первом месте среди причин запущенности злокачественных новообразований – несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью (57,5%), на втором – скрытое течение болезни (25,9%). Смертность от болезней органов пищеварения выше планируемого показателя на 51,6% (85,9 на 100 тыс. населения). В структуре смертности 36,5% случаев составляют болезни печени, в том числе цирроз, по 16,7% – язвенная болезнь органов желудочно-кишечного тракта и болезни поджелудочной железы. В большинстве случаев заболевания протекали на фоне алкоголизма. Выше планируемого показателя на 16,3% заболеваемость туберкулезом (41,6 на 100 тыс. населения). По данным Таганрогского филиала ГБУ РО «Противотуберкулезный клинический диспансер», у 8 из 61 заболевшего туберкулезом отмечается форма заболевания с множественной лекарственной устойчивостью, 8 больных активным туберкулезом прибыли из учреждений системы ФСИН. Таким образом, реализация мер, направленных на снижение смертности населения города Таганрога дает положительные результаты. По итогам 7 месяцев отмечается уменьшение количества умерших, достижение целевых показателей смертности от болезней системы кровообращения, органов дыхания, внешних причин, младенческой и детской смертности. Необходимо продолжать работу, направленную на снижение общей смертности, в том числе в трудоспособном возрасте, от онкологии, от болезней органов пищеварения, туберкулеза.

## **Ревматоидный артрит и коморбидность.**

*Елисева Л.Н., Бледнова А.Ю., Бочарникова М.И., Семенова В.А., Мاستерицин Н.К.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 1 имени С. В. Очаповского, Краснодар*

В последние годы внимание терапевтического общества привлекают проблемы особенностей лечения различных заболеваний в

условиях из сочетанного развития у одного пациента и возможного взаимодействия и взаимовлияния на различных этапах стандартной терапии. Особые сложности представляют ревматические заболевания, среди которых ревматоидный артрит занимает ведущее место. Внимание к ревматоидному артриту обусловлено патогенетическими влияниями самого заболевания на формирование артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, нарушений объема движений с формированием вторичного остеоартрита, прогрессирующим развитием остеопороза. Дополнительные проблемы вызывают и неизбежно используемые лекарственные препараты (нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды, цитостатики), имеющие ожидаемые побочные эффекты и способные усиливать проявления коморбидных состояний.

Цель исследования: анализ частоты и спектра коморбидных состояний у пациентов с ревматоидным артритом. Проанализированы истории болезней 215 пациентов ревматологического центра ГБУЗ НИИ-ККБ №1, страдающих ревматоидным артритом (РА). В качестве коморбидных состояний наиболее часто регистрировались: артериальная гипертензия (61,86%), ожирение (13,02%), нарушение углеводного обмена и сахарный диабет 2 типа (16,74%), остеоартрит (44,65%), денситометрически подтвержденный остеопороз (17,64%), дефицит витамина D (35,81%), язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (27,91%). В целом выявлено наличие от 2 до 9 коморбидных состояний, которые отмечены в диагнозе выписного эпикриза. Обращает на себя внимание, что нарушения углеводного обмена и ожирение ассоциированы в основном, с применением глюкокортикостероидов при длительно сохраняющейся высокой активностью РА и плохой переносимостью традиционной базисной терапии метотрексатом и лефлюномидом. Артериальная гипертензия в половине случаев развивалась до формирования клинически значимых проявлений РА, в остальных случаях отмечается зависимость тяжести гипертензии от активности ревматоидного артрита и суммарными дозами применяемых НПВС и цитостатиков. Определенные трудности в лечении составляют пациенты, имеющие остеоартрит (чаще коленных и тазобедренных суставов), прогрессирующее которого ассоциировано с положительным эффектом адекватной традиционной базисной терапии метотрексатом. Мы наблюдали 18 больных с вторичным гонартрозом 2-3 стадии на фоне медикаментозной ремиссии РА. Проблемы лечения вторичного остеоартрита на фоне РА связаны с ограниченной доказательной базой в отношении эффективности применения хондропротекторов. Также отмечается низкая приверженность пациентов к применению пероральных форм хондропротекторов в связи с высокой нагрузкой и длительным использованием постоянной медикаментозной терапии РА. В связи с вышеизложенным, для коррекции функциональных нарушений и болевых ощущений всем пациентам была предложена курсовая комбинированная терапия препаратом алфлутоп с введением препарата внутрисуставно 1 мл 1 раз в 3-4 дня №5 в один сустав и в свободные от внутрисуставного введения дни внутримышечное введение 1мл препарата №15. Длительность наблюдения после проведенного курса терапии составила 6 месяцев. Установлено отсутствие отрицательного влияния на активность РА. Определена высокая приверженность пациентов к применению алфлутопа в комбинированном режиме. Положительный эффект отметили все включенные в исследование больные. Выраженность болевого синдрома в коленных суставах снизилась в целом на 2,25 см (от 2,0 до 3,8 см), увеличилась продолжительность безболевого ходьбы на 258 метров, практически исчезли боли в покое. Побочных и нежелательных явлений не определялось. Улучшение функциональных возможностей

в суставах, подвергнутых терапии сохранялось на протяжении всего периода наблюдений. Потребности в изменении режима лечения ревматоидного артрита не отмечено. Наше наблюдение позволяет обратить внимание на возможность коррекции коморбидного вторичного остеоартрита у пациентов с ревматоидным артритом достигших медикаментозной ремиссии с применением комплексного препарата алфлутопа в режиме комбинированной терапии.

## **Дополнительные эффекты пищевых добавок в коррекции диетических ограничений при лечении ожирения.**

*Елисеева Л.Н., Ждамарова О.И., Бабенко С.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Коррекция ожирения остается одной из сложных для разрешения проблем. При этом наряду с необходимостью изменения пищевого режима, возникают проблемы нарушения привычных вкусовых ощущений и снижения объема применяемой пищи. Вместе с тем комплекс возможных осложнений, включающих прогрессирование артериальной гипертензии, формирование нарушений углеводного обмена, ускоренное развитие дегенеративных изменений в суставах нижних конечностей, дислипидемия - определяют актуальность разработки различных подходов, позволяющих облегчить соблюдение пищевых ограничений, необходимых для снижения калорийности пищи в процессе лечения ожирения. В указанном аспекте определен положительный эффект можно ожидать от применения пищевых добавок.

Целью нашего исследования стал контроль за возможными дополнительными эффектами использования диетических добавок «Мукофальк» и «Наш лецитин слим» в соблюдении диетических ограничений в процессе лечения ожирения.

В исследовании включены 50 пациентов с ожирением 2 степени на фоне гипертонической болезни 2 стадии. 1-я группа из 25 пациентов дополнительно к рекомендованной диете принимала мукофальк по 1 пакетик x 3 раза в день во время еды в виде геля предварительно залив 150 мл воды. 2-я группа – 25 человек принимали «Наш лецитин слим» 1 капсуле x 3 раза в день. 20 человек с аналогичными признаками ожирения составили группу контроля, выполняли только ограничения калорийности пищи без применения дополнительных пищевых добавок. Состав «Наш лецитин слим» включает концентрат фосфолипидов подсолнечника, L-карнитин, бромелайн, экстракт гарцинии камбоджийской, силимарин, МКЦ, Е470. «Мукофальк» представлен оболочкой семени подорожника, выполняющей функции поставки дополнительных пищевых волокон, коррекции кинетики кишечника и собственной микрофлоры. Анализировали переносимость пищевых добавок, субъективные ощущения при соблюдении рекомендованной низкокалорийной диеты, комплаентность к выполнению рекомендаций, эффективность снижения веса, развитие побочных и нежелательных явлений. Установлено, что в 1 и 2 группах сохранялась высокая приверженность к выполнению диетических ограничений соответственно 20 (89%) и 18 (72%) пациентов (1 и 2 групп) закончили исследование в рекомендованном режиме. В группе контроля только 8 пациентов (40%) смогли удержаться в режиме предложенного диетического ограничения. Пациенты, получающие мукофальк в качестве дополнительного эффекта, отметили коррекцию вкусовых ощущений



при потребности в сладком. Среди респондентов, принимавших «Наш лецитин слим», выявлены дополнительные эффекты уменьшения ультразвуковых проявлений жирового гепатоза. Пациенты, принимающие пищевые добавки, достигали большего снижения веса (5 и 4 кг соответственно в 1 и 2 группах, против 2,5 кг в контрольной группе), чем пациенты, соблюдающие только диетические ограничения. Проведенный нами анализ выявил следующие проблемы в соблюдении диетических рекомендаций в процессе лечения ожирения: пациенты не готовы ограничивать привычную массу пищи, не представляют, как использовать освободившееся время от приготовления пищи и ритуала длительного пребывания за столом с семьей и друзьями, многими диетами не корректируется потребность в ощущении сладкого вкуса. По нашему мнению, использование дополнительных свойств пищевых добавок, позволяющих наряду с психологической поддержкой увеличить объем пищевых волокон, корректировать вкусовые пристрастия к сладкому, позволяющие использовать лецитин в коррекции жирового гепатоза увеличивают приверженность пациентов с ожирением к соблюдению пищевых ограничений, выработке нового стереотипа питания и соблюдения рационального пищевого режима.

### **Особенности липидного обмена при акромегалии.**

*Завьялова Ю.В., Боровков Н.Н., Занозина О.В.*

*Нижегородская государственная медицинская академия,  
Нижний Новгород*

Цель работы: проанализировать показатели липидного профиля и толщины комплекса интима-медиа у пациентов с акромегалией в зависимости от активности и длительности заболевания, уточнить их роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений.

Методы и материалы. Обследованы 46 пациентов (21 мужчина и 25 женщин) с диагнозом акромегалия в активной фазе. Возраст больных колебался от 29 до 68 лет, средний возраст – 58,7 лет. По данным анамнеза длительность акромегалии составляла от 5 до 20 лет, средняя длительность – 8,6 лет. Для подтверждения диагноза акромегалия пациентам проводилось МРТ гипофиза, определяли уровни СТГ и ИФР-I. Активность процесса характеризовалась симптомами, согласно критериям, установленным в 2010 г. на основании консенсуса (Giustina et al). У всех пациентов с акромегалией определялись повышенные уровни соматотропного гормона и инсулиноподобного фактора роста 1. Содержание СТГ колебалось от 4,1 до 87,9 (средний уровень 9,9±2,2), уровень ИФР-1 составлял от 320 до 1600 (средний – 812,9±256,7). Группу сравнения составили 59 пациентов, из них 34 с эссенциальной гипертензией и 25 пациентов без акромегалии и с нормальными показателями артериального давления. Все группы пациентов были сопоставимы по возрасту и полу. Пациенты с эссенциальной гипертензией были сопоставимы по возрасту и степени АГ с группой пациентов с акромегалией. Всем пациентам определяли содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности. Определение данных показателей проводилось прямым количественным энзиматическим калориметрическим методом с использованием реактивов фирмы Roche. Всем обследованным была оценена толщина комплекса интима-медиа.

Всем больным выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью портативного автоматического монитора BPLab, ООО «Петр Телегин», г. Н. Новгород (Россия). Всем пациентам была выполнена эходоплерокардиография трансмитрального и трикуспидального диастолических потоков на аппаратах ALOKA-SSD-4000 ProSound (Япония) ультразвуковым секторальным датчиком 3,5 МГц в М-модальном и двухмерном режимах в стандартных ЭхоКГ-позициях. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования выявлено, что основные параметры липидного обмена у больных акромегалией не зависят от наличия артериальной гипертензии, практически не отличались от аналогичных показателей у пациентов с эссенциальной гипертензией, за исключением ХС ЛПОНП, которые у больных акромегалией статистически значимо были выше. При анализе корреляционных связей получена зависимость уровня триглицеридов от длительности акромегалии ( $p=0,001$ ). Выявленные связи между различными фракциями липидов крови и показателями СМАД как в дневные, так и в ночные часы, а также достоверные связи с морфо-функциональными параметрами миокарда, позволяют сделать вывод о том, что нарушение липидного обмена имеет определенную роль в повышении риска сердечно-сосудистых осложнений у больных акромегалией. Результаты транскраниальной доплерографии с дуплексным сканированием сосудов шеи показали, что у пациентов с акромегалией и артериальной гипертензией величина комплекса интима-медиа достоверно больше, чем во всех остальных группах. При анализе корреляционных взаимоотношений выявлена зависимость величины интима-медиа от уровня гормона роста ( $p=0,0005$ ).

Выводы: 1. Для больных акромегалией характерно наличие дислипидотеидемии в виде преобладания уровня липопротеидов очень низкой плотности. 2. Уровень триглицеридов у данных пациентов напрямую зависит от длительности акромегалии. 3. Толщина комплекса интима-медиа у пациентов с акромегалией выше по сравнению с группами контроля и зависит от активности заболевания. 4. Особенности липидного обмена, которые зависят от длительности и активности акромегалии, вносят определенный вклад в повышении риска сердечно-сосудистых осложнений у данных пациентов.

### **Острый инфаркт миокарда: основные факторы риска и клиническая картина.**

*Заковряшина И.Н., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Гридасова Р.А.,  
Согакова Г.А., Самакаев А.С.*

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

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает первое место в структуре смертности населения в большинстве развитых стран мира. В Российской Федерации, по данным официальной статистики, на долю ИБС приходится 29,1% всех случаев смерти. Инфаркт миокарда (ИМ), являясь одним из самых тяжелых и драматических осложнений ИБС, значительно ухудшает прогноз жизни больных. По данным различных авторов от 5-18% больных умирает в острой стадии этого заболевания.

Цели исследования: оценить распространенность основных модифицируемых факторов риска (ФР) у пациентов с ОИМ, частоту выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Статистическая обработка проводилась при помощи прикладного

пакета программ Statistica 10.0. Для количественных показателей рассчитывалось среднее арифметическое значение и стандартное отклонение. Числовые значения представлены в форме среднего значения  $\pm$  стандартная ошибка средней ( $M \pm m$ ). Для оценки непараметрических показателей между группами использовался критерий Манна-Уитни. Оценка взаимосвязи между показателями проводилась с помощью линейного регрессионного анализа по Пирсону. Достоверным считались различия средних величин и корреляционные связи при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Материалы и методы. На данном этапе включено 69 человек. Мужчин 56 человек (81%), женщин – 13 (19%). Средний возраст пациентов  $60 \pm 1,7$  лет [ $p = 0,41$ , ДИ 95% 2,97 – 9,40]. Критерии включения: Экстренная госпитализация с ОИМ, предварительный диагноз ОИМ, подтвердившийся в течение 24 часов с момента поступления, а также пациенты с ОИМ, скончавшиеся в больнице; возраст 35-70 лет, мужчины и женщины. Критерии исключения: Участие в клинических испытаниях на момент включения в исследование; ИМ, развившийся в больнице после хирургического/интервенционного вмешательства.

Результаты исследования: Большинство пациентов были старше 60 лет, 33 человека являлись пенсионерами по возрасту (54%), остальные 27 были работающими гражданами (44%). Возраст среди работающих людей и не работающих не различался. По данным анамнеза, ИБС имели 60% обследованных, 50% имели сопутствующую АГ. Необходимую лекарственную терапию принимали только 40% больных (иаПФ, антиагреганты,  $\beta$ -блокаторы, статины), что свидетельствует об исходно низкой приверженности лечению. В группе с низкой комплаентностью больных статистически значимо больше мужчин, неженатых и незамужних пациентов. 40% обследованных имели сахарный диабет. Из них 83% получали сахароснижающую терапию, 17% корректировали уровень глюкозы диетой. Стоит заметить, что среди опрошенных 80% курили на момент опроса или в прошлом. Средний возраст начала курения составил  $18,3 \pm 2,1$  лет. В настоящее время только 30% курильщиков готовы отказаться от этой пагубной привычки. Ожирение выявлено у 30% пациентов (средний ИМТ составил  $33 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup>). По данным липидограммы 60% пациентов имели дислипидотемию (ДЛП): уровень холестерина  $5,8 \pm 2,1$  ммоль/л и ЛПНП  $2,78 \pm 1,42$  ммоль/л. Системный тромболитизис (СТ) проводился бригадой скорой помощи у 6,5% больных (считая одного умершего). У 70% пациентов при поступлении зафиксированы цифры АД  $> 140/90$  мм рт. ст., а также повышение кардиоспецифичных ферментов (тропонин I, КФК, КФК – МВ). В течение часа с момента поступления 60% пациентов было проведено ЧКВ – коронароангиография (КАГ), стентирование. Поражение ствола ЛКА и ПКА отмечалось в 60% случаев, ЛКА в 30%, ПКА в 10%. Всем пациентам было произведено стентирование необходимых сосудов, использовались стенты с лекарственным покрытием. После процедуры пациенты отмечали улучшение состояния в виде купирования болевого синдрома, в связи с чем сроки госпитализации сокращались. За время госпитализации у 5% пациентов был летальный исход, ЧКВ им не проводилось.

Выводы. В группе больных, перенесших острый коронарный синдром, распространенность модифицируемых факторов риска ИБС высока. Такие факторы, как повышенный уровень ОХС и ЖСЛНП, артериальная гипертония, нарушение углеводного обмена и абдоминальное ожирение встречаются у 60%, 50%, 40% и 30% пациентов соответственно. Курят 80% пациентов, среди которых статистически значимо больше мужчин. При работе с пациентами после перенесенного ОИМ для прогнозирования плохой приверженности, а, следовательно, и невысокого результата проводимой терапии важно учитывать такие факторы как мужской пол, семейное положение (особенно для мужчин), курение. Проведение ЧКВ статистически значимо снижает сроки госпитализации пациентов.

## Роль патологии соединительно-тканного матрикса в развитии нейроциркуляторной дистонии.

Захарьян Е.А.

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

Нейроциркуляторная дистония (НЦД), которой страдают 12-35% населения, – одно из наиболее распространенных функциональных заболеваний сердца, при котором практически отсутствует органический субстрат болезни. Данная патология проявляется в виде разнообразных форм, характеризующихся сочетанием многочисленных субъективных жалоб и клинических проявлений. В настоящее время большинство исследователей рассматривают НЦД как полиэтиологическое заболевание, в формировании которого принимают участие генетические и приобретенные факторы, имеющие как предрасполагающее, так и пусковое значение. Среди них: хронические и острые психогенные перегрузки, физическое перенапряжение, техногенные факторы современных коммуникационных систем, хронические и острые инфекции, сенсбилизация и др. Существенный вклад в формирование НЦД вносит нейроэндокринный дисбаланс в периоды гормональной перестройки (пубертатный период, беременность) и наследственно-конституциональный фактор. При изучении вопросов этиологии и патогенеза НЦД становится очевидным наличие полиэтиологичности и мультифакторности механизмов развития болезни. Мы не исключаем, что для НЦД характерен единый патогенез развития, связанный с изменением функциональных свойств соединительно-тканного матрикса (СТМ), при развитии клинически значимой дисфункции одного или нескольких внутренних органов. Выделение в качестве патоморфологического субстрата НЦД изменений свойств СТМ позволяет характеризовать данную патологию как результат накопления экзо- и эндопатогенов в матриксе при вторичном усилении действия различных биологических активных веществ, сопровождающих реализацию в организме психоэмоциональных, физических, микробных, токсических и прочих воздействий и полагать наличие особенностей соединительной ткани органическим базисом патологии. Такой подход к оценке роли СТМ в развитии патологического процесса позволяет объяснить прослеживаемую в литературе устойчивую общность заболеваний, обусловленных поражением соединительной ткани и обозначенных как «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ).

Целью данного исследования явилось исследование роли структурных нарушений в соединительно-тканном матриксе (СТМ) организма как локусе первичных нейрососудистых и нейроэндокринных взаимодействий.

Нами обследовано 211 больных с целью выявления признаков ДСТ и вегетативных дисфункций. Склонность к вегето-сосудистым нарушениям отмечена у 64 больных (30,3%). У 44 больных (20,9%) выявлена артериальная гипотония. Наличие кардио-респираторных синдромов, исходная детренированность сердечно-сосудистой системы, а также дыхательной и опорно-двигательной, лабильность вегетативной нервной системы лежат в основе формирования астенического синдрома, встречающегося у абсолютного большинства пациентов с ДСТ. Наличие астении часто сочеталось с такими диспластикоэрозивными косметическими синдромами, как короткая шея у 6 человек (2,8%), искривление носовой перегородки у 17 (8,1%), миопия у 25 (11,8%),

близко расположенные глаза у 15 (7,1%), высокое «готическое» нёбо у 19 (9,0%), нарушение прикуса и роста зубов у 108 (51,1%), низкое расположение ушных раковин у 9 (4,3%), приросшие мочки у 40 (19,0%), очень маленькие ушные раковины у 11 (5,2%), лопухость у 32 (15,2%), диагональная бороздка на мочках у 14 (6,6%), клинодактилия у 41 (19,4%), арахнодактилия у 21 (10%), нарушения осанки у 58 (27,5%), «сандалевидная щель» у 32 (15,2 %), деформация грудной клетки у 15 (7,1%). Данные обстоятельства формируют психологические особенности больных с ДСТ: сниженное настроение, потеря ощущения удовольствия и интереса к деятельности, эмоциональная лабильность, пессимистическая оценка будущего, нередко с идеями самобичевания и суицидальными мыслями, депрессивность, алекситимия, повышенная тревожность. Закономерным следствием психологического дистресса является ограничение социальной активности, ухудшение качества жизни и значительное снижение социальной адаптации. Возможно дальнейшее познание и раскрытие механизмов заболевания с учетом врожденных особенностей, в частности, диспластикозависимых, позволяя усовершенствовать профилактику и повысить эффективность лечебных подходов при данной патологии.

### **Два варианта урежения ритма сердца при лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.**

*Канорский С.Г., Борисенко Ю.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Цель исследования – сравнение эффективности бисопролола и ивабрадина при длительном лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

В исследовании участвовали 126 больных в возрасте от 51 до 70 лет с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ II-III функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии и ишемической болезни сердца со стенокардией напряжения I-II функциональных классов. После рандомизации лечение артериальной гипертензии проводили, переводя всех пациентов на прием фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин, титруя дозу для достижения офисного артериального давления ниже 140 и 90 мм рт.ст. Одновременно назначали один из вариантов терапии, урежающей частоту синусового ритма: бисопролол с титрованием дозы от 1,25 до 10 мг 1 раз в сутки (n=62) или ивабрадин – от 2,5 до 7,5 мг 2 раза в сутки (n=64) до достижения частоты сердечных сокращений в покое 55-60 ударов/минуту. Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 месяцев подобранной терапии, кроме общеклинического исследования включало: электрокардиографию в 12 отведениях; тест 6-минутной ходьбы; тредмил-тест в соответствии с модифицированным протоколом Bruce; оценку клинического состояния по шкале ШОКС в модификации В.Ю. Мареева, оценку качества жизни с использованием Миннесотского опросника; определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), эхокардиографию (в M- и V-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию). В обеих группах удавалось обеспечивать желаемое урежение частоты сердечных сокращений под действием

средней дозы бисопролола 6,3±3,4 мг/сутки, ивабрадина – 10,5±5,6 мг/сутки. Для достижения целевого уровня артериального давления в большинстве случаев применяли периндоприл/амлодипин в начальной дозе 5/5 мг/сутки (66,1 и 57,8 % случаев в группах бисопролола и ивабрадина соответственно; p>0,05). Периндоприл/амлодипин в дозах 10/5, 5/10 и 10/10 мг использовали 12,9 и 14,1%, 8,1 и 10,9%, 12,9 и 17,2% больных в комбинации с бисопрололом или ивабрадином соответственно (p>0,05 для всех сравнений между группами). Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой, и толерантность к физической нагрузке существенно увеличивались только при лечении ивабрадином (с 355,8±27,6 до 432,7±41,2 м; p<0,01). Также только в группе ивабрадина повышалось качество жизни пациентов (с 33,8±6,5 до 27,9±4,8 баллов; p<0,01), снижались уровень NT-proBNP (с 460,4±40,7 до 438,6±33,5 пг/мл; p=0,03) и индекс объема левого предсердия (с 39,0±8,7 до 35,8±7,3; p=0,04). В обеих группах при длительной терапии происходило увеличение ФВ ЛЖ и значительное уменьшение его гипертрофии. При этом важнейшие показатели диастолической функции ЛЖ (максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу и отношение максимальная скорость раннего диастолического наполнения/максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу) улучшались только в группе ивабрадина. Таким образом, комплексное лечение больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ на фоне гипертонической болезни и ишемической болезни сердца с применением ивабрадина, но не бисопролола, существенно повышает толерантность к физической нагрузке и качество жизни пациентов. В отличие от бисопролола ивабрадин улучшает эхокардиографические показатели активного расслабления и податливости ЛЖ у данного контингента больных, что может быть связано с его плейотропными эффектами.

### **Блокаторы кальциевых каналов в лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью.**

*Канорский С.Г., Середа А.Ф.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Цель исследования – сравнение эффективности лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у пациентов с гипертонической болезнью верапамилом или амлодипином. В исследовании участвовали 167 больных в возрасте от 48 до 70 лет с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ II/III функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии. Лечение артериальной гипертензии проводили, переводя больных на прием периндоприла, титруя дозу от 2,5 до 10 мг 1 раз в сутки с добавлением к нему после рандомизации верапамила SR в дозе 120-240 мг 1 раз в сутки (n=85) или амлодипина в дозе 2,5-10 мг (n=82) до достижения офисного артериального давления ниже 140 и 90 мм рт.ст. Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 месяцев подобранной терапии, кроме общеклинического исследования включало: стандартную электрокардиографию в 12 отведениях; 6-минутный тест ходьбы; оценку клинического состояния при хронической сердечной недостаточности (шкала ШОКС в

модификации В.Ю. Мареева), оценку качества жизни с использованием Миннесотского вопросника (MLHFQ); определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови, эхокардиографию в М- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию по стандартным рекомендациям с определением общепринятых показателей. В обеих группах у всех обследованных доза периндоприла составляла 10 мг/сутки. Для достижения и поддержания целевого уровня артериального давления в большинстве случаев применяли верапамил SR в дозе 240 мг/сутки (76,5% случаев), а амлодипин – 5 или 10 мг/сутки (46,3% и 43,9% случаев соответственно). При этом отмечалась ожидаемая разнонаправленная динамика средней частоты сердечных сокращений в сопоставлявшихся группах. Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой, существенно увеличивались при лечении, включавшем как верапамил SR (на 15,1%), так и амлодипин (на 18,2%;  $p > 0,05$  при сравнении с группой верапамила SR). Оба препарата обеспечивали улучшение клинического состояния и качества жизни. Уровень NT-proBNP существенно снижался только в группе амлодипина, что соответствовало его антиремоделлирующему эффекту (уменьшение индекса объема левого предсердия, конечного диастолического размера и гипертрофии ЛЖ). Отношение пиковых скоростей раннего и предсердного наполнения ЛЖ существенно повышалось в обеих группах, но другие более специфичные показатели диастолической функции ЛЖ (максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу и отношение максимальной скорости раннего диастолического наполнения/максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу) улучшались только при длительном лечении амлодипином. Таким образом, при лечении ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ у пациентов с гипертонической болезнью амлодипин, по меньшей мере, не уступает верапамилу SR в способности повышать толерантность к нагрузке и превосходит его в улучшении диастолической функции ЛЖ, может оказаться перспективным при наличии хронотропной некомпетентности.

### **Тройные комбинации антиангинальных препаратов в лечении больных со стабильной стенокардией напряжения пожилого и старческого возраста.**

*Канорский С.Г., Смоленская Н.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Краснодар*

Цель исследования – сравнение эффективности и безопасности антиангинальной терапии у пациентов со стабильной стенокардией напряжения пожилого и старческого возраста сочетаниями бисопролола, ивабрадина и триметазидина или ранолозина. В исследовании участвовали 107 больных в возрасте от 60 до 79 лет с ишемической болезнью сердца и стенокардией напряжения II/III функционального класса. В работу включали пациентов с синусовым ритмом частотой 70 ударов/мин и более в покое, которые не могли принимать назначавшийся им бисопролол в дозе выше 1,25-2,5 мг/сутки, чаще из-за развития атриовентрикулярной блокады II степени или артериальной гипотензии. Для достижения частоты сердечных сокращений в покое 55-60 уд./мин. у всех пациентов в дополнение к бисопрололу применяли ивабрадин, титруя его дозу от 2,5 до 7,5 мг 2 раза в сутки. При сохранении в течение 1 месяца стенокардии или безболевого ишемии миокарда по данным клинического наблюдения

и суточного холтеровского мониторирования электрокардиограммы пациентов рандомизировали для дополнительного приема триметазидина MB по 35 мг 2 раза в сутки ( $n=54$ ) или ранолозина по 500 мг 2 раза в сутки ( $n=53$ ). Комплексное обследование больных проводилось перед началом приема тройных комбинаций антиангинальных препаратов (на фоне приема бисопролола и подобранной дозы ивабрадина) и через 6 месяцев непрерывной терапии, включало кроме общеклинического и лабораторных методов стандартную электрокардиографию в 12 отведениях; суточное холтеровское мониторирование электрокардиограммы с оценкой продолжительности безболевого депрессии сегмента ST; тредмил-тест с использованием модифицированного протокола Bruce; эхокардиографию в М- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию; фотоплетизмографию с помощью аппарата Ангиоскан-01 («Ангиоскан», Россия); оценку качества жизни с помощью Сиеэтовского опросника (Seattle Angina Questionnaire). Через 6 месяцев тройной антиангинальной терапии отмечалось значительное улучшение переносимости физической нагрузки пациентами обеих групп. Так, общая продолжительность нагрузки увеличивалась на  $65,4 \pm 102,7$  с в группе триметазидина ( $p < 0,001$ ) и на  $60,3 \pm 98,9$  с в группе ранолозина ( $p < 0,001$ ), время до возникновения стенокардии – на  $63,8 \pm 105,5$  с ( $p < 0,001$ ) и на  $61,7 \pm 103,0$  с ( $p < 0,001$ ), время до депрессии сегмента ST на 1 мм – на  $77,0 \pm 111,8$  с ( $p < 0,001$ ) и  $74,2 \pm 108,5$  с ( $p < 0,001$ ) соответственно (все различия между группами достоверны). Частота приступов стенокардии существенно снижалась от  $2,2 \pm 3,5$  до  $0,8 \pm 2,4$  приступов в неделю при лечении комбинацией препаратов, включавшей триметазидин, и от  $2,0 \pm 2,4$  до  $0,9 \pm 2,3$  – комбинацией, включавшей ранолозин (различия между группами достоверны). Продолжительность безболевого депрессии сегмента ST более чем на 1 мм в течение суток уменьшалась как под влиянием терапии, включавшей триметазидин, так и ранолозин, однако в значительно большей степени при первом способе терапии ( $p < 0,001$ ). Это преимущество триметазидина имеет практическое значение, поскольку способно оказать позитивное влияние на прогноз больных. В обеих группах отмечалось сопоставимое улучшение показателей систолической и диастолической функций левого желудочка, структурного и функционального состояния крупных артерий. Оба способа антиангинальной терапии обеспечивали сходное статистически значимое улучшение качества жизни по всем шкалам Сиеэтовского опросника. Комбинации низкой дозы бета-адреноблокатора с ивабрадином и триметазидином или ранолозином могут применяться для лечения рефрактерной стабильной стенокардии у пациентов пожилого и старческого возраста. Использование триметазидина предпочтительнее из-за большей эффективности в отношении безболевого ишемии миокарда и более низкой стоимости.

### **Нужно ли отменять β-блокаторы пациентам со стабильным течением хронической ишемической болезни перед плановыми хирургическими вмешательствами?**

*Кардашевская Л.И., Тарадин Г.Г., Михайличенко Е.С.*

*Донецкий национальный медицинский университет  
имени Максима Горького, Институт неотложной  
и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака, Донецк*

Хорошо известно, что при проведении больших хирургических вмешательств анестезиологами и реаниматологами в периоперационном

периоде могут использоваться адrenomиметики для поддержания гемодинамики оперируемого. Часто такими пациентами являются люди, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель: оценить результаты отмены  $\beta$ -блокаторов у больных хронической стабильной ИБС перед плановыми некардиологическими хирургическими вмешательствами.

Материал и методы: 78 больных стабильной ИБС, средний возраст  $52,3 \pm 4,8$  года, подвергшихся плановым хирургическим вмешательствам, которым было проведено ХМ ЭКГ перед операцией. Больные были разделены на 2 группы, сравнимые по возрасту, ФК сердечной недостаточности (ФК СН 1-2 по NYHA) и ФК стенокардии (1-2 класс). Все больные получали статины, антиромботические препараты. В 1 группу включили больных, которые получали  $\beta$ -блокатор бисопролол в средней дозе 7,5 мг/сутки до операции и возобновляли прием препарата в первые сутки после нее. Во 2 группе  $\beta$ -блокаторы либо не были назначены, либо отменялись за 2 дня до операции. ХМ ЭКГ производилось всем пациентам планово перед операцией и повторно на 6-7-е сутки после операции. Оценивали: количество осложнений, аритмии, количество и продолжительность безболевого ишемии миокарда (БИМ).

Результаты. Исходно при проведении ХМ ЭКГ были зафиксированы эпизоды безболевого ишемии миокарда в 28,2% случаев (у 22 б-х) продолжительностью 4-22 мин/сутки, в 53,8% случаев – инверсия зубца Т. Короткие пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП) выявлены у 6 (7,7%) больных. Желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) наблюдались у всех пациентов, из них у 34 (54,8%) – 2 класса по Ryan, у 6 (9,6%) – 3-4в классов, в том числе аллоритмии. В 1-й гр. послеоперационный период осложнился у 1 пациента тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, у 1-го – АВ-блокадой 2 ст. без гемодинамически значимых пауз ритма. Во 2 группе у 1 пациента на вторые сутки развился острый коронарный синдром, у 3-х больных послеоперационный период осложнился пароксизмами ФП, потребовавшими медикаментозной (в 2-х случаях) и электрической (в 1-м случае) кардиоверсии, у 2-х больных – острой сердечной недостаточностью (сердечной астмой). При сравнении данных ХМ ЭКГ в обеих группах до операции соотношение БИМ было равным: день/ночь = 78%/22%. После операции в 1 группе количество и длительность БИМ достоверно уменьшились (на 60-82%). Количество ЖЭ и НЖЭ, пароксизмов ФП уменьшилось на 50-70%. Во 2 группе у большинства больных: сохранились ЖЭ высоких градаций, у 4 больных количество ЖЭ увеличилось, удлинились эпизоды БИМ. Выводы. В предоперационной подготовке всем больным хронической ИБС даже со стабильным течением перед плановыми некардиологическими хирургическими вмешательствами необходимо проведение ХМ ЭКГ для выявления бессимптомных изменений ЭКГ и необходимой медикаментозной коррекции. Не следует отменять  $\beta$ -блокаторы пациентам ИБС перед плановыми некардиологическими хирургическими вмешательствами, а если они не были назначены, необходимо обязательно назначить  $\beta$ -блокаторы для профилактики острого коронарного синдрома, фатальных аритмий, внезапной кардиальной смерти и сердечной недостаточности.

## Оценка коморбидных состояний у пациентов с артрозом коленных и тазобедренных суставов.

*Карташова С.В., Елисеева Л.Н., Бледнова А.Ю., Куринный С.Н., Жихарева О.А., Блаженко А.А.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 1 имени С. В. Очаповского, Краснодар*

Остеоартроз занимает ведущее место среди не кардиологических проблем здоровья, снижающих качество жизни пациентов, ведущих активный образ жизни. Современные технологии оперативного лечения этой патологии открывают новые возможности в социальной и медицинской реабилитации пациентов. В то же время количество коморбидных состояний ограничивает возможности хирургической коррекции и создаёт угрозу различных осложнений, не связанных с техникой оперативного вмешательства.

Цель исследования: проанализировать частоту и спектр коморбидных состояний у пациентов, допущенных к оперативному вмешательству по поводу заболеваний коксартроза и гонартроза в Краевой клинической больнице № 1 г. Краснодара.

Материалы и методы: с 2015 г. было проанализировано 255 историй болезни пациентов в возрасте 50-65 лет, 57 мужчин и 195 женщин. В результате исследования был установлен следующий спектр сопутствующих патологий: гипертоническая болезнь (234), остеопороз (3), ожирение (138), сахарный диабет 2 типа (21), фибрилляция предсердий (15), острая недостаточность мозгового кровообращения (3), хронический гастрит (114), язвенная болезнь (15), ишемическая болезнь сердца (48), аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, гипотиреоз (18), варикозная болезнь вен нижних конечностей (15), хронические заболевания почек (6), хронические заболевания легких (6). Необходимо отметить, что из 234 пациентов, страдающих гипертонической болезнью в дооперационном периоде, получавших постоянно гипотензивную терапию (эналаприл, периндоприл, бисопролол), было только 82 человека. Именно у них артериальное давление стабилизировалось, периоперационный и послеоперационный периоды проходили более благоприятно: снижался риск большой кровопотери, не наблюдалось развития гипертонических кризов, следовательно, риск сердечно-сосудистых осложнений в виде инфаркта, инсульта, аритмии был минимальным. Также было выявлено, что пациенты, страдающие ожирением, занимают второе место по количеству среди установленных сопутствующих патологий. Ожирение 1 стадии имеют 90 человек, 2 стадии 45 человек, 3 стадии 3 человека. Известно, что ожирение является фактором высокого риска гнойно-септических осложнений, поэтому пациенты с ожирением 2 ст., 3 ст. допускаются до оперативного лечения только после снижения веса. По нашим данным, количество установленного диагноза остеопороза у наших пациентов очень мал: 3 человека из 255. Пациенты принимали по поводу остеоартроза и остеопороза препараты кальция, НПВП (найз, диклофенак, кетонал), остеогенон, хондропротекторы, специфического лечения остеопороза не получали. Это связано с дороговизной обследования по поводу остеопороза, лечения этого заболевания и отсутствия нацеленности на его выявление у травматологов-ортопедов, что приводит к такому осложнению как нестабильность компонентов эндопротезов коленных и тазобедренных суставов. Таким образом, специалистам необходимо учитывать, что один пациент может страдать чаще всего не одним, а несколькими заболеваниями, заблаговременно до операции диагностировать их и проводить лечение с целью уменьшения риска осложнений.

Выводы: -потребность в оперативном вмешательстве создаёт условия для необходимости анализа и коррекции коморбидных состояний в предоперационном периоде; -пациенты, которые заблаговременно готовились к оперативному лечению (снижали вес, лечили гипертоническую болезнь, гастроэнтерологические заболевания, хронические заболевания почек, хронические заболевания легких), снижали риск периоперационных и послеоперационных осложнений.

## **Динамика показателей центрального аортального давления и жесткости сосудистой стенки у солерезистентных пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа в зависимости от режима дозирования антигипертензивных препаратов.**

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

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Краснодар*

Цель: изучить изменение показателей центрального аортального давления (ЦАД) и жесткости сосудистой стенки у солерезистентных пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа при различных режимах дозирования антигипертензивных препаратов в течение суток.

Материалы и методы. В исследование включено 60 солерезистентных пациентов с НКАГ и СД 2 типа, медиана возраста 59,2 (38 - 70) лет. Отбор больных производился с помощью пробы В.И. Харченко, позволяющей подразделять пациентов на солечувствительных и солерезистентных. Больные были рандомизированы в 2 группы в зависимости от режима приема антигипертензивной терапии: пациенты 1-ой группы (n=30) получали утром диуретик индапамид-ретард 1,5 мг и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) рамиприл 10 мг, вечером – антагонист кальция амлодипин 10 мг, пациенты 2-ой группы (n=30) – индапамид-ретард 1,5 мг и амлодипин 10 мг – утром, рамиприл 10 мг – вечером. Исходно и через 6 месяцев проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппаратного комплекса VPLabVasotens (ООО «Петр Телегин», Россия) и определением основных показателей СМАД, а также параметров ЦАД и жесткости сосудистой стенки: систолическое аортальное давление (САДао, мм рт.ст.), диастолическое аортальное давление (ДАДао, мм рт.ст.), среднее давление в аорте (АДао, мм рт.ст.), индекс аугментации в аорте (АIхао, %), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVао, м/с), время распространения отраженной волны (RWTT, мс), индекс аугментации (AIх, %). Пациенты с профилем АД «over-dipper» в исследование не включались. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.1.

Результаты. Исходно в обеих группах больных основные показатели СМАД, жесткости сосудистой стенки и ЦАД достоверно не различались. Через 6 месяцев применения комбинированной терапии у больных, достигших целевого уровня АД, независимо от режима дозирования наблюдалась достоверная ( $p < 0,05$  для всех показателей) положительная динамика всех изученных показателей СМАД, ЦАД и жесткости сосудистой стенки. На фоне лечения в 1-ой группе САДао снизилось на 14,6% (с 131 (119-139) до 112 (105-129) мм рт.ст.), ДАДао – на 17,6% (с 90 (83-94) до 74 (71-89) мм рт.ст.), АДао – на 20,7% (с 112 (97-117) до 89 (85-98) мм рт.ст.), AIхао – на 64,7% (с 28 (17-31) до 10 (6-23) %), PWVао – на 9,3% (с 11,9 (9,7-12,5) до 10,8 (9,8-11,4) м/с), а RWTT увеличилось на 9,5% (с 127 (106-141) до 138 (112-157) м/с). Во 2-ой группе через 6 месяцев наблюдения САДао уменьшилось на 18,5% (с 134 (117-143) до 109 (107-118) мм рт.ст.), ДАДао – на 17,2% (с 94 (79 – 98) до 78 (71 – 82) мм рт.ст.), АДао – на 22,9% (с 114 (94-118) до 88 (79-92) мм рт.ст.), AIхао – на 76,2% (с 26 (15-34) до 9 (5-20) %), PWVао – на 6,7% (с 12,1 (10,1-12,5) до 10,1 (7,9-11,3) м/с), RWTT возросло на 9,8% (с 131 (110-139) до 142 (124-159) м/с). При сравнении эффективности двух режимов дозирования у солерезистентных пациентов с АГ и СД 2 типа степень

изменения большинства показателей оказалась сопоставимой, однако позитивные изменения PWVао и САДао оказалась достоверно более значимыми во 2 группе по сравнению с 1 группой ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Применение комбинированной антигипертензивной терапии обеспечивало статистически значимые и, в целом, сопоставимые позитивные изменения основных показателей СМАД, ЦАД и жесткости сосудистой стенки у солерезистентных пациентов с АГ и СД 2 типа независимо от режима дозирования. В то же время прием тиазидоподобного диуретика и дигидропиридинового антагониста кальция утром, а иАПФ рамиприла вечером по сравнению с альтернативным вариантом дозирования препаратов способствовал достоверно более выраженному уменьшению таких важных в прогностическом отношении параметров жесткости сосудистой стенки и ЦАД, как PWVао и САДао. Возможно, данный вариант назначения иАПФ будет более предпочтительным у данной категории пациентов.

## **Целиакия: современное состояние проблемы, подходы к диагностике. Клинический случай.**

*Клименко Н.Ю., Сазыкина А.Ю., Литвинова Т.Н.*

*Ростовский государственный медицинский университет, Доромная клиническая больница на санции Ростов –  
Главный, Ростов-на-Дону*

Целиакия – заболевание с генетически детерминированной непереносимостью пищевого глютена и образованием в слизистой оболочке тонкой кишки антител к соответствующим пищевым и/или ее тканевым антигенам (эндомизину, тканевой трансглутаминазе, ретикулину и др.) с последующим развитием атрофии ворсинок тонкой кишки. Согласно данным ВОЗ, распространенность составляет около 1%, причем у большинства пациентов оно протекает бессимптомно либо имеет нетипичные клинические проявления, в связи с чем долгое время остается недиагностированным. Так, у взрослых целиакия, как правило, диагностируется не ранее, чем через 10 лет от появления первых клинических признаков болезни, и в Европе на каждый случай установленной диагноза приходится до 13 не выявленных случаев (Celiac Disease, 2005). Частота субклинической целиакии в России не известна. Опасность заболевания заключается в том, что при отсутствии лечения развивается не только тяжелая полиорганная недостаточность, с возможным летальным исходом, но прогрессирует онкопатология. Это требует особой настороженности врачей. «Золотым стандартом» диагностики целиакии является морфологическое исследование слизистой тонкой кишки, серологической тесты, включающие определение антител к тканевой трансглутаминазе, эндомизину и деамидированным пептидам глютена.

Цель исследования: анализ данных по целиакии, собственное клиническое наблюдение.

Исследование проведено на базе ДКБ г. Ростов-на-Дону. Больная Щ, 38 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на разлитые боли в животе и околопупочной области, вздутие живота, урчание, дискомфорт по ходу кишечника. Стул малыми порциями до 10 раз в день, кашицеобразный, чувство неполного опорожнения кишечника; снижение массы тела (похудела на 7 кг за 3 месяца), слабость, кожный зуд, пятна гиперпигментации на коже туловища. Считает себя больной с декабря 2016 г., когда впервые выявлена анемия (Hb-90 г/л) принимала различные препараты железа. В течение месяца состояние прогрессивно ухудшалось – участился стул, усилилось вздутие

живота. Ранее по поводу патологии кишечника не обследовалась. Из анамнеза – Гиперпаратиреоз, принимала альфа ДЗ. Для уточнения диагноза была направлена в ДКБ. Объективно при поступлении: состояние удовлетворительное, кожа смуглая, пятна пигментации на спине, груди (под молочными железами), ломкость ногтей. Легкие и сердце без патологии. Живот вздут, чувствительный при пальпации в эпигастрии, вокруг пупка, по правому фланку толстого кишечника. Печень – границы по Курлову 12х10х9см. Селезенка – не пальпируется. Стул малыми порциями 3-4 раз в день, кашицеобразный.

Результаты обследования – в клиническом анализе крови гипохромная анемия (Hb- 112г/л, Эр-4,12\*10<sup>12</sup>, ЦП – 0,67), СОЭ – 34 мм/ч. В биохимии крови – гипопроteinемия, гипоальбуминемия (общий белок – 61 г/л, альбумины – 33г/л). При копроскопии – стеаторея (кристаллы жирных кислот++, нейтральный жир++). Кал на дисбактериоз – дрожжеподобные грибы, клостридии, клебсиеллы. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС): Недостаточность кардии. Хронический гастрит. Эрозивный бульбит.Н.р.(+). Гистологическая картина атрофического еюнита соответствует клиническому диагнозу глютенной энтеропатии в стадии Marsh 3С. ВФКС: Хр. катаральный колит. Кровь на АТ к тканевой трансглутаминазе Jg A - 4, 94 ( № до 1); АТ к эндомизию Jg A – 1:320 (№<1:5). Таким образом, на основании обнаружения атрофической энтеропатии в стадии 3С по Marsh, 5-кратного повышения антител к тканевой трансглутаминазе (IgA anti-tTG), а также резкого увеличения антител к эндомизию, был установлен клинический диагноз: Целиакия, Хронический эрозивный бульбит, ассоциированный с Н.р. в ст. обострения. Синдром микробной контаминации тонкого кишечника. Гиперпаратиреоз.

Выводы: целью демонстрации данного клинического примера является привлечение внимания терапевтов, гастроэнтерологов к проблеме целиакии, особенно с субклиническим течением. В России не проводятся скрининговые программы, поэтому, диагностируются только типичные случаи болезни, с классическим синдромом нарушенного кишечного всасывания. Такие симптомы, как необъяснимые рецидивирующие боли в животе, повышенное газообразование, диарея и снижение массы тела, являются показаниями к обследованию на целиакию (антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизиюму; HLA-типирование; биопсия слизистой оболочки тонкой кишки). Своевременно поставленный диагноз и адекватное лечение предотвращают тяжелые угрожающие жизни последствия.

## **Анемия у пациентов с различными формами легочного туберкулеза.**

*Клименко Н.Ю., Франчук И.М.*

*Ростовский государственный медицинский университет, Противотуберкулезный клинический диспансер, Ростов-на-Дону*

Согласно литературным данным, у пациентов с туберкулезом (ТБ) легких снижение гемоглобина (Hb) выявляется с частотой от 16% до 94% (Убайдуллаев А. М. и соавт., 1999; Lee W. et al., 2006). При этом, достоверно чаще, анемия наблюдалась при казеозной пневмонии и некоторых формах диссеминированного туберкулеза, протекающего с поражением органов кроветворной системы, а также при лечении больных циклосерином (Мишин В.Ю., 2005). Природа гематологических изменений при ТБ различна, чаще всего, это железодефицитная анемия (ЖДА) и анемия хронических болезней (АХБ). Правильная диагностика анемии у пациентов с ТБ представляется важной задачей, поскольку позволяет выбрать адекватную тактику терапии.

Цель: исследование обмена железа, распространенность и виды анемий у больных ТБ органов дыхания в зависимости от формы и тяжести процесса.

Методы исследования: обследовано 95 пациентов в возрасте от 21 до 60 лет с ТБ органов дыхания до начала лечения. Оценивались основные показатели гемограммы и обмена железа. Среди форм доминировал инфильтративный ТБ легких (ИТ) – 51 (54%), примерно с равной частотой присутствовал диссеминированный ТБ (ДТ) – 19 (20%) и фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) – 25 (26%). Комплекс исследования включал определение сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), трансферина (ТФ) и ферритина (ФР).

Результаты. Снижение уровня Hb менее 120 г/л было выявлено у 58 (61%) пациентов, при этом, микроцитарная анемия наблюдалась у 26 (45%) человека, в этой же группе регистрировались и наиболее низкие показатели Hb (96,86±4,48г/л), нормоцитарная у 31 (53,3%) человек, у 1 (1,7%) больного отмечалась макроцитарная анемия. При оценке гемограммы, у пациентов с ДТ и ФКТ отмечались высокий уровень тромбоцитов и ретикулоцитов, более выраженные при ФКТ, что связано с ростом геморрагических осложнений. Средние значения СЖ, ОЖСС были достоверно снижены при всех формах ТБ, но больше в группе пациентов с ИТ, при этом уровень СЖ прямо коррелировал с ОЖСС, Hb, микроцитозом и ЦП, что свидетельствует о ЖДА. Повышение значений ФР, в сочетании с нормальными показателями СЖ и ОЖСС, наиболее часто имели место у тяжелого контингента больных (ДТ и ФКТ), что говорит в пользу АХБ и, вероятно, объясняются наличием более выраженного системного воспалительного процесса, характерного для ТБ легких. В группе пациентов с ДТ и ФКТ, так же наиболее часто анемия носила нормоцитарный характер.

Заключение: с ростом продолжительности и тяжести туберкулезного процесса, закономерно увеличивается количество пациентов с анемией. АХБ является наиболее частым видом анемии у взрослых пациентов с ТБ легких, что можно объяснить повышенной продукцией провоспалительных цитокинов. Снижение СЖ, наблюдающееся в 48% случаев, с одной стороны, может быть связано с нутритивной недостаточностью и геморрагическими осложнениями у пациентов, с другой – его участием в системном воспалительном ответе, как фактора, ограничивающего размножение возбудителя (ионизированное железо, согласно литературным источникам, критический фактор для роста и размножения МБТ).

## **Особенности формирования приверженности лечению артериальной гипертензии в зависимости от метода диагностики**

*Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Артериальная гипертензия (АГ) – самое распространенное и масштабное заболевание охватывающее, по разным данным, от 30 до 45% населения планеты в зависимости от региона проживания. Согласно исследованию ЭССЕ РФ, распространенность АГ в России составляет 39,7%, повышая риск развития кардио- и цереброваскулярных осложнений, часто приводящих к летальному исходу и требуя подбора адекватной медикаментозной терапии. Известно, что не менее важным, чем адекватная антигипертензивная фармакотерапия, в случае с АГ, является пропаганда коррекции пациентами модифицируемых

факторов риска таких, как недостаточная физическая активность и нездоровый режим питания. Формирование приверженности пациентов точному и своевременному соблюдению рекомендаций врача – это тонкий психологический момент, в котором важную роль играет не только полнота получаемой пациентом информации, но и его степень доверия врачу, желание максимально улучшить качество собственной жизни. Немаловажна и методика обследования, ведь высокотехнологичные методы не только более информативны, но и вызывают большее доверие у пациента.

С целью изучения особенностей формирования приверженности к лечению были обследованы 88 пациентов с АГ, средний возраст пациентов составил  $45,8 \pm 16,4$  года.

Материалы и методы. Все обследуемые прошли анкетирование для выявления особенностей пищевого поведения, уровней стресса и физической активности по специальным анкетам собственной разработки. В зависимости от метода измерения АД все пациенты были разделены на две группы: 1-я – суточное мониторирование (СМАД), 2-я – самостоятельное измерение АД пациентами с ведением дневника. После назначения антигипертензивной терапии пациенты вели дневники с регистрацией АД и явкой к врачу в первые три недели наблюдения. Объективное обследование включало определение антропометрических параметров: роста, массы тела с вычислением индекса массы тела. Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерной программы Statistica 6.1.

Результаты. При оценке изменения образа жизни в краткосрочный период (первые три недели) было отмечено достоверное превалирование пациентов уменьшивших уровень употребления поваренной соли и сольсодержащих продуктов до рекомендованных величин в 1-й группе в сравнении со 2-й ( $95,5 \pm 3,1\%$  против  $81,8 \pm 5,8\%$ ). Достоверно большее количество пациентов из 1-й группы повысило свой уровень физической активности до среднего ( $90,1 \pm 4,5\%$  против  $56,8 \pm 7,5\%$  во 2-й группе). Если же рассматривать показатели эффективности терапии, то пациенты 1-й группы достоверно раньше достигали целевого уровня АД, чем пациенты 2-й ( $88,6 \pm 4,8\%$  против  $68,2 \pm 7,0\%$  соответственно), и в достоверно большем количестве случаев отмечали в течение первых трех недель улучшение качества жизни более чем на 10 % ( $79,5 \pm 6,1\%$  против  $56,8 \pm 7,5\%$ ).

Выводы. Таким образом, можно полагать, что выбор суточного мониторирования в качестве уточняющего метода диагностики АГ и определения ее клинических характеристик имеет не только большую диагностическую эффективность, облегчающую врачу выбор оптимальной схемы антигипертензивной терапии, но и является немаловажным психологическим фактором, видимо за счет своей высокотехнологичности, способствующим убеждению пациента в необходимости коррекции образа жизни.

### **Влияние рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы на уровень фибриногена плазмы у больных острым инфарктом миокарда.**

*Костокрыз В.Б.*

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

Цель: изучить влияние рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы на уровень фибриногена плазмы у больных острым инфарктом миокарда.

Методы исследования. По данным ретроспективного анализа медицинских карт стационарных больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, госпитализированных в течение 6 часов от начала ангинозного приступа, изучено влияние рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы на уровень фибриногена плазмы, определяемого в течение 24 часов после применения фибринолитической терапии. Проанализировано 40 медицинских карт стационарного больного. В 1-ю группу вошли 20 пациентов, которым проводилась фибринолитическая терапия рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой, во 2-ю группу – также 20 пациентов, получивших тенектеплазу. Во всех случаях уровень фибриногена плазмы определяли гравиметрическим методом по Р.А. Рутберг. Образовавшийся после свертывания плазмы фибрин быстро высушивали и по его весу определяли содержание фибриногена в плазме, при этом применялся 3,8% цитрат натрия и раствор тромбина, активностью в 10 сек. Кровь из вены в области локтевого сгиба смешивали с раствором 3,8% цитрата натрия в соотношении 9:1, центрифугировали 5-7 минут при 2000 об./мин., после чего 1 мл плазмы переносили в другую пробирку. К полученной плазме добавляли 0,2 мл раствора тромбина, пробирку ставили на водяную баню ТW-2 SkyLine ELMi при температуре 37<sup>0</sup>. В процессе свертывания образующийся фибрин наматывали на стеклянную палочку, которую извлекали из плазмы лишь по истечении 10 минут. Если при свертывании образовывался плотный сгусток, не наматывающийся на стеклянную палочку, содержимое пробирки переносили в чашку Петри и из плазмы извлекали сгусток. Полученный сгусток переносили на беззольный фильтр и высушивали сжатием и перемещением сгустка по фильтру. Такое высушивание продолжали до тех пор, пока на фильтре в проходящем свете не было заметно следов влаги. Высушенный фибрин немедленно взвешивали на торсионных весах ВТ-500. В норме вес такого высушенного сгустка, полученного из 1 мл плазмы, равняется 9-15 мг. При умножении веса сухого фибрина на переводной коэффициент, равный 25, получали значение уровня фибриногена в мг%. В норме содержание фибриногена в плазме колеблется в пределах от 200 до 400 мг% или 2,0-4,0 г/л. Полученные результаты. Средний возраст пациентов составил  $55,4 \pm 9,6$  лет (в 1-й группе –  $54,6 \pm 9,3$  лет, во 2-й –  $55,1 \pm 9,2$  лет). Среднее время боль – игла составило  $138,4 \pm 9,6$  минут. Статистически значимых различий распределения по возрасту и полу, а также значению времени боль-игла в сравниваемых группах выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Уровень фибриногена плазмы, определяемый в течение 24 часов после введения фибринолитических препаратов, в 1-й группе составил  $4,12 \pm 0,94$  г/л, во 2-й –  $3,52 \pm 0,94$  г/л. При этом уровень фибриногена плазмы у пациентов 2-й группы был достоверно ниже, чем в 1-й группе ( $T=2,10$ ,  $p=0,04$ ). Выводы. У больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в течение 24 часов после фибринолитической терапии тенектеплазой уровень фибриногена плазмы достоверно ниже по сравнению с уровнем фибриногена плазмы после фибринолитической терапии рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой.

### **Неалкогольная жировая болезнь печени и стеатоз поджелудочной железы у пациентов женщин с ожирением.**

*Косюра С.Д., Стародубова А.В., Ливанцова Е.Н., Вараева Ю.Р., Красилова А.А.*

*Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва*



Цель исследования. Ожирение является одной из главных проблем современного времени. Ежегодно увеличивается количество людей не только с ожирением, но и связанными с ним состояниями, в том числе с метаболическим синдромом, сахарным диабетом, гиперурикемией, стеатозом и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и стеатозом поджелудочной железы (ПЖ).

В задачи исследования входило выявить частоту развития стеатоза печени и ПЖ у лиц с ожирением, определить предикторы развития НАЖБП и стеатоза ПЖ.

Материалы и методы. В исследование были рандомизированы 54 женщины, находящиеся на амбулаторной программе снижения веса с ИМТ больше 30 кг/м<sup>2</sup>. Медиана возраста составила 44,0 [37; 55], медиана ИМТ 35,4 [31,3; 38,81], Всем пациентам проводились – оценка пищевого статуса с анализом фактического питания, общеклиническое исследование с определением липидного профиля, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, липазы, мочевой кислоты, биоимпедансометрия, УЗИ брюшной полости.

Результаты: по данным УЗИ брюшной полости НАЖБП выявлен у 17 пациентов (31,5%), стеатоз ПЖ у 36 (66,7%), в том числе сочетание НАЖБП и стеатоза ПЖ у 13 (24,1%). Степень стеатоза печени коррелировала с уровнем висцерального жира (R 0,33; p<0,05), уровнем АЛТ (R 0,36; p<0,05), мочевой кислоты (R 0,40; p<0,05), степенью стеатоза ПЖ (R 0,39; p<0,05) и отрицательно коррелировала с дебютом АГ (R -0,55; p<0,05). Степень стеатоза ПЖ коррелировала с возрастом (R 0,3; p<0,05), уровнем висцерального жира (R 0,27; p<0,05), наличием НАЖБП (R 0,39; p<0,05), употреблением в пищу большого количества белка (R 0,39; p<0,05), продуктов богатых фосфором (R 0,35; p<0,05) и кальцием (R 0,31; p<0,05). Выявлена корреляционная связь НАЖБП и стеатоза ПЖ с ЖКБ (R 0,33; p<0,05), (R 0,46; p<0,05); узловым зобом (R 0,34; p<0,05), (R 0,33; p<0,05); наличием у пациента артериальной гипертензией (АГ) (R 0,35; p<0,05), (R 0,36; p<0,05); длительностью течения АГ (R 0,40; p<0,05), (R 0,41; p<0,05) соответственно.

Выводы. Стеатоз поджелудочной железы диагностируется в два раза чаще НАЖБП. Выявлена корреляционная связь НАЖБП и стеатоза ПЖ с АГ, ЖКБ, узловым зобом. Предикторами стеатоза ПЖ являются частое употребление продуктов богатых белком, фосфором и кальцием. Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), стеатоз поджелудочной железы (ПЖ), УЗИ брюшной полости, липидный профиль.

### **Анализ эффективности схем лечения депрессивного расстройства посредством количественной фармако-ЭЭГ.**

*Куделина О.М., Хлопонин Д.П., Макляков Ю.С., Заика В.Г., Ганугорн Е.В., Черная Т.З.*

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

Цель исследования. Проанализировать изменения показателей биоэлектрической активности головного мозга (ГМ) посредством количественной фармако-ЭЭГ (КФЭЭГ) в динамике у пациентов с депрессивным расстройством (ДР) на фоне гастроэнтерологической патологии при лечении современными антидепрессантами.

Задачи исследования. Выявить информативные диагностические показатели у пациентов с ДР средней степени тяжести для оценки эффективности проводимой фармакотерапии.

Материалы и методы. В основное клиническое исследование было включено 45 человек. В группу К (n=17) вошли практически здоровые люди. Группу Д (n=45) составили пациенты с диагнозом ДР средней степени тяжести, которые далее были разделены на 3 клинические группы (Ф, В и Ф+М). Группу Ф составили пациенты (n=15), получавшие в течение 42 дней флуоксетин (Ф) в дозе 20 мг/сутки *per os* однократно утром после еды; группу В (n=15) – пациенты, получавшие в течение 42 дней вальдоксан (В) в дозе 25 мг/сутки *per os* однократно за час до сна и, наконец, группу Ф+М (n=15) – пациенты, получавшие в течение 42 дней комбинацию флуоксетин+мелаксен (Ф+М) *per os* в дозах 20 мг/сутки однократно утром после еды и 3 мг/сутки однократно за час до сна соответственно. В качестве критериев эффективности проводимой фармакотерапии учитывались данные фармако-ЭЭГ у пациентов до назначения фармакотерапии и на 14-е, 28-е и 42-е сутки лечения. Регистрация биоэлектрической активности проводилась на 8-канальном энцефалографе-анализаторе ЭЭГА-21/26 «Энцефалан 131-03». Анализировались относительные значения мощности (ОЗМ) (%) для дельта- ( $\delta$ -), тета- ( $\theta$ -), альфа- ( $\alpha$ -) и бета- ( $\beta$ -) частотных диапазонов ЭЭГ.

Результаты. Предварительно нами была проведена регистрация ЭЭГ у здоровых испытуемых (группа К) и у пациентов с ДР (группа Д). Было выявлено, что в группе К доминирующее положение занимал  $\alpha$ -ритм, который регистрировался преимущественно в затылочной области и постепенно угасал по направлению к фронтальным отделам ГМ. Максимальные значения  $\beta$ -ритма фиксировались во фронтальной области с постепенным снижением к затылку, а  $\delta$ - и  $\theta$ -ритмы были выражены минимально во всех отведениях. Распределение ЭЭГ-ритмов у пациентов с ДР имело существенное отличие.  $\delta$ -ритм теперь занимал доминирующее место, а также отмечалось увеличение ОЗМ в  $\theta$ -диапазоне. Максимальные значения  $\alpha$ -ритма «сдвигались» во фронтальные отделы ГМ и во всех регистрируемых отведениях наблюдалось преимущественное уменьшение ОЗМ  $\beta$ -ритма. На фоне фармакотерапии Ф  $\alpha$ -ритм достиг правильного распределения уже на 28-е сутки лечения (с восстановлением доминирования в затылочной области), хотя по истечении 42-х суток фармакотерапии его ОЗМ все еще оставалась достоверно ниже исходных данных в 1,3 раза (p<0,05);  $\beta$ -ритм тоже распределялся правильно, но незначительно отставал от нормы во фронтальной и центральной областях;  $\delta$ -ритм сохранял достоверно высокие показатели ОЗМ во всех отведениях, а  $\theta$ -ритм, достигнув фоновых значений на 28-е сутки, оставался неизменным. Комбинация Ф+М оказывала влияние на биоэлектрическую активность ГМ, практически аналогичное, как прием одного Ф. На 42-й день фармакотерапии  $\alpha$ - и  $\beta$ -ритмы так и не достигли исходных показателей, а  $\delta$ -ритм оставался увеличенным  $\approx$  2,5 - 3 раза во всех отведениях по сравнению со значениями в группе К. Анализ ОЗМ ЭЭГ-ритмов у пациентов, принимавших В, показал, что  $\alpha$ -ритм уже на 28-е сутки стал практически соответствовать значениям в группе К, за исключением затылочной области, где показатели его ОЗМ на 42-е сутки фармакотерапии превысили исходные данные на 14,4% (p<0,05).  $\beta$ -ритм особым модуляциям не подвергался в отличие от  $\delta$ -ритм, который претерпел достоверный регресс, также достигнув уровня ОЗМ группы К во всех отведениях, и на 42-е сутки соответствовал исходным данным.  $\theta$ -ритм достиг значений нормы уже на 14-е сутки.

Выводы. Таким образом, оценка эффективности вышеуказанных схем лечения ДР посредством метода КФЭЭГ показала, что прием вальдоксана и комбинации флуоксетина с мелаксеном оказывают наиболее благоприятное влияние на течение заболевания и

биоэлектрическую активность ГМ, чем прием флуоксетина изолированно.

## **Особенности поражения коронарных артерий и кардиоваскулярная автономная нейропатия у больных сахарным диабетом 2 типа.**

*Кудинов В.И., Коцкая А.В., Корсун Н.А.*

*Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростовская областная клиническая больница,  
Ростов-на-Дону*

Цель исследования: определить особенности атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД-2) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), распространенность в этой категории кардиоваскулярной автономной нейропатии (КАН) и ее влияние на клинические проявления ИБС.

Материалы и методы: обследовано 96 больных СД-2 в сочетании с ИБС и АГ, находившихся на лечении в связи с обострением коронарной недостаточности. Из них 42% женщин, 58% мужчин. Длительность СД-2 составляла  $9,4 \pm 2,8$  лет. Средний возраст  $63,2 \pm 2,9$  лет. В контрольную группу входили 42 пациента с ИБС и АГ, без нарушений углеводного обмена, средний возраст  $59,4 \pm 2,2$  лет. Длительность ИБС в обеих группах существенно не отличалась и составляла в среднем  $8,6 \pm 2,4$  лет. Всем больным проводились общеклинические исследования, оценка показателей углеводного, липидного обмена, холтеровское мониторирование ЭКГ с вычислением циркадного индекса (ЦИ), коронароангиография. Для диагностики КАН использовались «классические» кардиоваскулярные тесты, включавшие изучение ЧСС в покое, вариации частоты сокращений сердца (ЧСС), реакции ЧСС в ответ на ортостатическую пробу, пробу Вальсальвы, реакции систолического АД в ответ на ортостатическую пробу, реакции диастолического АД в ответ на изометрическую нагрузку. Коррекция углеводного обмена проводилась с использованием комбинированной терапии инсулином и таблетированными сахаропонижающими препаратами.

Результаты. У больных СД-2 уровень HbA1c составлял 8,2%, только 28% пациентов этой группы достигали целевых значений углеводного обмена. Как в основной, так и в контрольной группах преобладали пациенты с избыточной массой тела и ожирением (84% больных с СД-2 и 69% в контрольной группе). В обеих группах пациентов имела место дислипидемия. Однако в группе с СД-2 преобладали пациенты со II б типом дислипидемии, в контрольной у большинства пациентов выявлен II а тип дислипидемии (78% случаев). Анализ результатов коронарографии показал, что у пациентов с СД-2 значимо преобладало двух- и трехсосудистое поражение коронарного русла (46 и 42% соответственно), в то время как в контрольной группе, чаще наблюдалось однососудистое поражение (74%). В группе больных СД-2 гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий были выявлены у 79,5% пациентов. При этом, в структуре изменений КА наиболее часто (82%) выявлено поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, 61% – правой коронарной артерии, 24% – ветви тупого края левой коронарной артерии, 16% – огибающая ветвь левой коронарной артерии. У женщин преобладало поражение среднего сегмента (62%); у мужчин – проксимального сегмента ПМЖВ (74%). В группе пациентов с СД-2 наличие приступов стенокардии

отмечали только 45% обследованных, в то время как в контрольной группе их число составляло 74%. Указанное можно связать с распространенностью в группе СД-2 КАН. Согласно проведенного исследования у больных СД-2 КАН выявлена у 38% пациентов, при этом чаще у женщин (44%). Среди всех кардиоваскулярных тестов наиболее демонстративной в настоящем исследовании оказалась проба, основанная на реакции диастолического АД в ответ на изометрическую нагрузку.

Выводы: 1. У больных СД-2 в сочетании с ИБС преобладает многососудистое, диффузное поражение коронарных артерий (более 85% больных). 2. Гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий у больных СД-2 чаще всего (82%) выявляется в ПМЖВ, при этом у женщин преобладает поражение среднего сегмента, у мужчин – проксимального. 3. Распространенность КАН у больных СД-2 в сочетании с ИБС и АГ составляла 23%, преобладает у женщин (26%). 4. Наиболее значимым тестом для диагностики КАН являлась проба, основанная на реакции диастолического АД в ответ на изометрическую нагрузку.

## **Распространенность рака щитовидной железы в Ростовской области по материалам хирургического отделения №3.**

*Кудинов В.И., Ланкина М.С., Зинкевич И.В., Матвеевко А.А.*

*Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростовская областная клиническая больница,  
Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости различных форм рака щитовидной железы (РЩЖ) в структуре всех узловых заболеваний щитовидной железы на основании анализа историй болезней пациентов, прооперированных в хирургическом отделении №3 ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», изучить соответствие дооперационной цитологической и послеоперационной гистологической характеристик.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней больных с опухолевыми изменениями в щитовидной железе, прооперированных в 2014-2016 гг.

Результаты исследования. За период 2014-2016 гг. прооперировано 1835 больных с узловыми заболеваниями щитовидной железы. При этом отмечается отчетливый рост числа пациентов с РЩЖ. Если в 2014 году больные с РЩЖ составляли 20,2%, то в 2015 году уже 22,0%, а в 2016 году – 24,5%. Как и в предыдущие годы наиболее частой нозологической формой являлся папиллярный рак (2014 год – 93,5%, 2015 год – 93,2%, 2016 год – 93,4%). Среди других форм РЩЖ преобладал медуллярный рак (4,1% в 2014 году, 4,5% в 2015 году и 3,3% в 2016 году). Доля фолликулярного рака оказалась несколько ниже (соответственно 1,6%; 2,3%, 2,6%). За анализируемый период прооперировано только 2 пациента с анапластическим раком (по одному в 2014 и 2016 годах). Совпадение цитологического и гистологического диагнозов составляло 92-93%, все это случаи касались папиллярного рака.

Выводы. Рост числа случаев рака щитовидной железы в Ростовской области происходит за счет папиллярного рака. Папиллярный рак щитовидной железы является наиболее распространенной формой в Ростовской области, на долю которой приходится более 93% пациентов. Совпадение цитологического и гистологического диагнозов при РЩЖ отмечено в 93% случаев.

## Оценка микроциркуляторного русла у больных тиреотоксикозом в стадии декомпенсации.

Кулабухова И.С., Елисеева Л.Н., Бутаева С.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница №1 имени С. В. Очаповского, Краснодар

Цель. Оценить микроциркуляторное русло у пациентов с тиреотоксикозом в декомпенсированном состоянии методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Задача. Исследовать особенности периферического кровотока у больных декомпенсированным тиреотоксикозом.

Материалы и методы. На базе эндокринологического отделения Краевой клинической больницы №1 города Краснодара им. проф. С.В. Очаповского обследовано 22 пациента с тиреотоксикозом в стадии декомпенсации. Средний возраст больных составил  $42,1 \pm 9,05$  лет. Средний срок заболевания по данным анамнестического опроса составил  $48,11 \pm 15,03$  мес. Все пациенты получали в индивидуальной дозе тиреотропную терапию (тиамазол  $30,00 \pm 3,85$  мг) и блокатор бета-адренергических рецепторов (метопролола тартрат  $37,50 \pm 25,22$  мг). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц без патологии щитовидной железы и поражений внутренних органов, сопоставимых по возрасту и полу с обследованными больными. Регистрацию доплерограммы проводили с использованием лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01 (НПП «ЛАЗМА», Россия). Запись ЛДФ-граммы проводилась 15 минут с последующей компьютерной обработкой полученных данных. В ходе исследования рассчитывали средние значения изменения перфузии: показатель микроциркуляции (ПМ, перф.ед.), среднее квадратичное отклонение (СКО, перф.ед.), соотношение СКО и ПМ, выражаемое в коэффициенте вариации (KV, %), рассчитывались средние значения, анализировали амплитудно-частотный спектр колебаний перфузии:  $\alpha\alpha$ -эндотелиальные колебания, ALF-амплитуда медленных волн флуксуций, ACF-амплитуда пульсовых волн флуксуций, ANF-амплитуда быстрых волн флуксуций, оценивали показатель миогенной активности вазомоторов (MT = ALF/ПМ, отн.ед.), показатель нейрогенного тонуса стенки микрососудов (НТ = СКО/ALF, отн.ед.), резерв капиллярного кровотока (РКК, %). Полученные результаты. У больных тиреотоксикозом выявлено значимое повышение ПМ в 2 раза в сравнении с контролем, что свидетельствует об ослаблении сосудистого тонуса. Параллельно отмечено достоверное увеличение СКО в 3 раза, что отражает интенсивное функционирование механизмов активного контроля микроциркуляции. Обнаружено значимое повышение KV в 2 раза, что связано с активацией нейрогенного и миогенного механизмов контроля. По нашим результатам у пациентов тиреотоксикозом определены достоверно высокие амплитуды ритмов кровотока: ALF на 32%, ACF на 65%, ANF в 1,5 раза. Это подтверждает повышение активных механизмов контроля микроциркуляции и вазодилатацию. Однако показатель  $\alpha\alpha$  значимо снижается на 34%, и как следствие эндотелиальная дисфункция. Показатель НТ достоверно повышается в 2 раза, что подтверждает повышенное симпатическое адренергическое влияниями на гладкие мышцы артериол и венул. Значение показателя MT значимо ниже на 24%, что характеризует сниженный миогенный тонус. Отмечены достоверно меньшие значения РКК на 42%, что отражает увеличение притока крови в микроциркуляторное русло. Выводы. Таким образом, нами установлено преобладание гиперемического типа микроциркуляции у больных декомпенсированным тиреотоксикозом.

## Показатели центрального аортального давления у больных с диастолической дисфункцией миокарда.

Куркина М.В., Автандилов А.Г.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. На сегодняшний день диастолическая дисфункция (ДД) миокарда является основным фактором риска развития сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса. При ДД увеличивается жесткость миокарда левого желудочка (ЛЖ), нарушается его расслабление, в результате чего наблюдается повышение давления наполнения ЛЖ. ДД чаще формируется у пациентов с гипертонической болезнью, избыточной массой тела, сахарным диабетом, а скорость ее развития зависит от сочетаний коморбидных состояний. Диагностика ДД представляет определенные сложности, так как на начальных этапах протекает бессимптомно. Как правило, пациенты обращаются за медицинской помощью уже на далеко зашедшей стадии заболевания, когда сформировалась диастолическая сердечная недостаточность (ДСН), прогноз при которой не отличается от такового при систолической сердечной недостаточности. Многими исследователями в качестве одного из основных механизмов развития ДД и формирования ДСН рассматривается повышение жесткости сосудистой стенки. В последнее время пристальное внимание отводится изучению параметров центральной гемодинамики и их вкладу в патогенез развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Изучить параметры центральной гемодинамики (центральное систолическое аортальное давление, центральное пульсовое аортальное давление, индекс аугментации) у больных с различными типами диастолической дисфункции миокарда на этапах формирования ДХСН.

Материалы и методы. Обследовано 109 пациентов (31 мужчина и 78 женщин) в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст  $59 \pm 11,3$ ) с гипертонической болезнью, ожирением I-III степени по абдоминальному типу, сахарным диабетом 2 и хронической болезнью почек. Критериями исключения были пациенты с перенесенным инфарктом миокарда, фракцией выброса левого желудочка менее 45%, нарушениями ритма сердца, клапанной патологией и кардиомиопатиями. По данным эхокардиографического исследования были оценены и параметры диастолической функции: скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка (E, м/с), скорость позднего диастолического наполнения (A, м/с), соотношение E/A. По осциллометрическому методу было определено центральное систолическое артериальное давление (цСАД), центральное пульсовое артериальное давление (цПАД) и индекс аугментации (Aix). Статистическая обработка данных выполнена в программе GraphPadPrism 6.0. Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. Для проверки параметров распределения применены критерии Колмагорова-Смирнова, Д'Агостина-Пирсона и Шапиро-Уилка. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Для обработки данных с распределением, отличающимся от нормального, применялись методы непараметрической статистики – критерий Манна-Уитни. Различия между показателями считались достоверными при  $p < 0,05$ . Полученные результаты. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от типа диастолической дисфункции миокарда. В первую группу вошло 65 пациентов (14 мужчин и 51 женщина) с

диастолической дисфункцией 1-го типа (Е/А - 0,7±0,1), средний возраст составил 60,8±8,7 лет. Во вторую группу вошло 44 пациента (17 мужчин и 27 женщин) с диастолической дисфункцией 2-го типа (Е/А - 1,2±0,3), средний возраст 56,7±11 лет. В каждой группе было отмечено повышение центрального артериального давления. ЦСАД в первой группе было 136,6±16 мм рт.ст., во второй - 140,6±14,7 мм рт.ст., достоверных различий между указанными группами не было (p<0,06). Уровень цПАД достоверно отличался между первой и второй группами, в первой группе составил 62,9±51,8 мм рт.ст., во второй - 66,5±13,2 мм рт.ст. (p<0,0001). Известно, что при повышении цСАД и цПАД увеличивается постнагрузка на левый желудочек и ухудшается его расслабление, что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе. Также было выявлено достоверное отличие A<sub>1</sub>x между обследованными группами, в первой группе - -2,1±5, во второй - -1,5±2 (p<0,0001), что указывает о дальнейшем повышении жесткости артериальной стенки.

Выводы. Таким образом, полученные данные центральной гемодинамики подтверждают повышение жесткости артериальной стенки, как одного из факторов, влияющих на прогрессирование диастолической дисфункции миокарда.

### **Возможности ризендроновой кислоты в составе комплексного лечения остеоартрита у пациентов с метаболическим синдромом.**

*Лахин Д.И., Васильева Л.В.*

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Липецкая областная клиническая больница, Воронеж, Липецк*

Проблема метаболического синдрома (МС) и лежащая в его основе инсулинорезистентность (ИР) привлекают пристальное внимание в связи существенным увеличением риска сердечно-сосудистых катастроф. Остеоартрит (ОА) представляет собой самую распространенную форму суставной патологии, поражающую не менее 20% взрослого населения. Наличие МС у больных ОА ассоциируется с более тяжелым поражением хряща и рецидивирующими синовиитами, что диктует необходимость поиска новых, более эффективных путей коррекции МС у больных ОА. Широко известными препаратами, устраняющими ИР, являются бигуаниды и, в частности, метформин. Доказаны его противовоспалительные и гиполипидемические эффекты. Бисфосфонаты, в свою очередь, способны оказывать влияние на процессы ремоделирования костной ткани и, возможно, снижать интенсивность болевого синдрома при ОА.

Цель исследования: оценить эффективность применения метформина и ризендроновой кислоты у пациентов ОА с МС.

Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов ОА с МС, наблюдавшихся в Липецкой областной клинической больнице в 2014-2016 гг., которые были поделены на 2 группы. В контрольную группу, состоящую из 40 больных, вошло 32 женщины и 8 мужчин в возрасте от 44 до 62 лет (средний 54,3±1,71 лет), получавших патогенетическое лечение ОА. В основной группе оказалось 40 пациентов - 30 женщин и 10 мужчин в возрасте от 41 до 60 лет (среднем 52,4±1,83 лет), принимавших также метформин по 500 мг 2 раза в сутки и ризендроновую кислоту по 35 мг 1 раз в неделю на протяжении 12 месяцев. Среди пациентов длительность течения ОА составила до 5 лет у 41,3% больных, 5-10 лет - у 58,7% пациентов. У всех пациентов была диагностирована II стадия рентгенологических изменений и II степень

функциональной недостаточности. В исследование не включались больные, имевшие противопоказания к назначению метформина и ризендроновой кислоты. У пациентов определяли вес, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), вычисляли индекс массы тела (ИМТ), определяли уровень базальной глюкозы и инсулина, вычисляли индекс НОМА, определяли значения общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой (ХС-ЛПВП) и низкой (ХС-ЛПНП) плотности; СОЭ, С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), определяли минеральную плотность костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника путем проведения денситометрии, вычисляли потребность в НПВП. Результаты. На фоне совместного применения метформина и ризендроновой кислоты нежелательных побочных реакций зарегистрировано не было. Также среди пациентов обеих групп не было случаев сахарного диабета и уровень базальной глюкозы у всех больных был нормальным. Однако спустя 6 месяцев в основной группе данный показатель оказался ниже, чем в контрольной (p<0,01) и к концу исследования еще уменьшился (p<0,001), хотя случаев гипогликемии отмечено не было. При сравнении показателей базального инсулина и индекса НОМА в основной группе данные показатели оказались достоверно ниже спустя 3, 6 и 12 месяцев (p<0,001). Уровень ОХ в основной группе оказался ниже, чем в контрольной, через 3 месяца (p<0,05), 6 и 12 месяцев (p<0,001), значения ТГ и ХС-ЛПНП также были ниже спустя 3 месяца (p<0,05), 6 месяцев (p<0,01) и 12 месяцев (p<0,001), а уровень ХС-ЛПВП, напротив, оказался выше через 6 месяцев (p<0,05) и 12 месяцев (p<0,01). Вес и ИМТ в основной группе также были ниже, чем в контрольной через 6 и 12 месяцев (p<0,001), при этом меньше оказалась ОТ через 6 месяцев (p<0,01) и 12 месяцев (p<0,001) и ОТ через 6 месяцев (p<0,05) и 12 месяцев (p<0,001). Значения СОЭ, СРБ и ФНО-α в основной группе спустя 3, 6 и 12 месяцев были достоверно ниже, нежели в контрольной группе (p < 0,001). При этом среди них отмечалась тенденция к увеличению МПКТ по Т-критерию на 9,5% и снижению потребности в НПВП: 28 пациентов (70%) на фоне приема метформина и ризендроновой кислоты смогли сократить суточный прием НПВП на 50%, а 7 больных (17,5%) - полностью отказались от приема НПВП.

Выводы. Совместное применение метформина и ризендроновой кислоты у пациентов ОА с МС позволяет достичь достоверно положительных изменений со стороны показателей углеводного обмена, липидного спектра крови, антропометрических данных, на фоне применения данных препаратов отмечается снижение выраженности воспалительной реакции, тенденция к увеличению МПКТ и снижению потребности в НПВП, что позволяет рекомендовать включение данных препаратов в комплексную терапию больных ОА с МС.

### **Клинико-эхокардиографические особенности легочной гипертензии в практике кардиолога.**

*Легконогов А.В.*

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

Цель исследования. Неинвазивная оценка тяжести лёгочной гипертензии (ЛГ) с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) при различной кардиальной патологии.

Материал и методы. Проведена клиническая оценка и анализ результатов 33 400 доплер-эхокардиографических исследований.

Умеренной ЛГ соответствовал уровень среднего давления в легочной артерии (ЛА) до 50 мм рт.ст., тяжелая ЛГ характеризовалась средним давлением в ЛА свыше 50 мм рт.ст.

Результаты. Клинически значимая умеренная и тяжелая ЛГ была установлена у 212 пациентов, что составило 0,63% обследованных. Тяжелая ЛГ была выявлена у 80 больных, в том числе у 23 мужчин и 57 женщин, средний возраст которых составил  $43,2 \pm 1,8$  года в возрастном диапазоне 14-75 лет. Большую часть пациентов с тяжелой ЛГ составили больные с врожденными пороками сердца (ВПС) – 39 человек (8 мужчин и 31 женщина, средний возраст  $43,1 \pm 1,8$  года в возрастном диапазоне 14-69 лет). Из них с дефектом межжелудочковой перегородки были 13 больных, дефектом межпредсердной перегородки 7, транспозицией магистральных сосудов -5, открытым общим атриовентрикулярным каналом -5, корригированной транспозицией магистральных сосудов -2, двойным отхождением магистральных сосудов от правого желудочка -2, общим артериальным стволом -2, двустворчатым аортальным клапаном -2, аномалией Эбштейна-1. Тяжелая ЛГ также была установлена у 16 больных с рецидивирующей тромбоземболией лёгочной артерии (ТЭЛА), у 9 - с идиопатической ЛГ, у 7 - с приобретенными клапанными пороками сердца (в 5 наблюдениях с тяжёлым митральным стенозом, в 2 – с тяжёлым аортальным стенозом), у 5 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и аневризмой левого желудочка, у 3 пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), у 2 больных – с дилатационной кардиомиопатией. Умеренная ЛГ была установлена у 132 пациентов (74 мужчины и 58 женщин, средний возраст  $60,4 \pm 1,3$  лет в возрастном диапазоне 21-87 лет), в том числе у 40 больных дилатационной кардиомиопатией, у 21 - с ишемической кардиомиопатией, у 30 - с приобретенными клапанными пороками сердца, у 18 - с ТЭЛА, у 13 - с ПИКС, у 7 - с ВПС, у 5 – с ХОБЛ.

Выводы. Таким образом, более тяжелая степень ЛГ наблюдается при ВПС с артериально-венозным и, на далеко зашедшей стадии заболевания, венозно-артериальным сбросом крови, идиопатической и тромбоземболической ЛГ. Для преимущественно венозной ЛГ характерна менее выраженная степень ее развития. Чаще выявляется у больных с ишемическими и некоронарогенными заболеваниями, с поражениями миокарда и клапанного аппарата сердца, а также с патологией легких, сопровождающейся гипоксемией.

### **Особенности диагностики и тактики ведения больных с врожденными пороками сердца в зрелом и пожилом возрасте.**

*Легконогов А.В., Легконогова Л.Г.*

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

Цель работы. Врожденные пороки сердца (ВПС) обычно впервые диагностируются у детей и подростков, поэтому принято считать, что в зрелом и тем более в пожилом возрасте подобная патология встречается нечасто. Определение тактики ведения взрослых больных с ВПС представляет собой достаточно трудную, ответственную и далекую от однозначного решения клиническую проблему, чему и посвящена настоящая работа.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 17 536 лиц старше 25 лет (9896 мужчин и 7640 женщин, средний возраст  $52,7 \pm 0,2$  года), которым проводились трансторакальная и чреспищеводная доплер-эхокардиография (Д-ЭхоКГ) по стандартной

методике. Различные ВПС были обнаружены у 649 больных, что составило 3,70% от общего числа обследованных. Анализ клинико-анамнестических данных и результатов проспективного наблюдения позволил разделить обследованных больных ВПС на 3 группы. В 1-ю группу были включены 258 пациентов с ВПС, впервые диагностированными в зрелом возрасте, 2-ю группу составили 80 больных с ВПС, обнаруженными в детском или подростковом возрасте и впоследствии по различным причинам неоперированными, 3-я группа представлена 311 пациентами, которым ранее была проведена оперативная коррекция ВПС.

Полученные результаты. Среди больных 1-й группы чаще всего выявлялся дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 91 пациент, несколько реже диагностировали дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) (40 наблюдений). Двустворчатый аортальный клапан (ДАК) с гемодинамически значимыми недостаточностью и/или стенозом выявлен у 52 пациентов, коарктация аорты (КоА) – у 20 больных. Нечастыми находками были аномалия Эбштейна (АЭ), выявленная у 14 больных, впервые был диагностирован открытый артериальный проток (ОАП) у 9 больных, еще у 9 - стеноз легочной артерии (СЛА), у 5 – тетрада Фалло, у 5 – корригированная транспозиция магистральных сосудов, у 5 – врожденная аневризма синуса Вальсальвы, у 3 – врожденная аневризма восходящей части грудной аорты, у 2 – синдром Лютембаше, у 2 – врожденная митральная недостаточность, у 1 – левосформированное срединнорасположенное сердце. Анализ клинико-анамнестических данных показал, что больным 1 й группы в детском или подростковом возрасте, как правило, устанавливался диагноз ревматической недостаточности митрального клапана. При этом недооценивались нарастающие с годами электрокардиографические признаки перегрузки правых отделов сердца и формирование блокады правой ножки пучка Гиса, тогда как появление с возрастом клиники ИБС и артериальной гипертензии (АГ) нивелировало признаки имевшегося ВПС. 2-ю группу обследованных составили 43 больных с ДМПП, 13 – с ДМЖП, 12 – с ДАК, 7 – с АЭ, 5 – с КоА. Клиническая картина ВПС у больных с преимущественным вовлечением правых отделов сердца определялась нарастающими проявлениями лёгочной гипертензии (ЛГ) и сердечной недостаточности (СН), тогда как у пациентов с поражением аортального клапана и коарктацией аорты клинико-гемодинамические расстройства в значительной степени зависели от сопутствующих атеросклеротических поражений. Проведению оперативного лечения в этих случаях препятствовали выраженная ЛГ, прогрессирующая СН, тяжелая АГ, возрастные изменения сердечно-сосудистой системы. Более благополучными были пациенты 3-й группы (311 наблюдений), оперированные в подростковом и зрелом возрасте по поводу ДМПП (131 больной), ДМЖП (59 пациентов), тетрады Фалло (39 больных), ОАП (35 пациентов), КоА (24 больных), СЛА (13 пациентов), открытого атриовентрикулярного канала (9 пациентов), атрезии трехстворчатого клапана (1 больной). В этой группе больных отмечалась частичная или полная компенсация связанных с ВПС гемодинамических нарушений на фоне возрастных проявлений ИБС и атеросклероза.

Выводы. Своевременное обнаружение и затруднения в диагностике ВПС у взрослых и пожилых пациентов могут быть обусловлены сложившимися стереотипами, когда результаты клинических наблюдений и инструментального обследования трактуются в пользу приобретенных клапанных пороков сердца, ИБС, кардиомиопатий, а также переоценкой сопутствующих возрастных и вторичных структурно-функциональных изменений сердца, ненадлежащим или отсутствующим, в силу социально-экономических причин, врачебным контролем. Подходы к ведению взрослых больных с ВПС должны

включать в себя комплексную оценку клинко-функциональных особенностей организма с адаптацией терапевтических мероприятий к конкретной клинической ситуации, варианту порока, необходимости профилактики вторичного эндокардита, уровню физической активности.

## **Особенности лечения некоторых заболеваний сердца с выраженной правожелудочковой недостаточностью.**

*Лоле О.Ю., Бутримова С.Ш., Зурабов В.В.*

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Центральная городская клиническая больница, Велюкий Новгород*

Цель – изучить возможности минимизации последствий правожелудочковой недостаточности сердца в условиях стационара. Задачи: 1. Изучить особенности формирования асцита при правожелудочковой недостаточности при ряде заболеваний сердца. 2. Определить эффективность применения диуретической терапии при лечении асцита у больных с правожелудочковой недостаточностью сердца.

Введение, актуальность темы. Основой лечения асцита при правожелудочковой недостаточности является диуретическая терапия, так как развивающаяся на фоне правожелудочковой сердечной недостаточности застойная гепатомегалия создает условия для нарушения коллоидно-осмотического давления из-за снижения содержания альбуминов, водно-солевых нарушений, нарушения внутриклеточного баланса электролитов с накоплением натрия и выведением калия из клеток, а затем с мочой из организма. По нашим данным, билирубинемия способствует выведению натрия из сосудистого русла, в связи с чем происходят процессы диссоциации с выведением калия из клеток с усилением его выделения с мочой и задержкой натрия в организме благодаря реабсорбции его в канальцевой системе почек. Следовательно, само вторичное поражение печени ведет к гипокалиемии без диуретической стимуляции. То есть эти нарушения не всегда возможно остановить и уменьшить асцит только диуретической терапией. Такая лечебная тактика приводит к развитию диуретикорезистентного асцита.

Результаты собственных исследований. В отделениях проводилось лечение 56 больных с диуретикорезистентным асцитом (не поддающейся сочетанной терапии: диуретиками и ИАПФ). Для восстановления коллоидно-осмотического давления мы назначали нативные белковые препараты: свежемороженая плазма, 5-10% раствор альбумина, протеин. Учитывая нарушения микроциркуляции, применяли антиагрегантную терапию (пентоксифиллин по 5 мл на 100 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно медленно, 1-2 раза в сутки). Для восстановления структуры и свойств клеточных мембран использовали разработанную в отделении мембранотропную антиоксидантную терапию. С этой целью назначается альфа-токоферол ацетат внутримышечно, как антиоксидант, защищающий снаружи клеточную мембрану; фосфолипиды для восполнения их недостатка в мембране; аскорбиновую кислоту внутривенно, как антиоксидант, защищающий мембраны клеточных органелл, активно участвующий в окислительно-восстановительных процессах в клетке, предупреждающий выход кислот гидролаз из лизосомальных элементов. Для восстановления энергетического и электролитного баланса назначались поляризующие смеси. Для улучшения

оксигенации тканей назначались озонированные растворы 5% глюкозы. На фоне подобной терапии назначался калий-сберегающий диуретик – спиронолактон по 1 таблетке 2-3 раза в сутки. При значительном венозном застое и наличии кардиомегалии на фоне проводимой терапии включали фуросемид по 40-80 мг внутривенно, в зависимости от объема инфузионной терапии. Подобная тактика позволила 12 больным полностью купировать асцит, у 42 – он уменьшился и стал диуретиковосприимчивым. У 2 больных эффекта не было.

Таким образом, при выраженной правожелудочковой сердечной недостаточности, учитывая наличие застойной гепатомегалии или кардиогенного цирроза печени, одной диуретической терапии, даже с добавлением ингибитора АПФ, недостаточно. Необходима коррекция диспротеинемии, восстановление электролитного баланса и реологических показателей, снижение гипоксии тканей.

## **Влияние хронического психоэмоционального напряжения на формирование эндотелиальной дисфункции.**

*Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И.*

*Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Донецк*

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) лежит в основе патогенеза основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью исследования явилось определение механизмов формирования ЭД под воздействием факторов ХПЭН.

Обследовали 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и 100 волонтеров, разделенных на 5 групп в зависимости от стажа работы. Активность стрессорных систем (СС) оценивали по содержанию в плазме крови АКТГ, кортизола, кортикостерона, норадреналина. Секреторную функцию эндотелия сосудов оценивали по продукции оксида азота (NO) и эндотелина 1 (ЭТ-1). Изучали состояние антиоксидантных (антиоксидантную активность плазмы (АОАП) и прооксидантных (диеновые конъюгаты (ДК)) систем, воспалительные процессы (содержание высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP)), содержание ангиотензина 2 (АТII). Начальный этап действия факторов ХПЭН, длительностью 5-7 лет, характеризовался ростом содержания гормонов стресса (ГС). Он сменился этапом резистентности к действию стрессоров со стабилизацией синтеза ГС. Через 12-15 лет от начала действия ХПЭН вновь наблюдали активацию различных звеньев СС, которая сохранялась до окончания исследования. Первые признаки напряжения функции эндотелия отметили уже в начале исследования: с нашей точки зрения, в ответ на формирующийся вазоспазм, возникающий вследствие действия катехоламинов и глюкокортикоидов (ГК), компенсаторно увеличивалась секреция NO у ММЛ в гр.1 и гр.2. В этот же период наблюдали активацию процессов окислительного стресса (ОС)(рост концентрации ДК), протекающую на фоне снижения АОАП. Также росло содержание hsCRP, которое в гр.2 машинистов приняло статистическую значимость (СЗ). Начиная с гр.3 у ММЛ наметилась тенденция к снижению содержания в крови NO, которая в гр.5 приняла СЗ. На фоне снижения секреции NO происходил рост концентрации ЭТ-1, уровни которого в гр.5 ММЛ в 5 раз превосходили значения в контроле. Сохранялась активность процессов ОС: значения ДК в гр.3 и гр.4 машинистов превышали показатели в группах

контроля в 2,2 раза, в гр.5 разница превысила 2,5 раза. На этом фоне наблюдали прогрессирующую несостоятельность антиоксидантных систем: АОАП в гр.3 и гр.4 ММЛ была ниже цифр в контроле в 1,2 раза, а в гр.5 в 1,5 раза в сравнении с контролем. Продолжился рост активности воспалительных реакций: в гр.3 машинистов содержание hСРБ превышало показатели контроля в 2,8 раза, в гр.5 эта разница составила 3,2 раза, что имело СЗ. В гр.4 и гр.5 ММЛ отметили СЗ рост образования АПІІ: его содержание в гр.4 у машинистов в 1,9 раза, а в гр.5 в 2,2 раза превосходило значения в группах контроля. С нашей точки зрения, формирование ЭД при действии ХПЭС выглядит следующим образом. Значительные концентрации ГК и катехоламинов способствуют формированию вазоспазма, что приводит к стимуляции расположенных на поверхности клеток эндотелия ацетилхолиновых и брадикининовых рецепторов, индуцирующих функцию ферментов (eNOS), катализирующих образование NO. Повышенная продукция NO, помимо противодействия вазоспазму, стимулирует образование ЭТ-1, чему способствуют и высокие уровни ГК. ЭТ-1, активируя потенциалзависимые кальциевые каналы гладкомышечных клеток сосудов, способствует накоплению кальция внутри миоцитов, что усиливает вазоспазм. Кроме того, усиленная секреция NO приводит к частичному его окислению с образованием пероксинитрита, что является, с нашей точки зрения, одним из моментов запуска процессов ОС. Этому способствует и ЭТ-1 через активацию оксидазы NADPH, что стимулирует образование реактивных форм кислорода (ROS). Активация процессов ОС запускает механизмы сосудистого воспаления. В свою очередь, hСРБ, FНО-α через воздействие на оксидазу NADPH полиморфноядерных лимфоцитов, стимулирует синтез ROS, что поддерживает течение ОС и истощает запасы антиоксидантных систем. Воспалительные изменения в сосудистой стенке способствуют образованию индуцибельной NOS, которая в свою очередь, посредством активации асимметричного диметиларгинина (ADMA) ингибирует активность eNOS, что приводит к снижению образования NO. Снижение секреции NO, происходящее на фоне роста содержания ЭТ-1 и активности ОС, стимулирует синтез АПІІ, который, в свою очередь, способствует увеличению продукции ROS, которые совместно с АПІІ через активацию путей фосфорилирования усиливают процессы сосудистого воспаления. Таким образом, действие факторов ХПЭН сопровождается активацией СС, которая носит этапный характер, а также способствует возникновению и течению негативных процессов в стенке сосудов, что приводит к формированию ЭД.

### **Применения Кетопрофена и Мелоксикама при остром подагрическом артрите в условиях поликлиники.**

*Майко О.Ю.*

*Оренбургский государственный медицинский университет,  
Оренбург*

Острый подагрический артрит является крайне болезненным состоянием, которое заставляет пациента обращаться к врачам поликлиники. Для лечения острого подагрического артрита препаратами выбора являются НПВП. В сравнении с другими НПВП в этом отношении выгодно выделяются кетопрофен и мелоксикам, отличающиеся наиболее быстрым началом анальгетического действия. При этом выбор оптимальной схемы лечения должен

быть индивидуальным, учитывать, помимо характера течения заболевания, наличие сопутствующей патологии, возраст больного. Цель исследования: оценить в сравнительном аспекте клиническую эффективность терапии острого артрита у больных подагрой с использованием Кетопрофена и Мелоксикама.

Материалы и методы. В исследование включено 44 больных (31 мужчина и 13 женщин) с достоверным диагнозом подагры, обратившихся в поликлинику с приступом острого артрита, давшие информированное согласие на лечение. Критерии включения пациентов были следующие: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит длительностью не более 3 недель, поражение не более 4 суставов. Больные I гр. (n=21) получали кетопрофен, II (n=23) – мелоксикам. Кетопрофен назначали в дозе 50 мг/мл (2 мл в/м) 1 раз в день в течение 10 дней, мелоксикам в дозе 15 мг (1,5 мл в/м) 1 раз в день в течение 5 дней, затем – внутрь в дозе 15 мг 1 раз в день еще 5 дней. Эффективность препарата оценивали с помощью артрологических тестов (выраженность болевого синдрома по ВАШ в покое и при ходьбе, индекс припухлости и гиперемии, суставной индекс в баллах) до начала, через 5 дней и по окончании терапии.

Результаты. Средний возраст больных подагрой составил 57,2±11,07 года, длительности болезни – 4,2 [1;6,5], длительность последнего обострения составила 1,25±0,79 недели, число поражённых суставов 3 [1;4]. Наиболее часто (84%) поражался I плюснефаланговый сустав, далее по частоте следовали артриты суставов предплюсны (25%), голеностопных (25%), коленных суставов (20%). Артрит локтевых и проксимальных межфаланговых суставов кистей имелся в 4 (9%) случаев. У 11 (25%) пациентов были выявлены тофусы. У 28 (64%) больных отмечена артериальная гипертензия, у 4 (10%) – сахарный диабет 2-го типа, у 16 (36%) – ожирение, нефролитиаз (микролиты) – у 25%. Уровень МК в сыворотке крови составил 469,18±58,27 ммоль/л. На момент исследования пациенты не принимали другие НПВП, аллопуринол регулярно получали только 45% пациентов. Число припухших суставов на момент первичного осмотра суставов составило 2 [1;3], индекс припухлости – 3,5±1,5 баллов, индекс гиперемии 1,7±0,8 и суставной индекс 3,0±1,5 и 3,0±1,4 баллов, а также боль по ВАШ в покое 42,0±16,4 и 44,2±12,5 мм, при движении 78,9±14,2 и 82,4±12,4 мм в I и II гр. У всех пациентов на фоне терапии с применением НПВП к 5 дню терапии отмечалось статистически значимое улучшение всех клинических показателей, и эта тенденция нарастала к окончанию курса терапии и была сопоставима по группам. Так, у больных приступ артрита был купирован к 5 дню на фоне терапии кетопрофен у 7 (33%), к 7 дню еще у 2 пациентов (10%), к 10 дню – у 9 (43%). На фоне применения мелоксикам приступ острого артрита был купирован к 5 дню у 10 (43%) больных, к 7 дню еще у 2 (9%), к 10 дню – у (35%). У 2 (10%) и 3 (13%) пациентов I и II гр. отмечалось ухудшение состояние, которое проявилось вовлечением в воспалительный процесс новых суставов. По окончании курса терапии у больных обеих групп отмечалась статистически значимая положительная динамика выраженности боли по ВАШ в покое и движении, снижение суставного индекса. Так, боль по ВАШ в покое составила 5,2±9,5 и 7,3±8,6 мм, боль по ВАШ при движении 17,6±10,0 и 18,4±9,4 мм, суставной индекс снизился до 0,8±1,8 и 0,9±1,4 баллов. Переносимость препаратов оценена как хорошая или отличная у всех пациентов. На фоне терапии кетоналом и мовалисом не отмечалось повышение биохимических параметров и АД, что не потребовало коррекции доз гипотензивных препаратов. Выводы. У большинства больных с острым подагрическим артритом Кетопрофен и Мелоксикам показали сопоставимую клиническую

эффективность по купированию болевого синдрома и воспаления в пораженных суставах при хорошей переносимости препаратов на фоне сопутствующих заболеваний, что позволяет оптимизировать лечение данной категории пациентов в поликлинических условиях.

## **Влияние вирусной инфекции на состояние мегакариоцитарного аппарата.**

*Макарова Л.В., Кузнецова Н.С., Халимова О.Н.*

*Медико-санитарная часть, Ростов-на-Дону*

ОРВИ занимают ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости во многих странах мира, в том числе и в России. Входными воротами для всех респираторных вирусов являются клетки мерцательного эпителия верхних дыхательных путей, в которых происходит его активная репродукция. Проникая в кровь и вызывая вирусемию, вирус оказывает токсическое действие, клиническими проявлениями которого являются гипертермия и интоксикационный синдром. Различная структура вирусов, особенности поражения различных систем органов, степень их агрессии по отношению к человеческому организму обуславливают различную клиническую симптоматику и тяжесть течения вирусной болезни. Вирусы, имея нуклеиновую природу, полностью зависят от метаболизма клетки-хозяина, за счет которой они размножаются, поскольку не имеют собственной метаболической активности. Появление вируса может подавлять все процессы биосинтеза, и как следствие вызвать гибель клетки, либо инициировать стойкое нарушение характера роста клеток и их деления, либо вовсе не сказаться на функции клетки, или привести к едва заметному их изменению.

Целью настоящего исследования послужила оценка влияния респираторных вирусов как внутриклеточных потенциалов патогенных агентов на состояние мегакариоцитарного аппарата. В рамках данного исследования оценивали биологический материал – периферическую кровь, а также костномозговой пунктат, полученные от 8 пациентов с диагнозом ОРВИ, находящихся на стационарном лечении. Все пациенты клинической группы были мужского пола, возраст которых варьировал от 19 до 32 лет. Оценка выраженности повреждения мегакариоцитарного ростка проводилась по основным показателям лейкоцитарной формулы крови, включая количество тромбоцитов. Особенностью периферической крови исследуемых была выраженная тромбоцитопения от  $60 \times 10^9/\text{л}$  до  $80 \times 10^9/\text{л}$  и умеренное снижение гемоглобина от 80 до 100 г/л, что стало причиной тщательного изучения гемопоэза. В костномозговом пунктате, мегакариоцитарный росток у данных пациентов был сохранен. Тромбоцитарный материал представлен в диффузной форме и слабой отшнуровке тромбоцитов. В результате лечения на фоне проводимой противовирусной терапии купированы симптомы интоксикации и через 2-3 недели стабилизировались гематологические показатели (гемоглобин, эритроциты), количество тромбоцитов увеличилось до физиологической нормы, на фоне морфологически и функционально полноценного мегакариоцитарного аппарата.

Таким образом, проведенные клинические наблюдения позволили сделать заключение, что транзиторная тромбоцитопения в сочетании с анемией являлась следствием перенесенной вирусной инфекции, а гематологические изменения носили обратимый характер.

## **Дифференциальная диагностика и дифференцированный подход к лечению больных артериальной гипертензией первой степени.**

*Мангилева Т.А.*

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

Цель и задачи работы: улучшить дифференциальную диагностику и оптимизировать выбор методов лечения артериальной гипертензии (АГ) первой степени.

Материалы и методы: обследованы больные АГ первой степени и пациенты с высоким нормальным артериальным давлением (ВН АД). Группу контроля составили обследованные без повышения артериального давления (АД). Проводили велоэргометрию (ВЭМ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Определяли концентрацию глюкозы и инсулина натощак, через 1 и 2 часа после стандартной нагрузки глюкозой; а также содержание инсулиноподобного фактора роста, сосудистого эндотелиального фактора роста и эритропоэтина в плазме. 66 больным АГ первой степени и 35 лицам контрольной группы обследование было проведено дважды с интервалом  $71,3 \pm 1,5$  месяца.

Полученные результаты. У больных АГ первой степени вариабельность АД в дневное и ночное время была больше, чем у пациентов с ВН АД и обследованных без повышения АД, причем вариабельность АД при ВН АД превышала таковую при нормальном АД. Суточный индекс систолического и диастолического АД при АГ первой степени был меньше ( $p < 0,001$  в обоих случаях), чем при ВН АД или в контрольной группе. Только у обследованных с нормальным (оптимальным) АД среднее САД за сутки было меньше 121 мм рт.ст., за день – меньше 126 мм рт.ст. Наличие АГ первой степени в 72,1% случаев, а ВН АД в 100% случаев не лимитировало продолжительность ВЭМ. Диагностически значимая депрессия сегмента ST при нагрузке была выявлена у 63% больных АГ первой степени, 56% пациентов с ВН АД и 44% обследованных контрольной группы со средней предстеновой вероятностью стенокардии. Признаки ишемии миокарда чаще ( $p < 0,05$ ) и при меньшем уровне нагрузки регистрировались у больных АГ первой степени, чем у обследованных без повышения АД. Толщина комплекса интима-медия у больных АГ первой степени и пациентов с ВН АД превышала таковую у обследованных контрольной группы. Только у больных АГ первой степени толщина атеросклеротических бляшек в правой и левой общих сонных артериях была больше, чем у обследованных с нормальным АД. Концентрация инсулина натощак и постпрандиально у больных АГ первой степени постоянно была выше, чем в группе контроля. Через 1 час после стандартной нагрузки глюкозой у обследованных с ВН АД концентрация инсулина, а у больных АГ первой степени содержание инсулина и глюкозы было больше, чем у людей с нормальным АД. Гиперинсулинемия являлась фактором, способствующим прогрессированию АГ первой степени и развитию осложнений. Наличие ожирения у больных АГ первой степени сопровождалось увеличением вариабельности артериального давления в течение суток и уменьшением его снижения ночью, ростом постпрандиальной инсулинорезистентности, снижением содержания инсулиноподобного фактора роста, повышением уровня индуцируемых ишемией цитокинов – сосудистого эндотелиального фактора роста и эритропоэтина. Содержание



сосудистого эндотелиального фактора роста в крови менее 200 пг/мл ассоциировалось с низкой приверженностью к регулярным физическим нагрузкам. В амбулаторных условиях регулярно непрерывно принимали антигипертензивные препараты только 39% больных. Наименее привержены медикаментозной терапии были больные артериальной гипертензией первой степени со средним сердечно-сосудистым риском, особенно мужчины среднего возраста, у которых низкая приверженность фармакотерапии в 92% случаев компенсировалась эффективной модификацией образа жизни. Прогностическими критериями прогрессирования артериальной гипертензии и развития сердечно-сосудистых осложнений, кроме высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, являлись исходное повышение частоты сердечных сокращений в покое более 80 ударов в минуту, эпизодический прием гипотензивных средств и снижение регулярных физических нагрузок.

Выводы. Для улучшения диагностики артериальной гипертензии первой степени обязательное обследование должно включать суточное мониторирование артериального давления, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и при средней вероятности выявления стенокардии – тест с дозированной физической нагрузкой. При выборе лечения больных артериальной гипертензией первой степени наряду с выявлением факторов риска и определением степени риска следует учитывать частоту сердечных сокращений в покое, плазменную концентрацию инсулина и сосудистого эндотелиального фактора роста.

### **Психологические аспекты эффективности реабилитации пациентов с метаболическим синдромом.**

*Меликян И.А., Чернышова Т.Е., Реверчук И.В.*

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск*

Цель. Оценка психосоциальных факторов развития метаболического синдрома (МС) и перспективы их коррекции в повышении эффективности реабилитации пациентов.

Методы. Обследовано 98 человек с МС, из них 56 женщин и 42 мужчины в возрасте 28-56 лет с неудачным опытом снижения веса и/или эффектом рикошета (1-я группа). Во 2-ю группу вошли 22 пациента, сохранивших достигнутый результат более 3 лет. Проводились антропометрические и клинико-лабораторные исследования, суточный мониторинг артериального давления (СМАД), психометрическое тестирование: «Стрессоустойчивость и социальная адаптация» (Т.Холмс и Р.Пейдж), «Психодинамический профиль личности» (ИСТА), «Копинг поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман) с оценкой показателей «Голландского опросника пищевого поведения» (DEBQ, 1986). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты. Выявлено 4 значимых фактора формирования МС с общей дисперсией менее 75%: соматический (25,4% общей дисперсии), стресс-гуморальный (19,3%), личностно-поведенческий (17,3%) и сексуальной привлекательности (13,1%). При оценке особенностей пищевого поведения в 1-й группе преобладал эмоциогенный тип (1/0,34), во 2-й группе – экстернальный тип (1/0,21). Пациенты 1-й группы имели склонность к чрезмерному фантазированию с «переполненностью разнообразными чувствами», т.е. имели дефицитное внутреннее «Я-отграничение» в 3 факторных

группах. Из гуморальных показателей в трёх факторах выявлена корреляция с уровнем триглицеридов (+0,45, +0,62, +0,48), индекса объем талии/объем бедер (От/Об), из психологических факторов – с дефицитной сексуальностью (+0,52, +0,60, +0,51), отражающей внутренний запрет не только на сексуальное наслаждение, но и все виды наслаждения. Получены доказательства глубинного значения самооценки пациентов 1-й группы со стресс-гуморальным и сомато-психическим фактором, высокими показателями От/Об, степени дислипидемии, инсулинорезистентности, среднесуточного САД и ДАД ( $p < 0,05$ ), уровня эстрогенов крови ( $r = 0,78$ ;  $p < 0,01$ ). Психологическое состояние пациентов 2-й группы менее зависело от стресс-гуморального, личностно-поведенческого факторов. Повышенный уровень кортизола крови – «связующего звена» между соматическим и поведенческим факторами проявился как высокозначимый фактор прогноза долгосрочной эффективности реабилитации ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,001$ ).

Выводы. Эффективность реабилитации пациентов МС связана с их психоэмоциональным состоянием, что важно учитывать при разработке программ лечения.

### **Некоторые подходы к лечению внебольничной пневмонии.**

*Нажева М.И., Ануфриев И.И., Осипов Е.В., Федорович А.В., Федорович И.В.*

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

Цель: оценить эффективность нормального иммуноглобулина человека для внутривенного введения в комплексном лечении больных внебольничной пневмонией (ВП).

Методы: обследованы 52 больных ВП в возрасте от 20 до 65 лет. Всем больным в динамике проводили общеклинические, лабораторные, инструментальные исследования. Выделено 2 группы больных ВП. В 1-ю группу вошли 34 больных получавших общепринятую терапию (ОТ). Во 2-й группе состоявшей: из 18 пациенток наряду с ОТ был назначен нормального иммуноглобулина человека по 50,0 мл внутривенно трехкратно с интервалом в два дня.

Результаты: в обеих группах больных с одинаковой частотой отмечались гипертермия, гнойный характер мокроты, боли в грудной клетке, в крови лейкоцитоз и ускоренное СОЭ, долевые инфильтраты в легких. При использовании нормального иммуноглобулина человека у больных ВП температура тела нормализовалась уже и первые сутки лечения, у них исчезли хрипы в легких, кашель и симптомы интоксикации отмечались в единичных случаях. В анализах крови лейкоцитоз выявлялся у 11,1% больных, ускоренное СОЭ – у 16,6%, остаточные рентгенологические изменения у 11,1% больных. В группе больных ВП получавших только ОТ у 47,0% обследованных наблюдался длительный субфебрилитет, жалобы на слабость и кашель предъявляли 23,5% больных, хрипы в легких сохранялись у 11,7% больных. В анализах крови в 26,4% случаев выявлялся лейкоцитоз и в 41,2% – ускоренное СОЭ, в 29,4% случаев отмечались остаточные рентгенологические изменения. У 23,5% больных, получавших ОТ, заболевание приобретало затяжной характер.

Выводы: у больных ВП включение в комплексное лечение нормального иммуноглобулина человека улучшает клинические, лабораторные, рентгенологические данные, уменьшает случаи затяжного течения заболевания, повышает эффективность проводимого лечения.

## Изменение параметров психоэмоционального статуса у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом под влиянием общей магнитотерапии.

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

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского, Волгоград

Целью исследования являлось изучение влияния метода общей магнитотерапии на параметры психо-эмоционального статуса у больных ревматоидным артритом (РА) и остеоартритом (ОА).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 57 больных с достоверным диагнозом РА (25 мужчин и 32 женщины в возрасте от 26 до 70 лет). Средний возраст пациентов составил  $50,45 \pm 10,12$  лет. Структура стадий РА у изучаемых больных выглядела таким образом: очень ранняя у 3 больных (5,26%), ранняя стадия у 5 пациентов (8,77%), развернутая – у 27 (47,37%), поздняя – у 22 (38,60%). Нами наблюдалось следующее распределение пациентов по активности патологического процесса в зависимости от индекса DAS28 (Disease Activity Score): 1 – низкая ( $2,6 < DAS28 < 3,2$ ) – у 2 пациентов (3,51%); 2 – средняя ( $DAS28 = 3,2 - 5,1$ ) – у 49 больных (85,96%); 3 – высокая ( $DAS28 > 5,1$ ) – у 6 (10,53%). У больных также оценивалась рентгенологическая картина по Штейнброкеру: 1 стадия наблюдалась у 9 пациентов (15,79%), 2 стадия – у 24 (42,10%), 3 – у 16 (28,07%) и 4 – у 8 больных (14,04%). Соотношение больных РА по функциональному классу: I – у 5 пациентов (8,77%), II – у 44 (77,19%), III – у 8 (14,04%). Также под нашим наблюдением находилось 115 больных с достоверным диагнозом ОА (94 женщины и 21 мужчина в возрасте от 31 до 74 лет). Средний возраст больных составил  $57 \pm 8,3$  лет. Продолжительность заболевания менее 5 лет выявлена у 32 больных (27,8%), от 5 до 10 лет – у 45 (39,1%) и более 10 лет – у 38 (33,1%). Распределение пациентов по стадии патологического процесса было следующим: I стадия ОА диагностирована у 12 больных, II – у 85 больных, III – у 18 пациентов. У 107 пациентов (93,04%) отмечена генерализованная форма заболевания. После стационарного лечения пациенты направлялись на климатобальнеологический курорт, где они получали стандартное комплексное восстановительное лечение, включающее общую магнитотерапию бегущими магнитными полями от аппаратно-программного комплекса «Мультимаг» (10 ежедневных сеансов общей магнитотерапии бегущими магнитными полями по методике лечения болезней опорно-двигательного аппарата). Качество жизни больных изучали с помощью общего опросника Short Form 36-item Health Status Questionnaire SF-36. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием пакета Statistica 6.0 for Windows. В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Оказалось, что у больных ОА отмечалась более выраженная тенденция к улучшению показателей, отражающих психическую составляющую здоровья: ролевое эмоциональное функционирование улучшилось на 41% ( $p=0,041$ ), психическое здоровье – на 28% ( $p=0,043$ ), тогда как индикаторы физического компонента здоровья менее динамичны: физическое функционирование улучшилось на 25% ( $p=0,0092$ ), а ролевое физическое функционирование – на 33% ( $p=0,048$ ). При анализе динамики у больных РА наблюдается достоверное увеличение значений по психическому компоненту здоровья, хотя отмечается положительное изменение и показателей физического благополучия. Так, значение

по шкале ролевого физического функционирования повысилось на 43% ( $p=0,0083$ ), ролевого эмоционального функционирования – на 33% ( $p=0,042$ ). Интенсивность боли, отражающаяся на способности заниматься повседневной деятельностью, также снизилась на 17% ( $p=0,028$ ). Индикатор жизненной активности, характеризующей степень участия больного в окружающих его событиях, повысился на 23% ( $p=0,048$ ), психическое здоровье – на 19% ( $p=0,048$ ). Устранение острых симптомов РА в виде отека, синовита под воздействием общей магнитотерапии ведет к улучшению прежде всего физического состояния пациентов. Психическое здоровье больных РА изменяется мало, поскольку это заболевание характерно чаще всего для молодых людей, у которых, как правило, отсутствуют такие отягчающие психический статус факторы, как коморбидность, десоциализация вследствие наступления пенсионного возраста. Наоборот, в группе пациентов с ОА незначительная положительная динамика значений физического компонента здоровья сопровождается более существенным увеличением показателей психического состояния. Заключение. Включение общей магнитотерапии в комплекс общепринятых методов санаторно-курортного лечения оправдано, так как дает позитивные результаты в отношении всех параметров КЖ, свидетельствуя об улучшении как физической, так и психической сферы жизнедеятельности у больных с заболеваниями костно-мышечной системы.

## Возможности тромболитической терапии в лечении тромбозмболии легочной артерии.

Овчинников Ю.В., Линчак Р.М., Зеленов М.В.

Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка, Москва

Тромболитическая терапия (ТЛТ) высокоэффективный метод восстановления проходимости легочного артериального русла у больных с массивной тромбозмболией легочных артерий. Вместе с тем, применение фибринолитических средств в ряде случаев сопровождается высоким риском кровотечения.

Цель. Оценить эффективность тромболитической терапии проурокиназой у пациентов с массивной тромбозмболией легочной артерии (ТЭЛА) в течение госпитального периода наблюдения.

Материал и методы. С 2010 по 2017 г. 42 пациентам с массивной ТЭЛА (средний возраст 55 лет), из них 27 мужчин и 15 женщин, проведена ТЛТ проурокиназой по общепринятой схеме. Длительность заболевания составила от 1 до 14 суток, в среднем 4,8 суток. Диагноз ТЭЛА у всех пациентов был подтвержден компьютерной спиральной томографией с контрастированием легочных артерий (МСКТ АГ). КТ-индекс ТЭЛА составлял  $58,4 \pm 14$  баллов. После ТЛТ проводилось лечение гепарином внутривенно под контролем АЧТВ, с последующим переходом на прием варфарина.

Результаты. После ТЛТ отмечено купирование тахикардии, тахипноэ у всех больных. При контрольной Эхо-КГ отмечено уменьшение лёгочной гипертензии (снижения систолического давления в ЛА), уменьшения размеров ПЖ и диаметра ЛА у 19 (47,5%) больных. По данным МСКТ АГ отмечено уменьшение объёма тромботических масс у всех больных; КТ-индекс ТЭЛА после ТЛТ составил  $20 \pm 12,7$ . У 5 (12,5%) больных зарегистрированы минимальные кровотечения, 3 (7,5%) – умеренные. Большие кровотечения, включающие внутричерепные кровоизлияния, потребовавших прекратить ТЛТ, зарегистрированы у 2 (5%) больных. Летальных исходов – 2 (5%), рецидив ТЭЛА отмечен у 1 (2,5%) пациента.

Вывод. Тромболитическая терапия является надежным способом устранения эмболической окклюзии легочного русла, снижает не только смертность, но и риск формирования постэмболической гипертензии. Летальность при проведении ТЛТ не превышает 5%. Проурокиназа продемонстрировала высокий профиль безопасности, поскольку развитие кровотечений регистрировалось нами значительно реже, чем авторами других работ. Учитывая полученный нами опыт, в условиях оптимизации затрат на дорогостоящее лечение пациентов с ТЭЛА, тренда на импортзамещающие технологии, интерес к российскому фибринселективному препарату будет и должен расти.

### **Сравнительный анализ изменений показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка на фоне хронофармакотерапии у больных артериальной гипертонией, перенесших ишемический инсульт.**

*Опольская С.В., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Краснодар*

Цель: сравнить влияние различных режимов дозирования в течение суток комбинаций антигипертензивных препаратов на показатели структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ), перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы исследования. Обследовано 62 пациента с АГ (медиана возраста 64 года), перенесших ИИ в ближайшие 4 недели. Все пациенты рандомизированы в 2 группы в зависимости от варианта терапии: 1 группа (n=30) – больные, получавшие индапамид ретард 1,5 мг и валсартан 160 мг утром; 2 группа (n=32) – индапамид ретард 1,5 мг утром и валсартан дважды в сутки по 80 мг утром и вечером. Всем больным до и через 12 месяцев лечения проводилось эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование («ALOKA SSD 2500», Япония); оценивались конечный диастолический размер (КДР) и конечный систолический размер (КСР) ЛЖ, толщина задней стенки (ТЗС) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ, масса миокарда (ММ) ЛЖ и индекс ММЛЖ (ИММЛЖ). Кроме того, определялись показатели диастолической функции ЛЖ: коэффициент Е/А, время изоволюметрического расслабления (IVRT), время замедления раннего диастолического кровотока (DT). Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

Результаты исследования. Через 12 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии во всех группах больных наблюдалась достоверная ( $p < 0,05$ ) положительная динамика ЭХО-КГ показателей. Важно, что степень изменения всех исследованных ЭХО-КГ показателей во 2-й группе оказалась достоверно больше, чем у пациентов в 1-й группе. Так, во 2-ой группе по сравнению с 1-ой регистрировалось статистически более значимое уменьшение КДР на 16,8% и 7,1%, КСР – на 20,5% и 5,2%, ТМЖП – на 34,5% и 20%, ТЗСЛЖ – на 36,4% и 20%, ММЛЖ – на 17,5% и 4,6%, ИММЛЖ – на 17,5% и 4,6%, DT – на 10,7% и 3,9%, IVRT – на 13,4% и 2,4% соответственно. Кроме того, ФВ ЛЖ в 1-й группе увеличилась на 5,4%, во 2-й – на 10,1%, коэффициент Е/А в 1-й группе увеличился на 8%, во 2-й – на 28,7% ( $p < 0,05$ ). До начала комбинированной АГТ нормальная геометрия ЛЖ (НГ ЛЖ) с одинаковой частотой определялась у незначительного числа пациентов: в 1-й группе у 5 (17%) человек, во 2-й – у 4 (12,5%). После 12 месяцев хронофармакотерапии во всех группах исследуемых отмечалась

достоверная положительная динамика увеличения числа пациентов с НГ ЛЖ, так, в 1-й группе – у 12 (40%), во 2-й – у 23 (72%) человек ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что различия между группами по числу пациентов с НГ ЛЖ после 12 месяцев комбинированной АГТ оказались достоверными для 2-й группы исследуемых ( $p < 0,05$ ). На момент включения в исследование во всех группах больных преобладающим оказался концентрический вариант ремоделирования ЛЖ (КР ЛЖ), который наблюдался у 12 (40%) больных в 1-й группе, 15 (47%) – во 2-й. Через 12 месяцев хронофармакотерапии отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение числа пациентов с КР ЛЖ. Так, в 1-й группе число больных с КР ЛЖ уменьшилось до 6 человек (23%), во 2-й группе данный вариант ремоделирования миокарда ЛЖ не регистрировался. Вместе с тем различия между исследуемыми группами по числу пациентов с КР ЛЖ через 12 месяцев комбинированной АГТ оказались достоверными для 2-й группы ( $p < 0,05$ ). Кроме того, анализ диастолической функции миокарда ЛЖ показал, что исходно нормальная диастолическая функция миокарда ЛЖ определялась у 6 (20%) пациентов в 1-й, 7 (22%) человек во 2-й группах. После 12 месяцев хронофармакотерапии частота нормализации диастолической функции ЛЖ достоверно ( $p < 0,05$ ) возросла в 1-й группе до 16 (53%) исследуемых, 28 (88%) во 2-й группах. При этом следует подчеркнуть, что различия между группами пациентов с нормальной диастолической функцией миокарда ЛЖ через 12 месяцев комбинированной АГТ оказались достоверными для 2-й группы пациентов ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, независимо от варианта режима дозирования комбинированной АГТ в течение суток, во всех исследуемых группах пациентов с АГ, перенесших ИИ, отмечалась положительная динамика показателей структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ. Однако утренний прием индапамида ретард и двукратное назначение валсартана обеспечивали более выраженный регресс показателей ремоделирования миокарда ЛЖ, нормализацию его геометрии и диастолической функции по сравнению с однократным назначением валсартана в той же суточной дозе в утренние часы. Данный вариант лечения может быть более предпочтительным у больных с АГ, перенесших ИИ.

### **Динамика структурно-функциональных показателей правого желудочка у пациентов с сочетанной кардиопульмональной патологией на фоне комплексной терапии с применением физических тренировок.**

*Павленко В.И., Нарышкина С.В.*

*Амурская государственная медицинская академия,  
Благовещенск*

В настоящее время комплексная легочная реабилитация становится «золотым стандартом» в лечении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Известно, что важнейшим фактором, усугубляющим мышечную дисфункцию, является развитие гиподинамии, которая присуща пациентам ХОБЛ.

Цель исследования. Оценить влияние комплексной терапии с применением физических тренировок (ФТ) по методике свободного выбора нагрузки (СВН) на структурно-функциональные показатели правого желудочка (ПЖ) у пациентов ХОБЛ, сочетанной с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 34 амбулаторных больных с ХОБЛ среднетяжелого течения, сочетанной со стабильной стенокардией

II ФК, в возрасте от 42 до 65 лет, которые в зависимости от объема терапии были разделены на 2 равноценные группы: 1-я группа больных (n=18) получала стандартизованную фармакотерапию, в схему лечения больных 2-й группы (n=14) включена ФТ со СВН (частотой педалирования и мощностью нагрузки) на велотренажере курсом 10-15 занятий в месяц по 10-20 минут зависимости от толерантности к физической нагрузке. Комплексное ультразвуковое исследование сердца проводили до и после лечения методом эхокардиографии на аппарате Logic400 в М-, В- и доплеровском режимах с использованием ультразвукового конвексного датчика 3,5 МГц из парастернального и апикального доступов с учетом принятых в настоящее время в клинической практике подходов. Анализировали следующие показатели: конечно-систолический и конечно-диастолический объемы (КДО и КСО, мл) ПЖ, толщину передней стенки (ТПС, см) ПЖ, фракцию выброса (ФВ%) ПЖ, максимальную скорость кровотока в фазу раннего диастолического наполнения (Е) ПЖ, максимальную скорость кровотока во время систолы предсердий в фазу позднего диастолического наполнения (А) ПЖ, отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения ПЖ (Е/А). Толерантность к физической нагрузке оценивали по тесту 6MWD. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Полученные математические данные обработаны с помощью программного пакета Statistica 6.0. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты. Установлено, что как стандартизованная терапия, так и терапия, дополненная ФТ со СВН, позитивно влияла на функциональные и структурные показатели ПЖ, с наибольшей их динамикой во 2-й группе. Так, во 2-й группе КДО ПЖ снизился на 3,7%, КСО ПЖ – на 5,7%, в то время как у пациентов 1-й группы на 1,5% и 1,3% соответственно. ТЗС ПЖ уменьшилась с  $0,448 \pm 0,022$  см до  $0,437 \pm 0,021$  см, хотя по отношению к 1-й группе недостоверно. ФВ ПЖ во 2-й группе была выше, чем у пациентов 1-й группы на 3,4%, но без статистической разницы ( $p > 0,05$ ). Улучшение структурных показателей и систолической функции ПЖ сопровождалось одновременным уменьшением диастолической дисфункции ПЖ о чем свидетельствовало увеличение показателя А/Е, более заметное у пациентов 2-й группы (+6,7%). К завершению этапа наблюдения исходное значения пройденной дистанции по тесту 6MWD во 2-й группе было достоверно больше чем в 1-й группе ( $p < 0,05$ ).

Заключение. Применение ФТ с СВН в составе долгосрочной комплексной терапии пациентов с ХОБЛ и ИБС способствует замедлению процессов сердечного ремоделирования, улучшению диастолической функции ПЖ и существенно повышает физическую выносливость данной категории больных.

### **Фенотипические особенности лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.**

*Палабугина П.А., Таланкина А.А., Акимова А.В., Мионов В.А., Тарасова Е.В.*

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

Введение Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) широко распространена: по данным литературы, единичные внешние признаки встречаются у 94% лиц молодого возраста (Тихонова, 2006). Для ДСТ

характерны астенический, клапанный, торакодиафрагмальный, сосудистый, аритмический, бронхолегочный синдромы, синдром иммунологических нарушений, патологии органа зрения, патологии стопы, гипермобильности суставов. В связи с полиорганностью поражения ДСТ представляет важную медико-социальную проблему. Цель исследования – выявление наиболее часто встречаемых фенотипов ДСТ среди относительно здоровых молодых людей.

Материалы и методы исследования. На базе ФГКУЗ «5 военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации» г. Екатеринбург было проведено кросс-секционное исследование молодых людей от 18 до 25 лет. В исследовании на основе добровольного информированного согласия приняли участие 67 молодых людей, студентов Уральского государственного медицинского университета и военнослужащих, с медианой возраста 22 (20÷23) года. У всех обследуемых определялись внешние фенотипы ДСТ по карте, специально разработанной для данного исследования на основании Национальных рекомендаций Российской научной медицинской общества терапевтов 2015 года. Учитывались следующие внешние фенотипы ДСТ: долихостеномелия, арахнодактилия, симптомы I пальца и запястья, оттопыренные, «мятые» уши, приросшая мочка, высокое арковидное небо, аномальный рост зубов и прикус, диастема, нестабильность и подвывихи суставов, переразгибание коленных и локтевых суставов, тесты I пальца и разгибания кисти, genu varum, genu valgus, поперечное плоскостопие, косолапость, плоскостопие, сандалевидная щель, синдактилия II и III пальцев, короткий I палец стопы, hallux valgus, остеохондроз, нестабильность шейного отдела позвоночника, астеническая, воронкообразная или килевидная грудная клетка, сколиоз, крыловидные лопатки, «прямая» спина, гиперкифоз, гиперлордоз, варикозное расширение вен, варикоцеле, диастаз прямых мышц живота, грыжи, косоглазие, голубые склеры, гипо/гипертелоризм, повышенная растяжимость кожи, белые стрии, множественные родинки, депигментации. При выявлении 6 и более фенотипов регистрировалась недифференцированная ДСТ (НДСТ) (Рекомендации ВНОК, 2012). На втором этапе проводилось сравнительное исследование. При выявлении 6 и более внешних фенотипов обследуемого включали в основную группу (n=43), лица, имеющие менее 6 внешних фенотипов, составили группу контроля (n=24). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0 и Biostat, различия между группами оценивали с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, различия частоты признака в группах оценивали с помощью критерия  $\chi^2$ , достоверность различий значима при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования и их обсуждение. Внешние фенотипы ДСТ в разном количестве были выявлены у 100% обследованных. 6 и более внешних фенотипов выявлено в 64,2%. Группы были сравнимы по возрасту и полу. У лиц с НДСТ достоверно чаще встречаются следующие фенотипы: плоскостопие (53,5%,  $p = 0,004$ ), положительный тест запястья (53,5%,  $p = 0,000$ ), астеническая грудная клетка (44,2%,  $p = 0,022$ ), гипермобильность I пальца кисти (44,2%,  $p = 0,002$ ), переразгибание локтевого сустава (41,9%,  $p = 0,000$ ), тест I пальца (39,5%,  $p = 0,02$ ), переразгибание кисти (37,2%,  $p = 0,01$ ), высокое арковидное небо (20,9%,  $p = 0,05$ ), синдактилия II-III пальцев стопы (20,9%,  $p = 0,05$ ). Эти фенотипы можно считать наиболее значимыми при диагностике НДСТ. При высокой встречаемости приросшей мочки уха и сколиоза, данные признаки сравнимо часто встречаются в обеих группах (37,2% и 37,2% в основной группе и 41,7% и 29,2% в контрольной группе;  $p = 0,76$  и  $p = 0,88$  соответственно).

Выводы 1. В исследуемой группе лиц 22 (20÷23) лет множественные фенотипы НДСТ выявлены в 64,2%. 2. Наиболее часто встречаются следующие фенотипы НДСТ: плоскостопие, положительный тест запястья,

астеническая грудная клетка, синдром гипермобильности суставов, высокое арковидное небо, синдактилия II-III пальцев стопы.

## **Особенности психоэмоционального статуса лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.**

*Палабугина П.А., Таланкина А.А., Акимова А.В., Мионов В.А., Тарасова Е.В.*

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

Введение Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически детерминированное состояние, обусловленное нарушениями метаболизма соединительной ткани, характеризующееся нарушением структуры волокон и основного вещества. Уникальность структуры и функции соединительной ткани создают условия для возникновения большого числа её аномалий и заболеваний. По данным литературы, распространенность отдельных внешних признаков ДСТ чрезвычайно высока: единичные внешние признаки обнаруживаются у 94% лиц молодого возраста (Тихонова, 2006). Широкое распространение ДСТ, прогрессивный характер течения, полиорганный характер поражения делают её важной медико-социальной проблемой.

Цель исследования – проведение комплексной оценки клинических и психологических особенностей лиц с недифференцированной ДСТ (НДСТ).

Материалы и методы исследования. На первом этапе проведено кросс-секционное исследование молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет. Исследование проводилось на базе ФГКУЗ «5 военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ» г. Екатеринбурга. В исследовании на основе добровольного информированного согласия приняли участие 67 молодых людей, студентов Уральского государственного медицинского университета и военнослужащих, с медианой возраста 22 (20÷23) года. У всех обследуемых определялись внешние фены ДСТ по карте, специально разработанной для данного исследования на основании Национальных рекомендаций Российского научного медицинского общества терапевтов 2015 года. Всем обследуемым проводилось исследование психоэмоционального статуса с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Многостороннее исследование личности (МИЛ) на основании Миннесотского многофакторного личностного опросника MMPI в модификации Ф.Б. Березина и соавт. Выраженность болевых синдромов различных локализаций определяли с помощью визуальной аналоговой шкалы боли. На втором этапе проводилось сравнительное исследование. При выявлении 6 и более внешних фенов обследуемого включали в основную группу (n=43); лица, имеющие менее 6 внешних фенов, составили группу контроля (n=24). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0, различия между группами оценивали с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, достоверность различий значима при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования и их обсуждение. Внешние фены ДСТ в разном количестве были выявлены у 100% обследованных. Частота НДСТ с количеством внешних фенов 6 и более составила среди молодых людей 64,2%, что не противоречит данным литературы. Результаты сравнительного исследования показали достоверные различия групп. Группы были сравнимы по возрасту, но группа НДСТ имела достоверно

меньшие показатели индекса массы тела ( $p=0,007$ ). Это может быть связано с мышечной гипотрофией и с более низкой плотностью костной ткани при ДСТ. Обследуемых с НДСТ больше беспокоят артралгии ( $p=0,037$ ). Выраженность болей других локализаций (в спине, сердце, грудной клетке, животе, головные боли) в основной и контрольной группах не различалась. По результатам МИЛ пациенты с НДСТ достоверно отличались более низкими показателями по шкале социальной интроверсии ( $p=0,029$ ). По шкалам психопатии и феминности также наметилась тенденция к более низким результатам по сравнению с группой контроля ( $p=0,07$  и  $p=0,16$  соответственно), а по шкале ипохондрии – к более высоким показателям ( $p=0,1$ ). Таким образом, лица с НДСТ показали себя менее открытыми, менее склонными к демонстративным реакциям и конфликтам, и вместе с тем больше обращают внимание на свои симптомы.

Выводы 1. НДСТ в группе исследования (n=67) выявлена у 64,2%. 2. Индекс массы тела у молодых людей с НДСТ достоверно ниже по сравнению с группой контроля. 3. Из болевых синдромов достоверно больше при НДСТ беспокоит артралгический. 4. Личностная характеристика обследованных с НДСТ показала, что они более склонны к интроверсии, у них менее выражены конфликтность и половая идентификация.

## **Выбор опиоидных анальгетиков для терапии хронического болевого синдрома у пациентов терапевтического профиля.**

*Палехов А.В., Введенская Е.С.*

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставропольский краевой центр паллиативной помощи,  
Городская клиническая больница № 30, Ставрополь,  
Нижний Новгород*

Существующая в настоящее время федеральная нормативно-правовая база, в которую в последнее время внесены существенные изменения, дает возможность врачу назначать все необходимые, в том числе и опиоидные, лекарственные средства больным, страдающим хроническим болевым синдромом (ХБС). Выбор опиоидных анальгетиков (ОА) для лечения ХБС должен в первую очередь основываться на их соответствии интенсивности боли, но немаловажным фактором выбора является и планируемая продолжительность их применения, а также прогноз в отношении жизни пациента. При благоприятном жизненном прогнозе особенно важен выбор лекарственных средств с минимальным наркотическим потенциалом. При «умеренной боли» целесообразно назначение «слабых» опиоидных анальгетиков, в первую очередь анальгетика со смешанным механизмом действия – трамадола. Слабо выраженные опиоидные побочные эффекты, наличие неинвазивных и пролонгированных лекарственных форм ставят трамадол в ряд самых безопасных ОА. Однако при применении в высоких дозах нарастают побочные эффекты как опиоидного, как и серотонинергического механизма действия трамадола. Наиболее целесообразна терапия низкими дозами с последующим титрованием, а для начала терапии самым безопасным следует считать применение комбинированного препарата – трамадол+парацетамол. При нарастании интенсивности боли следует планировать терапию «сильными» ОА. Следует помнить о различных сроках развития опиоидной толерантности различных лекарственных форм одного и того же лекарственного средства. Быстрый рост опиоидной толерантности присущ всем

опиоидным анальгетикам короткого действия, но особенно выражен у инъекционных лекарственных форм, что обусловлено постоянным созданием «пиковых» концентраций препарата. При применении не создающих «пиковых» концентраций пролонгированных форм развитие опиоидной толерантности происходит медленнее. Сравнивая пролонгированные формы наркотических лекарственных средств (НЛС), следует отметить, что синтетический опиоид фентанил имеет меньший (по сравнению с морфином) наркогенный потенциал, что ещё больше снижает вероятность развития зависимости от фентанила, используемого в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС). Основными критериями, определяющими выбор препаратов в группе сильных опиоидов, являются наличие лекарственных форм препаратов, обеспечивающих снижение пиковых концентраций – (ТТС; таблетки пролонгированного действия), выбор лекарственных средств с меньшим наркогенным потенциалом и, что крайне важно, выбор лекарственных средств оптимизирующих терапию за счет рациональных комбинаций. Необходимо помнить, что использование сильнодействующих ОА представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Рассматривая аспекты выбора ОА в масштабе страны, актуальным является применение ОА с низким риском их немедицинского использования или отсутствием такого. Эффективными ОА с повышенным уровнем безопасности являются препараты, содержащие комбинацию оксикодона гидрохлорида и антагониста опиоидных рецепторов налоксона гидрохлорида, что практически исключает их нецелевое использование. Благодаря локальному конкурентному воздействию на опиоидные рецепторы в кишечнике, налоксон уменьшает выраженность нарушений функций кишечника, типичных при лечении опиоидами (тошнота, запоры). Организация адекватного лекарственного обеспечения в нашей стране вовсе не означает только увеличение объема применяемых ОА. Масштабы роста немедицинского применения ОА, существующие в некоторых странах мира, обязывают крайне осторожно относиться к выбору ОА, регистрируемых и рекомендуемых к использованию в РФ, а рост смертности населения в ряде стран от передозировки назначаемых врачами ОА, предостерегает нас от возможных ошибок в выборе оптимальных ОА (с учётом не только самого лекарственного средства, но и его лекарственной формы). Для улучшения качества анальгетической терапии в нашей стране повышение уровня применения ОА крайне необходимо, но за счёт препаратов, обладающих не только хорошим обезболивающим эффектом, но и относительно невысоким наркогенным потенциалом.

### **Сывороточные антитела к вирусу гепатита «а» (anti-hav-igg) при остром коронарном синдроме и их клиническое значение.**

*Панов А.А., Дедов А.В.*

*Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань*

Введение. Проникновение в организм вируса гепатита «А» (HAV) приводит к острому вирусному гепатиту, но при этом не возникает хроническая болезнь печени. После однократного инфицирования антител к HAV класса IgG (anti-HAV-IgG) пожизненно циркулирует в организме человека. В зависимости от возраста, в развитых странах от 50 до 80% населения являются позитивными по anti-HAV-IgG. С точки зрения поражения сердечно-сосудистой системы, в частности, патологии коронарных сосудов, HAV является наименее изученным вирусом.

Цель и задачи. Определить встречаемость anti-HAV-IgG среди больных острым коронарным синдромом (ОКС) и сопоставить их наличие с особенностями течения заболевания.

Материал и методы. У 50 здоровых доноров и 136 больных ОКС были определены anti-HAV-IgG методом ИФА. При этом ни один из больных ранее не подвергался вакцинации против гепатита «А».

Результаты. Частота обнаружения anti-HAV-IgG у доноров составила 71,4%, а в общей группе больных ОКС – 96,3%. Было проведено сравнение особенностей клиники у больных ОКС с наиболее высокими и наиболее низкими уровнями anti-HAV-IgG (anti-HAV-IgG-max и anti-HAV-IgG-min соответственно), так как число лиц, негативных по anti-HAV-IgG, было недостаточным для статистического анализа. Больные ОКС с anti-HAV-IgG-max были старше лиц из группы anti-HAV-IgG-min ( $64,6 \pm 2,9$  лет  $> 54,7 \pm 2,1$  лет,  $p < 0,05$ ). У пациентов с anti-HAV-IgG-max ОКС в 45% сопровождался подъёмом сегмента ST, против 20% у больных ОКС anti-HAV-IgG-min ( $p > 0,05$ ). Инфаркт миокарда (ИМ) развивался в обеих группах лиц с ОКС примерно с равной частотой, однако класс тяжести ИМ у anti-HAV-IgG-max был выше, составляя соответственно  $2,1 \pm 0,3$  против  $1,5 \pm 0,3$  у больных с anti-HAV-IgG-min ( $p > 0,05$ ). По данным ЭКГ в группе пациентов с ОКС и наличием anti-HAV-IgG-max синусовая тахикардия регистрировалась у 45% больных, что достоверно ( $p < 0,05$ ) было чаще, чем у пациентов с ОКС и anti-HAV-IgG-min (10%). Синусовая брадикардия в рассматриваемых группах наблюдалась соответственно у 25% и 10%, желудочковая экстрасистолия – у 15% и 0% ( $p > 0,05$ ). У anti-HAV-IgG-max по сравнению с anti-HAV-IgG-min преобладали передне-перегородочная и передне-боковая локализации ИМ (55%  $> 33\%$  и 50%  $> 33\%$  соответственно,  $p > 0,05$ ). По данным ЭХО-кардиографии выявлялись более низкие показатели сократимости левого желудочка у больных ОКС с anti-HAV-IgG-max по сравнению с anti-HAV-IgG-min (Фракция Изгнания=ФИ составляла соответственно  $51,6 \pm 1,3\%$  и  $60,6 \pm 3,2\%$ ,  $p < 0,05$ ; Ударный Объём=УО  $81,6 \pm 4,5$  мл и  $99,8 \pm 7,0$  мл,  $p < 0,05$ ). В рассматриваемых группах частота выявления зон гипокинезии миокарда составляла 50% и 14% ( $p < 0,05$ ); более часто выявлялась диастолическая дисфункция (60% против 40%,  $p > 0,05$ ). У больных ОКС с anti-HAV-IgG-max были несколько меньшие уровни холестерина ( $5,27 \pm 0,30$  ммоль/л  $< 5,72 \pm 0,25$  ммоль/л,  $p > 0,05$ ), триглицеридов ( $125 \pm 16$  мг/дл  $< 168 \pm 51$  мг/дл,  $p > 0,05$ ) и  $\beta$ -липопротеидов ( $404 \pm 14$  ед.  $< 557 \pm 54$  ед.,  $p < 0,05$ ), АЛТ и АСТ ( $p > 0,05$ ) по сравнению с группой anti-HAV-IgG-min. Достоверно выше был в 1 группе и протромбиновый индекс=ПТИ ( $86 \pm 3\%$   $< 99 \pm 3\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы. 96,3% больных ОКС являются серопозитивными по наличию anti-HAV-IgG, что достоверно ( $p < 0,05$ ) отличает их от доноров группы контроля (71,4%). Наличие высоких уровней anti-HAV-IgG ассоциировано с более тяжёлым течением ОКС по данным комплекса клинических и лабораторно-инструментальных показателей, что позволяет считать уровень anti-HAV-IgG неблагоприятным показателем при ОКС.

### **Оценка уровня мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ишемической болезнью сердца и тиреотоксикозом на фоне терапии тиростатиками.**

*Пащенко Е.В., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Кудинов В.И., Матвейчук Л.С., Сафроненко В.А.*

*Ростовская областная клиническая больница, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Оценить динамику уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с

тиреотоксикозом до и через 6 месяцев терапии тиростатиками и определить значение данного показателя для диагностики сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и тиреотоксикозом.

Материал и методы. В исследовании участвовали 111 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет ( $58,3 \pm 5,6$  лет). Выделены 4 группы: основная – 25 пациентов с ИБС, клиническими признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III ФК и тиреотоксикозом, 1-я группа сравнения – 30 пациентов с ИБС и клиническими признаками ХСН II-III ФК без патологии щитовидной железы, 2-я группа сравнения – 30 пациентов с тиреотоксикозом без ИБС, 3-я группа сравнения – 26 пациента с тиреотоксикозом и ИБС, без клинических признаков ХСН. Определяли уровни свободного трийодтиронина (fT3) и свободного тетрайодтиронина (fT4), тиреотропного гормона (ТТГ) с целью диагностики тиреотоксикоза. Уровень NT-проBNP в сыворотке крови оценивали с помощью лабораторных наборов для иммуноферментного анализа (Biomedica, Австрия) на автоматическом иммуноферментном анализаторе «Лазурит», «Дайнекс Технолджис», США, исходно и через 6 месяцев терапии тиреотоксикоза (в основной группе и 1-й группе сравнения). Пациентам с тиреотоксикозом проводилась стандартная тиреостатическая терапия (тиазол в суточной дозе 30-40 мг/сутки, с последующим снижением по схеме до поддерживающей дозы 5-10 мг/сутки). Лечение ИБС и ХСН проводилось в соответствии с современными рекомендациями.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлен повышенный уровень NT-проBNP у пациентов всех групп. Наиболее высоким данный показатель оказался в основной группе – 712,1 ( $434,3; 893,9$ ) пг/мл. У пациентов 2-й группы сравнения получено наименьшее значение уровня NT-проBNP – 225,5 ( $180,1; 376,1$ ), который оказался в 2,8 раза ниже, чем в основной группе ( $p < 0,05$ ). Однако показатель превышал установленный нормальный уровень ( $< 125$  пг/мл), таким образом подтверждая, что избыток тиреоидных гормонов стимулирует продукцию натрийуретических пептидов. Анализ концентрации NT-проBNP у пациентов 1-й и 3-й групп сравнения не выявил достоверных отличий ( $326,6$  ( $253,7; 456,7$ ) пг/мл и  $345,3$  ( $263,8; 420,6$ ) пг/мл;  $p = 0,88$ ). Вместе с тем показатели в 2,18 и 2,06 раза были ниже по сравнению с соответствующими результатами основной группы ( $p < 0,05$ ). Это позволяет судить о сопоставимом по силе влиянии на концентрацию NT-проBNP как морфофункциональных изменений в сердце, так и избыточной секреции тиреоидных гормонов. На фоне лечения тиреотоксикоза отмечено достоверное снижение уровня NT-проBNP у пациентов обеих групп ( $p < 0,05$ ). При этом в 1-й группе сравнения он уменьшился в 3,96 раза и достиг нормального значения ( $64,6$  ( $42,2; 76,3$ )), тогда как в основной группе – снизился в 1,75 раза и составил  $406,7$  ( $309,1; 498,6$ ) пг/мл, по-прежнему превышая пороговое значение и результаты пациентов 1-й и 3-й групп сравнения.

Выводы. У пациентов всех групп сравнения выявлена повышенная концентрация NT-проBNP, при этом наиболее высокий уровень отмечался в группе пациентов с клинически выраженной ХСН на фоне ИБС в сочетании с тиреотоксикозом. Не установлено достоверных различий уровня NT-проBNP у пациентов с ИБС и клинически выраженной ХСН без тиреотоксикоза и у больных с тиреотоксикозом и ИБС без ХСН, что свидетельствует о низкой диагностической ценности маркера сердечной недостаточности NT-проBNP у коморбидных больных с тиреотоксикозом. Снижение уровня NT-проBNP через 6 месяцев терапии тиреостатиками в группе пациентов с ИБС и ХСН дает основание думать о возможности применения данного маркера после компенсации тиреотоксикоза.

## Синдром хронической тошноты и рвоты у пожарных.

*Пичугина Л.В.*

*Медико-санитарная часть министерства внутренних дел, Ижевск*

В 2016 году эксперты Римского IV консенсуса разработали новую классификацию функциональных желудочно-кишечных расстройств (расстройств взаимодействия «кишка – мозг»). В разделе гастродуоденальных расстройств выделен синдром хронической тошноты и рвоты (СХТР) (С. И. Пиманов, Н.Н. Силивончик, 2016). Критериями СХТР служат беспокоящая (то есть снижающая обычную активность) тошнота, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю и/или 1 и более эпизода рвоты неделю, исключены самопроизвольные вызывание рвоты пациентом, расстройства пищевого поведения, регургитация и руминация; нет доказательства на основании рутинных обследований наличия органических, системных, метаболических заболеваний, объясняющих эти симптомы. Исследований, посвященных изучению СХТР мало, а у сотрудников Государственной противопожарной службы (пожарных) практически нет. Тошнота и рвота могут служить маркерами тяжелой соматической патологии и должны выявляться на ранних этапах, особенно у лиц опасных профессий. Цель исследования – оценка частоты синдрома хронической тошноты и рвоты у пожарных.

Материал и методы исследования. Проведено углубленное медицинское обследование (включающее клиническое обследование врачами-специалистами, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией по показаниям, ультрасонографию органов брюшной полости) с комплексным социально-гигиеническим исследованием с использованием опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) 385 сотрудников Государственной противопожарной службы по Удмуртской Республике. Средний возраст пожарных составил  $33,8 \pm 9,6$  лет; мужчин было 96,6%, женщин – 3,4%. Математическая обработка осуществлена с использованием Microsoft Excel Starter 2010.

Результаты исследования. Установлено, что тошнота беспокоила 6,8% всех опрошенных пожарных. При этом у 3,4% опрошенных тошнота почти не беспокоила, 2,3% немного беспокоила, 0,8% беспокоила умеренно, 0,3% беспокоила очень сильно, 8,3% опрошенных не ответили на данный вопрос 84,9% опрошенных не жаловались на тошноту. Показатель шкалы тошноты по опроснику GSRS в исследованной популяции пожарных составил  $1,0$  балла  $\pm 0,6$ . На рвоту указали 0,8% опрошенных, причем рвота была с желчью и 0,5% опрошенных приносила облегчение. Показатель по шкале рвоты был  $0,5 \pm 0,5$  балла. Выводы. Таким образом, у пожарных синдром хронической тошноты и рвоты выявлен у каждого тридцатого пожарного, один пожарный из двухсот нуждается в тщательном обследовании для исключения серьезной органической патологии. Использование опросника GSRS у пожарных для скрининга патологии гастродуоденальной зоны нуждается в дальнейшем изучении.

## Предпосылки микроциркуляторных нарушений у больных с хронической бронхиальной астмой, сочетанной с ишемической болезнью сердца.

*Победенная Г.П., Скиба Т.А., Кострюкова Л.Н.*

*Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки, Луганск*

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Тесные анатомо-функциональные связи дыхательной и сердечно-сосудистой систем обуславливают негативное влияние заболевания дыхательной системы на функциональное и морфологическое состояние сердечно-сосудистой. Коморбидность БА с ишемической болезнью сердца (ИБС) создает предпосылки для отягчающего влияния обострения БА на течение ИБС. При БА было отмечено нарушение реологических свойств крови. Нарушения микроциркуляции являются одним из ключевых патогенетических механизмов развития ИБС.

Цель исследования – изучить состояние агрегационной способности тромбоцитов у больных персистирующей БА средней тяжести, сочетанной с ИБС, диффузным кардиосклерозом. Материал и методы исследования. Были обследованы 103 пациента в возрасте от 50 до 63 лет с БА среднетяжелого персистирующего течения в фазе обострения. У 55 больных диагностировалась БА, у 48 – БА, сочетанная с ИБС. Спонтанную и АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов изучали на лазерном агрегометре НПФ БИОЛА 230-LA. При этом оценивались СРАсп – показатель спонтанной агрегации, СРАадф – показатель АДФ-индуцированной агрегации, СРМНсп – максимальный наклон кривой среднего радиуса спонтанной агрегации, СРМНадф – максимальный наклон кривой среднего радиуса АДФ-индуцированной агрегации, СРт – время максимальной агрегации по кривой среднего радиуса, СРДА – степень дезагрегации. Контрольную группу составили 25 практически здоровых добровольцев в сходном возрастном и гендерном диапазоне.

Полученные результаты и их обсуждение. У пациентов с БА без ИБС в период обострения БА наблюдалась тенденция к увеличению показателей АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов и увеличения времени максимальной агрегации СРт. Остальные изученные показатели не претерпевали существенных изменений. У больных БА, сочетанной с ИБС, в период обострения БА отмечалось достоверное увеличение всех показателей спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации, причем, показатель СРАсп был выше контрольных значений в 11,4 раза, а при сравнении с таковыми у пациентов с БА без ИБС – в 10,5 раза. Значение СРАадф было больше контрольного показателя в 2,2 раза ( $p < 0,05$ ), а также в 1,8 раза достоверно превышало аналогичное значение больных БА без ИБС. СРМНсп у пациентов с БА, сочетанной с ИБС, также превышал контрольные значения и у пациентов с БА без ИБС в 5,7 и 6,5 раза соответственно, свидетельствуя о повышении агрегационной способности тромбоцитов у больных БА, сочетанной с ИБС. СРМНадф у больных БА с ИБС был почти в два раза ( $p < 0,05$ ) больше аналогичного у практически здоровых и больных БА без ИБС. СРт снижался в 1,4 раза относительно референтной нормы и в 1,5 раза от показателя пациентов с БА и ИБС. При этом СРДА возрастала в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ) сравнительно с показателем здоровых лиц и в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ) – с аналогичным больных БА без ИБС. Таким образом, у пациентов с БА без ИБС не отмечается значительных изменений агрегации тромбоцитов, а у пациентов с сочетанием БА и ИБС все исследованные показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов выявлялись повышенными. Возрастание показателей спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов может быть фактором риска формирования микротромбов у больных с БА, сочетанной с ИБС. Образование микротромбов в микрососудах является фактором риска микроциркуляторных нарушений, приводит к редукции сосудистого русла и к нарушениям газообмена, что далее может вызывать появление осложнений со стороны как легочной системы в виде легочной недостаточности, так и со стороны сердечно-сосудистой системы – улучшать течение ИБС у больных БА.

## Системные факторы воспаления при бронхиальной астме.

*Победенная Г.П., Ярцева С.В., Скиба Т.А., Черникова Н.М.*

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, Луганск*

Эффективному воздействию на системные факторы воспаления при бронхиальной астме (БА) в настоящее время придается важное значение. Одним из таких факторов является интерлейкин (IL)-8, который оценивается как маркер тяжелого течения заболевания. IL-8 играет важную роль в хемоаттракции нейтрофилов. Нейтрофильное воспаление при тяжелой персистирующей БА способствует продукции значительного количества эйкозаноидов – продуктов липооксигеназного превращения арахидоновой кислоты, в частности, лейкотриена В4. Его структура несколько отличается от строения цистениловых лейкотриенов С4, Е4, D4, на которые направлено действие антилейкотриеновых препаратов, что определяет недостаточную терапевтическую эффективность последних.

Цель исследования – определение содержания IL-8 у больных бронхиальной астмой различных степеней тяжести в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) и лейкотриена В4 (LTB4) в сыворотке крови и моче больных на фоне терапии согласно существующим протоколам с включением антилейкотриенового препарата монтелукаста натрия в дозе 10 мг 1 раз в сутки на ночь. Материал и методы исследования. Кроме проведения общепринятого клинко-лабораторного и инструментального обследования, у 94 больных БА (в т.ч. 52 больных с легким течением БА, 23 больных – со среднетяжелым и 19 – с тяжелым течением заболевания) в сыворотке крови и в КВВВ исследовали IL-8 с использованием набора реактивов для иммуноферментного анализа, разработанных фирмой ООО «Цитокин» (Россия, г. Санкт-Петербург). В сыворотке крови и моче больных также определяли содержание LTB4 с помощью реагентов производства ELISA kit (Enzo Life Sciences, USA). Для выработки референтной нормы были обследованы 29 практически здоровых лиц такого же возраста и пола.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с легким течением БА в сыворотке крови и в КВВВ показатели IL-8 не отличались от значений у здоровых лиц. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением БА отмечалось повышение концентрации IL-8 в сыворотке крови и в КВВВ почти вдвое ( $p < 0,05$  при сравнении со здоровыми лицами), причем в КВВВ пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением БА показатель IL-8 был выше аналогичного в сыворотке крови. Повышение IL-8, значительнее выраженное в трахеобронхиальном дереве, чем в сыворотке крови, вероятно, характеризует большую выраженность местной воспалительной реакции над системной. У пациентов с обострением легких форм БА уровень LTB4 сыворотки крови в 5,8 был выше, чем у здоровых, снижался в вечерние часы в 2,9 раз от исходного ( $p < 0,05$ ). У лиц со среднетяжелым течением БА концентрация LTB4 сыворотки крови в 8,8 раз ( $p < 0,001$ ) достоверно превышала аналогичный у здоровых лиц, снижаясь в вечерние часы в 1,9 раза от утренней. У больных с обострением тяжелой персистирующей БА утренние значения LTB4 сыворотки крови в 16,7 раза превышали вечерние и не имели существенной динамики в течение суток. В моче всех больных выявлялась повышенная концентрация LTB4. На фоне общепринятого базисного лечения обострения БА легкого течения было отмечено снижение концентрации LTB4 сыворотки крови до верхней границы референтной нормы. В сыворотке крови пациентов с БА средней



тяжести было достигнуто снижение уровня ЛТВ4, который, тем не менее, остался выше референтной нормы в 8 раз ( $p < 0,001$ ). В моче всех больных концентрация ЛТВ4 возросла. После проведения терапии обострения БА тяжелого течения базисными средствами утренняя концентрация ЛТВ4 в сыворотке больных перед выпиской снизилась в 1,4 раза от исходного, но осталась выше, чем у здоровых, в 12,3 ( $p < 0,001$ ), а вечерняя – в 11,0 раз.

Выводы. При обострении БА легкой степени концентрация IL-8 не отличается от аналогичной у здоровых лиц. При этом уровень ЛТВ4 в сыворотке крови у больных отмечается существенно повышенным в утренние часы с позитивной динамикой в вечерние, и снижается на фоне применения базисных препаратов. У больных БА средней тяжести и тяжелой концентрация IL-8 в сыворотке крови и КВВВ значительно повышается, причем более значительно – в КВВВ. ЛТВ4 в сыворотке крови этих больных выявляется значительно повышенным, как в утренние, так и в вечерние часы, не имеет выраженной динамики на фоне традиционной терапии. Этот факт характеризует значительную активность локального и системного воспаления при среднетяжелой и, особенно, тяжелой БА и, возможно, объясняет трудности достижения астма-контроля у больных, что делает необходимым поиск эффективных методов лечения, направленных на снижение содержания этого эйкозаноида.

### **Оценка клиничко-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией при сочетании с гастроудоденальной патологией.**

*Приходько М.Н., Приходько Л.О., Холявицкая Е.М., Иконников С.В., Симонова Ж.Г.*

*Кировский государственный медицинский университет, Киров*

Введение. Синтропия кардиоваскулярной и гастроудоденальной патологий (ГДП) является одной из самых распространенных среди взрослого населения большинства стран. На 2015 г. распространенность ИБС в России составила 5237,4 человек на 100 000 населения (Росстат, 2015). При чем, у 60% больных ИБС имеется сопутствующая ГДП. Взаимное отягощение рассматриваемых заболеваний основывается на объединении некоторых патологических звеньев и, в частности, наличии общих факторов риска.

Идея. Изучение особенностей клиничко-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *Helicobacter pylori*.

Цель – изучить особенности клиничко-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *H. pylori*.

Материалы и методы исследования. В исследование последовательно были включены 68 больных стабильной стенокардией, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ». Диагноз ИБС был выставлен в соответствии с алгоритмом диагностического поиска. Пациентам были выполнены общий и биохимический анализ крови. Пациентам с целью верификации степени поражения коронарного русла выполнялась инвазивная коронарография с помощью ангиографического комплекса GE Innova 3100 IQ. В плановом порядке, при наличии показаний, с диагностической целью проводилась фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) с биопсией. В исследование не включались больные с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) > IIБ ст., (ОССН, 2010), хронической болезнью почек (ХБП) > 3А, печеночной

недостаточностью, сахарным диабетом, с нестабильной стенокардией, стенокардией напряжения IV функционального класса (ФК). Фактический материал, полученный при проведении исследований, обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. В процессе исследования больные стенокардией напряжения I-III ФК ( $n=68$ ) с сочетанием ГДП, были разделены на группы в зависимости от инфицированности *H. pylori* и степени выраженности серологического теста (уровня титра антител к *H. pylori*). I группу ( $n=26$ ) составили больные, имевшие (согласно серологическому тесту) титр антител к *H. pylori* до 1:699, II группу ( $n=23$ ) – больные с титром антител свыше 1:700, III (контрольную) группу ( $n=19$ ) – больные, не инфицированные *H. pylori*. Пациенты были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела (ИМТ). Во II группе преобладали мужчины – 82,6%(19), ( $p < 0,05$ ). Преобладающее большинство в III группе составили больные стенокардией напряжения II ФК – 57,8%(11) ( $p < 0,05$ ). Во II группе преимущество составили больные стенокардией III ФК – 30,4%(7) ( $p < 0,05$ ). Анализ липидного профиля продемонстрировал, что уровень общего холестерина значимо выше у больных, неинфицированных *H. pylori* в III группе по сравнению с больными I и II групп, соответственно, ( $5,7 \pm 0,5$  против  $4,4 \pm 0,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ;  $5,7 \pm 0,5$  против  $4,8 \pm 0,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). Также в этой группе оказался более выражен уровень ХСЛПНП по сравнению с больными I и II групп, соответственно, ( $3,4 \pm 0,4$  против  $2,8 \pm 0,2$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ;  $3,4 \pm 0,4$  против  $2,9 \pm 0,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). В то же время уровень ХСЛВП и ТГ в исследуемых группах оказался сопоставим. Наименьший уровень глюкозы обнаружен в III группе в сравнении с I и II группами, соответственно, ( $5,4 \pm 0,3$  против  $6,2 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$ ;  $5,4 \pm 0,3$  против  $6,5 \pm 0,4$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). А вот наибольший уровень белка острой фазы воспаления – фибриногена обнаружен во II группе больных в сравнении с I и III группами, соответственно, ( $358,3 \pm 26,4$  против  $327,7 \pm 23,9$  мг/дл,  $p < 0,05$ ;  $358,3 \pm 26,4$  против  $326,3 \pm 15,8$  мг/дл,  $p < 0,05$ ). Аналогично, показатель мочевой кислоты в большей мере выявлен у больных II группы в сравнении с I и III группами, соответственно, ( $404,5 \pm 29,7$  против  $347,9 \pm 20,7$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ;  $404,5 \pm 29,7$  против  $369,6 \pm 26,1$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ). Одновременно, наименьший показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ) встречается среди больных II группы по сравнению с больными I и III групп, соответственно, ( $78,4 \pm 3,9$  против  $85,2 \pm 2,2$  мл/мин/1,7 м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ;  $78,4 \pm 3,9$  против  $83,6 \pm 2,8$  мл/мин/1,7 м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ). Выводы. У больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП, ассоциированной с *H. pylori*, в сравнении с больными стабильной стенокардией, не имеющими *H. pylori* – инфекции, имеет место ухудшение и нарастание с повышением титра антител к *H. pylori* таких клиничко-лабораторных показателей, как фибриноген, мочевая кислота и СКФ.

### **Особенности клиничского течения бронхиальной астмы в сочетании с бронхоэктазами.**

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

*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск*

Международные данные свидетельствуют о повышении распространенности бронхо-эктазов в последние годы. Бронхоэктазы (БЭ) среди других заболеваний легких составляют от 10% до 30%. При флюорографии органов грудной клетки они выявляются у 1-2 из

1000 человек, а при обследовании с применением бронхографии – у 0,5% населения. По данным патологоанатомических исследований, бронхоэктазии встречаются у 2-4% взрослого населения. Выявления бронхоэктазий у 2/3 больных отмечено в возрасте до 20 лет. При этом в возрасте до 10 лет бронхоэктазии одинаково часто наблюдаются у мальчиков и девочек, а среди взрослых мужчины болеют чаще, чем женщины в 1,5-3,0 раза. В связи с расширением возможностей компьютерной диагностики (использование высокоразрешающей и спиральной компьютерной томографии) и увеличением выявляемости бронхоэктазов при различных заболеваниях, интерес к этой проблеме заметно повысился. В Российской Федерации точных данных о распространенности БЭ нет. Тем не менее, в связи с улучшением техники визуализации легких, в настоящее время распространенность БЭ должна быть пересмотрена. В патогенезе БЭ большое значение придается двум основным факторам – локальному воспалительному (нагноительному) процессу в бронхах (локальному гнойному эндобронхиту) и обструктивному ателектазу. Обтурация бронха и задержка выведения бронхиального секрета способствуют развитию и прогрессированию воспалительного (нагноительного) процесса в просвете бронха дистальнее места обструкции. Представляет интерес клиническое наблюдение пациента С., 44 лет, поступившего в пульмонологическое отделение ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница с жалобами на приступы удушья до 6-8 раз в сутки, в том числе, ночные, купирующиеся беродуалом, одышку в покое, кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, повышение температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза заболевания известно, что приступы удушья беспокоят с 17-летнего возраста, обострения – до 3-4 раз в год, преимущественно, весной и осенью. Аллергологический анамнез отягощен: поливалентная сенсibilизация (бытовая, пыльцевая, пищевая). В 2002 г. перенес двустороннюю пневмонию. С 2005 г. получает системные глюкокортикоиды (преднизолон) в постоянной поддерживающей дозе 10 мг в сутки, Симбикорт, беродуал. Дважды в анамнезе (в 2010 и 2011 гг.) – жизнеугрожающее обострение БА – астматический статус, был госпитализирован в отделение реанимации. Состояние средней степени тяжести, цианоз, вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Грудная клетка эмфизематозной формы, дыхание ослабленное, сухие свистящие хрипы на выдохе, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на легочной артерии. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки: кистозная гипоплазия и бронхоэктазы в нижних долях обоих легких, внутренний диаметр бронхов больше, чем соседних артерий, отсутствует типичная форма бронхов (того же диаметра, что и родительская ветвь >2 см), стенки бронхов утолщены, тонкостенные кистозные образования, с горизонтальными уровнями жидкости. Заключение фибробронхоскопии: признаки диффузного эндобронхита, интенсивность воспаления III, гиперреактивность бронхов II ст., положительный признак Суля. В последующем проводились санационные бронхоскопии. В посеве мокроты на микрофлору: пневмококк х106, гемофильная палочка х105, чувствительные к амоксициклаву, цефтриаксону, левофлоксацину. По данным спирометрии: значительные нарушения вентиляционной функции легких по смешанному типу. Клинический диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма (атопическая, инфекционно-зависимая), тяжелое неконтролируемое течение, стероидозависимый вариант, обострение. ХОБЛ, смешанный тип, тяжелое течение, обострение. Кистозная гипоплазия и бронхоэктазы нижних долей обоих легких. ХЛС, стадия компенсации. ДН-II. Данный клинический случай интересен коморбидным состоянием пациента – наличием стероидозависимой БА и ХОБЛ – так называемого

перекреста – в сочетании с кистозной гипоплазией и бронхоэктазами, что диктует необходимость персонализированного подхода к выбору объема терапии для достижения контроля БА и профилактики обострений ХОБЛ, учитывая возможность взаимно отягощающего течения данных заболеваний.

## **Растворимые селектины при ревматоидном артрите.**

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

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное аутоиммунное воспалительное заболевание с вовлечением различных органов и систем организма, но с преимущественным воспалительно-деструктивным поражением суставов. Основные черты синовиита при ревматоидном артрите включают аккумуляцию макрофагов, лимфоцитов и фибробластов, вовлеченных в деструкцию синовиальной ткани, усиленный ангиогенез и пролиферацию синовиальной оболочки. Важную роль в миграции лейкоцитов, формировании воспалительного процесса и в тканевом ремоделировании играют селектины. Они обеспечивают адгезию иммунных клеток к активированному эндотелию с последующей экстравазацией и миграцией лейкоцитов в очаг воспаления, а также определяют динамику ангиогенеза.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи растворимых форм селектинов с проявлениями ревматоидного артрита.

Материал и методы. Обследовано 134 больных ревматоидным артритом (30 мужчин, 104 женщины) в возрасте от 20 до 66 лет. Активность заболевания (по данным шкалы DAS28) была равна 5,49 (4,88-6,01). В большинстве случаев была диагностирована III-я рентгенологическая стадия, II и III функциональные классы ревматоидного артрита. Контрольную группу составили 70 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию в крови E-, P- и L-селектинов определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. При ревматоидном артрите наблюдалось достоверное увеличение содержания P-селектина в крови и нормальные показатели E- и L-селектинов вне зависимости от пола, возраста больных, а также от предшествующей терапии. В случаях серопозитивного РА отмечалось повышение плазменной концентрации P-селектина, у больных с отсутствием ревматоидного фактора уровни селектинов в крови были нормальными. Наличие АЦЦП в крови характеризовалось увеличением сывороточного содержания P-селектина, которое было достоверно более высоким по сравнению с АЦЦП-негативным вариантом болезни. У больных ревматоидным артритом с отсутствием антител к циклическому цитрулинированному пептиду наблюдались нормальные показатели всех молекул адгезии. При поздней клинической стадии или высокой активности РА выявлено достоверное увеличение циркулирующего P-селектина, значения которого были выше, чем у больных с ранним ревматоидным артритом или имеющих умеренную активность процесса. Взаимосвязи E- и L-селектинов с клинической стадией или активностью заболевания не установлено. Содержание E- и L-селектинов в крови не было ассоциировано с тяжестью рентгенологических изменений суставов, в том числе с наличием или отсутствием эрозий, тогда как сывороточная концентрация

P-селектина была повышена в случаях 3-4 рентгенологических стадий или эрозивного варианта артрита. Функциональный класс или осложнения заболевания не влияли на нормальные показатели E- и L-селектинов и увеличенные уровни P-селектина. Сочетание ревматоидного артрита с системными манифестациями или гематологическими проявлениями (тромбоцитозом) сопровождалось ростом плазменных значений E- и P-селектинов.

Заключение. Увеличение содержания P-селектина в крови при ревматоидном артрите, особенно в случаях иммунологической перестройки, высокой активности, системных и гематологических проявлений, свидетельствует о патогенетической значимости медиатора в прогрессировании заболевания.

### **Особенности клинического течения и коррекции нарушений углеводного обмена у пациентов с гломерулонефритом, принимающих глюкокортикостероиды.**

*Селимов А.Ю., Елисеева Л.Н., Куринная В.П., Оранский С.П.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 1 имени С. В. Очаповского, Краснодар*

Многогранные эффекты глюкокортикостероидов (ГКС) определяют их широкое применение в клинической практике. Особый интерес вызывает их использование в качестве патогенетических средств у больных с некоторыми вариантами гломерулонефрита (ГН). Основными показаниями считается хронический нефрит нефротического типа, хронический нефрит латентного течения в стадии обострения с тенденцией к формированию нефротического синдрома. В то же время, применение ГКС помимо основного иммуносупрессивного и противовоспалительного действия, сопряжено с развитием ряда неблагоприятных эффектов. К наиболее часто встречающимся осложнениям относится артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена (НУО), дислипидемия, остеопороз, психические расстройства. Среди указанных нарушений, стероид-индуцированная гипергликемия (СИ-гипергликемия) вызывает особый интерес в связи со сложностью диагностики, значительной распространенностью, возможным негативным влиянием на органы и системы.

Цель исследования: анализ распространенности и особенности диагностики нарушений углеводного обмена у пациентов с гломерулонефритом, получающих глюкокортикостероиды.

Проанализированы 313 историй болезни пациентов, проходивших лечение в нефрологическом отделении ГБУЗ НИИ-ККБ №1 в 2015-2017 гг. со смешанной и нефротической формами хронического ГН. НУО определено у 49 (15,6%) пациентов. В структуре НУО СИСД развился у 19 пациентов, 4 пациента имели СИ-гипергликемию, и у 3 пациентов нарушилась толерантность к глюкозе на фоне применения ГКС. 10 пациентов страдали СД 2 типа до начала применения ГКС, у 13 – не удалось дифференцировать вариант развития СД. Особенности течения НУО и эффективность гипогликемической терапии оценивали у 14 пациентов имеющих НУО, включены в исследование: 7 мужчин и 7 женщин, в возрасте 38-73 года. 3 пациента с СД 2 типа, 1 пациент со СИ-гипергликемией, 1 пациент с развившейся НТГ на фоне применения ГКС, 9 пациентов со СИСД. 3 пациентов с НУО (2 пациента с СД 2 типа и 1 пациент со СИСД) получали большие дозы Изофан-инсулина утром, в соотношении 62,5-75% и 25-37,5%, в 8:00 и 22:00 соответственно. 1 пациенту со СИСД требовалось введение Изофан-инсулина только в

утреннее время в сочетании с прандиальным инсулином на каждый основной прием пищи. У 2 пациентов – вводился прандиальный инсулин в обед и в ужин, не вводились – Изофан-инсулин в 8:00 и 22:00, также прандиальный инсулин на завтрак. 6 пациентов со СИСД достигли целевых значений гликемии на фоне диетотерапии. Гипергликемия (ГГ) у пациентов, нуждающихся в инсулинотерапии регистрировалась по данным гликемического профиля в 17:00 и 21:00. Не достигли целевого уровня гликемии пациенты, получающие инсулинотерапию в 13:00 – 2 пациента, в 17:00 – 5 пациентов, 21:00 – 3 пациента. У всех пациентов достигнута целевых значений гликемия натощак. У всех пациентов, которым требовалась сахароснижающая терапия, вводился инсулин. Преимуществами инсулина при коррекции гликемии, индуцированной применением ГКС, является гибкость дозирования, что важно при изменении доз ГКС, соответственно и уровня гликемии. Также специфическая модель ГГ на фоне применения ГКС определяет преимущества инсулина, возможность более тонкого управления гипогликемического потенциала в течение дня, в отличие от большинства пероральных сахароснижающих препаратов. У 10 пациентов наряду с применением ГКС в рамках иммуносупрессивной терапии отмечен прием циклофосамида (ЦФА) в анамнезе. 7 пациентов принимали преднизолон в дозе 10-20 мг, 2 пациента – 25-30 мг, 1 пациент – 40 мг, и 4 пациента не получали ГКС. Дислипидемия имела у всех пациентов. В структуре дислипидемий превалировала дислипидемия 2 В типа – у 8 пациентов, у 3 пациентов имела дислипидемия 2 А, и у 3 – дислипидемия 4 типа. Уровень скорректированного кальция находился в пределах нормальных значений у 9 пациентов, у 3 пациентов развивалась гипокальциемия, 1 пациент с гиперкальциемией (у 1 пациента уровень кальция крови не исследован). У 6 пациентов имелся повышенный уровень мочевой кислоты. Учитывая значительную распространенность НУО у пациентов получающих ГКС, отличительные особенности в патогенетических механизмах развития, модели гипергликемии в отличие от СД 2 типа, отличия в диагностической чувствительности методов выявления НУО необходимо дальнейшее совершенствование диагностических алгоритмов и оптимизация сахароснижающей терапии пациентов, принимающих ГКС.

### **Опыт применения голимумаба в лечении анкилозирующего спондилоартрита.**

*Семизарова И.В., Елисеева Л.Н., Давыдова И.В., Кисьян Ж.А.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 1 имени С. В. Очаповского, Краснодар*

Цель: оценить эффективность голимумаба (ГЛМ) у пациентов с тяжелыми формами анкилозирующего спондилоартрита (АС). ГЛМ относится к группе ингибиторов фактора некроза опухоли альфа из класса ГИБП и представляет собой полностью человеческие моноклональные антитела.

Материалы и методы: за период с 2015 по 2017 г. наблюдалось 30 пациентов (29 мужчин и 1 женщина в возрасте от 23 до 52 лет) с диагнозом: анкилозирующий спондилоартрит. Все пациенты получали базисную терапию: метотрексат, сульфасалазин, метилпреднизолон (стандартная и пульс-терапия), нестероидные противовоспалительные препараты. Несмотря на проводимую терапию, сохранялась высокая активность заболевания с постоянным прогрессированием воспалительного процесса, в связи с чем пациентам была назначена терапия ГИБП-голимумабом.

Результаты и обсуждение. Пациентам был назначен голimumаб по стандартной схеме: 50 мг подкожно 1 раз в месяц. После первого введения отмечалась положительная динамика: уменьшение болей в позвоночнике и суставах, утренней скованности до 5 мин. Со стороны лабораторных показателей выявлено снижение СОЭ, СРБ, лейкоцитов, увеличение гемоглобина в общем анализе крови. Через 6 месяцев лечения 2 пациента прекратили терапию ГЛМ в виду неэффективности. Остальные 27 человек продолжали лечение ГЛМ с положительной динамикой (нормализация общего самочувствия, лабораторных показателей и так же уменьшение рентгенологического прогрессирования). При несоблюдении интервала между введениями у части пациентов ухудшалось состояние, повышалась лабораторная активность.

Выводы: использование ГЛМ в лечении АС значительно снижает активность воспалительного процесса, способствует достижению ремиссии, улучшает прогноз заболевания. ГЛМ зарекомендовал себя как эффективный и безопасный ингибитор ФНО-альфа. Длительный период полужизни (1 месяц) выше чем у других ГИБП, применяющихся подкожно (адалimumаб), что позволяет повысить приверженность лечению пациентов с АС.

## Психоэмоциональный статус доноров крови.

*Синькеев М.С., Скворцов Ю.И., Богданова Т.М., Занкин М.А., Демин А.С.*

*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов*

Актуальность. Доноры крови могут испытывать эмоциональное напряжение, утомление, реактивную психологическую депрессию, что может влиять на количественный состав форменных элементов крови и ее компонентов.

Цель работы: изучение психологического статуса доноров крови ГУЗ СОСПК ОЗК № 4.

Методы исследования: 1. анкета СМОЛ; 2. психометрический тест. База проведения научного исследования: ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней. ГУЗ СОСПК ОЗК № 4, г. Саратов, ул. Чернышевского, д. 141. Общая характеристика обследуемых доноров: 50 доноров крови (средний стаж трудовой деятельности от 2 до 10 лет), среди которых 39 мужчин – 78% (средний возраст 27,7 лет); 11 женщин – 22%. Средний возраст – 28,8 года. Все лица с высшим образованием. Результаты психологического обследования. Методика СМОЛ. Низкие данные по шкале L (1,333333 балла) можно предположить, что респонденты отвечают на вопросы искренне и достаточно уверены в себе в повседневной жизни. Они естественны и непосредственны в поведении, могут успешно функционировать в роли лидера. По шкале К (7 баллов) были получены средние значения, что говорит об адекватной уравновешенной положительной самооценке. Они приспособлены к жизни, независимы, доверяют себе, имеют хорошие интеллектуальные способности, широкий круг интересов, изобретательны, предприимчивы и находчивы. По шкале «Ипохондрия» (7,444444) выявлено снижение показателей, и такие люди являются оптимистичными, бодрыми, чувствительными, проницательными. Низкий показатель по шкале «Депрессия» (5,555556) свидетельствует о том, что лица не испытывают напряженность, тревогу, чувство вины, они чувствуют себя раскованно, эмоционально стабильны, не встречают затруднений в выражении

своих мыслей. По шкале «Истерия» (8,555556) получены низкие значения. Они реалистичны, логичны и руководствуются разумом в подходе к проблемам, не склонны принимать импульсивные решения. Низкие показатели по шкале «Психопатические отклонения» (8,222222), говорит о том, что эти лица склонны быть послушными, конформными и подчиняющимися авторитетам. Они доверчивы в межличностных взаимоотношениях. Шкала «Паранойя» имела самые низкие показатели (2,888889), что характеризует бодрость, уравновешенность, серьезность, аккуратность, зрелость и благоразумность. Шкала «Психастения» показала средние значения (12,111111) со склонностью к повышению. Такие лица способны свободны от страхов и тревог и самоуверенны. У них широкий круг интересов, они ответственные, эффективны, реалистичны и адаптивны. По шкале «Шизофрения» были средние значения (11,555556). Эти люди склонны быть дружелюбными, веселыми, чувствительными, добродушными и доверчивыми. В межличностных взаимоотношениях они покорны и уступчивы, почитают авторитеты. Шкала «Гипомания» показала средние значения (5,444444). Хроническая усталость и физическое истощение являются характерными для них. Может наблюдаться депрессия, сопровождаемая тревогой. Код 13/31 может сообщать о некотором напряжении, тревожности. Они чрезмерно оптимистичны, не проявляя должной озабоченности своим проблемам. Код 13/31 дает склонность к эгоцентричности. Они чрезмерно контролируют себя, логичны и рациональны, придерживаются правил и конформны в своих отношениях и убеждениях. Код 47/74 - могут испытывать попеременно то периоды нечувствительности к последствиям своих поступков, то эпизоды чрезмерной озабоченности последствиями своего поведения. Код 78/87 допускает наличие психологических проблем, помогающих сохранять приемлемый комфорт. Они сообщают о чувстве депрессии, беспокойства, напряженности, нервозности. Психометрическая методика анализа личности. Наиболее частой фигурой был круг, что характеризует гармоничность личности, заинтересованность в хороших межличностных отношениях, способность сопереживать, отзываться на переживания другого человека, избегать конфликтов. На второе место ставился треугольник – способны сконцентрироваться на главной цели, ставят перед собой цели и, как правило, достигают их, могут решать вопросы не только за себя, но и за других.

Выводы: -для доноров крови менее характерны депрессивные состояния, они социально конформны; -доноры крови заинтересованы в хороших межличностных отношениях, внимательны, чувствительны, способны сопереживать, сочувствовать эмоционально, отзываться на переживания другого человека; -они ставят перед собой цели, могут решать вопросы не только за себя, но и за других.

## Психологические особенности личности и профессиональная ориентация доноров крови.

*Синькеев М.С., Скворцов Ю.И., Богданова Т.М., Занкин М.А., Занкина А.Ю.*

*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов*

Актуальность. В России более полутора миллиона человек нуждаются в переливании крови ежегодно. В настоящее время малоизученным является зависимость психологических особенностей личности и профессиональной деятельности, доноров крови, с возможным развитием профессиональной дезадаптации.

Цель работы: изучение психологического статуса и профессиональной ориентации доноров крови.

Методы исследования. 1. Тест Субботина. 2. Шкала переутомления Экклза. 3. Копинг поведение, определяемое по методике Э. Хайма. 4. Методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко. 5. Методика карьерного якоря Э. Шейна. База проведения научного исследования: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней. Филиал Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Саратовская областная станция переливания крови» отделение заготовки крови № 4, г. Саратова, ул. Чернышевского, д. 141. Общая характеристика доноров. В исследовании приняли участие 50 доноров (все обследованные лица имели высшее образование, трудовой стаж составлял от 2 до 10 лет), среди которых 39 человек мужчины – 78% (средний возраст 27,7 лет); 11 человек женщины – 22% Средний возраст - 28,8 года. Они отвечали на вопросы анкет с тестами в начале дня. Результаты психологического обследования. Тест Субботина. Среднее значение – 35,9 - средняя степень устойчивости к стрессу. Таким образом, для группы, характерна средняя степень устойчивости к стрессу. Тест Хайма. В части А наиболее частым вариантом ответа был 5 это – проблемный анализ – «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось». Это – продуктивная копинг-стратегия (помогает быстро и успешно совладать со стрессом), т.е. – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них. В части Б наиболее частым вариантом ответа был 7, это оптимизм – «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации» – продуктивная копинг-стратегия (помогает быстро и успешно совладать со стрессом); «оптимизм» – эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода из сложных ситуаций. В части В, наиболее частым вариантом ответа был 7, означающий сотрудничество – «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей» – продуктивная копинг-стратегия (помогает быстро и успешно совладать со стрессом); «сотрудничество», «обращение», просьба помощи для выхода из сложных ситуаций у других. Степени переутомления (шкала Экклза) Среднее значение 4,1 – приемлемый уровень утомления у всех обследованных доноров крови. Методика определения уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. Выявлен средний уровень эмоционального истощения (20 баллов) и деперсонализации (8 баллов), а также высокий уровень редукции личностных достижений (31 балл).

Методика диагностики ценностных ориентаций в карьере. Выявлены следующие показатели ценностных и профессиональных ориентаций, социальные установки, интересы: -профессиональная компетентность (5,60 балла) – средний показатель карьерной ориентации; -менеджмент (5,40 балла) – средний показатель карьерной ориентации; -автономия (независимость) (6,40 балла) – средний показатель карьерной ориентации; -стабильность места жительства (8,00 балла) – ярко выраженный показатель карьерной ориентации; -служение (7,80 балла) – ярко выраженный показатель карьерной ориентации; -вызов (6,00 балла) – средний показатель карьерной ориентации; -интеграция стилей жизни (7,80 балла) – ярко выраженный показатель карьерной ориентации; -предпринимательство (5,80 балла) – средний показатель карьерной ориентации.

Выводы. Для доноров крови характерны: -средняя степень устойчивости к стрессу; -продуктивная копинг-стратегия, которая помогает быстро и успешно совладать им со стрессом; «сотрудничество», «обращение», просьба помощи для выхода из сложных ситуаций у других – их стратегия выхода из стрессовой ситуации; -приемлемый уровень утомления у всех обследованных доноров крови; -средний уровень

эмоционального истощения и деперсонализации, а также высокий уровень редукции личностных достижений; -средний показатель профессиональной компетентности, менеджмента, карьерной ориентации; -ярко выраженная приверженность к стабильности места жительства, интеграции стилей жизни, служению, которые возможно и стали отправной точкой для принятия решения стать донором.

## **Артериальная гипертензия и гипотиреоз: особенности течения заболеваний и выбора антигипертензивной терапии.**

*Скаржинская Н.С., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Кудинов В.И., Сафроненко В.А.*

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

Достаточно велико количество пациентов, обращающихся в последние годы в специализированные учреждения по поводу гипотиреоза, причем многие из них (27-50%) имеют сопутствующую артериальную гипертензию (АГ) (Селиванова Г.Б, 2003 г.; Скибицкий В.В., 2011г). Как известно, клинически выраженный гипотиреоз оказывает существенное влияние на гемодинамические и структурно-функциональные параметры сердца. В работах последних лет активно изучаются особенности течения АГ у больных с первичным гипотиреозом, особенно на фоне гормонозаместительной терапии, что важно для оптимизации антигипертензивной терапии. В настоящее время продолжают обсуждаться вопросы эффективности антигипертензивных препаратов разных групп у больных с первичным гипотиреозом, особенно на фоне заместительной терапии L-тироксинем (Селиванова Г.Б., 2006 г). Цель исследования: изучение особенностей суточного профиля артериального давления (АД), вариабельности сердечного ритма (ВСР) и структурно-функционального ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных с АГ и гипотиреозом, а также оценка эффективности различных схем антигипертензивной терапии.

Материал и методы: в исследование включены 128 пациентов в возрасте 52-75 лет. Основную группу составил 31 пациент с АГ и первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации, первую группу сравнения – 30 больных с АГ без гипотиреоза, вторую группу – 73 пациента с АГ и гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации. В контрольную группу вошли 14 человек без сердечно-сосудистых заболеваний, АГ и патологии щитовидной железы. Больные с АГ и гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации (2-я группа, n=73) в течение 12 недель получали антигипертензивную терапию: пациенты 1-й подгруппы (n=25) – рамиприл и метопролола сукцинат, 2-й подгруппы (n=24) – рамиприл и амлодипин, 3-й подгруппы (n=24) – метопролола сукцинат и амлодипин. В динамике определяли уровень тиреотропного гормона и свободного тироксина, проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское ЭКГ-мониторирование, эхокардиографическое исследование.

Результаты. В исследовании показано, что для пациентов с АГ и первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации характерны более высокие значения показателей систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), индекса времени и индекса площади во все временные промежутки, вариабельности АД по сравнению с показателями у больных с АГ без патологии щитовидной железы (все различия достоверны,  $p < 0,05$ ). При анализе показателей степени ночного снижения АД определено преобладание процента больных с ночной гипертензией, что ассоциируется с более высоким риском

сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Интересные данные получены при анализе показателей СМАД у больных с АГ и первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации. Установлено, что у пациентов с АГ и гипотиреозом на фоне заместительной терапии L-тироксином в сравнительном аспекте со значениями у больных с АГ и гипотиреозом в стадии декомпенсации выявлены статистически значимо более низкие значения большинства показателей суточного профиля АД. Очевидно, восстановление гормонального спектра крови способствовало снижению показателей АД, которые в сравнении с соответствующими параметрами у больных с АГ без патологии щитовидной железы достоверно не отличались. В исследовании была проведена сравнительная оценка эффективности применения трех комбинаций антигипертензивных препаратов.

Полученные результаты показали, что терапия, включавшая ингибитор ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ) и антагонист кальция, способствовала регрессу ремоделирования ЛЖ, значительному снижению как САД, так и ДАД, однако сопровождалась повышением активности симпатической нервной системы, что у больных с АГ и гипотиреозом на фоне гормонозаместительной терапии может увеличивать риск ССО. Применение комбинации ИАПФ и бета-адреноблокатора у больных с АГ и первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации сопровождалось не только стойким антигипертензивным эффектом и положительным влиянием на структурно-функциональные показатели ЛЖ, но и улучшением ВСР, что позволяет считать данную терапию наиболее патогенетически обоснованной.

Выводы. Выявленные особенности позволяют рассматривать первичный гипотиреоз как фактор, существенно ухудшающий прогноз у больных с АГ. Комбинированная терапия ИАПФ и бета-адреноблокатора является наиболее оптимальной для лечения АГ у больных с первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации.

### **Посегментный анализ локальной сократимости миокарда в соотношении с фракцией выброса левого желудочка и его клиническое значение у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза.**

*Скородумова Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Сиверина А.В.*

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург*

Цель: изучить связь между зонами нарушения локальной сократимости (ЗНЛС) левого желудочка (ЛЖ) и его фракцией выброса (ФВ).

Задачи: на основании проведенных эхокардиографических исследований оценить поражение каких сегментов ЛЖ в наибольшей степени влияло на снижение ФВ.

Материалы и методы: исследуемая группа включала в себя 138 человек с декомпенсированной хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне перенесенного в прошлом инфаркта миокарда (ИМ). Была оценена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ по верхушечному биплановому методу дисков Симпсона), а также исследованы локальные зоны нарушения сократительной способности миокарда. Миокард ЛЖ был поделен на 3 сегмента: базальный отдел (БО), средняя треть (СТ), верхушечный сегмент (ВС) и 15 зон. Передняя перегородочная область состояла из 1 (БО), 7 (СТ), и 13 (ВС) зон. Передняя стенка была представлена: 2 (БО), 8 (СТ) и 13 (ВС) зонами. В боковой стенке

были выделены 3 (БО), 9 (СТ), 14 (ВС) зоны. Задняя стенка состояла из 4 (БО), 10 (СТ), 14 (ВС), нижняя – 5 (БО), 11 (СТ), 15 (ВС) зон. Нижняя перегородочная область была представлена 1 (БО), 7 (СТ), 13 (ВС) зонами. Для оценки вклада в глобальную сократительную способность миокарда ЛЖ вся выборка была поделена на 3 группы по уровню ФВ. В группе со сниженной ФВ (меньше 40%) – 53 человека (А), в когорте с промежуточной функцией левого желудочка (ФВ 40-50%) – 52 (Б), а в когорте с высокой ФВ (свыше 50%) 33 лица (В). Данные статистически обработаны с использованием Т-критерия Стьюдента и оценки рисков. Результаты: при сравнении группы Б с когортой А достоверные отличия наблюдались при локализации гипо- и акинезии в 4,5 и 10,11 зонах.  $T=2,14$  ( $p<0,05$ ). В выборке с ФВ меньше 40% преобладали изменения в 7 и 8 областях.  $T=2,59$  ( $p<0,05$ ). Был оценен риск встретить ту или иную зону в группе. Так, абсолютный риск наличия гипо- и акинезии в 4,5,10,11 зонах в выборке с промежуточной ФВ составил 0,513, с низкой – 0,289. Относительный риск составил 1,775 [1,023;3,08], чувствительность находилась на уровне 60,6%, специфичность 62,7%. При этом в когорте А преобладали изменения в 7 и 8 зонах. Абсолютный риск встретить их в выборке Б составил 0,308, а в группе А 0,578. Отношение рисков в данном случае составило 0,533 [0,313; 0,90]. Чувствительность 68,4%, специфичность 58,7%.

При сравнении выборок Б и В были получены следующие результаты: изменения наблюдались в 1 ( $T=2,39$ ,  $p<0,05$ ), 4 ( $T=6,41$ ,  $p<0,01$ ), 5 ( $T=6,41$ ,  $p<0,01$ ), 6 ( $T=2,11$ ,  $p<0,05$ ), 10 ( $T=5,78$ ,  $p<0,01$ ), 11 ( $T=5,78$ ,  $p<0,01$ ), 15 ( $T=2,11$ ,  $p<0,05$ ), которые были характерны для группы с промежуточной функцией ЛЖ и в 12 ( $T=21,63$ ,  $p<0,001$ ), 13 ( $T=8,35$ ,  $p<0,01$ ), 14 ( $T=2,11$ ,  $p<0,05$ ) зонах, которые были характерны для сохраненной функции ЛЖ. Обращало на себя внимание, что в группе А в клинике доминировала острая декомпенсация сердечной недостаточности по сравнению с когортой Б – 60,38% против 28,85% ( $T=3,43$ ,  $p<0,01$ ). Явления хронической сердечной недостаточности (ХСН) были более выражены в выборке Б. – 35,85% против 73,08% в когорте А, ( $T=4,13$ ,  $p<0,01$ ). В группе В явления ХСН были невыраженными.

Выводы: 1. Последствия очаговых изменений миокарда в 4,5,10,11 сегментах базального отдела и средней трети задней и нижней стенок, которые получают питание от огибающей ветви левой коронарной артерии (ЛКА) и правой коронарной артерии достоверно в меньшей степени снижают фракцию выброса, чем перенесенный ИМ в средней трети передней стенки и передне-перегородочной области, васкуляризируемых передней межжелудочковой ветвью ЛКА. 2. Наличие крупноочагового кардиосклероза в средней трети нижней перегородочной области и в верхушечных сегментах передней перегородочной области, передней, латеральной и задней стенках, где находятся важные анастомозы коронарных сосудов, значимо не снижает ФВ.

### **Структурно-функциональное состояние сердца и показатели суточного мониторинга артериального давления у пациентов с истинной артериальной гипертензией и гипертензией «белого халата».**

*Соколовская Е.А., Легконогов А.В.*

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

Цель работы. Изучение взаимосвязей между показателями структурно-функционального состояния сердца и результатами

суточного мониторирования (СМ) артериального давления (АД) (СМАД) у пациентов с истинной артериальной гипертензией (ИАГ) и гипертензией «белого халата» (ГБХ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 154 больных (58 мужчин и 96 женщин, средний возраст  $52,9 \pm 0,7$  года в возрастном диапазоне 25-70 лет), у которых повышенное АД было зарегистрировано стандартным способом измерения. Контрольную группу составили 31 практически здоровых человека – 12 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых  $51,5 \pm 2,4$  год в возрастном диапазоне 24-69 лет. СМАД проводилось с помощью аппарата АВРМ-02/0 (Meditect, Венгрия) по стандартной методике. Показатели структурно-функционального состояния сердца оценивались с помощью доплер-эхокардиографии (Д-ЭхоКГ) согласно общепринятым стандартам.

Полученные результаты. Данные СМАД подтвердили наличие ИАГ у 127 из 154 обследованных пациентов, что составило 82,5%; у остальных обследованных была установлена ГБХ. Среди больных ИАГ было 47 мужчин и 80 женщин, средний возраст которых составил  $53,3 \pm 0,8$  года. Мягкая, умеренная и тяжелая ИАГ была выявлена соответственно в 51, 44 и 32 наблюдениях. Сравнительная оценка показателей структурно-функционального состояния сердца по данным Д-ЭхоКГ у больных ИАГ выявила более высокие по сравнению со здоровыми лицами средние значения массы миокарда (ММ) левого желудочка (ЛЖ) ( $205,7 \pm 7,6$  г против  $160,1 \pm 11,8$  г;  $p < 0,05$ ), индекса ММ (ИММ) ЛЖ ( $109,5 \pm 4,0$  г/м<sup>2</sup> против  $76,0 \pm 5,1$  г/м<sup>2</sup>;  $p < 0,05$ ), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ ( $1,00 \pm 0,02$  см против  $0,84 \pm 0,05$  см;  $p < 0,01$ ), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ( $1,09 \pm 0,03$  см против  $0,88 \pm 0,07$  см;  $p < 0,05$ ), диаметра левого предсердия (ДЛП) ( $4,11 \pm 0,06$  см против  $3,51 \pm 0,15$  см;  $p < 0,05$ ), показателя Др (характеризующего уровень внутримикардального напряжения отношения толщины стенок ЛЖ к конечно-диастолическому размеру его полости) ( $0,421 \pm 0,012$  против  $0,342 \pm 0,034$ ;  $p < 0,05$ ). У 27 обследованных лиц с повышенным офисным АД (17,5% от общего числа обследованных) была диагностирована ГБХ, в том числе у 11 мужчин и 16 женщин, средний возраст которых составил  $50,8 \pm 1,4$  лет. У больных ИАГ по сравнению с пациентами с ГБХ отмечались достоверно более высокие средние значения ММ ЛЖ ( $205,7 \pm 7,6$  г против  $135,5 \pm 8,0$  г;  $p < 0,01$ ), ИММ ЛЖ ( $109,5 \pm 4,0$  г/м<sup>2</sup> против  $77,1 \pm 3,9$  г/м<sup>2</sup>;  $p < 0,05$ ), ТЗС ЛЖ ( $1,00 \pm 0,02$  см против  $0,78 \pm 0,06$  см;  $p < 0,001$ ), ТМЖП ( $1,09 \pm 0,03$  см против  $0,83 \pm 0,05$  см;  $p < 0,01$ ), ДЛП ( $4,11 \pm 0,06$  см против  $3,62 \pm 0,14$  см;  $p < 0,05$ ) и Др ( $0,421 \pm 0,012$  против  $0,332 \pm 0,031$ ;  $p < 0,05$ ). Эхокардиографические показатели пациентов с ГБХ существенно не отличались от таковых у здоровых лиц. Достоверных различий результатов эхокардиографического обследования больных ИАГ с различными типами суточного профиля АД не установлено. Так, показатели структурно-функционального состояния сердца у пациентов с суточным индексом (СИ) АД менее 10% (non-dippers и night-peakers) и у больных с СИ АД свыше 10% (dippers, over-dippers) существенно не отличались. Достоверных различий показателей фракции выброса ЛЖ, характеризующей сократительную способность миокарда ЛЖ, между группами обследованных пациентов и здоровых лиц, выявлено не было. У больных ИАГ с повышенной в течение суток вариабельностью систолического АД (САД) отмечались достоверно более высокие по сравнению с пациентами с нормальной вариабельностью САД параметры, характеризующие выраженность гипертензии ЛЖ – ТЗС ЛЖ (соответственно  $1,06 \pm 0,04$  см против  $0,96 \pm 0,03$  см;  $p < 0,05$ ) и ИММ ЛЖ ( $118,3 \pm 6,4$  г/м<sup>2</sup> против  $102,4 \pm 4,8$  г/м<sup>2</sup>;  $p < 0,05$ ). Больные ИАГ с повышенной суточной вариабельностью диастолического АД (ДАД) по сравнению с пациентами с нормальной её величиной

характеризовались достоверно более высокими значениями ДЛП (соответственно  $4,3 \pm 0,1$  см против  $4,0 \pm 0,1$  см;  $p < 0,05$ ). Проведенный корреляционный анализ продемонстрировал достоверную связь между большинством параметров структурно-функционального состояния сердца и показателями СМАД.

Выводы. У пациентов с ИАГ существует достоверная связь между большинством параметров структурно-функционального состояния сердца и показателями суточного мониторирования АД. Эхокардиографические показатели больных с ГБХ существенно не отличаются от таковых у здоровых лиц, что указывает об отсутствии структурного поражения сердца у данной категории пациентов.

## **Особенности жесткости сосудистой стенки и показателей центрального аортального давления у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.**

*Стаценко М.Е., Титаренко М.Н., Туркина С.В.*

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград*

Цель: изучить показатели скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и центрального аортального давления (ЦАД) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Задача: выявить особенности показателей, характеризующих ЦАД и СРПВ у больных АГ в сочетании с СД 2 типа. Материалы и методы: было обследовано 2 группы пациентов. 1-я группа (n=30) основная – включала пациентов с АГ и СД 2 типа в возрасте от 45 до 65 лет, 2-я группа пациентов (n=40) была представлена больными с «изолированной» АГ (контрольная группа) той же возрастной категории. Исходно, группы были сопоставимы по клинко-демографическим параметрам, уровню офисного систолического и диастолического артериального давления (АД). Показатели ЦАД определяли с помощью программного обеспечения Vasotens 24 (ООО «Петр Телегин», Россия) в стандартном режиме. Анализировали следующие параметры ЦАД: систолическое центральное (аортальное) АД (САДАо), диастолическое центральное (аортальное) АД (ДАДАо), центральное (аортальное) среднее гемодинамическое давление (СрАДАо), пульсовое АД центральное (аортальное) (ПАДАо), индекс аугментации (ИА) в аорте. Жесткость стенки магистральных сосудов оценивалась на аппарате ПолиСпектр 8/Е с модулем СРПВ (Нейрософт, Россия) по показателю скорости распространения пульсовой волны в сосудах эластического (СРПВэ) и мышечного типа (СРПВм). Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы Statistica 7.0 (StatSoft, Inc.). Количественные показатели описаны как средние значения, средне квадратическое отклонение ( $m \pm \sigma$ ), статистически значимыми считали отклонения при  $p < 0,05$ .

Результаты. При оценке параметров ЦАД выявлено, что в группе больных АГ и СД 2 типа САДАо и ДАДАо течение суток составили  $150,3$  мм рт.ст. vs  $157,5$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) в контрольной группе и  $83,7$  мм рт.ст. vs  $101,1$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) соответственно. Общее ПАДАо было статистически значимо выше в группе больных с АГ и СД 2 типа ( $61,5 \pm 8,0$  и  $46,3 \pm 6,7$  мм рт.ст. у пациентов с «изолированной» АГ), преимущественно за счет увеличения ПАДАо в течение дня ( $63,4 \pm 5,9$  и  $48,1 \pm 4,9$  мм рт.ст. в основной группе и контрольной группой соответственно). Показатель общего ИА был достоверно ниже в группе больных с «изолированной» АГ по сравнению группой больных

АГ и СД 2 типа (26,8±13,7 и 31,9±7,2% соответственно). Изменения общего ИА опосредовались увеличением ИА в течение ночи как у пациентов 1-й группы, так и 2-ой группы (37,9±7,2 и 22,6±10,7% соответственно (p<0,05)). По данным оценки СРПВ составила в сосудах эластического типа в группе пациентов с АГ и СД 2 типа 10,9±2,1 м/с vs 9,6±2,6 м/с в группе с «изолированной» (p<0,05); СРПВ по сосудам мышечного типа – 10,1±1,7 м/с и 9,5±2,1 м/с соответственно (p>0,05). При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная взаимосвязь между СРПВм и ИАао общ. (r=0,3 при p<0,05), СРПВм и ИА днем (r=0,2 при p<0,05) в группе больных АГ и СД 2 типа. В основной группе пациентов отмечены достоверные корреляционные связи между СРПВэ и ПАДао в течение суток, и ПАДао днем (r=0,2 при p<0,05). Тогда как в группе больных с АГ без СД 2 типа СРПВм коррелировала с ИАобщ., ПАДао в течение суток (r=-0,3 при p<0,05), ИА день (r=-0,2 при p<0,05), а СРПВэ и САДао день (r=-0,3 при p<0,05). Выводы: полученные результаты свидетельствуют о статистически значимых отличиях в параметрах ЦАД в группе больных АГ и СД 2 типа по сравнению с «изолированной» АГ: увеличении ПАДао днем, более высоком ИА в течение ночи. По данным оценки СРПВ по сосудам эластического типа отмечена достоверно более высокая жесткость сосудов, коррелирующая с показателями ЦАД у пациентов основной группы. Полученные данные свидетельствуют о более высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ и СД 2 типа.

### **Изучение уровня показателей липидного спектра у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой.**

*Тарловская Е.И., Зонов О.А., Зонова Ю.А., Одегова А.А.*

*Кировский государственный медицинский университет, Киров*

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний. По результатам статистики распространенность бронхиальной астмы (БА) среди пациентов с АГ, как и в общей популяции приблизительно 25-30%. Согласно общемировым тенденциям, хроническое вялотекущее воспаление может быть основой развития гиперхолестеринемии. Цель. Изучить показатели липидного спектра у пациентов с АГ на фоне БА.

Материалы и методы. В исследовании участвовал 73 пациента с АГ 1, 2 степени тяжести на фоне различной степени тяжести БА в стадии контролируемости. Из них 24 пациента (33%) с АГ на фоне легкой степени тяжести БА – I группа, 29 (40%) со средней степенью тяжести БА – II группа, 20 (27%) – с тяжелой степенью тяжести – III группа. Для сравнительного анализа была взята группа 30 пациентов с АГ 1, 2 степени – IV группа. Все пациенты получали базисную терапию БА ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) и β2-адреномиметики (β2-АМ) короткого действия. По поводу АГ получали таблетки Индапамид 2,5 мг и следовали рекомендациям по поводу немедикаментозной терапии АГ. Всем испытуемым были взяты образцы крови на холестерин (ХС), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ). Результаты. У пациентов группы III уровень ХС-7,22±1,78, ЛПОНП-0,9±0,76, ЛПНП-3,1±0,73 и ТГ-2,3±0,91 выше, чем у пациентов I группы (ХС-6,47±0,93, ЛПОНП-0,6±0,51, ЛПНП-2,2±0,76и ТГ-1,7±0,37) и IV группы (ХС-6,26±1,23, ЛПОНП-0,62±0,68, ЛПНП-2,4±0,87 и ТГ-2,1±0,64),

p<0,05. Показатель ЛПВП-0,96±0,62 у пациентов III группы ниже, чем у испытуемых I группы – 1,13±0,43 и IV группы – 1,12±0,37, p<0,05. Вывод. Показатели уровня ХС, ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП, ТГ у пациентов с сочетанием АГ и БА легкой и средней степени тяжести не отличается от аналогичных показателей группы изолированной АГ. Пациенты с АГ на фоне БА тяжелой степени имеют более высокий уровень ХС, ЛПОНП, ЛПНП, ТГ и более низкий уровень ЛПВП по сравнению с пациентами, у которых изолированная АГ или АГ в сочетании с легкой и среднетяжелой БА.

### **Особенности почечного кровотока у лиц с дисплазией соединительной ткани.**

*Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н., Ждамарова О.И., Семизарова И.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Цель: изучение особенностей почечного кровотока у лиц с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Задачи: оценить влияние ДСТ на параметры почечного кровотока. Материалы и методы: в группу наблюдения было отобрано 58 человек в возрасте от 20 до 23 лет с признаками ДСТ, группу контроля сформировали 26 здоровых добровольцев без признаков ДСТ, сопоставимых по возрасту и полу с группой наблюдения. Всем обследованным было выполнено антропометрическое исследование (рост, вес, измерение размаха рук, длины кисти, длины стопы, высоты свода стопы), определение мобильности суставов с помощью теста Beighton, осмотр на предмет выявления сколиотической деформации позвоночника, гиперлордоза поясничного отдела позвоночника, воронковидной деформации грудной клетки и других внешних проявлений ДСТ. Кроме того было выполнено ультразвуковое исследование почек и магистральных почечных сосудов многократным датчиком конвексного формата на ультразвуковом диагностическом системе "EDAN U50" (CHINA) с определением индекса резистентности (IR) почечных артерий. Кровоток в магистральных почечных венах (ПВ) изучался при задержке дыхания в фазу неполного спокойного выдоха. Регистрировали максимальную (Vvenmax), минимальную (Vvenmin) венозную скорость и разницу между этими показателями – dVven. В соответствии с патентом на изобретение №2373856 от 27.11.2009 «Способ оценки венозного кровотока по магистральным почечным венам» при dVven ≥21 см/сек, картина расценивалась как нарушение оттока по ПВ. При анализе данных использовалась программа Microsoft Excel. Данные, не соответствующие нормальному распределению представлены в виде медианы, 25 и 75 квартилей. Для сравнения количественных данных использовался критерий Вилкоксона, а качественных данных – χ<sup>2</sup>. Результаты считались достоверными при p<0,05.

Результаты/ IR магистральных артерий правой (ПрП) и левой (ЛвП) почки в группе наблюдения составил 0,62 [0,6;0,65] и 0,64[0,63;0,65] соответственно, а в группе контроля 0,59[0,58;0,605] и 0,61[0,6;0,62] соответственно (для ПрП, ЛвП p<0,05). Показатели Vvenmax ПрП и ЛвП в группе наблюдения были 23[22;25,75] и 26[22;30], а в контрольной – 23[21;26] и 26[24;28,5] соответственно (для ПрП, ЛвП p>0,05-различия не достоверны), а показатели Vvenmin ПрП и ЛвП в группе наблюдения – 5[3;7,75] и 3[0;7,75], контрольной – 8[6;10] и 8[4,5;11] соответственно (для ПрП, ЛвП p<0,05). Показатели dVven ПрП и ЛвП в группе наблюдения были достоверно выше, чем в контрольной (для ПрП, ЛвП p<0,05), что сопровождалось достоверно более высокими показателями



IR в артериях почек в группе наблюдения (для ПрП, ЛВП  $p < 0,05$ ). Двухсторонние нарушения почечного венозного кровотока у лиц с ДСТ встречались в 4,5 раза чаще, чем у лиц без ДСТ ( $\chi^2=4,93$ ,  $p=0,05$ ). Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что у лиц с ДСТ достоверно хуже показатели оттока по магистральным почечным венам, что сопровождалось достоверным увеличением IR в артериях почек, а также двухсторонние нарушения почечного венозного кровотока встречаются в 4,5 раза чаще, чем у лиц без признаков ДСТ. Эти данные позволяют рекомендовать исследование параметров почечного кровотока с определением dVven и IR лицам с признаками ДСТ.

### **Вероятность наличия сердечно-сосудистой патологии у больных хронической обструктивной болезнью легких.**

*Федорович И.В., Нажева М.И., Ануфриев И.И., Осипов Е.В., Федорович А.В.*

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

Цель: оценить частоту встречаемости и особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в клинической практике.

Материалы и методы: обследовано 126 больных ХОБЛ (96 мужчин, 30 женщин; возраст  $50,20 \pm 0,78\%$  лет). Среди находившихся под наблюдением пациентов 72 (56,1%) страдали ХОБЛ средней степени тяжести, 44 (32,8%) – тяжелой и 10 (10,9%) – крайне-тяжелой формой заболевания. Результаты: при анализе коморбидных состояний в общей группе больных ХОБЛ было выявлено, что ишемическую болезнь сердца имели 43 человек (31%), нарушения ритма сердца – 16 человек (11%), в том числе 7 человек (4,8%) – фибрилляцию предсердий, артериальную гипертензию – 80 человек (60%), хроническую сердечную недостаточность – 20 человека (19,1%), тромбоз мелких ветвей легочной артерии в анамнезе – 4 человека (2,7%), инфаркт миокарда в анамнезе – 11 человек (7,5%), нарушения мозгового кровообращения в анамнезе – 9 человек (6,8%), сахарный диабет 37 человек (25,3%) и ожирение 48 человек (32,8%).

Выводы: таким образом, у больных ХОБЛ наиболее часто встречается полиморбидность, включающая сердечно-сосудистые заболевания. При ХОБЛ создаются благоприятные условия для формирования кардиоваскулярной патологии. Существование сердечно-респираторного континуума является непосредственным участником формирования артериальной гипертензии, атеросклероза и ишемической болезни сердца.

### **Некоторые особенности астмы с разной степенью обратимости бронхиальной обструкции.**

*Фролова С.А., Нажева М.И., Ануфриев И.И., Осипов Е.В.*

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

Цель. Установить наличие фенотипических различий у пациентов с астмой с разной степенью обратимости бронхиальной обструкции (БО) и пациентов с сочетанием астмы и ХОБЛ.

Материалы и методы. Пациенты старше 40 лет с астмой были разделены на 3 группы: 1 – астма с обратимой БО/без БО ( $n=50$ ), 2 – астма с необратимой БО ( $n=29$ ), 3 – астма в сочетании с ХОБЛ ( $n=24$ ). Анализировались результаты функционального и иммунологического исследования.

Результаты. Выявлено повышение остаточного объема легких (ООЛ) у пациентов 2 и 3 групп в сравнении с 1 (ООЛ2  $166,0$  ( $155,0-197,1\%$ ), ООЛ3  $184,7$  ( $158,3-250,2\%$ ) vs ООЛ1  $135,9$  ( $128,1-147,4\%$ ,  $p < 0,001$  для обоих сравнений), в то же время, различия между группами 2 и 3 были незначимыми. Зарегистрированы более низкие показатели диффузионной способности легких у пациентов группы 3 ( $62,3$  ( $53,3-77,4\%$ ) в сравнении с группой 1 ( $82,5$  ( $76,1-90,1\%$ ,  $p=0,016$ ) и группой 2 ( $83,5$  ( $79,8-94,2\%$ ,  $p=0,007$ )). Цитокиновый профиль сыворотки крови у пациентов группы 3 в сравнении с группой 1 характеризовался более низким уровнем ИЛ-4 ( $0,4$  ( $0-1$ ) пг/мл vs  $3,3$  ( $0,4-18$ ) пг/мл,  $p=0,013$ ) и более высоким уровнем ИЛ-1бета ( $9$  ( $5-13$ ) пг/мл 1 ( $0-5$ ) пг/мл,  $p=0,008$ ).

Выводы. Фенотипические особенности астмы с необратимой БО заключаются в развитии гиперинфляции легких при сохранении клинико-иммунологических черт, характерных для классической астмы. Сочетание астмы с ХОБЛ характеризуется более выраженным системным воспалением и формированием структурных изменений в легочной паренхиме с нарушением диффузии газов через альвеолокапиллярную мембрану.

### **Тактика амбулаторного лечения женщин с артериальной гипертензией, с эстрогенодефицитом, с «метаболически здоровым» ожирением.**

*Хабибулина М.М.*

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург*

Цель: изучить влияние шести месячной терапии лизиноприлом и комбинацией дидрогестерона и эстрадиола на качество жизни, уровень АД, ремоделирование сердца у женщин с АГ с эстрогенодефицитом с «метаболически здоровым» ожирением (МЗО). Материалы и методы: 147 женщин с АГ II стадии с эстрогенодефицитом с МЗО. Группа I – 74 женщины, средний возраст  $44,3 \pm 1,5$  лет, уровень САД  $165,77 \pm 2,91$  и ДАД  $98,2 \pm 0,75$  мм рт.ст., эстрадиол  $0,22 \pm 0,04$  пкг/мл; фолликулостимулирующий гормон  $22,87 \pm 1,12$  МЕ/мл, ИМТ  $30,1 \pm 0,6$  кг/м<sup>2</sup>, жалобы на ночной гипергидроз, приливы. Группа II – 73 женщины, средний возраст  $45,4 \pm 1,6$  лет, САД  $168,6 \pm 2,197$ , ДАД  $99,44 \pm 0,77$  мм рт.ст., эстрадиол  $0,19 \pm 0,03$  пкг/мл, ФСГ  $25,94 \pm 1,28$  МЕ/мл, ИМТ  $30,3 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>, жалобы на гипергидроз, приливы, плохое самочувствие, настроение. II группа получала лизиноприл по 10 мг в сутки и фемостон 2/10/2 мг; I – лизиноприл в той же дозе и препарат-плацебо. Контроль за состоянием больных, измерение АД, ЧСС, ЭКГ, ЭхоКГ проводилось до, во время и через 6 месяцев после лечения. В исследование не вошли пациентки с ИБС, ХСН, дислипидемией, сахарным диабетом, рено-васкулярной патологией.

Результаты. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что длительная терапия лизиноприлом у исследуемых женщин нормализует АД, может приостановить или даже вызвать обратное развитие гипертрофии миокарда левого желудочка, дилатации левых отделов сердца. Дидрогестерон + Эстрадиол хорошо сочетается с кардиотропной терапией, хорошо переносится женщинами и является

эффективным препаратом в терапии менопаузальных нарушений у женщин с АГ с эстрогемией с МЗО. Следует отметить, что в I группе, где был назначен препарат-плацебо вместо ЗГТ, также получена положительная динамика этих симптомов.

Выводы: подтверждается мнение о том, что должен быть индивидуальный подход к каждой пациентке и не следует торопиться с назначением ЗГТ особенно в самый начальный «переломный» период – пременопаузу. Наблюдать женщину и назначать лечение при АГ с эстрогенодефицитом с МЗО на амбулаторном этапе следует совместно гинекологу и кардиологу.

### **Использование метода полимеразной цепной реакции в обнаружении *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка, двенадцатиперстной кишки и ротовой жидкости.**

*Холявицкая Е.М., Приходько М.Н., Симонова Ж.Г.*

*Кировский государственный медицинский университет, Киров*

Введение. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) распространены среди всех категорий населения, причём хронический гастрит занимает первое место (около 35%) по распространенности, среди заболеваний желудка встречается в 80-85% случаев. Основные причины патологии ЖКТ являются: инфицирование слизистых оболочек желудка и пищевода хеликобактериями, вирусами герпеса, дрожжевыми грибами, также важную роль играет наследственная предрасположенность, эндокринные заболевания, стрессы, нарушение режима питания и отдыха, вредные привычки, гиподинамия. Среди инфекционных заболеваний наиболее распространен хеликобактериоз. Установлено, что бактерия *Helicobacter pylori* (HP) обнаруживается у 10% детей младше 12 лет, 20% – взрослых, 50% – пожилых людей. Длительно паразитируя в слизистой оболочке желудка, *Helicobacter pylori* приводит к ее медленному разрушению. В течение нескольких лет, при отсутствии адекватного лечения, хеликобактериоз способствует перерождению язвы в рак желудка или к переходу хронического гастрита в атрофический, затем происходит кишечная метаплазия, дисплазия и развивается рак желудка (Каскад Correa). Таким образом, в практическом здравоохранении важна роль своевременной и точной диагностики хеликобактерной инфекции.

Идея. Изучение эффективности молекулярно-генетических методов в диагностике хеликобактер-ассоциированных заболеваний гастро-дуоденальной зоны.

Цель исследования изучить эффективность молекулярно-генетических методов в диагностике хеликобактер-ассоциированных заболеваний гастро-дуоденальной зоны.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили биоптаты из слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки от 20 пациентов, ротовая жидкость – 17 студентов в возрасте 20-21 года на базе Кировского государственного медицинского университета (КГМУ). Проведено анкетирование среди 152 студентов 3 курса лечебного факультета с помощью анкеты «Симптомы гастрита». Изучалась история открытия возбудителя хеликобактериоза, методы культивирования и лабораторной диагностики HP. Проводилось культивирование HP в агаре Кампилобак в микроаэрофильных условиях с применением газогенераторных пакетов. Идентифицировали микроорганизмы по морфологическим, культуральным, биохимическим свойствам.

Диагностика хеликобактериоза у студентов и пациентов клиники КГМА также осуществлялась с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Статистическая обработка данных выполнена в программе Menu-5.

Результаты исследования. В результате проведенного анкетирования установлено, что у 61% обследованных пациентов имеются симптомы гастрита с повышенной кислотностью. При изучении ротовой жидкости 17 студентов бактериоскопическим методом обнаружены HP только у 2 человек (11,8%); бактериологическим – у 5 человек (29,4%) биохимическим (уреазный тест) – хеликобактерии не обнаружены, методом ПЦР – у 7 человек (41,2%). В биоптатах слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки также достоверно чаще выявляли молекулярно-генетическим методом контаминацию HP – 71,4% и 76,9% соответственно.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования наиболее достоверным способом индикации *H. pylori* выявлен молекулярно-генетический метод.

### **Гендерные особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца (на примере Ставропольского края).**

*Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.*

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь*

Риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин часто недооценивается из-за бытующего мнения о гормональной «защищенности» их от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако результаты Фрамингемского исследования свидетельствуют о том, что 40% всех коронарных событий у женщин заканчиваются фатально, причем в 67% случаев внезапной коронарной смерти не предшествует коронарный анамнез. При этом отмечено, что развитие ССЗ у женщин существенно отличается от закономерностей развития этой патологии у мужчин. Исхода из установленных гендерных различий, Американской ассоциацией сердца впервые были созданы и опубликованы рекомендации по профилактике ССЗ у женщин, которые регулярно пересматриваются и обновляются. Для РФ эта проблема также является важной, поскольку количество женщин в возрасте 50 лет и старше по состоянию на 1 июня 2017 года составляет 27,5 млн и продолжает неуклонно расти.

В связи с этим целью нашего исследования стало изучение динамики показателей заболеваемости и смертности от ИБС населения Ставропольского края (СК) с учетом гендерной принадлежности. На основании данных медицинского информационно-аналитического центра СК и Управления федеральной службы государственной статистики по СК были рассчитаны и проанализированы стандартизованные по Европейскому коэффициенту показатели смертности от ИБС с 1995 по 2015 г. Анализируя показатели общей смертности от болезней системы кровообращения в СК, можно отметить ее неуклонное снижение, начиная с 2010 года (с 883,9 на 100 тыс. населения в 1995 г. до 714,3 на 100 тыс. в 2010 г. и 669,7 на 100 тыс. в 2015 г.). При этом в структуре смертности от ССЗ преобладают женщины (53,5%). ИБС является основной причиной смерти среди женщин и в других развитых странах мира (соотношение женщин и мужчин в среднем 55% и 43% соответственно). Показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста свидетельствуют об увеличении числа больных с ИБС (с 127,3 на

1000 чел. в 1995 г. до 188,0 на 1000 чел. в 2015 г.), что может быть связано с совершенствованием диагностики этих заболеваний и прогрессирующим постарением населения. При этом клинические проявления ИБС у женщин в возрасте 45-54 года были только у каждой восьмой пациентки, а после 65 лет – у 35%. В большинстве случаев развитие ИМ или внезапная смерть являются первыми проявлениями ИБС, которые возникают на фоне относительного благополучия. Уровень смертности от ССЗ среди женщин остается высоким (на 0,5 млн выше, чем среди мужчин), и за последние 20 лет она увеличилась на 10%, несмотря на достигнутые успехи по модификации основных факторов риска (ФР) ССЗ. При сравнении распространенности основных ФР развития ИБС установлены гендерные различия по частоте определения как модифицируемых, так и немодифицируемых ФР. По данным Фрамингемского исследования, сочетание трех и более ФР определялись у женщин в 5,9 раз, а у мужчин – в 2,9 раза чаще. Установлено, что более чем у 80% женщин среднего возраста выявляют один или более ФР, при этом у них значительно чаще, чем у мужчин, встречается сочетание двух и более ФР. Весьма важным моментом является наличие ФР развития ИБС, зависящих от репродуктивного статуса женщины (наличие синдрома поликистоза яичников, преэклампсия в анамнезе, возраст наступления менопаузы). Присоединение новых ФР после менопаузы в связи с потерей протективного эффекта эстрогенов существенно увеличивает заболеваемость и смертность от коронарной патологии. Результаты проведенного анализа показали постепенное увеличение частоты ССЗ и смертности у женщин между 40 и 55 годами, а также значительное повышение этих показателей в постменопаузе независимо от возраста. Таким образом, показатели заболеваемости и смертности от ИБС имеют гендерные различия, что обусловлено особенностями клинического течения заболевания у женщин, связанные с патогенетическими механизмами, отличающимися от таковых у мужчин. Поэтому изучение особенностей диагностики и течения ИБС у женщин разных возрастных групп, а также поиск оптимальной тактики лечения позволяют улучшить как прогноз заболевания, так и качество жизни. Необходим дальнейший поиск оптимальной терапии ИБС с позиции гендерных различий.

### **Опыт применения гидроксихлорохина у пациентов с вторичной узловатой эритемой хронического течения.**

*Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.*

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь*

Упорное рецидивирующее течение узловатой эритемы (УЭ) обычно наблюдается у женщин среднего и пожилого возраста, нередко на фоне сосудистых, аллергических, воспалительных, инфекционных или опухолевых заболеваний. По статистике рецидивы УЭ развиваются в 33-41% случаев, вероятность их развития увеличивается, если триггерный фактор заболевания неизвестен. Разнообразие антигенных стимулов, способных вызвать УЭ, свидетельствует о том, что это заболевание является реактивным процессом, часто с вовлечением органов и систем иммунного характера. В связи с этим представляло интерес изучить влияние препарата гидроксихлорохин (ГХ) с позиций предупреждения хронизации УЭ. Под нашим наблюдением находилось 28 женщин с вторичной УЭ в возрасте 40-65 лет. Диагностика проводилась на основании клинических критериев.

У всех наблюдаемых имело место упорное рецидивирующее течение заболевания с обострениями, возникавшими в весенне-осенний период. Узлы локализовались на голених, величиной с грецкий орех с умеренной болезненностью и отечностью голеней/стоп. На момент обращения у всех пациенток констатирована II стадия (развернутая) с болезненными ярко-красно-багровыми узелками размерами от 1 до 5 см в диаметре с четкими границами и пастозностью окружающих тканей. У большинства пациентов (25 чел) основная локализация высыпаний – область голеней и бедер; у 3 человек – помимо нижних конечностей имелись высыпания в области проксимальных отделов верхних конечностей. Суставной синдром с поражением голеностопных суставов наблюдался у 24 больных; коленных и голеностопных суставов – у 4 человек. Продолжительность заболевания составила  $6,4 \pm 1,2$  года. У всех наблюдаемых была коморбидная патология: у 28 чел. имела инфекция глотки, ассоциированная с А-стрептококком; у 15 человек – гипертоническая болезнь, у 2 человек воспалительные заболевания кишечника, у 4 больных – ожирение, у 6 чел. сахарный диабет, у 3 больных – хронический пиелонефрит. Больные были произвольно разделены на 2 группы по 14 человек. В первой группе пациентам были назначены: мелоксикам 15 мг в сутки внутримышечно в течение 3 дней, затем 15 мг в сутки перорально в течение 2 месяцев; аппликации с 33% раствором диметилсульфоксидом 2 раза в день в течение 10-15 дней; троксерутин 2% гель 2 раза в сутки на пораженные участки кожи в течение 10-15 дней; амоксициллин + клавулановая кислота 625мг 3 раза в сутки в течение 10 дней; затем физиотерапевтическое лечение-электро (фоно)форез с гидрокортизоном (1% мазь) на узлы №10. Больным второй группы, помимо перечисленных выше лекарственных средств, с первых дней лечения был добавлен противомаларийный препарат гидроксихлорохин по 200 мг перорально 2-3 раза в сутки в течение 6 месяцев. Проводилась также терапия коморбидных заболеваний. Больные наблюдались в течение 9 мес. с кратностью визитов 1 раз в 3 месяца. На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалась нормализация температуры тела, улучшение аппетита и общего самочувствия, обратная динамика суставного синдрома и кожных высыпаний с развитием вначале III стадии заболевания с высыпаниями в виде безболезненных подкожных или сине-желто-зеленого цвета (симптом «синяка») уплотнений без четких границ, а затем – полное исчезновение всех клинических проявлений. По временному критерию обратная динамика суставного и кожного синдромов была достоверно быстрее у пациентов 2-ой группы: через  $30 \pm 4,3$  и  $21 \pm 2,2$  дня соответственно. Особенно быстро позитивная динамика наблюдалась у больных 2-ой группы с локализацией высыпаний в области голеней. Наблюдение в динамике не выявило в этой группе рецидива клиники УЭ через 3 месяца после окончания приема гидроксихлорохина, в то время как у 50% пациентов первой группы через 3 месяца вновь имелись проявления обострения заболевания.

Выводы: 1. Добавление к стандартной терапии ВУЭ хронического рецидивирующего течения противомаларийного препарата гидроксихлорохин позволяет быстрее достичь регресса клинической картины заболевания, что, вероятно, связано с не равнозначным распределением гидроксихлорохина в тканях и органах и наиболее высоким накоплением препарата в меланин-содержащих клетках, входящих в состав кожи. 2. Применение гидроксихлорохина способствует предупреждению развития рецидива заболевания. 3. Различные молекулярные механизмы фармакологического действия препарата гидроксихлорохин определяют широкий спектр терапевтического эффекта. Добавление его к лечению позволяет параллельно положительно влиять на коморбидную патологию.

## **Влияние клиничко-лабораторных показателей на нарушение пищеварения у пациентов с деформацией желчного пузыря.**

*Цховребова З.М., Орешко Л.С.*

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

Актуальность. По данным многочисленных исследователей, деформация желчного пузыря является причиной нарушения дренажной функции желчевыделения. В свою очередь дисфункция желчного пузыря, вследствие наличия характерной клинической картины, снижает качества жизни пациентов. Однако клиничко-лабораторные данные нередко свидетельствуют о нарушении функции органа функционально связанного с желчными путями. От сократительной функции желчного пузыря зависит своевременное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Желчные кислоты имеют большое значение как для переваривания и всасывания жиров, так и для формирования микрофлоры в тонкой кишке. Недостаточное поступление желчи в ДПК, в результате деформации желчного пузыря, способствует избыточному бактериальному росту и нарушению микробного состава, что приводит к стеаторее.

Цель работы. Оценить выраженность клинической картины и определить влияние лабораторных данных на процессы пищеварения у больных с деформацией желчного пузыря.

Материалы и методы. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у 52 пациентов были выявлены различные деформации желчного пузыря. При сборе жалоб у этих пациентов определяется наличие болевого синдрома в правом подреберье у 16 (30%) человек. Вздутие и урчание у 20 (38%), нарушение стула с преобладанием запоров 10 (19%), с преобладанием диареи 6 (11%). Наличие данных жалоб у пациентов с функциональными расстройствами желчного пузыря приводят к нарушению повседневной активности. С целью выявления нарушения переваривания всем обследуемым выполнялся копрологический анализ кала. В результате выявлена стеаторея у 22 (42%) человек, амилорея у 10 (19%), креаторея у 8 (15%), йодофильная флора у 12 (23%).

Результаты. Учитывая тот факт, что у пациентов с дисфункцией желчного пузыря часто встречается стеаторея, становится очевидным нарушение пассажа желчи в ДПК. Указанное обстоятельство свидетельствует о нарушении участия желчных кислот в процессе переваривания.

Выводы. Полноценная работа желчного пузыря способствует правильному перевариванию пищи и уменьшению основных симптомов заболевания, улучшая качества жизни пациентов с деформацией желчного пузыря. В связи с этим, пациентам с аномалией желчного пузыря требуется своевременное применение корригирующей терапии.

## **Сравнительная эффективность комбинированной антигипертензивной терапии, включающей индапамид-ретард или спиронолактон, у женщин в поздний период постменопаузы.**

*Черных В.Е., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Цель: оценить динамику основных показателей суточного профиля артериального давления у женщин в поздний период постменопаузы с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ) на фоне приема комбинированной антигипертензивной терапии, включающей индапамид-ретард или спиронолактон.

Материалы и методы. В исследование включены 73 женщины в позднем периоде постменопаузы (свыше 8 лет) с уровнем артериального давления (АД) >140/90 мм рт.ст., получавшие ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) периндоприл 10 мг/сут. и блокатор медленных кальциевых каналов амлодипин 10 мг/сут. Пациентки были рандомизированы в 2 группы: в первой (n=35) к антигипертензивной терапии добавлен индапамид-ретард 1,5 мг/сутки; во второй (n=38) – спиронолактон 25 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием комплекса Вр Lab Vasotens.

Результаты. До начала исследования средние значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД) в дневные и ночные часы по результатам СМАД в обеих группах женщин достоверно не различались. В обеих группах исследования на фоне комбинированной антигипертензивной терапии через 6 месяцев наблюдения отмечалась достоверная положительная динамика основных показателей СМАД. Так, в первой группе уровень среднесуточного систолического АД (САД) снизился на 34,3%, дневного САД – на 36,8%, ночного САД – на 29,6%, среднесуточное, дневное и ночное диастолическое АД (ДАД) уменьшилось на 24,7%, 31% и 17,9% соответственно ( $p < 0,05$  для всех показателей). Вариабельность САД снизилась на 36,6%, ДАД – на 29,7% ( $p < 0,001$ ). Во второй группе САД среднесуточное уменьшилось на 27,8%, САД дневное – на 28,9%, САД ночное – на 22%, ДАД среднесуточное – на 28,9%, ДАД дневное – на 26,7%, ДАД ночное – на 30,3% ( $p < 0,05$  для всех значений). Вариабельность САД снизилась на 54,9%, ДАД – на 47,8% ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что применение в составе комбинированной терапии индапамида – ретард обеспечивало достоверно более значимое по сравнению с назначением спиронолактона снижение уровней САД ( $p < 0,001$ ), динамика ДАД оказалась сопоставимой. Однако на фоне терапии спиронолактоном отмечалась достоверно ( $p < 0,001$ ) более выраженная положительная динамика вариабельности САД и ДАД.

Выводы. Таким образом, применение индапамида-ретард и спиронолактона в составе комбинированной антигипертензивной терапии у женщин с НКАГ в поздней постменопаузе сопровождалось достоверным снижением САД и ДАД. В то же время достоверно более значимая позитивная динамика показателей САД отмечалась у пациенток на фоне приема индапамида-ретард, что может быть использовано в клинической практике с целью нормализации уровня АД и потенциального снижения риска сердечно-сосудистых осложнений.

## **Идиопатические нарушения ритма – особенности патогенеза и роль в структурно-функциональном ремоделировании сердца у беременных.**

*Чесникова А.И., Коломацкая О.Е., Сафроненко В.А., Скаржинская Н.С., Терентьев В.П.*

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

Сердечно-сосудистые заболевания, в частности, нарушения ритма сердца (НРС) являются одной из значимых экстрагенитальных

патологий и частых причин осложнений беременности и родов. По-прежнему недостаточно изученными остаются механизмы развития нарушений ритма в разные периоды беременности, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, необходимость медикаментозной коррекции.

Целью исследования явилось изучение патогенетических особенностей идиопатических НРС у женщин в разные периоды беременности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 105 женщин, из них 84 беременные, которые в зависимости от наличия или отсутствия НРС были разделены на группы: 43 пациентки с НРС в период беременности, средний возраст – 29,93±2,32 года, и 41 женщина без НРС (28,7±2,14 лет). Контрольную группу составили женщины (n=21), не имевшие в анамнезе беременность, без признаков ССЗ, без НРС (28,53±3,11 лет). Женщинам всех групп проводилась оценка активности симпатоадреналовой системы (САС) по уровню адренорецепции мембран эритроцитов (β-АРМ) (Стрюк Р.И. и Длусская И.Г., 2000г.), вариабельности ритма сердца (ВРС) по данным холтеровского мониторирования ЭКГ, а также оценка структурно-функциональных показателей левых отделов сердца с помощью эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования по стандартной методике. Оценка диастолической функции проводилась с использованием методики регистрации высокоамплитудных отраженных сигналов движения (ВОСД) (Неласов Н.Ю., 2006 г.). С целью подтверждения наличия диастолической дисфункции проводилась оценка морфофункционального диастолического индекса (МФДИ), который определялся по формуле:  $MFDI = LP / Ea$ , где LP – диаметр левого предсердия, Ea – величина пика Ea ВОСД. По результатам проведенного исследования установлено, что у женщин с идиопатическими НРС во II, и в III триместрах выявлен более высокий уровень β-АРМ по сравнению с показателями у беременных без аритмий. В 100% случаев у женщин с НРС определялся гиперadrenergический тип адренореактивности (β-АРМ более 40,0 усл. ед.), который, по данным литературы, ассоциирован с высоким риском развития аритмий. При оценке ВРС выявлено преобладание влияния симпатического звена вегетативной нервной системы у всех беременных во II и III триместрах. Кроме того, у женщин с аритмиями уже во II триместре беременности отмечалась ригидность циркадного ритма, а в III триместре – увеличение активности САС, что позволило судить о роли дисбаланса вегетативной регуляции в развитии идиопатических НРС во время беременности. Установлено, что для беременных с идиопатическими НРС в III триместре характерны более выраженные изменения структурно-функциональных показателей по сравнению с соответствующими параметрами во II триместре (увеличение индексированного размера ЛП (ИЛП), индексированного конечного диастолического объема (ИКДО), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), ремоделирование ЛЖ по типу эксцентрической гипертрофии миокарда в 34,8% случаев) и у беременных без аритмий: достоверно большие значения ИЛП, индексированных показателей конечного диастолического размера, конечного систолического размера, ИКДО, конечного систолического объема, признаки увеличения систолической нагрузки (ударный объем, ударный индекс, минутный объем, сердечный объем) и диастолической дисфункции ЛЖ. Выявлены достоверные корреляционные связи между уровнем β-АРМ и показателями, характеризующими диастолическую функцию ЛЖ (МФДИ, величина пика Ea ВОСД), а также между значениями циркадного индекса и ИММЛЖ, МФДИ у беременных с идиопатическими НРС, что свидетельствует о влиянии гиперсимпатикотонии на структурно-функциональное ремоделирование левых отделов сердца.

## **Современные мукорегуляторные препараты – Карбоцистеин и Эрдостеин в терапии обострения хронической обструктивной болезни легких.**

*Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Панфилов В.И., Маслова Т.А.*

*Курский государственный медицинский университет,  
Курская областная клиническая больница, Курск*

Цель: сравнить эффективность применения эрдостеина и карбоцистеина у пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: под наблюдением находились 50 пациентов с обострением ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение. I группе (25 больных) дополнительно к терапии обострения ХОБЛ, назначался карбоцистеин по 1 пакетику однократно утром. II группа (25 пациентов) помимо терапии обострения ХОБЛ, получала эрдостеин по 1 капсуле (300 мг) 3 раза в сутки. Через небулайзер муколитик не назначался. Помимо стандартных методов исследования, всем пациентам проводилась спирометрия, тест с 6-минутной ходьбой (6МХ).

Результаты. Среди 50 пациентов с обострением ХОБЛ, 43 мужчины. Средний возраст больных – 58,6 лет. Затруднение отхождения мокроты до начала лечения отмечали 95% пациентов. Исходно при поступлении средняя дистанция, пройденная в тесте 6МХ – 217,6 м., на фоне включения карбоцистеина и эрдостеина в терапию обострения ХОБЛ констатирован рост дистанции в тесте 6МХ через 7 дней до 285,4 м и 292,3 м соответственно. ОФВ1 при поступлении в группу I 49,6±5,7%, в группе II 47,9±6,3%. На фоне включения в терапию карбоцистеина и эрдостеина, через 5 суток констатирован рост ОФВ1 в группе I 57,7±3,3%, в группе II 58,9±5,7% (p>0,05). Субъективное улучшение отхождения мокроты отмечали пациенты обеих групп, начиная с 2 дня нахождения в стационаре.

Выводы: у пациентов с обострением ХОБЛ для облегчения отхождения мокроты в качестве муколитика рекомендуется использование карбоцистеина и эрдостеина. Были получены сходные данные по эффективности препаратов. Следует отметить меньшую кратность приема карбоцистеина-1 раз в сутки, что позволяет достичь большего комплайенса в лечении.

## **Рамиприл у больных с диабетической нефропатией.**

*Шавлохова Э.А., Харебова Ф.Ю.*

*Северо-осетинская государственная медицинская академия,  
Республиканский эндокринологический диспансер, Владикавказ*

Изучить влияние терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) на состояние почек у больных с диабетической нефропатией. Отобраны 39 пациентов с сахарным диабетом 1 типа, артериальной гипертензией. Критерием формирования исследуемой группы было отсутствие декомпенсации углеводного обмена, эссенциальной гипертензии, воспалительных и иных заболеваний почек и мочевыделительных путей, а также других заболеваний, способных внести изменения в исследуемые параметры. Таким образом, была сформирована основная группа из 20 человек, получавших в течение 3 месяцев ИАПФ Рамиприл. Лечение начинали с дозы 5 мг, постепенно в течение 2-3 недель

наращивая ее до индивидуально эффективной дозы 7,5-10 мг. Антигипертензивная терапия 19 больных контрольной группы не включала ИАПФ. Пациенты обеих групп были мотивированы на строгий контроль АД и ограничение белка в рационе. По истечении 3 месяцев было проведено повторное измерение у всех пациентов суточной протеинурии, среднесуточной гликемии и систолического артериального давления (САД). В обеих группах отмечено достоверное снижение систолического артериального давления (САД) ( $p < 0,01$ ). В группе пациентов, получавших Рамиприл, отмечено достоверное снижение суточной экскреции белка ( $p < 0,05$ ). У пациентов контрольной группы снижение протеинурии было констатировано в 8 суточных образцах мочи, однако проведенный статистический анализ не выявил достоверной разницы между исходными и повторными значениями исследуемого параметра. Выявлена средняя положительная корреляционная зависимость между показателями САД и суточной протеинурией. Достоверной разницы показателей среднесуточной гликемии до и после лечения не было. Полученные результаты свидетельствуют о положительном эффекте препаратов группы ИАПФ, однако выявление положительной корреляционной зависимости между суточной экскрецией белка и уровне САД требует проведения дополнительных контролируемых исследований в отношении и других групп препаратов (антагонистов кальция, бета блокаторов) с целью оценки степени их эффективности в плане замедления прогрессирования диабетической нефропатии у больных с сахарным диабетом.

### **Комплаентность пациентов с ишемической болезнью сердца: проблемы и возможные способы решения.**

*Щапова Н.Н., Арсеничева О.В.*

*Ивановская государственная медицинская академия, Иваново*

Несмотря на большие возможности медикаментозной и интервенционной терапии смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) остается в числе лидирующих и составляет около 49% в структуре сердечно-сосудистой смертности в России. Связано это во многом с отсутствием мотивации к соблюдению здорового образа жизни, нежеланием выполнять рекомендации врача и снижению доверия к медицинским работникам в последние годы в нашей стране среди населения. Ряд исследователей считают, что низкая комплаентность пациентов при ИБС является самостоятельным фактором риска неблагоприятных исходов и смерти. Кроме того, нон-комплаенс, помимо сложности в лечении вносит значительное влияние на качество жизни пациентов.

Целью работы являлась оценка приверженности к лечению больных ИБС, ее влияния на течение течения заболевания с выделением возможных механизмов ее коррекции.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе кардиологического отделения ОБУЗ «Ивановская ОКБ» (ИвОКБ). В качестве метода исследования мною была выбрана анкета свободного образца с последующим анализом полученных данных. Опрошены 40 пациентов (средний возраст  $69,8 \pm 1,18$  лет) с достоверно верифицированными формами ИБС.

Результаты. Среди участников исследования большинство пациентов страдали стенокардией напряжения III функционального класса (ФК) – 20%, 25% в анамнезе перенесли инфаркт миокарда, у 40% больных имелась хроническая сердечная недостаточность I стадии.

Среди опрошенных выявлена высокая распространенность ведущих факторов риска: курение – 10%, абдоминальное ожирение – у 10%, артериальная гипертензия у 70%, сахарный диабет у 15% пациентов. По результатам опроса только 5% больных регулярно посещали участкового врача. При исследовании потребности в стационарном лечении установлено, что пациенты, посещающие поликлинику чаще 1 раза в 6 месяцев, госпитализируются не чаще 2 раз за год. Из 40 опрошенных отметили получение рекомендаций: по изменению диеты – 32%, отказу от вредных привычек – 15%, увеличения физической активности – 27%. Участковый терапевт рекомендовал консультации узких специалистов только 5% больных и более 20% пациентов не получили никаких советов по изменению образа жизни. 37,5% недостаточно осведомлены о своем заболевании. Многие пациенты отметили, что более полную информацию о болезни получили от кардиолога и предпочитают получать медицинскую помощь именно у этого специалиста, а не у участкового терапевта. При оценке приверженности к лечению установлено: часто нарушают назначения врача около 3,5% пациентов, редко – 37,5%, крайне редко – 44,5%, вообще не нарушают – 14,5% больных соответственно. 60% из опрошенных меняют назначенный препарат на более дешевый аналог, не верят в эффективность лечения – 26%, не вызывает доверия лечащий врач – у 22%. Высокая стоимость лекарственных препаратов в 43% случаев являлась причиной несоблюдения рекомендованного лечения. Установлено, что у 72,5% пациентов, не соблюдавших рекомендаций врача, отмечалась более частое возникновение симптомов стенокардии и высокая потребность в нитратах короткого действия по сравнению с больными, которые придерживаются терапии.

Выводы. Исходя из полученных данных, мы можем судить о низкой комплаентности больных ИБС к лечению, что можно объяснить недостаточной осведомленностью о сути заболевания, принципах его лечения, недоверием к врачу, в частности, к участковой службе, а также дороговизне назначаемых лекарственных препаратов. В совокупности это приводит к нарушению режима терапии, частым госпитализациям, а также к ухудшению качества жизни. В качестве решения проблемы врачам целесообразно использовать комбинированные режимы лекарственной терапии, проводить обучение и информирование пациента в школах ИБС, рекомендовать пациентам применение таблеток и дневников для контроля терапии и результатов лечения.

### **Состояние эндотелия на фоне окислительного и нитрозивного стресса у больных бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением.**

*Ярцева С.В.*

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

Одним из часто встречающихся видов коморбидности является сочетание бронхиальной астмы (БА) и ожирения. Современные исследования заболеваемости БА у пациентов с различным уровнем повышения индекса массы тела (ИМТ) обнаружили прямую зависимость увеличения частоты развития БА по мере возрастания ИМТ. В тоже время было выявлено, что у больных БА встречаемость избыточной массы тела и ожирения вдвое выше, чем среднепопуляционная. Одним из важных звеньев патогенеза как БА, так и ожирения, является оксидантный и нитрозивный стресс.

Цель исследования: оценить функциональное состояние сосудистого эндотелия на фоне окислительного и нитрозивного стресса у больных БА, сочетанной с ожирением.

Материалы и методы: обследовано 59 пациентов в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести и персистирующей тяжелой БА, (23 мужчин и 36 женщин в возрасте  $39,6 \pm 4,5$  лет), из числа которых были сформированы две группы. Пациенты 1 группы (28 человек) были с нормальной массой тела, пациенты 2 группы (31 человек) наряду с БА имели ожирение 1 и 2 степени. Длительность заболевания БА составила от 11 до 29 лет. Для диагностики ожирения всем пациентам была проведена антропометрия с вычислением ИМТ, измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), их отношения (ОТ/ОБ) для косвенной оценки массы внутриабдоминальной жировой ткани. Абдоминальный тип ожирения был установлен у 96% пациентов. Наряду с общеклиническими обследованиями больным был определен липидный спектр: общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Интенсивность реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ) определялась по уровню концентрации малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК), антиоксидантная активность по уровню каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Определялись метаболиты NO в виде нитритов/нитратов – NOx. Оценку эндотелиального механизма регуляции сосудистого тонуса оценивали в пробе с реактивной гиперемии плечевой артерии при ультразвуковом исследовании сосудов.

Результаты: при анализе липидного спектра у 72% обследованных 1 группы и 91% больных 2 группы были отмечены отклонения от нормальных значений, так отмечалось повышение уровня ОХС в среднем на 17,3% и 19,8% в группах, соответственно, ЛПНП на 27,4% и 31,8%, ТГ на 23,1% и 29,2%, уровень ЛПВП был снижен на 11,3 и 15,7%, соответственно. Также на фоне дислипидемии у всех больных существенные нарушения в системе ПОЛ-АОЗ, проявляющиеся

активизацией процессов ПОЛ и угнетением функции эндогенной АОЗ. Так было отмечено увеличение в первой и второй группах, по сравнению с показателями референтной нормы, количества ДК, соответственно, в 1,2 и 1,5 раза и МДА – в 1,4 и 1,8 раза. Изменения МДА и ДК у пациентов обеих групп имели однонаправленный характер, в отдельных случаях их увеличение, по сравнению с показателями у здоровых лиц, составило 3,1-4,1 раза. Одновременно у всех больных выявлялось снижение каталитической способности ключевых ферментов системы АОЗ, соответственно в первой и второй группах: каталазы – в 1,1 и 1,3 раза, а СОД, – соответственно, в 1,1 и 1,2 раза. Хотя усредненные показатели выявляли неэффективность функционирования системы АОЗ, персонализированный анализ показателей выявлял определенные особенности. Так, в 76% и 71% случаев активность каталазы у больных была снижена, соответственно, у 11% и 16% лиц – не изменена и в 10,7% и 9,7% – даже несколько повышена по сравнению со значениями референтной нормы. Сходная тенденция у больных выявлялась в изменении активности СОД: в 71,4% и 74,2% случаев таковая в группах была снижена и, соответственно, в 28,6% и 25,8% – находилась в пределах референтной нормы. У пациентов 1 группы уровень NOx превышал норму в 2,3 раза, а 2 группы в 3,8 раза. При этом у 57% пациентов 1 группы и 71% 2 группы выявлена дисфункция сосудистого эндотелия, что характеризовалось менее чем 10% приростом диаметра плечевой артерии после её декомпрессии. Также было отмечено наличие корреляционных взаимосвязей показателей ПОЛ-АОЗ и дисфункции эндотелия.

Выводы: активация процессов ПОЛ, протекающая с угнетением системы АОЗ и повышение уровня NOx способствуют ухудшению функции эндотелия сосудов. С целью профилактики прогрессирования сосудистых осложнений в схемы терапии больных БА, сочетанной с ожирением наряду с проводимой базисной терапией и соблюдением диеты, целесообразно включать препараты, обладающие антиоксидантным действием.

### **Частота и выраженность риска перелома шейки бедра у пациентов с коксартрозом III стадии, отобранных для эндопротезирования.**

*Жихарева О.А., Елисеева Л.Н., Карташова С.В., Блаженко А.А.*

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

Остеoarthritis тазобедренного сустава (коксартроз) является одним из распространенных заболеваний, приводящих к инвалидизации пациента, снижению их социальной активности, ухудшению качества жизни. У лиц старше 35 лет заболеваемость коксартрозом достигает 10,8%. В настоящее время появилась возможность оперативного лечения пациентов с коксартрозом. Однако при отборе их на операцию, в возрастной группе с 50-65 лет, имеется высокая вероятность ассоциации с постменопаузальным остеопорозом, который может создавать дополнительные осложнения, даже при идеально выполненной оперативной коррекции коксартроза. Проявлением этих осложнений могут стать: остеопорозные переломы, нестабильность сустава, вывих протезированного сустава. Поэтому в предоперационном периоде исследование пациентов и профилактическая терапия могла бы предотвратить возможные осложнения. За рубежом давно используется калькулятор FRAX, который оценивается в разных странах по-разному. В России пока не полностью определена перспективность использования данного калькулятора для выбора тактики лечения и профилактики переломов шейки бедра и ограничения в оперативных вмешательствах на тазобедренных суставах.

Цель: определить значение 10-летнего риска развития переломов шейки бедра с помощью калькулятора FRAX у пациентов прошедших комиссию по отбору пациентов для тотального эндопротезирования тазобедренных суставов по поводу коксартроза III стадии.

Нами обследованы 28 пациентов включенных в лист ожидания и планируемых для проведения оперативного вмешательства по поводу коксартроза III стадии. Среди них было 17 женщин (60,7%) и 11 мужчин (39,3%) в возрасте 50-67 лет. У всех больных проводили традиционное изучение жалоб, собирали анамнез заболевания и жизни, анализировали выполненные дополнительные инструментальные и физикальные данные. Всем пациентам были оценены риски 10-летней вероятности развития остеопороза и перелома шейки бедра по калькулятору FRAX. При анализе значений, риск развития переломов в ближайшие 10 лет в целом по группе этот показатель колебался от 0,5-7,7% и составил 1,46±0,09%. В то же время у 17 человек из 28 (у 13 женщин и 4 мужчин), имелся риск более 5%. Согласно современным рекомендациям именно эта группа пациентов наиболее опасна в плане развития и прогрессирования заболевания и развития осложнений в послеоперационном периоде. Мы полагаем, что именно данная когорта больных нуждается в предоперационном профилактическом лечении, направленном на коррекцию тяжести остеопороза. У половины пациентов из женской когорты (8 пациентов включенных в лист ожидания) была выполнена двухфотонная абсорбционная денситометрия на аппарате HOLOGIC Explorer 107. Во всех случаях установлено наличие остеопороза с показателями T-критерия от -2,5 до -3,8.

Данные результаты свидетельствуют о необходимости проведения коррекционной терапии. С учетом подготовки указанных пациентов к оперативному вмешательству с выполнением тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, наиболее рационально задерживать этих пациентов на данном этапе, до коррекции проявлений остеопороза. К настоящему времени не разработана длительность коррекционной терапии, медикаментозные предпочтения, значимость других факторов профилактики переломов, что является целью наших дальнейших исследований. В условиях сокращенного времени обследования пациентов у травматологов-ортопедов, рационально перед проведением комиссии по поводу тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, учитывать результаты тестирования больных с использованием шкалы FRAX.

### **Влияние стеноза почечной артерии на отдаленные исходы у пациентов с ОКС и атеросклеротическим поражением почечных артерий.**

*Кобзева Н.Д., Терентьев В.П., Батюшин М.М.*

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

Категория пациентов ИБС с атеросклеротическим поражением некоронарных бассейнов особо сложна для ведения. Наличие выраженных стенозов некоронарных сосудов ассоциировано с увеличением смертности в течение 2,5 лет. Согласно данным литературы, наличие и менее выраженных стенозов (30% и более) в некоронарных артериях оказывает неблагоприятное прогностическое значение при проспективном наблюдении больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

В связи с изложенным выше, целью данного исследования явилось изучение влияния стеноза почечных артерий (ПА) на отдаленные исходы у пациентов с ОКС и атеросклеротическим поражением ПА. В исследование было включено 323 пациента с ОКС, из них 217 (67,1%) мужчин, 106 (32,9%) – женщин. Средний возраст больных составил 59,6±9,2 лет, при этом средний возраст мужчин – 58,4±0,6 лет, женщин – 62,2±0,8 лет. Диагноз ОКС установлен на основании оценки клинических данных, определения в сыворотке крови уровня маркеров повреждения миокарда (тропонин I и МВ-КФК). Исследование включало в себя стандартное комплексное обследование больных с ОКС и атеросклеротическим поражением ПА, ретроспективное изучение медицинской документации. После выписки из стационара проводилось наблюдение за пациентами методом телефонного опроса с целью выявления частоты развития конечных точек. Статистический анализ данных проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corp., США) и STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США). Согласно полученным нами данным, поражение ПА, по результатам селективной ангиографии, было верифицировано у 80 больных с ОКС (24,8%). При этом одностороннее поражение встречалось у 47 пациентов (58,8%), двустороннее – у 33 пациентов (41,2%). В группу наблюдения после выписки из стационара вошли 146 больных, из них 69 пациентов с поражением ПА. В ходе логистического



регрессионного анализа влияния стеноза ПА на отдаленные исходы было показано, что статистически значимое влияние оказывалось на нефатальные сосудистые события ( $\chi^2 - 3,95, p=0,047$ ). В отношении остальных точек статистически значимой разницы выявлено не было. Однако нами было отмечено, что двухсторонний стеноз почечных артерий повышал риск развития фатального ОИМ в отдаленном периоде ( $\chi^2 - 8,54, p=0,003$ ), а также фатального и нефатального ОИМ ( $\chi^2 - 3,93, p=0,047$ ), фатального сосудистого события ( $\chi^2 - 10,14, p=0,001$ ) и фатального/нефатального сосудистого события ( $\chi^2 - 4,7, p=0,0029$ ). При проведении логистического регрессионного анализа влияния выраженности стеноза ПА при одностороннем и двухстороннем поражении на риск развития сосудистых событий не было продемонстрировано статистически значимых результатов. При анализе влияния гемодинамически значимого стеноза ПА при одностороннем поражении на риск развития отдаленных сосудистых событий была продемонстрирована статистическая значимость только в отношении гемодинамически значимого стеноза в сравнении с гемодинамически незначимым. Гемодинамически значимый стеноз повышал риск развития фатального ОИМ ( $\chi^2 - 4,24, p=0,039$ ), а также фатального и нефатального МИ ( $\chi^2 - 4,24, p=0,039$ ). При двухстороннем гемодинамически значимом стенозе ПА при проведении логистического регрессионного анализа не было продемонстрировано статистически значимого влияния на риск развития сосудистых событий. Необходимо подчеркнуть, что проведенное стентирование ПА также не влияло на риск развития сосудистых событий в дальнейшем. Таким образом, нами было продемонстрировано, что наличие атеросклеротического поражения ПА оказывало влияние на отдаленные исходы у больных с ОКС, повышая развитие фатальных и нефатальных сосудистых событий. Отмечено существенное влияние гемодинамически значимого стеноза ПА на развитие сосудистых событий.

### **Взаимосвязь висцерального ожирения со структурно-функциональным состоянием печени у больных хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени.**

*Косивцова М.А.*

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград*

Введение. Висцеральный жир и его дисфункция является предиктором всех сердечно-сосудистых событий. Висцеральное ожирение (ВО) и дисфункция жировой ткани (ДЖТ) вносят вклад в формирование неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), присутствие которой у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) имеет прогностически неблагоприятное значение.

Идея. У пациентов с ХСН и НАЖБП имеет место клинически значимое ВО и ДЖТ, что определяет более выраженное структурно-функциональное поражение печени.

Целью данного исследования являлась оценка взаимосвязи ВО и ДЖТ со структурно-функциональным состоянием печени у больных с ХСН и НАЖБП.

Материалы и методы. В исследование вошло 120 пациентов с ХСН ишемического генеза I-III функционального класса (ФК) и НАЖБП в возрасте от 45 до 65 лет. Индекс массы тела у обследуемой группы больных составлял  $32,0 \pm 5,1$  кг/м<sup>2</sup>. Оценка содержания

висцерального жира проводилась с помощью биоимпедансометрии (аппарат Omron Kadara), а также расчетным методом (индекс ВО–VAI, по уровню которого определяли показатель ATD – ДЖТ [М. С. Amato, 2011]. Маркеры повреждения печени (аспарагиновая и аланиновая аминотрансферазы, гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП) и щелочной фосфатаза, показатели углеводного и липидного обмена исследовали с помощью общепринятых лабораторных методик. Всем пациентам рассчитывали индекс стеатоза FLI и фиброза печени NFS. Ультрасонографическое исследование печени проводилось на аппарате Siemens sonoline G 50 (Германия) с последующей интерпретацией и делением на УЗ-классы поражения печени по Ergün Yilmaz (1999). Обработку результатов проводили с привлечением встроенных функций программы MS Excel и программы Statistica 7.0. Результаты. Средний уровень ВО, по данным биоимпедансометрии, у обследуемой группы больных составил  $18,9 \pm 4,1\%$ . Обращает внимание, что преобладали пациенты с высоким (8,3%) и очень высоким уровнем ВО (91,7%). По данным оценки индекса VAI было отмечено его повышение по сравнению с возрастной нормой у всех больных с ХСН и НАЖБП. Индекс VAI составил  $4,23 \pm 1,3$  у.ед. При определении выраженности ДЖТ отмечено, что среди обследуемых пациентов достоверно преобладали пациенты с наличием выраженной ДЖТ (75,8%); умеренная и легкая ДЖТ наблюдалась у 18,4% и 3,3%, соответственно. Установлено, что у больных с ХСН и НАЖБП ДЖТ отсутствовала лишь в 2,5% случаев. По данным УЗИ среди пациентов с ХСН и НАЖБП IA класс стеатоза печени отмечался у 50,8% пациентов, более тяжелые IB и IC ультразвуковые классы стеатоза печени, наблюдались суммарно в 43,3% случаев. Более выраженные структурные изменения, характеризующие начальные фиброзные изменения, – II класс отмечен в 5,9% случаев. При оценке FLI индекса у пациентов с ХСН и НАЖБП в 100% случаев был выявлен стеатоз печени (FLI= $87,2 \pm 7,8$  ед.). По результатам оценки индекса NFS отмечено, что в обследуемой группе больных 84,1% имели умеренно выраженные проявления фиброза печени (NFS= $-0,34 \pm 0,7$ ); у 11,7% – фиброз отсутствовал (NFS= $-2,4 \pm 0,5$ ). Значимо выраженный фиброз печени (F3-F4) наблюдался у 4,2% пациентов (NFS= $1,0 \pm 0,3$ ). Обнаружено наличие корреляционных взаимосвязей у больных ХСН и НАЖБП между уровнем ВО и показателями билирубинемии, прямого билирубина ( $r = 0,3, r = 0,21$  соответственно, при  $p < 0,05$ ), а также щелочной фосфатазы ( $r = 0,3, p < 0,05$ ), аланинаминотрансферазы ( $r = 0,3, p < 0,05$ ). У больных с ХСН и НАЖБП отмечены корреляции между индексом VAI и индексом стеатоза FLI ( $r = 0,31$ , при  $p < 0,05$ ); с уровнем ГГТП ( $r = 0,47$ , при  $p < 0,05$ ). FLI – индекс коррелировал с процентным содержанием ВО у пациентов IB и IC УЗ – класса ( $r = 0,35; r = 0,52$ , при  $p < 0,05$ ).

Обсуждение. У пациентов с ХСН и НАЖБП выраженность висцерального ожирения достоверно коррелирует с маркерами повреждения печени, FLI-индексом, а ДЖТ с уровнем ГГТП, что может иметь принципиальное неблагоприятное значение при оценке сердечно-сосудистого прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

### **Легочная артериальная гипертензия у пациентов с циррозом печени.**

*Макеева О.В.*

*Городская клиническая больница № 7, Иваново*

Актуальность проблемы. Цирроз печени рассматривается в настоящее время как заболевание, при котором патологический

процесс не ограничивается поражением печени, а сопровождается нарушениями со стороны других органов и систем. Развивающиеся при этом изменения таких жизненно важных органов, как сердце, легкие, почки, головной мозг и т.д., несомненно, усугубляют тяжесть течения ЦП. К числу наименее изученных осложнений ЦП относят портوپульмональную артериальную легочную гипертензию (ППГ) и гепатопульмональный синдром. Патогенез ЛАГ при ЦП не до конца изучен, однако считается, что определяющим фактором риска для ее развития является портальная гипертензия. Однако влияние ЛАГ на прогноз пациентов с ЦП, его клиническую симптоматику и развитие осложнений изучено недостаточно.

Цель работы: изучить частоту и степень выраженности ЛАГ при ЦП ее субъективную симптоматику и связь со степенью поражения печени.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 64 пациента в возрасте от 30 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ ГКБ №7 г. Иваново с ЦП различной этиологии, из них 34 (53,1%) женщин и 30 (46,9%) мужчин. Средний возраст пациентов составил  $51,3 \pm 10,9$  года. Диагноз ЦП был выставлен на основании клинико-лабораторных показателей (признаки печеночной недостаточности), данных инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование, фиброэластометрия, магниторезонансная томография печени). Тяжесть течения заболевания оценивалась в соответствии с классификацией по Чайлд-Пью. Большая часть пациентов – 42 (65,6%) относилась к классу В, 12 (18,7%) – составили класс С, и 10 (15,7%) – класс А. Эхокардиография проводилась всем пациентам по стандартной методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате VIVID 3. В доплеровском режиме определялось среднее давление в легочной артерии, диаметр легочного ствола и скорость кровотока в легочной артерии. Нормальным средним давлением в легочной артерии считали, если оно не превышало 25 мм рт.ст. Повышение давления в легочной артерии от 25 мм рт.ст. до 45 мм рт.ст. считалось легочной гипертензией 1 степени, при увеличении давления в легочной артерии от 45 до 65 мм рт.ст. – выставлялась легочная гипертензия 2 степени, и при выявлении среднего давления в легочной артерии выше 65 мм рт.ст. – 3 степени. Для характеристики тяжести ЛАГ использовалась функциональная классификация ВОЗ – модифицированный вариант классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA). Для оценки степени выраженности одышки у обследуемых применялась 5-бальная шкала оценки MRC (Medical Research Council).

Полученные результаты. Анализ полученных результатов показал, что увеличение среднего давления в легочной артерии наблюдалось у 20 пациентов (31,2%) – у 2 больных с ЦП класса А, что составило 3,1%, у 6 пациентов (9,3%) с циррозом печени класса В, и в 18,8% у пациентов ЦП класса С. ЛАГ у 14 пациентов (70%) была 1 степени, у 6 пациентов – 2 степени. При этом величина среднего давления в легочной артерии нарастала с утяжелением цирроза. Среди пациентов, имеющих ЛАГ, 18 пациентам был выставлен 1 функциональный класс (ФК) по классификации NYHA, у 2 пациентов – 2 ФК. Среднее давление в легочной артерии в покое не превышало 50 мм рт.ст. Диаметр основного легочного ствола легочной артерии также увеличивался соответственно степени тяжести ЦП, однако статистически значимо не отличался от величины соответствующего показателя в группе контроля. Аналогичные результаты были получены по величине скорости кровотока в легочной артерии. Жалобы на одышку различной степени выраженности предъявляли большинство обследованных пациентов (42 пациента – 65,6%).

Выраженность одышки увеличивалась с увеличением класса ЦП, а ее наибольшая выраженность (2-3 степени по шкале MRC) отмечалась у пациентов с наличием ЛАГ.

Выводы. ЛАГ 1-2 степени имеет место более чем у 30% пациентов с ЦП, она наиболее выражена у пациентов с ЦП класса С и проявляется субъективной симптоматикой в виде одышки различной степени выраженности, что необходимо учитывать в комплексе лечения этой категории пациентов.

## Гендерные особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста.

*Миронова Е.Д., Васильева И.Н.*

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва*

Цель исследования: изучение гендерных особенностей поражения сердечно-сосудистой (СС) системы у пациентов старческого возраста.

Материал и методы. Обследовано 88 пациентов от 75 до 90 лет, среднее значение (СЗ)  $82,21 \pm 3,51$  года: 46 мужчин (52,27%) и 42 женщины (47,73%). Каждому пациенту проводили обследование с определением общего анализа крови, липидного спектра, креатинина (К), глюкозы, трансаминаз, коагулограммы, электрокардиографическое исследование (ЭКГ), реовазографию (РВГ) сосудов нижних конечностей (НК). Для определения фактического биологического возраста (ФБВ) использовались показатели – моноциты (М), реакция оседания эритроцитов (СОЭ), общий белок (ОБ), мочевины (М1), К. Рассчитывали ФБВ по формуле  $= 91,1512 - 1,17 * М + 0,5683 * СОЭ - 0,4346 * ОБ + 2,2088 * М1 - 0,6613 * К$ . В первую группу вошли 46 мужчин, во вторую – 42 женщины. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ Microsoft Excel 7.0 и Statistica for Windows 10.0.

Результаты: в группе мужчин ФВ ( $81,48 \pm 3,20$  лет) превышал значения паспортного возраста (ПВ) ( $83,23 \pm 4,08$  года;  $p < 0,05$ ). У женщин ПВ ( $82,32 \pm 4,55$  года) был несколько ниже ФВ ( $80,74 \pm 4,36$  лет;  $p < 0,05$ ). В группе женщин был выявлен меньший процент встречаемости инфаркта миокарда, хронической обструктивной болезни легких, нарушений ритма сердца (НРС), облитерирующего атеросклероза (ОА) и варикозной болезни нижней конечности (ВБНК). Однако в равной степени встречались сахарный диабет (19,57% у мужчин, 21,43% у женщин), ишемическая болезнь сердца (93,48% у мужчин и 97,61% у женщин) и артериальная гипертензия (АГ) (100% в обеих группах). Длительность АГ у мужчин в среднем составляла  $30,67 \pm 7,92$  лет, а у женщин  $31,32 \pm 8,12$  лет. СЗ частоты сердечных сокращений (ЧСС)  $73,94 \pm 8,25$  ударов в обеих группах. У мужчин кол-во ударов было ниже в сравнении с женщинами ( $71,90 \pm 6,17$  уд/мин против  $75,42 \pm 8,43$  уд/мин). Уровень систолического артериального давления (САД) у мужчин оказался выше ( $133,76 \pm 12,27$  мм рт.ст.), чем у женщин ( $128,54 \pm 14,87$  мм рт.ст.). Установлена прямая корреляционная зависимость между ФВ и длительностью АГ у лиц обоих полов ( $r = 0,77$  у женщин и  $r = 0,64$  у мужчин;  $p < 0,05$ ) и обратная зависимость возраста с ДАД для мужчин ( $r = -0,69$ ;  $p < 0,05$ ). Обнаружена корреляционная связь между САД и цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) у мужчин ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,05$ ). Все пациенты в течение длительного времени получали гипотензивную терапию, но более

приверженными к терапии оказались женщины. Мужчины в 100% случаев принимали ацетилсалициловую кислоту. Несмотря на выраженные стенозы артерий нижних конечностей (до 80%) липидкорректирующую терапию регулярно получали только 14,08% больных, а  $\beta$ -адреноблокаторы, которые имеют свойство ухудшать периферическое кровообращение – 38 пациентов. Повышение К крови у обследованных до  $122,36 \pm 21,79$  мкмоль/л вне зависимости от гендерного признака указывало на развитие хронической болезни почек (ХБП): до  $119,59 \pm 17,97$  мкмоль/л у мужчин и  $124,12 \pm 19,67$  женщин ( $p < 0,05$ ). Наблюдалось резкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у мужчин до  $46,27 \pm 4,21$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  и до  $43,17 \pm 5,45$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  у женщин ( $p < 0,001$ ). У мужчин выявлен больший процент встречаемости ОАНК: 78,26% у мужчин и 57,14% у женщин ( $p < 0,05$ ). Согласно полученным результатам РВГ в группе мужчин чаще встречались гемодинамические стенозы периферических артерий голени (до 45,13%) и стоп (48,28%), более низкие значения индекса эластичности (до 0,28), что свидетельствовало о плохой эластичности стенок артерий с соответствующим ухудшением кровотока в них. К тому же, у мужчин с ОА чаще встречались НРС ( $p = 0,0096$ ), нарушения мозгового кровообращения ( $p = 0,001$ ), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) ( $p = 0,041$ ). ВБНК чаще регистрировалась у женщин (57,14% против 49,83% случаев), однако критериев достоверной статистической значимости не достигала.

Выводы. В группе мужчин установлено: превышение значений ПВ над ПВ, что указывает на наличие очень высокого СС риска; обратная зависимость возраста с ДАД, связь между САД и ЦВЗ. Определены гендерные особенности патологического ремоделирования сердца с преобладанием ГЛЖ. Выявлены гендерные возрастные отличия как по гемодинамическим показателям, так и по спектру их корреляционных связей. Установлена прямая корреляционная зависимость между ФВ и длительностью АГ у лиц обоих полов. Установлено, что инволютивные изменения всего организма привносят особый вклад в снижение СКФ и развитие ХБП, что должно учитываться врачом при выборе конкретного лекарственного препарата.

## Оценка функционально-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией.

Приходько М.Н., Приходько Л.О., Холявицкая Е.М.,  
Иконников С.В., Симонова Ж.Г.

Кировский государственный медицинский университет, Киров

Введение. Синтропия кардиоваскулярной и гастродуоденальной патологий (ГДП) является наиболее распространенной среди взрослого населения. Взаимное отягощение и прогрессирование рассматриваемых заболеваний основывается на объединении некоторых патологических звеньев.

Идея. Изучение клинико-функционального и лабораторного статуса больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *H. pylori*.

Цель – изучить клинико-функциональный и лабораторный статус больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП в зависимости от наличия и степени инфицированности *H. pylori*.

Материалы и методы исследования. В исследование последовательно были включены 68 больных стабильной стенокардией, проходивших плановое стационарное лечение в

отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ». Диагноз ИБС был выставлен в соответствии с алгоритмом диагностического поиска. Пациентам с целью верификации степени поражения коронарного русла выполнялась инвазивная коронарография. В плановом порядке, при наличии показаний, при согласии больного с диагностической целью проводилась фиброгастродуоденоскопия с биопсией. В исследование не включались больные с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)  $> \text{IIБ ст.}$ , хронической болезнью почек (ХБП)  $> \text{3А}$ , печеночной недостаточностью, СД, с нестабильной стенокардией, стенокардией напряжения IV ФК, ГПОД. Фактический материал, полученный при проведении исследований, обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. В ходе исследования больные стабильной стенокардией I-III ФК ( $n = 68$ ) с сочетанием ГДП, были разделены на группы в зависимости от инфицированности *H. pylori* и степени выраженности серологического теста (уровня титра антител к *H. pylori*). В I группу ( $n = 26$ ) были включены больные, имевшие титр антител к *H. pylori* до 1:699, во II группу ( $n = 23$ ) – больные, имевшие титр антител свыше 1:700. III (контрольную) группу ( $n = 19$ ) составили больные, неинфицированные *H. pylori*. Выявленные варианты ГДП у исследуемых больных оказались представлены хроническим гастритом – 61,8%(42), язвенной болезнью – 2,9%(2), хроническим дуоденитом – 35,3%(24). Исследуемые группы оказались сопоставимы по возрасту. Во II группе преобладали мужчины – 82,6%(19), ( $p < 0,05$ ). Пациенты с избыточной массой тела чаще встречались среди больных III группы – 57,8%(11), ( $p < 0,05$ ). Ожирение I степени с большей частотой имело место среди больных I группы – 50%(13), ( $p < 0,05$ ). Число больных стабильной стенокардией II ФК преваляло в III группе – 57,8%(11), ( $p < 0,05$ ). А во II группе преобладающим оказалось число больных стабильной стенокардией III ФК – 30,4%(7), ( $p < 0,05$ ). Более выраженная табачная зависимость была установлена среди больных II группы – у 47,8%(11), ( $p < 0,05$ ). Анализ липидного профиля продемонстрировал, что уровень общего холестерина значимо выше в III группе по сравнению с больными I и II групп, соответственно, ( $5,7 \pm 0,5$  против  $4,4 \pm 0,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ;  $5,7 \pm 0,5$  против  $4,8 \pm 0,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). Также в III группе больных преваляровали ХСЛПНП по сравнению с больными I и II групп, соответственно, ( $3,4 \pm 0,4$  против  $2,8 \pm 0,2$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ;  $3,4 \pm 0,4$  против  $2,9 \pm 0,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). В то же время по показателям ЛПВП и триглицеридам исследуемые группы были сопоставимы. Наибольший показатель белка острой фазы – фибриногена выявлен во II группе по сравнению с больными I и III групп, соответственно, ( $358,3 \pm 26,4$  против  $327,7 \pm 23,9$  мг/дл,  $p < 0,05$ ;  $358,3 \pm 26,4$  против  $326,3 \pm 15,8$  мг/дл,  $p < 0,05$ ). Показатель мочевой кислоты в большей мере обнаружен среди больных II группы по сравнению с больными I и III групп, соответственно, ( $404,5 \pm 29,7$  против  $347,9 \pm 20,7$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ;  $404,5 \pm 29,7$  против  $369,6 \pm 26,1$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ). Наименьший показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ) встречается среди больных II группы по сравнению с больными I и III групп, соответственно, ( $78,4 \pm 3,9$  против  $85,2 \pm 2,2$  мл/мин/ $1,7 \text{ м}^2$ ,  $p < 0,05$ ;  $78,4 \pm 3,9$  против  $83,6 \pm 2,8$  мл/мин/ $1,7 \text{ м}^2$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы. У больных стабильной стенокардией с сочетанием ГДП, ассоциированной с *H. pylori*, в сравнении с больными стабильной стенокардией, не имеющими *H. pylori* – инфекции, имеются более выраженные факторы риска развития атеросклероза, более тяжелое течение ИБС, что проявляется более высоким функциональным классом. У больных стабильной стенокардией с сочетанием *H. pylori* – инфекции имеет место ухудшение и нарастание с повышением титра антител к *H. pylori* таких клинико-лабораторных показателей, как фибриноген, мочевая кислота и СКФ.

## Особенности микроциркуляторного русла у пациентов с гипертонической болезнью и сочетанием хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни в сравнении со здоровыми лицами.

Разумовский И.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростов-на-Дону

Актуальность. Высокая распространенность таких коморбидных патологий, как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и гипертоническая болезнь (ГБ), диктует необходимость изучения влияния ХОБЛ на патогенез, течение и клинику ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы. Изучить изменения показателей микроциркуляторного русла (МЦР) во всех исследуемых группах исходно и после воздействия функциональных проб у пациентов с гипертонической болезнью, сочетанием гипертонической болезни и хронической обструктивной болезни легких и здоровых лиц.

Материалы и методы. В настоящем исследовании приняло участие 160 человек. Были сформированы три группы: первая – 54 пациента, страдающих ГБ, вторая – 74 пациента, страдающих ГБ и ХОБЛ, и третья – 32 практически здоровых человека. Средний возраст пациентов с ГБ составил 63,09±5,46 лет, средний возраст пациентов с ГБ и ХОБЛ – 67,28±7,99 лет ( $p>0,05$ ), средний возраст практически здоровых лиц – 50,71±4,29 ( $p<0,05$ ). По уровню АД первые две группы пациентов были сопоставимы. Так систолическое и диастолическое АД в первой группе составили в среднем 170,21±6,44 мм рт. ст. и 94,51±4,34 мм рт. ст., во второй – 164,13±6,24 мм рт.ст. и 91,47±4,16 мм рт.ст. В третьей группе показатели данных параметров были статистически значимо меньше и составили соответственно 118,24±4,36 мм рт.ст. и 72,41±3,14 мм рт.ст. Изучение МЦР проводили с использованием аппарата доплерографа Минимакс-доплер-К, ООО СП «Минимакс», город Санкт-Петербург (удостоверение о регистрации прибора от 18.09.2007 № ФСР 2007/00810). Исследование кровотока проводили в области ногтевого валика третьего пальца кисти с помощью транскутанного датчика общего применения 20 МГц. Были проведены две пробы: холоддовая проба с погружением, изучали редукцию кожного кровотока на 1, 3, 5 минутах, процент редукции кожного кровотока (Q%) выражали как:  $Q\%_{\text{сниж.}} = \frac{Q_{\text{исх.}} - Q_{\text{min}}}{Q_{\text{исх.}}} \times 100$ , где  $Q_{\text{исх.}}$  – исходный кровоток в коже,  $Q_{\text{min}}$  – минимальный кровоток в коже, и проба с реактивной гиперемией, проводившаяся по методике С. Celermayer (1999 г.).

Результаты. Максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости ( $V_{\text{as}}$ ) среди пациентов первой группы варьировала от 0,06 до 1,53 см/с и составила в среднем по группе 0,75±0,038 см/с, причем она достоверно не отличалась от пациентов второй группы, у которых максимальная систолическая скорость кровотока варьировала от 0,07 до 1,74 см/с и составила 0,89±0,15 см/с. У пациентов третьей исследуемой группы данный показатель составил в среднем 0,46±0,12 см/с, варьируя от 0,31 до 0,52 см/с, что статистически значимо меньше, чем в первой и во второй исследуемых группах пациентов. У пациентов с ГБ в ответ на холоддовое воздействие на 1-й, 3-й и 5-й минутах происходила вазодилатация, максимальные значения которой достигались к 5-й минуте (в среднем по группе 8,8%), следовательно, реакция в ответ на холоддовое воздействие у пациентов с ГБ слабая, изменения объемной скорости кровотока от исходной не более чем на 10%. У

пациентов второй группы максимальные значения вазодилатации достигаются также к 5-й минуте, в среднем по группе 6,4%, ( $p<0,05$ ). У практически здоровых лиц на непрямое холоддовое воздействие максимальное сужение сосудов происходит на 1-ой минуте, к 3-й минуте наблюдается резкий прирост кровотока (от -9,1% до 12,1%) в среднем более 20%, к 5-й же минуте кровоток снижается до 2,2%, что сопоставимо с исходным показателем и является нормальным ответом микроциркуляторного русла. В пробе с реактивной гиперемией среди пациентов с ГБ наблюдается прирост кровотока, который в среднем по группе составил 17,9%, и к 3-й минуте от начала пробы он начал снижаться до 11,6%, практически не изменившись на 5-й минуте 10,44%. Среди пациентов с ГБ и ХОБЛ прирост кровотока в среднем по группе составил лишь 14,4%, к 3-й минуте от начала пробы он начал снижаться до 10,3%, не изменившись на 5-й минуте 9,74%. Практически здоровые лица должным образом реагировали на окклюзию сосудов, прирост кровотока составил 19,2%. К 3-ей минуте скорость кровотока в микроциркуляторном русле начинала снижаться до 8,2% (более чем на 10%), а уже к пятой минуте была сопоставима с исходной – 2,8%.

Выводы. Пациенты с ГБ и ХОБЛ имеют нарушенную реакцию МЦР в ответ на функциональные пробы, которая проявляется в виде медленного и неадекватного ответа на раздражители, в отличие от практически здоровых лиц.

## Особенности клинического проявления асцита при синдроме Бадда-Киари.

Сердюк А.А., Карапетян Р.А.

Краснодарская городская клиническая больница скорой  
медицинской помощи, Краснодар

Введение. Все большее количество людей во всем мире и в России в частности страдает от заболеваний печени, проявляющихся, в том числе, и синдромом асцита. Известно, что в 90% случаев причиной асцита является цирроз печени различной этиологии. Но остается еще не менее десяти процентов случаев, причиной развития асцита при которых становятся другие заболевания и состояния.

Идея. В данной статье рассматривается клинический случай, где причиной асцита явилась тромбофилия и развившийся на этом фоне синдром Бадда-Киари.

Клиническое наблюдение. Пациент А., 33 лет, 31.03.12 в экстренном порядке поступил в Больницу скорой медицинской помощи города Краснодара с жалобами на увеличение живота в объеме, одышку, общую слабость. Начало заболевания отмечает с января 2012 г., когда впервые начал увеличиваться в объеме живот. Обратился в стационар, где с 17.02.12. по 10.03.12. проходил лечение. В ходе клинико-лабораторных исследований установлен диагноз: Хронический гепатит с трансформацией в цирроз печени. Асцит. Проводилось лечение согласно рекомендациям. На фоне проведенного лечения асцит уменьшился. Пациент выписан с рекомендациями на амбулаторное лечение. После выписки, на фоне приема рекомендованных препаратов, вновь продолжилось нарастание асцита. 20.03.12. у пациента возник окклюзивный тромбоз плече-головной вены и внутренней яремной вены справа. Был отменен верошпирон, к лечению добавлен клексан 0,4 МЕ 1 раз в день подкожно. 31.03.12. пациент госпитализирован в терапевтическое отделение №2 Больницы скорой медицинской помощи. При обследовании пациента обращало на себя внимание

астеническое телосложение. Кожные покровы бледные, склеры субиктеричны. Живот безболезненный, значительно увеличен в объеме за счет асцита. Печень у края реберной дуги, размеры по Курлову 12\*10\*9 см. Пальпируется увеличенная безболезненная селезенка. Стул физиологической окраски. Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологических изменений. Биохимический анализ крови: нормальный уровень общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина, АСТ, АЛТ, амилазы, КФК, глюкозы, электролитов, щелочной фосфатазы, общий холестерин. Раковый эмбриональный антиген 0,93 нг/мл, СА 19-9 13,22 ед/мл, Альфа-фетопроtein 2,04 нг/мл. Генетический анализ свертывающей системы крови 30.03.12: Мутация Лейден коагуляционного фактора 5 – гомозиготная патологическая (мутантная), полиморфизм мутации редуктазы метионинсинтетазы – патологическая (мутантная) – гомозигота, полиморфизм мутации метионинсинтетазы – гетерозигота. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 12.04.12: Заключение: Ультразвуковые признаки тромбоза нижней полой вены, затруднения оттока крови по печеночным венам и, соответственно, притока по воротной вене. Двусторонний гидроторакс, асцит. Флебография нижней полой вены 16.04.12: Заключение: Синдром Бадда-Киари. Стеноз нижней полой вены на уровне печеночных вен. Тромбоз внутripеченочных вен. Выраженный гидроперитонеум. Установлен диагноз: Тромбофилия (гомозиготная мутация Лейдена, мутация редуктазы метионинсинтетазы, мутация метионинсинтетазы). Синдром Бадда-Киари. Тромбоз нижней полой вены. Тромбоз внутripеченочных вен. Оклюзивный тромбоз плечеголовной вены, внутренней яремной вены справа. Надпеченочная портальная гипертензия. 20.04.12 пациент выписан с рекомендациями на амбулаторное лечение для дальнейшего решения вопроса об оперативном лечении (стентирование нижней полой вены). 29.05.12. Выполнено рентгенэндоваскулярное стентирование нижней полой вены. 19.06.12. Каваграфия, рестентирование нижней полой вены (неадекватное расположение стента в нижней полой вене). 25.06.12. Операция портокавального шунтирования – мезентерикокавальное шунтирование «Н»-типа. Биопсия печени. 26.06.12 Гистологическое исследование биоптата печени: изменения не противоречат диагнозу «синдром Бадда-Киари». 09.07.12 Ультразвуковой контроль: признаки реканализации центральной и левой печеночных вен. Синдром Бадда-Киари, состояние после стентирования нижней полой вены и мезентерикокавального шунтирования. 12.07.12 выписан в удовлетворительном состоянии из отделения с рекомендациями под наблюдение гепатолога по месту жительства. Обсуждение. Сложность постановки диагноза заключалась в том, что клиническая симптоматика была стёртой и не совсем характерной для синдрома Бадда-Киари. Пациент получает пожизненную терапию низкомолекулярными гепаринами, что улучшит прогноз и качество жизни и позволит предупредить развитие осложнений.

### **Клинический случай благоприятного исхода герпетического поражения ЦНС у пациентки на фоне проводимой консервативной терапии.**

*Торгашова А.Н., Алиев К.Б.*

*Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар*

Введение. Герпесвирусы широко распространены в человеческой популяции, они поражают практически все органы и системы

организма человека. В настоящее время известны 8 антигенных серотипов вирусов герпеса. Наиболее распространёнными формами герпетического поражения центральной нервной системы (ЦНС) являются энцефалиты, менингоэнцефалиты (МЭ). Летальность при этой патологии без противовирусной терапии составляет 70%. Герпетическое поражение головного мозга представляет собой некротический процесс, поэтому после герпетического энцефалита (ГЭ) высока вероятность возникновения неврологических последствий. На фоне современной противовирусной терапии снизилась летальность и улучшились исходы ГЭ у выживших пациентов.

Цель работы: показать актуальность проблемы герпесвирусного поражения ЦНС в медицинской практике на современном этапе. Материалы и методы. Представлены результаты собственного наблюдения пациентки с герпесвирусным поражением ЦНС. Обозначена ведущая роль детального обследования пациентов с данной патологией, проводимого дифференциального диагноза. Приводим собственное наблюдение благоприятного исхода герпетического поражения ЦНС у пациентки на фоне консервативной терапии: Пациентка Ф., 37 лет. Из анамнеза: В июле на фоне интенсивной головной боли, не купирующейся приемом анальгетиков, подъема температуры тела до 37,8°C, в области левой лопатки отмечались кожные высыпания, которые прошли самостоятельно. Через неделю на фоне гипертермии до 38,5°C отмечались эпизоды потери сознания. Госпитализирована в стационар города. По данным диагностической люмбальной пункции (ЛП) воспалительных изменений со стороны церебро-спинальной жидкости (ЦСЖ) не выявлено (цитоз 3/1). По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ ГМ) не исключались признаки локального субарахноидального кровоизлияния (САК). При проведении церебральной ангиографии данных за патологию сосудов ГМ получено не было. Далее у пациентки появилась очаговая неврологическая симптоматика в виде сенсомоторной дисфазии, тетрапареза, превалирующего в левых конечностях; менингеальный синдром. Повторно проводилась ЛП, была выявлена белково-клеточная диссоциация, преимущественно лимфоцитарного характера. По данным повторно проведенного МРТ отмечалась отрицательная динамика в виде пердиapedезного геморрагического пропитывания коры больших полушарий головного мозга. В ЛП в динамике сохранялась белково-клеточная диссоциация, лимфоцитарный цитоз. Учитывая наличие в анамнезе кожных высыпаний, предшествующих развитию общемозговой и неврологической симптоматики, не исключался герпетический характер поражения головного мозга. Была начата противовирусная терапия Ацикловира (не дожидаясь вирусологического подтверждения, основываясь на клиническом диагнозе герпетического энцефалита с учетом тяжести состояния больной и выраженности неврологической симптоматики). При исследовании ЦСЖ от 28.07.2016 г. был выявлен ПЦП HSV 2 типа. К 30.07.2016 г. отмечалась нормотермия. При проведении МРТ головного мозга в динамике отмечалась положительная динамика изменений в корковых отделах больших полушарий головного мозга. Выписана из отделения на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии, с практически полным регрессом неврологического дефицита. У пациентки не отмечалось когнитивных, эмоционально-волевых расстройств, пациентка вернулась в активной повседневной жизни, вышла на работу.

Результаты. Острое начало заболевания с инфекционного эпизода (подъем температуры тела), общемозговой симптоматики (упорная головная боль, снижение уровня бодрствования), приступ потери сознания с последующим относительно постепенным развитием очаговой неврологической симптоматики (моторная афазия,

тетрапарез, превалирующий в левых конечностях), изменения в ЦСЖ, результаты МРТ головного мозга позволили интерпретировать имеющееся воспалительное изменение головного мозга как менингоэнцефалит с развитием вторичного гиперергического васкулита с геморрагическим компонентом, отеком головного мозга. Обсуждение. Герпетическое поражение ЦНС является одной из тяжелейших полисезонных распространенных энцефалитов, менингоэнцефалитов, протекающих с высокой летальностью и тяжелыми остаточными явлениями. Вариабельна как клиническая симптоматика, так и нейровизуализация при герпетическом поражении ЦНС, требующая дифференциальной диагностики и междисциплинарного подхода.

## **Особенности ранней диагностики повреждений тубулярного аппарата почек у пациентов с нарушением углеводного обмена.**

*Устинова М.А., Батюшин М.М.*

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

Цель исследования. Изучение содержания в моче маркеров повреждения проксимального, дистального отделов почечных канальцев при ранних приобретенных почечных канальцевых дисфункциях у пациентов с нарушением углеводного обмена для выявления клинико-патогенетических особенностей ранних приобретенных почечных канальцевых дисфункций у пациентов с нарушением углеводного обмена.

Материалы и методы. В исследование включено 80 человек. В данное число входят пациенты с предиабетом (с нарушением гликемии натощак или нарушенной толерантностью к углеводам) (n=16), с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) (n=53), а также здоровые люди (контрольная группа) (n=11). В ходе обследования данных групп производится оценка антропометрических показателей, анамнестических данных, оценка лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, глюкоза крови, липидограмма, С-пептида, гликированного гемоглобина, АСТ, АЛТ, билирубин, мочевины, креатинина), рассчитывается СКФ, диагностируем микро- и макроальбуминурию. Четко определены критерии исключения: заболевание почек в анамнезе (ХБП 3-5 ст., пиелонефрит, гломерулонефрит, МКБ), гепатит, анемия, онкопатология, не контролируемая артериальная гипертензия, ХСН 3-4 ст., инфаркт миокарда в анамнезе, острые и приходящие нарушения мозгового кровообращения, выраженная ангиопатия сетчатки глаз, ишемия конечностей, ампутации, сопутствующие заболевания терапевтического профиля (пример – ЯБЖ, панкреатит и т.п.), возраст менее 30 и более 70 лет. Возраст всех обследуемых составил  $53,2 \pm 9,5$  года. Индекс массы тела составил в среднем  $33,4 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>. В зависимости от лабораторных показателей, пациенты с СД 2 типа разделены на две группы: без хронической болезни почек (ХБП) – отсутствие нарушений работы почек и нормальной СКФ (n=28); с ХБП – нормальным уровнем СКФ и наличием микроальбуминурии (n=25). Уровень креатинина крови у здоровых, пациентов с предиабетом, СД 2 типа без ХБП и с ХБП составил  $70 \pm 1,8$ ,  $73,7 \pm 3,6$ ,  $76,0 \pm 2,5$  и  $80,1 \pm 3,1$  ммоль/л соответственно. СКФ в контрольной группе составила  $90,2 \pm 3,2$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, в группе с предиабетом –  $81,7 \pm 3,5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, в группе с СД 2 типа –  $79,3 \pm 2,4$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, в группе пациентов с СД 2 типа и ХБП –  $81,3 \pm 3,1$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Уровень гликированного гемоглобина

составил:  $5,3 \pm 0,1\%$ ,  $6,06 \pm 0,3\%$ ,  $6,97 \pm 0,3\%$  и  $7,68 \pm 0,3\%$  соответственно. У всех пациентов для исследования забран биоматериал (моча) для оценки показателей:  $\alpha$ -глутатион S-трансфераза ( $\alpha$ GST),  $\pi$ -глутатион S-трансфераза ( $\pi$ GTS).

Результаты исследования. С помощью иммуноферментный анализ концентрации  $\alpha$ - и  $\pi$ GTS в моче получены следующие результаты: в контрольной группе уровень  $\alpha$ GST составил  $34,5 \pm 1,4$ , в группе пациентов с предиабетом  $56,1 \pm 2,1$  ( $p < 0,01$ ), в группе пациентов с СД 2 типа без ХБП  $79,8 \pm 1,3$  ( $p < 0,01$ ), в группе пациентов с СД 2 типа и ХБП  $85,5 \pm 1,5$  ( $p < 0,01$ ) нг/мл; уровень  $\pi$ GTS –  $2,4 \pm 0,1$ ,  $2,0 \pm 0,03$  ( $p < 0,01$ ),  $1,4 \pm 0,03$  ( $p < 0,01$ ) и  $1,4 \pm 0,03$  ( $p < 0,01$ ) нг/мл соответственно. В ходе исследования удалось обнаружить статистически значимое увеличение средних значений концентрации  $\alpha$ GST в моче при достоверном уменьшении средних значений концентрации  $\pi$ GTS в моче и наличии статистически значимых внутригрупповых различий по данным показателям между пациентами с предиабетом и СД 2 типа без ХБП и с ХБП; по параметру  $\alpha$ GST в моче зарегистрированы достоверные различия средних значений в группах пациентов с СД 2 типа и с СД 2 типа с ХБП.

Выводы. В настоящее время, нефропатию у пациентов с нарушением углеводного обмена активно диагностируют только со стадии микроальбуминурии, пропуская при этом начальные структурные и функциональные нарушения, которые развиваются задолго до повышения экскреции альбумина и могут быть обратимы, при назначении адекватной терапии. В связи с этим, весьма актуален вопрос диагностики ранних канальцевых дисфункций у данных пациентов. Учитывая данные о том, что  $\alpha$ -изоформы глутатион S-трансферазы присутствует только в проксимальных канальцах, в то время как  $\pi$ -изоформы находятся в клетках дистальных канальцев, а так же показатели, полученные в ходе нашего исследования, можно сделать вывод о характере повреждений и ремоделирования тубулярного аппарата почек на раннем этапе у пациентов с нарушением углеводного обмена, возникающих на этапе диагностирования у пациентов предиабета. Также возможно прогнозирование почечной функции у больных с нарушением углеводного обмена и определение нефропротективной стратегии на этапе ранних тубулоинтерстициальных изменений, с возможностью дальнейшей разработки рекомендаций медикаментозного лечения.

## **Факторы риска дефицита витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек.**

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

*Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар*

Введение. Снижение уровня витамина D является распространенной, но редко выявляемой патологией ввиду длительного субклинического течения и отсутствия специфических жалоб. Плейотропные эффекты витамина D в настоящее время рассматриваются наравне с «костными». Коморбидность может вносить определенные коррективы в структуру факторов риска (ФР) и удельный вес каждого ФР в отдельности. Остается малоизученной структура ФР, влияющих на уровень витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с дисфункцией почек.

Цель: выявление ФР, ассоциированных со снижением уровня витамина D у больных ХОБЛ с сопутствующей дисфункцией почек.

Материалы и методы: в исследование включено 50 пациентов с ХОБЛ 2-4 степени тяжести (72% мужчин, средний возраст  $74,28 \pm 6,79$  лет, средний стаж болезни  $23,9 \pm 3,6$  лет; 28% женщин, средний возраст  $70,43 \pm 9,86$  лет, средний стаж болезни  $18,2 \pm 2,8$  лет). Всем пациентам определяли уровень витамина D (забор нативного материала проводился с сентября по ноябрь). Оценивались факторы, ассоциированные с развитием снижения уровня витамина D: объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), частота обострений ХОБЛ, средняя суточная доза ингаляционных глюкокортикоидов (иГКС) в пересчете на будесонид, показатели фазового угла (ФУ), индекс коморбидности Чарльсона (ИЧ), индекс курящего человека (ИКЧ), возраст старше 60 лет, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее  $60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ , рассчитанная по формуле СКД-EPI (2011 г.). С целью определения вклада каждого из ФР в риск развития дефицита/недостаточности витамина D проведен многофакторный регрессионный анализ.

Результаты. Снижение уровня витамина D выявлено у всех больных ХОБЛ с сопутствующей дисфункцией почек: 64% (32 пациента) имели

недостаточность витамина D, 36% (18 пациентов) – дефицит. В многофакторный анализ были включены ФР, имеющие достоверную корреляционную связь с уровнем витамина D: ОФВ1 ( $r=0,401$ ;  $p=0,003$ ;  $\beta=0,426$ ;  $p=0,01$ ), число обострений ХОБЛ ( $r=-0,465$ ;  $p=0,0002$ ;  $\beta=-0,101$ ;  $p=0,0007$ ), ФУ ( $r=0,341$ ;  $p=0,0004$ ;  $\beta=0,233$ ;  $p=0,04$ ), ИЧ ( $r=-0,391$ ;  $p=0,0001$ ;  $\beta=0,072$ ;  $p=0,0031$ ), СКФ  $< 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$  ( $r=0,426$ ;  $p=0,005$ ;  $\beta=0,481$ ;  $p=0,01$ ), возраст  $> 60$  лет ( $r=-0,435$ ;  $p=0,003$ ;  $\beta=-0,247$ ;  $p=0,00008$ ), ИКЧ ( $r=-0,423$ ;  $p=0,001$ ;  $\beta=-0,038$ ;  $p=0,29$ ), средняя суточная доза иГКС ( $r=-0,476$ ;  $p=0,004$ ;  $\beta=-0,103$ ;  $p=0,37$ ). R<sup>2</sup> для данной модели составил 0,72. Наиболее значимыми ФР, влияющими на уровень витамина D у пациентов с ХОБЛ и сопутствующей дисфункцией почек, являются ОФВ1, СКФ  $< 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ ; в меньшей степени – возраст  $> 60$  лет и показатель фазового угла; наименьшее значение – количество обострений ХОБЛ за предшествующие 12 месяцев и ИЧ. Выводы. Таким образом, основная часть (83,4%) ФР является потенциально модифицируемыми, в связи с чем коррекция уровня витамина D является возможной терапевтической мишенью в контроле ХОБЛ у больных с сопутствующей дисфункцией почек.

# **Сборник материалов V Съезд терапевтов Южного федерального округа**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 19.09.2017. Подписано в печать 24.09.2017. Бум. офсет. 205x290/8  
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45



## → Наши услуги:

### Организация специализированных медицинских конференций, симпозиумов, форумов «под ключ»

- Увеличение числа участников
- Привлечение спонсоров и экспонентов
- Подготовка бюджета мероприятия
- Организация работы на площадке
- Современное техническое оснащение мероприятия
- Разработка сайта с системой регистрации и подачи тезисов, возможностью различных вариантов оплаты
- Создание фирменного стиля мероприятия
- Разработка дизайна и выпуск печатной продукции
- Маркетинг и PR-мероприятия
- Организация кофе-брейков и торжественных мероприятий
- Туристическое сопровождение делегатов и спикеров
- Конгресс-туризм
- Контроль качества и отчетность на каждом этапе подготовки и реализации мероприятия

### Организация образовательных программ, повышающих квалификацию и профессиональный уровень специалистов в области здравоохранения совместно с ведущими и отечественными лидерами мнений

### Менеджмент ассоциаций, консалтинговые услуги

### Web service

### Издание научной медицинской литературы

## → Мы создаем единое коммуникационное пространство, способствующее:

- Профессиональному развитию врачей
- Активному внедрению новых продуктов, инновационных технологий
- Эффективному взаимодействию научного, медицинского и фармацевтического сообществ

## → 11 лет на рынке

- Более 150 организованных мероприятий – конгрессы, форумы, съезды, конференции, научно-практические школы
- Широкая география проведенных мероприятий – более 60 городов России
- Масштаб мероприятий – от 50 до 10 000 делегатов
- Более 85 000 делегатов из России, стран СНГ, Европы, Азии и США
- Опыт проведения европейских мероприятий



120 лет со дня рождения В.Х. Василенко

# XII Национальный конгресс терапевтов

22–24 ноября 2017 года

Москва  КРОКУС ЭКСПО


ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте [www.congress.rnmot.ru](http://www.congress.rnmot.ru)

**Оргкомитет:**

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

**Конгресс-оператор:**

 ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 722-64-20  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)