Региональная общественная организация поддержки развития медицинских технологий и стандартов качества медицинской помощи
При поддержке и участии: Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации,
Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, Комиссии РСПП по индустрии здоровья,
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации,
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России,
ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
Национального исследовательского центра «Здоровое питание», Научного общества специалистов по проблемам женского здоровья,
Московского областного центра медицинской профилактики, Национального сомнологического общества,
Научно-практического кардиологического общества Московской области

# IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

- ПРОГРАММА КОНГРЕССА
- МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА
- КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ

24-25 НОЯБРЯ 2016
МОСКВА

**Главный редактор:**
**Е.С. Иванова**

**Организатор:** Региональная общественная организация поддержки развития медицинских технологий и стандартов качества медицинской помощи.

**При поддержке:** Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, Комиссии РСПП по индустрии здоровья, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова» Минздрава России, ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Национального исследовательского центра «Здоровое питание», Научного общества специалистов по проблемам женского здоровья, Московского областного центра медицинской профилактики, Национального сомнологического общества, Научно-практического кардиологического общества Московской области.

**Технический организатор конгресса и выставки:**
ООО «Экспо пресс»
129515, г. Москва, ул. Ак. Королева, д. 13
Тел./факс: +7 (495) 617-36-43/44, (495) 617-36-79
E-mail: expokomitet@gmail.com
www.expodata.ru

В сборник включены тезисы докладов, представленные на IV Международном конгрессе «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход», посвященном актуальным вопросам профилактики и лечения ожирения, метаболического синдрома, сахарного диабета, а также сосудистых, онкологических заболеваний, болезней почек, проблемам женского здоровья, нарушениям сна, современным подходам к рациональному питанию, программам по здоровому образу жизни и сохранению активного долголетия.

В тексте настоящего издания сохранены содержание и стиль, использованные авторами представленных материалов. Издатель не несет ответственности за достоверность приведенной информации.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ
## IV Международного конгресса
## «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход»

**Председатель оганизационного комитета:**

**Черепов В.М.** – Исполнительный вице-президент Российского Союза промышленников и предпринимателей, председатель Комиссии по индустрии здоровья РСПП, Президент Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, академик РАМТН, член Общественной Палаты РФ, д.м.н., профессор

**Сопредседатель:**

**Котенко К.В**. – Заместитель Управляющего делами Президента Российской Федерации – начальник Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

**Члены организационного комитета:**

**Бойцов С.А.** – Директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

**Глезер М.Г.** – Профессор кафедра профилактической и неотложной кардиологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, главный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н., профессор

**Древаль А.В.** – Руководитель отделения терапевтической эндокринологии, заведующий кафедрой эндокринологии ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Главный эндокринолог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н., профессор

**Иванова Е.С.** – Главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, главный специалист по медицинской профилактике Центрального Федерального округа Российской Федерации и Министерства здравоохранения Московской области, профессор кафедры медицинской реабилитации и физиотерапии ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», к.м.н.

**Корчажкина Н.Б.** – Заместитель начальника Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, д.м.н., профессор

**Мисникова И.В.** – Ведущий научный сотрудник отделения терапевтической эндокринологии, профессор кафедры эндокринологии ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», д.м.н., профессор

**Тутельян В.А.** – Научный руководитель ФГБНУ «Федеральный Исследовательский центр питания и биотехнологии», главный специалист-диетолог Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор

**Шилов Е.М.** - Директор НОКЦ нефрологии, заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный специалист нефролог Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

## ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ
## IV Международного конгресса
## «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход»

**Бойцов С.А.** – Директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

**Бузунов Р.В.** – Заведующий отделением медицины сна Клинического санатория «Барвиха», профессор кафедры восстановительной медицины, лечебной физкультуры, курортологии и физиотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, д.м.н., профессор

**Бяхов М.Ю.** – Заместитель директора по онкологии ГБУЗ «Московский Клинический Научный Центр» Департамента здравоохранения города Москвы, главный специалист онколог-химиотерапевт Министерства здравоохранения Московской области, Заместитель главного онколога Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

**Глезер М.Г.** – Профессор кафедра профилактической и неотложной кардиологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, главный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н., профессор

**Древаль А.В.** – Руководитель отделения терапевтической эндокринологии, заведующий кафедрой эндокринологии ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Главный специалист эндокринолог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н., профессор

**Иванова Е.С.** – Главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, главный специалист по медицинской профилактике Центрального Федерального округа Российской Федерации и Министерства здравоохранения Московской области, профессор кафедры медицинской реабилитации и физиотерапии ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», к.м.н.

**Калинкин А.Л.** – Руководитель центра медицины сна МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Эксперт Европейского общества исследователей сна (ESRS), Председатель секции «Медицина сна» Общероссийской общественной организации «Российское научное медицинское общество терапевтов», д.м.н., профессор

**Ковров Г.В.** – Президент национального сомнологического общества, главный научный сотрудник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова НИО неврологии НИЦ, д.м.н., профессор

**Кононов Н.В.** – Вице-президент Общероссийской общественной организции «Лига Здоровья Нации»

# ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ

**Корчажкина Н.Б.** – Заместитель начальника Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, д.м.н., профессор

**Котенко К.В.** – Заместитель Управляющего делами Президента Российской Федерации - начальник Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

**Мисникова И.В.** – Ведущий научный сотрудник отделения терапевтической эндокринологии, профессор кафедры эндокринологии ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», д.м.н., профессор

**Стародубова А.В.** – Заведующий отделом лечебного и профилактического питания ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», главный специалист диетолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н.

**Тутельян В.А.** – Научный руководитель ФГБНУ «Федеральный Исследовательский центр питания и биотехнологии», главный специалист-диетолог Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор

**Черепов В.М.** – Исполнительный вице-президент Российского Союза промышленников и предпринимателей, председатель Комиссии по индустрии здоровья РСПП, Президент Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, академик РАМТН, член Общественной Палаты РФ, д.м.н., профессор

**Шарафетдинов Х.Х.** – Заведующий отделением болезней обмена веществ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», главный специалист-диетолог Центрального Федерального округа Российской Федерации, д.м.н., профессор

**Шестакова Т.Е.** – Исполнительный директор Ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки», координатор проекта Европейского Регионального Бюро ВОЗ «Здоровые города» в г. Череповце, к.п.н.

**Шилов Е.М.** - Директор НОКЦ нефрологии, заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный специалист нефролог Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

# УЧАСТНИКАМ, ГОСТЯМ И ОРГАНИЗАТОРАМ IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»

Приветствую участников, гостей и организаторов IV Международного конгресса «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход»!

Проблемы метаболических нарушений привлекают внимание не только медиков, но и работодателей, так как социальная составляющая этой патологии определяется высоким уровнем заболеваемости, инвалидности и даже смертности людей трудоспособного возраста. Лечение и профилактика заболеваний метаболического профиля - это не только решение такой социально важной задачи, как возвращение человека на рабочее место, но, в первую очередь, - повышение качества и продолжительности активной жизни граждан нашей страны.

Сегодня на государственном уровне идёт формирование новой стратегии социальной политики, направленной на внедрение здоровьесберегающих технологий и различных мер профилактики заболеваний. Эту политику государства поддерживают РСПП и профессиональное сообщество врачей, которое на предстоящем Конгрессе будет обсуждать широкий круг вопросов, касающихся программ профилактики метаболических нарушений, коррекции недостаточности витаминов и микроэлементов, новых технологий профилактики и лечения ожирения, сахарного диабета и сосудистых заболеваний, технологий ближайшего будущего в обеспечении активного долголетия и здорового образа жизни. На площадке конгресса пройдет заседание Национального сомнологического общества, а также традиционно пройдет Саммит общественных организаций «МЫ ЗА ЗДОРОВЬЕ!».

Организованная в рамках Конгресса выставочная экспозиция даст возможность наглядно продемонстрировать практикующим врачам и организаторам здравоохранения новое оборудование и прогрессивные медицинские технологии, лекарственные и вспомогательные средства.

Убежден, что проводимый Конгресс с насыщенной научной программой позволит глубже изучить актуальные вопросы отрасли и внести значимый вклад в их решение, обменяться передовым опытом, послужит созданию и укреплению научных связей и междисциплинарного сотрудничества.

Желаю всем участникам, гостям и организаторам Конгресса продуктивной работы, интересных деловых встреч и дискуссий!

Президент Российского союза
промышленников и предпринимателей А.Шохин

## УЧАСТНИКАМ И ГОСТЯМ IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»

**Уважаемые коллеги!**

От лица Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации и от себя лично поздравляю участников и гостей с началом работы Четвертого Международного конгресса «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход»!

Охрана здоровья и профилактика заболеваний – это важнейшие направления социальной политики нашего государства. Сегодня метаболический синдром называют новой неинфекционной пандемией XXI века, охватившей индустриально развитые государства, в том числе Россию. В связи с этим, профилактика метаболических нарушений и сосудистых заболеваний в стране в целом, и у лиц, обслуживание которых возложено на Управление делами Президента Российской Федерации в частности, является приоритетным направлением и имеет особое значение в связи с его влиянием на сокращение продолжительности жизни и инвалидизации в трудоспособном возрасте.

Особую актуальность в решении этой острейшей медико-социальной проблемы приобретает разработка здоровьесберегающих технологий, основанных на коррекции функционального состояния и повышении резервных и адаптивных возможностей организма! Этим и другим актуальным вопросам будет посвящена научная программа Конгресса, который создает практическую платформу для представления медицинскому сообществу наиболее значимых достижений в области профилактической медицины, эндокринологии, гинекологии, онкологии, кардиологии, урологии, терапии, медицинской реабилитации и здорового питания.

Мы полагаем, что главным результатом работы может быть практическое внедрение инновационных технологий, в том числе отечественных в деятельность лечебно-профилактических организаций.

Желаю всем участникам конгресса успешной и плодотворной работы на благо дальнейшего развития отечественного здравоохранения!

С уважением,
Заместитель Управляющего делами Президента Российской Федерации –
Начальник Главного медицинского управления
Управления делами Президента
Российской Федерации,
член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор К.В.Котенко

# УЧАСТНИКАМ И ГОСТЯМ IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

От имени сотрудников Государственного Научно-Исследовательского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации позвольте поздравить вас с открытием Четвертого Международного конгресса «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»!

Проблемы профилактики неинфекционных заболеваний в наше время приобрели особую актуальность, решением которых должны быть программы, основанные на межведомственной основе. Сегодня сама идеология здравоохранения претерпевает радикальные изменения. Принятые за последнее время федеральные законы не только вывели в число приоритетов профилактику заболеваний, но и конкретизировали пути ее реализации. На повестку дня выходит вопрос личного участия человека в охране собственного здоровья, как обязательного условия быть успешным в жизни, как величайшей общественной ценности.

Конгресс предназначен для широкой аудитории с различными интересами, для практиков, экспертов и исследователей медицинских, поведенческих и социальных наук, а также для поставщиков услуг и медицинских технологий. Разнообразная программа позволяет всесторонне рассмотреть вопросы первичной и вторичной профилактики метаболических нарушений и включает важные аспекты по формированию здорового образа жизни, современные подходы к профилактике ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, патологии почек. В этом году на конгрессе большое внимание уделено вопросам женского здоровья, новым направлениям по сохранению активного долголетия, построенным на междисциплинарном взаимодействии.

Желаю участникам Конгресса успешной творческой работы, приятного общения и плодотворного обмена мнениями с коллегами!

Директор,
Главный специалист по медицинской профилактике
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, член-корреспондент РАН,
профессор С.А. Бойцов

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

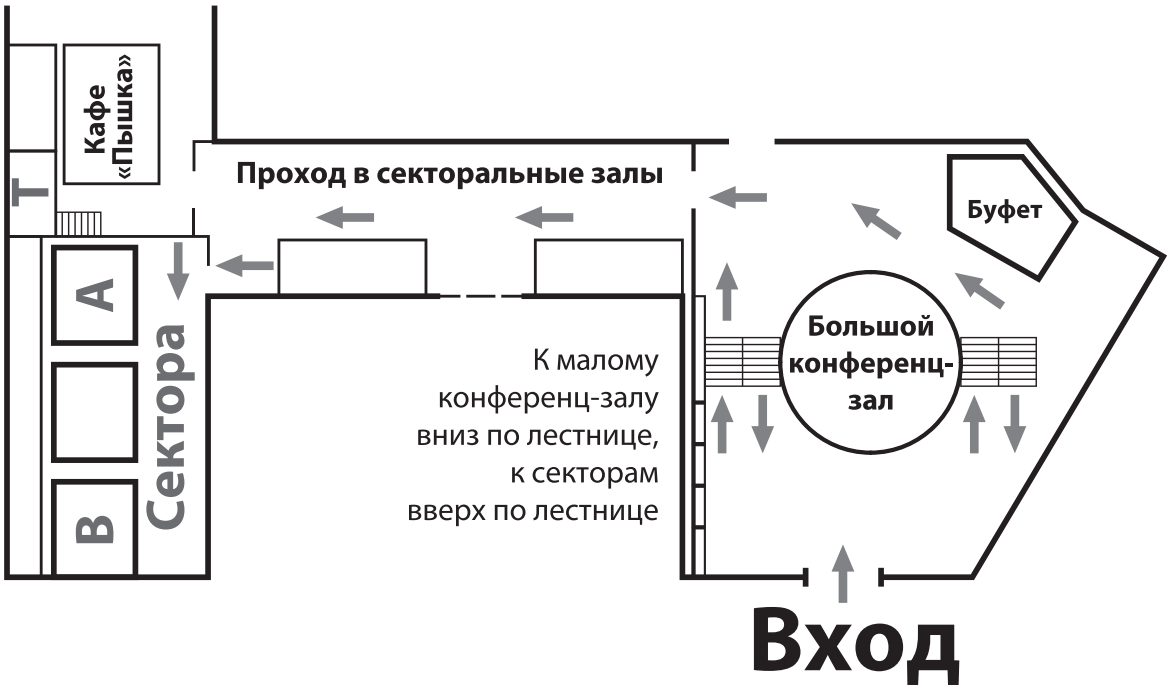
# ПРОГРАММА КОНГРЕССА

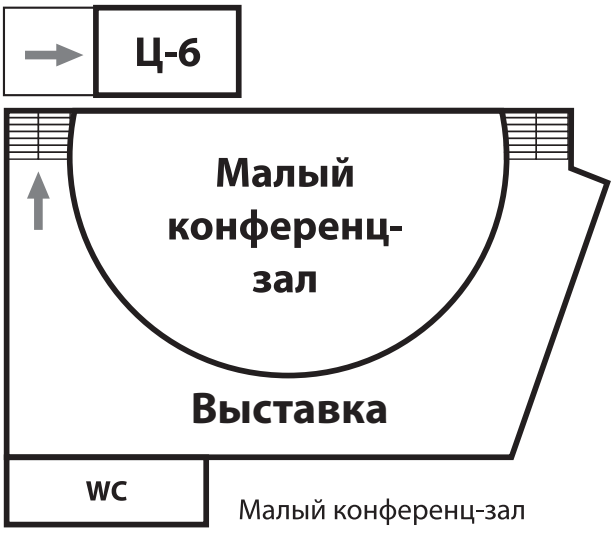
# РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ

## IV Международного конгресса «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход». 24-25 ноября 2016 года

| Даты | 24 ноября | | 25 ноября | |
|---|---|---|---|---|
| **Залы** | **10:00 – 12:30** | **13:00 – 18:00** | **10:00 – 18:00** | |
| **Малый КЗ** | **Пленарное заседание** | **13:00 – 15:00**<br>Секционное заседание 1<br>**«Метаболический синдром и сахарный диабет»**<br><br>**15:30 – 17:30**<br>Секционное заседание 2<br>**«Современные подходы к оптимальному питанию»** | **10:00 – 12:45**<br>Симпозиум Главного медицинского управления УД Президента РФ<br>**«Сахарный диабет 2 типа и метаболический синдром»**<br><br>**13:00 – 15:00**<br>**Саммит общественных организаций «Мы за здоровье!»** | **15:30 – 17:30**<br>Секционное заседание 8<br>**«Программы по формированию здорового образа жизни»** |
| **Зал Ц-6** | | **13:00 – 15:00**<br>Секционное заседание 3<br>**«Метаболические нарушения у пациентов с заболеваниями почек»**<br><br>**15:30 – 17:30**<br>Секционное заседание 4<br>**«Метаболические расстройства у онкологических больных»** | **10:00 – 12:00**<br>Секционное заседание 5<br>**«Женское здоровье и метаболизм»**<br><br>**12:15 – 14:15**<br>Секционное заседание 6<br>**«Активное долголетие и метаболическое здоровье – звенья одной цепи»**<br><br>**14:30 – 16:30**<br>Секционное заседание 7<br>**«Нарушения сна и метаболизм»**<br>**16:30 – 17:00**<br>Круглый стол<br>**«Портрет пациента с метаболическим синдромом и нарушениями сна»** | |

# Схема расположения конференц-залов




Малый конференц-зал находится этажом ниже под Большим конференц-залом

# ПРОГРАММА
# IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
## «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход»

**24 ноября 2016 года**

**9:00-10:00 Регистрация участников Фойе Малого конференц-зала**

**10:00-12:30 Малый конференц-зал**

**ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ**

***Президиум:***

***Черепов В.М.*** – *Исполнительный вице-президент Российского Союза промышленников и предпринимателей, председатель Комиссии по индустрии здоровья РСПП, Президент Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, академик РАМТН, член Общественной Палаты РФ, д.м.н., профессор*

***Котенко К.В.*** – *Заместитель Управляющего делами Президента Российской Федерации - начальник Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор*

***Тутельян В.А.*** – *Научный руководитель ФГБНУ «Федеральный Исследовательский центр питания и биотехнологии», главный специалист-диетолог Минздрава России академик РАН, д.м.н., профессор*

***Бойцов С.А.*** – *Директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор*

***Шилов Е.М.*** – *Директор НОКЦ нефрологии, заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный специалист нефролог Минздрава России, д.м.н., профессор*

***Бенберин В.В.*** – *Руководитель Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, д.м.н., профессор*

***Древаль А.В.*** – *Руководитель отделения терапевтической эндокринологии, заведующий кафедрой эндокринологии ФУВ ГБУЗМО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Главный эндокринолог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н., профессор*

**Приветствия в адрес участников конгресса:**

Российский Союз Промышленников и Предпринимателей Российской Федерации
Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации
Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации»
Ассоциация по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки»

**Доклады:**

1. РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ.
   *Тутельян В.А.* *20 мин.*

2. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК «НОВЫЙ» ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, ПУТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.
   *Шилов Е.М.* *20 мин.*

3. КУДА НАПРАВЛЕН ВЕКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
   *Бойцов С.А., Драпкина О.М.* *20 мин.*
   *(ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва)*

4. СОВРЕМЕННЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.
   *Корчажкина Н.Б., Червинская А.В.* *20 мин.*
   *(Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

5. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ДИАБЕТ.
   *Древаль А.В.* *20 мин.*

6. ПРОФИЛАКТИКА – ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ, ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.
   *Алтымышева А.Т.* *20 мин.*
   *(Национальный центр кардиологии и терапии им. Академика М. Миррахимова, Координационный совет по неинфекционным заболеваниям Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек)*

7. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ: ОПЫТ КАЗАХСТАНА.
   *Бенберин В.В.* *20 мин.*

**13:00-15:00** **Малый конференц-зал**

**Секционное заседание 1 «МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»**
***Сопредседатели: д.м.н., профессор А.В. Древаль, д.м.н., профессор И.В. Мисникова***

1. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА.
   *Древаль А.В.* *15 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

2. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕПАРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ИНКРЕТИНОВУЮ ЭРУ.
   *Мисникова И.В.* *15 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ТЕРАПИИ.
   *Оранская А.Н.* *15 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва)*

4. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА ЭТАПЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.
   *Баринов А.Н.* *15 мин.*
   *(Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ГОУ ВПБО 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, Кафедра нервных болезней лечебного факультета ГОУ ВПБО 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва)*

5. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЛИКЕМИИ.
   *Ковалева Ю.А.* *15 мин.*
   *(Отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

6. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЭТАПАХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.
   *Курникова И.А.* *15 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии, кафедра госпитальной терапии ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва)*

7. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.
   *Подачина С.В.* *15 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова», г. Москва)*

8. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В САМОКОНТРОЛЕ ГЛИКЕМИИ.
   *Гурова О.Ю.* *15 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва)*

**15:30-17:30** **Малый конференц-зал**

**Секционное заседание 2 «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ»**

***Председатель: д.м.н., профессор А.В. Стародубова, д.м.н., профессор Х.Х. Шарафетдинов***

1. ОПТИМАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
   *Стародубова А.В.* *20 мин.*
   *(Отдел лечебного и профилактического питания ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)*

2. РОЛЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ИЗУЧЕНИИ СТРУКТУРЫ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.
   *Мартинчик А.Н.* *20 мин.*
   *(Лаборатория эпидемиологии питания и генодиагностики алиментарно-зависимых заболеваний ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)*

3. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
   *Погожева А.В.* *20 мин.*
   *(Лаборатория эпидемиологии питания и генодиагностики алиментарно-зависимых заболеваний ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)*

4. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.
   *Шарафетдинов Х.Х.* *20 мин.*
   *(Отделение болезней обмена веществ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)*

5. ОЖИРЕНИЕ: СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.
   *Гаппарова К.М.* *20 мин.*
   *(Отделение профилактической и реабилитационной диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)*

6. ДИЕТОТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
   *Богданов А.Р.* *20 мин.*
   *(Отделение сердечно-сосудистой патологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)*

**13:00-15:00** **Зал Ц-6**

**Секционное заседание 3 «МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК»**

***Председатель: д.м.н., профессор Е.М. Шилов***

1. НЕФРОПАТИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ - НОВАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.
   *Шилов Е.М.* *30 мин.*
   *(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)*

2. КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК КАК ОСНОВА НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.
   *Швецов М.Ю.* *20 мин.*
   *(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)*

3. СОВРЕМЕННАЯ САХАРОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК: АКЦЕНТ НА НЕФРО- И КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ.
   *Бобкова И.Н.* *20 мин.*
   *(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)*

4. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК - СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА СКРИНИНГА.
   *Нагайцева С.С.* *20 мин.*
   *(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)*

5. ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.
   *Новикова М.С., Аллазова С.С.* *20 мин.*
   *(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)*

6. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: РОЛЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА.
*Нарманова О.Ж. Отыншиева Ш.А.* *20 мин.*
*(НИИ геронтологии и антивозрастной медицины Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана, Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Яссави, Казахстан, г. Шымкент)*

**15:30 – 17:30** **Зал Ц-6**

**Секционное заседание 4 «МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»**
***Сопредседатели: д.м.н., профессор М.Ю. Бяхов, д.м.н., профессор Л.Н. Костюченко***

1. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ЕДИНСТВ ОПЫТА И НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.
*Бяхов М.Ю.* *15 мин.*
*(ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр Департамента здравоохранения города Москвы)*

2. ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ.
*Свиридов В.С.* *15 мин.*
*(Кафедра анестезиологии и реаниматологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ГКБ №64, Российское общество Парентерального и энтерального питания, г. Москва)*

3. ДЕТОКСИКАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НУТРИЦИОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ.
*Костюченко Л.Н.* *15 мин.*
*(Лаборатория нутрициологии ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр Департамента здравоохранения города Москвы)*

4. НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ АНТИОНКОГЕННОГО ЭФФЕКТА, НЕ ВЫЗЫВАЮЩИЕ СУЩЕСТВЕННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СДВИГОВ.
*Северин Е.С.* *15 мин.*
*(НИИ биохимии РАН, г. Москва)*

5. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И FAST-TRACK У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.
*Кузьмина Т.Н., Костюченко Л.Н.* *15 мин.*
*(Лаборатория нутрициологии ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр Департамента здравоохранения города Москвы)*

6. СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ КИШЕЧНИКА.
*Шестопалов А.Е.* *15 мин.*
*(Российское общество парентерального и энтерального питания, Кафедра анестезиологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, отделение анестезиологии госпиталя им. Н.Н. Бурденко, г. Москва)*

7. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
*Ротин Д.Л.* *15 мин.*
*(Отделение патоморфологии ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр Департамента здравоохранения города Москвы)*

**25 ноября 2015 года**

**10:00-12:45** **Малый конференц-зал**

**Симпозиум Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ**
**«САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»**
***Председатели: д.м.н., профессор К.В. Котенко, д.м.н., профессор Н.Б. Корчажкина***

1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ФАКТОРЫ РИСКА И ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ.
   *Савина Н.М.* *15 мин.*
   *(ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

2. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОГО ТРАКТА.
   *Чорбинская С.А.* *15 мин.*
   *(ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

3. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ.
   *Праскурничий Е.А., Морозкина И.В.* *15 мин.*
   *(ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

4. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
   *Недосугова Л.В., Блохина О.Е.* *15 мин.*
   *(ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

5. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ГИПОГОНАДИЗМ И ОСТЕОПОРОЗ – НЕМЫЕ ПАНДЕМИИ 21 ВЕКА.
   *Ладыгина Д.О.* *15 мин.*
   *(Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

6. РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТИ.
   *Удовиченко О.В.* *15 мин.*
   *(ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

7. ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.
   *Беляева А.В.* *15 мин.*
   *(ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

8. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.
*Кондрашкина О.В.* *15 мин.*
*(ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

9. СОВРЕМЕННЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
*Яменсков В.В.* *15 мин.*
*(ФГБУ «3 Центральный Военный Клинический Госпиталь им. А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, г. Москва)*

10. МЕСТОМИМЕТИКА ГЛЮКАГОН-ПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1 В КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕССОВ ИММУНОКОМПЛЕКСНОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.
*Свиридова М.И., Стрюк Р.И., Мкртумян А.М., Голикова А.А.* *15 мин.*
*(ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

**13:00 – 15:00** **Малый конференц-зал**
**Саммит общественных организаций «МЫ ЗА ЗДОРОВЬЕ!»**

**15:30 – 17:30** **Малый конференц-зал**
**Секционное заседание 8 «ПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»**
***Председатели: д.м.н., профессор И.В. Мисникова, к.м.н. Е.С. Иванова***

1. «ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ – ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ» - СТРУКТУРИРОВАННАЯ ОБУЧАЮЩАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СЕМЬЕ.
*Иванова Е.С.* *30 мин.*
*(Московский областной центр медицинской профилактики, кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ФУВ ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва)*

2. ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ОПЫТ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА.
*Токарев С.А.* *30 мин.*
*(ГБУЗ ЯНАО «Центр медицинской профилактики», г. Надым)*

3. БУДУЩЕЕ НАЧИНАЕТСЯ СЕЙЧАС. ПРОГРАММА «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА» В ПОДМОСКОВЬЕ.
*Чинкова Е.А.* *30 мин.*
*(Ассоциация по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки», администрация Клинского района, Московская область)*

**10:00 – 12:00** **Зал Ц-6**
**Секционное заседание 5 «ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И МЕТАБОЛИЗМ»**
***Председатели: д.м.н., профессор М.Г. Глезер***

1. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ.
*Стародубова А.В.* *20 мин.*
*(Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва)*

2. МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. ЧЕМ МОЖНО ПОМОЧЬ?
   *Андреева Е.Н.* *20 мин.*
   *(Отделение эндокринной гинекологии ФГБУ «Эндокринологический Научный Центр» Минздрава России, кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва)*

3. ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ИШЕМИИ.
   *Асташкин Е.И.* *20 мин.*
   *(Лаборатория экстремальных состояний, кафедра общей патологии 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва)*

4. УПРАВЛЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ РИСКАМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.
   *Глезер М.Г.* *20 мин.*
   *(Кафедра профилактической и неотложной кардиологии 1 МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)*

5. СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ КАК ПОЛИЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ.
   *Доброхотова Ю.Э.* *20 мин.*
   *(Кафедра акушерства и гинекологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва)*

6. ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К БЕСПЛОДИЮ.
   *Куликова Н.Г.* *20 мин.*
   *(ФПК МИ «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва)*

**12:15 – 14:15** **Зал Ц-6**

**Секционное заседание 6 «АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ»**

***Председатели: д.м.н., профессор И.В. Мисникова, д.м.н., профессор С.Н. Шатохина***

1. САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.
   *Мисникова И.В.* *20 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

2. СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ.
   *Иванова Е.С.* *20 мин.*
   *(Московский областной центр медицинской профилактики, кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ФУВ ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва)*

3. РОЛЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В НОРМАЛИЗАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ НАРУШЕНИЙ.
   *Иловайская И.А.* *20 мин.*
   *(Отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

4. ВИТАМИН D И ЕГО АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ В НОРМАЛИЗАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ НАРУШЕНИЙ.
   *Крюкова И.В.* *20 мин.*
   *(Кафедра эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

5. ПРОГНОЗ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ПО СТРУКТУРАМ НЕКЛЕТОЧНЫХ ТКАНЕЙ ОРГАНИЗМА.
   *Шатохина С.Н.* *20 мин.*
   *(Клинико-диагностическая лаборатория ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*
6. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ФРУКТОЗЫ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.
   *Гострый А.В.* *20 мин.*
   *(Американская Академия Антивозрастной Медицины, Институт «PreventAge®», г. Москва)*

**14:30 - 16:30** **Зал Ц-6**

**Секционное заседание 7 «НАРУШЕНИЯ СНА И МЕТАБОЛИЗМ»**
***Председатели: д.м.н., профессор Г.В. Ковров, д.м.н., профессор А.Л. Калинкин, д.м.н., профессор Р.В. Бузунов***

1. НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.
   *Бузунов Р.В.* *20 мин.*
   *(Отделение медицины сна Клинического санатория «Барвиха», Московская область, кафедра восстановительной медицины, лечебной физкультуры, курортологии и физиотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

2. ЕСТЬ ЛИ АЛЬТЕРНАТИВА «СИПАП»-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА?
   *Калинкин А.Л.* *20 мин.*
   *(Центр медицины сна МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Европейское общество исследователей сна, г. Москва)*

3. ГИПЕРСОМНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.
   *Ковров Г.В.* *20 мин.*
   *(НИО неврологии НИЦ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва)*

4. РОЛЬ ВНУТРИРОТОВЫХ УСТРОЙСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА.
   *Снегирев Л.А. Ронкин К., Агальцов М.В., Волчек Н.Ш.* *20 мин.*
   *(Бостонский Институт Эстетической Медицины, Международный Колледж Кранио-Мандибулярной Ортопедии, Международная Ассоциация Физиологической Эстетики, Лас-Вегасский Институт стоматологии, отдел фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «Государственный Научно-Исследовательский Центр Профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва)*

5. НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ.
   *Ковалева Ю.А.* *20 мин.*
   *(Отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

**16:30 - 17:00** **Зал Ц-6**

**Круглый стол «ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЯМИ СНА»**
***Председатель: д.м.н., профессор И.В. Мисникова***

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

# МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

# НАРУШЕНИЕ СНА И СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

***Алексеева Н.С.***

*ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия*

Многочисленные перспективные, эпидемиологические исследования показывают связь кратковременного или некачественного сна с увеличением распространенности или заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа, ожирением и других составляющих метаболический синдром (МС). На первый взгляд, подобная ассоциация может казаться парадоксальной, поскольку длительное препровождение времени во сне является одним из проявлений малоподвижного образа жизни. Хорошо известно, что ожирение может приводить к нарушениям сна (синдром ночного апноэ). Обратное предположение о том, что дефицит сна может приводить к ожирению, в последние годы стало находить все больше научных подтверждений, полученных как в процессе лабораторных, так и эпидемиологических наблюдений. Возникает «порочный круг», в котором с одной стороны короткая продолжительность сна может изначально способствовать увеличению массы тела, с другой стороны ожирение и МС вызывают нарушения сна и психологический стресс, приводят к дальнейшему снижению общего времени сна.

Цель исследования – изучить влияние нарушений сна инсомнического характера на состояние психоэмоциональной сферы при метаболическом синдроме.

Материал и методы. Проведено исследование среди 713 пациентов с МС, в возрасте 20-45 лет, находящихся на лечении в МБЛПУ «КГБ №5» г. Новокузнецка. Диагностику МС осуществляли согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Поэтому основными критериями включения были: абдоминальное ожирение – у мужчин окружность талии (ОТ) более 94 см и у женщин ОТ более 80 см и наличие еще двух дополнительных компонентов МС. Так артериальную гипертонию (АГ) артериальное давление (АД ≥ 130/85 мм рт. ст.) диагностировали у 80,4% пациентов, повышение уровня триглицеридов (ТГ) ≥ 1,7 ммоль/л – у 56,2%, снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин – у 21,9%, повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) > 3,0 ммоль/л – у 66,3%, гипергликемию натощак – у 15,4% и нарушение толерантности к углеводам – у 12,3%, СД 2 типа – у 6,3%. Критериями исключения пациентов из исследования были СД 2 типа на инсулинотерапии с осложнениями, заболевания щитовидной железы требующие, гормональной коррекции ее функции, постменопаузальный МС, сопутствующие заболевания в стадии обострения. Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела (ИМТ) Кетле (1997). Избыточная масса тела наблюдалась в 38% случаев, ожирение 1 степени – в 40%, ожирение 2 и 3 степени – в 20,6% и 1,4% случаев соответственно.

С целью субъективной оценки сна использовался оригинальный расширенный протокол исследования, включающий в себя отечественные и международные анкеты: анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (Левин Я.И., 1998), анкета скрининга синдрома апноэ во сне (Елигулашвили Т.С. и соавт., 1998), шкала сонливости (Epworth Sleepiness Scale, 1991). При исследовании применялся ряд психологических методик: шкала Цунга для самооценки уровня депрессии и тревоги; шкала самооценки Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л.

Ханина для самооценки уровня тревожности в данный момент и личностной тревожности. Определение типологии нарушений пищевого поведения проводилось с использованием опросника DEBQ.

В соответствии с требованиями биомедицинской этики, утвержденной Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (2000), на участие в исследовании было получено информированное согласие всех обследованных лиц. Непараметрические методы применяли для оценки статистической значимости межгрупповых различий результатов с использованием критерия парных сравнений U-теста Манна-Уитни. Для проведения корреляционного анализа был использован критерий Спирмена, для сравнения качественных показателей применяли критерий Пирсона c2. Критерием статистической достоверности получаемых выводов считалась общепринятая в медицине величина $p<0,05$.

Результаты и обсуждение.

По результатам анкетирования субъективные нарушения качества сна наблюдали у 404 (56,7%) обследованных, среди которых чаще отмечались повышенная сонливость в дневное время – 55%, и ночной хронотип – у 61,9%. Высокий риск апноэ во сне зафиксировали у 32,4% пациентов, жалобы на храп – у 24,7%, остановки дыхания во сне – у 2,5%, повышенный уровень АД – у 82,4%, утренних головных болей – у 29,5%. Наиболее частыми, по мнению пациентов, причинами нарушений сна были: стресс 71,5%, жизненные события 12,3%, колебания настроения 9,6%, болезнь 6,6%.

Нарушения пищевого поведения диагностировали у 556 (78%) пациентов МС. При этом большая часть пациентов с нарушениями сна инсомнического характера отмечали гиперфагическую реакцию на стресс и нарушение пищевого поведения среди данной категории диагностировали чаще (86,6%), чем у лиц без нарушений сна (66,7%).

При сравнительной оценке нарушений пищевого поведения у пациентов с нарушениями сна и без таковых, получено достоверное повышение уровня эмоциогенного пищевого поведения (2,3 и 1,9 соответственно, $p<0,05$) и экстернального пищевого поведения (3,3 и 3,04 соответственно, $p<0,05$), а также статистически значимая зависимость эмоциогенного пищевого поведения ($p<0,05$) от наличия инсомнических состояний и положительные корреляции с показателями тревоги ($r=0,46$), эмоциогенной едой ($r=0,65$).

По данным шкалы Цунга депрессивные состояния зафиксировали у 31,6% пациентов (20,8% мужчин и 42% женщин). Легкие депрессивные нарушения были диагностированы у 20,4% пациентов, средние – у 11,2% пациентов. У пациентов с нарушениями сна инсомнического характера обратная корреляционная связь с депрессивными состояния ($r = – 0,56$, $p<0,005$). По данным шкалы Цунга тревожные состояния диагностировали у 48% пациентов, из них 54% были женщины и 41,7% – мужчины. Низкий уровень тревоги наблюдали у 33,7% пациентов, средний – у 14,3%. При нарушениях сна фиксировали увеличение частоты тревожных состояний ($r = – 0,64$, $p<0,005$).

У пациентов без нарушений сна показатели теста Спилберга демонстрировали более низкий уровень тревожности, как в «данный момент» (24,89±2,09), так и при оценке «обычного» состояния (22,83±1,89), чем у пациентов с инсомническими состояниями (45,98±14,87, $p<0,0001$ и 44,32±12,75, $p<0,0001$ соответственно).

Выводы. При нарушениях сна инсомнического характера при метаболическом синдроме зафиксировали более высокую частоту и выраженность нарушений психоэмоциональной сферы. Инсомнические состояния у пациентов с метаболическим синдромом являлись одним из факторов, способствующих увеличению потребления пищи в ответ на изменение эмоционального состояния на фоне «скрытых» тревожно-депрессивных состояний.

# ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2015 ГОДУ

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

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

В Московской области в 2015 году функционировало 26 Центров здоровья (ЦЗ) для взрослого населения, в которых граждане РФ могли пройти бесплатные обследования и получить консультации по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Головным учреждением, осуществляющим организационно-методическое руководство, и координирующим деятельность данной службы, является Филиал по медицинской профилактике ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», выполняющий функции Московского областного центра медицинской профилактики (МОЦМП).

За 2015 год в Центры здоровья для взрослых Московской области первично обратилось 77475 человек, а число проведенных комплексных обследований составило 77303, увеличившись по сравнению с 2014 годом на 4% (74566). Число посещений ЦЗ для взрослых в 2015 году составило 214192, в среднем на один центр здоровья для взрослых пришлось 686 посещений в месяц.

По результатам обследований в ЦЗ функциональные отклонения и факторы риска были выявлены у 76,7% обратившихся. Наиболее часто выявлялись отклонения по результатам исследования отношения сред организма (46,8%), при обследовании у гигиениста стоматологического (36,3%), по результатам исследования общего холестерина и глюкозы в крови (45,3%), при обследовании на кардиовизоре (30,8%) и в ходе профилактического офтальмологического обследования (40,2%).

Лица, у которых во время обследования в ЦЗ были выявлены факторы риска, обучались в школах профилактики, организованных во всех ЦЗ для взрослых Московской области. В 2015 году в школах профилактики, организованных в ЦЗ для взрослых, было обучено 70155 человек (в 2014 году – 69924). Из лиц, которые обучались в школах профилактики, в школе профилактики артериальной гипертензии было обучено 19472 человека (28%), в школе профилактики заболеваний суставов и позвоночника – 6335 человек (9%), в школе профилактики бронхиальной астмы – 1743 человека (2%), в школе профилактики сахарного диабета – 7083 человека (10%). В прочих школах, которые включают школы рационального питания, школы отказа от курения, школы физической активности, прошли обучение 35522 человека (51%). В 2015 году в ЦЗ для взрослых 3287 человек получили 24508 процедур ЛФК.

Согласно программе развития здравоохранения Московской области на 2014 – 2020 годы, в Московской области планируется дополнительно открыть еще 2 стационарных Центра здоровья, и, таким образом, их должно стать 28. В 2014-2015 годах для муниципальных образований были закуплены 5 мобильных Центров здоровья для обследования населения сельских районов области, ряд Центров здоровья были дооснащены вторым комплектом оборудования для увеличения пропускной способности.

В общей сложности мобильными центрами здоровья в Московской области в 2015 г. было проведено комплексное обследование и обучено основам здорового образа жизни 5321 человек.

## ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В 2015 ГОДУ

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

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

В Московской области, в рамках государственной программы «Здоровая Россия», организованы 26 Центров здоровья (ЦЗ). Специалисты ЦЗ выполняют скиринговые исследования состояния здоровья, оценивают уровень функциональных и адаптивных резервов организма проводят групповое и индивидуальное профилактическое консультирование по вопросам здорового образа жизни и коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Одной из проблем, выявившихся за первые годы функционирования ЦЗ, стало отсутствие анализа наличия факторов риска ХНИЗ у людей, пришедших в ЦЗ. Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР (Московский областной центр медицинской профилактики), выполняющий координацию деятельности ЦЗ в Московской области, разработал анкету по выявлению факторов риска ХНИЗ у взрослого населения, посещающего ЦЗ.

В 2015 году в исследовании факторов риска ХНИЗ приняли участие 76018 человек (женщин – 52410, мужчин – 23608), собранные данные стратифицированы по полу и возрасту (от 18 до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 50 до 65 лет и старше 65 лет).

Получены следующие результаты: ожирение имеют 42% женщин и 39% мужчин; повышенное артериальное давление имеют 40% женщин и 34% мужчин; гипергликемию натощак имеют 22% женщин и 22% мужчин; гиперхолестеринемию имеют 48% женщин и 41% мужчин; изменения показателей внешнего дыхания имеют 22% женщин и 25% мужчин; курение за последние 30 дней: женщины – 12%, мужчины – 36%; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 г в день среди женщин – 50%, мужчин – 49%; недостаточная физическая активность (менее 30 мин. в день) среди женщин  51%, мужчин – 48%; злоупотребление алкоголем среди женщин – 12%, мужчин – 29%.

Таким образом, по результатам проведенного анкетирования распространенность факторов риска ХНИЗ среди взрослого населения Московской области является высокой. Наиболее распространены такие факторы риска, как: ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, недостаточное потребление овощей и фруктов; поскольку они являются модифицируемыми, эти данные следует учитывать при разработке программ профилактики неинфекционных заболеваний и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОМЕНЕДЖМЕНТА АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

***Бенберин В.В.[1], Серикбаев Н.С.[2], Магзумова Р.З.[2]***

*[1]Медицинский центр Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана*
*[2]АО «Медицинский университет «Астана», г. Астана, Республика Казахстан*

Сахарный диабет наравне с другими социально значимыми неинфекционными заболеваниями является одной из острейших проблем общества, вследствие широкого распространения, наличия серьезных осложнений, значительных социальных и экономических потерь. По оценкам Международной ассоциации диабета 415 миллионов взрослого населения

болеют диабетом в 2015 году. Около 5 миллионов людей возрастом от 20 до 79 умерло по причине диабета. В Казахстане на декабрь 2014г. было зарегистрировано 244 541 больных сахарным диабетом, что соответствует заболеваемости 164,4 на 100 тыс. населения.

Важно отметить, что СД второго типа во многом зависит от поведенческих факторов пациента, что говорит о необходимости воздействия прежде всего на изменение привычек, образа жизни и выработки здоровых поведенческих установок.

Больные сахарным диабетом нуждаются в развитии навыков управления своими поведенческими факторами риска, эффективно использовать медицинские услуги и лекарственные препараты и справляться с влиянием заболевания на их повседневную жизнь. Внедрение программ по поддержке самоменеджмента дают возможность пациентам управлять своим состоянием здоровья, использовать знания и умения для эффективного использования медицинских ресурсов.

Самоменеджмент – это способность отдельного человека управлять симптомами, лечением, физическими и психологическими последствиями и изменением образа жизни, присущими при хронических заболеваниях [Barlow et al, client Educ Couns 2002;48:177].

В настоящее время в Казахстане Министерством здравоохранения проводит проект по управлению хроническими заболеваниями (ПУЗ) совместно с международной консалтинговой компанией Canadian Society for International Health.

Цель исследования - на основе комплексного изучения результатов программы управления СД определить эффективность выполняемых мероприятий и предложить меры по совершенствованию.

Материалы и методы. Методология исследования базируется на продольном исследовании. Была изучена группа пациентов (174 человека), состоящих на учете в СД. Предварительно в рамках ПУЗ врачей первичного звена обучали в течение 1,5 лет (проведено 3 обучающих тренинга и 2 поддерживающих визита специалистов- врачей из Канады), обучали приемам мотивационного консультирования и мониторингу выполнения индивидуального плана действий пациентами. Проводили анкетирование пациентов, включающее вопросы, направленные на оценку деятельности медицинских работников по поддержке самоменеджмента, и по истечении 6 месяцев определяли динамику веса, ИМТ, ЛПНП, гликированного гемоглобина (HbA1c), САД и ДАД. В начале и в конце исследования проводили оценку уровня самоуверенности по общепринятой шкале.

Результаты исследования:

В результате анализа данных анкетирования было установлено, что медицинские работники проводят подготовку к запланированному приему, приглашают пациентов на прием посредством телефонного звонка, проявляют внимание к больным и внимательно выслушивают больного. Однако со стороны пациентов была замечена нескоординированность действий медицинских работников: 17% опрашиваемых отметили, что врачи не знакомы с назначениями других специалистов, что снижало уровень мотивации пациентов. При этом причину данной ситуации пациенты видели в текучести кадров.

Несмотря на высокий процент респондентов ответивших, что с ними обсуждались цели лечения (77%), значительное меньшее количество участников ответило, что их спрашивали относительно трудностей в достижении этих целей (41%). На основании вышеуказанного можно предположить, что контроль за исполнением рекомендаций, сделанных во время приема, проводится не со всеми пациентами.

Опрос пациентов показал, что мотивационное консультирование проводилось некачественно. Выявление эмоциональных проблем у пациента проводилось лишь у 35% респондентов, наличие стресса определялось у 40%, а проблемы, связанные с алкоголем или наркотиками, психическими заболеваниями выяснялись лишь у 51% опрошенных. Очень важно определить проблемы и препятствия, возникающие у пациента на пути к изменению образа жизни. Это поможет найти оптимальный план действий, направленных на изменения. Зачастую

хронические заболевания сочетаны с депрессией, стрессом, эмоциональными заболеваниями, которые могут помешать пациенту начать процесс самоизменений.

В результате проведенного исследования выявлены значимые

различия уровней HbA1c на начало программы с 7,85±1,62 до 6,75±1,10 у участников ПУЗ с положительной тенденцией самоуверенности в собственных силах управлять заболеванием ($p<0.05$). Вес, ИМТ, ЛПНП, САД и ДАД имели тенденцию к снижению.

В группе пациентов с отрицательной динамикой уровня самоуверенности отмечалась лишь тенденция к снижению САД, и, наоборот, тенденция к повышению показателей HbA1c, ЛПНП, веса и ИМТ.

В группе пациентов с неизмененным уровнем самоуверенности достоверно повысились показатели HbA1c. В показателях ЛПНП, веса и ИМТ отмечалась тенденция к увеличению, изменения не достигли уровня статистической значимости. Показатели САД и ДАД снизились недостоверно.

Таким образом, нами выявлены достоверно значимые различия уровней гликированного гемоглобина на начало программы и по истечению времени у участников ПУЗ с положительной тенденцией самоуверенности. Оценка собственной способности справиться с определенными задачами способствует тому, что возникающие проблемы воспринимаются не как непреодолимые препятствия, а как вызов, который в свою очередь мобилизует все силы пациента и мотивирует на изменения. Отсутствие достоверных изменений по исследованным показателям с учетом данных анкетирования может быть обусловлено наряду с наличием психологических блоков, недостаточной мотивацией у пациентов и отсутствием материального компонента мотивации самого врачебного персонала, нацеленности на результат командной работы, что требует дальнейших исследований в данном направлении.

Таким образом по результатам нашей работы становится очевидной необходимость овладения навыками мотивационного консультирования врачами первичного звена, воздействия на уверенность пациента в собственные силы и достижимость результатов. На уверенность можно повлиять через составление индивидуальных планов действий. Если у пациента нет уверенности в осуществлении это плана, то необходимо выяснять причины и корректировать план. Данные мероприятия можно проводить посредством контроля за исполнением рекомендаций.

Психологи и социальные работники могут быть вовлечены в работу с более сложными пациентами, особенно для общего мониторинга и проведения последующего наблюдения труднодоступных пациентов, а также для оказания поддержки самоменеджмента для сложных групп населения.

## ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДОДИАЛИЗНОМ И ДИАЛИЗНОМ ПЕРИОДАХ

***Бенберин В.В.[1] Нарманова О.Ж.[2], Отыншиева Ш.А.[3]***

*[1]Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана,*
*[2]Институт геронтологии и антивозрастной медицины, г. Астана,*
*[3]Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Яссави, г. Шымкент,*
*Республика Казахстан*

Артериальная гипертензия (АГ) является как причиной, так, зачастую, и следствием хронической почечной патологии. При сочетании хронической почечной патологии и АГ у больных чаще и быстрее развиваются хроническая почечная недостаточность (ХПН) и сердечно-сосудистые осложнения.

Проанализировать особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с терминальной почечной недостаточностью в додиализном и диализном периодах по литературным данным в мире отмечается неуклонный рост уровня ХПН (JM (Halimi, Jean-Michel, 2011). В России в последнее десятилетие ХПН регистрируется с частотой 100-600 человек на 1 млн населения, в США — 600-700 человек на 1 млн населения; ежегодная заболеваемость составляет 50-100 новых случаев на 1 млн населения (Santo Dellegrottaglie 2011). Поскольку сведения о распространенности ХПН основаны на данных обращаемости или сведениях диализных центров, истинная распространенность и заболеваемость ХПН может недооцениваться (Волгина Г.В., 2000). Нарушение функции почек является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Сердечно-сосудистые нарушения (ССН) у больных с наличием хронической почечной недостаточности многообразны, выявляются с высокой частотой и оказывают существенное влияние на прогноз основного заболевания (Кутырина И.М., Михайлов А.А. 2000). Пациенты, получающие заместительную терапию хроническим гемодиализом, также имеют чрезвычайно высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистая смертность в 10-30 раз выше у пациентов на гемодиализе, чем в общей популяции (Николаев А.Ю., 2000). В момент начала диализного лечения более, чем у 80% пациентов с почечной недостаточностью, выявляется артериальная гипертензия. У 20-25% больных во время гемодиализа развивается выраженная гипотония (падение систолического артериального давления на 30 мм рт. ст. и более) (Bianch G., 2000, Levey A.S., Beto J.A., Coronado B.E. et al., 2008). Подобные эпизоды гипотонии во время гемодиализа часто провоцируют фатальную аритмию, которая является основной причиной внезапной смерти диализных больных. У большинства пациентов вне гемодиализа артериальное давление нормальное или повышено.

Артериальная гипертензия является одной из наиболее серьезных проблем для больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, ее выявляют у 90% больных, получающих заместительную почечную терапию. Сердечно-сосудистые осложнения в 80% случаев служат основной причиной смерти больных, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом. Поэтому нормализация артериального давления, устранение гипертрофии миокарда имеют большое значение для увеличения выживаемости при ХПН в терминальной стадии (European Society of Hypertension — Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee Hypertens. 2003).

Больные, находящиеся на гемодиализе, имеют, в основном, симптоматическую мягкую диастолическую артериальную гипертензию (по классификации Dabl). Выраженность АД в додиализном периоде выше, чем в диализном периоде, а цифры АД прогрессивно снижаются с момента начала процедуры гемодиализа до ее окончания. Контроль и коррекция цифр АД улучшает прогноз диализных больных.

## ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

***Бенберин В.В.[1], Ахетов А.А.[2], Вощенкова Т.А.[2], Нарманова О.Ж.[2], Кулхан Т.Т.[2]***

*[1]Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан,*
*[2]Научно-исследовательский институт геронтологии и антивозрастной медицины, г. Астана, Республика Казахстан*
*narman65@mail.ru*

В последние годы в Казахстане наблюдается рост продолжительности жизни и достигает 72 лет по итогам 2015 года. Вместе с тем, повышается и риск преждевременного и прогрессивного развития возраст-ассоциированных заболеваний, что вызывает интерес специалистов и населения

к персонифицированной (индивидуализированной) медицине в геронтологии. В настоящее время данный рынок в РК еще не сформирован, но долголетие и качество жизни – стратегические инвестиции в человеческий капитал, которые в современном мире являются дальновидными и перспективными предпосылками создания инновационной и конкурентной экономики. Поэтому проведение научных исследований в этом направлении очень актуально.

В настоящее время группой ведущих ученых Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан (далее – МЦ УДП РК) с 2009 года проводятся научные исследования, направленные на выявление метаболического синдрома как риска развития возраст-ассоциированных заболеваний (руководитель проекта – проф. Бенберин В.В.). Предварительные данные показали, что 12,0% государственных служащих подвержены данному риску и нуждаются в коррекции. С 2015 года на базе Центральной Клинической больницы под руководством МЦ УДП РК выполняется грантовый проект Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Изучение влияния образа жизни и медицинских факторов на темпы старения и повышение ресурса активного долголетия населения» (ответственный исполнитель проф. Танбаева Г.З.). По данной теме опубликовано более 10 статей, из них 5 в международных изданиях.

Следующим этапом станет научная разработка и внедрение в клиническую практику инновационной медицинской услуги персонифицированного управления процессами старения человека. Данная услуга представляет собой комплекс мероприятий, состоящих из последовательных и взаимосвязанных этапов: диагностика (анализ эпигенетических и биохимических маркеров старения и внешних факторов риска развития возраст-ассоциированных заболеваний), подбор индивидуальной схемы лечебно-профилактических мероприятий (устранение выявленных факторов риска и торможение процессов старения), мониторинг эффективности лечения (динамическая оценка биологического возраста и темпов старения организма).

Возраст контингента, заинтересованного в этих медицинских услугах, составляет 35 лет и старше, а это наиболее материально обеспеченный слой населения, заинтересованный в продлении своей работоспособности и качестве жизни, что гарантирует дальнейшую коммерциализацию проекта и постоянно повышающийся спрос на услугу. По данным переписи населения РК в 2009 году при общей численности населения 16009597 человек проживало 1558159 человек старше 60 лет, из них 585114 мужчин и 973045 женщин. Таким образом пожилое население страны составляет примерно 10%. По данным 2014 года население РК составляло уже 17417700 человек, а в возрасте 35 – 60 лет – более 60 млн. человек, которые и являются потенциальными потребителями предлагаемых медицинских услуг, что свидетельствует о значительной емкости рынка услуги в стране. На рынке медицинских услуг Казахстана в рамках продаж определенных биологически активных добавок оказываются и услуги определения генетических факторов, обеспечивающих выбор соответствующих продуктов, но медицинских организаций государственного сектора, серьезно занимающихся этой проблемой, в настоящее время нет. Безусловным маркетинговым преимуществом будет то, что эти медицинские услуги, учитывающие генетические, физиологические, биохимические особенности пациента, будут выполняться в ультрасовременной полифункциональной медицинской организации – Больнице Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан (далее – Больница Медицинского центра), оказывающей практически весь спектр медицинских услуг, включая стационарные, стационарозамещающие и амбулаторные услуги.

В 2015 году в Астане состоялся I Евразийский Съезд геронтологов, который объединил ведущих специалистов из Казахстана, России, Белоруссии и Кыргызстана. Организаторами Съезда выступили Медицинский центр УДП РК и Общество геронтологов Республики Казахстан. Было принято решение о создании Объединения юридических лиц «Евразийская Ассоциация

геронтологии, гериатрии и антивозрастной медицины» со штаб-квартирой в столице Казахстана – городе Астане.

Научный потенциал Медицинского центра представлен 19 докторами наук, 31 кандидатами, магистрами и PhD, 205 врачей имеют высшую категорию. В мае 2015 года Больница получила свидетельство об аккредитации в качестве субъекта научной и (или) научно-технической деятельности МОН РК, принята Концепция развития научно-исследовательской деятельности, созданы Научно-Клинический совет, Локальная комиссия по вопросам этики, научно-образовательный отдел, 35 специалистов обучены менеджменту научных исследований, сотрудники проходят обучение английскому языку. Всего за 2 года опубликовано более 150 статей и тезисов, в том числе в зарубежных изданиях, сотрудники представили свои доклады на более чем 30 конгрессах и конференциях международного уровня.

В конце 2015 года на базе Больницы Медицинского центра открыт Научно-иследовательский институт геронтологии и антивозрастной медицины. Все подразделения Больницы Медицинского центра гармонизированы в едином производственном процессе, ориентированном на предоставление самых современных и качественных медицинских услуг. Немаловажно, что услуги будут оказываться на базе самой современной в Средней Азии многопрофильной клиники, обладающей достаточными ресурсами для маркетинговой привлекательности проекта. В 2010 году Больница Медицинского центра прошла государственную аккредитацию Министерства здравоохранения Республики Казахстан, получив максимальный балл по сравнению с ЛПУ города - 0,98; с 2006 года Больница Медицинского центра аккредитована международной сертификационной кампанией «ТЮФ Интернационал РУС» с ежегодным подтверждением сертификата по стандартам качества ISO 9001:2008. В апреле 2016 года Больница повторно подтвердила сертификат соответствия Международным Стандартам ISO 9001:2008.

Следующим этапом на пути совершенствования предоставления качественных медицинских услуг явилась международная аккредитация JCI, открывающая широкие горизонты для оказания лечебной помощи в рамках медицинского туризма. Сертификат JCI получен БМЦ на срок с 9 апреля 2016 года по 8 апреля 2019 года. По решению Министерства здравоохранения и социального развития РК, приказ №90 от «11» февраля 2016 г., Больница Медицинского центра аккредитована на право проведения клинических исследований фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в целях:

1) клинических исследований лекарственных средств (II-IV фазы);
2) исследований биоэквивалентных лекарственных средств;
3) многоцентровых клинических исследований;
4) международных многоцентровых клинических исследований.

Больница Медицинского центра в день принимает свыше 1000 человек оснащена современным высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием, что позволяет на качественном более высоком уровне диагностировать и лечить самые сложные заболевания. В Больнице Медицинского центра действует единственный в Казахстане отдел «инновационного менеджмента» по внедрению новых и уникальных технологий. Больницы Медицинского центра работает с 20 страховыми компаниями, свыше 50 посольствами и международными организациями на территории РК. Партнерами являются ведущие клиники и крупные медицинские центры из 15 стран ближнего и дальнего зарубежья, проведено двухстороннее подписание Протокола намерений с 30 клиниками мира (Европы, Азии, Америки). Договоры на медицинское обслуживание подписаны с 37 иностранными Миссиями (посольствами), аккредитованными в Казахстане. Медицинский центр сотрудничает с международными организациями (представительство ЕС в РК, ЮНИСЕФ, ПРООН, представительство МОМ в РК, Statoil, Всемирный Банк, Европейский банк развития, ОБСЕ) и международными страховыми компаниями (Vanbreda International/

AP Companies, Henner-GMC Services, HTH Worldwide/GeoBlue, Cigna International, AETNA International, BUPA, FALCK TravelCare). Помощь в привлечении иностранных пациентов на лечение в БМЦ и развитии медицинского туризма оказывают: туристические фирмы г. Астаны, такие как International Travel Plus, КазАвиаТур. Больница Медицинского центра принимает участие в международных саммитах, конференциях и выставках по клиническим тематикам и медицинскому туризму.

В настоящее время сформирована команда высококлассных специалистов различного профиля, прошедшие обучение в ведущих клиниках Европы, США, Японии, Южной Кореи, Израиля, Турции, Китая, России, Литвы, Белоруссии, только за 1 полугодие 2016 г. было проведено 10 мастер-классов. В ноябре этого года состоится мастер-класс проф. Кветного (г. Санкт-Петербург) «МЕДИЦИНА 4П: основы концепции, диагностические маркеры и таргетная терапия социально-значимых заболеваний» в связи с запланированным на 2018 год открытием молекулярно-генетической лаборатории.

Предстоит большая работа в связи с неразвитостью рынка данного типа услуг, отсутствием маркетинговых исследований, достоверной информации для населения о проблемах старения. Проект нуждается в серьезной маркетинговой и рекламной поддержке. Как любой новый прорывной проект сопряжен со значительным финансовым риском, но тем не менее в перспективе должен иметь значительный успех из-за несомненной актуальности и востребованности проекта и заинтересованности государственной власти в его реализации, так как конечная цель проекта – долголетие и улучшение качества жизни населения казахстанцев.

## СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

***Бенберин В.В., Танбаева Г.З., Сугралиев А.Б., Маханов Д.И., Репина Ю.В.***

*Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, г. Алматы, Республика Казахстан*

Одной из ведущих причин развития заболеваний сердечно-сосудистой системы является метаболический синдром (МС). По данным Скандинавского исследования (Lakka N.M., 2002) известно, что у пациентов с МС в 4 раза возрастает риск жизнеугрожаемых сосудистых катастроф при ишемической болезни сердца. Множество научных работ посвящено выявлению изменений клинико-лабораторных и инструментальных показателей, но в литературе практически нет работ, посвященных изучению состояния коронарных сосудов при конечных сердечно-сосудистых точках (острый коронарный синдром).

Нами было проведено поперечное, открытое исследование результатов КАГ у 420 пациентов с метаболическим синдромом в возрасте от 48 до 92 лет, в среднем 67,6±6,27 лет (63,1% - мужчин, 36,9% -женщины). Обоснованием для проведения КАГ были клинические и инструментальные данные, свидетельствующие о наличии ИБС, требующие визуализации коронарных сосудов и при необходимости проведения реваскуляризации. Оценка распространенности и тяжести поражения коронарных артерий проводилась во время визуализации коронарных сосудов и согласно индексу Syntax, по результатам которого определялся метод реваскуляризации. В случае многососудистых поражений и необходимости инвазивной реваскуляризации проводили оценку предоперационного риска согласно Euroscore 2.

Установленный диагноз сахарного диабета 2 типа имели 84 пациента, что составило 20% обследованных, тогда как 80%, или 336 больных, диабета в анамнезе не имели. Однако

гипергликемия при поступлении была обнаружена у 107 пациентов, т.е. у каждого третьего без СД 2 типа в анамнезе. ИБС в анамнезе имели 83,7% пациентов (в абсолютном выражении – 343 человека). Таким образом, каждый шестой поступивший пациент с ОКС не имел ИБС. Подавляющее число больных (85%) страдали артериальной гипертензией. Не имевших зарегистрированных подъемов АД в анамнезе было всего 63 человека (15%).

По количеству пораженных сосудов сердца распределение оказалось следующим: без гемодинамически значимых поражений сосудов оказалось 168 (39,9%) пациентов, которым была продолжена консервативная терапия, в 60,1% случаев требовались инвазивные вмешательства. По данным КАГ установлено, что у пациентов со всеми компонентами МС (СД 2 типа+АГ+ИБС+ожирение) в 21% отмечалось многососудистое поражение более трех сосудов, что являлось показанием к проведению коронарного шунтирования. При одно- и двухсосудистом поражении в 39,1% случаев установлены стенты.

Выводы. Таким образом, у пациентов с МС чаще встречаются значимые стенозы, многососудистые и сложные поражения коронарных артерий. Коронарное шунтирование является предпочтительным методом реваскуляризации из-за распространенности и сложности поражения коронарных сосудов у пациентов с полным комплексом МС.

## АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

***Бенберин В.В.[1], Ахетов А.А.[2], Нарманова О.Ж.[3], Вощенкова Т.А.[3], Кулхан Т.К.[3], Ким Ю.А.[4]***

*[1]Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана,*
*[2]Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана,*
*[3]Институт геронтологии и антивозрастной медицины, г. Астана,*
*[4]Республиканский клинический госпиталь для инвалидов ВОВ, г. Алматы,*
*Республика Казахстан*
*narman65@mail.ru*

Хроническая болезнь почек (ХБП) характеризуется снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин на протяжении более 3 месяцев и наличием патологических изменений со стороны анализа мочи либо визуализирующих методов. Распространенность ХБП среди населения развитых стран составляет 10-11%. Распространенность ХБП в Казахстане, как во всем постсоветском пространстве, неизвестна. Низкая выявляемость ХБП и отсутствие манифестной картины заболевания при умеренно сниженной СКФ (70-40 мл/мин) приводит к недостаточному уровню оказания специализированной помощи таким пациентам. В связи с этим в медицинском мире сформулирован принцип мультидисциплинарного подхода к выявлению и ведению больных ХБП. Совместная работа кардиологов, эндокринологов, нефрологов и семейных врачей позволит в значительно более ранние сроки выявлять ХБП и назначать необходимую терапию. Большинство исследований, в частности HOT, NeoERICA и FREUND, свидетельствуют о том, что основными причинами смертности больных ХБП являются кардиоваскулярные и мозговые события. В связи с этим, лечебные мероприятия, позволяющие влиять на модифицируемые факторы и замедлить прогрессирование ХБП, будут способствовать снижению кардиоваскулярных осложнений.

Цель исследования - разработать практические рекомендации по раннему выявлению и профилактике прогрессирования ХБП у больных с артериальной гипертонией (АГ) на основе

изучения частоты и факторов риска развития и прогрессирования ХБП и анализа типичной практики врача первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Обследовано 500 пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете.

Диагноз ХБП устанавливался при наличии признаков повреждения почки: мочевого синдрома и/или показателя скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м2 в течение трёх и более месяцев. Почечная функция оценивалась по СКФ, рассчитанной по формуле Кокрофта –Голта. В соответствии с классификацией, предложенной Обществом K-DOQI (2002), определялась стадия ХБП. Пациентам было проведено исследование: общий анализ крови, общеклинический анализ мочи, биохимические исследования и расчет СКФ, определялось наличие факторов риска: дислипидемия, курение, избыточная масса тела, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Провели ретроспективный анализ соблюдения врачами принципов нефропротективной терапии у данных пациентов. Определяли среднее ± стандартное отклонение. Для переменных с распределением, отличным от нормального, вычислялась медиана (Ме) и интерквартальный интервал. При оценке различий средних для категориальных переменных - критерий %. Для анализа связи между качественными признаками применяли метод ранговой корреляции Хи квадрат. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Данные из 384 карт исследования характеризуются превалированием женщин (n=231), средний возраст – 60,4±0,53, из них 192 (50,0%) имеют длительный стаж АГ - 6-10 лет. У более чем половины обследованных выявлена 1 и 2 стадии ХБП (35,0% и 24,6% соответственно). 3 стадия, когда пациент должен наблюдаться у нефролога, – выявлена у 77 пациентов, что составило 15,4%, а 1,8% (9 пациентов) больных уже нуждались в подготовке и проведении заместительной почечной терапии. Нами обнаружена достоверная статистическая связь между распределением больных по стадиям ХПБ и их возрастом, однако между распределением больных по стадиям ХПБ и степенью артериальной гипертензии такая связь не выявлена. В то же время, нами выявлена прямо пропорциональная зависимость стадии ХПБ от стажа артериальной гипертензии. Так, у 25,0% больных со стажем АГ 1-5 лет диагностирована 2 стадия ХБП, 71,4% пациентов со стажем АГ 6-10 лет страдают 3 стадией ХБП, 100,0% пациентов с 4 стадией ХБП – это больные со стажем АГ 11-15 лет, и 75,0% больных с терминальной стадией (5 стадия ХБП) – это пациенты со стажем АГ 16 лет и выше. Полученные результаты позволили сделать выводы о том, что для определения индивидуального прогноза почечной функции необходимо уточнять наличие факторов, ассоциированных с высоким риском развития ХБП у больных с АГ: возраст старше 40 лет, длительность АГ более 6 лет, наличие в анамнезе ИМ или ОНМК, наличие диабета, протеинурия.

Ретроспективный анализ амбулаторных карт, назначенной медикаментозной терапии врачом ВОП, кардиологом показал следующее.

На первых двух стадиях ХПБ от 50,60% до 89,40% пациентов принимали ингибиторы АПФ. Но терминальных стадиях ХПН препараты должны быть отменены, однако врачи общей практики в 50,0-60,0% случаев не проводят отмену препаратов. Врачами в 81% не назначаются статины у больных с АГ, имеющих повышение холестерина. Исследуемые пациенты принимают сартаны начиная со 2-3 стадии ХПБ с частотой - 1,7% до 20,8%. Антиагрегатная терапия назначается в 95,8% случаев. При этом удельный вес больных, приверженных к антигипертензивной терапии, снижается от 70,3% в первой стадии до 20,8% в третьей стадии.

Исследованиями последних лет показано, что выживаемость больных с ХПН напрямую зависит от качества лечения их на амбулаторно –поликлиническом этапе. Согласно рекомендациям Института медицины США, больных с ХПН следует направлять на первую консультацию к нефрологу в случаях, когда уровень креатинина составляет 1,5 мг/дл у женщин и 2,0 мг/дл у мужчин. При позднем обращении к нефрологу возрастает частота осложнений в начале диализной терапии и в течение 6-ти последующих месяцев (более продолжительные и дорогостоящие госпитализации), в качестве вида терапии чаще выбирают гемодиализ (по сравнению с перитонеальным диализом)

и используют временный сосудистый доступ, у больных более выражены нарушения питания и меньше возможностей для реабилитации. Больных с ХБП должны наблюдать совместно терапевт или врач общей практики и нефролог; при этом терапевт осуществляет повседневное лечение пациента, а нефролог рекомендует мероприятия, направленные на замедление прогрессирования почечной недостаточности, выявляет сопутствующие заболевания и системные осложнения и, в конечном счете, готовит больного к заместительной почечной терапии — диализу или трансплантации. Больные с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин/1,73 м2 должны находится под постоянным наблюдением нефролога. К этому времени у больного, вероятно, уже возникнут многие системные осложнения ХБП (анемия, остеодистрофия, нарушение питания), а также появится необходимость выбрать метод ЗПТ и сформировать сосудистый доступ, если будет выбран программный гемодиализ.

Профилактику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при ХБП следует начинать как можно раньше. Необходимо проводить коррекцию факторов риска (контроль артериальной гипертонии, отказ от курения, лечение гиперлипидемии), а также терапию осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Показано, что у 20-летних диализных больных риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний такой же, как у 80-летних больных без ХБП.

Среди сопутствующей патологии необходимо выделить: заболевания, вызывающие поражение почек (например, сахарный диабет, артериальную гипертонию); заболевания, приводящие к развитию сердечно-сосудистых осложнений (которые тесно связаны с ХБП и являются основной причиной смерти этих больных); заболевания, не связанные с ХБП (лечение которых часто улучшает состояние больного, и поэтому их можно включить в план лечения ХБП).

Выводы:

1. Наличие ХБП является фактором риска развития кардиоваскулярных осложнений АГ. Для определения индивидуального прогноза почечной функции и своевременного применения нефропротекции, необходимо уточнять наличие факторов, ассоциированных с высоким риском развития ХБП у больных с АГ: возраст старше 40 лет, длительность АГ более 6 лет, наличие в анамнезе ИМ или ОНМК, наличие диабета, протеинурия.

2. Степень тяжести повреждения почек у пациентов с диабетом в сочетании с АГ находится в прямой корреляционной зависимости от длительности АГ.

3. Для профилактики кардиоваскулярных осложнений врачам первичного звена здравоохранения необходимо проводить нефропротективную стратегию пациентам с АГ, включающую раннюю диагностику ХБП, определение темпов прогрессирования нефропатии, профилактику и своевременное лечение сахарного диабета, антилипидемическую терапию, применение ингибиторов АПФ и антиагрегантов.

## ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

***Гайса Н.Н., Казанцева И.В., Шубин А.И.***

*ФГБУ Клиническая больница №1 УД Президента РФ, г. Москва, Россия*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — доминирующая хроническая патология в большинстве стран мира, являющаяся основной причиной смерти и инвалидности населения (World Health Organization, 2002). Целостность и физиологическая функция эндотелия сосудов являются основой здоровья сердечно-сосудистой системы. Именно эндотелиальная функция находится под влиянием сосудистых факторов риска. Дисфункция эндотелия (ДЭ) сосудов

является ранним патофизиологическим признаком и независимым предиктором неблагоприятного прогноза при большинстве форм ССЗ (Perez-Vizcaino F. et al., 2006).

ДЭ является предстадией морфологических изменений при АС (Deanfield J.E. et al., 2007). Она отмечается у пациентов с традиционными факторами риска АС, включающими гиперхолестеринемию, курение, сахарный диабет (СД) и артериальную гипертензию (АГ) до того, как они клинически проявятся (Creager M.A. et al., 1990; Williams S.B. et al., 1996). ДЭ широко распространена и развивается по мере старения даже при отсутствии сосудистых заболеваний (Heffernan K.S. et al., 2008; Yavuz B.B. et al., 2008). ДЭ участвует в патогенезе многих заболеваний, таких как АГ, инсульт, эректильная дисфункция и почечная недостаточность (Brunner H. et al., 2005).

Нарушение функции эндотелия является прогностическим фактором ССЗ, а фармакологическая коррекция персистирующей ДЭ может снизить риск АС (Brunner H. et al., 2005). Вмешательства, благоприятно влияющие на эндотелиальную функцию, улучшают клинические исходы (Suessenbacher A. et al., 2006).

По мере развития ДЭ происходят изменения, характеризующиеся повышением сосудистого тонуса, протромботическим состоянием, воспалительной активацией лейкоцитов, а затем проникновением их в сосудистую стенку; гладкомышечные клетки мигрируют и пролиферирует, увеличивается сосудистая проницаемость (Loscalzo J., 2004).

Существует три основных группы методов исследования эндотелия: инвазивные (ангиография с внутриартериальным введением ацетилхолина), неинвазивные (ультразвуковая визуализация участка артерии на плече до и после пережатия) и оценка биохимических маркеров. В последнее время активно развиваются неинвазивные методы: они безопасны для здоровья пациента, точны и дешевы в применении.

В Клинической больнице №1 УД Президента РФ для определения ДЭ используется диагностический комплекс АнгиоСкан – российская разработка под научным руководством доктора медицинских наук профессора Парфенова А.С. В основе работы «Ангиоскан-01» заложена регистрация пульсовой волны объема с помощью оптического датчика, установленного на концевой фаланге пальца руки. Первичный сигнал, который используется для дальнейшего анализа и обработки представляет собой фотоплетизмограмму. Фотоплетизмограмма (ФПГ) – неинвазивный сигнал, определяемый пульсовыми изменениями объема крови в тканях. Для оценки функции эндотелия используются два оптических датчика, установленные на концевую фалангу указательных пальцев обеих рук. Проводится окклюзионная проба, для чего на плечо правой руки устанавливается манжета тонометра и в ней создается давление превышающее величину систолического давления на 50 мм рт.ст. Окклюзия плечевой артерии продолжается в течение 5 минут, после чего давление в манжете стравливается. Сигнал в течение трех минут продолжает регистрироваться. Далее идёт анализ полученных результатов.

В настоящее время установлено, что нарушение функции эндотелия происходит генерализованно во всех артериях, и нет необходимости у больных ИБС проводить тест в коронарных артериях, а у больных периферическим атеросклерозом в артериях нижних конечностей, так как любой участок артериального русла репрезентативен в плане оценки эндотелия.

Данные оценки эндотелиальной функции артерий предплечья являются маркером долгосрочного прогноза ССЗ у пациентов с АГ (Perticone F. et al., 2001). Пациенты с нарушенной эндотелиальной функцией, по данным ряда исследований, имеют высокий риск развития ССЗ, в связи с чем можно предположить, что ДЭ является предиктором необходимости более агрессивной или комбинированной медикаментозной терапии для снижения риска развития ССЗ (Heitzer T. et al., 2001; Perticone F. et al., 2001). Наблюдение за эндотелиальной функцией в динамике в ответ на различные формы лечения может помочь титровать препараты и принимать решение о необходимости дополнительной терапии (Kuvin J.T., Karas R.H., 2003).

Для лечения и реабилитации пациентов с ССЗ, в клинике проводится исследование ДЭ до и после применения ангиопротективного препарата (препарат, содержащий ДНК из молок лососевых в комплексе с L-аргинином и витаминами группы В (В1, В6, В12, никотиновая и фолиевая к-ты, рутин, вит. С) в форме капсул для приема внутрь). Данный препарат назначается пациентам с выявленной ДЭ на приборе «Ангиоскан 01» в течение 1 мес., после чего повторно происходит анализ окклюзионной пробы. В наблюдениях участвовали 15 пациентов, средний возраст которых составлял 56±4,5 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на головокружение, головные боли, шум в голове, нарушение памяти, снижение работоспособности. При исследовании на МРТ головного мозга не выявлено очаговой патологии, при дуплексном исследовании брахицефальных артерий не выявлены гемодинамически значимые сужения кровеносных сосудов. При проведении исследования на окклюзионную пробу у всех пациентов выявлялась дисфункция эндотелия. После двухнедельного курса лечения можно выделить две основные группы пациентов: 1. Тех, у кого отмечался выраженный положительный эффект ЛонгаДНК на функциональное состояние эндотелия, выражавшийся в нормализации индекса окклюзии. 2. Тех, у кого не только отсутствовала положительная динамика. Исследование продолжается. Проводится дальнейший анализ историй болезни пациентов на предмет выявления дополнительных факторов воздействия, совместного приема ЛонгаДНК и ИАПФ на функцию эндотелия. Исследование продолжается.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОЕКТЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

***Данилов А.Б.***

*Проект «Экология мозга», Ассоциации междисциплинарной медицины, г. Москва, Россия*

Ассоциация Междисциплинарной Медицины в партнерстве с Европейской Федерацией Неврологических Ассоциаций (EFNA) уже третий год реализует в России масштабный проект «Экология мозга», который охватывает более 20 городов РФ, объединяет врачей и ученых различных специальностей в борьбе с болезнями головного мозга. Актуальность проблемы велика - сегодня 1/3 всех проблем со здоровьем людей связаны с болезнями мозга и эти цифр стремительно растут. Отмечается огромный разрыв между достижениями в науке и методами, используемыми на практике, наблюдается разобщенность во взаимодействии специалистов разных дисциплин (симптоматическое лечение только «своих» синдромов), избыточная медикализация пациентов, др. Сегодня здоровье выходит за рамки исключительно сферы здравоохранения. Работать нужно на той стадии, когда заболевание еще не возникло, на стадии профилактики. Факторы окружающей среды, питание и образ жизни представляют собой основные рычаги предупреждения и контроля многих заболеваний мозга.

Неправильное питание сказывается на деятельности мозга. По данным исследования Каролинского института в Стокгольме, у людей среднего возраста, страдающих избыточным весом на 71% выше риск развития слабоумия. Основные методы профилактики слабоумия заключаются в контроле над весом и качественное полноценное питание.

Проблему качества питания необходимо решать на уровне государства и коллегиальными усилиями врачей, ученых, сельхозпроизводителей, торговых сетей, представителей власти. Например, ввести моду на культуру питания. И поставить пример социальной приемлемости. Наша задача не запрещать и не заставлять людей отказываться от любимых продуктов, а предлагать им достойную замену.

На протяжении двух лет ведущие врачи и ученые на международном конгрессе «Экология мозга: искусство взаимодействия с окружающей средой» обсуждали вопросы качественного и сбалансированного питания. В результате коллегиальной работы было решено провести практический эксперимент и предложить населению несколько готовых пакетных решений по улучшению качества питания. Из продуктов, которые прошли соответствующую сертификацию и имеют серьезное научное обоснование пользы для человека эксперты составили «Корзины здоровья». Такой проект имеет важное прикладное значение. Человек получает одобренный специалистами пакет с напитками, мюслями, пророщенными злаками, оливковым маслом, мармеладом, зеленым чаем и т.д. «Корзины здоровья» могут моделироваться под различные целевые аудитории, они сбалансированы, к ним даются рекомендации по употреблению. Проект вызвал большой резонанс, к распространению «Корзин здоровья» подключились фитнес-центры, магазины здорового питания, мы ведем переговоры с аптеками. Таким образом, мы от слов переходим к делу пропаганды здорового и качественного питания и приглашаем всех к сотрудничеству и взаимодействию.

Концепцию здорового и качественного питания необходимо и дальше переводить в новые практические проекты. Торговые сети совместно с врачами и учеными могут вырабатывать готовые пакетные предложения для покупателей по специальному питанию для улучшения работы мозга, наборы продуктов перед занятиями спортом, наборы здорового питания для хорошего сна и т.д. Ученые и сельхозпроизводители могут взаимодействовать в выработке концепции производства функциональных продуктов. Практика показывает, что такие стратегии оправдывают себя. Так, в Японии благодаря внедрению концепции функционального питания на государственном уровне удалось увеличить среднюю продолжительность жизни с 38 лет в 1947 году до 86 лет в настоящее время, и она ежегодно увеличивается на полгода, не смотря на техногенную нагрузку и постоянные землетрясения.

## ЗНАЧЕНИЕ НУТРИЕНТНОГО СТАТУСА В ANTI-AGE ТЕРАПИИ

***Дубовой Р.М.***

*Ставропольская Государственная Медицинская Академия, г. Ставрополь, Россия*

Добиться сколько-нибудь значимых результатов в anti-age терапии можно только в результате улучшения общего состояния организма.

В последние годы доказано, что одним из основных показателей состояния здоровья является элементный статус, т.е. соотношение микро - и макронутриентов в организме человека.

Известно, что старость – это замедление процесса регенерации. Процесс регенерации – это химическая реакция, следовательно, изменение химического состава организма приводит к изменению скорости реакций.

Ряд химических элементов являются ключевыми в процессе старения организма.

Многократные исследования, проводимые по методу проф. Скального А.В. позволили выявить определенные закономерности изменений в организме, связанные с дефицитом следующих нутриентов, имеющих непосредственное отношение к anti-age:

1) плохое пищеварение – хром, цинк, железо;
2) хроническая усталость – магний, марганец;
3) пониженное настроение – медь, марганец, калий, цинк;
4) общая слабость – калий, цинк;
5) расстройство сна – магний, марганец;
6) нарушение остроты зрения – цинк, медь, магний, хром;

7) избыточный вес – хром, марганец, цинк;

8) слабость связок и суставов– медь, марганец, кремний;

9) хрупкость костей – марганец, медь, кальций, магний, кремний;

10) выпадение волос – цинк, селен, кремний;

11) плохой рост волос и ногтей – цинк, селен, кремний, магний;

12) ломкость ногтей – кремний, селен;

13) снижение иммунитета – селен, кобальт, цинк, магний;

14) повышенные физические и психоэмоциональные нагрузки – железо, хром, калий, марганец;

Таким образом, можно сделать вывод, что коррекция дефицита выше перечисленных нутриентов является важнейшей составляющей anti-age терапии.

В то же время крайне важно при назначении соответствующего лечения точно знать уровень потребности организма в конкретных элементах, т.к. избыточное поступление нутриентов в организме зачастую не менее вреден, чем дефицит.

Рассмотрим это на примере кальция: частичные проявления дефицита кальция уже нами рассмотрены, повышенное содержание кальция в организме бывает в частности при уменьшении тонуса гладкой мускулатуры, подагре, почечнокаменной болезни, вытеснение из организма фосфора, магния, цинка, железа. Таким образом, при бесконтрольном приеме кальция вместо пользы мы причиним вред пациенту.

Особо необходимо отметить роль серебра, т.к. активная реклама всевозможных серебросодержащих препаратов приписывает им поистине, чудодейственное значение в улучшении здоровья.

Серебро – это потенциально–токсичный и потенциально-канцерогенный элемент. В организме соединение белка с серебром угнетает тканевое дыхание, блокируются тиоловые группы ферментных систем.

Происходит расстройство зрения в результате отложения серебра в сетчатке глаза, боли в правом подреберье, увеличение печени, тошнота, рвота, диарея, при хроническом воздействии – аргироз (буроватый или серый оттенок кожи и слизистых).

В практике избыточное поступление серебра в организм, как правило, сведено с двумя факторами:

- при длительном контакте, т.н. металлическое серебро;
- при длительном лечении препаратами серебра.

Считаем необходимым крайне осторожно подходить к серебросодержащих препаратов, а по возможности обойтись без них.

Количественный анализ нутриентного статуса необходим для определения длительности лечения. Например: если для коррекции дефицита селена требуется около 3 месяцев, то дефицит кальция можно восполнить минимум за год – полтора года.

Существуют различные способы определения микро- и макроэлементов в организме.

Изучив различные методики, мы, в Ставропольской Государственной Медицинской Академии, остановились на методе проф. Скального А.В.

Наш выбор основывается на следующих достоинствах:

1) неинвазивность;

2) доступность;

3) высокая информативность. Возможность изучения 40 элементов в одном анализе;

4) адекватная цена.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить, что коррекция дисбаланса микро- и макроэлементов в организме человека является существенной частью anti-age терапии и знание врачом медицинской элементологии даст возможность качественно улучшить результаты своей деятельности и подняться на новую ступень в улучшении здоровья пациентов.

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ В 2016 ГОДУ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОЕКТА «ЕДИНЫЙ ДЕНЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ» С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ К ПРОХОЖДЕНИЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

***Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д.***

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

По результатам проведенных опросов населения выяснилось, что работающим гражданам не хватает времени, чтобы пройти диспансеризацию в будние дни. Губернатор Московской области А.Ю. Воробьев в своем ежегодном обращении к жителям поручил предусмотреть специальный день для прохождения диспансеризации с максимальным удобством для населения.

Сутью предложенного проекта является организация работы поликлиник по субботам таким образом, чтобы работающие жители, прикрепленные к ним, могли пройти первый этап диспансеризации и профилактический медицинский осмотр за один день в удобное для них время. Одной из основных целей проекта является построение маршрутизации лиц, пришедших на диспансеризацию, таким образом, чтобы максимально быстро и эффективно обеспечить прохождение обследования в точном соответствии действующему федеральному Порядку диспансеризации определенных групп взрослого населения. В ходе реализации проекта отрабатывается система электронной записи на диспансеризацию и механизмы адресного приглашения населения на диспансеризацию в поликлинику по месту жительства и информирования граждан о результатах проведенного обследования через личный кабинет на сайте Минздрава Московской области.

Проект сопровождается мощной информационной кампанией в средствах массовой информации и поддержкой местных властей. Главы и руководители администраций муниципальных образований, в которых проходила апробация проекта, первыми проверили свое здоровье. Всего за 10 месяцев 2016 года в Московской области были проведены 34 рабочие субботы, в ходе которых диспансеризацию во всех муниципальных образованиях прошли более 65 тысяч человек. В ходе проведения Единых дней диспансеризации у населения было выявлено более 14 тыс. случаев заболеваний органов сердечно-сосудистой системы, более 500 случаев подозрений на онкологические заболевания, более 2,5 тысяч случаев сахарного диабета, более 2 тысяч случаев заболеваний органов дыхания, более 4,5 тыс. случаев заболеваний органов ЖКТ, более 2 тыс. случаев заболеваний почек, более 3,8 тыс. случаев заболеваний нервной системы.

Проект диспансеризации за один день продиктован стремлением мотивировать граждан позаботиться о своем здоровье и пройти медицинское обследование. За последние годы Московская область достигла впечатляющих успехов в снижении общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и одним из основных направлений в поддержку достигнутой положительной тенденции видится выстраивание четкой системы диспансеризации, коррекции выявленных в ходе диспансерного обследования факторов риска НИЗ и диспансерного наблюдения в случае обнаруженных заболеваний.

# ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2015 ГОДУ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПОПУЛЯЦИОННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

Служба медицинской профилактики Московской области на 31.12.2015 г. представлена в структуре здравоохранения Московской области следующими подразделениями: филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» (Московский областной центр медицинской профилактики (МОЦМП)), 7 Центров медицинской профилактики, 38 отделений и 131 кабинет медицинской профилактики, 26 Центров здоровья для взрослого населения, 8 Центров здоровья для детей, 68 кабинетов медицинской помощи при отказе от курения. В рамках популяционной профилактики МОЦМП координирует организацию проведения в Московской области массовых мероприятий и акций, приуроченных к Всемирным Дням здоровья ВОЗ. В мероприятиях активное участие принимают представители образования, спорта, культуры, СМИ, а также общественные организации, деятельность которых направлена на пропаганду здорового образа жизни.

В 2015 году в Московской области было проведено 459 массовых мероприятий, в которых приняло участие 551150 человек. По тематикам Всемирных дней здоровья и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) специалистами службы медицинской профилактики Московской области опубликовано 972 статьи, проведено 277 телевизионных и 329 радио передач, проведена трансляция 358 видеосюжетов и роликов на ТВ-каналах. Служба медицинской профилактики области приняла участие в организации в эти Дни 177 «телефонов доверия» и «горячих линий» с числом обратившихся 3512 человек. Пропаганда мер профилактики ССЗ и формирования здорового образа жизни проводится не только по каналам массовой информации и через Интернет. Так, специалистами районных служб медицинской профилактики в течение 2015 года организовано 32593 лекции по коррекции факторов риска ССЗ, подготовлено 14678 методических материалов для медицинских работников, 175875 экземпляров памяток для населения.

В 2015 году специалистами МОЦМП подготовлены следующие материалы для населения: памятки «Школа профилактики артериальной гипертонии», «Холестерин – фактор риска хронических неинфекционных заболеваний», «Вместе против мозгового инсульта», «Центры здоровья Московской области. Диспансеризация», «Школа рационального питания», общим тиражом 500000 экземпляров, а также 11 наименований плакатов по факторам риска неинфекционных заболеваний и основам здорового образа жизни (22000 экз.). Проведение данных мероприятий способствует повышению информированности о факторах риска ССЗ и формированию культуры здоровья.

# АНАЛИЗ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТРУКТУР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОПРОСАМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

***Иванова Е.С.[1], Козлова Т.В.[2], Шалягин Ю.Д.[1], Костюкова Э.О.[2]***

*[1]Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва,*
*[2]Государственное Бюджетное Профессиональное Образовательное Учреждение Московской области «Московский областной медицинский колледж №2», г. Раменское, Московская область, Россия*

В целях усиления роли специалистов службы медицинской профилактики Московской области в профилактике и раннего выявления рака молочной железы Московский областной центр медицинской профилактики в марте-апреле 2016 года провел семинар для медицинских работников по вопросам обучения женщин методике самообследования молочных желез. Перед семинаром было проведено исследование уровня осведомленности и практической готовности медицинских работников центров здоровья, центров, отделений и кабинетов медицинской профилактики Московской области в данной области знаний и практических навыков. Медицинским работникам было предложено ответить на 22 вопроса, преимущественно с одиночным вариантом выбора ответа. Опрос проводился анонимно, и в нем приняли участие 69 человек.

Преимущественным фактором риска развития рака молочных желез респонденты считают генетическую предрасположенность, травмы молочной железы и отказ от грудного вскармливания и, в меньшей степени, наличие абортов. Респондентами недооценивалась роль в возникновении рака молочной железы таких личностных факторов, как: нерациональное питание, гиподинамия, избыточный вес, злоупотребление алкоголем.

64% респондентов правильно определяли рекомендованный возраст начала проведения маммографии с 35 лет. 46% респондентов правильно определили кратность проведения обследования для пациентов моложе и старше 50 лет (один раз в два года и один раз в год, соответственно. Лишь небольшая часть (5%) медицинских работников заявили об опасности маммографии.

Уверенность в своих знаниях и умения по самообследованию молочных желез выразили 71% опрошенных, однако последующие уточняющие – тестовые вопросы анкеты не подтверждают эти данные. Так, только 56% ответили, что обследование проводится в первую фазу менструального цикла, 16% дали верный ответ о количестве используемых пальцев (три), 54% знают, что не используется большой палец. О периодичности проведения самообследования верные ответы (1 раз в месяц) дали 39% респондентов.

Необходимо отметить, что в большинстве случаев представления о самообследовании молочных желез респонденты получили путем самообразования (76%). Курсы повышения квалификации заняли лишь 2 место (48%).

После проведения обучающего семинара медицинским работникам было предложено пройти итоговый контроль. По его результатам более 95% слушателей дали правильные ответы на поставленные вопросы.

Выводы. Готовность к целенаправленному обучению населения самообследованию молочных желез предполагает владение определенным объемом знаний из области доказательной медицины и андрогогики. Проведение обучающего семинара среди работников структур медицинской профилактики Московской области повысило уровень их информированности по вопросам профилактики и раннего выявления рака молочной железы, а использование в обучении муляжей позволило им овладеть определенными практическими навыками для трансляции этих знаний и умений населению.

# ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕТРАПИИ СВЕРХМАЛОЙ ИНДУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

***Иванова Е.С.[1], Горшенин Б.Б.[2], Иванов С.Г.[2]***

*[1]Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ФУВ ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,*
*[2]Поликлиника ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Россия*

Цель: оценить влияние общей низкочастотной магнитотерапии сверхмалой индукции (МСМИ) на переносимость физических нагрузок (ФН) у метеочувствительных больных с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: проведены клинико-функциональные исследования у 84 больных АГ и сопутствующей метеочувствительностью - 8,9 баллов по шкале (средний возраст 43,5±4,6 года, 48 женщин, 36 мужчин). Помимо анкетирования по критериям метеочувствительности всем больным была проведена спироэргометрия (СЭМ) до и после курса комплексной коррекции. Исследованные больные были разделены на 2 группы: больные основной группы (ОГ, 46 человек) получали курс МСМИ на аппарате «Униспок» ИАВМ-5 (процедуры проводились в положении лежа посредством катушечного матраса - аппликатора, присоединенного к магнитному индуктору, интенсивность магнитного поля 50 мкТл, время экспозиции 15 мин., 10 процедур) в сочетании с лечебной физкультурой (ЛФК) на циклических тренажерах (ножной и ручной эргометры, тредмил). В контрольной группе (КГ), 34 человека) проводилась изолированная ЛФК с применением тех же тренажеров.

Результаты: после курса процедур отмечалось понижение среднего артериального давления в ОГ - на 23,3%, в КГ – на 12,3%; прирост частоты сердечных сокращений на высоте ФН составил 33,6% и 21,5% в ОГ и КГ соответственно. Переносимость ФН у всех больных была удовлетворительной, в ОГ и КГ соответственно достоверно увеличились следующие показатели: максимальное потребление кислорода – на 28,4% и 18,3%; соотношение потребления кислорода миокардом левого желудочка и выделения углекислого газа, по которым косвенно можно судить о состоянии альвеолярной вентиляции и клеточного дыхания, - на 22,4% и 14,1%; пиковое потребление кислорода – на 18,9% и 11,6%; кислородный пульс, отражающий количество кислорода, доставленного к тканям за 1 сокращение сердца и позволяющий косвенно оценивать ударный объем, - на 17,9% и 13,2%; показатель вентиляционно-перфузионных отношений – на 27,1% и 18,3%; число метаболических единиц в качестве предпочтительного показателя толерантности к физической нагрузке – на 24,5% и 16,7%. Клинически больные ОГ по сравнению с КГ отмечали лучшую переносимость погодных изменений, большее повышение работоспособности и повседневной физической активности.

Вывод: новая технология МСМИ может рассматриваться как эффективный метод функциональной коррекции, достоверно повышающий показатели физической работоспособности, возможности выполнять физические нагрузки, уменьшающий метеозависимые реакции у больных АГ.

# ЭНДОКРИНОПАТИИ И АПНОЭ СНА

***Ковалева Ю.А.***

*ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия*

Одним из наиболее часто встречающихся нарушений дыхания во сне является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Он характеризуется повторяющимися эпизодами коллапса верхних дыхательных путей в процессе сна, которые ведут к тяжелым последствиям, включающим интермитирующую гипоксию, колебания артериального давления и частоты сердечных сокращений, повышение активности симпатической нервной системы, эндокринную дисфункцию и фрагментациию сна.

Результаты последних исследований свидетельствуют о наличии связи СОАС с эндокринными заболеваниями, такими как акромегалия, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет и ожирение. Кроме того, имеются данные об ассоциации гипогонадизма и СОАС, причем вне зависимости от возраста и веса больного. У женщин отмечается отрицательная корреляция между индексом апноэ-гипопноэ и уровнем сывороточного эстрадиола и прогестерона, что дает основание предполагать наличие связи СОАС с нарушением функции яичников.

Нарушения дыхания во сне различной степени (от простого храпа до тяжелой степени СОАС) встречается у большинства больных акромегалией. В проспективных и ретроспективных исследованиях, где для диагностики СОАС использовалась полисомнография, распространенность данного нарушения среди пациентов с неконтролируемой акромегалией составила в среднем 69%. При этом нарушения дыхания во сне могут усугублять кардиоваскулярную патологию, которая является одной из основных причин смерти при акромегалии.

В нашем исследовании, в котором приняли участие 55 больных акромегалией (18 мужчин (28,2%) и 37 женщин (67,38%)), находившихся на стационарном лечении в отделении терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, нарушения дыхания во сне имели большинство обследованных больных (85,4%, n = 47), о чем свидетельствует повышенный индекс апноэ-гипопноэ, который составил 27,0 [12,0; 47,0]. Среди них 27 больных (49,1%) имели тяжелую степень апноэ сна, 13 (23,6%) пациентов – апноэ средней тяжести и 7 (12,7%) – легкую степень нарушений дыхания во сне.

Причинами высокой распространенности СОАС у больных акромегалией являются кранио-фасциальная деформация, а также утолщение и отек мягких тканей, которые приводят к сужению просвета верхних дыхательных путей и, соответственно, к затруднению потока воздуха. Причиной отечности мягких тканей может служить повышенная реабсорбция натрия в дистальных канальцах почек вследствие прямого стимулирующего воздействия гормона роста и ИРФ-1. Другим фактором, способствующим возникновению СОАС у больных акромегалией, может быть избыточный вес и ожирение. Кроме того, если наряду с акромегалией у пациента имеет место гипотиреоз, в том числе и центральный, то он также может вносить в свой вклад в возникновение апноэ. И, наконец, не может быть исключена роль нарушения нервно-мышечного контроля глоточных мышц, так как в экспериментальных моделях акромегалии на животных наблюдалась миопатия мышц дилататоров глотки и грудино-подъязычной мышцы.

Эффективное лечение акромегалии (хирургическое или медикаментозное) ведет к уменьшению дыхательных нарушений во сне, но при этом у значительного числа больных сохраняются проявления СОАС, несмотря на контролируемую фазу акромегалии. Этот факт

свидетельствует о необходимости проводить исследования на предмет выявления нарушений дыхания во сне у всех больных акромегалией независимо от наличия клинико-биохимической ремиссии.

Результаты целого ряда перспективных и ретроспективных исследований свидетельствуют об увеличении распространенности СОАС у пациентов с гипотиреозом. Основной причиной может служить инфильтрация мягких тканей мукополисахаридами и белками, являющаяся характерным проявлением гипотиреоза и ведущая к сужению просвета верхних дыхательных путей. Кроме того, в возникновении обструкции может принимать участие и нарушение регуляции мышц-дилататоров глотки вследствие развития миопатии, а также увеличение щитовидной железы, как таковое, даже в случае отсутствия нарушения функции щитовидной железы.

В том случае, когда снижение функции щитовидной железы не сопровождается другими нарушениями, в частности ожирением, имеются достаточно хорошие шансы на то, что назначение заместительной терапии гипотиреоза левотироксином натрия приведет к значительному уменьшению дыхательных нарушений во сне. Тогда как сочетание состояний, каждое из которых само по себе может быть причиной развития СОАС, уменьшает вероятность нормализации дыхательных нарушений без применения специальной терапии, заключающейся в создании постоянного положительного давления в верхних дыхательных путях (CPAP-терапия). Проводить или не проводить измерение уровня гормонов для исключения нарушения функции щитовидной железы у всех больных, страдающих СОАС? Учитывая то, что у пациентов с СОАС гипотиреоз встречается менее, чем в 5% случаев, вероятно, это не является обязательной процедурой, но в том случае, когда он выявляется, имеет смысл подождать эффекта от заместительной терапии левотироксином натрия прежде, чем рекомендовать CPAP – терапию.

В патогенезе нарушений дыхания во сне при гиперкортицизме вследствие синдрома или болезни Иценко-Кушинга наибольшее значение имеет центрипетальное ожирение, то есть отложение жира в области лица, шеи, живота, а также, вероятно в парафаренгиальном пространстве. Вследствие этого, одним из предикторов развития и тяжести СОАС при гиперкортицизме может являться быстрая и значительная прибавка массы тела, увеличение окружности шеи и талии. Кроме того, определенный вклад в развитие СОАС может вносить миопатия, являющаяся характерным проявлением гиперкортицизма, в частности мышц, отвечающих за просвет дыхательных путей.

Говоря о роли андрогенов в развитии СОАС, с одной стороны необходимо отметить большую распространенность этого нарушения именно у мужчин, но с другой стороны есть данные, свидетельствующие об ассоциации низкого уровня тестостерона с повышенным риском развития апноэ сна. В перекресном исследовании мужчин с апноэ сна более тяжелая гипоксия была связана с более низким уровнем свободного и общего тестостерона, независимо от возраста и наличия ожирения. Тогда как на фоне CPAP-терапии отмечалось увеличение общего, но не свободного тестостерона. Результаты некоторых исследований говорят об отрицательном влиянии терапии андрогенами на риск развития СОАС. В других исследованиях такой закономерности выявлено не было. С практической точки зрения необходимо иметь настороженность в плане развития нарушений дыхания во сне у больных, которым планируется назначение терапии андрогенами и в случае появления соответствующих жалоб рекомендовать проведение обследования для исключения данной патологии.

Таким образом, эндокринные заболевания могут сопровождаться нарушениями дыхания во сне, в частности, СОАС. Лечение основного заболевания в ряде случаев может способствовать уменьшению проявлений СОАС, но зачастую эти меры являются недостаточными. Учитывая потенциальный риск развития кардиоваскулярной патологии и когнитивных нарушений на фоне СОАС, у таких больных необходимо своевременно выявлять нарушения дыхания во сне и назначать CPAP-терапию.

# МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

***Куликова Н.Г.***

*ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра физиотерапии ФПК МР РУДН, г. Москва, Россия*

Напряжённая демографическая ситуация, свойственная большинству развитых стран и стрессовый характер жизни, который осложняет формирование и закрепление фоновой среды здорового образа жизни (не сбалансированное, не регулярное питание, курение, малоподвижный образ жизни, др.) потенцируют рост числа бесплодных браков. В связи с этим изучение и коррекция нарушений репродуктивной функции у мужчин и женщин приобретает многовекторное значение: медико-профилактическое, социальное, демографическое и экономическое.

Во многих странах, в том числе в России, показатель бесплодных пар превышает 20%. Показатель женского бесплодия за последние годы вырос в России до 36,7%, а мужского – до 30,4%. Современная научная трактовка бесплодия основана на том, что – это не заболевание, а сложный симптомокомплекс, обусловленный сосудистыми, психо-соматическими, генетическими, иммунологическими, метаболическими сдвигами от нормы, развивающихся на фоне системных метаболических, нейро-эндокринных, сосудистых и иных состояний.

По данным статистики более 45% беременных женщин в России имеют метаболические нарушения или сахарный диабет. К нарушению генеративной функции могут привести: быстрый набор/снижение массы тела, сахарный диабет, метаболический синдром, дислипидемия и микроциркуляторные нарушения в органах малого таза, что, неизбежно, приведёт к сбоям в регуляции естественных физиологических процессов на уровне высших структур ЦНС.

Следует отметить, что система микроциркуляции и показатели системы кровообращения отражают состояние всего организма и, безусловно, состояние органов репродуктивной системы. В связи с этим, системный подход к изучению микроциркуляции и метаболических показателей организма женщин с верифицированным диагнозом бесплодия представляет больший научный и практический интерес. Нередко пациентам устанавливают диагноз генетического бесплодия, что указывает на его детерминированный характер, поскольку молекулярно-генетические и биохимические расстройства могут появиться на разных этапах онтогенетического развития организма. В связи с этим ранняя диагностика и профилактика, в том числе физиопрофилактика метаболических сдвигов в организме мужчин и женщин – один из путей повышения репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала страны.

Исследование микроциркуляции органов малого таза и своевременное устранение различных нарушений (стазического, спастического, гипотонического, другого типов) – одно из приоритетных направлений современной физиотерапевтической реабилитации. Исследование микроциркуляции органов малого таза у пациентов с бесплодием не только помогает выяснить фоновые процессы и облегчает понимание пусковых механизмов патогенеза симптомокомплекса, но и позволяет грамотно включить в комплексное лечение бесплодия в зависимости от его форм (трубное, нейро-эндокринное, иммунологическое, смешанное, другие) физические факторы с учётом современных научных представлений об их механизме действия.

Так, установлено, что у женщин с нормоциркуляторным типом кровообращения выявляются незначительные нарушения в микроциркуляторном звене, что позволяет применять у них методики фонофореза, гальванизации и электрофореза. У больных с миомой матки выявлен гиперемический тип микроциркуляции, отражающий повышенную активность симпатико-адреналовой системы, что диктует применения методик ВрМП, ПеМП, КВЧ и биоптронотерапии.

Больные с опухолевыми процессами со стороны органов репродуктивной системы (матки, яичников) характеризуются спастически-стазическим типом кровообращения и им, как правило, назначают фотодинамические методы лечения после оперативного лечения. Больные с сахарным диабетом и метаболическими расстройствами, всегда имеют более существенные изменения в показателях микрокровотока, как в общем сосудистом русле, так и в органах малого таза, причём, как правило, на фоне снижения роли симпатико-адреналового компонента центральной регуляции сосудистого тонуса. Такие микроциркуляторные нарушения, как правило, сопровождаются срывом адаптационных систем вегетативной нервной системы с доминированием ангиоспазма, эндотелиальной дисфункции и нарушениями в активности процессов ангио/неогенеза.

С целью улучшения микроциркуляции и коррекции процессов ангио- и неогенеза в настоящее время применяют метод карбокситерапии, основанный на интра- / субдермальном введении диоксида углерода (CO2). С учётом того, что диоксид углерода (CO2) широко используется в лапароскопической медицинской практике, как безопасный и эффективный газовый препарат, обеспечивающий сосудистую регуляцию и улучшение микроциркуляции, следует более активно использовать карбокситерапию у женщин с бесплодием с сосудистыми и метаболическими расстройствами в органах малого таза.

Доказано, что при интра-/субдермальном введении CO2 в тканях локального воздействия запускается сложный биохимический механизм регуляции, основанный на активизации процессов неоангиогенеза с улучшением эндотелиального обеспечения, что сопровождается выбросом БАВ, провоспалительных ферментов, лейкотриенов, положительно влияющих на генный аппарат человека (коррекция экспрессии генов через NF-кБ). Такие адаптационные механизмы защиты при метаболических и микроциркуляторных нарушениях у женщин с бесплодием требуют дальнейшего научного исследования, детализации по дозам вводимого препарата, глубине и зонам воздействия, что ещё не в полной мере изучено и освещено в научной литературе.

## ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

***Куликова Н.Г.[1], Безрукова О.В.[2]***

*ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра физиотерапии ФПК МР РУДН, г. Москва, Россия*

Рост числа пациентов трудоспособного возраста с сахарным диабетом, метаболическими нарушениями и ожирением, ведущих малоподвижный образ жизни на фоне нерегулярного и несбалансированного питания, отражает негативную статистическую динамику дегенеративно-дистрофических расстройств позвоночника.

На современном этапе в терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, наряду с широким применением фармакологических препаратов (обезболивающих, хондропротекторных, спазмолитических, SYSADOA, EULAR), направленных на облегчение функционирования мышечно-связочного каркаса, улучшение структурно-модифицирующих свойств хряща, широкое применение находят фармако-физиотерапевтичекие комплексы: физические факторы и лекарственные препараты на фоне применения мягких миофасциальных методов воздействия; физические факторы и ЛФК на фоне массажа, вибро-виброакустического массажа и др..

Всем пациентам проведено комплексное обследование: общий анализ крови с оценкой липидного профиля, общий анализ мочи, биохимическое исследование (СРБ, СК, АСЛО, РФ), сцинтиграфия, рентгенография и МРТ позвоночника. Для оценки болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) до/после проведённого восстановительного лечения.

Диагноз верифицирован на основании клинических симптомов, лабораторных и функциональных показателей.

Уровни дегенеративно-дистрофических расстройств позвоночника у обследуемых больных представлены: у 47,2% - поясничного отдела позвоночника; у 20,5% больных – грудино-поясничного и у 22,3% - шейного отдела позвоночника. Рентгенологическая и МРТ картина дегенеративных расстройств позвоночника свидетельствует, что у 44,3% выявлены – начальные проявления расстройств, у 37,5% - средней степени тяжести; у 17,2% - тяжёлые дегенеративно-дистрофические расстройства, нуждающиеся в определении группы инвалидности по критериям жизнеобеспечения.

Оценка болевого синдрома по ВАШ проведена в сравнении: до/после лечения во всех исследуемых группах в зависимости от тяжести выраженности дегенеративно-дистрофических расстройств. Сильную физическую боль в спине испытывали 25,5% больных; очень сильную - 2,8%; умеренную - 37,6%, незначительная, но продолжительная (на протяжении последних 1-2-х месяцев) – 34,1%. В ходе исследования всем больным дифференцированно в зависимости от показателей ВАШ проводили комплексное физиотерапевтическое лечение, включая реабилитационные физические упражнения на ранних этапах ведения больных.

Комплексное физиотерапевтическое лечение включало:

1. Криопунктура, вибро-акустическая терапия и ЛФК;
2. Низкоинтенсивная лазерная терапия, массаж и ЛФК;
3. КВЧ-терапия, гальваногрязефорез и ЛФК.

После проведённых физиотерапевтических комплексов у всех больных отмечали выраженное снижение болевого синдрома, улучшение физического и психосоматического состояния, повышение физической работоспособности. По нашим данным, комплекс, состоящий из гальваногрязи (Тамбуканская грязь), КВЧ и лечебных упражнений (пассивных и активных) в более короткие сроки обеспечивает обезболивающее и спазмолитическое воздействие, по сравнению с другими вы представленными комплексами (1-й по отношению ко 2-му - $p<0,05$; 1-й по отношению ко 3-му - $p<0,01$).

## КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АКУПУНКТУРНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

***Куликова Н.Г.[1], Румянцева Е.Е.[2], Волкова И.В.[3]***

*ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра физиотерапии ФПК МР РУДН, г. Москва, Россия*

В настоящее время методы инфракрасно-лазерной терапии с успехом применяют в реабилитационных программах и для профилактики обострений бронхиальной астмы у детей и подростков с синдромом вегетативной дисфункции нервной системы (СДВНС), что свидетельствует о безопасности и высокой эффективности данной технологии. Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) инфракрасного диапазона обеспечивает иммунокорригирующее,

вегето-стабилизирующее, противовоспалительное воздействие, улучшает бронхиальную проходимость и клеточный метаболизм. НИЛИ восстанавливает функциональную активность Т- и В- звеньев иммунитета в виде подъёма уровня иммуноглобулинов IgA и IgG и коррекции IgM и IgE, способствуя повышению адаптации у детей и подростков к факторам окружающей среды и дополнительных резервов. Несмотря на широкое применение в медицине НИЛИ и рефлексотерапии (РТ), в настоящее время отсутствуют рекомендации по комплексным методам реабилитации детей/подростков с СДВНС и бронхиальной астмой (БА). Представленные заболевания объединены не только высокими показателями их распространения у детей/подростков, но и наследственно закреплёнными, конституциональными особенностями и психофизиологическими расстройствами, в том числе на уровне кортико-висцеральных структур, приводящих к иммунологическим и реактивным сдвигам в нейроэндокринной регуляции.

Реабилитационное лечение детей и подростков проводили от аппарата «МИЛТА-Ф» на частоте 1500 Гц при выведенной на минимум мощности непрерывного светодиодного инфракрасного излучения (1-3 мВт) с использованием акупунктурной насадки №6. При проведении иглотерапии использовали только тонкие и короткие иглы с оптимальными размерами рабочей части иглы (длина до 1-3 см; диаметр - до 0,2 мм). Экспозиция на каждую точку не превышала 30-60 секунд, а средняя продолжительность процедуры комплексной НИЛИ-терапии с применением предварительного акупунктурного НИЛИ-воздействия и последующей иглорефлексотерапией по БАТ составила 12,9±2,5 минут. Средняя продолжительность классической иглорефлексотерапии при аналогичной патологии (бронхиальная астма, СДВНС) составила 20,4±2,5 минут, а средняя продолжительность процедур НИЛИ - рефлексотерапии - не превысила 12,1±3,3 минут ($p<0,01$).

Мы использовали данные о том, тормозной эффект лазерной рефлексотерапии составляет при экспозиции на биологически активной точке акупунктуры (БАТ) не более 40 секунд - 60 секунд, а тонизирующий – не превышает 20-30 секунд при выборе не более 4-х зон (точек), которые предварительно обрабатывали параметрами минимальной мощности лазерного излучения (1-3мВт).

Разработанный комплексный метод реабилитации основан на предварительной обработке инфракрасным лазерным излучением БАТ (VB 41 цзу-линь-ци, VB34 ян-лин-цюань, V3 мэй-чун, V65 шу-гу, TR22 хэ-ляо, R3 тай-си, R7 фу-лю) с последующим введением игл по индивидуально выбранным БАТ в зависимости от патологии.

При проведении иглотерапии по тормозному методу иглы вводили на глубину до 0,5-0,8 мм; при проведении акупунктуры по возбуждающему методу иглы вводили на глубину до 0,2 мм.

Методом комплексной НИЛИ-рефлексотерапии осуществляли тонизацию следующих БАТ инфракрасным лазерным излучением в течение 20-30 сек: VB 41 цзу-линь-ци, VB34 ян-лин-цюань, V3 мэй-чун, V65 шу-гу, TR22 хэ-ляо, R3 тай-си, R7 фу-лю в виде обработки точек Методом седатации обрабатывали следующие БАТ инфракрасным лазерным излучением в течение 40-45 секунд: С7 шэнь-мэнь и С9 шао-чун.

Для оказания общего оздоравливающего и профилактирующего воздействия на организм детей и подростков, а также с целью повышения у них реактивности использовали акупунктурные точки общего действия: GJ-4, GJ-10, GJ-11, TR-5, MC-6, P-7, RP-6, E-36, V-60.

Дополнительно применяли сегментарно-рефлекторные методики воздействия на акупунктурные точки (V-11, V-13, V-43, T-14, J-21, J-22), расположенные в метамерах, соответствующих сегментов (С-5 - Д-5) и шейно-грудного обеспечения симпатической нервной регуляции, поскольку шейные симпатические узлы оказывают регулирующее влияние на структуры гипотала-гипофизарного отдела головного мозга.

Для усиления терапевтического эффекта использовали аурикулярные акупунктурные точки, поскольку они тесно связаны с церебральными и вегетативными центрами ЦНС: акупунктурные точки коры головного мозга (34 VI), центральной нервной системы (55 X), ствола мозга (25 V),

затылка (29 VI), симпатической нервной системы (51 IX), надпочечников (13 II), желёз внутренней секреции (22 IV).

При наличии у детей и подростков множественной патологии широко использовали регионарные точки, которые выбирали после проведения электропунктурной диагностики по методу Накатаны.

Таким образом, комплексный метод реабилитации детей и подростков с социально значимой патологией (бронхиальной астмой и СДВНС) основан на предварительной обработке БАТ низкоинтенсивным лазерным излучением по тормозному или тонизирующему методикам с последующим воздействием иглами на индивидуально подобранные БАТ, что способствовало повышению уровня резервного обеспечения и моделированию иммунной коррекции в кратчайшие (за 7-8 процедур) сроки на фоне снижения психо-эмоционального напряжения у пациентов во время процедуры.

## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

***Куликова Н.Г.[1], Ткаченко А.С.[2]***

*ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра физиотерапии ФПК МР РУДН, г. Москва, Россия*

Установлено, что у женщин в период беременности активизируются воспалительные нарушения в тканях пародонта по причине роста патогенной и резидентной микрофлоры полости рта, усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов и ухудшения иммунно-гормонального статуса. У беременных, особенно при осложнённом течении, развиваются дисбиотические сдвиги в слизистой оболочке полости рта, увеличивается микробное число в слюне и в парадонтальных карманах. У 45,7% женщин в раннем послеродовом периоде, не прошедших санацию и комплексное стоматологическое лечение на ранних сроках беременности, на фоне перенесённого родового стресса, сопровождаемого обменно-минеральными, дизгормональными и иммунными нарушениями, развиваются дисбиотические и дизбактериозные поражения полости рта (СОР).

Дисгормональные и иммунные сдвиги служат фоном для прогрессирования хронических очагов дентальной инфекции, определяя её рецидивирующий и торпедный характер к обычному стоматологическому лечению в послеродовом периоде.

В связи с этим, следует как можно ранее проводить восстановительное лечение у женщин со стоматологической патологией в послеродовом периоде с учётом индивидуально поободранных комплексов физиотерапевтического лечения: у женщин кормящих-матерей целесообразно применять лазерофорез гелевого препарата «BioXtra Mouthspray»; у женщин - не кормящих матерей – фонофорез или лазерофорез «Метрогил Дента».

Доказано, что клинический анализ субъективных жалоб женщин, включая динамику стоматологических индексов (ИП; ИГР-У; ПМА; РИ) воспаления и кровоточивости в процессе лечения не всегда можно брать за основу стабилизации стоматологического состояния. В тоже время оценка показателей микробиологических и мукозальных иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в ротовой жидкости до и после проведенного лечения, как нельзя объективно отражает результативность разработанного метода реабилитации и отвечает приоритетам наукоёмких технологий.

В связи с этим, необходимо тщательное современное обследование: гигиеническое состояние полости рта - с помощью гигиенического индекса, рекомендуемых ВОЗ по перечню

основных клинических методов стоматологических исследований и по концентрации мукозальных иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG), демонстрирующих общую адаптацию и восстановление организма; микробиологический анализ жидкости из ротовой полости - с применением техники анаэробного культивирования (количественный секторальный посев на среды, предназначенные для культивирования бактерий полости рта). Результаты количественного исследования микрофлоры рассчитывали в колониеобразующих единицах - КОЕ/мл (CFU) и Ig CFU молекулярно-генетическим методом (ПЦР) с использованием тест-набора «МультиДент» (ООО НПФ «ГенЛаб», РФ).

Материалом лабораторно-диагностического исследования микрофлоры служил экссудат зубодесневой борозды, полученный при обследовании 220 пациентов, обратившихся на кафедру общей и детской стоматологии СтГМУ, имеющих повреждения слизистой оболочки полости рта и заболевания пародонта, из которых были сформированы группы наблюдения. В контрольную группу вошли 24 женщины, прошедших полную санацию и стоматологическое лечение на ранних сроках беременности (до 12 недель) и, не нуждающихся, в комплексном восстановительном лечении. У 46,7% женщин в раннем послеродовом периоде, не прошедших полную санацию и стоматологическое лечение в период беременности, выявлены воспалительные повреждения слизистой оболочки полости рта и заболевания пародонта (средний показатель индекса РМА – 12±0,9%).

Исследованием установлено, что тяжесть парадонтальных нарушений и дисбиотических сдвигов в ротовой полости у женщин в раннем послеродовом периоде со стоматологической патологией коррелирует с иммунологическими, микробиотическими, цитобиохимическими показателями ($p<0,00$).

Дифференцированный физиотерапевтический комплекс стоматологического лечения, основанный на применении низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения и гелевом препарате «BioXtra Mouthspray» с антибактериальными ферментами слюны, минералами, монофторфосфатом натрия (150 ppm) и ксилитом обеспечивает более выраженную и достоверную коррекцию иммунологических, микробиотических, цитобиохимических сдвигов в ротовой жидкости без увеличения фармакологической нагрузки на женщин, по сравнению с другими физио-фармакологическими комплексами (фонофорез и лазерофорез «Метрогил-дента» - разрешены только у не кормящих женщин) ($p<0,00$).

## ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ РАЗРАБОТОК В ОБЛАСТИ НЕИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ВОВЛЕЧЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

***Медведев О.С.***

*Национальный исследовательский центр «Здоровое питание», Факультет фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия*

Достижения современной микроэлектроники, оптики, био-мед инженерии позволили создать целое новое направление – мобильный мониторинг здоровья, который в мире определяется термином m-Health. Использование современных носимых, а подчас, и бесконтактных мониторов позволяет легко регистрировать физиологические параметры человека – двигательную активность, частоту сердцебиений, насыщение крови кислородом, температуру. В основе подобных мониторов используются датчики механических перемещений или ускорений – 3-х координатные

акселерометры, гироскопы. На рынке сейчас доступно более 100 моделей шагомеров и мониторов двигательной активности. Широкое распространение подобных миниатюрных носимых датчиков позволяет стимулировать физическую активность человека благодарю постановке определенного уровня активности (например, достижения 10000 шагов в день), который человек должен достигнуть. Исследования показали, что люди, использующие подобные шагомеры делают в день на 3,5 тысячи шагов больше, чем без них. Это позволяет уменьшить влияние такого фактора риска развития неинфекционных заболеваний, как гиподинамия. Параллельная регистрация частоты сердцебиений (с использованием ЭКГ усилителей или фотоплетизмографических датчиков пульса) позволяет исследовать и дозировать уровень физической активности как для обычного гражданина, так и для спортсменов.

Меньших успехов достиг мониторинг здорового, сбалансированного питания, отсутствие которого также является одним из факторов риска развития неинфекционных заболеваний, прежде всего ожирения, метаболических нарушений и диабета. Многочисленные приложения для мобильных устройств по контролю характера и калорийности принятой пищи требуют слишком большого времени для ручного ввода информации и типе пищи, ее составе и калорийности. В связи с этим, особое значение придается созданию датчиков (мониторов), которые способны автоматически определять состав и калорийность блюд и отдельных продуктов. Первые приборы подобного типа уже созданы и проходят клиническую апробацию.

Большое внимание уделяется диетологами и реабилитологами снижению потребления быстроусвояемых углеводов. Их потребление приводит к резкому повышению концентрации глюкозы в крови и требует выброса большого количества инсулина. Длительное потребление подобных продуктов ведет к снижению чувствительности к инсулину, другим метаболическим нарушениям и способствует развитию диабета. Важной задачей, в связи с этим, является создание неинвазивного (бескровного) датчика глюкозы. Большое количество научных коллективов в мире и России вовлечены в создание таких мониторов. Успех в создании подобных мониторов приведет к революции как в профилактике метаболических нарушений, так и в лечении больных сахарным диабетом.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ, (проект №15-29-01313).

## САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ: ДИАГНОСТИКА, ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ

***Мисникова И.В.***

*ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Ожирение определяется как избыточное увеличение массы тела за счёт чрезмерного накопления жировой ткани.

Саркопения - атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы.

Саркопеническое ожирение – это избыточное накопление жировой ткани, сочетающееся с потерей мышечной массой и силы.

Больные сахарным диабетом 2 типа (СД2) имеют избыточную массу тела или ожирение в 80% случаев. Ряд исследований показывает, что саркопения у больных с СД2 развивается раньше и встречается чаще, чем в популяции.

Длительные наблюдательные исследования показали, что масса жировой ткани увеличивается с возрастом и достигает пика в возрасте 60-75 лет, при этом происходит увеличение объема висцерального жира и снижение подкожно-жирового жира. В тоже время мышечная масса и сила мышц начинает постепенно снижаться с 30 лет, при этом после 60 лет это снижение прогрессивно ускоряется. Кроме того, жировая инфильтрация мышц связана со снижением мышечной силы и сократительной способности. Старение также связано со снижением мышцей восприятия различных нервных, гормональных и внешних сигналов. Гиподинамия, гормональные изменения, провоспалительное состояние, плохое питание и экспрессия ряда полиморфных генов ускоряют потерю мышечной массы и силы мышц.

В исследованиях, где основным критерием саркопении являлось снижение мышечной массы, распространенность саркопенического ожирения среди пожилых колебалась от 4 до 12%.

С возрастом происходит снижение как объема, так и силы мышц, однако уменьшение силы мышц обычно опережает снижение объема. Поэтому идея, что снижение функции мышц во многом объясняется параллельным снижением мышечной массы не подтвердилась. Это несоответствие между массой и силой мышц, связано с тем, что даже при относительном сохранении объема мышечной ткани, ее качество с возрастом снижается.

Потеря мышечной массы с возрастом не всегда приводит к снижению веса и уменьшению ИМТ. Саркопеническое ожирение может скрыть уменьшение мышечной ткани, так как в этом случае вес тела не только не уменьшится, но может и увеличиться.

Абдоминальное ожирение является основным маркером метаболического синдрома, многократно повышающего риск сердечно-сосудистых заболеваний. Оказалось, что саркопения увеличивает риск смерти у пожилых людей. В популяционном исследование наличие саркопении было ассоциировано с увеличением риска смерти от всех причин на 29%. При этом у женщин с саркопенией риск сердечно-сосудистой смерти увеличивался на 61%. В другом популяционном исследовании, проведенном в Корее, высокий риск сердечно-сосудистой патологии, рассчитанный по фраменгемской шкале, чаще всего отмечался при наличии саркопенического ожирения.

Связанное с возрастом уменьшение мышечной массы отчасти объясняется снижением всасывания и синтеза белка. Прием пищи с высоким содержанием белка может быть использован в качестве пищевой стратегии, направленной на снижения риска и выраженности саркопении. Адекватное потребление белка может способствовать предотвращению потери мышечной массы у больных саркопеническим ожирением во время соблюдения диеты, направленной на снижение веса. Соблюдение гипокалорийной диеты с употреблением повышенного количества белка (1,2 г на кг) у женщин с саркопеническим ожирением позволило увеличить объем мышечной массы, в то время как при соблюдении гипокалорийной диеты с обычным количеством белка (0,8 г на кг) объем мышечной массы уменьшился.

Кроме того, физическая активность может способствовать синтезу белка. Holwerda AM с соавторами оценили кинетику переваривания и абсорбции белков пищи, а также скорость синтеза мышечных белков у пожилых мужчин. Оказалось, что физическая активность в вечернее время увеличивает ночной синтез мышечных белков. Физические упражнения могут улучшать качество мышц у пожилых людей. Так, у пожилых людей, регулярно выполняющих анаэробные физические упражнения, состояние скелетных мышц существенно не отличалось от молодых.

Требуются дальнейшие исследования эффективности различных видов физической нагрузки в сочетании с увеличением потребления белка для выработки наилучшей стратегии лечения пациентов с саркопеническим ожирением. Увеличение употребления белка у пожилых должно быть изучено с точки зрения безопасности по отношению к функции почек, особенно у пациентов с СД2.

## ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

***Нагайцева С.С.[1], Швецов М.Ю.[1], Журавлева Е.А.[2], Шилов Е.М.[1]***

*[1]ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации,*
*[2]Медико-санитарная часть г. Москвы, Россия*

Цель: изучить частоту снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и высокой альбуминурии (АУ), как важных маркеров хронической болезни почек (ХБП), и их возможное сочетание с метаболическими нарушениями у работников промышленного предприятия по данным планового профилактического осмотра.

Материалы и методы: В исследование были включены представители активного трудоспособного населения, проходившие обследование в медико-санитарной части (МСЧ) г. Москвы при Краснопресненском железобетонном заводе: 300 человек - 228 мужчин (76,0%) и 72 женщины (24,0%) в возрасте 20-67 лет (средний возраст 44±11лет). Всем обследуемым измеряли артериальное давление (АД), определяли индекс массы тела (ИМТ). Для оценки возможных факторов риска ХБП нами была разработана анкета, отражающая пол, возраст, антропометрические данные пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, приверженность здоровому образу жизни. Исследовались маркеры ХБП: определяли уровень альбумина в моче с помощью тест - полосок, СКФ по формуле CKD-EPI.

Результаты: ХБП была выявлена в целом в 44,5% случаев, АУ ≥ 30 мг/л – у 50% обследованных. Распространенность метаболических нарушений как факторов риска ХБП была высокой. АГ выявлена в 69,7% случаев, СД – 46,7%, ожирение – 27,0%, гиперхолестеринемия -36,3%. В дополнение к этому выявлены также другие факторы риска ХБП: курение - 55,7%, злоупотребление анальгетиками - 23,3%, малоподвижный образ жизни - 15,3%, СД у прямых родственников – 22,3%, гипертоническая болезнь у прямых родственников – 30,2%, сердечно-сосудистые заболевания у прямых родственников – 37,7%.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности хронической болезни почек среди трудоспособного населения. Предложенный нами метод позволяет изучать разнообразные факторы риска развития ХБП и определять показания к рациональному назначению лабораторных тестов и более углубленному нефрологическому обследованию.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

***Недосугова Л.В.***

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия*

Метаболический синдром – состояние, характеризующееся созвездием обратимых факторов риска для сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа (СДт2), главными из которых являются снижение уровня липопротеидов высокой плотности (ЛВП), повышение триглицеридов (ТГ), артериального давления (АД) и гликемии натощак, сопряженные с наличием центрального «висцерального» ожирения с повышением окружности талии (ОТ). В 1988 году профессор Reaven GM в своей знаменитой Бантинговской лекции впервые привлек внимание медицинской общественности к этому сочетанию метаболических нарушений,

назвав его синромом «Х», который используется кардиологами для определения стенокардии, как боли в груди в сочетании с обратимыми электрокардиографическими признаками ишемии миокарда при отсутствии стеноза коронарных сосудов, выявляемого при ангиографии. В последующем применялись и другие термины, такие как синдром резистентности к инсулину и плюриметаболический синдром, но термин «метаболического синдрома» получил международное признание и Международной классификации болезней кодирования (E88.81) в течение последних двух десятилетий.

Диагностика метаболического синдрома.

В настоящее время используются диагностические критерии NCEP либо IDF, в основе которых лежит наличие повышение ОТ более 102 см у мужчин и 88 см у женщин по NCEP, либо более 94 см у мужчин и 80 см у женщин по IDF, которые могут сочетаться с любыми двумя факторами риска, которые включают в себя наличие дислипидемии (повышение ТГ или снижение ЛВП), повышение АД> 130/85 мм рт. ст. и гликозы плазмы натощак > 6,1 mmol/l (по NCEP), либо >5,6 mmol/l ( по IDF).

Этиология. Развитие метаболического синдрома тесно связано с образом жизни, доступностью и избыточным потреблением высококалорийных продуктов питания и снижением физической активности. При этом большое значение имеет не просто избыточное накопление жира в организме, но и предрасположенность к его интраабдоминальному накоплению. Вместе с тем не только факторы внешней среды, но и во многом генетические факторы способствуют развитию ожирения и метаболического синдрома. Предполагается, что генетические факторы способствуют около 30% наблюдаемой дисперсии в ИМТ, но около 70% дисперсии в распределение жира, что в большей степени относится к метаболическому синдрому. Генетическая природа ожирения стала понятна из результатов широких исследований ассоциации генома (GWAS). Первый полиморфизм единичного нуклеотида (SNP), связанный с повышенным ИМТ был сопоставлен с геном, теперь известным как FTO (ген, связанный с жировой массой и ожирения,). Ген FTO действует путем контролирования аппетита и расхода энергии. Более 40 генетических вариантов было выявлено, как связанные с ИМТ, распределением жира или риском ожирения и метаболического синдрома.

Патофизиология. Важным патогенетическим компонентом метаболического синдрома является инсулинорезистентность, или снижение чувствительности периферических тканей к действию инсулина, что по принципу «плюс-минус взаимодействия» вызывает гиперинсулинемию. Резистентность к инсулину тесно связана с нарушением толерантности к глюкозе, риском сахарного диабета и ИБС.

Инсулинорезистентность обуславливает повышение постпрандиальной гликемии, приводя в конечном итоге к нарушению толерантности к глюкозе, что сопровождается развитием окислительного стресса, вызывающего дисфункцию ß-клеток поджелудочной железы с риском развития сахарного диабета.

Резистентность к инсулину и гиперинсулинемии может непосредственно вызывать гипертензию через увеличение активности катехоламинов независимо от концентрации глюкозы в плазме. Повышенная концентрация инсулина может также остро поднять кровяное давление через инсулинопосредованное повышение почечной канальцевой реабсорбции натрия.

Инсулинорезистентность тесно сопряжена с дислипидемией, характерной для метаболического синдрома, что, с одной стороны, обусловлено повышением уровня свободных жирных кислот (СЖК), выполняющих роль основного энергосубстрата в условиях энергетического голодания тканей при снижении эффективности действия инсулина. С другой стороны, избыточное поступление СЖК в печень генерирует образование мелких плотных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), наиболее атерогенных субфракций ЛНП, легко подвергающихся окислению, проникающих через базальную мембрану эндотелия, где они захватываются моноцитами/макрофагами с образованием «пенистых клеток» - субстрата для

формирования атеросклеротической бляшки. Активированные в условиях гиперинсулинемии макрофаги выделяют провоспалительные факторы, такие как ядерный фактор каппа B (NFkB), С-реактивный протеин, интерлейкины, поддерживающие воспаление в сосудистой стенке и вызывающие прогрессирование сердечно-сосудистой патологии, включая ишемическую болезнь сердца, и сердечную недостаточность, цереброваскулярную патологию и инсульты.

Распространенность метаболического синдрома оценивается в пределах от 10 до 30%, резко возрастает в старших возрастных группах в большинстве европейских стран. По данным Национального исследования здоровья и питания распространенность метаболического синдрома достигла 42% среди американских мужчин и женщин.

Медицинское управление. В целях снижения распространенности метаболического синдрома и его последствий для прогрессирования сердечно-сосудистой патологии и летальности необходимы активные меры по изменению образа жизни и характера питания.

Медикаментозное воздействие включает в себя в первую очередь препараты, направленные на снижение инсулинорезистентности и дислипидемии. Наиболее успешным считается применение метформина, снижающего инсулинорезистентность, улучшающего метаболизм глюкозы с антиатерогенным эффектом, благодаря влиянию на факторы воспаления и окислительный стресс. В США активно используют тиазолидиндионы – агонисты PPAR-γ рецепторов (пиоглитазон), не только снижающие инсулинорезистентность, но и обладающие выраженным противовоспалительным и гиполипидемическим эффектом. Применение препаратов для лечения ожирения у пациентов с метаболическим синдромом, таких как орлистат, антисеротонинергические средства, также способствует и снижению таких факторов сердечно-сосудистого риска, как артериальное давление и интолерантность к глюкозе, возможно, связанных со снижением аппетита и веса. Два класса стимуляторов секреции инсулина – ингибиторы фермента Дипептидил-пептидазы IV класса (иДППIY) и агонисты Глюкагоно-подобного пепида-1(аГПП-1) –используемые в настоящее время при лечении пациентов СДт2 с сохраненной секрецией инсулина, также могут применяться при метаболическом синдроме, поскольку подавляют секрецию глюкагона α-клетками островка Лангерганса, снижая тем самым гипергликемию и содержание жира в печени. Вместе с тем аГПП-1, способствуют снижению аппетита и замедляют эвакуацию пищи по желудочно-кишечному тракту, способствуя снижению веса. Недавно зарегистрирована новая группа препаратов – ингибиторов натрий-глюкозных ко-транспортеров 2-го типа (SGLT-2), которые выводя Na вместе с глюкозой и жидкостью, способствуют снижению веса и артериального давления.

В заключение следует отметить, что главным фактором снижения сердечно-сосудистых рисков при метаболическом синдроме является профилактика его развития за счет изменения образа жизни.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

***Новикова М.С.[1], Аллазова С.С.[2], Шилов Е.М.[2]***

*[1]ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы», отделение обучения и лечения диабета,*
*[2]Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Институт профессионального образования, кафедра нефрологии и гемодиализа, г. Москва, Россия*

Ежегодно в ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы» в отделении обучения и лечения диабета у нефролога проходит обследование около 2200 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Этиология ХБП, согласно нашим данным, представлена: инфекцией мочевых путей - 60% (n= 1320); диабетической нефропатией – 45% (n= 990); гипертензивной нефропатией - 30% (n= 660); ишемической болезнью почек – 20% (n= 440); и токсической нефропатией – 15% (n= 330).

Среди пациентов с инфекцией мочевых путей мочекаменная болезнь была выявлена у 45% (n=588), у 35% (n=462) была диагностирована инфекция нижних мочевых путей (цистит, уретрит), у 20% (n=264) хронический пиелонефрит. В 5% (n=29) случаев мочекаменная болезнь (наиболее тяжелые ее формы) была причиной, выявленной терминальной почечной недостаточности с необходимостью начала заместительной почечной терапии гемодиализом. За год наблюдения был выявлен 1 (0,13%) случай уросепсиса, осложнившийся острой почечной недостаточностью.

Среди пациентов с диабетической нефропатией 62% (n=614) были с сахарным диабетом 2 типа и 38% (n= 376) с сахарным диабетом 1 типа. Заместительная почечная терапия требовалась в 5% (n=31) случаев сахарного диабета 2 типа и в 3% (n=11) случаев сахарного диабета 1 типа.

Среди пациентов с гипертензивной нефропатией не было случаев терминальной почечной недостаточности, однако ХБП 4 стадии выявлялась в 45% (n=297), что требовало постановки на учет в городской нефрологический центр.

Ишемическая болезнь почек осложнялась развитием терминальной почечной недостаточности в 1% (n=4) случаев, у половины из них была единственная почка.

Токсическое поражение почек было представлено анальгетической нефропатией в 85% (n=280); рентгеноконтрастной в 10% (n=33); анаболической в 5% (n=17). Терминальной почечной недостаточности среди этих пациентов не было. Из них у 65% (n=220) была выявлена ХБП 3А стадия, у 25 % (n=83) ХБП 3Б стадия и у 5% (n=17) ХБП 4 стадии.

Данная структура ХБП отражает полиморфизм поражения почек и необходимость ведения таких пациентов с привлечением врачей разных специальностей.

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАБИНЕТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

***Овчаренко М.И., Иванова Е.С.***

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва*

В Московской области в 2013 году на основании приказа от 9 июля 2013 г. №809 «Об организации работы по соблюдению норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в медицинских организациях на территории Московской области» организована работа кабинетов медицинской помощи при отказе от курения.

В соответствии с приказом кабинеты функционируют в поликлиниках, центрах здоровья для взрослого населения.

Всего на территории Московской области работают 68 кабинетов.

В 2016 году за 9 месяцев в кабинетах было зарегистрировано 12446 первичных обращений за медицинской помощью по профилактике и отказу от курения (62% мужчин и 38% женщин).

Число лиц, получивших профилактическое мотивационное консультирование составило 13214 человек. Число лиц, обратившихся для лечения табачной зависимости – 2642 человека, закончивших лечение от табачной зависимости – 1104 человека, находящихся в динамическом наблюдении – 2280 человека.

Расхождение меду числом первичных обращений за медицинской помощью по профилактике и отказу от курения и количеством лиц, получивших мотивационное консультирование, объясняется тем, что часть пациентов, особенно те из них, которые приступают к лечению, нуждаются в повторном консультировании.

Обращает на себя внимание значительный разрыв между количеством обратившихся за медицинской помощью и приступивших к лечению. Отстает число пациентов, состоящих на динамическом наблюдении, от количества лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу отказа от курения.

## ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

***Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б., Солодовникова Т.С., Гущина Н.В., Кубалова М.Н.***

*ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, г. Москва*

По современным представлениям проблема метаболического синдрома (МС), неотъемлемой частью которого является артериальная гипертония (АГ), в последние годы стала актуальной, так как после проведения ряда крупных многоцентровых исследований была выявлена тесная взаимосвязь между АГ и другими компонентами МС. Основной причиной МС принято считать инсулинорезистентность, которая запускает порочный круг симптомов, приводящих к появлению осложнений, самыми тяжелыми из которых являются сердечно-сосудистые заболевания: АГ, мозговой инсульт, инфаркт миокарда и недостаточность кровообращения. В этой связи своевременно начатое лечение, включающее медикаментозные и немедикаментозные, в том числе физибальнеотерапевтические методы коррекции метаболических нарушений, способно значительно улучшить прогноз течения данного заболевания.

В настоящее время доказано, что методы тансцеребральной импульсной электротерапии через центральные механизмы регуляции могут существенно изменять функциональное состояние различных органов и систем. Достаточно хорошо изученным является факт направленного благоприятного действия магнитных полей на высшие отделы центральной и вегетативной нервной системы. Контрастные ванны давно и с успехом применяются для коррекции различных метаболических и сосудистых нарушений. В связи с вышеизложенным, разработка новых физиобальнеотерапевтических технологий лечения АГ у больных МС является целесообразной.

Целью настоящего исследования явилось выявление лечебных возможностей применения различных видов трансцеребральной электротерапии в комплексе с контрастными ваннами для коррекции систем адаптации и метаболизма в профилактике развития и лечении АГ у больных МС.

Нами проведены клинические наблюдения и исследования 94 больных МС. Лечебные воздействия осуществлялись у пациентов I группы по методике сочетанной трансцеребральной амплипульс-магнитотерапии по глазнично-сосцевидной методике и субокципитальное воздействие импульсным магнитным полем: интенсивность 30 мТл, у пациентов II группы – субокципитальное воздействие импульсным магнитным полем (при аналогичных параметрах от вышеуказанного аппарата) и у пациентов III группы - по методу СМТ-электросна (трансцеребральная амплипульстерапия по глазнично-затылочной методике). Курс лечения

состоял из 10-12 ежедневных процедур продолжительностью по 15 минут в комплексе с контрастными ваннами. Первой процедурой комплекса являлось проведение контрастных ванн, через 15-20 минут после них проводились электропроцедуры. Во всех случаях переносимость лечебных комплексов была хорошей.

Для оценки результативности воздействий были изучены данные общеклинических, биохимических и радиоиммунных методов исследования, а также показатели центральной и регионарной гемодинамики, микроциркуляторного русла, психологического статуса.

В результате курсового лечения у больных всех групп был выявлен стойкий гипотензивный эффект, который обеспечивался благоприятной перестройкой основных показателей центральной гемодинамики, нормализацией мозгового кровообращения и благоприятным влиянием на липидный обмен. Нами было отмечено, что в ходе комплексного лечения происходит уменьшение выраженности симпатических реакций, снижение АД, улучшение кровотока в капиллярах, приостановление прогрессирования дислипидемических нарушений, что дает основание расценивать их как действенный фактор для предупреждения прогрессирования МС и развития его осложнений. Также у подавляющего большинства пациентов определено улучшение самочувствия, настроения, снижение реактивной и личностной тревожности по тестам САН и Спилбергера.

Совокупная оценка проведенных исследований позволила определить, что наибольшей эффективностью обладают комплексы, составной частью которых является сочетанная трансцеребральная амплипульс-магнитотерапия (91% - I группа) в сравнении с субокципитальным воздействием импульсным магнитным полем (79% - II группа) и трансцеребральной амплипулстерапией (87% - III группа).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения различных методов трансцеребральной электротерапии в комплексе с контрастными ваннами для коррекции систем адаптации и метаболизма в и лечении АГ у больных МС.

## ОЖИРЕНИЕ БЕЗ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА

***Островская Е.В., Романцова Т.И., Роик О.В., Герасимов А.Н., Новоселова Т.Е., Учамприна В.А.***

*ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия*

Ожирение – важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета (СД) 2 типа. У ряда больных ожирением метаболические осложнения отсутствуют. Для определения этой группы пациентов предложен термин «метаболически здоровое ожирение» (МЗО).

Целью работы явилось определение распространенности МЗО с учетом различных диагностических критериев, изучение факторов, предопределяющих метаболическое здоровье и фенотипических особенностей этой категории пациентов.

Материалы и методы: проведена ретроспективная оценка данных 389 историй болезни пациенток от 18 до 60 лет с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м2), обследованных в отделении эндокринологии Университетской клинической больницы №2 г. Москвы. Критериями исключения являлись: сахарный диабет 1 типа, тяжелая форма СД 2 типа, хронические

инфекционные и воспалительные заболевания в стадии обострения, тяжелая соматическая патология, беременность и лактация. Распространенность МЗО оценивалась по трем различным типам критериев: 1 – дефинициям метаболического синдрома (МС) IDF 2009 г. (не более одного дополнительного фактора кардиометаболического риска, помимо увеличения окружности талии (ОТ)); 2 – индексу HOMA (< 2,7); 3 – критериям BioSHaRE-EU 2013г (Biobank Standartisation and Harmonisation for Research Exellence in European Union) - пациенты с ИМТ > 30 кг/м2, не имеющие ни единого проявления МС по критериям NCEP ATP III, США. Для дальнейшего сравнительного анализа были взяты «метаболически здоровые» пациенты по критериям IDF 2009г. В группу сравнения вошли больные с метаболическим синдромом. Проведен сравнительный анализ данных анамнеза, антропометрии, состояния липидного и углеводного обмена, функционального состояния печени.

Результаты. По критериям IDF 2009г распространенность МЗО составила 38,6%, по индексу HOMA – 34,5%, по BioSHaRE-EU - 9,6%. В группах МЗО и МС преобладала отягощенная наследственность по ожирению, СД и артериальной гипертензии (АГ) по линии матери. Дислипидемия имела место в 27,3% в группе МЗО (с одинаковой частотой по возрастам) и 49,5% (61,6% старше 40 лет) наблюдений с МС. Артериальная гипертензия в соответствующих группах отмечалась у 25% (59,4% старше 40 лет), и в 71,6% случаев (из них 73,2% лиц старше 40 лет). Частота стеатогепатоза была сопоставима: 47,7% у МЗО (несколько чаще в возрасте до 40 лет) vs 51,3% случаев у МС (с преобладанием в старшей возрастной группе).

Из прочих заболеваний преобладала гинекологическая патология: у 50,77% пациенток в группе МЗО и у 61,4% в группе МС (p = 0,05). Существенно отличалась частота различных нарушений углеводного обмена: 6,82% в группе метаболически здоровых пациенток vs 39,1% в группе с метаболическим синдромом. Реже всего встречались заболевания суставов - 5,65% МЗО и 8,7% МС (p = 0,05). Длительность существования ожирения у пациенток к моменту обследования составила 18,7 и 24,01 года (p = 0,0004).

Анализ антропометрических и лабораторных данных показал, что средние показатели ИМТ в группах МЗО и МС составили, соответственно, 36,07 и 39,15 кг/м2 (p<0,0001), окружности талии - 104,8 и 113,2 см (p<0,0001), окружности бедер (ОБ) - 122,3 и 126,3 см (p<0,05), глюкозы натощак 4,93 и 5,63 ммоль/л (p<0,0001), общего холестерина - 4,98 и 5,59 ммоль/л (p<0,0001), инсулина базального - 13,67 и 19,88 мкЕд/мл (p<0,0001), С-пептида базального 1074,78 и 1395,76 ммоль/л (p<0,0001), индекса HOMA - 3,16 и 5,06 (p<0,0001). Медиана для АЛТ составила 20 и 23,5 ед/л, для АСТ – 20 и 23 ед/л, для триглицеридов 1,09 и 1,79 ммоль/л, для липопротеидов высокой плотности - 1,39 и 1,14 ммоль/л. Уровень систолического артериального давления (САД) в покое на левой руке - 122 и 134 мм рт. ст. (p<0,0001), диастолического (ДАД) - 77,7 и 83,45 мм рт. ст. (p<0,0001). Абдоминальный тип ожирения преобладал у пациенток с МС (54%), в то время как в группе МЗО преобладал смешанный и ягодично-бедренный тип ожирения (59%) независимо от возраста.

Выводы. Максимальная распространенность МЗО была определена при использовании критериев МС от 2009 г., минимальная - по критериям BioSHaRE-EU, что сопоставимо с данными мировой литературы. Основные проанализированные показатели достоверно различались в группах МЗО и МС. Более длительное существование ожирения в группе МС предполагает, что метаболически здоровое ожирение является нестабильным фенотипом и с течением времени может трансформироваться в «метаболически нездоровое».

Ключевые слова: метаболически здоровое ожирение; кардиометаболический риск; метаболический синдром.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА

***Петрунина Г.Ф., Иванова Е.С.***

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

На территории Московской области в День здоровья 7 апреля 2016 года проведен социологический опрос населения «Что Вы знаете о сахарном диабете».

В социологическом опросе приняли участие 65 муниципальных образования:40 муниципальных районов и 25 городских округов.

Опрос проведен сотрудниками центров медицинской профилактики (7), отделений и кабинетов медицинской профилактики (42), центров здоровья (25); сотрудниками амбулаторно-поликлинических учреждений (32); волонтерами (13).

По результатам социологического исследования опрошено 26858 человек.

На первый вопрос: «Диабет долгое время может никак не проявляться и единственный способ выявить заболевание – это сделать анализ крови на уровень глюкозы?» число респондентов, ответивших верно составило 83,2%, неверно – 16,8%.

На второй вопрос: «Диабет может привести к развитию инфаркта и инсульта?» число респондентов, ответивших верно составило 74,2%, неверно – 25,8%.

На третий вопрос: «Избыточная масса тела никак не влияет на риск заболеть сахарным диабетом?» число респондентов, ответивших верно составило 39,1%, неверно – 60,9%.

На четвертый вопрос: «Дети не болеют сахарным диабетом?» число респондентов, ответивших верно составило 25,5%, неверно – 74,5%.

На пятый вопрос: «Соблюдение принципов здорового образа жизни может предотвратить развитие сахарного диабета II типа?» число респондентов, ответивших верно составило 76,6%, неверно – 23,4%.

Умышленно усложненная формулировка вопроса №3 и №4 привела к высокому проценту (39,1%) и (25,5%) неправильных ответов, при этом основная масса респондентов (60,9%) и (74,5%) дали правильный ответ.

Опрос показал, что респонденты в основном правильно ориентируются по существу поставленных вопросов и информированы о факторах риска и последствиях развития сахарного диабета.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

***Праскурничий Е.А.[1], Морозкина И.В.[2]***

*[1]ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации,*
*[2]ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации*

В настоящее время такие факторы риска как артериальная гипертензия (АГ), абдоминальное ожирение, нарушение чувствительности тканей к инсулину, нарушение углеводного, пуринового и липидного обмена рассматриваются в рамках метаболического синдрома (МС). Медико-социальное значение МС определяется, прежде всего, тем, что при его развитии риск сердечно-сосудистых заболеваний в 4,2 раза, а риск сахарного диабета 2 типа в 9 раз выше, чем в целом в популяции.

Среди трудоспособного населения МС выявляется у 15–25% человек, и, как стало известно благодаря таким исследованиям как MONICA, Whitehall Study и другим, хронический производственный стресс, неблагоприятные условия труда, а также неустойчивый социально-экономический статус увеличивают риск возникновения метаболических нарушений.

Наиболее известное научное исследование, посвященное изучению взаимосвязи МС и длительного производственного стресса, было проведено в Лондоне, получило название the Whitehall II study. В течение 14 лет осуществлялось динамическое наблюдение и оценивалось состояние здоровья служащих гражданских департаментов. Уровень стресса оценивался по степени напряженности труда с помощью специального опросника производственной нагрузки, а диагностика МС осуществлялась по критериям the National Cholesterol Education Program definition. В результате установлена связь между длительностью стрессовых ситуаций на работе в и риском развития МС. У сотрудников с хроническим стрессом на работе МС встречался в два и более раза чаще, чем у других категорий служащих, при этом данная закономерность отмечалась как среди мужчин, так и среди женщин. Следствием развития МС явилось увеличение частоты сердечно-сосудистых заболеваний в наблюдаемой группе, в частности, ИБС. Конкретные биологические механизмы, лежащие в основе указанных тенденций, остались невыясненными, однако, вероятно, включают как непосредственные нейроэндокринные эффекты стресса, так и косвенные воздействия, опосредованные неблагоприятным для здоровья изменением образа жизни, включая увеличение потребления алкоголя, диетические нарушения, курение.

Одной из важнейших особенностей труда авиационного персонала – пилотов и диспетчеров управления воздушным движением – является высокий уровень нервно-эмоционального напряжения. В связи с этим, а также принимая во внимание широкую распространенность МС в современном обществе, нами проведено изучение эпидемиологических и клинических особенностей МС, развивающегося у лиц авиационного персонала гражданской авиации Российской Федерации – летных экипажей и диспетчеров управления воздушным движением.

Проанализированы данные о 155 зарегистрированных случаях МС у авиационного персонала. Верификация МС основывалась на критериях Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, 2009.

Согласно результатам проведенного анализа, из 155 случаев в 128, что составляет 83%, МС регистрировался у членов летного экипажа, в 27 случаях (17%) – у диспетчеров управления воздушным движением (УВД). В возрастном отношении среди пациентов с МС преобладали лица в диапазоне от 50 до 60 лет. Среди основных клинических проявлений МС наиболее часто отмечалась АГ (у 144 человек; 92% всех случаев метаболического синдрома) и ожирение (у 137 человек – 88%; у остальных – избыточная масса тела). У 83 пациентов выявлена дислипидемия, у 10 – сахарный диабет 2 типа, в 4-х случаях – нарушенная толерантность к глюкозе.

Кроме того, отмечена высокая частота прогностически неблагоприятных ассоциаций метаболических факторов риска. В частности, сочетание артериальной гипертензии, ожирения и дислипидемии отмечалось в 36% случаев, а сочетание первых двух факторов с сахарным диабетом либо нарушенной толерантностью к глюкозе – в 9% случаев.

Обращает также на себя внимание и широкая распространенность абдоминального ожирения – этого значимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа – в целом среди авиационного персонала, особенно у лиц, находящихся на диспансерном учете в связи с развитием какого-либо заболевания. Так, частота ожирения в группе лиц летного состава, имеющих заболевания, достигла 14,5%, а еще у 2,6% была выявлена избыточная масса тела. Среди диспетчеров УВД указанные показатели составили соответственно 15,1% и 3,2%.

Изложенные факты свидетельствуют об актуальности проблемы МС у лиц авиационного персонала гражданской авиации как у представителей одной из экстремальных профессий. Возможными причинами широкой распространенности МС в данной профессиональной группе могут служить особенности производственной деятельности, в частности высокий уровень нервно-эмоционального напряжения, а также актуализация факторов риска кардиоваскулярной патологии – предикторов крайне неблагоприятного прогноза.

Многообразие выявленных неблагоприятных факторов летного и диспетчерского труда, оказывающих влияние на сердечно-сосудистую систему, требует разработки специальных профилактических мероприятий. С одной стороны, наибольший профилактический эффект призвана обеспечить стратегическая долгосрочная программа мер по борьбе с выявленными факторами риска. Речь идет о рациональном питании, двигательной активности, отказе от курения, раннем выявлении нарушений липидного обмена и их коррекции, своевременной диагностике АГ и оптимальной антигипертензивной терапии. С другой стороны, безусловно, важна и ежедневная регулярно осуществляемая работа по поддержанию высокого уровня работоспособности во время профессиональной деятельности. Ее компонентами призваны стать различные методики релаксации и противодействия стрессу, профилактика утомления, улучшение условий отдыха. Только при условии реализации комплексного подхода по борьбе с факторами сердечно-сосудистого риска возможна тенденция снижения кардиоваскулярной заболеваемости у лиц авиационного персонала гражданской авиации – представителей экстремальных профессий.

## МЕСТО МИМЕТИКА ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1 В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СОПУТСТВУЮЩИМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

***Стрюк Р.И., Свиридова М.И., Мкртумян А.М., Голикова А.А.***

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва, Россия*

Цель. Исследовать уровень вч-СРБ как одного из маркеров неспецифического воспаления у больных сахарным диабетом (СД) типа 2 с кардиоваскулярной патологией и оценить возможность влияния миметика глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) эксенатида на этот показатель.

Материал и методы. У 74 пациентов СД типа 2 (22 мужчины и 52 женщины) в возрасте от 48 до 75 лет (средний возраст 61,5±7,4 года) изучали уровни высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), гликированного гемоглобина (HbA1c), гликемии натощак, проводилось исследование функции эндотелия с помощью эндотелийзависимой вазодилятации (ЭЗВД) плечевой артерии по методу D. Celemajer. У 89% больных выявлена гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, 2-3 степени (ВОЗ/МОАГ, 2010), у 67% - стабильная стенокардия напряжения II-III ФК, 9% больных ранее перенесли инфаркт миокарда и 2% – стентирование коронарных артерий. Пациенты методом случайной рандомизации были разделены на 2 группы: основная - 54 человека, которым к пероральным сахароснижающим препаратам был добавлен миметик ГПП-1 эксенатид в режиме двукратных подкожных инъекций, группа сравнения - 20 человек продолжали получать предшествующую сахароснижающую терапию (метформин и препараты сульфонилмочевины). Продолжительность наблюдения больных основной группы и группы сравнения составила 26 недель.

Результаты. У 95,8% больных основной группы и у 95,0% больных группы сравнения выявлены признаки хронического неспецифического воспаления в виде повышения уровня вч-СРБ, среднее значение которого в основной группе составило 5,7 мг/л, в контрольной группе – 4,98 мг/л, что соответствует высокому риску развития ССЗ согласно рекомендациям Американской ассоциации сердца. При исследовании функции эндотелия в обеих группах больных выявлено, что у пациентов с низким риском сердечно-сосудистых заболевания (ССЗ) по уровню вч-СРБ прирост диаметра плечевой артерии был наибольшим – 7,08±2,8%, что в 1,7 раза было выше (4,64±4,4%) по сравнению с пациентами со средним риском и в 3 раза выше (3,4±2,1%), чем у пациентов с высоким риском. Через 6 месяцев лечения у больных основной группы отмечено достоверное снижение уровня гликемии, HbA1c, что составило 9,3±0,7 ммоль/л до 7,9±0,6 ммоль/л (p=0,001), 7,8±0,6% до 7,2±0,4% (p=0,001) соответственно. В группе сравнения также отмечено достоверное улучшение показателей углеводного обмена: уровень гликемии натощак снизился с 8,9±0,6 ммоль/л до 8,1±0,5 ммоль/л (p=0,05), уровень HbA1 c - с 7,7±0,5% до 7,4±0,4% (p=0,026). Только у больных основной группы выявлено статистически значимое снижение уровня вч-СРБ, что составило с 5,7±1,1 мг/л до 2,6±1,2 мг/л, (p=0,0001), положительной динамики показателей вч-СРБ в группе контроля выявлено не было – через 6 месяцев лечения средние значения оставались на исходном уровне (4,98±1,6мг/л и 4,76±1,4 мг/л, P=0,9). Достоверного изменения в приросте диаметра плечевой артерии по данным пробы с реактивной гиперемией не выявлено у пациентов обеих групп.

Выводы: у больных основной и контрольной группы выявлено повышение уровня вч-СРБ, соответствующее среднему и высокому риску ССЗ. Комплексное лечение больных, включающее миметик ГПП-1 эксенатид приводит к статистически значимому снижению вч- СРБ на фоне снижение гликемии.

## РОЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТРУКТУР В РАБОТЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МАЛОГО ГОРОДСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ

***Телкова И.Л.***

*Центр здоровья ГБУЗ МО «Жуковская ГКБ», г. Жуковский, Московская область*

Цель настоящего сообщения – анализ эффективности работы центра здоровья (ЦЗ) в зависимости от степени взаимодействия с различными организационными и ведомственными структурами.

Формы взаимодействия – самообращение населения, направления на консультацию по поводу факторов риска и мониторинга показателей функционального состояния врачами поликлиник и стационаров, службы диспансеризации и работодателей, средства массовой информации. Объект исследования – посетители центра здоровья, начиная с 2010 г. Использовался метод опроса посетителей ЦЗ анкетами, предложенными Московским областным центром медицинской профилактики (филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»), анализ ежегодных результатов обследования.

Результаты. За время работы ЦЗ (с 2010 г) в ЦЗ обратилось 24206 человек для первичного комплексного обследования и консультаций по поводу наличия факторов риска. Соотношений мужчин и женщин составило 24,7% и 75,3%, соответственно. Возраст обследованных колебался

от 18 до 98 лет (в среднем 53,4±18,3 года). Основная масса посетителей – как мужчин (51,9%), так и женщин (64,5%) – относились к старшим возрастным группам, т.е., были старше 50 лет. Доля здоровых лиц колебалась в разные годы от 17% до 27% (в среднем 22,4%), наличие факторов риска – один и более – отмечен у 73–82,2% обследованных (в среднем 77,6%).

Первые 4 года работы все посетители ЦЗ обращались в центр самостоятельно. Однако в последние 2 года наметилось хотя и слабое, но взаимодействие с коллегами. В 2015 г. врачи поликлиники направили на консультацию в ЦЗ 14 человек (0,31%), а за полгода 2016 – 40 чел. (1,94% пациентов). Увеличилось взаимодействие с диспансерным отделением – с 6,5% посетителей в 2015 г. до 35,8% в 2016 г. Работодатели практически направляли на профилактическое обследование только в случае выездных форм работы (11,8% и 12,2% соответственно).

Анализ результатов опроса посетителей центра здоровья об источниках их осведомленности о работе такового и его возможностях показали, что в основном пациенты (34% женщин и 50% мужчин) узнали о ЦЗ от врачей и других медработников, еще 34% женщин и 28% мужчин – от знакомых, и только 19% и 11%, соответственно, – из средств массовой информации (радио, интернет, телевизор, газеты). Следует отметить, что практически отсутствует социальная реклама, нет информации о таких ЦЗ на сайтах городских муниципальных служб, в отличие от частных медицинских центров. По этой причине работа муниципального ЦЗ, оказывающего свои услуги бесплатно, дезавуируется засильем последних и остается не востребованной.

Вместе с тем, опрос показал, что люди, посетившие ЦЗ, практически все удовлетворены итогами – его организацией, полученной информацией о своем функциональном состоянии и рекомендациями. Из них 98% участников опроса высказали готовность вести здоровый образ жизни, а 94% женщин и 88% мужчин намерены выполнить предписание врачей.

А вот опрос врачей в социальных сетях Интернета нередко встречает негативные отклики о пользе и необходимости ЦЗ. Большинство из коллег относятся с непониманием к работе этой структуры. Значительная доля врачей (в отличие от среднего и младшего медицинского персонала) избегает сотрудничества и участия в обследованиях собственного здоровья.

Таким образом, наблюдения свидетельствуют, что среди населения чрезвычайно высок уровень распространенности факторов риска основных неинфекционных заболеваний, обусловленных воздействием этих факторов. Доля хронических заболеваний, выявляемых при сборе анамнеза, в разных возрастных группах достигает от 50% до 98%. В консультациях врачей-специалистов нуждаются от 24,9% до 30% лиц, обратившихся в ЦЗ.

В этой связи Центры здоровья имеют и выполняют свои цели и задачи – по повышению грамотности населения в отношении санитарной культуры, оказывают помощь населению в адекватном понимании состояния своего организма, прививают навыки управления своим самочувствием. Однако существует ряд организационных трудностей, мешающих работе службы ЦЗ. С одной стороны это связано, вероятно, с низкой готовностью врачебного сообщества принять санитарно-просветительскую форму работы как самостоятельного равноправного партнера врачебной деятельности. С другой стороны, не менее важна социальная ответственность работодателей за здоровье своих сотрудников. Последних, возможно, следует стимулировать законодательно, чтобы не ЦЗ просили о возможности обследовать работников и информировать их о путях и способах сохранения здоровья, а напротив, работодатели заключали договора с такими ЦЗ о регулярных обследованиях. Не менее важен и информационный социальный блок. Навязчивая агрессивная реклама в средствах массовой информации, интернете различных вредных привычек (в еде, потреблении алкоголя, курения, образа жизни, и т.д.), скорее способствует повышению заболеваемости населения, чем воспитывает в нем приверженность здоровью и здоровому образу жизни.

# ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ЗА 5-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ЕГО РАБОТЫ НА ПРИМЕРЕ МАЛОГО ГОРОДСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

***Телкова И.Л., Афанасьева Е.А.***

*Центр здоровья ГБУЗ МО «Жуковская ГКБ», г. Жуковский, Московская область, Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

Цель настоящего сообщения – представить результаты 5-летней работы центра здоровья (ЦЗ) по оценке распространённости основных поведенческих и метаболических факторов риска, наиболее значимых для здоровья населения, и влияния на частоту их распространения первичных профилактических вмешательств.

Объект исследования и вмешательств – граждане Российской Федерации, преимущественно проживающие в г.о. Жуковский, обратившиеся в ЦЗ с 2010 по 2016 гг. Анализировали динамику первичных (комплексное обследование) и повторных (динамическое наблюдение) посещений ЦЗ по годам, распределение по полу (мужчины и женщины) и возрасту. Стратификация по возрастным группам проводилась по следующим градациям: I – до 35 лет, II – 36-50, III – 51-65 лет и IV – старше 65 лет. Изучали распространенность соматических (артериальная гипертензия, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, гипергликемия) и поведенческих (гиподинамия, курение) факторов риска в каждой из подгрупп. Сравнивали эффективность влияния различных форм вмешательств на распространённость выявленных факторов риска. Методология обследования включала осмотры и консультирование при самообращении в ЦЗ в поликлинике и при выезде на предприятие.

Применялись рекомендуемые формы работы при обращении в ЦЗ стационарно – индивидуальное и групповое углублённое консультирование, обучение в школах здоровья с использованием наглядных пособий – буклетов и методичек по каждому из факторов риска, интернета, презентаций. Ежемесячно с 2013 г. практикуются выезды на предприятия, что позволяет в большей мере привлечь к обследованиям лиц работоспособного возраста в режиме «on line», то есть, в условиях актуального влияния производственных факторов на функциональное состояние организма.

Результаты. Всего за время существования Жуковского ЦЗ для взрослых (открыт в 2010 г) в центр обратилось 24206 человек, что составило 26,5% всего взрослого населения, прикреплённого к поликлинике городской клинической больницы и/или проживающего в г.о. Жуковский. Средний возраст обследованных лиц – 53,4±18,3 года. Соотношение мужчин и женщин составило 24,7% и 75,3% соответственно. В год в ЦЗ проходит обследование от 3975 до 5234 чел (в среднем 4419,4±486,9 чел/год). Возрастные группы посетителей ЦЗ как среди женщин, так и среди мужчин за весь период работы центра преимущественно представлены лицами в возрасте от 50 лет и старше. До 2015 г. число посетителей ЦЗ старше 50 лет составляло 62,4%, однако в 2016 г. наметилась тенденция к росту лиц в возрасте от 18 до 50 лет (до 39,3%). В 2016 г. отмечена также положительную динамику посещений ЦЗ здоровыми людьми, которые обращаются за консультацией с целью комплексной оценки функционального состояния организма и/или в поиске путей профилактики факторов риска основных неинфекционных заболеваний и отказа от вредных привычек. Если в 2013 г. их доля составляла 14,1%, то за 6 месяцев 2016 г. она увеличилась до 36%.

Среди соматических факторов риска установлена высокая частота избыточной массы тела – 62,2% обследованных мужчин и 75,5% женщин. Это превосходит областные показатели на 6%. Из этого числа доля лиц с ожирением достигает 34,7%. Выявлена также высокая частота гиперхолестеринемии, уровень которой превышен у 62% женщин и 37% мужчин при средне областном показателе 50% и 40%, соответственно. Распространенность артериальной гипертензии (39%) среди женщин оказалась сопоставимой с другими районами МО (39,3%), тогда как мужчины страдали АГ на 6,5% чаще (42,3%).

Чрезвычайно высок в г.о. Жуковский уровень поведенческих факторов риска. Так, мало двигаются (менее 30 минут ходьбы в день) 82,5% мужчин и 86,3% женщин при среднем областном показателе 60% и 62%, соответственно. Частота курения среди мужчин и женщин составила 29,3% и 11%, соответственно, что в целом сравнимо с областными показателями.

За 5 лет работы нашего ЦЗ отмечена положительная динамика в снижении числа лиц с избыточной массой тела (с 39,6% до 28,3%). Наметился небольшой сдвиг в числе лиц с гиперхолестеринемией (с 56,7% до 53,3%), в 2 раза увеличилось число жителей, увеличивших свою физическую активность, контролирующих АД и уровень сахара в крови, особенно в группах работоспособного возраста. Однако число лиц с ожирением (а это в большинстве случаев люди от 50 лет и старше среди женщин и от 36 лет – среди мужчин) продолжает расти, достигая в возрасте 51-65 лет и старше уровня 48,7% среди женщин и 45,5% – среди мужчин.

Обсуждение. Анализ показал, что за последние 2 года среди лиц, регулярно посещающих ЦЗ, число лиц с избыточной массой тела уменьшилось на 11,3%, хотя количество граждан, имеющих ожирение, осталось на прежнем уровне – 34,7%. Стабилизировалось на уровне 40% число больных артериальной гипертензией. Наметилась тенденция к снижению числа лиц с гиперхолестеринемией и в 1,5 раза выросло количество людей, увеличивших свою физическую активность. Однако число курящих женщин остается на прежнем уровне и даже несколько увеличивается.

В то же время следует отметить, что наметился некоторый спад показателей первичных посещений (Z006), тогда как по частоте повторных визитов к врачу (Z008) с целью контроля показателей факторов риска основных неинфекционных заболеваний за это же время наметилась тенденция к увеличению. С одной стороны это свидетельствует о росте интереса населения к показателям собственного здоровья. В то же время посещаемость ЦЗ в значительной степени зависит от целого ряда факторов как объективных, так и субъективных. К ним относится информированность населения о возможности и необходимости контроля состояния своего здоровья, в значительной мере – степень ответственности как самих граждан, так и их работодателей за поддержание эффективного функционального уровня организма. Не менее важным является качество оказания консультативной медицинской профилактической помощи, которое зависит от специализированной подготовки врачей ЦЗ.

Относительно невысокий уровень пользования услугами ЦЗ (26,5% от всех проживающих в г Жуковском) и преобладание старших возрастных групп среди посетителей ЦЗ объясняется, во-первых, значительной долей лиц работоспособного возраста, работающих в Москве. Как правило, эти граждане получают медицинскую и профилактическую помощь там же, а не по месту жительства и прикрепления к медучреждению. Во-вторых, в городе распространены ведомственные поликлиники, которые обслуживая основные градообразующие предприятия, получают за это финансирование от ОМС и имеют собственные отделения медицинской профилактики.

При сравнении эффективности стационарных и выездных методов обследования установлено, что последние показали себя как эффективная форма работы с населением. Обследование на рабочем месте в режиме «on line» более убедительно демонстрирует человеку его актуальное функциональное состояние и, вероятно, в большей степени мотивирует к выполнению полученных от врача рекомендаций при наличии отклонений в здоровье.

Заключение. Отмечен рост числа регулярных ежегодных посещений ЦЗ, что, очевидно, свидетельствует о повышении интереса к проблеме сохранения и/или поддержания здоровья лицами разных возрастных групп, в том числе, у молодых граждан. Центр здоровья оказывает своей работой явный позитивный эффект на образ жизни жителей города Жуковского и показатели метаболических и поведенческих факторов риска. Продвижение информации о здоровом образе жизни постепенно меняет отношение граждан к сохранению и укреплению своего здоровья. Входит в обиход культура мониторинга функционального состояния организма, формируются навыки здорового образа жизни.

# МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

***Чорбинская С.А., Покутний Н.Ф., Блохина О.Е., Чорбинская Е.С.***

*ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ,*
*ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ,*
*ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ, г. Москва, Россия*

Метаболический синдром (МС) широко распространен в популяции. По некоторым данным его частота достигает 14% - 25% у взрослого населения планеты (Чазова И.Е., Мычка В.Б., 2004). Большое значение в развитии метаболического синдрома играет изменение образа жизни современного человека: переедание, употребление продуктов, содержащих большое количество легкоусвояемых углеводов и животных жиров, малоподвижный образ жизни и частые стрессовые состояния. На фоне вышеуказанных причин постепенно формируется ожирение с преимущественным отложением жира в абдоминальной области (висцеральное ожирение) (Мкртумян А.М., 2005).

По данным ВОЗ в 2014 г. избыточный вес имелся больше чем у каждого третьего взрослого (39%) в возрасте от 18 лет во всем мире. С 1980 по 2014 г. распространенность ожирения в мире увеличилась более чем в два раза, при этом ожирение было диагностировано у 11% мужчин и 15% женщин (более полумиллиарда взрослых).

Основными составляющими метаболического синдрома, согласно критериям, разработанным в апреле 2005 года Международной федерацией диабета (IDF), являются: абдоминальное ожирение (обязательный критерий), повышение уровня триглицеридов, снижение показателей холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), артериальная гипертензия, гипергликемия.

Наиболее обоснованным направлением в терапии метаболического синдрома считается снижение инсулинорезистентности. Препараты, способные повышать чувствительность клеток к инсулину относятся к инсулиносенситайзерам. В этой группе лидируют бигуаниды (метформин), которые эффективно применяются в терапии больных сахарным диабетом типа 2 и ассоциированных с ним метаболическими расстройствами.

Цель исследования: изучить состояние гепатобилиарного тракта у пациентов с метаболическим синдромом и оценить эффективность комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе ряда медицинских учреждений УД Президента РФ. Нами были обследованы 97 пациентов в возрасте от 37 до 61 года. Проводилась оценка следующих параметров: анализ жалоб, анамнеза заболевания пациентов, данных физикального осмотра с подсчетом индекса массы тела (ИМТ), клинического и биохимического анализа крови, показателя инсулинорезистентности (индекс HOMA), данных ультразвукового исследования органов брюшной полости.

В исследование не включались пациенты, имеющие вирусную природу поражения печени, употребляющие алкоголь в гепатотоксических дозах (40 г чистого этанола в сутки для мужчин и 20 г для женщин), получающие гепатопротективную терапию.

У всех пациентов в результате проведенного обследования выявлены признаки метаболического синдрома (висцеральное ожирение, дислипидемия, нарушение углеводного обмена, артериальная гипертензия). Диагностика метаболического синдрома проводилась согласно критериям IDF 2005 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 97 наблюдаемых пациентов с метаболическим синдромом в ходе клинического, инструментального и лабораторного обследования у 91 пациента (93,8%) диагностирована жировая болезнь печени (стеатоз и стеатогепатит).

Оценка состояния желчевыводящих путей выявила следующее: у 49 пациентов (48,5%) - холестероз желчного пузыря; при этом: у 55,1% сетчатая форма, у 30,6% - полиповидно-сетчатая,

а у 14,3% - полиповидная форма. У пациентов с холестерозом желчного пузыря в 32% случаев при ультразвуковом исследовании выявляется билиарный сладж.

У всех 91 пациентов с жировой болезнью печени имеются изменения индекса массы тела и признаки абдоминального типа ожирения. Избыточная масса тела верифицирована у 49 (54%) пациентов (ИМТ -28,7+0,75 балла); у 27 (30%) – ожирение I степени, (ИМТ – 33,3+0,67 балла); ожирение II степени (ИМТ – 37,1+0,7 балла) у 15 (16%). Повышение артериального давления (признаки гипертонической болезни I – II ст.) выявлено у 77 (85%) обследованных. Признаки дислипопротеинемии отмечены в 49 (54%) случаях и соответствовали гиперлипидемии 2а и 2б типа. Нарушение углеводного обмена диагностировано у 43 (47%) пациентов.

По данным ультразвукового исследования признаки жировой болезни печени (гиперэхогенность или «яркость» ткани печени) отмечены у 86 (95%) наблюдаемых, при этом у 62% (56) из них выявлена умеренная гепатомегалия.

По результатам биохимического анализа крови отмечено повышение уровня АЛТ и АСТ (в 1,5 – 3 раза выше нормы) у 85% (77) пациентов.

Из общего числа обследованных пациентов 42 получали в течение 48 недель метформин (Глюкофаж Лонг, Глюкофаж MERCK, Германия) в суточной дозе от 1000 до 2000 мг. Пациентам настоятельно рекомендовалось соблюдение диеты и повышение физической активности. После завершения курса лечения у всех пациентов проводилось контрольное обследование.

На фоне комплексной терапии, включающей метформин, в этой группе пациентов отмечалось достоверное снижение индекса HOMA (норма до 2,7) с 4,82+ 1,05 до лечения и 3,48+ 0,59 после лечения. Нормализация уровня сывороточных трансаминаз наблюдалась у 27 (65%) больных, тенденция к снижению показателей у 15 (35%) пациентов. У 29 (69%) больных отмечено снижение массы тела от 2 – 6 кг.

Нежелательные эффекты наблюдались в 21% случаев, наиболее частыми из которых были эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта: абдоминальная боль/дискомфорт, метеоризм, диарея, тошнота, металлический привкус во рту. Переход на пролонгированную форму метформина (Глюкофаж Лонг) позволил снизить процент нежелательных эффектов до 9%.

Таким образом, у пациентов с метаболическим синдромом отмечается тесная ассоциация с патологией гепатобилиарного тракта: у 93,8% диагностируется жировая болезнь печени, а у 48,5% – холестероз желчного пузыря с наличием сладж синдрома (у 32% среди них). Использование в комплексном лечении пациентов с МС бигуанидов (метформина) благоприятно сказывается на патогенетических механизмах его формирования.

## ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2015 ГОДУ

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

*Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия*

В 2015 году в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Московской области бесплатной медицинской помощи продолжалось проведение диспансеризации взрослого населения. Основная цель диспансеризации: выявление ранних стадий хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, являющихся в настоящее время основной проблемой для общественного здоровья, определяющих картину преждевременной смертности и инвалидизации населения Российской Федерации.

Проведение диспансеризации в 2015 году было запланировано у 1127591 человека. В 2015 году диспансеризацию прошли 1016213 жителей Московской области, что составляет 90,1% от запланированного и на 1,5% выше числа обследованных за 2014 год (1003639 человек).

Из 1016213 человек, прошедших диспансеризацию в 2015 году, 379151 человек (37%) были признаны практически здоровыми (1 группа здоровья), 205038 человек (21%) – имеют факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (2 группа здоровья). У 432024 человек (42%) были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (3 группа здоровья).

Из 1016213 человек, прошедших диспансеризацию в 2015 году, женщин – 599751 (59%), мужчин – 416462 (41%). Лица в возрасте 21-36 лет составили 35% (325614 человек), 39-60 лет – 38% (349495 человек), старше 60 лет – 27% (239984 человека).

Число работающих граждан, прошедших диспансеризацию в 2015 году, составило 656128 человек, неработающих – 330900 человек, число обучающихся в образовательных учреждениях в очной форме составило 29185 человек.

В 2015 году в ходе диспансеризации было обследовано 21708 инвалидов и участников Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним по льготам.

Из лиц, прошедших диспансеризацию в 2015 году, 172050 (17%) проживают в сельской местности.

По результатам диспансеризации среди взрослого населения Московской области в 2015 году было выявлено 376928 заболеваний (371 на 1000 обследованных) (в 2014 году – 210 400), из них:

- болезни системы кровообращения – 170387 (167,7 на 1000 обследованных) (в 2014 году – 84628), в том числе болезни, характеризующиеся повышением артериального давления – 109522 (107,7 на 1000 обследованных) (52161 – 2014 г.); ишемическая болезнь сердца – 35620 (35,1 на 1000 обследованных) (16477 – 2014 г.), цереброваскулярные болезни – 17939 (17,7 на 1000 обследованных) (10625-2014 г.);
- новообразования – 3404 (в 2014 году - 1627) в том числе злокачественные новообразования – 2323 (2,3 на 1000 обследованных) (1164 – 2014 год); из них: злокачественные заболевания органов желудочно-кишечного тракта: 551 (2014 год – 219), трахеи, бронхов и легкого 161 (2014 год – 68); молочной железы 772 (2014 год – 414), женских тазовых органов 322 (2014 год – 143), предстательной железы 245 (2014 год – 167), почки 106 (2014 год – 61).
- болезни органов дыхания – 15661 (15,4 на 1000 обследованных) (в 2014 году - 8515) в том числе ХОБЛ – 13507 (13,3 на 1000 обследованных) (2353 – 2014 г.);
- болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 5280 (5,2 на 1000 обследованных) (3875 – 2014 г.);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 62049 (61,1 на 1000 обследованных) (в 2014 году - 39862) в том числе сахарный диабет – 13833 (13,6 на 1000 обследованных) (7763 – 2014 г.), ожирение – 28866 (28,4 на 1000 обследованных) (28496 – 2014 г.);
- болезни нервной системы – 17991 (17,7 на 1000 обследованных) (в 2014 году – 13463);
- болезни органов пищеварения – 39333 (38,7 на 1000 обследованных) (в 2014 году – 23271);
- болезни мочеполовой системы – 14410 (14,2 на 1000 обследованных) (в 2014 году – 11884).

По результатам анкетирования граждан, прошедших диспансеризацию, которое было проведено среди 1200 человек, диспансеризацию считают полезным мероприятием 856 опрошенных (71,3%), удовлетворены результатами ее проведения 803 человека (67%). 753 человек (63%) из 1200 опрошенных намерены выполнять полученные по результатам диспансеризации лечебные или диагностические предписания врача, а на вопрос анкеты «Намерены ли Вы вести здоровый образ жизни?» положительно ответили 703 (59%) опрошенных.

Таким образом, диспансеризация отдельных групп взрослого населения имеет поддержку граждан, и позволяет активно выявлять хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития, а также проводить меры, направленные на формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития и снижение заболеваний, предотвращение преждевременной смертности в трудоспособном возрасте и увеличение активного долголетия.

В 2016 году диспансеризации определенных групп взрослого населения в Московской области продолжена. В течение 2016 года диспансеризация запланирована у 1313664 человек, что составляет 23% от взрослого населения Московской области, достигших 21 года.

## ОСНОВНЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОРАСТАЮЩИХ СЕМЯН

***Шаскольская Н.Д., Иванов С.Г., Горшенин Б.Б.***

*НПЦ «Росток» МФТО», ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ, г. Москва, Россия*

Прорастающие семена – это натуральная еда, которая в силу особых свойств занимает одно из первых мест среди функциональных продуктов питания. Особенности этой еды определяются изменениями, которые происходят при превращении сухих семян, находящихся в состоянии покоя, в проростки, дающие начало новым организмам. По скорости и разнообразию происходящих при этом биохимических реакций процесс прорастания не имеет аналогов в живой природе.

Уже через 20 минут после соприкосновения с водой в набухающих семенах активизируется дыхание, после чего запускается синтез ряда ферментов, необходимых как для расщепления сложных запасных веществ и построения новых тканей, так и для образования соединений, обеспечивающих жизнь молодого растения. Появление кончика зародышевого корня (наклевывание) часто можно наблюдать уже через сутки.

Известно, что в природе отдельные звенья метаболизма у разных классов живых существ имеют принципиальное сходство. Так, гидролитические ферменты работают и в организме растений, и в организме животных и человека. В прорастающих семенах амилазы катализируют гидролиз резервных полисахаридов, превращая их в простые сахара, липазы расщепляют запасные жиры до жирных кислот, протеазы превращают белки в аминокислоты. У человека и животных эти ферменты связаны с работой ЖКТ. Вторая группа – это метаболические ферменты, которые содержатся во всех клетках и тканях и играют решающую роль в работе всех систем организма. К третьей группе относятся ферменты, поступающие с пищей.

Большая часть пищи современного человека проходит термическую обработку и ферментов не содержит. Чтобы ее переварить, мы вынуждены всю жизнь тратить силы на синтез слишком большого (по сравнению с дикими животными) количества пищеварительных ферментов. Резервы нашего организма ограничены, поэтому при таком питании снижается синтез необходимых метаболических ферментов.

По содержанию ферментов прорастающие семена являются самой богатой пищей. Учеными показано, что в проростках некоторых культур количество ферментов увеличивается более чем в 40 раз и достигает максимума на 3-4 сутки.

Вторая общая особенность метаболизма всех живых существ – разрушительное действие избытка свободных радикалов и их нейтрализация антиоксидантами. Самую мощную защиту от свободных радикалов имеют растения. Именно растения обладают способностью синтезировать различные антиоксиданты, жизненно важные для человека. Содержатся они в основном во фруктах, овощах и растительных жирах. Прорастание семян – тот короткий период, когда, чтобы выжить, иммунные силы растений достигают максимального напряжения, и выражается это в ускоренном синтезе антиоксидантов.

Мы определяли суммарное количество водорастворимых антиоксидантов в сухих семенах и проростках на 2е и 5е сутки. В опытах использовали растения 13 видов, относящихся к разным родам и семействам (пшеница, рожь, овес голозерный, ячмень голозерный, гречиха, чечевица, нут, маш, кунжут черный, тыква голосемянная, лен, амарант, расторопша пятнистая). Оказалось, что в проростках всех культур идет активный синтез антиоксидантов, в среднем их количество увеличилось в 7.6 раза. Например, количество антиоксидантов (мг/100 г) при прорастании пшеницы увеличивается с 29 до 320, льна с 56 до 526, расторопши с 235 до 896. Для сравнения: в черной смородине их содержится 756 мг/100 г, калине 322, малине 171, помидорах 64, киви 45, лимонах 43 мг/100 г.

Впервые обнаруженный нами эффект существенного увеличения количества антиоксидантов при прорастании растений, далеких друг от друга филогенетически, дает возможность предположить, что это свойство характерно для всех высших растений.

Кроме того, проростки каждой культуры имеют особенности, которые могут быть использованы для избавления от тех или иных недугов. Так, проростки овса голозерного восстанавливают полезную микрофлору; проростки льна содержат жирную кислоту Омега-3; проростки гречихи – рутин; проростки амаранта – сквален. В проростках черного кунжута большое количество кальция, в связи с чем они с успехом используются при остеопорозе. Ростки расторопши – мощный гепатопротектор, используемый при заболеваниях печени.

В целом прорастающие семена оказывают многоплановое положительное действие на обмен веществ у человека. Регулярное потребление проростков повышает иммунитет и антиоксидантный статус, стимулирует кроветворение, компенсирует витаминную и минеральную недостаточность, способствует очищению организма от шлаков и эффективному пищеварению, замедляет процессы старения. Включение проростков в рацион – обязательный элемент здорового образа жизни каждого человека.

## НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА (МАТЕРИАЛЫ ПОПЕРЕЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЦПМСП г. СЕМЕЙ)

***Шаханова А.Т., Кожахметова Д.К., Нуртазина А.У., Казымов М.С., Даутов Д.Х., Адильгожина С.М., Сайдуалиев Д.***

*Государственный медицинский университет, г. Семей, ВКО, Республика Казахстан*

Актуальность. Известно, что различной степени нарушения углеводного обмена в сочетании с избыточной массой тела при любой из болезней системы кровообращения (БСК) создают дополнительный риск сосудистых катастроф (Е.А. Широков, 2013; T. Coutinho; K. Goel, 2013). Интерес представляет оценка нарушений углеводного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ) с повышенной массой тела в казахской популяции. Таким образом, выбранное направление исследования представляется актуальным.

Цель исследования – определить наличие и степень нарушений углеводного обмена у больных артериальной гипертензией в казахской популяции г. Семей ВКО РК с помощью теста толерантности к глюкозе (ТТГ).

Материалы и методы исследования. Исследование поперечное одномоментное, проводилось с 01.08.2015 по 01.12.2015 в рамках гранта МЗСР и МОН РК на базе кафедры общей врачебной практики ГМУ г. Семей.

На первом этапе исследования в центрах первичной медико-санитарной помощи и поликлиниках г. Семей (ВКО РК) были сформированы списки больных АГ на основе диспансерных

журналов и баз приписанного населения. Все больные были ознакомлены с процедурой исследования и подписали информированное согласие на участие в нем.

Критерии включения в исследование:

1. Лица мужского и женского пола, казахи в возрасте от 25 до 75 лет.
2. Подтвержденный диагноз артериальной гипертензии (Рекомендации ESH/ESC по лечению артериальной гипертонии, 2013).

Критерии исключения:

1. Наличие в анамнезе ОНМК, инфаркта миокарда.
2. Сопутствующий сахарный диабет, гипотиреоз и/или прием тиреоидных гормонов, тиреотоксикоз и/или прием тиреостатиков.
3. Наличие доброкачественных и злокачественных новообразований в анамнезе.
4. Больные, принимавшие статины свыше 2-х месяцев менее чем за 6 месяцев до вовлечения в исследовании (по материалам амбулаторных карт пациентов / опроса).
5. Наличие психического заболевания.
6. Беременность, лактация.

На втором этапе у отобранной группы пациентов рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), при этом нормальным считался ИМТ до 24,9 кг/м2; если ИМТ составлял ≥25,0 кг/м2, но <30,0 кг/м2, констатировался избыточный вес; если ИМТ составлял ≥30 кг/м2 – констатировалось ожирение (Рекомендации ЕОК/ЕОА по лечению дислипидемии, 2012).

На третьем этапе у больных группы исследования определялся уровень гликемии натощак в венозной плазме и проводился пероральный ТТГ с нагрузкой 75 граммами глюкозы. Результаты интерпретировались согласно критериям, предложенным American Diabetes Assotiation (ADA. - Standards of medical care in diabetes-2014).

1) нормальная толерантность к глюкозе - глюкоза натощак < 6,1 ммоль/л, гликемия через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л;
2) нарушенная гликемия натощак - глюкоза натощак ≥ 6,1 и < 7,0 ммоль/л, гликемия через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л;
3) нарушенная толерантность к глюкозе - глюкоза натощак < 7,0 ммоль/л, гликемия через 2 часа после нагрузки ≥ 7,8 и < 11,1 ммоль/л;
4) сахарный диабет - глюкоза натощак ≥ 7,0 ммоль/л, гликемия через 2 часа после нагрузки ≥ 11,1 ммоль/л (требуется подтверждение другими методами исследования).

Лабораторные исследования проводились в клинико-диагностической лаборатории «Олимп» (аккредитована согласно ISO 15189:2012). Пол пациентов не учитывался.

Результаты и обсуждение. Всего было обследовано 370 больных артериальной гипертензией. Нормальный вес (по ИМТ) имели 74 человека (20%); избыточный вес – 151 пациент (40,8%), ожирение различных степеней – 145 обследуемых (39,2%).

В группе пациентов с избыточным весом нормальные показатели ТТГ имели 113 больных (74,8%). Нарушение гликемии натощак обнаружено у 14 больных (9,3%). Нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 19 пациентов (12,6%). Предварительный диагноз сахарного диабета выставлен 5 пациентам (3,3%).

В группе пациентов с ожирением нормальные показатели ТТГ имели больных 89 (61,4%). Нарушение гликемии натощак обнаружено у 13 больных (9,0%). Нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 36 пациентов (24,8%). Предварительный диагноз сахарного диабета выставлен 7 пациентам (4,8%).

Всем больным были даны рекомендации по модификации образа жизни (Шаханова А.Т., Кожахметова Д.К., Нуртазина А.У. - Информационный листок «Здоровый образ жизни» ИЛ№2-2016, НЦНТИ РК), по необходимости назначена консультация эндокринолога.

Следующим этапом исследования планируется оценить динамику гликемии и перорального ТТГ в группах исследования в сроки 6, 12 месяцев.