



17-18 ОКТЯБРЯ 2019
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

17-18 OCTOBER 2019
SAINT-PETERSBURG

IX МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

IX INTERNATIONAL CONFERENCE
OF THE EURASIAN ASSOCIATION OF THERAPISTS



СБОРНИК ТЕЗИСОВ / THESES



СПИКЕРЫ / SPEAKERS



ПАРТНЕРЫ / PARTNERS

ОРГАНИЗАТОР / ORGANIZER



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ И КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

WITH SUPPORT OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RUSSIAN FEDERATION AND THE
HEALTH CARE COMMITTEE OF SAINT-PETERSBURG

WWW.EUATRU
#EUAT @EUAT_OFFICIAL



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ТЕРАПЕВТОВ

Независимая ассоциация, предоставляющая возможность участникам евразийского медицинского сообщества обмениваться мнениями и делиться опытом, создавать и участвовать в образовательных проектах, регистрах реальной клинической практики и онлайн активностях.

МИССИЯ - создание международных медицинских, исследовательских и образовательных проектов между странами Европы, Азии и СНГ.

ЗАДАЧИ АССОЦИАЦИИ:

- Организация образовательных программ и мастер- классов.
- Проведение научно-практических мероприятий в рамках системы НМО
- Проведение единых образовательных модулей
- Проведение международных конференций, съездов, конгрессов
- Организация активной сети взаимодействия с врачами терапевтами, врачами общей практики и узкими специалистами.
- Организация исследовательской деятельности в области различных вопросов внутренней медицины

РАБОЧИЕ ГРУППЫ АССОЦИАЦИИ:



ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цель РГ:
объединение усилий терапевтов для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией и нарушениями липидного обмена с целью снижения заболеваемости и смертности.



ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Цель РГ:
обеспечивать распространение современных знаний об эндокринных заболеваниях с помощью мультидисциплинарного подхода со стороны эндокринологов, онкологов, радиологов, врачей ультразвуковой диагностики и других специалистов, заинтересованных в лечении данной патологии.



МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ

Цель РГ:
объединение усилий молодых терапевтов с целью пропаганды научной деятельности для повышения знаний и эффективности лечения пациентов

ДЛЯ ВАС БУДУТ ДОСТУПНЫ:

- Новости
- Клинические случаи
- Видео лекции
- Рекомендации
- Медицинские калькуляторы
- Шкалы и классификации

#EUAT @EUAT_OFFICIAL
WWW.EUAT.RU

Вступить в Ассоциацию или стать участником Рабочих групп можно на сайте www.euat.ru
Вступление бесплатное.

СОДЕРЖАНИЕ

Обращение Арутюнова Г.П.	2
О ЕАТ	3
Информация для участников	4
Организационный комитет	6
Спикеры	8
Партнеры Ассоциации	14
Партнеры - Спонсоры	16
Информационные партнеры	20
Стендовые доклады	25
Список тезисов	26
Тезисы	28

УВАЖАЕМЫЕ УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ!

Я искренне рад приветствовать вас на IX Международной конференции Евразийской Ассоциации Терапевтов!

Одной из ключевых целей Ассоциации является объединение усилий врачей с целью предупреждения возникновения и распространения заболеваний, их раннее выявление, профилактика и лечение.

Крайне важно, чтобы получаемая врачами информация была актуальной и проверенной. На наших мероприятиях мы стремимся донести наиболее важную и новую информацию в области внутренней медицины, уделяем особое внимание образовательным методикам.

В ходе Конференции будут проведены пленарное заседание, симпозиумы, дискуссии экспертов, скоростная сессия с возможностью прямого общения с лекторами, а также форум «Свободное мнение» и «Будущие медицины». Впервые, в рамках конференции, будут проведены бесплатные воркшопы от ведущих специалистов.

Конференция посвящена коморбидному пациенту, стратегии и тактике терапевтического подхода в лечении таких пациентов.

В ходе Конференции вас ждут выступления специалистов Российской Федерации, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана, Молдовы и Украины, а также Сербии, Великобритании, Швеции, Германии.

Мы приложили максимум усилий, чтобы сделать программу мероприятия информативной, полезной и интересной для вас!

Благодарю вас за участие и желаю плодотворной совместной работы и успехов!

Профессор, д.м.н.
Президент Евразийской Ассоциации Терапевтов
Арутюнов Григорий Павлович



Евразийская Ассоциация Терапевтов - это независимая ассоциация, предоставляющая возможность участникам евразийского медицинского сообщества обмениваться мнениями и делиться опытом, создавать и участвовать в образовательных проектах, регистрах реальной клинической практики и онлайн активностях.

Миссией Ассоциации является создание международных медицинских, исследовательских и образовательных проектов между странами Европы, Азии и СНГ.



ВСТУПИТЬ В ЕВРАЗИЙСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ТЕРАПЕВТОВ

ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВСТУПИТЬ В ЕВРАЗИЙСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ТЕРАПЕВТОВ ВАМ НЕОБХОДИМО:

1. Зарегистрироваться (авторизоваться) на сайте www.euat.ru, заполнив обязательные поля
2. Отправить заявку на вступление на сайте www.euat.ru в разделе «Членство EAT».
3. Или заполнить заявление на стенде EAT в период проведения конференции.

* Вступить в Ассоциацию можно бесплатно.

СТАВ ЧЛЕНОМ EAT, ВЫ СМОЖЕТЕ:

- Получить доступ к уникальному образовательному контенту
- Получить доступ к национальным и международным научным проектам и регистрам
- Участвовать в создании протоколов исследований и оценивать полученные результаты
- Получить доступ к формированию научной программы конференции и школ, предлагать обсуждение наиболее интересных тем, рекомендовать те или иные места проведения
- Получать персональные приглашения на конгрессы Ассоциации
- Получать электронную рассылку о мероприятиях, проектах, лекциях и вебинарах Евразийской Ассоциации Терапевтов.

Мы в социальных сетях



Eurasian Association
of Therapists



Евразийская
Ассоциация Терапевтов



@euat_official
#euat



Сайт: www.euat.ru

Адрес: 101000, г. Москва, Милютинский переулок, д. 18А
Телефон: +7 (495) 708 42 23, Эл.почта: info@euat.ru

Глубокоуважаемые Участники, на протяжении работы Конференции вы всегда можете обратиться с вопросами к организаторам и волонтерам.

Организаторы (Евразийская Ассоциация Терапевтов) – красный бейдж с красной лентой
Волонтеры (Санкт-Петербургское региональное отделение ВОД «Волонтеры-медики») – оранжевые бейджи с оранжевой лентой

ЛОКАЦИИ

Схема зон конференции (1,2 этажи) представлена на вашем бейдже. Обращаем Ваше внимание, что цвета залов на схеме соответствуют цветам в программе конференции.

Зона регистрации - 1 этаж ●
 Стенд Евразийской Ассоциации Терапевтов (в зоне регистрации) – 1 этаж ●
 Зона кофе-брейка и ланча – 2 зоны на 2 этаже ●●
 Выставка – 1 и 2 этажи ●
 Постерная сессия – 2 этаж
 Фото-зона - 1 этаж
 Зал 1 этаж: ● Московский (главный зал)
 Залы 2 этаж: ● Фойе Левинсон, ● Дайнека, ● Петров-Водкин 1, ● Петров-Водкин 2+3
 Залы 3 этаж: ● Стенберг

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ EAT

Официальное мобильное приложение конференции – «Конференция EAT»
 Доступно на Google Play и App Store

МЫ В ИНСТАГРАМ

#EUAT @euat_official
 Присоединяйтесь!

РЕГИСТРАЦИЯ

1 этаж. Холл

При регистрации каждый участник получает портфель Участника и именной бейдж, который является пропуском на все научные заседания Конференции и выставку и действителен в течение двух дней работы конференции.

**Если Вы зарегистрировались в первый день работы Конференции, 18 октября регистрироваться повторно не нужно.*

ВОРКШОПЫ. ПРАКТИЧЕСКИЕ ОБУЧАЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОТ EAT

В рамках конференции - **17 октября**, EAT проводит серию практических обучающих мероприятий с 18.15-19.15 в 5-ти залах.
 Участие бесплатное.

Количество мест ограничено. Обязательна предварительная запись на стенде EAT
 Темы представлены в программе конференции

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ

2 этаж. 2 зоны

На конференции организовано 2 зоны кофе-брейка и ланча, каждой из которой соответствует определенный цвет – ● желтый и ● бордовый.

Выдача ланч-боксов осуществляется при предъявлении бейджа Участника на странице, где расположен талон. Цвет талона на бейдже соответствует зоне кофе-брейка и ланча.

- Кофе-брейк – с 8.00 – 10.00
- Ланч - индивидуальные ланч-боксы 17.10.19 - 13:00-13:45 18.10.19 - 13:45-14:30

ПОСТЕРНАЯ СЕССИЯ

2 этаж. Холл

Стеновые доклады будут представлены 17 и 18 октября на 2 этаже.
 Начало проведения конкурса постерной сессии – 18 октября с 17.10 до 17.45.

Участники, представляющие постерные доклады, должны находиться рядом с постерами в указанный период времени для общения с представителями постерного комитета.

НАГРАЖДЕНИЕ ПОБЕДИТЕЛЕЙ КОНКУРСОВ

1 этаж. Зал Московский

Награждение победителей конкурса «Молодых ученых» и «Постерной Сессии» состоится 18 октября в Зале Московский с 17.50-18.00

КОМАНДИРОВОЧНЫЕ УДОСТОВЕРЕНИЯ

1 этаж. Стенд EAT. Зона регистрации

Командировочные удостоверения будут отмечаться на стенде Евразийской Ассоциации Терапевтов (EAT) (Зона регистрации)

СЕРТИФИКАТЫ НМО

Конференция аккредитована Координационным Советом Непрерывного медицинского образования:

Электронные сертификаты будут направлены участникам на указанный при регистрации адрес электронной почты, а так же по смс.

Обязательно сообщайте администраторам актуальные контактные данные.
 Инструкция по регистрации полученных баллов НМО представлена на сайте EAT:

www.euat.ru Раздел – Образование - Сертификаты врачей – ссылка «Инструкция по регистрации полученных баллов НМО»

При возникновении вопросов с сертификатами или по другим вопросам, Вы можете написать запрос на электронный адрес Ассоциации: info@euat.ru

ОРГАНИЗАТОР**Евразийская Ассоциация Терапевтов****ПРИ ПОДДЕРЖКЕ**

- Министерство Здравоохранения Российской Федерации
- Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- РОО «Врачи Санкт-Петербурга»
- ЧОУ ДПО «АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИМ.Ф.И.ИНОЗЕМЦЕВА»
- Евразийская Аритмологическая Ассоциация
- Ассоциация Эндокринологов Санкт-Петербурга
- Общество Гастроэнтерологов и Гепатологов «Северо-Запад»
- Санкт-Петербургское региональное отделение ВОД «Волонтеры-медики»
- ОО «Белорусское общество ревматологов»
- Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Терапии И Медицинской Реабилитации
- Российское Общество по изучению печени
- Ассоциация Кардиологов Республики Казахстан
- Европейская федерация внутренней медицины
- Сербское кардиологическое общество
- Сербское эндокринологическое общество

ПРЕДСЕДАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ**Арутюнов Григорий Павлович**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист терапевт, президент Евразийской Ассоциации Терапевтов, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Заслуженный врач РФ (Российская Федерация)

Мазуров Вадим Иванович

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, главный научный консультант ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, главный ревматолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и СЗФО РФ, Заслуженный деятель науки РФ (Российская Федерация)

Бакулин Игорь Геннадьевич

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им.С.М.Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Главный внештатный терапевт СЗФО РФ, Президент Межрегиональной общественной организации «Общество гастроэнтерологов и гепатологов «Северо-Запад» (Российская Федерация)

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Аляви Анис Лютфуллаевич - доктор медицинских наук, профессор (Республика Узбекистан)

Арутюнов Александр Григорьевич - доктор медицинских наук, профессор, генеральный секретарь Евразийской Ассоциации Терапевтов (Российская Федерация)

Гендлин Геннадий Ефимович - доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Зарипова Мухаббат Махмадуловна - доцент, кандидат медицинских наук (Республика Таджикистан)

Козилова Наталья Андреевна - доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Митьковская Наталья Павловна - доктор медицинских наук, профессор (Республика Беларусь)

Орлова Яна Артуровна - доктор медицинских наук, профессор, Ученый секретарь ЕАТ (Российская Федерация)

Салухов Владимир Владимирович - доктор медицинских наук, главный эндокринолог ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова» (Российская Федерация)

Сарыбаев Акпай Шогайбич - доктор медицинских наук, профессор (Республика Кыргызстан)

Сугралиев Ахметжан Бегалиевич - кандидат медицинских наук (Республика Казахстан)

Тарловская Екатерина Иосифовна - доктор медицинских наук, профессор, председатель Приволжского отделения ЕАТ (Российская Федерация)

Федорова Ольга Сергеевна - кандидат медицинских наук, председатель Рабочей группы ЕАТ «Эндокринные заболевания» (Российская Федерация)

Фомин Игорь Владимирович - доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

КОМИТЕТ ПО ОЦЕНКЕ СТЕНДОВЫХ ДОКЛАДОВ:

Председатель: Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)

Экспертный совет: Гендлин Г.Е. (Москва)
Манушакян Г.А. (Москва)
Орлова Я. А. (Москва)
Сугралиев А.Б (Алматы)
Федорова О.С. (Москва)

ТЕЗИСНЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ:

Председатель: Арутюнов Г.П. (Москва)

Экспертный совет: Арутюнов А.Г. (Москва)
Орлова Я.А. (Москва)
Сарыбаев А.Ш. (Бишкек)

КОМИТЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ ДИПЛОМОВ ЕАТ:

Председатель: Арутюнов Г.П. (Москва)

Экспертный совет: Бакулин И.Г. (Санкт-Петербург)
Орлова Я.А. (Москва)

КОМИТЕТ ПО ОЦЕНКЕ РАБОТ КОНКУРСА «МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ»

Председатель: Арутюнов Г.П. (Москва)

Экспертный совет: Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)
Орлова Я.А. (Москва)

Андрияшкин Вячеслав Валентинович

Доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Российская Федерация)

Ардашев Андрей Вячеславович

Доктор медицинских наук, профессор, врач-аритмолог, председатель комитета экспертов по разработке Национальных рекомендаций по профилактике внезапной сердечной смерти, заведующий отделением аритмологии МНОЦ ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», приглашенный профессор клиники ОАО «Медицина», хирург-аритмолог (Российская Федерация)

Арутюнов Александр Григорьевич

Доктор медицинских наук, профессор, генеральный секретарь Евразийской Ассоциации Терапевтов (Российская Федерация)

Арутюнов Григорий Павлович

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист терапевт, Президент Евразийской Ассоциации Терапевтов, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Заслуженный врач РФ (Российская Федерация)

Бабенко Алина Юрьевна

Доктор медицинских наук, заведующая научно-исследовательской лабораторией диабетологии института эндокринологии, доцент кафедры внутренних болезней института поствузовского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (Российская Федерация)

Бабин Александр Павлович

Доктор медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николае Тестемичану (Республика Молдова)

Бакулин Игорь Геннадьевич

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им.С.М.Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Глав-

ный внештатный терапевт Северо-Западного федерального округа РФ, Президент Межрегиональной общественной организации «Общество гастроэнтерологов и гепатологов «Северо-Запад» (Российская Федерация)

Бакулина Наталья Валерьевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова» Минздрава России (Российская Федерация)

Баранова Елена Ивановна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии факультетской с курсом кардиологии, эндокринологии и функциональной диагностики с клиникой. Директор НИИ сердечно-сосудистых заболеваний научно-клинического исследовательского центра Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П.Павлова (Российская Федерация)

Батюшин Михаил Михайлович

Доктор медицинских наук, профессор., заведующий нефрологическим отделением клиники ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-нефролог высшей квалификационной категории, Главный нефролог СКФО (Российская Федерация)

Баяндина Марина Робертовна

Врач терапевт, диетолог, эксперт международного института интегральной превентивной и антивозрастной медицины "Preventage" (Российская Федерация)

Безымянный Алексей Сергеевич

Кандидат медицинских наук, заместитель главного внештатного специалиста по скорой медицинской помощи, заведующий отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы (Российская Федерация)

Беляева Ирина Борисовна

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник НИЛ ревматологии ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России (Российская Федерация)

Бенимецкая Ксения Сергеевна

Кандидат медицинских наук, врач кардиолог, младший научный сотрудник Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», преподаватель кафедры внутренних болезней Института медицины и психологии НГУ (Российская Федерация)

Волкова Анна Ральфовна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики имени Г.Ф. Ланга с клиникой, ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова (Российская Федерация)

Гайдукова Инна Зурабиевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Российская Федерация)

Галстян Гагик Радикович

Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, профессор, врач высшей категории, заведующий отделением диабетической стопы, и.о. заместителя директора Института диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России (Российская Федерация)

Гендлин Геннадий Ефимович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» (Российская Федерация)

Говардовская Ольга Александровна

Ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Харьковского национального медицинского университета (Республика Украина)

Гордеев Иван Геннадьевич

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии №1 лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» (Российская Федерация)

Григорьева Наталья Юрьевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский

медицинский университет» МЗ РФ, председатель Нижегородского отделения ЕАТ (Российская Федерация)

Григоренко Елена Александровна

Кандидат медицинских наук, доцент Кафедры кардиологии и внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Республика Беларусь)

Гуревич Виктор Савельевич

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела атеросклероза Научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Российская Федерация)

Дехенд Ральф

Доктор медицинских наук, профессор, Член правления Академии немецкой лиги высокого давления, Член секции диагностики и секции терапии Немецкой лиги гипертонии, профессор кафедры трансляционных исследований Университета Южной Дании (Оденсе, Дания), врач клиники Гелиос Берлин-Бух, кардиолог, Руководитель рабочей группы Центра экспериментальных и клинических исследований, университетского медицинского комплекса Шарите, Центр молекулярной медицины имени Макса Дельбрюка (Германия)

Дуванов Иван Александрович

Лауреат конкурса «Молодые ученые» Студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Российская Федерация)

Зотова Ирина Вячеславовна

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, кардиологии и функциональной диагностики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (Российская Федерация).

Есаян Ашот Мовсесович

Доктор медицинских наук, профессор, член Правления Научного общества нефрологов России, член Правления нефрологической секции Научного общества терапевтов им. С.П.Боткина, заведующий кафедрой нефрологии и диализа ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства

здравоохранения Российской Федерации (Российская Федерация)

Зырянов Сергей Кенсаринович

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», заместитель главного врача по терапии ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 Департамента здравоохранения города Москвы» (Российская Федерация)

Ильчишина Татьяна Алексеевна

Кандидат медицинских наук, клинический отдел общесоматический и профпатологии Клиники №1 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никитова» МЧС России (Российская Федерация)

Калинкин Александр Леонидович

Кандидат медицинских наук, руководитель центра медицины сна, ведущий научный сотрудник МНОЦ «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», эксперт Европейского общества исследователей сна (ESRS), председатель секции «Медицина сна» PHMOT (Российская Федерация)

Караллиедде Джанака

Кандидат медицинских наук, бакалавр медицины и хирургии, член королевской коллегии врачей, научный сотрудник Академии высшего образования, старший преподаватель клиники в Школе сердечно-сосудистой медицины и наук факультета естественных наук и медицины Лондонского королевского колледжа, консультант по диабету, эндокринологии и внутренним болезням в больнице Гая и Святого Томаса в Лондоне (Великобритания)

Карпов Юрий Александрович

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ангиологии Института кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ НИИЦ Кардиологии (Российская Федерация)

Каюков Иван Глебович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры нефрологии и диализа НИИ Нефрологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ (Российская Федерация)

Кисляк Оксана Андреевна

Доктор медицинских наук, профессор, заве-

дующая кафедрой факультетской терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Российская Федерация)

Козилова Наталья Андреевна

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней №2 ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, член Президиума Российского кардиологического общества, президент некоммерческой общественной организации «Пермское краевое кардиологическое общество», председатель Пермского отделения ЕАТ (Российская Федерация)

Каронова Татьяна Леонидовна

Доктор медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней, заведующий НИЛ клинической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России (Российская Федерация)

Кучеренко Станислав Сергеевич

Доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделением неврологии № 2 ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова» ФМБА России (Российская Федерация)

Лисовец Дмитрий Геннадьевич

Кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса, председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (Российская Федерация)

Мазуров Вадим Иванович

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, главный научный консультант ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, главный ревматолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и СЗФО РФ, Заслуженный деятель науки РФ (Российская Федерация)

Макут Джуро

Доктор медицинских наук, профессор, доцент кафедры внутренней медицины и эндокринологии Клиники эндокринологии, диабета и метаболических заболеваний медицинского факультета Университета Белграда (Сербия)

Манушакян Григорий Арамович

Заведующий кафедрой повышения квалифи-

кации ОУ «Медико - гуманитарный институт дополнительного образования», заведующий терапевтическим отделением, врач эндокринолог-диетолог, главный специалист-эндокринолог "МЕДСИ Premium" (Российская Федерация)

Митьковская Наталья Павловна

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии и внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Республика Беларусь)

Мкртумян Ашот Мусаелович

Доктор медицинских наук, профессор, Заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России (Российская Федерация)

Недошивин Александр Олегович

Доктор медицинских наук, ученый секретарь ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России (Российская Федерация)

Нечаева Ольга Анатольевна

Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения терапевтической эндокринологии, Доцент курса диабетологии и частной эндокринологии при кафедре эндокринологии отделения терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского» (Российская Федерация)

Новикова Татьяна Николаевна

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, руководитель РСЦ, заместитель главного врача по кардиологии СПб ГБУЗ «Покровская больница» (Российская Федерация)

Оганезова Инна Андреевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии Лечебного факультета ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова» Минздрава России (Российская Федерация)

Остроумова Ольга Дмитриевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры

факультетской терапии и профболезней ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» (Российская Федерация)

Орлова Яна Артуровна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры многопрофильной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины, руководитель отдела возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», Ученый секретарь ЕАТ (Российская Федерация)

Патракеева Евгения Михайловна

Врач - эндокринолог, ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, член комитета по постдипломному обучению Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета, создатель сообщества Diabet Connect и интернет-ресурса «Правило 15» (Российская Федерация)

Перепах Никита Борисович

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель Научно-клинического и образовательного Центра «Кардиология» Института высоких медицинских технологий медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Российская Федерация)

Рудой Андрей Семенович

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой военно-полевой терапии УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Республика Беларусь)

Русakov Владимир Федорович

Кандидат медицинский наук, доцент, доцент 1 кафедры (терапии усовершенствования врачей) ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова» (Российская Федерация)

Салухов Владимир Владимирович

Доктор медицинских наук, Врач-терапевт, эндокринолог, главный эндокринолог ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова» (Российская Федерация)

Свиридова Анна Александровна

Кандидат медицинских наук, врач-терапевт

консультативно-диагностического отделения Городской клинической больницы №4 (Российская Федерация)

Синякова Любовь Александровна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, врач высшей квалификационной категории (Российская Федерация)

Скалинская Мария Игоревна

Кандидат медицинских наук, врач терапевт и гастроэнтеролог высшей квалификационной категории, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им.С.М.Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Российская Федерация)

Сугралиев Ахметжан Бегалиевич

Кандидат медицинских наук, член рабочей группы по тромбозам ЕОК, тромбокardiолог, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 Казахстанского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова (Республика Казахстан)

Сушинский Вадим Эдуардович

Кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей врачебной практики УО «Белорусский государственный медицинский университет», Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Беларусь по общей врачебной практике (Республика Беларусь)

Талибов Олег Букарович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» (Российская Федерация)

Тарловская Екатерина Иосифовна

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, заместитель руководителя общественных образовательных программ в области медицины общественной организации

«Медицинская ассоциация Нижегородской области», член правления РКО, член правления ОССН, председатель Приволжского отделения ЕАТ (Российская Федерация)

Тихонов Сергей Викторович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, врач-гастроэнтеролог клиники «Консилиум» (Российская Федерация)

Трофимов Евгений Александрович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э.Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Российская Федерация)

Тыренко Вадим Витальевич

Доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы, начальник кафедры и клиники факультетской терапии им. С.П.Боткина ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова», Главный внештатный специалист терапевт – пульмонолог, главный кардиолог Министерства обороны Российской Федерации (Российская Федерация)

Шевченко Алексей Олегович

Доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, Заведующий кафедрой кардиологии ФДПО ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова», Руководитель Центра Персонализированных трансляционных технологий лечения критических состояний ФГБУ «НИИЦ Трансплантологии и искусственных органов им. ак. В.И.Шумакова» (Российская Федерация)

Шустов Сергей Борисович

Доктор медицинских наук, профессор, профессор Первой кафедры и клиники терапии усовершенствования врачей им. Акад. Н.С.Молчанова ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова», член-корреспондент Военно-медицинской академии, член-корреспондент РАЕН, Заслуженный врач РФ (Российская Федерация)

Федорова Ольга Сергеевна

Кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог, председатель Рабочей группы «Эндокринные заболевания» ЕАТ (Российская Федерация)

Фомин Игорь Владимирович

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г.Вогралика ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, председатель Нижегородского регионального отделения ОССН, член правления ОССН, РКО (Российская Федерация)

Фролова Елена Владимировна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Российская Федерация)

Фролова Елена Владимировна

Врач-кардиолог, клинический специалист компании Cardiomedics (Российская Федерация)

Хадзегова Алла Блаловна

Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической и функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» (Российская Федерация)

Халимов Юрий Шавкатович

Доктор медицинских наук, профессор, главный эндокринолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, начальник кафедры военно-полевой терапии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» (Российская Федерация)

Цвийович Горан

Доктор медицинских наук, эндокринолог Клиники эндокринологии, диабета и болезней метаболизма и Центра ожирения, метаболических и репродуктивных нарушений (Сербия)

Черкашин Дмитрий Викторович

Доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы, начальник кафедры военно-морской терапии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ (Российская Федерация)

Чесникова Анна Ивановна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, член Правления Общероссийской общественной организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности», член Президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, член Правления Российского кардиологического общества, член Европейского общества кардиологов, председатель Ростовского областного научно-медицинского общества терапевтов (Российская Федерация)

Шрайнер Евгения Владимировна

Кандидат медицинских наук, научный сотрудник ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, ассистент кафедры ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ (Российская Федерация)

Юзвинкевич Сергей Анатольевич

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель городского юго-западного центра интервенционной аритмологии, заведующий отделением хирургического лечения нарушений ритма сердца СПб ГБУЗ «Городская больница №26» (Российская Федерация)

Яковлев Сергей Владимирович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет) (Российская Федерация)



ЧОУ ДПО «Академия Медицинского Образования им.Ф.И.Иноземцева»
www.inozem.online

Академия медицинского образования им. Ф.И.Иноземцева – частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования для медицинских работников. Академия оказывает услуги по повышению уровня квалификации врачебного и среднего медицинского персонала уже 10 лет и с каждым годом выпускает всё больше слушателей. Все наши услуги лицензированы в соответствии с Российским законодательством, часть программ аккредитована в НМО. Перечень услуг включает проведение стажировок, сертификационных и ресертификационных циклов, тренингов, семинаров, мастер-классов, конференций и прочее. Гибкая ценовая политика и грамотный менеджмент позволяют нам всегда находить компромиссы и идти вперед вместе со своими слушателями. Ежегодно мы проводим научно-практические мероприятия, касающиеся актуальных вопросов современной медицинской науки и практики, ориентируясь исключительно на потребности профессионального сообщества. Мы приглашаем лучших практиков в своем деле и просим их делиться своим опытом для улучшения качества медицинского обслуживания в нашей стране.



Евразийская Аритмологическая Ассоциация
www.aritmologi.org

Главная идея нашего объединения, созданного в 2013 году – сделать более интенсивным общение специалистов разных стран, имеющих общих Учителей, прошедших одну Школу, и сталкивающихся с похожими проблемами в своей повседневной деятельности. Важной задачей Евразийской Аритмологической Ассоциации является воспитательно – образовательные мероприятия для молодых ученых. Евразийская Аритмологическая Ассоциация намерена тесно сотрудничать с международными сообществами, Национальными обществами и ассоциациями аритмологов, кардиологов, кардиохирургов, терапевтов и других смежных специальностей. Призываем к участию в активной жизни сайта, тесному общению и продуктивному обмену мнениями.



Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»
www.vrachi-spb.ru

Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга» - это объединение докторов, которым важна профессия и небезразлична судьба врачей Санкт-Петербурга и петербургского здравоохранения. Крупнейшее врачебное сообщество в Петербурге, объединяющее более 14 000 докторов; член Национальной медицинской палаты. Организация создана врачами и для врачей и нацелена на создание комфортных условий работы докторам, защиту прав врачей, а также на повышение качества медицинской помощи. РОО «Врачи Санкт-Петербурга» участвует в разработке стандартов и порядков оказания медпомощи, тарифов ОМС, в аттестации и аккредитации специалистов, оказывает юридическую и психологическую поддержку врачам, ведет образовательную деятельность и предоставляет льготы членам организации.



Клуб молодых врачей Санкт-Петербурга
vk.com/vrachispbclub

Клуб молодых врачей Санкт-Петербурга - образовательный проект РОО «Врачи Санкт-Петербурга» для докторов, которые недавно окончили вуз и только начинают становление в профессии. Клуб должен помочь молодым специалистам начать профессиональную деятельность в благожелательной среде и получить опыт совместного обсуждения проблем, с которыми каждый врач встречается в своей работе.



Общество Гастроэнтерологов и Гепатологов «Северо-Запад»

Основными целями деятельности Организации являются объединение членов Организации для содействия развитию научной и образовательной деятельности в области медицины, внедрения инноваций в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта.



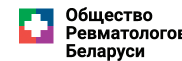
Санкт-Петербургское региональное отделение ВОД «Волонтеры-Медики»

Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики», основанное в 2013 году активистами проекта «Волонтеры Склифа», сегодня является одной из крупнейших добровольческих организаций в сфере здравоохранения в Европе. При поддержке Министерства здравоохранения РФ в России открыты 81 региональных отделений ВОД «Волонтеры-медики», объединяющие свыше 20 тысяч человек. Нашими партнерами выступают более 900 ведущих медицинских и образовательных организаций по всей стране. Волонтеры-медики оказывают помощь персоналу медучреждений, сопровождают спортивные и массовые мероприятия, повышают уровень медицинской грамотности населения, содействуют развитию донорства крови и популяризации здорового образа жизни, ведут профориентационную работу среди школьников.



АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Основной целью деятельности Ассоциации является объединение усилий ее членов в развитии эндокринологической науки и практики, создание оптимальных условий для всестороннего профессионального роста, максимальной реализации творческого потенциала и социально-правовой защиты специалистов, занятых в области эндокринологии г. Санкт-Петербурга.



ОО «Белорусское Общество Ревматологов» (ОО «БОР»)

ОО «БОР» – представляет собой самостоятельную республиканскую научно-практическую медицинскую общественную организацию профессионального характера деятельности. Деятельность ОО «БОР» направлена на научное и практическое содействие развитию ревматологии и смежных дисциплин, внедрение в практику передового опыта и новейших достижений в области ревматологии.



АРМЯНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ (ААМВБ)

Армянская Ассоциация Медицины Внутренних Болезней (ААМВБ) является медицинской общественной организацией, объединяющей терапевтов, врачей общего профиля, первичного звена здравоохранения и смежных специальностей, предоставляя им широкую возможность постоянного профессионального роста. Основными направлениями деятельности ААМВБ являются: содействие всестороннему развитию здравоохранения Армении, обеспечение и пропаганда здорового образа жизни населения; повышение квалификации и углубление знаний терапевтов в соответствии с международными требованиями медицины; создание общества молодых терапевтов-ученных и др.



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (РСНПМЦТ И МР)



Армянская Ассоциация Молодых Врачей (ААМВ) www.armmedics.com

ОО «Ассоциация кардиологов» Республики Казахстан www.kzcardio.org

European Federation of Internal Medicine www.efim.org



**ООО «БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ»
ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР**

125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3
Телефон: +7 (495) 544-50-44
www.boehringer-ingelheim.ru

«Берингер Ингельхайм» - немецкая фармацевтическая компания, работающая на российском рынке более 25 лет. Основной деятельностью компании, основанной в 1885 году семьей Берингер и по-прежнему находящейся в семейной собственности, являются научные исследования, разработка и производство инновационных лекарственных препаратов для людей и животных. Российский рынок всегда был одним из приоритетных для компании «Берингер Ингельхайм». Основные направления деятельности компании – кардиология, пульмонология, онкология и эндокринология, а также ветеринария.

Компания постоянно работает в направлении изучения действия своих уже зарегистрированных препаратов, расширяя показания для применения лекарств. Так, например, в 2016 году были расширены показания для применения препарата, который ранее предназначался только для терапии сахарного диабета 2 типа, а теперь может применяться для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа. В 2018 году данный препарат был отмечен престижной Премией Галена - эквивалентом Нобелевской премии в области фармацевтических исследований.

Локомотивами роста компании в России выступают эндокринологические (для терапии диабета 2 типа) и кардиологические (для терапии и профилактики инсульта и инфаркта) препараты.



**ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»
ГЛАВНЫЙ ПАРТНЕР**

г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8.
Тел: +7 (495)987-18-80;
E-mail: RGFarma@g-richter.ru
www.g-richter.ru

ГЕДЕОН РИХТЕР

«Геден Рихтер» - венгерская фармацевтическая компания, крупнейший в Центральной и Восточной Европе производитель лекарственных препаратов (производит около 200 генерических и оригинальных препаратов в более чем 400 формах). Компания, чья миссия лежит в обеспечении высокого качества лечения на протяжении поколений, имеет экспертизу во многих терапевтических областях. Однако особое внимание уделяет исследованиям в области центральной нервной системы и женского репродуктивного здоровья. В активах компании 9 производственных и исследовательских центров, завод в России был открыт более 20 лет назад и стал первой иностранной производственной площадкой компании. С 2019 года, укрепляя свои позиции на российском рынке, представительства компании в РФ объединились под юридическим лицом ООО «Геден Рихтер Фарма». Продажи «Геден Рихтер» в России составляют около 21% от общего объема продаж в странах присутствия компании. По данным IQVIA, входит в ТОП-10 иностранных фармацевтических компаний, работающих на территории РФ. «Геден Рихтер» является социально-ответственной компанией, реализуя проекты в области КСО как на глобальном, так и на российском уровне. Так, цель одного из самых заметных на российском фармацевтическом рынке проекта «Неделя женского здоровья «Геден Рихтер» - повысить осведомленность женщин в вопросах репродуктивного здоровья. На сегодняшний день штат компании составляет более 12 тысяч человек в мире, 1100 из которых трудится в России.

**АО «БАЙЕР»
ГЛАВНЫЙ ПАРТНЕР**

107113 Москва, 3-я Рыбинская ул., 18, стр. 2
Телефон: +7 (495) 231 12 00
Факс: +7 (495) 231 12 02
www.bayerpharma.ru



Bayer: Science For A Better Life.

Байер – международный концерн с экспертизой в области естественных наук: здравоохранения и сельского хозяйства. Продукты и решения компании направлены на улучшение качества жизни людей.

Коммерческая деятельность концерна построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. Байер придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании. В 2016 финансовом году численность сотрудников концерна составила приблизительно 115 200 человек, объем продаж – 46,8 млрд евро. Капитальные затраты составили 2,6 млрд евро, расходы на исследования и разработки – 4,7 млрд евро. Данные показатели включают результаты деятельности направления по высокотехнологичным полимерным материалам. Акции данного направления переданы на фондовый рынок через компанию Covestro 6 октября 2015 года. Более подробная информация доступна на сайте www.bayer.com.



**ООО «МЕРК»
ГЛАВНЫЙ ПАРТНЕР**

115054 Москва, ул. Валовая, д. 35
Телефон: +7 (495) 937 33 04
Факс: +7 (495) 937 33 05
E-mail: russia@merckgroup.ru
www.merck.ru
www.merckgroup.com/

Компания «MERCK», основанная в 1668 году, является одной из старейших фармацевтических и химических компаний в мире. В портфель препаратов инновационно-технологической компании «MERCK» входят уникальные бренды призванные помочь в борьбе с различными заболеваниями:

- Конкор® (оригинальный бисопролол) эталонный высокоселективный бета-адреноблокатор, предназначенный для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, ИБС, ХСН)
- Глюкофаж® - самый популярный в России, оригинальный метформин - "золотой стандарт" для борьбы с сахарным диабетом 2 типа и предиабетом;
- Эутирокс® представлен уникальной линейкой дозировок, которая позволяет максимально точно подобрать терапию для пациентов с гипотиреозом
- Тирозол® основной тиреостатический препарат на рынке, предназначенный для лечения тиреотоксикоза

Препараты компании «MERCK» на протяжении многих лет активно применяются врачами для лечения пациентов по всему миру



**ООО «ЭББОТТ ЛЭБОРАТОРИЗ»
ПАРТНЕР ПОТОКА**

125171, Москва, Ленинградское шоссе, д.16А, стр. 1
Тел.: (495) 258-4280, факс: (495) 258-4281
www.ru.abbott

Компания Abbott работает для того, чтобы люди могли жить здоровой и полной жизнью. Более 125 лет Abbott создаёт новые технологии в области детского и лечебного питания, диагностики, медицинских устройств и фармацевтических препаратов. Сегодня 73 тыс. сотрудников помогают людям более чем в 150 странах, где представлена компания, жить не только дольше, но и лучше.

Abbott работает в России с конца 1970-х годов, предлагая российским пациентам и потребителям надёжную и высококачественную продукцию для сохранения и укрепления здоровья. В 2014 году в состав Abbott вошла компания «ВЕРОФАРМ» – один из ведущих российских производителей фармацевтической продукции. В российском филиале компании Abbott трудятся более 3,5 тыс. сотрудников (включая «Верофарм») – в отделах исследований и разработок, производства, логистики, продаж, маркетинга.



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

**КОМПАНИЯ «БЕРЛИН-ХЕМИ/А. МЕНАРИНИ»
ОСНОВНОЙ ПАРТНЕР**
123112, г. Москва, Пресненская набережная, д.10,
БЦ «Башня на набережной», блок Б
Тел.: (495) 785-0100
Факс: (495) 785 0101
e-mail: 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. На сегодняшний день в России Компанией зарегистрировано более 80 лекарственных препаратов.



**ГРУППА КОМПАНИЙ «НОВАРТИС»
ООО «НОВАРТИС ФАРМА»
ЗОЛОТОЙ ПАРТНЕР**
Ленинградский пр-т, 72, к. 3, г. Москва, Россия
Телефон: +7 (495) 967-12-70
www.novartis.ru

«Новартис» работает, переосмысливая подход к медицине ради улучшения качества и продолжительности жизни людей. Являясь ведущей международной фармацевтической компанией, мы применяем новейшие научные достижения и цифровые технологии при создании инновационных препаратов для решения самых острых медико-социальных проблем. «Новартис» на протяжении многих лет входит в верхние строчки международных рейтингов компаний, инвестирующих в исследования и разработки. Наши препараты получают свыше 750 миллионов человек по всему миру, и мы постоянно работаем над поиском инновационных решений для увеличения доступа пациентов к необходимой терапии. В компаниях группы «Новартис» работают порядка 105 000 сотрудников, представляющих 140 национальностей.

«Новартис Фарма» — один из мировых лидеров в разработке инновационных рецептурных лекарственных препаратов. Основные направления деятельности компании: кардиология, офтальмология, эндокринология, ревматология, дерматология, онкология, неврология, трансплантология, иммунология и область респираторных заболеваний. Входит в группу компаний «Новартис».

Портфель «Новартис Фарма» включает порядка 50 эффективных инновационных препаратов с действующими патентами, а также молекулы в развитии. Компания является лидером по количеству клинических исследований в России среди иностранных производителей.



**АО «ГЕНЕРИУМ»
СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР**
123112, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, подъезд 2
Тел./факс: +7 (495) 988-47-94
E-mail: Generium@generium.ru
www.generium.ru

ГЕНЕРИУМ — научно-производственная компания полного цикла – лидер в орфанном сегменте российского фармацевтического рынка. Компания занимается разработкой и производством полного цикла высокоэффективных биотехнологических лекарственных препаратов для диагностики и лечения социально значимых заболеваний. Основные направления. Наследственные (орфанные) заболевания, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, аутоиммунные заболевания, офтальмология, заболевания органов дыхания, биомедицинские клеточные продукты. Компания располагает соб-

ственным R&D парком, способным осуществить разработку любого биотехнологического препарата от создания молекулы до начала промышленного выпуска. Научные исследования по отдельным препаратам ведутся совместно с ведущими биотехнологическими компаниями и научными институтами со всего мира. Производственная площадка компании организована в строгом соответствии с международными стандартами GMP и способна осуществлять выпуск уникального по своему разнообразию ассортимента биотехнологических лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов. ГЕНЕРИУМ - Дважды лауреат Премии Правительства РФ, обладатель Премии Галена, единственный производитель в мире освоивший производство всех трех факторов свертывания крови, производитель оригинального диагностикума - Диаскинтеста, не имеющего аналогов в мире.



**ООО «ЗАМБОН ФАРМА»
ОСОБЫЙ ПАРТНЕР**
119002 Москва, Глазовский переулок, 7, офис 17
Тел. +7 495 933 38 30/32
www.zambonpharma.com

Замбон - современная химико-фармацевтическая компания, в основе которой лежат история и ценности итальянского семейного предприятия, с амбициозными планами дальнейшего развития. Наша фармацевтическая продукция включает высококачественные препараты и услуги, соответствующие высоким стандартам профессиональной деятельности.

ЭКСПОНЕНТЫ



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ПАРТНЕР

АО «ВИДАЛЬ РУС»
Тел.: +7 (499) 97512 53
E-mail: vidal@vidal.ru
www.vidal.ru

Справочник VIDAL признан во всем мире авторитетным источником информации для специалистов в области здравоохранения. VIDAL имеет вековую историю. Выпуск первой книги состоялся во Франции в 1914 году. В России VIDAL представлен компанией АО «Видаль Рус», входящей в состав международной VIDAL GROUP. Наряду со справочниками по лекарствам компания успешно реализует выпуск эксклюзивных обучающих материалов для пациентов в сотрудничестве с американской корпорацией Krames.

Мы также активно развиваем digital-сервисы:

- сайт <https://www.vidal.ru/> (более 2 500 000 уникальных посетителей в месяц)
- БД, поставляемая интернет-порталам, а также в составе медицинских информационных систем для лечебных учреждений и аптек
- справочники для персональных компьютеров и мобильных устройств

«ВРАЧИ ВМЕСТЕ»
Тел.: (495) 650 61 50
E-mail: vrv.m.redaktor@gmail.com
www.vrachivmeste.ru

Медицинский образовательный портал, социальная сеть для врачей

«Врачи вместе» - медицинский образовательный портал, социальная сеть для врачей. Объединяет более 115 000 специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег.

- Более 17 000 статей
- Более 2500 эксклюзивных обучающих видео для врачей: записи докладов с конференций, видео-лекции российских и зарубежных докторов, тематические фильмы, интервью и прочее.
- Онлайн-трансляции и вебинары, в том числе аккредитованные Комиссией НМО

MEDICAL EXPRESS
www.medinfocentralasia.org

МЕДИЦИНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНО-РЕКЛАМНЫЙ ЖУРНАЛ

21 год в информационной медицинской специализированной сфере Узбекистана и Центральной Азии. Медицинские экспресс-новости в мультимедийном формате о развитии здравоохранения, терапевтических инновациях и медицинской технике. Журнал рекомендуют ведущие медицинские мировые и национальные бренды. Международное качество и мультимедийный формат. Бесплатное распространение печатной версии журнала 5 раз в году с охватом каждого медицинского учреждения и персонально ключевых врачей.

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ
СОЦИАЛЬНАЯ
СЕТЬ «ВРАЧИ РФ»
Тел.: +7 (495) 249-04-37
e-mail: info@vrachirf.ru
www.vrachirf.ru

«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 570 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».

«Vrachi RF» is the first edetailng 2.0 system in Russia with the audience of over 570K MDs, the largest groups in Facebook, Odnoklassniki, Vkontakte, and the largest personal doctors' emails data base on the market. «Vrachi RF» is an active member of «Skolkovo Foundation».

MED2MED
Тел.: +7 (495) 933 3454
e-mail: info@med2med.ru
www.med2med.ru

Телеканал MED2MED - специализированное медицинское СМИ
Наша миссия – создание коммуникационной площадки, объединение медицинских работников вокруг актуального и достоверного профессионального контента, укрепление межпредметных связей внутри профессии/ Наша цель - распространение актуальной и достоверной информации о медицине и здравоохранении. Наши задачи:

- Повышение квалификации и образование (фундаментальные знания в области медицины; освоение практических навыков в области диагностики и лечения).
- Вовлечение зрителя в обсуждение острых тем, волнующих профессиональное сообщество
- Создание общественного мнения в отношении проблем здравоохранения и медицины в России

MEDPORTAL -
ОТВЕТСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ
www.medportal.org

Medportal.org - ответственный медицинский портал. Это один из крупнейших медицинских порталов Беларуси с информацией:

- о государственных и частных клиниках Беларуси,
- о врачах с системой рейтинга на основании реальных отзывов пациентов,
- о медицинских услугах,
- о лекарствах и их наличии в аптечной сети,
- о симптомах заболеваний,
- о последних новостях медицинской науки,
- о самых увлекательных фактах медицины.

YELLMED
Тел.: +7 (495) 668-10-55
www.yellmed.ru

Yellmed – это:

- каталог медицинских учреждений России и зарубежья с актуальной и достоверной информацией;
- медицинские новости страны и мира, материалы о спорте и красоте, интервью со специалистами;
- афиша медицинских мероприятий и конференций;
- медицинский справочник с распространенными заболеваниями, симптомами болезней, способами диагностирования и лечения;
- сервис для онлайн-записи к врачу в Москве, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде и Казани с удобной фильтрацией, рейтингом, квалификацией и отзывами о каждом из более чем 10000 специалистов;
- ежедневно пополняющаяся база акций, скидок, и специальных предложений в сфере медицины, красоты и здоровья.

На портале вы найдете о медицине все и даже больше.



РУССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
СЕРВЕР
www.rusmedserv.com

Русский Медицинский Сервер. Старейший в Рунете многопрофильный медицинский сайт. Информация для специалистов и пациентов. Бесплатные консультации в рамках доказательной медицины на форуме.



Преимущества Ксарелто® для профилактики инсульта у пожилых пациентов с ФП



ROCKET AF: Ксарелто® достоверно снижал риск смертельных кровотечений в сравнении с варфарином в том числе у пациентов с ФП пожилого возраста* с нарушением функции почек¹



Однократный режим дозирования и календарная упаковка Ксарелто® могут помочь пожилым пациентам соблюдать ваши рекомендации²⁻⁴



Только Ксарелто® продемонстрировал значимое снижение риска ИМ/ОКС среди ПОАК по данным крупного мета-анализа РКИ⁵

*Результаты представлены для подгруппы пациентов с умеренным нарушением функции почек в исследовании ROCKET AF, средний возраст в которой составил 79 лет. Согласно результатам субанализа у пациентов с ФП в возрасте 75 лет и старше в исследовании ROCKET AF частота инсульта/ОС и больших кровотечений была сопоставимой на терапии ривароксабаном и варфарином, при более высокой частоте больших и небольших клинически значимых кровотечений на терапии ривароксабаном. Имеются ограничения, указанные в первоисточниках. Полные результаты исследования приведены в первоисточниках.
ИМ – инфаркт миокарда; ОКС – острый коронарный синдром; ПОАК – прямые пероральные антикоагулянты; РКИ – рандомизированные клинические исследования; К/Кр – клиренс креатинина.

КСАРЕЛТО® Международное непатентованное наименование: ривароксабан. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка содержит пленочной оболочки, содержащей 15 или 20 мг ривароксабана микронизированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий некардиального происхождения – лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке, клинически значимые активные кровотечения (например, внутреннее кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения), повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения, например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных опухолей с высоким риском кровотечения, недавние травмы головы или спинного мозга, операции на головном, спинном мозге или глазах, внутреннее кровоизлияние, диагностированный или предполагаемый варикоз вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или патология сосудов головного мозга, сопутствующая терапия кумулятивно другими антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далапарин и др.), производными гепарина (фондапаринуксид и др.), пероральными антикоагулянтами (азапарин, апиксабан, дабигатран и др.), кроме случаев перехода с или на ривароксабан или при применении нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для обеспечения функционирования центрального венозного или артериального катетера, заблаговременное прекращение с коагулянтами, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечения; беременность и период грудного вскармливания; детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность данной возрастной группы не установлены); тяжелая степень нарушения функции почек (К/Кр 30–49 мл/мин) (клинические данные о применении ривароксабана у данной категории пациентов отсутствуют); врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы); **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сопутствующей ретинопатии, бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе). При лечении пациентов со средней степенью нарушения функции почек (К/Кр 30–49 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие концентрацию ривароксабана в плазме. При лечении пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (К/Кр 15–29 мл/мин). У пациентов, получающих одновременно лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, например, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антиагреганты, другие антигеморрагические средства или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, кетоконазолом) или ингибиторами протазы ВИЧ (например, ритонавиром). Пациенты с тяжелой степенью нарушения функции почек (К/Кр 15–29 мл/мин), получающих системное лечение и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под тщательным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Учитывая механизм действия, применение препарата Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может привести к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечения может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами, влияющими на гемостаз. Признаки, симптомы и степень тяжести (включая возможный летальный исход) варьируются в зависимости от локализации, интенсивности или продолжительности кровотечения и/или анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться в виде слабости, бледности, головокружения, головной боли или необычных отеков, онемания или покалывания, развитие которых нельзя объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), головокружение, головная боль, кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), выраженное снижение артериального давления, гематома, носовое кровотечение, кровоизлияние, кровоизлияние десен, желудочно-кишечное кровотечение (включая гематурию и менооррагию), боль в животе, диарея, тошнота, запор, диарея, рвота, кожный зуд (включая некоторые случаи генерализованного зуда), кожная сыпь, экхимоз, точечные и подкожные кровоизлияния, боль в конечностях⁶, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и менооррагию), нарушение функции почек (включая повышение концентрации креатинина, повышение концентрации мочевины⁷), лихорадка⁸, периферические отеки, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению), повышение активности печеночных трансаминаз, кровоизлияния после проведения процедуры (включая постоперационную анемии и кровотечения из раны), гематома.⁹ Наблюдались преимущественно после больших ортопедических операций на нижних конечностях.

¹ Наблюдались при лечении ВТЭ как очень часто у женщин в возрасте <55 лет.
Регистрационный номер: ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 17.08.2018.
Владелец регистрационного удостоверения и производитель: Байер АГ, Германия.
Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

Литература: 1. Fox K.A. et al. Eur Heart J. 2011; 32(19):2387–94. 2. McHorney C.A. et al. Curr Med Res Opin. 2015 Dec; 31(12):2167–73. 3. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксарелто® 15/20 мг ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 17.08.2018. 4. Kirchhof P. et al. Journal of the American College of Cardiology Jul 2018; 72 (2): 141–153. 5. Mak K.-H. BMJ Open. 2012; e001592.

*Сессия по оценке стендовых докладов состоится 18 октября с 17:10 до 17:45. Награждение победителей конкурса стендовых докладов состоится в 17:50 в зале «Московский».

1. Особенности фармакологической коррекции статинами ибс с помощью фармакогенетических маркеров
2. Полиморбидность и качество жизни у работающих при вредных условиях производства
3. Минеральная плотность костной ткани у долгожителей с ишемической болезнью сердца
4. Стабилометрические показатели, устойчивость при ходьбе у пациентов с ожирением при снижении массы тела
5. Возможности нагрузочных проб с физической нагрузкой в оценке эффективности медикаментозной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца
6. Фактор некроза опухоли - альфа у больных ИБС старческого возраста
7. Использование алгоритмов искусственного интеллекта для прогнозирования ранних исходов и осложнений у пациентов с острым инфарктом миокарда
8. Эффективность комплексной кинезиотерапии для профилактики саркопении у пациентов с ожирением
9. Связь между нарушениями цитокинового статуса и липидного обмена при инфаркте миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких
10. Случай аритмогенного поражения сердца с сопутствующей гиперлипидемией, ассоциированного с приёмом химиотерапевтических препаратов
11. Поведенческий фактор риска типа «А» – новый подход в диагностике ревматоидного артрита
12. Нарушения углеводного обмена у женщин с различным уровнем обеспеченности витамином D: проспективное интервенционное исследование
13. Несоответствия между системами TI-RADS и BETHESDA в оценке риска злокачественности узловых образований щитовидной железы
14. Интерлейкин-6 у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца
15. Степень артериальной гипертензии связана с выраженностью клинических проявлений хронических заболеваний вен
16. Изменения венозной гемодинамики нижних конечностей при артериальной гипотензии на фоне гипотензивной терапии
17. Особенности клинических проявлений и структурно-функциональных нарушений венозной гемодинамики нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией

1. Раннее старение и состояние церебральной гемодинамики коморбидных пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и ожирением (стр. 28)
2. Влияние фозиноприла на вариабельность артериального давления и его плейотропные эффекты у больных артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких (стр. 28)
3. Частота встречаемости различной сопутствующей патологии у пациента с хронической обструктивной болезнью легких (стр. 29)
4. Измерение уровней сывороточной, спонтанной и индуцированной продукции гамма-интерферона у больных с хроническим вирусным гепатитом В (стр. 30)
5. Значимость индуцированной продукции гамма-интерферона у больных с хроническим вирусным гепатитом С (стр. 33)
6. Измерение уровней ИФН- α у больных с хроническими гепатитами В и С (стр. 34)
7. Изучение сердечно-сосудистой заболеваемости и дефицита витамина D у машинистов локомотив (стр. 34)
8. Эффективность комплексной кинезиотерапии для профилактики саркопении у пациентов с ожирением (стр. 35)
9. Анализ информированности врачей общей практики (семейных врачей) о мероприятиях по снижению предотвратимой смертности населения (стр. 36)
10. Особенности фармакологической коррекции статинами ИБС с помощью фармакогенических маркеров (стр. 37)
11. Сердечно-сосудистые осложнения и частота приема НПВП по данным локального регистра пациентов с хронической сердечной недостаточностью» (стр. 37)
12. Эффективность различных схем антихеликобактерной терапии больных хронической гастродуоденальной патологией и сахарным диабетом 2 типа (стр. 38)
13. Изучение коморбидных заболеваний у пациентов с гипертоническими кризами (стр. 41)
14. Оценка упруго-эластических свойств артериального русла и сосудистого возраста методом фотоплатиз-мографии у пациентов с артериальной гипертензией (стр. 42)
15. Гиполипидемическая терапия при коронарной болезни сердца у пациентов, подвергшихся эндоваскулярному вмешательству (стр. 42)

16. Оценка комплексного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких с коморбидной патологией (стр. 43)
17. Фактор роста соединительной ткани у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца (стр. 44)
18. Интерлейкин-6 у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца (стр. 45)
19. «Дисбиоз и дислипидемия. Существует ли взаимосвязь?» Результаты исследования (стр. 46)
20. Степень артериальной гипертензии связана с выраженностью клинических проявлений хронических заболеваний вен (стр. 47)
21. Изменения венозной гемодинамики нижних конечностей при артериальной гипотензии на фоне гипотензивной терапии (стр. 48)
22. Особенности клинических проявлений и структурно-функциональных нарушений венозной гемодинамики нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией (стр. 51)
23. Безопасность ривароксабана по сравнению с варфарином при фибрилляции предсердий у пациентов с хронической болезнью почек, имеющих показания к антикоагулянтной терапии (стр. 52)
24. Анализ нарушений липидного обмена у больных с хронической болезнью почек (стр. 52)
25. Изучение взаимосвязи фибрилляцией предсердий с функциональным состоянием почек у больных с ХСН (стр. 53)
26. Взаимосвязь ультразвуковых параметров сердца и фибрилляции предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью (стр. 54)
27. Полиморбидность и качество жизни у работающих при вредных условиях производства (стр. 55)
28. Клиническая характеристика и ее динамика в процессе физической реабилитации больных перенесших острый коронарный синдром (стр. 55)
29. Антиоксидантные препараты в профилактике и лечении гиперлипидемий (стр. 56)
30. Применение алгоритмов искусственного интеллекта для прогнозирования осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий (стр. 58)
31. К вопросу о фармакологической коррекции гиперлипидемий в условиях воспалительных реакций (стр. 59)
32. Выбор тренировок дыхательной мускулатуры в зависимости от сохранности мышечной ткани диафрагмы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-IV ФК (стр. 60)

РАННЕЕ СТАРЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ОЖИРЕНИЕМ

*Т.О. Бродовская, И.Ф. Гришина,
О.В. Баженова, Е.А. Ковин*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения.

Целью работы явилась оценка роли патологических изменений церебральной гемодинамики у лиц с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и его коморбидной ассоциации с ожирением в преждевременном старении.

Материалы и методы. В соответствии с поставленной целью в исследование включен 101 человек. В первую клиническую группу вошел 41 мужчина с СОАС, средний паспортный возраст которых составил 40,2±8,6 лет (p=0,8), индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) -34 (9; 65) в час. Вторая клиническая группа представлена 30 коморбидными пациентами с СОАС и ожирением, средний паспортный возраст которых составил 42,1±7,9 лет, значения индекса массы тела (ИМТ) -33,5±3,5 кг/м², ИАГ- 38,5 (9; 82) в час (p=0,3). Контрольная группа формировалась целенаправленно из 30 здоровых мужчин-добровольцев, в возрасте 38,1±10,9 лет, чей биологический возраст не отличался значимо от паспортного возраста, не имеющих хронических заболеваний, влияющих на церебральную гемодинамику. Показатель ИАГ составлял 3,1±0,8 в час (p<0,05). СОАС был диагностирован методом кардиореспираторного мониторирования, на аппарате «Кардиотехника 07 АД 3/12 Р» (ЗАО «ИНКАРТ», Россия). Для анализа результатов применялись Практические клинические рекомендации Американской Академии Медицины Сна (2012). Оценка биологического возраста проводилась по методу Нома S., расчетным методом по формуле возраст = (КИМ - 0,116) ÷ 0,009, где КИМ - показатель толщины комплекса интима-медиа. Исследование церебральной гемодинамики проводили ультразвуковым методом в положении пациента лежа на спине после 10-минутного отдыха ультразвуковым сканером Philips HD 15 (Нидерланды) с использованием алгоритма комплексного ультразвукового исследования сосудистой системы головного мозга, предложенного Ю. М. Никитиным.

Результаты и обсуждение. Установлено кон-

центрически-эксцентрическое ремоделирование стенки общей сонной артерии, гиперконстрикторный вариант церебральной ангиопатии, истощение компенсаторных механизмов ауторегуляции мозгового кровотока, ограничение гемодинамического резерва с сужением «коридора» допустимых изменений церебральной перфузии у пациентов с нарушениями дыхания во сне, имеющих более выраженный характер при коморбидной ассоциации СОАС с избыточной массой тела. Средний биологический возраст в группе контроля составил 40,9 ± 5,2 лет (отклонение от паспортного возраста в среднем составило 1.2±0.3 лет, p=0,8), тогда как у пациентов с нарушениями дыхания во сне отклонение от паспортного возраста составило 12.9±3.7 лет, а средний биологический возраст 56,8±7,1 лет (p=0.001). Максимальные расхождения наблюдались в группе коморбидных пациентов, чей биологический возраст составлял в среднем 63±16,7 лет и отличался от показателя паспортного возраста на 19.1±6.4 (p=0.0001). Наиболее значимыми детерминантами раннего старения в обеих клинических группах являются показатели церебральной гемодинамики, отражающие структурно-геометрические характеристики сосудов, в частности толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии, а также показатели реактивности микроциркуляторного русла. У коморбидных лиц дополнительным маркером раннего старения может являться индекс церебрального кровотока. Заключение. Пациенты с СОАС и ожирением характеризуются ускоренными темпами старения. Показатели церебральной гемодинамики можно рассматривать в качестве детерминант преждевременного старения.

Этическая экспертиза.

Протокол получил одобрение локального этического комитета ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ №1 от 25.01.2019.

ВЛИЯНИЕ ФОЗИНОПРИЛА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЕГО ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Н.Ю. Григорьева, М.Е. Королёва

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5», г. Нижний Новгород
Григорьева Наталья Юрьевна, д.м.н., заведующий кафедрой факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России.*

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, вариабельность артериального давления, функция эндотелия, фозиноприл.

Цель исследования: изучить у больных АГ в сочетании с ХОБЛ гипотензивные эффекты, краткосрочную, суточную и долгосрочную вариабельность артериального давления, а также плейо-тропные эффекты ингибитора ангиотензинпревращающего фермента фозиноприла исходно, через 4 недели и 6 месяцев лечения.

Материал и методы: В исследование включено 30 человек с сочетанной патологией АГ и ХОБЛ, которым в составе комбинированной терапии с диуретиком гипотиазидом в дозе 12,5 мг/сутки был назначен иАПФ фозиноприл (Моноприл, ООО «ВАЛЕАНТ», Россия) в дозе 20 мг/сутки. Включались больные в возрасте от 40 до 65 лет, имеющие АГ 1-2 степени и сопутствующую ХОБЛ I-II степени тяжести вне обострения. Всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой различных видов вариабельности АД, исследование функции внешнего дыхания (ФВД), была оценена функция эндотелия.

Результаты. К концу первого месяца лечения больных САД снизилось на 20,8±7,4 мм рт.ст. и составило в среднем 134,2±7,0 мм рт.ст. (p<0,001). Среднее ДАД снизилось в на 6,7±5,1 мм рт.ст. (p<0,001). Следует отметить, что целевые цифры АД (меньше 140/90 мм рт.ст.) к четвертой неделе исследования были достигнуты у 19 больных (63%).

Через 6 месяцев исследования АД нормализовалось у всех больных, однако 5 больным пришлось увеличить дозу фозиноприла до 40 мг/сутки. САДд составило 132,6±7,4 мм рт.ст. и САДн составило 123±5,6 мм рт.ст. (p<0,001), ДАДд - 79,4±3,7 мм рт.ст. и ДАДн - 72,7±3,5 мм рт.ст. (p<0,001), среднее пульсовое давление (ПД) стало 57,5±6,8 мм рт.ст. (p<0,001).

Из 22 больных, имевших утреннюю гипертонию, у 17 отмечено уменьшение величины утреннего подъема САД в среднем на 11,7±7,1 мм рт.ст. (p<0,001) и ДАД на 7,6±5,9 мм рт.ст. (p<0,001), а также в результате лечения, количество больных с суточным типом АД «dipрег» увеличилось на 9 человек и составило 33,3% (p=0,2).

Через 6 месяцев лечения отмечалось снижение вариабельности АД. ВарСАДд при лечении фозиноприлом исходно 16,3±4,3 мм рт.ст. и на фоне лечения через 6 месяцев достоверно снизилась до 13,5±2,9 мм рт.ст. (p<0,001). ВарСАДн исходно 17,0±10,7 мм рт.ст. через 6 месяцев - 15,0±8,7 мм рт.ст. (p<0,001). ВарДАДд исходно 12,6±4,3 мм рт.

ст. и 9,9±1,6 мм рт.ст. через 6 месяцев исследования (p<0,001). ВарДАДн исходно 11,7±6,7 мм рт.ст. и 10,9±7,9 мм рт.ст. через 6 месяцев исследования (p=0,2). Таким образом, на фоне лечения вариабельность АД как дневного, так и ночного достоверно снижалась (p<0,001).

При исследовании долгосрочной вариабельности АД получено достоверно значимое снижение показателей как по межвизитной ВарСАД (p=0,004), так и ВарДАД (p=0,003).

Получено статистически значимое улучшение показателя ОФВ1 (p<0,001), но клинически оно было незначимым (прирост меньше 100 мл), больные соответствовали критериям отбора и находились вне обострения.

Важным является и то, что на фоне приема фозиноприла у больных с АГ и ХОБЛ по данным дневников самоконтроля не отмечалось ни одного случая приступов удушья, усиления одышки, ухудшения сна ночью, а также не было выявлено усиления сухого кашля или его развития на фоне приема данного препарата, что может подтверждать его эффективность и безопасность у данной группы больных, не ухудшая функцию легких по данным ФВД.

Через 6 месяцев исследования среднее давление в легочной артерии (ДЛА) уменьшилось до 18,4±2,6 мм рт.ст. (p<0,001), что подтверждает положительное влияние фозиноприла на течение ХОБЛ.

Через 6 месяцев лечения эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) достоверно увеличилась до 8,5±2,3 (p<0,001).

Заключение. Фозиноприл у больных АГ и ХОБЛ обладая значимым гипотензивным эффектом оказывает положительное влияние на показатели суточного мониторирования АД и вариабельность АД. Его плейотропные эффекты реализуются через улучшение функции эндотелия и снижение давления в легочной артерии, что позволяет говорить о его протективном действии на течение ХОБЛ.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю., Королева М.Е.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России

Цель: изучить частоту встречаемости коморбидной патологии у больных ХОБЛ, проходивших



МОЙ СЕРДЕЧНЫЙ ДРУГ

Единственная тройная фиксированная комбинация **с индапамидом пролонгированного действия** для лечения любой формы неконтролируемой АГ^{1,2}



амлодипин+индапамид+лизиноприл

ЭКВАПРЕСС




Способствует достижению **целевого уровня АД и кардиопротективного эффекта** благодаря синергии амлодипина, индапамида и лизиноприла¹




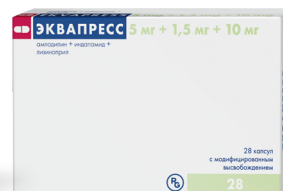
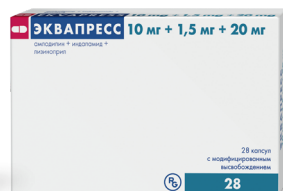
Три формы выпуска. Легкий подбор дозы для каждого пациента¹

ФОРМЫ ВЫПУСКА

 **5+1,5+10 мг**

 **10+1,5+20 мг**

 **5+1,5+20 мг**



ГЕДЕОН РИХТЕР

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА» Россия, 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8 +7(495) 987-1880, e-mail: GRFarma@g-richter.ru

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Эквапресс®, Рег. № ЛП-004622, 04.12.2018 2. www.grfs.rosminzdrav.ru, последний доступ 13.02.2019.

РУз. Уровень сывороточного γ -ИНФ была определена сразу же после выделения сыворотки. Цельная кровь, у каждого больного, была разведена в «Питательной среде 199» в соотношении 1:4 (спонтанная продукция), из этой же пробирки был отобран 1 мл разведенного образца для индукции митогеном содержащий фитогемагглютинин (набор «Цитокин-Стимул-Бест»). Обе типов образцов были инкубированы 24 часа при температуре 37°C в термостате.

Результаты. Средне статистические показатели результатов γ -ИНФ больных с ХВГВ: сывороточная – 8,00±0,97 пг/мл, p<0,001 (контроль – 1,86±0,21 пг/мл); после инкубации: спонтанная – 18,8±1,37 пг/мл, p<0,001 (контроль – 1,9±0,18 пг/мл); индуцированная – 18,77±0,71 пг/мл, p<0,001 (контроль – 9,5±1,49 пг/мл).

Видно, что в группе больных все виды показателей в несколько раз выше, чем соответствующие показатели в контрольной группе. Примечательным является то что у больных нет отличия между спонтанной и индуцированной продукцией. В контрольной группе соотношение показателей спонтанной и индуцированной продукции γ -ИНФ минимум 1:3, что показывает потенциал к индукции. Высокие показатели спонтанной продукции у больных указывают на что лимфоциты больных уже были активированы *in vivo*, и из-за постоянной персистенции вируса ресурсы в организме были истощены. Вероятнее всего лимфоциты в инкубированной с митогеном крови больных не среагировали на индукцию, и поэтому продукция γ -ИНФ не превышала показатели спонтанной продукции.

ЗНАЧИМОСТЬ ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРОДУКЦИИ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Арипова Т.У., Исмаилова А.А., Касимова М.С., Петрова Т.А., Розумбетов Р.Ж., Акбаров У.С., Рахимжонов А.А., Алимова Д.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования. Изучение значимости обледования индуцированной продукции гамма-интерферона (γ -ИНФ) у больных с хроническим вирусным гепатитом С.

Материалы и методы. Нами были изучены сыворотки 12 больных с ХВГС (из них 2 мужчины и 10 женщины). Группа контроля включала 6 прак-

тически здоровых людей (из них 3 мужчины и 3 женщины). γ -ИНФ определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА), наборами реагентов Вектор-Бест (Новосибирск, Россия) в Лаборатории фундаментальной иммунологии Института иммунологии и геномики человека АН РУз. Цельная кровь, у каждого больного, была разведена в «Питательной среде 199» в соотношении 1:4 (спонтанная продукция), из этой же пробирки был отобран 1 мл разведенного образца для индукции митогеном содержащий фитогемагглютинин (набор «Цитокин-Стимул-Бест»). Обе типов образцов были инкубированы 24 часа при температуре 37°C в термостате. Уровень сывороточного γ -ИНФ была определена сразу же после выделения сыворотки.

Результаты. При осмотре больные с ХВГС предъявляли жалобы на: быструю утомляемость (41,6%), слабость (83,3%), снижение аппетита (83,3%), боли в правом подреберье (66,7%), боли в животе (33,3%), метеоризм (83,3%), тошноту (58,3%), горечь во рту (25%), головные боли (8,3%), головокружение (8,3%).

Средне статистические показатели результатов γ -ИНФ больных с ХВГС: сывороточная – 7,22±0,5 пг/мл, p<0,001 (контроль – 1,86±0,21 пг/мл); после инкубации: спонтанная – 17,44±0,53 пг/мл, p<0,001 (контроль – 2,01±0,19 пг/мл); индуцированная – 18,44±1,14 пг/мл, p<0,001 (контроль – 7,64±1,35 пг/мл).

У больных все виды показателей γ -ИНФ достоверно в несколько раз выше чем соответствующие показатели контрольной группы. Примечательным является то что у больных нет отличия между спонтанной и индуцированной продукцией. Высокие показатели спонтанной продукции у больных указывают на что лимфоциты больных уже были активированы *in vivo*. Вероятнее всего лимфоциты в инкубированной с митогеном крови больных не среагировали на индукцию, и поэтому продукция γ -ИНФ не превышала показатели спонтанной продукции. Значимость изучения индуцированной продукции γ -ИНФ является в том, что по результатам можно прогнозировать эффективность приема индукторов интерферона больными.

ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЕЙ ИФН-А У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Розумбетов Р.Ж., Арипова Т.У., Исмаилова А.А., Касимова М.С., Петрова Т.А., Абылов Д.Г., Акбаров У.С., Рахимжонов А.А., Алимова Д.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить уровни спонтанной и индуцированной продукции α -интерферона (ИФН- α) у больных с хроническим вирусным гепатитом В и С.

Материалы и методы: У 17 больных с хроническими вирусными гепатитами (5 с ХВГВ и 12 с ХВГС) были взяты пробы крови. Лабораторные показатели у больных с ХВГВ в среднем были следующими: Билирубин $21 \pm 0,24$, АлАт $1,13 \pm 0,2$, АсАт $0,5 \pm 0,11$, крупные циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) $25,6 \pm 6,1$ и мелкие ЦИК $53,2 \pm 17,3$. У всех больных ХВГВ были обнаружены HBsAb. Лабораторные показатели у больных с ХВГС в среднем были следующими: Билирубин $22 \pm 0,4$, АлАт $0,87 \pm 0,0$, АсАт $4 \pm 3,6$, крупные ЦИК $17,4 \pm 5,5$ и мелкие ЦИК $42,3 \pm 12,3$. У 11 больных ХВГС были обнаружены антитела к HCV. Часть пробы крови были центрифугированы для отбора сыворотки, и в них измеряли уровень ИФН- α используя ИФА наборы «Вектор-Бест». В оставшейся части крови добавили питательную среду и разделили на две пробирки, в одну из них добавили индуктор ИФН- α . Далее, эти пробирки инкубировали в термостате 24 часа при температуре 37°C . После чего в них измеряли содержание ИФН- α . Уровень ИФН- α в пробирке, содержащей кровь и питательную среду, был взят как спонтанная продукция. Уровень индуцированной продукции измерялся в пробирке с кровью, питательной средой и индуктором ИФН- α . В качестве контроля были взяты уровни ИФН- α у практически здоровых людей (сывороточный уровень $3,86 \pm 0,48$ пг/мл, уровень спонтанной продукции $31 \pm 0,6$ пг/мл и уровень индуцированной продукции $62 \pm 15,1$ пг/мл).

Результаты. В группе больных с ХВГВ сывороточный уровень ИФН- α составлял $18 \pm 2,3$ пг/мл ($p < 0,001$), что является больше чем 4 раза выше по сравнению с контролем. Это указывает на мощный воспалительный процесс, вызванный вирусами. Так как, ИФН- α вырабатываются вирус-инфицированными клетками. Уровень спонтанной продукции был $16,48 \pm 0,7$ пг/мл ($p < 0,001$) и индуцированной продукции $37,7 \pm 11,7$ пг/мл ($p > 0,05$). У больных с

ХВГС уровень сывороточного ИФН- α $13,26 \pm 0,3$ пг/мл ($p < 0,001$), уровень спонтанной продукции был $16,58 \pm 0,7$ пг/мл ($p < 0,001$) и индуцированной продукции $44,4 \pm 7,6$ пг/мл ($p > 0,05$).

Выводы. Проанализировав эти результаты можно сделать вывод что, у больных с ХВГ иммунные клетки могут быть простимулированы, впоследствии, этим можно достигнут более сильный противовирусный ответ.

ИЗУЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВ

Орлова Н.В., Старокожева А.Я.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России, Москва

Введение. Психоземotionalный стресс является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая артериальную гипертензию и ишемическую болезнь сердца. В развитии гипертензивных реакций в ответ на стресс участвуют нейрогуморальные механизмы. Изучение влияния стресса на развитие заболеваний проводится в промышленных отраслях, связанных с воздействием профессионального психоэмоционального стресса. Стресс способствует снижению уровня витамина D, что в свою очередь приводит к снижению стрессоустойчивости и развитию патологических процессов в организме.

Цель. Изучить распространение сердечно-сосудистой патологии в структуре заболеваемости у машинистов локомотивов.

Материалы и методы: С января по май 2019 г. в НКЦ ОАО РЖД нами было проведено обследование 59 машинистов локомотивов, в возрасте $41,8 \pm 10,1$ лет, стаж работы которых составил $20 \pm 12,6$ лет, количество ночных смен 7 ± 3 в месяц. В нерабочее время продолжительность сна в среднем равнялась 7,5 часов. Была проведена оценка наличия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, проведены общеклинические, лабораторные (липидный профиль, определение уровня глюкозы крови, уровень витамина D) и функциональные методы обследования (ЭКГ, ЭХО КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные функциональные пробы).

Результаты. У машинистов определены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение у 27 человек (45,8%), ожирение у 22 человек (37,3 %) (ожирение 1 степени – 15 человек (68,2%),

2 степени – 4 человека (18,2%), 3 степени - 3 человека (13,6%)), также имели место отягощенный семейный анамнез (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт у родителей) и нарушение углеводного обмена. В результате обследования у 28 машинистов (47,4%) выявлена артериальная гипертензия (АГ): у 12 (20,3%) машинистов – АГ 1 степени, у 14 (23,7%) машинистов – АГ 2 степени, у 2 (3,3%) машинистов – АГ 3 степени, у 2 (3,4%) машинистов установлен диагноз ишемической болезни сердца. Из нарушений ритма и проводимости, влияющих на трудовой прогноз, у 10 машинистов (17%) диагностирована фибрилляция предсердий, преимущественно пароксизмальная форма, у 6 машинистов (10,2%) зарегистрированы пробежки наджелудочковой тахикардии, частая желудочковая экстрасистолия выявлена у 10 человек (17%). Гемодинамически незначимые нарушения проводимости по типу синоаурикулярной блокады и атриовентрикулярной блокады 2 степени 1 типа, которые связаны с нарушением нейрэндокринной регуляции, вегетативной дисфункцией, регистрировались у пациентов с нейроциркуляторной дистонией и с диагнозом: Ожирение. Синдром obstructive апноэ сна тяжелой степени.

По результатам лабораторного исследования у 27 (45,7%) машинистов выявлен дефицит витамина D в сыворотке крови, среднее значение которого составило 15,8 нг/мл. Преимущественно это были пациенты с диагнозом артериальная гипертензия – 9 (33%), с нарушениями сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий – 3 (11%) машинистов, у машинистов с частой желудочковой экстрасистолией – 7 (25,9%), с нарушением проводимости – 6 (22,2%), ИБС – 2 (7,4%) машиниста. Недостаточность витамина D выявлена у 30 (50,8%) обследованных (витамины D = 24 нг/мл).

Обсуждение. У машинистов локомотивов имеет место широкое распространение факторов риска сердечно-сосудистой патологии: ожирение, курение. Также профессиональная деятельность машинистов локомотивов связана с психоэмоциональным стрессом, гиподинамией, сменной работой, приводящей к нарушению биоритмов. Следствием наличия факторов риска является распространенность среди машинистов сердечно-сосудистых заболеваний: артериальной гипертензии и нарушений ритма сердца. Проведенные исследования выявили среди машинистов локомотивов высокое распространение дефицита витамина D, требующее медикаментозной коррекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ КИНЕЗИОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Васильева В.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, г. Москва, Россия

Научный руководитель: Марченкова Л.А., к.м.н., заведующая отделом соматической реабилитации, репродуктивного здоровья и активного долголетия, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, г. Москва, Россия

Одним из главных факторов для успешного лечения ожирения является физическая нагрузка. Известно, что при увеличении возраста, у пациента с ожирением снижается мышечная сила (саркопение, саркопение), что может привести к ранней инвалидизации вследствие увеличения риска падений. Регулярные занятия лечебной физкультурой повышают функциональную способность сердечно-сосудистой системы, является профилактикой ожирения среди населения, а также лечением для лиц с саркопенией и ожирением. Поэтому является актуальным исследование с изучением мышечной функции у пациентов с ожирением на фоне использования кинезиотерапии.

Цель исследования. Оценка влияния комплексного 3-х недельного лечения с использованием 4-х методов кинезиотерапии на снижение массы тела и мышечную силу у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: В исследование были включены 80 человек в возрасте 21-69 лет с алиментарным ожирением (средний возраст $52,4 \pm 11$ лет, вес $111,3 \pm 24,5$ кг, ИМТ $40,3 \pm 8,1$ кг/м², окружность талии (ОТ) $113,4 \pm 16$ см, окружность бедер (ОБ) $124,2 \pm 16$ см). Комплексная кинезиотерапия проводилась ежедневно в течение 3-х недель и включала интерактивные сенсомоторные тренировки на платформе Стабилан, гидрокинезиотерапия в бассейне, специальный комплекс физических упражнений в зале и занятия на велотренажере. Вес, ОТ, ОБ, число падений за 3 месяца измерялись в начале лечения и после завершения лечения. Оценка результатов функциональных тестов мышечной силы и скорости ходьбы (тест 10-метровой ходьбы, тест «Встань и иди», 4 специальных теста на выносливость мышц спины и живота к статической и динамической нагрузке) также проводилась в начале лечения и через 3 недели.

Результаты. Наблюдалось значительное снижение массы тела (111,3±24,4 кг исходно против 107,9±23,1 кг за 3 недели; $p=0,000$), ИМТ (40,3±8,1 против 39,1±7,7 кг/м²; $p=0,000$), ОТ (113,4±15,9 против 109,2±15,1 см; $p=0,000$), ОБ (124,1±15,5 против 119,7±14,1 см; $p=0,000$) у пациентов с ожирением. Скорость ходьбы на 10 метров увеличилась с 0,84 ±0,15 м/с исходно до 0,88±0,17 м/с за 3 недели ($p=0,000$). Результаты теста «Встань и иди» улучшились с 8,4 ±2,1 соответственно 7,9±2,09 с ($p=0,000$). Мы выявили статически значимое повышение выносливости к статической нагрузке мышц живота с 13,1±9,7 до 16,49±12,8 с ($p=0,000$), а также в мышцах спины с 14,8±11,9 до 18,6±14,9 с ($p=0,000$). Выносливость к динамической нагрузке увеличилась в мышцах живота с 29,9±11,2 до 34,84 ±11,93 раз ($p=0,000$), а также в мышцах спины с 9,1±7,4 до 12,2±9,2 раза ($p=0,000$). Значительно уменьшилось число падений с 0,14 ±0,34 исходно до 0,0 (95% ДИ: 0,02;0,25) после окончания лечения.

Выводы. Комплексное лечение с помощью 4 методов кинезиотерапии способствует снижению массы тела, уменьшению ОТ, ОБ при ожирении. Специальная трехнедельная тренировка для пациентов с ожирением связана с увеличением скорости ходьбы, улучшением выносливости к статической и динамической нагрузке мышц спины и живота. Эти изменения улучшают функцию баланса и снижают риск падений у пациентов с ожирением, и является профилактикой саркопении у пациентов с ожирением.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ) О МЕРОПРИЯТИЯХ ПО СНИЖЕНИЮ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Колбасников С.В., Кононова А.Г., Белова Н.О., Нилова О.В., Авакова В.Э., Кузнецов А.Г.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет МЗ России. Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины)

Введение. Одной из глобальных медико-демографических проблем современной России остается высокий уровень смертности населения. При этом наибольший вклад в общую смертность вносят хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). В этих условиях осведомленность врачей первичного звена об основных причинах высокой смертности и мероприятиях по их снижению – очень важная организационная задача.

К основным эффективным мероприятиям по снижению предотвратимой смертности населения на участках врача общей практики (семейного врача) и терапевта относятся:

- выявление ХНИЗ и злокачественных новообразований на ранних стадиях и факторов риска их развития;
- увеличение группы диспансерного наблюдения;
- увеличение посещений с профилактической целью (краткое и углубленное профилактическое консультирование);
- эффективный контроль целевых показателей здоровья (артериальное давление, липидограмма, глюкоза крови, функция внешнего дыхания, индекс массы тела), снижение курения;
- оказание экстренной и неотложной помощи;
- профилактика и адекватное лечение респираторных инфекций.

Идея. Изучение грамотности врачей первичного звена в вопросах реализации приоритетного направления здравоохранения, целью которого является снижение смертности населения.

Цель исследования. Оценить информированность врачей общей практики (семейных врачей) об основных мероприятиях по снижению предотвратимой смертности на участке.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 63 врача общей практики (семейных врачей) из 18 районов Тверской области (57 человек) и г.Твери (6 человек). Большая часть респондентов была представлена опытными врачами, стаж работы которых превышал 20 лет (66,78%). При этом 35 врачей работали в поликлиниках, 28 - в офисах врача общей практики сельских врачебных участков. Сбор информации осуществлялся посредством анкетирования с использованием вопросов открытого типа.

Результаты. Оказалось, что основное значение в снижении смертности врачи общей практики (семейные врачи) придают диспансеризации взрослого населения и диспансерному наблюдению за пациентами, уже имеющими хроническое заболевание (98,4%). Большинство (55,6%) считают, что основная роль врача первичного звена – своевременная диагностика и лечение заболеваний, а также контроль целевых показателей здоровья жителей участка (31,7%). Пропаганда здорового образа жизни большое значение придают 46,03%, а каждый третий респондент (31,7%) отметил необходимость своевременного выявления и коррекции факторов риска ХНИЗ. При этом оказалось, что лишь 19,04% врачей считают необходимыми

своевременную вакцинацию и 14,3% - профилактические мероприятия (краткое профилактическое консультирование и школы здоровья) в борьбе с высокой смертностью населения.

Обсуждение. Врачи общей практики (семейные врачи) недостаточно четко представляют конкретные задачи для снижения предотвратимой смертности населения участка. В связи с этим, требуется дополнительная разъяснительная работа организаторов здравоохранения и работников высших образовательных медицинских учреждений по повышению уровня грамотности врачей для эффективной реализации организационных, лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение смертности среди населения.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТАТИНАМИ ИБС С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Маль Г.С., Арефина М.В.

Введение. В Российской Федерации порядка 48% смертей связаны с болезнями системы кровообращения, а 53% из них составляют умершие от ишемической болезни сердца (ИБС). Ведущим процессом в патогенезе ИБС является атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Препаратами выбора в терапии дислипидемии и ИБС являются статины – ингибиторы гидроксиметилглутарил-коэнзима-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы), снижающие образование холестерина в печени.

Цель. Изучить особенности фармакологической коррекции статинами ишемической болезни сердца с помощью фармакологических маркеров.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК) с наличием дислипидемии. Средний возраст больных на момент включения в исследование составлял 61,0±7,25 года, по половому составу преобладали мужчины (73%), женщины были в состоянии менопаузы. При поступлении в отделение всем пациентам назначалась комплексная терапия в соответствии со стандартом лечения стабильной стенокардии напряжения. Всем пациентам назначался розувастатин в стартовой дозе 5 мг с последовательным повышением дозы до 10-20-40 мг/сутки. Основные методы исследования включали в себя: определение липидного состава крови (ОХС, ХС ЛНП, холестерин липопротеидов высокой плотно-

сти (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ)); биохимическое исследование крови; ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов (определение атеросклеротических бляшек в общей сонной артерии (ОСА), толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА); молекулярно-генетические методы (экстракция ДНК из крови, детекция полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена (LPA (rs10455872), ABCG2 (rs1481012 и rs2199936).

Результаты и обсуждение. Полиморфный вариант rs10455872 гена LPA был ассоциирован со стартовыми уровнями ОХС, ХС ЛНП и ТГ. Более низкий уровень ОХС и ХС ЛНП был характерен для гетерозигот, а более высокий уровень триглицеридов – для гомозигот по минорному аллелю G. Полиморфный вариант rs2199936 гена ABCG2 был связан со стартовым уровнем ХС ЛВП в виде более высоких уровней у гомозигот по минорному аллелю А. Другой полиморфный вариант гена ABCG2 rs1481012 был также связан со стартовым уровнем ХС ЛВП, более высокий уровень был характерен для гомозигот по редкому аллелю G. Усиление гиполипидемического эффекта розувастатина было характерно для носителей генотипа A/A rs2199936 и генотипа G/G rs1481012 гена ABCG2 по итогам 1 месяца терапии. Связь полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена с динамикой изменения ХС ЛНП при лечении розувастатином была характерна для носителей редких аллелей rs10455872 гена LPA.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ЧАСТОТА ПРИЕМА НПВП ПО ДАННЫМ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тарловская Е.И., Михайлова Ю.В., Планкина Ю.М.

По данным литературы как систематический, так и периодический прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) сопряжен с риском развития нежелательных реакций со стороны различных органов и систем. Отмечено негативное влияние приема НПВП на риск развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН), частоту развития артериальной гипертензии и аритмий.

Цель. Изучить частоту приема НПВП у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХСН, госпитализированных в кардиологическое отделение

место сопутствующая патология. Распространенность коморбидной патологии преобладает у женщин, также у женщин чаще присутствует одновременно несколько коморбидных заболеваний, у женщин в анамнезе чаще перенесенное ОНМК. Полученные данные анализа позволяют сделать заключение, что коморбидные заболевания и женщин пол являются факторами риска развития гипертонических кризов у больных артериальной гипертензией.

ОЦЕНКА УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА И СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА МЕТОДОМ ФОТОПЛАТИЗМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Туктаров А.М., клин. ординатор

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Введение. На протяжении последнего десятилетия в связи с ростом интереса к проблемам сосудистого старения растет потребность в определении параметров, отражающих влияние этого процесса на сердечно-сосудистый риск. Это привело к разработке концепции «сосудистый возраст», которая, как предполагается, может лучше отражать суммарный сердечно-сосудистый риск и способствовать рекомендациям врача. Золотым стандартом оценки артериальной ригидности является скорость распространения пульсовой волны на каротидно-фemorальном отрезке артериального русла.

Цель исследования. Определить возможности применения фотоплатизмографии в оценке артериального возраста и сосудистой жесткости у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 950 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 51±5,32 лет, М=46%), разделенных на 2 основные группы. В первую группу вошли 494 больных с АГ; вторую группу составили 456 нормотензивных субъекта. Умеренный риск сердечно-сосудистых заболеваний имели 14,2% (n=70) и 76,3% (n=348), значительный - 60,9% (n=301) и 22,6% (n=103), высокий - 24,9% (n=123) и 1,1% (n=5), соответственно 1-я и 2-я группа. Сосудистый возраст (VA) и показатели артериальной ригидности (индекс жесткости (SI), индекс аугментации (AIp75), возрастной индекс (AGI) оценивались методом фотоплатизмографии. Для определения сосудистого возраста строилось корреляционное поле зависимости воз-

растного индекса от возраста испытуемого, и затем по величине возрастного индекса рассчитывался возраст сосудистой системы.

Результаты. Сосудистый возраст достоверно коррелировал с паспортным возрастом ($r=0,67$, $p<0,0001$). В группе больных с АГ показатели, характеризующие жесткость крупных сосудов, были значимо выше по сравнению с сопоставимым по возрасту и полу нормотензивным контролем. Средние значения индекса AIp75, SI в первой группе составляли 15,6±12,78 и 7,9±0,85 м/с, тогда как в группе контроля - 12,4±12,50 и 7,7±0,83 м/с соответственно ($p<0,001$). В обеих группах выявлялась обратная корреляционная связь паспортного возраста с С-типом ПВ ($r=0,5$, $p<0,01$), что отражало известную динамику постепенного возраст-зависимого снижения сосудистого комплаенса. В то же время, в группе больных ГБ частота выявления С-типа ПВ, типичного для молодых лиц, была значимо ниже ($p<0,05$). Средние значения «сосудистого возраста», VA, в первой группе составили 53,7 лет, во второй группе - 51,9 лет ($p=0,033$). Сосудистый возраст больных АГ был на 2,9 лет выше паспортных данных ($p<0,0001$).

Вывод. Больные АГ по сравнению с сопоставимым по возрасту и полу нормотензивным контролем характеризуются более высокими значениями показателей, характеризующих повышенную артериальную жесткость и сниженный артериальный комплаенс; артериальный возраст больных АГ значимо больше их хронологического возраста. Результаты исследования позволяют рассматривать перспективу использования фотоплатизмографии, как метода для оценки артериальной ригидности, а сосудистый возраст, отражающий патофизиологическую сущность атеросклероза, как маркер риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узаков Ж.К., Исхаков Ш.А. Раимкулова Н.Р., Азизов Ш.И., Иминова Д.А., Каримова Д.К., Исламова Д.Н.

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

Введение. Эндоваскулярные методы лечения занимают особое место в лечении пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС).

Идея. Предупреждение осложнений после стентирования коронарной артерии (СКА) зависит от дальнейшей медикаментозной терапии, которая включает длительный прием гиполипидемических и антиагрегантных препаратов.

Цель – оценка эффективности гиполипидемической терапии у больных КБС, подвергшихся эндоваскулярному вмешательству.

Материалы и методы. Наблюдали больных КБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН) III и IV функционального класса (ФК), которым проведено плановое СКА: I группа - пациенты со ССН III ФК и II группа – со ССН III ФК. Все больные принимали стандартную терапию (антиагреганты (клопидогрел и аспирин), бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента) и из гиполипидемических препаратов аторвастатин. Исходно и через 3 и 6 месяцев изучали общий холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), билирубин (Б), агрегационную активность тромбоцитов (ААТ). Проводили электрокардиографию (ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ), ультразвуковые исследования (УЗИ) (эхокардиографию (ЭХОКГ) и УЗИ печени.

Результаты. Изучение липидного спектра выявило нарушения, характерные для атерогенной дислипидемии с увеличением содержания ХСЛПНП, ТГ и уменьшением уровня ХСЛПВП. Такие же изменения, хотя и менее выраженные, наблюдались и у пациентов II группы. Отмечена высокая клиническая эффективность интракоронарного стентирования. Через 3 месяца после СКА 70% пациентов имели высокую толерантность к нагрузкам (по данным ВЭМ признаков скрытой коронарной недостаточности не выявлено), у 5 больных выявили ССН I ФК. После трехмесячной терапии у пациентов I группы отмечено значительное улучшение показателей липидного спектра: ОХС и ХСЛПНП снизились на 26 и 32%, ТГ на 28%, отмечено увеличение ХСЛПВП. Выявлена положительная динамика показателей физического и психического компонентов здоровья качества жизни. Исходно регистрировали повышение спонтанной и АДФ-индуцированной ААТ. К концу 3-го месяца исследования сохранялись повышенные показатели спонтанной и АДФ-индуцированной ААТ, снижение

адреналин-индуцированной ААТ, более выраженные у пациентов II группы. Отмечалась хорошая тенденция к снижению показателей спонтанной и АДФ-индуцированной ААТ у больных I группы. К концу наблюдения показатели ААТ у большинства пациентов нормализовались. У 2 пациентов отметили резистентность к антиагрегантам и у 3-х пациентов пришлось увеличить дозу аторвастатина. Побочных эффектов от гиполипидемической терапии не наблюдали, что коррелировало с показателями АЛТ, АСТ, Б и УЗИ печени.

Обсуждение. КБС может иметь длительные стабильные периоды, но в любой момент может стать нестабильным, из-за острого атеротромботического события, вызванного разрывом или эрозией атеросклеротической бляшки. Это заболевание хроническое, чаще всего прогрессирующее и серьезное, даже во время клинически бессимптомных периодов. СКА не только облегчает симптомы КБС, но значительно улучшает прогноз. После СКА необходимо выявление резистентных к антиагрегантам и статинам пациентов и необходим персонализированный подбор гиполипидемической и антиагрегантной терапии для предупреждения прогрессирования атеротромбоза и развития стеноза КА. При этом важное значение имеет образ жизни пациентов, соблюдение диеты и другие меры профилактики.

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А.Х., Алияхунова М.Ю., Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Газиева Х.Ш., Югай Л.А., Асадов Н.З.

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

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин смерти и ее эпидемиологические показатели продолжают расти. Болезнь проявляется наряду с легочными существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ.

Идея. При выборе тактики ведения больных ХОБЛ и сопутствующей патологии необходимо

помнить о суммарном риске.

Цель. Изучение эффективности комплексного лечения больных ХОБЛ с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

Материалы и методы. Наблюдали 20 больных ХОБЛ 2-3 степени тяжести в возрасте 51-56 лет с дорсалгией. Проведены клиничко-функциональные, рентгенологические, биохимические (АЛТ, АСТ, билирубин, С-реактивный белок (СРБ) исследования, пикфлоуметрия (ПФМ), при необходимости – магнитно-резонансная или компьютерная томография. На фоне базисного лечения ХОБЛ, больные получали растительный препарат Артифарм («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 4 раза в день. Оценивали интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм), объем движений, мышечно-тонические проявления, выраженность корешкового синдрома.

Результаты. Интенсивность боли по ВАШ пациенты оценили как умеренную (14) 60,7±9 мм и сильную (8) 82,1±5 мм. В динамике лечения у обследуемых уменьшилась одышка с 2,8±0,25 до 1,3±0,16 и кашель с 2,4±0,16 до 1,3±0,15 баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по показателям ПФМ: с 310,5±21,9 до 341,4±30,12 л/мин. Под влиянием комплексного лечения отмечено уменьшение болей в позвоночнике, клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ. Интенсивность боли по ВАШ через месяц у 16 больных (72,7%) уменьшилась до 25,6±3 мм и у 6 (27,3%) до 35,2±5 мм. Установлена положительная динамика показателей ФВД, клинико-биохимических показателей крови. Уменьшились или прошли явления воспаления в бронхолегочной системе по лабораторным показателям (анализа мокроты, крови). Содержание общего билирубина, активность ферментов АЛТ и АСТ в крови обследованных в динамике лечения были в пределах нормы в обеих группах. Переносимость лечения, в том числе Артифарма была хорошей, и случаев отмены не было. Применение комбинированного растительного препарата Артифарм в лечении больных спондилоартрозом в сочетании с приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома, укорачиванию срока пребывания больного в стационаре и восстановлению повседневной активности.

Обсуждение. При ХОБЛ необходимо учитывать различные внелегочные патологии, что затрудняет

своевременную диагностику и адекватное лечение. С современных позиций ХОБЛ рассматривается как хроническое заболевание, характеризующееся не только развитием местного воспалительного процесса в дыхательных путях, но и явлениями системного воспаления, связанными с возникновением дисбаланса про- и противовоспалительных цитокинов. Комплексное консервативное лечение с применением комбинированного препарата Артифарм является эффективным методом лечения спондилоартроза шейного и поясничного отделов позвоночника. Испытанный препарат в комплексе с базисной терапией оказал благоприятное влияние на состояние больных и клиническое течение ХОБЛ в сочетании с внелегочной патологией опорно-двигательного аппарата.

ФАКТОР РОСТА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Тополянская С.В., Вакулenco О.Н., Елисеева Т.А., Санина А.И., Дворецкий Л.И.

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Москва

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3 Департамента здравоохранения г.Москвы»; Москва

Введение. Немногочисленные исследования свидетельствуют о возможной роли фактора роста соединительной ткани в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, сахарного диабета и других патологических состояний. Также фактор роста соединительной ткани рассматривают в качестве вероятного маркера процессов старения.

Цель исследования. Определить концентрацию фактора роста соединительной ткани и оценить взаимосвязь этого показателя с рядом патологических состояний у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследовании принимают участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «ИБС». К настоящему моменту в исследование включено 50 человек; большинство из них (72%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 96 лет, составляя в среднем 87,8 (+5,1) года. Контрольную группу составили 12 здоровых лиц молодого возраста (в среднем 22,9±1,5 года). Концентрацию

фактора роста соединительной ткани в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. В группе больных средняя концентрация фактора роста соединительной ткани составила 357,2 пг/мл, в группе здоровых лиц – 1076,7 пг/мл (p=0,07). Медиана данного показателя у пациентов с ИБС равнялась 168,3 пг/мл, лишь у 7,9% в этой группе уровень фактора роста соединительной ткани превышал 1000 пг/мл. В группе здоровых лиц содержание фактора роста соединительной ткани превышало 1000 пг/мл в 25% случаев (p=0,1 – по сравнению с больными ИБС). В группе больных с клинически значимой хронической сердечной недостаточностью средние значения фактора роста соединительной ткани достигали 794,9 пг/мл, тогда как у пациентов без данного осложнения – 221,4 пг/мл (p=0,1). У пациентов с фибрилляцией предсердий средняя концентрация фактора роста соединительной ткани составила 468,8 пг/мл, а у больных без данной аритмии – 284,5 пг/мл (p=0,1). Каких-либо различий в содержании фактора роста соединительной ткани в подгруппах больных, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения обнаружено не было (p=0,5 и p=0,9, соответственно). У пациентов с наличием эмфиземы легких средний уровень фактора роста соединительной ткани составил 238,8 пг/мл, без данной патологии – 28,2 пг/мл (p=0,01). В подгруппе больных с пневмосклерозом средняя концентрация фактора роста соединительной ткани достигала 221,9 пг/мл, без него – 29,1 пг/мл (p=0,04). При проведении корреляционного анализа обнаружена достоверная позитивная корреляция между концентрацией фактора роста соединительной ткани и уровнем диастолического артериального давления (r=-0,36; p=0,02), а также содержанием глюкозы в сыворотке крови (r=-0,34; p=0,03). Каких-либо иных взаимосвязей между фактором роста соединительной ткани и изучаемыми лабораторными, клиническими, эхокардиографическими параметрами выявлено не было.

Заключение. В рамках данного пилотного исследования не выявлено каких-либо существенных взаимосвязей между фактором роста соединительной ткани и различными патологическими состояниями у больных старческого возраста с ИБС. Однако небольшая выборка больных и крайне вариабельные значения фактора роста соединительной ткани не позволяют в настоящий момент делать однозначные выводы о роли фактора роста соединительной ткани при различных

патологических состояниях. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли фактора роста соединительной ткани в процессах старения и развитии ряда патологических состояний у лиц старческого возраста.

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Тополянская С.В., Вакулenco О.Н., Елисеева Т.А., Санина А.И., Дворецкий Л.И.

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Москва

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3 Департамента здравоохранения г.Москвы»; Москва

Введение. В ряде исследований продемонстрирована возможная роль интерлейкина-6 (ИЛ-6) в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Повышение уровня ИЛ-6 также обнаружено при старческой астении и других возраст-ассоциированных заболеваниях.

Цель исследования. Определить концентрацию ИЛ-6 и оценить взаимосвязь этого цитокина с рядом патологических состояний у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследовании принимают участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «ИБС». К настоящему моменту в исследование включено 30 больных. Большинство пациентов (58,6%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 78 до 98 лет, составляя в среднем 88,3 (+5,4) года. Концентрацию ИЛ-6 в сыворотке крови определяли методом электрохемилюминесцентного анализа; нормальные значения ИЛ-6 составляли менее 7,0 пг/мл. Для оценки состояния больных использовали стандартные методы обследования пациентов с ИБС. Кроме того, проводили комплексную гериатрическую оценку, включающую опросник «Возраст не помеха», шкалу базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) и шкалу оценки инструментальной деятельности в повседневной жизни (IADL).

Результаты. Средняя по группе концентрация ИЛ-6 составила 10,3±13,6 пг/мл, варьируя от 3,07 до 75,15 пг/мл. Повышение уровня ИЛ-6 обнаружено у 44,8% больных. В подгруппе пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) средний уровень ИЛ-6 достигал 14,0 пг/

мл, в то время как у больных без ХСН – 7,1 пг/мл ($p=0,01$). Среди пациентов с ХСН повышенный уровень ИЛ-6 обнаружен в 77% случаев, тогда как у больных без ХСН – в 19% ($p=0,002$). При наличии клинически значимой ХСН относительный риск повышения ИЛ-6 возрастал в 14 раз (Отношение шансов (ОШ)=14,4; 95%ДИ=2,4-87,4). Не отмечено каких-либо существенных различий в содержании ИЛ-6 у больных, перенесших инфаркт миокарда ($p=0,3$) и острое нарушение мозгового кровообращения ($p=0,8$). В подгруппе больных сахарным диабетом средняя концентрация ИЛ-6 составила 14,2 пг/мл, без диабета – 7,8 пг/мл, однако эти различия не достигли степени статистической достоверности ($p=0,2$). При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная позитивная корреляция между уровнем ИЛ-6 и мочевого кислоты ($r=0,6$; $p=0,001$), между концентрацией ИЛ-6 и содержанием креатинина ($r=0,53$; $p=0,002$) и мочевины ($r=0,46$; $p=0,01$) в сыворотке крови. Значимой корреляции между концентрацией ИЛ-6 и фактора некроза опухоли-альфа ($r=0,23$, $p=0,22$) не зарегистрировано. Также не наблюдалось достоверной корреляции между ИЛ-6 и скоростью оседания эритроцитов ($r=0,22$, $p=0,23$). Выявлена достоверная корреляция между ИЛ-6 и минеральной плотностью костной ткани (Т-критерием), как в поясничном отделе позвоночника ($r=0,56$; $p=0,04$), так и в проксимальном отделе бедра ($r=0,43$; $p=0,03$). При анализе взаимосвязей между уровнем ИЛ-6 и показателями старческой астении каких-либо достоверных корреляций не зарегистрировано: для шкалы «Возраст не помеха» – $r=-0,14$; $p=0,4$; для индекса Бартел – $r=-0,2$; $p=0,2$; для шкалы IADL – $r=-0,09$; $p=0,6$.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о частом повышении содержания ИЛ-6 в сыворотке крови больных старческого возраста с ИБС. В рамках данного пилотного проекта отмечена существенная взаимосвязь между повышением уровня ИЛ-6 и клинически значимой ХСН. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли ИЛ-6 в субклиническом воспалении и развитии ряда патологических состояний у лиц старческого возраста.

«ДИСБИОЗ И ДИСЛИПИДЕМИЯ. СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?» РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

¹Сарьян Э.С., ¹Дударенко С.В., ¹Родионов Г.Г.,
¹Шантьер И.И., ²Фоминых Ю.А., ¹Светкина Е.В.

¹ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России.

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

Введение. По статистике, сердечно - сосудистые заболевания являются одной из лидирующих причин смертности населения. Согласно данным Росстат от июня 2019 года, смертность населения Российской Федерации в 2018 году по причине болезней системы кровообращения составила 856 127 человек, лидирующие позиции занимает ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, инфаркт миокарда. Как известно, неблагоприятный прогноз сердечно-сосудистых заболеваний связан с нарушениями липидного обмена. На стадии изучения находится предположение о том, что видовой состав микробиоты кишечника связан с нарушениями липидного обмена. В связи с этим, несомненно актуальность проблемы атерогенной дислипидемии и ее возникновения на фоне дисбиоза кишечника.

Цель работы. Изучить особенности пристеночной микробиоты кишечника у пациентов с дислипидемией.

Материалы и методы. Оценка состояния липидного обмена проводилась путем биохимического анализа сыворотки крови с определением уровней показателей липидного обмена. Оценку состояния пристеночной микробиоты кишечника проводили при помощи метода хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС) микробных маркеров. В исследование включены 94 пациента в возрасте 55-65 лет, имеющих различные соматические заболевания.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование пристеночной микробиоты кишечника методом хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров у группы обследуемых свидетельствует о наличии определенных взаимосвязей между количественным составом микробиоты кишечника и показателями липидного обмена:

У пациентов с дислипидемией в мукозном слое кишечника содержание микробных клеток видов *Lactobacillus* и *Rhodococcus* статистически

достоверно больше. Наиболее значимая статистическая связь этих видов микроорганизмов установлена по отношению концентрации общего холестерина сыворотки крови. У пациентов с повышенным уровнем ЛПОНП в сыворотке крови наблюдалось увеличение количества микробных маркеров *Lactobacillus*, *Clostridium histoliticus* и *ramosum*, *Rhodococcus* на фоне снижения количества *Propionibacter/Cl.subterminale*. Для пациентов с нарушенным обменом холестерина характерно повышенное содержание в кишечнике аэробных бактерий, что характерно для дисбиоза.

Выявленные в нашем исследовании изменения количественного и качественного состава микробиоты кишечника у пациентов с нарушением липидного обмена детализируют литературные данные в отношении *Lactobacillus* и дают возможность по-новому оценить степень влияния отдельных представителей анаэробов (*Clostridium histoliticus* и *ramosum*, *Propionibacter/Cl.subterminale*) и аэробных актиномицетов - *Rhodococcus* на данные процессы.

СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СВЯЗАНА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

В.М. Баев, Т.Ф. Ваганов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Коморбидность артериальной гипертензии (АГ) и хронических заболеваний вен (ХЗВ) недостаточно изучена несмотря на то, что артерии и вены являются составной частью системы кровообращения. Мы выдвинули гипотезу о вероятной зависимости тяжести АГ и выраженностью клиники ХЗВ.

Цель исследования. Изучение влияния степени артериальной гипертензии (АГ) на выраженность клинических проявлений хронических заболеваний вен (ХЗВ) нижних конечностей у мужчин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный анализ клинической выраженности ХЗВ (диагностированных по CEAP) при помощи шкалы VCSS двух групп больных мужского пола с АГ в возрасте 30-55 лет. 1 группа - 40 пациентов с 1 степенью АГ (САД 143(140-147) мм рт.ст., ДАД 92(90-95) мм рт.ст.) и 2 группа - 34 пациента с 2 и 3 степенью АГ (САД

164(156-179) мм рт.ст., ДАД 107(101-109) мм рт.ст.). Сравнение долей выполнено с помощью таблицы сопряженности с использованием критерия χ^2 .

Результаты. Среди наблюдаемых пациентов были зарегистрированы такие симптомы ХЗВ как боль, варикозно-расширенные вены, отек и гиперпигментация. Более тяжелые признаки не отмечены. У пациентов с 2 и 3 степенью АГ чаще диагностировали боль ($p=0,047$) и отек ($p=0,002$), чем у пациентов с 1 степенью АГ.

Обсуждение. Учитывая опубликованные ранее данные о наличии признаков коморбидности между АГ и ХЗВ, которые характеризуются усугублением нарушений венозного кровообращения, было бы логичным предположить, что степень АГ определяет как выраженность, так и тяжесть имеющихся клинических проявлений ХЗВ. Наша гипотеза была выдвинута на основании результатов исследований, подтверждающих нарушения венозного тонуса и венозного кровотока при АГ. Полученные нами результаты показали связь степени АГ и тяжести ХЗВ. Усугубление симптоматики ХЗВ при повышении уровня АД при АГ мы объясняем особенностями основного патогенетического механизма данной коморбидности - наличием артериальной гипертензии и повышенного венозного давления (флебогипертензией) с последующим развитием венозной недостаточности. Повышение венозного давления является одним из ведущих патогенетических механизмов формирования ХЗВ. Дополнительным патогенетическим фактором прогрессирования нарушений венозного кровотока по мере увеличения уровня АД при АГ может выступать ухудшающаяся сосудистая адаптация к гравитационной нагрузке, способная изменить регуляцию кровообращения в артериях и венах. Полученные нами результаты являются новыми данными о том, что не только факт наличия АГ, но и тяжесть АГ связана с выраженностью клиники ХЗВ. Выявленная зависимость увеличивает риск осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, сосудистых тромбозов, нарушений микроциркуляции органов и систем. Установление зависимости между тяжестью АГ и выраженностью клинических проявлений ХЗВ является дополнительным аргументом в пользу эффективного контроля АГ у мужчин с ХЗВ нижних конечностей. Таким образом, можно заключить, что тяжесть артериальной гипертензии ухудшает клинику ХЗВ.

Этические вопросы. Этическим комитетом ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России были утверждены: дизайн, протокол исследования и ин-

формированное согласие пациента на участие в исследовании (протокол №11 от 26.12.2018 г.). Все участники дали письменное информированное согласие на проведение обследования до начала исследования.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

С.В. Летягина, В.М. Баев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Введение. Коморбидная патология при артериальной гипертензии (АГ) увеличивает частоту сердечно-сосудистых осложнений и ухудшает прогноз жизни пациентов. Остается малоизученным влияние гипотензивной терапии на состояние венозного кровообращения нижних конечностей, особенно при коморбидности АГ и ХЗВ. Авторы не исключают, что проводимая пациентам с АГ и ХЗВ антигипертензивная терапия может увеличить риски сердечно-сосудистых осложнений.

ЦЕЛЬ. Изучение особенностей влияния комбинированного приема ингибитора АПФ и диуретика на венозную гемодинамику нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) и хроническими заболеваниями вен (ХЗВ).

Материалы и методы. Объект исследования – 37 мужчин с неконтролируемой АГ в возрасте 46(40-49) лет. Предмет исследования – венозное кровообращение нижних конечностей. Сформированы две группы - 20 пациентов с внешними признаками ХЗВ (критерии CEAP) и 17 пациентов без ХЗВ. Всем пациентам в условиях стационара проводилась антигипертензивная терапия комбинацией лекарств - ингибитора АПФ («Периндоприл», 8 мг) и диуретика («Индапамид», 1,5 мг). Выполнено ангиосканирование вен левой ноги в покое в день поступления в стационар и через 14 дней. Фиксировали диаметр и площадь просвета вен, скорость кровотока и периферическое венозное давление (ПВД). Статистика выполнена с помощью критерия Mann-Whitney и Wilcoxon.

Результаты. Исходно в группе с ХЗВ были больше ПВД (на 26%), диаметр и площадь просвета вен (53%) и скоростью венозного кровотока (на 14%),

чем в группе без ХЗВ. За время терапии в группе с АГ без ХЗВ снизился не только уровень САД, ДАД до целевых значений, но и на 13% уменьшилось ПВД, на 27% увеличился диаметр вен, на 15% замедлилась скорость кровотока. Лечение у пациентов с ХЗВ привело к нормализации САД, ДАД, снижению ПВД на 31% и замедлению скорости кровотока на 33%, но значимой динамики диаметра и площади сечения изучаемых вен не отмечено.

Обсуждение. Выявленные нами исходные различия в параметрах изучаемых групп до лечения обусловлены, прежде всего, наличием ХЗВ – увеличен просвет вен, уровень ПВД, изменены скоростные показатели кровотока. Указанные изменения обусловлены, как мы предполагаем, флебогипертензией – ведущим патогенетическим механизмом ХЗВ. Логично было бы предположить, что в процессе антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, наряду с достижением целевых уровней САД и ДАД, различия параметров венозного кровотока нивелируются. Исследование показало, что реакция венозного кровообращения на гипотензивную терапию в изучаемых группах оказалась различной. У пациентов без ХЗВ лечение привело к умеренному снижению ПВД, обусловленного, как дилатацией самой крупной вены – ОБВ, так и снижением в ней скорости кровотока. Размеры ОБВ в данной группе оказались достаточными, чтобы выявить эти различия, в отличие более мелких вен.

В группе пациентов с ХЗВ изменения в процессе лечения проявились в виде снижения скоростных параметров кровотока и величины ПВД. Снижение ПВД в группе с ХЗВ было в 2,3 раза более выраженным, чем при АГ без ХЗВ, и стала соответствовать нижней границе нормы, которая составляет на ногах, в положении лежа, 20-30 мм рт.ст.

Вены при ХЗВ оказались менее чувствительны к данной комбинации антигипертензивных лекарств, чем пациенты без ХЗВ. Это может быть связано как со структурными изменениями венозной стенки, так и выраженным дисбалансом автономной нервной системы у пациентов с АГ и ХЗВ. Важно отметить, что достигнутые целевые параметры САД и ДАД, и прежде всего ПВД, не различались между группами, что внушает определенный оптимизм в отношении управляемого контроля как АД, так и ПВД. Таким образом, мы можем заключить, что 14 дневная антигипертензивная терапия ингибитором АПФ и диуретиком у пациентов с АГ и ХЗВ, в отличие от пациентов с АГ без ХЗВ, не сопровождалась расширением вен, а привела только к снижению скорости кровотока в глубоких

АТТЕНТО®

амлодипин + ольмесартана медоксомил

Фиксированная комбинация:

Эффективное снижение АД^{1,2}

Кардио- и ангиопротективный эффект³



Сокращенная информация по применению лекарственного препарата Аттенито®. Показания к применению: эссенциальная гипертензия (при неэффективности монотерапии ольмесартана медоксомилом или амлодипином). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к ольмесартану медоксомилу, амлодипину и другим производным дигидропиридина или к другим компонентам препарата; печеночная недостаточность тяжелой степени тяжести (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); обструкция желчевыводящих путей и холестаза; тяжелая артериальная гипотензия (САД менее 90 мм рт.ст.); шок (включая кардиогенный); гемодинамически нестабильная средняя недостаточность после инфаркта миокарда; почечная недостаточность тяжелой степени тяжести (клиренс креатинина (КР) менее 20 мл/мин, опыт клинического применения отсутствует); состояние после трансплантации почки (опыт клинического применения отсутствует); состояния, сопровождающиеся выраженным нарушением оттока крови из левого желудочка (например, стеноз устья аорты тяжелой степени); беременность; период грудного вскармливания; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены); одновременное применение с алискиреном и алискиренсодержащими препаратами у пациента с сахарным диабетом или нарушением функции почек (скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела). **С осторожностью:** стеноз аортального и митрального клапана; гипертриглицеридемия; обструктивная кардиомиопатия; одновременное применение с препаратами лития, гиперактивизация, гипонатриемия (в том числе острое состояние диареи, рвоты или одновременного применения диуретиков), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением потребления поваренной соли; почечная недостаточность легкой и умеренной степени тяжести (КР 20-60 мл/мин); первичный альдостеронизм; вазоренальная гипертензия (двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки); прочие состояния, сопровождающиеся активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (III-IV функциональный класс по классификации NYHA); хронические формы ишемической болезни сердца; острые формы ишемической болезни сердца (острый инфаркт миокарда в т.ч. в течение одного месяца после него; нестабильная стенокардия); синдром слабости синусового узла; артериальная гипотензия; цереброваскулярные заболевания; печеночная недостаточность легкой и умеренной степени тяжести (менее 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); возраст старше 65 лет; применение у пациентов негроидной расы. **Способ применения и дозы:** ежедневно по 1 таблетке препарата Аттенито®, при отсутствии адекватного снижения АД на фоне монотерапии ольмесартана медоксомилом или амлодипином. **Побочное действие:** ниже приведены наиболее часто встречающиеся побочные эффекты. Комбинация амлодипина и ольмесартана медоксомила. **Со стороны нервной системы:** головокружение, головная боль; **Общие нарушения:** повышенная утомляемость, периферические отеки, отек мягких тканей. **Ольмесартана медоксомил (монотерапия).** **Со стороны обмена веществ и питания:** повышение концентрации триглицеридов в плазме крови, повышение концентрации мочевой кислоты в плазме крови. **Со стороны нервной системы:** головокружение, головная боль. **Со стороны дыхательной системы:** бронхит, кашель. **Со стороны органов пищеварения:** диарея, диспепсия, газстративит, боль в животе, тошнота. **Со стороны лени и желчевыводящих путей:** повышение активности печеночных ферментов. **Со стороны опорно-двигательного аппарата:** боль в спине, боль в костях, артрит. **Со стороны почек и мочевыводящих путей:** гематурия, инфекции мочевых путей. **Общие нарушения:** боль в грудной клетке, периферические отеки, гриппоподобные симптомы, повышенная утомляемость, боль неуточненной локализации. **Со стороны лабораторных показателей:** повышение концентрации мочевых в плазме крови, повышение активности креатинфосфокиназы. Амлодипин (монотерапия) **Со стороны нервной системы:** головокружение, головная боль, сонливость. **Со стороны сердечно-сосудистой системы:** артериальное давление в плече, ощущение сердцебиения. **Со стороны органов пищеварения:** боль в животе, тошнота. **Со стороны опорно-двигательного аппарата:** отек в области лодыжек. **Общие нарушения:** повышенная утомляемость, отеки. Отсутствуют по рецепту. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Аттенито® ЛП-003818 от 01.09.2016.

* Амлодипин продемонстрировал способность предотвращать или замедлять темпы прогрессирования поражения органов-мишеней.

Адрес компании: 000 «Берлин-Хеми/А.Менарини» 121317, г. Москва, Пресненская набережная, д. 10 БЦ «Башня на набережной», блок Б, Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01, <http://www.berlin-chemie.ru>
АД – артериальное давление

Я живу!



ЭЛИЗАРИЯ®

ЭКУЛИЗУМАБ

- Первый биоаналог экулизумаба*
- Быстро и стабильно снижает активность терминального комплекса комплемента*
- Предотвращает внутрисосудистый гемолиз у больных пароксизмальной ночной гемоглобинурией*
- Улучшает качество жизни пациентов*



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Элизария®. Регистрационный номер: ЛП-005395-110319. **Фармакодинамика.** Экулизумаб подавляет активность терминального комплекса комплемента человека, обладавая высокой аффинностью к его C5-компоненту, вследствие чего полностью блокируется расщепление компонента C5 на C5a и C5b и образование терминального комплекса комплемента C5b-9. Таким образом, экулизумаб восстанавливает регуляцию активности комплемента в крови и предотвращает внутрисосудистый гемолиз у пациентов с пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ), а также предотвращает избыточную активность терминального комплекса у пациентов с атипичным гемолитико-уремическим синдромом (АГУС), где причиной заболевания является генетически обусловленная дисрегуляция системы комплемента. С другой стороны, дефицит терминального комплекса комплемента сопровождается повышенной частотой развития инфекций инкапсулированными микроорганизмами, главным образом, менингококковой инфекции. При этом экулизумаб поддерживает содержание ранних продуктов активации комплемента, необходимых для опсонизации микроорганизмов и выведения иммунных комплексов. Лечение препаратом Элизария® сопровождается быстрым и стабильным снижением активности терминального комплекса комплемента. **Показания к применению.** Препарат Элизария® показан для лечения пациентов с: пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ). Эффективность экулизумаба подтверждена у пациентов с гемолизом и сопутствующими клиническими симптомами, свидетельствующими о высокой активности заболевания, вне зависимости от глубины в геморасщепляющих в анализе; атипичным гемолитико-уремическим синдромом (АГУС). **Противопоказания для применения.** Повышенная чувствительность к экулизумабу, белкам комочков или другим компонентам препарата. Период грудного вскармливания. Активная инфекция *Neisseria meningitidis*. Отсутствие вакцинации против *Neisseria meningitidis* (если нет соответствующей профилактической антибиотикотерапии в течение 2 недель после вакцинации). **Способ применения и дозы.** Внутривенно капельно в течение 25–45 минут для взрослых и в течение 1–4 часов для пациентов детского возраста. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия: курс лечения для взрослых пациентов (≥ 18 лет) включает 4-недельный начальный цикл с последующим циклом поддерживающей терапии. Начальный цикл: 900 мг препарата Элизария® 1 раз в неделю в течение 4 недель. Поддерживающая терапия: 900 мг препарата Элизария® на 5-й неделе, с последующим введением 900 мг препарата Элизария® каждые 14 ± 2 дней. Атипичный гемолитико-уремический синдром: курс лечения для взрослых пациентов (≥ 18 лет) включает 4-недельный начальный цикл с последующим циклом поддерживающей терапии. Начальный цикл: 900 мг препарата Элизария® 1 раз в неделю в течение 4 недель. Поддерживающая терапия: 1200 мг препарата Элизария® на 5-й неделе, с последующим введением 1200 мг препарата Элизария® каждые 14 ± 2 дней. **Применение в педиатрии.** Для пациентов с ПНГ и АГУС моложе 18 лет доза препарата Элизария® определяется в зависимости от веса ребенка. **Побочные действия.** Наиболее частые нежелательными явлениями при лечении экулизумабом являлась головная боль (отмечалась, главным образом, в начальном цикле терапии). Наиболее тяжелым нежелательным явлением являлся менингококковый сепсис. **Организация, принимающая претензии по качеству и сообщения о нежелательных реакциях от потребителей:** АО «ГЕНЕРИУМ», 601125, Владимирская обл. Петушинский район, пос. Вольгинский, ул. Заводская, стр. 273, т/ф +7 (49243) 72-5-20, 72-5-14, pv@generium.ru.

Для получения более подробной информации ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата Элизария® перед его назначением. Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Отчет о клиническом исследовании III фазы, № ECU-PNH-III, 2018. – 285 с.

АО «ГЕНЕРИУМ», 123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, подъезд 2
Тел./факс: +7 (495) 988-47-94, www.generium.ru

Generium
Pharmaceutical

и поверхностных венах, значительному снижению ПВД. По окончании лечения большинство параметров венозной гемодинамики, в том числе и ПВД, в изучаемых группах были идентичны.

Этические вопросы. Этическим комитетом ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России были утверждены: дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в исследовании (протокол №11 от 26.12.2018 г.). Все участники дали письменное информированное согласие на проведение обследования до начала исследования.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.Ф. Вагапов, В.М. Баев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Коморбидная патология при АГ увеличивает риск осложнений и летальность, что в свою очередь несет дополнительный рост социально-экономических потерь для общества и государства в целом по причине утраты трудоспособности и высокой инвалидизации пациентов, дорогостоящей диагностики и лечения. Особое значение имеет коморбидность АГ с хроническими сосудистыми заболеваниями, в том числе заболеваниями вен, так как сосуды рассматриваются в качестве одного из главных органов-мишеней для АГ. Однако, в настоящее время остается мало изученной проблема коморбидности АГ и заболеваний вен нижних конечностей, даже несмотря на то, что артериальная и венозная системы являются единым комплексом кровообращения, а среди взрослого населения Российской Федерации ХЗВ имеют высокую распространенность – 63% у женщин и 37% у мужчин.

Цель. Исследование клинических проявлений и характера нарушений венозного кровообращения нижних конечностей при артериальной гипертензии (АГ) у мужчин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Объект исследования – 74 мужчины с АГ в возрасте 30–50 лет и 41 мужчина без АГ. Изучали продолжительность АГ и регулярность приема гипотензивных препаратов. Анализировали частоту жалоб, ассоциированных

с хроническим заболеванием вен (ХЗВ), объективные признаки ХЗВ, их выраженность и тяжесть, структурные и функциональные параметры поверхностных, глубоких и перфорантных вен нижних конечностей по данным триплексного ультразвукового ангиосканирования. Исследовали частоту и выраженность факторов общего сердечно-сосудистого риска между пациентами с АГ и объективными признаками ХЗВ и пациентами с АГ без ХЗВ.

Результаты. У мужчин 30–50 лет с АГ отмечена высокая частота жалоб (68%), ассоциированных с ХЗВ: тяжесть и чувство распирания в ногах к концу дня, уменьшение болевого синдрома после отдыха, сочетание болей, судорог и отеков при длительном стоянии. Объективные признаки ХЗВ фиксируют у 83,8% мужчин с АГ, и чаще всего телеангиэктазии (38%) и отек (24%). У мужчин с АГ диагностируют более тяжелые проявления ХЗВ, чем для мужчин без АГ. Эпизодический болевой синдром и вечерние окололодыжечные отеки при АГ отмечается соответственно в 1,8 раза и в 4 раза чаще, чем у мужчин без АГ. Наличие ХЗВ при АГ не связано с факторами общего сердечно-сосудистого риска. АГ у мужчин характеризуется большим диаметром вен нижних конечностей, наличием патологических рефлюксов, неравномерностью и извитостью вен, наличием тромботических масс и постромботическим поражением. Наряду с увеличенной скоростью кровотока в глубоких и перфорантных венах голени, при АГ зафиксирована низкая скорость в магистральных глубоких венах бедра, что доказывает наличие венозной недостаточности даже в состоянии покоя. Ортостаз у мужчин с АГ увеличивает частоту рефлюксов поверхностных вен в 2–4 раза, что доказывает скрытую венозную недостаточность.

Обсуждение. Таким образом, полученные нами данные указывают, что АГ чаще сочетается с признаками ХЗВ и нарушениями венозного кровотока нижних конечностей. Результаты фактически указывают на высокую вероятность коморбидности АГ и ХЗВ. АГ сочетается с более выраженной клинической картиной ХЗВ. Данная коморбидность увеличивает риск негативного прогноза жизни и здоровья мужчин трудоспособного возраста, что требует разработки новых стратегий в оценке сердечно-сосудистых рисков и новых подходов в выборе методов лечения данной коморбидности.

Этические вопросы. Этическим комитетом ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России были утверждены: дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в

исследовании (протокол №6 от 28 июня 2017 г.). Все участники дали письменное согласие на проведение обследования до начала исследования.

БЕЗОПАСНОСТЬ РИВАРОКСАБАНА ПО СРАВНЕНИЮ С ВАРФАРИНОМ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ИМЕЮЩИХ ПОКАЗАНИЯ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить и сравнить безопасность применения ривароксабана по сравнению с варфарином при фибрилляции предсердий у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 3 стадии, имеющих показания к антикоагулянтной терапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 7 городской клинической больнице. Были обследованы пациенты, имеющие в анамнезе и на момент госпитализации транзитное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) от 30 до 50 мл/мин и ХБП 3 ст. У всех больных также имелись показания к антикоагулянтной терапии – в анамнезе «неклапанная» фибрилляция предсердий (ФП) различной формы. Пациенты принимали варфарин по индивидуальной схеме в зависимости от показателей международного нормализованного отношения (МНО) или ривароксабан 15 мг/сут в течении 12 месяцев. Риск тромбозомболических осложнений (для больных с ФП) оценивался по шкале CHA2DS2-VASc, риск развития кровотечений по шкале HAS-BLED, массивность кровотечений по шкалам GUSTO и BARC. Также проводился контроль уровня гемоглобина, креатинина (расчет СКФ по формуле CKD-EPI), коагулограммы. У больных, принимающих варфарин, рассчитывалось время нахождения МНО в целевом диапазоне.

Результаты. Максимальный срок наблюдения составил 12 месяцев (средний срок 9,5 месяцев); в регистр включено 65 пациентов, из них 38 (58,4%) женщин. Средний возраст составил 79,2 лет, максимальный 90 лет, минимальный 51 год. У 36 (55,3%) больных отмечено транзитное снижение СКФ до 30-50 мл/мин с последующим увеличением СКФ выше 50 мл/мин, у 29 (44,6%) - диагностирована ХБП 2 ст. 22 (33,8%) пациента принимали варфарин, 43 (66,1%) - ривароксабан в дозе 15 мг в сутки. Средний балл по шкале CHA2DS2VASc составил 5, по шкале HAS-BLED – 3. За время наблюдения зарегистрировано 4 (18%) смерти в группе у пациентов принимавших варфарин (тромбозомболические

осложнения). Количество малых кровотечений в группе ривароксабана – 10 (23%), в группе варфарина – 17 (77%) ($p>0,05$). В группе варфарина зарегистрировано 1 большое кровотечение со снижением уровня гемоглобина на 41 г/л ($p>0,05$). После достижения уровня гемоглобина 110 г/л терапия варфарином была возобновлена; уровень гемоглобина остается стабильным спустя 4 месяца. Во всех случаях малых кровотечений антикоагулянтная терапия не прерывалась. В группе пациентов, принимающих варфарин, время нахождения МНО в целевом диапазоне достигнуто в 43% случаев.

Обсуждение. Исходя из приведенных данных, в частоте малых и больших кровотечений в группах ривароксабана и варфарина были выявлены достоверные различия. Следует рекомендовать использование сравнимых по эффективности и превосходящих по безопасности ривароксабан, так как он превосходил варфарин.

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Первоначальная оценка липидного профиля служит, главным образом, для диагностики гиперхолестеринемии и/или гипертриглицеридемии и потенциально позволяет исключить модифицируемые (вторичные) причины прогрессирования хронической болезни почек.

Цель исследования. Оценить риск формирования ХБП в зависимости от нарушений липидного обмена.

Материалы и методы. В исследование включено 106 больных ХБП; из них 41 мужчина и 65 женщин в возрасте от 34 до 70 лет (средний возраст – $60,0\pm 7,0$ лет). В исследование не включали больных с длительностью ХБП менее 5 лет, с единственной почкой, гемодинамически значимыми стенозами сосудов почек, онкологическими заболеваниями. У всех больных определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ.

При биохимическом исследовании крови определялись следующие параметры: мочевина, креатинин, остаточный азот, билирубин, трансаминазы, мочевая кислота. Проводилось исследование липидного спектра крови: ХС, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, КА, ТГ. В зависимости от ИМТ выделяли 2 группы

больных: 1-я группа – без ожирения ($ИМТ<30$ кг/м²), 2-я группа – с ожирением ($ИМТ\geq 30$ кг/м²). Исследуемые группы с ожирением и без ожирения были сопоставимы по возрасту, полу, длительности ХБП. Группа контроля состояла из 12 добровольцев без ожирения ($ИМТ = 23,6\pm 3,8$ кг/м²) и не страдающих ХБП, из них 4 мужчины, 8 женщин в возрасте от 25 до 60 лет (средний возраст – $35,8\pm 13,8$ лет).

Результаты. Повышенный уровень общего холестерина был выявлен при ХБП С2 - у 80% больных, при ХБП С3 - у 93%, при ХБП С4 - у 96%. Частота гиперхолестеринемии была ниже при ХБП С2 по сравнению с ХБП С3-С4 ($p<0,05$). Концентрация триглицеридов была повышена при ХБП С2 - у 35%, при ХБП С3 - у 65%, при ХБП С4 - у 71% пациентов. Частота гипертриглицеридемии также была ниже при ХБП С2 по сравнению с ХБП С3-С4 ($p<0,05$). Содержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) было увеличено по сравнению с нормой при ХБП С2 - у 42%, при ХБП С3 - у 43% и при ХБП С4 - у 55% пациентов. Уровень холестерина липопротеинов высокой плотности был снижен при ХБП С2 в 25% случаев, при ХБП С3 в 40% случаев, при ХБП С4 в 41% случаев.

Оказалось, что у мужчин нарушения липидного спектра были выражены сильнее. Так, уровень ХС-ЛПВП у них был ниже (соответственно $1,11\pm 0,03$ и $1,35\pm 0,04$, $p=0,002$), а уровень ТГ выше (соответственно $2,66\pm 0,26$ и $1,79\pm 0,12$, $p=0,002$) по сравнению с женщинами. Кроме того, у курящих концентрация ХС-ЛПВП была ниже по сравнению с некурящими (соответственно $1,18\pm 0,04$ и $1,32\pm 0,04$) ($p<0,05$). Повышенный уровень общего холестерина выявляли при ХБП С2 - у 80%, при ХБП С3 - у 93%, при ХБП С4 - у 96% пациентов. Частота гиперхолестеринемии была ниже при ХБП С2 по сравнению с ХБП С3-С4 ($p<0,05$).

При проведении корреляционного анализа были получены следующие взаимосвязи. Уровень общего ХС был взаимосвязан с концентрацией альбумина крови ($r=0,47$ $p<0,05$), суточной протеинурией ($r=0,39$ $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, были выявлены достоверные взаимосвязи между показателями липидного обмена, суточной протеинурии и показателями, характеризующими функциональное состояние почек.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХСН

Г.А.Каримжанова, А.У. Шарипова

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее значимых медицинских, экономических и социальных проблем XXI века. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ХСН в США и странах Западной Европы составляет от 1,9% до 2,5% (Rosamond W. et al., 2007; Neumann T. et al., 2009), и данный показатель неуклонно растет.

Проблема кардиоренальных взаимоотношений у больных с ХСН занимает одно из ведущих мест в клинической медицине последних лет. Результаты исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти, а также повторных событий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Целью нашего исследования стало выявление клиничко-лабораторных и инструментальных различий между больными с ХСН и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) или с сохраняющимся синусовым ритмом (СР), а также изучение взаимосвязи ФП с функциональным состоянием почек.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных (44-мужчин, 36-женщины) с ХСН в возрасте от 40 до 75 (средний возраст- 62 ± 12 лет) с ХСН. Критериями исключения из исследования были первичная патология почек, почечных сосудов и мочевыводящих путей, эндокринная и онкологическая патология. ХСН диагностировали и оценивали, согласно Национальным Рекомендациям ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр).

Результаты. Среди обследованных больных постоянная (>1 года) форма ФП встречалась у 48,7% пациентов. У 51,3% больных был синусовый ритм. В табл. 2 представлена характеристика основных клинических проявлений у больных с ХСН по наличию/отсутствию ФП. СКФ была меньше у больных с ФП, чем без ФП ($57,6\pm 15,3$ против $68,2\pm 17,6$ мл/мин/1,73 м², соответственно, $p<0,001$) (рис.1.) При этом, у больных с ХСН ФК I СКФ составила $84,3\pm 7,44$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК II $76,2\pm 16,34$

мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК III 62,8±7,3 мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК IV 57,6±5,1 мл/мин/1,73 м².

Выводы. Особенностью клинической симптоматики у больных с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий в отличие от пациентов с синусовым ритмом оказалась более выраженный отечный синдром, а эхокардиографической картины - увеличенные размеры левого предсердия и правого желудочка.

У больных с ХСН, имеющих ХБП, чаще наблюдается митральная регургитация, последняя, как известно, за счет объемной перегрузки ведет к ремоделированию левого предсердий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Г.А.Каримджанова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Проблема кардиоренальных взаимоотношений у больных с ХСН занимает одно из ведущих мест в клинической медицине последних лет. Результаты исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти, а также повторных событий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Причины фибрилляции предсердий (ФП) разнообразны и освещены в ряде обзоров, касающихся, в том числе больных, получающих почечную заместительную терапию. Тем не менее, взаимовлияние ФП и эхогеометрических параметров сердца при хронической сердечной недостаточности (ХСН) изучено недостаточно.

Целью исследования явилось выявить клинические проявления и эхогеометрические параметры сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью, ассоциированной с хронической болезнью почек (ХБП) и фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, в том числе 35 женщин и 25 мужчин. Скорость клубочковой фильтрации у 38 больных была 45-59 мл/мин/1,73 м², у 19 больных она составила 30-44 мл/мин/1,73 м² и у 3 больных <30мл/мин/1,73 м². Основной причиной развития ХСН явилась ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ).

Контрольную группу составили 20 больных с ХСН без дисфункции почек. Геометрические и функциональные параметры сердца исследовали методом эхокардиографии по общепринятой методике.

Результаты. Нарушения ритма сердца были выявлены у 16 женщин и у 9 мужчин. У женщин чаще наблюдалась фибрилляция предсердий - у 11 женщин и у 5 мужчин (p<0,05). По данным ЭхоКГ у 45 больных обеих групп наблюдалась гипертрофия левого желудочка, концентрический тип гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) наблюдался у 23 больных (1/2 часть), эксцентрический - у 15 больных (1/4 часть), концентрическое ремоделирование наблюдалось у 22 больных, нормальная геометрия сердца - у 1 больного. Диастолическая дисфункция диагностирована у 60 больных. Среди параметров, определяющих диастолическую функцию сердца, повышенными оказались ВИР (время изометрического расслабления), Е (максимальная скорость раннего диастолического наполнения) и А (максимальная скорость наполнения в систолу предсердий), а также соотношение Е/А. У больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, были обнаружены существенные изменения эхоструктуры и функции клапанного аппарата сердца: кальциноз аортального клапана, более частое наличие митральной регургитации, уменьшение систолического расхождения створок аортального клапана. У больных с ХСН, сочетанной с ХБП было выявлено достоверное увеличение частоты фибрилляции предсердий и митральной регургитации, развития структурно-функциональных нарушений сердца по сравнению с больными с ХСН без нарушения функции почек.

Обсуждение. У обследованных больных не было выявлено различий в этиологии ХСН. Так же не было выявлено различий в характере и частоте жалоб больных с ХСН. Вместе с тем, у больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, выявлены существенные изменения эхоструктуры и функции клапанного аппарата сердца, такие как кальциноз аортального клапана и более частое наличие митральной регургитации.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У РАБОТАЮЩИХ ПРИ ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА

Л.Х. Шехаб

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия.

Руководитель: Л.Е.Смирнова, д.м.н., доцент, зав. кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России

Введение. В последние десятилетия отмечается увеличение числа сочетанных заболеваний у одного человека. Профессиональная деятельность с вредными условиями труда формирует многофакторные негативные влияния на состояние организма в целом и может способствовать не только нарастающей полиморбидности, но и снижению качества жизни (КЖ) работающих.

Идея. Всё более актуальным становится изучение факторов, способствующих развитию сочетанных и коморбидных состояний. Среди них особую роль может играть профессиональная деятельность человека, связанная с вредными условиями труда и приводящая к снижению КЖ. Это требует пристального внимания и разработки новых подходов к профилактике и лечению.

Цель. Изучить сочетанность заболеваний и КЖ у работающих при вредных условиях производства.

Материалы и методы. Обследовано 70 работников с вредными условиями труда на полиграфическом предприятии города Твери. Из них мужчин - 14, женщин - 56, средний возраст - 50,3±1,2 года. Основные производственные вредности, имеющиеся у обследованных добровольцев: работы, связанные с мышечным перенапряжением; производственный шум; запыленность растительного и животного происхождения; синтетические полимерные материалы; углеводороды и их смесь (масла, керосин) и прочие. Для оценки КЖ использовалась шкала КЖ кардиологического научного центра РАМН.

Результаты. У всех работающих во вредных условиях производства выявлялись одновременно несколько хронических заболеваний: артериальная гипертензия (АГ) - у 28 (40%), заболевания опорно-двигательного аппарата - у 27 (39%), хронический гастрит/гастроудоденит - у 16 (23%), язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки - у 7 (10%), заболевания билиарной системы - у 8 (11%), гинекологические заболевания - у 12 (21% женщин), бронхолегочные заболевания (хронический бронхит, бронхиальная астма) - у 9

(13%), заболевания щитовидной железы - у 6 (9%). Реже встречались: ишемическая болезнь сердца, мочекаменная болезнь, варикозная болезнь нижних конечностей, дерматит кистей рук и некоторые другие.

Согласно результатам тестирования по шкале КЖ, оказалось, что только у 45% обследованных КЖ было не снижено или снижено в незначительной степени, а у 55% снижено: в легкой степени (19%), в умеренной степени (19%), в выраженной или значительной степени (17%). Наибольшее снижение КЖ определялось по шкалам: 3 (необходимость лечиться), 4 (необходимость ограничивать себя в чем-либо), 8 (отношение к снижению заработной платы) и 13 (отношение к снижению активности в повседневной жизни).

Обсуждение. У большинства работающих при вредных условиях производства, обнаруживается полиморбидность. Наиболее часто встречаются АГ и заболеваний опорно-двигательного аппарата. КЖ является сниженным у 55% работающих, из них у 17% - в выраженной или значительной степени. Это требует оптимизации диагностических и лечебно-профилактических подходов к данной категории лиц.

23.06.2017 г. Этическим комитетом Тверского ГМУ было выдано разрешение на проведение соответствующих исследований.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЕЕ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Турсунбаев Р.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Клиническая характеристика течения ИБС, в процессе занятий физическими тренировками (ФТ) у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 больных, перенесших ОКС, в возрасте от 52 до 71 лет (средний возраст 60,0±0,5 лет). Все больные, проходившие реабилитацию, проживали на территории семейной поликлиники №40 г. Ташкента. Наблюдение за больными проводилось в течение первого года после перенесенного ОКС, а через 6 месяцев проводились физические тренировки (ФТ).

Результаты. У большинства больных к момен-

ту первого исследования, т. е. через 6 месяцев после ОКС, определялись признаки стенокардии напряжения. В основной группе через 6 месяцев исследования отмечалась положительная динамика, которая характеризовалась уменьшением количества пациентов с III ФК стенокардии с 17,2% до 13,7% к 6 месяцу ФТ, у пациентов с II ФК стенокардии с 42,5% до 35,2% к 6 месяцу ФТ и соответственно увеличение количества пациентов с I ФК с 27,6% до 34,8% к 6 месяцу ФТ. Кроме того, увеличилось число лиц с отсутствием признаков стенокардии с 12,7% до 16,3% к 6 месяцу ФТ. В контрольной группе, на фоне стандартной медикаментозной терапии, отмечалась тенденция к постепенному снижению доли больных без приступов стенокардии с 18,4% до 13,7% к концу 6 месяца и со стенокардией I ФК с 31,5% до 27,3% к концу 6 месяца. Частота приступов стенокардии в неделю у больных, занимающихся ФТ, достоверно уменьшилась с $6,5 \pm 0,3$ до $5,6 \pm 0,5$ через 6 месяцев исследования ($p < 0,01$). У больных контрольной группы этот показатель составил соответственно $5,4 \pm 0,9$; $5,6 \pm 0,7$ и $5,5 \pm 0,6$ ($p < 0,05$). Достоверный ($p < 0,001$) характер приобрели различия межгрупповые на 6 месяце обследования.

Выводы. Таким образом, за время наблюдения у пациентов основной группы, посещавших тренировки, отмечалось достоверное улучшение клинического состояния в отличие от пациентов контрольной группы.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ

Зейналов Магомед Асад оглы

Азербайджанский Государственный Медицинский институт им. Н. Нариманова II Лечебно-профилактический факультет, советник РАЕ, г. Евлах ЦГБ.

Аннотация

По данным статистики, одной из ведущих причин смертности населения в СНГ, является патология сердечно-сосудистой системы. Согласно результатам Фременгемского исследования (проводившегося с 1971 по 1986 г. включительно) было установлено, что частота возникновения коронарной патологии прямо коррелирует с уровнем холестерина в крови, что выражается в следующей пропорции: Риск развития ИБС = уровень холестерина липопротеидов низкой

плотности уровень холестерина липопротеидов высокой плотности. Поэтому основной задачей современной медицины является профилактика и лечение гиперлипидемий.

С этой целью используются как средства, корригирующие липидный обмен (статины, фибраты, препараты, уменьшающие всасывание желчных кислот и холестерина в кишечнике; <эссенциальные> фосфолипиды и др.), так и антиоксиданты. Использование последних обусловлено тем, что при гиперлипидемиях наблюдается активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), которое играет важную роль в формировании атеросклероза. Среди антиокислительных препаратов, применяемых в комплексной терапии атеросклероза, широко применяются витаминные комплексы и поливитамины. Общим для большинства из них является наличие в их составе витаминов С, А, Е и микроэлементов: Se и Fe. Витамин Е оказывает модифицирующее действие на мембранные фосфолипиды и ингибирует липопероксидацию полиненасыщенных жирных кислот. Ряд исследователей считают, что антиоксидантный эффект витамина Е обусловлен его протекторным действием в отношении селенопротеидов, и, в частности, системы глутатиона, которая защищает клеточные структуры от свободнорадикальной деструкции.

Избыточная активация реакций свободнорадикального окисления представляет типовой патологический процесс, встречающийся при самых различных заболеваниях и повреждающих воздействиях на организм. Свободные радикалы - молекулы с неспаренными электронами, находящимися на внешней оболочке атома или молекулы, обладающие очень высокой реакционной способностью и, как следствие, выраженным повреждающим действием на клеточные макромолекулы. В понятие свободного радикала не включаются ионы металлов переменной валентности, неспаренные электроны которых находятся на внутренних оболочках. Доказано участие свободных радикалов в патогенезе очень многих заболеваний (шок различного генеза; атеросклероз; нарушения мозгового, коронарного и периферического кровообращения; сахарный диабет и диабетическая ангиопатия; ревматоидные, воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательной системы; поражения глаз; легочные заболевания; онкологическая патология; термические поражения; различные интоксикации; реперфузионные поражения) и преждевременного старения. Кроме того, к повышенному образованию свободных радикалов в

организме приводят прием препаратов с прооксидантными свойствами, проведение ряда лечебных процедур (кислородотерапия, гипербарическая оксигенация, ультрафиолетовое облучение, лазерная коррекция зрения, лучевая терапия), а также различные экологически неблагоприятные факторы окружающей среды. Начальным этапом развития окислительного стресса является избыточное образование высокоактивных свободнорадикальных форм кислорода. Причинами этого могут быть как нарушение функций митохондрий, например при гипоксии, с прекращением образования молекул воды - конечного продукта кислородного метаболизма - и накоплением промежуточных свободнорадикальных форм кислорода, так и подавление эндогенных антиоксидантных систем, нейтрализующих свободные радикалы. Образовавшиеся свободнорадикальные формы кислорода воздействуют на фосфолипиды, точнее, на ненасыщенные жирные кислоты, входящие в их состав и высокобуждающиеся при распаде фосфолипидов, и подвергают их перекисному окислению. В ходе этого окисления образуются свободнорадикальные формы указанных кислот с повреждающими свойствами и токсичные продукты окисления. В результате происходит деструкция клеточных структур вплоть до гибели клеток.

Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) постоянно происходят в организме и имеют важное значение. Влияние ПОЛ проявляется в обновлении состава и поддержании функциональных свойств биомембран, участии в энергетических процессах, клеточном делении, синтезе биологически активных веществ. Через стадию перекисных производных ненасыщенных жирных кислот осуществляется биосинтез простагландинов и лейкотриенов, а тромбоксаны, оказывающие мощное влияние на адгезивно-агрегационные свойства форменных элементов крови и микроциркуляцию, сами являются гидроперекисями.

Образование гидроперекисей холестерина - одно из звеньев в синтезе некоторых стероидных гормонов, в частности, прогестерона.

Избыточная активация процессов цепного свободнорадикального окисления липидов может привести к накоплению в тканях таких продуктов, как липоперекиси, радикалы жирных кислот, кетоны, альдегиды, кетокислоты, что, в свою очередь, может привести к повреждению и увеличению проницаемости клеточных мембран, окислительной модификации структурных белков, ферментов, биологически активных веществ. В реакциях одно-

электронного восстановления кислорода (в дыхательной цепи митохондрий, аутоокисление избытка катехоламинов и др.) обычно участвует, наряду с молекулой, из которой радикал образуется, ион металла переменной валентности, который как раз и служит донором или акцептором одного электрона. В результате образуется супероксидный анионрадикал. Этот метаболит обнаруживается практически во всех клеточных структурах, что связано с широким распространением кислородпотребляющих ферментативных и неферментативных реакций. Способность супероксидного анионрадикала свободно мигрировать от места своего образования через мембраны по анионным каналам также обеспечивает широкую распространенность его в компартментах клетки. Антиокислительный эффект витамина Е усиливается в присутствии убихинона (коэнзима Q), который восстанавливает окисленную форму токоферола и снижает интенсивность ПОЛ.

Исследования последних лет подтверждают, что липопероксидация, сопровождающаяся модификацией протеинов ингибируется эндогенным убихиноном. Синергетическим антиокислительным действием обладает витамин С, который регенерирует а-токоферол с образованием полудегидроаскорбиновой кислоты. В то же время при избыточном поступлении витамин С может (особенно в сочетании с железом) проявлять прооксидантные свойства. Выраженный антиокислительный эффект оказывают каротиноиды.

Благодаря высокой липофильности β-каротина обеспечивается более высокая его концентрация в липопротеидах и мембранных структурах, что способствует более эффективному (по сравнению с а-токоферолом), улавливанию в липофильной части активных форм кислорода и продуктов ПОЛ.

Все эти вещества действуют синергитически на эндогенную антиокислительную систему и повышают ее эффективность в защите от повреждающего действия ПОЛ.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Победитель конкурса Молодых ученых в номинации: «Инновационный подход в области внутренних болезней»

Суворов А.Ю.¹, Гиляров М.Ю.², Мелик-Оганджян Г.Ю.¹, Дмитриева Е.В.¹, Круглов А.А.¹, Воскресенская Н.В.¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4 Департамента здравоохранения города Москвы»

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Научный руководитель: проф., д.м.н. Гиляров Михаил Юрьевич, кафедра профилактической и неотложной кардиологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель работы. Целью данного исследования стала разработка метода неинвазивной предстесовой оценки возможного риска тромбоза ушка левого предсердия (УЛП) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) с возможностью интеграции в электронные средства сбора данных стационара, а также с возможностью корректировки точности прогноза.

Материалы и методы. Исследование является локальным регистром пациентов с ФП для плановой кардиоверсии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №4 Департамента здравоохранения города Москвы» с 12.2018. Сбор данных проводится на основании медицинской документации, при общении с пациентом, при непосредственном обследовании (результаты анализов, рутинное эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ), чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭХОКГ)). Все исследования проведены на аппаратах Toshiba Aplio Artida, Esaote My Lab 70, Toshiba Aplio 500.

Создание моделей и анализ результатов проводилось с помощью языка программирования R, версия 3.6.0. Созданная модель может быть подключена в качестве вспомогательного модуля к любой системе сбора медицинских данных. Модель представляет собой дерево классификации на основании алгоритма C5.0. Алгоритм классификации C5.0 ищет наиболее значимый порог разделения для каждого фактора (например, высокая и низкая скорость изгнания из УЛП) для того, чтобы с определенной вероятностью отнести значение фактора к определенному классу (тромбоз УЛП или чистое УЛП). Особенностью данного алгоритма является возможность визуализировать дерево в виде схематичного алгоритма, понятного кардиологу, с воз-

можностью использования без компьютера.

Для обучения модели прогнозированию использовались рутинные клинико-анамнестические данные и результаты обследования 79 последовательно поступивших пациентов, «обучающая» группа. Проведен одномерный регрессионный анализ для выявления факторов, повышающих риск тромбоза УЛП. Среди этих факторов исследователями выделены избранные, использованные для обучения модели прогнозированию.

Для валидации моделей использованы данные следующих последовательно включенных 35 пациентов, эта группа получила название «тестовая», модель определяла риск тромбоза УЛП в этой группе. Результаты по ЧПЭХОКГ в «тестовой» группе были известны исследователям, поэтому проведено сопоставление истинных результатов и результатов, предсказанных моделью.

Для оценки качества прогноза использован ROC-анализ (площадь под кривой (AUC) и ее 95% доверительный интервал (ДИ)), чувствительность и специфичность, коэффициент корреляции Мэтью, среднеквадратическая ошибка модели (RMSE)).

Результаты. В исследование было включено 108 пациентов, из них 64 мужчин (55,2%), 52 женщин (44,8%), медиана возраста - 68 (60;79) лет. Артериальная гипертензия (АГ) диагностирована у 88 (75,9%) пациентов, сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) - у 22 (19,0%) пациентов. Ранее инфаркт миокарда (ИМ) перенесли 18 (15,5%) пациентов, нарушение мозгового кровообращения - 7 (6,0%) пациентов. Пароксизмальная форма ФП отмечалась у 30 (25,9%) пациентов, персистирующая - у 75 (64,7%), у 11 (9,4%) пациентов четко форму ФП определить было нельзя (пациенты не ощущали пароксизмов), однако имелся длительный анамнез ФП. У 33 (28,4%) пациентов отмечались признаки недостаточности кровообращения (НК). Медиана индексированного объема ЛП составила 47 (39; 56) мл/м². Медиана времени приема ОАК составила 2 (1;6) месяцев, при этом 29 (25,0%) пациентов не получали ранее ОАК, 41 (35,3%) пациент получал ривароксабан, 22 (19,0%) пациента - дабигатрана этексилат, 13 (11,2%) - апиксабан, 11 (9,5%) - варфарин. Тромбоз УЛП был выявлен у 39 (34,2%) пациентов.

В группу «обучения» включены первые последовательно вошедшие в исследование 81 пациент (69,8%), в «тестовую» группу - последующие 35 пациентов (30,2%).

Для группы «обучения» проведен одномерный регрессионный анализ для выявления факторов, значимо влияющих на развитие тромбоза УЛП. Среди значимых факторов для обучения модели были отобраны: наличие перенесенного ИМ, принимаемый антикоагулянт и длительность его приема, наличие НК, уровень креатинина при поступлении, диаметр легочных вен в диастолу и пиковая систолическая скорость в них, E/e' митрального

клапана, индексированный объем левого предсердия, пиковый градиент митральной регургитации, средняя ЧСС по холтеровскому монитору, фракция выброса левого желудочка, количество баллов по CHA₂DS₂-VASc.

Алгоритм C5.0 продемонстрировал высокие прогностические качества при определении риска тромбоза на «тестовой» группе: AUC и 95% ДИ 85,6% (62,3 – 99,9%), коэффициент корреляции Мэтью 0,8, чувствительность 92,6%, специфичность 87,5%, RMSE 0,363 + 0,07.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало, что алгоритмы искусственного интеллекта показывают хорошие результаты в отношении прогностической значимости. Важным моментом является возможность совершенствовать модели по мере включения новых пациентов в «обучающую» группу. Внедрение таких методов в современные стационары с электронными базами данных позволит соединить научные подходы стратификации рисков и рутинную практику.

К ВОПРОСУ О ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ В УСЛОВИЯХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Победитель конкурса Молодых ученых в номинации: «Эпидемиологическое исследование»

Миронова Д.Ю., Ястребов В.С., студенты 5 курса лечебного факультета «Курский Государственный Медицинский Университет», г. Курск, Россия
Руководитель: Маль Г.С. (д.м.н., профессор, заведующая кафедрой фармакологии Курского Государственного Медицинского Университета)

Введение. Атеросклероз, несомненно, является очень серьезной проблемой для всех жителей нашей планеты. Данная патология распространяется с геометрической прогрессией, особенно в современных и развитых странах. Активная форма атеросклероза сопровождается повышенным содержанием уровня холестерина в крови, в частности липопротеинов низкой плотности. Все больше и больше людей подвергают риску сердечно-сосудистых заболеваний, а главным спутником данной группы нозологий как раз и является повышенный уровень жирных кислот. Последние международные исследования все чаще обращают внимание на связь различных патологий с воспалительными реакциями, в том числе и с гиперлипидемией, которая как никогда актуальна на сегодняшний день. Немалую значимость также постепенно набирает и наследственность.

В последнее время все больше ученых отдают свои предпочтения в пользу воспалительной тео-

рии атерогенеза, которая предполагает сопровождение местным воспалением в сосудистой стенке всех стадий развития атеросклеротической бляшки. На сегодняшний день розувастатин является одним из немногих препаратов, доказавшим свою способность вызывать обратное развитие атеросклероза и стабилизировать атеросклеротическую бляшку по данным наилучших методов диагностики.

Цель работы. Данное исследование инициировано с целью изучения и оценивания активности гиполипидемического фармакологического препарата - розувастатин, который использовался нами в качестве монотерапии при проведении коррекции гиперлипидемии в условиях воспалительных реакций. Ключевым показателем проводимого исследования считалось достижение целевого уровня холестерина и липопротеинов низкой плотности.

Материалы и методы. В нашем исследовании принимали участие 70 больных с ишемической болезнью сердца с изолированной и сочетанной ГХС, 45 из которых также на момент обследования страдали острой вирусной инфекцией. ОРВИ в данном случае заслуживает особого внимания, т.к. данный процесс усиливал эффект от монотерапии выбранного нами статина, а также представлял собою воспалительную среду, которая учитывалась нами для наглядности. В исследовании приняли участие как лица женского, так и мужского пола.

Результаты исследования. После четырнадцатинедельного курса приема розувастатина в дозировке 10 мг/сут у больных ишемической болезнью сердца с острой респираторной вирусной инфекцией с изолированной гиперлипидемией наблюдалось значительное снижение уровня холестерина (-10,3%) у мужчин и (-9,3%) у лиц женского пола, в то время как с сочетанной гиперлипидемией на 8,1% и 7,8% соответственно. Снижение холестерина и липопротеинов низкой плотности составило (-33%) и (-38%) у женщин с изолированной и с сочетанной гиперлипидемией, а у мужчин (-27%) и (-39%) соответственно.

Стоит также упомянуть, что незначительная разница между процентным снижением исследуемых параметров у мужчин и женщин наиболее вероятно связана с более высоким базальным уровнем липидограммы у мужчин, а также некоторыми друзьями, не столь значимыми отличиями в физиологии обоих полов.

Снижение вышеуказанных показателей является статистически значимым (p<0,05), и наиболее выражено у лиц, которым удалось достигнуть целевого уровня холестерина и липопротеинов низкой плотности. В свою очередь больным, которым не удалось достичь желаемого результата, было принято решение увеличить дозу принимаемого препарата розувастатина до фармакологической дозы, а именно до 20 мг/сут, что впоследствии стало приводить к наиболее выраженному эффекту

со стороны применяемой схемы лечения и более благоприятному течению болезни, что и доказало правильность предпринятых нами действий.

У больных ишемической болезнью сердца стабильной стенокардией напряжения 1-2 функциональных классов, которые к четырнадцатой неделе монотерапии розувастатином смогли достичь целевого уровня холестерина и липопротеинов низкой плотности, динамика липидного профиля характеризовалась низким показателем варьирования как для холестерина, так и для липопротеинов низкой плотности ($p > 0,05$). Данная закономерность объясняется стабильным уровнем исследуемых показателей в данной группе больных, не имеющих тенденции к повышению при выбранном дозовом режиме, и, как следствие, не требующим другой схемы фармакологической коррекции.

Заключение. Таким образом, на основании выше сказанного, наше исследование наглядно продемонстрировало влияние такого гиполлипидемического препарата как розувастатин на коррекцию гиперлипидемии в условиях развития воспалительных реакций. В обеих сравниваемых нами группах наблюдалось значительное, а самое главное, статистически значимое снижение уровня содержания в крови таких показателей как холестерин и липопротеины низкой плотности. Несомненно, стоит также отметить, что у больных с полиморбидной патологией для достижения целевых значений холестерина и липопротеинов низкой плотности потребовалось соответствующее увеличение дозы исследуемого препарата (розувастатина) до 20 мг/сут, что лишней раз продемонстрировало не только значительный эффект в терапии вышеупомянутых патологий как в их сочетании, так и по отдельности, но и немалые перспективы использования розувастатина в дальнейших научных медицинских исследованиях.

(ФП) с возможностью интеграции в электронные средства сбора данных стационара, а также с возможностью коррект

ВЫБОР ТРЕНИРОВОК ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОХРАННОСТИ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ДИАФРАГМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II-IV ФК

Победитель конкурса Молодых ученых в номинации: «Эпидемиологическое исследование»

Авторы: Ильина К.В.^{1,2}, Колесникова Е.А.¹, Рылова А. К.¹, Щербачева Н.В.¹

¹ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России

² ГБУЗ «Городская клиническая больница №4» Москва.

Тренировки дыхательной мускулатуры (ТДМ) являются частью физической реабилитации пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью (СН). Изучение морфологических особенностей диафрагмы у пациентов с СН позволило предложить новый подход к назначению ТДМ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Цель: изучить эффективность ТДМ, рекомендуемых с учетом морфофункционального состояния диафрагмы.

Методы исследования.

1 этап: 46 аутоптата диафрагмы (21 мужчин, 25 женщин) с различными летальными исходами (ЛИ) были взяты не позднее 1 часа после ЛИ. Пациенты были отобраны из внутрибольничного регистра пациентов с ХСН II-IV ФК по NYHA. Процентный состав мышечной, соединительной, жировой ткани сравнивали с результатами максимального инспираторного давления (MIP), полученными не более чем за 90 дней до ЛИ. Пациенты с 79-73% мышечной ткани имели 43 ± 9 мм H₂O MIP, 58-55% - 2 ± 4 мм H₂O MIP.

2 этап: 97 пациента (45 мужчин и 52 женщины) 65,2 \pm 7,2 лет, с III и IV ФК по NYHA были разделены на 3 группы: Группа 1 (Г1): MIP \leq 20 мм H₂O. Группа 2 (Г2): 20 < MIP \leq 40 мм H₂O, Группа 3 (Г3): MIP > 40 мм H₂O. Пациенты в каждой группе были рандомизированы для занятий одним из 3 вариантов ТДМ: статические нагрузки (СН), динамические нагрузки (ДН), их сочетание (СДН) или дыхание без создаваемого сопротивления (КГ). VO₂ реак, MIP, качество жизни (КЖ) и приверженность тренировкам оценивали исходно и через 3, 6, 12 месяцев.

Результаты: через 12 мес. в Г3 было большее увеличение физической выносливости в сравнении с исходным (VO₂ реак, 64% против 42% во Г2, статистически значимого изменения VO₂ реак, в Г1 не было). В период 6-12 мес. госпитализаций из-за прогрессирования СН и пневмоний было меньше в Г3 (12,1 против 18,4 против 23,1). Летальных исходов также меньше в Г3 (8,6 против 15,2 против 20,2). В Г3 выполнение СН, ДН и СДН способствовало улучшению выносливости и снижению госпитализаций, со статистически лучшим результатом у пациентов с СДН. В Г2 статистически значимые лучшие результаты показали пациенты с ДН и СДН без достоверной разницы между ними. В Г1 не было статистически значимых отличий. Пациенты ГК показали лучшие результаты по приверженности КЖ.

Заключение: морфологическое строение диафрагмы напрямую коррелирует с функциональными нарушениями дыхания определяет наиболее эффективный способ ТДМ. При сохранении более чем 70% мышечной ткани наиболее эффективно сочетание статических и динамических нагрузок упражнений, для 60-70% мышечной ткани – динамические нагрузки, при содержании мышечной ткани менее чем на 60%, рекомендовано глубокое дыхание без сопротивления.

мобильное приложение ViDAL® Эндокринология

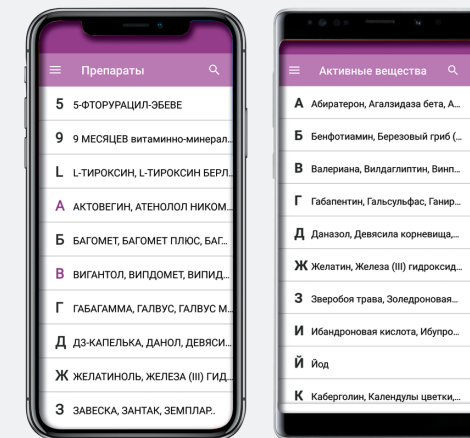


ViDAL Эндокринология - справочник для врачей-эндокринологов и врачей общей практики.

Приложение значительно экономит время, предлагая поиск препаратов по активным веществам, фармакологическим группам и производителям.

ViDAL Эндокринология содержит полные инструкции лекарственных препаратов, используемых в эндокринологии, и дает возможность проверки лекарственного взаимодействия.

Чтобы скачать приложение, введите **ViDAL Эндокринология** в поиске App Store или Google Play Маркет или отсканируйте QR-код:





IX МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

IX INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE EURASIAN ASSOCIATION OF THERAPISTS



ОНЛАЙН РЕГИСТРАЦИЯ
ONLINE REGISTRATION



НАУЧНАЯ ПРОГРАММА
PROGRAM



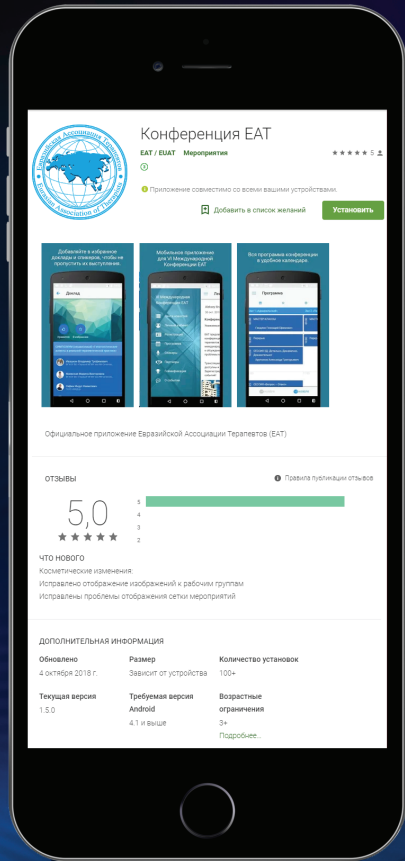
СПИКЕРЫ
SPEAKERS



НОВОСТИ
NEWS



ПАРТНЕРЫ
PARTNERS



КОНФЕРЕНЦИЯ EAT В ВАШЕМ СМАРТФОНЕ



КОНФЕРЕНЦИЯ EAT

#EUAT
@EUAT_OFFICIAL
WWW.EUAT.RU

