

Региональная общественная организация поддержки развития медицинских технологий
и стандартов качества медицинской помощи,
Клуб инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности,
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации,
Научное общество специалистов по проблемам женского здоровья,
Научно-практическое кардиологическое общество Московской области,
Московское областное отделение Общероссийской общественной организации
«Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний»



V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

- ПРОГРАММА КОНГРЕССА
- МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА
- КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ

27-28 НОЯБРЯ 2017
МОСКВА

Главный редактор:
Е.С. Иванова

Организатор: Региональная общественная организация поддержки развития медицинских технологий и стандартов качества медицинской помощи, Клуб инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Научное общество специалистов по проблемам женского здоровья, Научно-практическое кардиологическое общество Московской области, Московское областное отделение Общероссийской общественной организации «Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний».

В формировании научной программы конгресса приняли участие специалисты: Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Национального исследовательского центра «Здоровое питание», Московского областного центра медицинской профилактики, Комиссии РСПП по индустрии здоровья и ТПП РФ.

Технический организатор конгресса и выставки:

ООО «Экспо пресс»

129515, г. Москва, ул. Ак. Королева, д. 13

тел./факс: 8 (495) 617-36-43

E-mail: expokomitet@gmail.com

<http://www.expodata.info>

В сборник включены тезисы докладов, представленные на V 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 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

V Международного конгресса

«Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний.
Междисциплинарный подход»

Председатели организационного комитета:

- Вербовой Д.Н.** – Заместитель управляющего делами – начальник Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации
- Черепов В.М.** – Исполнительный вице-президент Российского Союза промышленников и предпринимателей, председатель Комиссии по индустрии здоровья РСПП, Президент Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности, член Общественной Палаты РФ, академик РАМТН, д.м.н., профессор

Члены организационного комитета:

- Глезер М.Г.** – Профессор кафедры профилактической и неотложной кардиологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, главный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н., профессор
- Драпкина О.М.** – Главный внештатный специалист терапевт Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, член-корр. РАН, 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
- Есин Е.В.** – Ректор ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
- 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
- Никитюк Д.Б.** – Директор ФГБУН «Федеральный Исследовательский центр питания и биотехнологии» член-корр. РАН, 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

V Международного конгресса
«Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний.
Междисциплинарный подход»

Руководитель программного комитета:

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

Члены программного комитета:

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

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

Драпкина О.М. – Главный внештатный специалист терапевт Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, член-корр. РАН, 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

Есин Е.В. – Ректор ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

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.

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

Медведев О.С. – Директор Национального исследовательского центра «Здоровое питание», зав. кафедрой Факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, 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
- Никитюк Д.Б.** – Директор ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» член-корр. РАН, д.м.н., профессор
- Погожева А.В.** – Ведущий научный сотрудник лаборатории эпидемиологии питания и генодиагностики алиментарно-зависимых заболеваний ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», заместитель главного специалиста-диетолога Минздрава России, д.м.н., профессор
- Стародубова А.В.** – Заместитель директора по научной и лечебной работе 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, член Общественной Палаты РФ, академик РАМТН, д.м.н., профессор
- Шилов Е.М.** – Заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный внештатный специалист нефролог Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор



Уважаемые коллеги!

От лица Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации и от себя лично поздравляю участников и гостей с открытием Пятого Международного конгресса «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»!

Сегодня на государственном уровне идёт формирование новой стратегии социальной политики, направленной на внедрение здоровьесберегающих технологий и различных мер профилактики заболеваний. Увеличение продолжительности здоровой жизни населения является абсолютной необходимостью для благополучия современного общества. 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.

Сегодняшний конгресс, посвященный актуальным вопросам метаболических нарушений, позволяет организовать серьезную дискуссию среди специалистов данной сферы. Формат мероприятия предоставляет возможность междисциплинарного сотрудничества специалистов в области геронтологии, эндокринологии, кардиологии, диетологии, профилактической медицины, а также терапевтов, врачей общей практики и семейных врачей.

Уверен, что совместные усилия участников внесут весомый вклад в дело оздоровления нации и создания основ здоровья и благополучия будущих поколений России!

Желаю организаторам, делегатам и гостям конгресса ценного обмена опытом, плодотворных встреч, успехов и крепкого здоровья!

С уважением,

Заместитель управляющего делами –
начальник Главного медицинского управления
Управления делами Президента
Российской Федерации

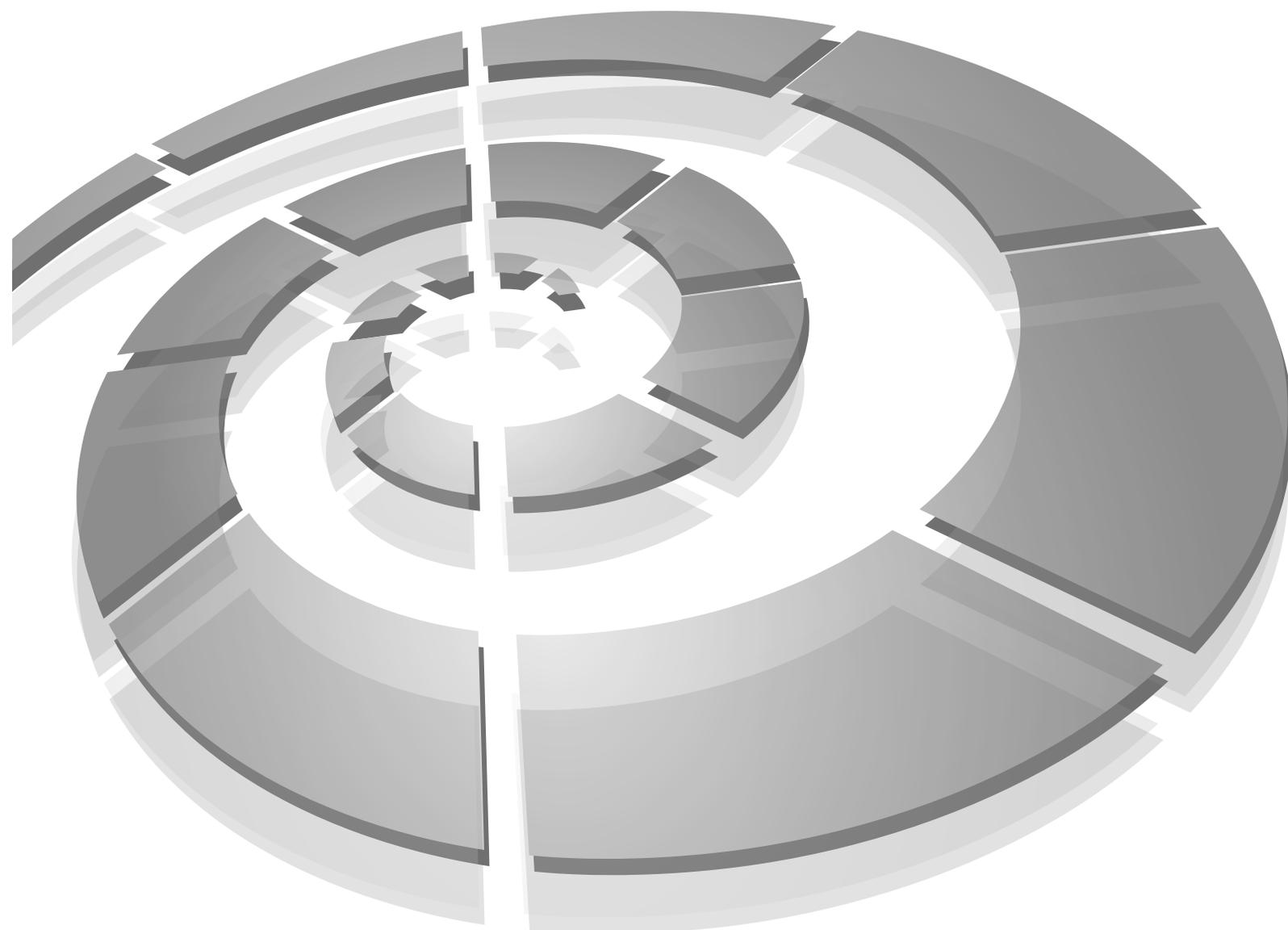
Д.Н. Вербовой



V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

ПРОГРАММА КОНГРЕССА





**РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ
V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА**

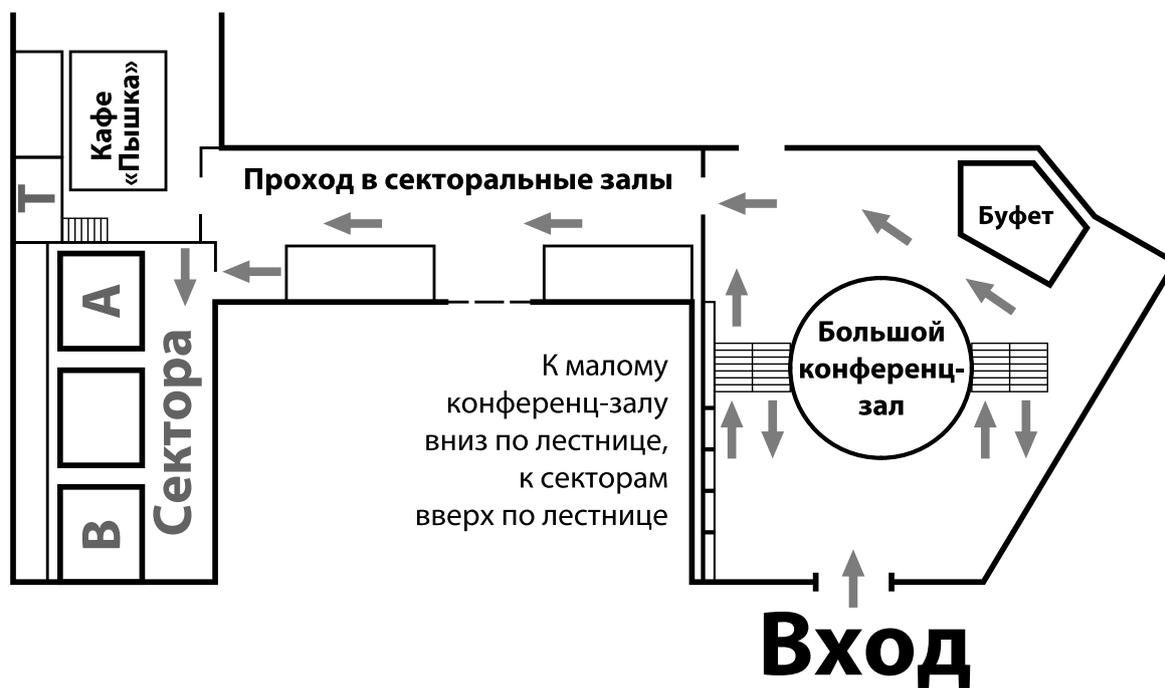
**«Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний.
Междисциплинарный подход»**

Залы	Время	27 ноября
Малый конференц-зал	10:00 – 12:00	ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ
	12:30 – 15:00	Секционное заседание 1 «Метаболический синдром и сахарный диабет»
	15:15 – 16:15	Симпозиум «Приверженность к лечению кардиологических больных: вторичная задача или борьба за выживаемость?»
	16:30 – 18:00	Секционное заседание 2 «Современные подходы к оптимальному питанию»
Зал Ц-6	13:00 – 15:00	Секционное заседание 3 «Метаболические нарушения у пациентов с заболеваниями почек»
	15:30 – 17:30	Секционное заседание 4 «Активное долголетие и метаболическое здоровье – звенья одной цепи»

Залы	Время	28 ноября
Малый конференц-зал	10:00 – 13:00	III Симпозиум Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации «Сахарный диабет 2 типа и метаболический синдром»
	13:30 – 14:30	Пленарная сессия «Помним прошлое для развития в будущем. Исторические аспекты развития направления медицинской профилактики»
	14:30 – 15:30	Совещание «Профилактика как основа работы первичного звена здравоохранения. Междисциплинарное взаимодействие»
	16:00 – 18:00	Секционное заседание 7 «Программы по формированию здорового образа жизни»
Зал Ц-6	10:00 – 12:00	Секционное заседание 5 «Нарушения сна и метаболизм»
	13:00 – 15:00	Секционное заседание 6 «Женское здоровье и метаболизм»



Схема расположения конференц-залов





**ПРОГРАММА
V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний.
Междисциплинарный подход»**

27 ноября 2017 года

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

10:00-12:00 Малый конференц-зал

ПЛЕНАРНАЯ СЕССИЯ

Президиум:

Вербовой Д.Н. – Заместитель управляющего делами – начальник Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации

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

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

Есин Е.В. – Ректор ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Драпкина О.М. – Главный внештатный специалист терапевт Минздрава России, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, член-корр. РАН, д.м.н., профессор

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

Никитюк Д.Б. – Директор ФГБУН «Федеральный Исследовательский центр питания и биотехнологии», член-корр. РАН, д.м.н., профессор

Шилов Е.М. – Главный внештатный специалист нефролог Минздрава России, Заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

Древаль А.В. – Главный внештатный специалист эндокринолог Министерства здравоохранения Московской области, заведующий кафедрой эндокринологии ФУВ, руководитель отделения терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», д.м.н., профессор

10:00 – 10:10 Приветственная часть

Доклады:

10:10 – 10:30 «КУДА НАПРАВЛЕН ВЕКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Драпкина О.М.



- 10:30 – 10:50 «РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
Никитюк Д.Б.
- 10:50 – 11:10 «ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК – ГЛОБАЛЬНАЯ УГРОЗА ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ. ВРЕМЯ ДЕЙСТВОВАТЬ!»
Шилов Е.М.
- 11:10 – 11:30 «МЕДИЦИНА И ДИАБЕТОЛОГИЯ – НЕДАЛЕКОЕ БУДУЩЕЕ (ИННОВАЦИИ)»
Древаль А.В.
- 11:30 – 11:50 «ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО СОХРАНЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ИРАКЕ»
Тамер АлХилфи
(Представительство Всемирной Организации Здравоохранения в Ираке, г. Багдад)
- 11:50 – 12:00 – Дискуссия

12:30-15:00

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

- 12:30 – 12:50 «ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»
Древаль А.В.
(Кафедра эндокринологии ФУВ, отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)
- 12:50 – 13:10 «НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»
Мисникова И.В.
(Кафедра эндокринологии ФУВ, отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)
- 13:10 – 13:30 «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СТАРШЕГО ВОЗРАСТА»
Ковалева Ю.А.
(Отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)
- 13:30 – 13:50 «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА»
Шестакова Т.П.
(Кафедра эндокринологии ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)
- 13:50 – 14:10 «ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ»
Курникова И.А.
(Кафедра эндокринологии, кафедра госпитальной терапии ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва)



14:10 – 14:30 «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА»
Подачина С.В.

(Кафедра эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова», г. Москва)

14:30 – 14:50 «МЕТФОРМИН СЕГОДНЯ: ДОСТИЖЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА, ПЕРСПЕКТИВЫ»

Оранская А.Н.

(Кафедра эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова», г. Москва)

14:50 – 15:00 – Дискуссия

15:15-16:15

Малый конференц-зал

Симпозиум «ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ВТОРИЧНАЯ ЗАДАЧА ИЛИ БОРЬБА ЗА ВЫЖИВАЕМОСТЬ?»

15:15 – 15:45 «СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ДО И ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА»

Мелехов А.В.

(Кафедра госпитальной терапии №2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва)

15:45 – 16:15 «ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ: КАК ОПТИМИЗИРОВАТЬ?»

Гендлин Г.Е.

(Кафедра госпитальной терапии №2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва)

16:30-18:00

Малый конференц-зал

Секционное заседание 2 «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ»

Председатель: д.м.н., профессор А.В. Стародубова, д.м.н., профессор А.В. Погожева

16:30 – 16:50 «ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ – ИННОВАЦИОННЫЙ ТРЕНД СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»

Стародубова А.В.

(ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)

16:50 – 17:10 «СИСТЕМА ДИЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

Погожева А.В.

(Лаборатория эпидемиологии питания и генодиагностики алиментарно-зависимых заболеваний ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)

17:10 – 17:30 «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИЕТОТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА»

Шарафетдинов Х.Х.

(Отделение болезней обмена веществ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)



- 17:30 – 17:45 «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ»
Богданов А.Р.
(Отделение сердечно-сосудистой патологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва)
- 17:45–18:00 «НАРУШЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ОПТИМАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ДЕТСТВЕ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ПОСЛЕДУЮЩЕГО РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА»
Пырьева Е.А.
(Лаборатория возрастной нутрициологии 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

- 13:00 – 13:30 «ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА»
Шилов Е.М.
(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)
- 13:30 – 13:55 «ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ОЖИРЕНИИ: ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ЦИТОКИНОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ»
Швецов М.Ю.
(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)
- 13:55 – 14:20 «САХАРОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ - ВЗГЛЯД НЕФРОЛОГА»
Бобкова И.Н.
(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)
- 14:20 – 14:40 «МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ»
Нагайцева С.С.
(ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва)
- 14:40 – 15:00 «ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ»
Новикова М.С., Аллазова С.С.
(Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва)



15:30 – 17:30

Зал Ц-6

Секционное заседание 4 «АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ»

Сопредседатели: д.м.н. И.В. Мисникова, д.м.н., профессор О.С. Медведев

15:30 – 15:50 «РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ДОЛГОЛЕТИИ»

Мисникова И.В.

*(Кафедра эндокринологии ФУВ, отделение терапевтической эндокринологии
ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

15:50 – 16:20 «СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ МИКРОБИОМА В ОБЕСПЕЧЕНИИ АНТИОКСИДАТИВНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА»

Медведев О.С.

*(Национальный исследовательский центр «Здоровое питание», Кафедра
фармакологии Факультета фундаментальной медицины МГУ
им. М.В. Ломоносова, г. Москва)*

16:20 – 16:50 «РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СОХРАНЕНИИ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ»

Иловайская И.А.

*(Отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

16:50 – 17:10 «ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ, АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ»

Стародубцев В.В., Семенов Ю.Н.

*(ООО «Институт Внедрения Новых Медицинских Технологий «Рамена»,
Неврологического Центра Реабилитации Инвалидов, г.Юджин, США)*

17:10 – 17:30 «ВЕДЕНИЕ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ОСТЕОПОРОЗОМ»

Крюкова И.В.

*(Кафедра эндокринологии ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»,
г. Москва)*



28 ноября 2017 года

10:00-13:00

Малый конференц-зал

III Симпозиум Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»

Председатели: д.м.н., профессор Н.Б. Корчажкина

10:00 – 10:10 «КОНТРОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В СВЕТЕ ПОСЛЕДНИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ»

Масленникова О.М.

(Кафедра внутренних болезней и профилактической медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)

10:10 – 10:20 «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ДАННЫЕ РЕГИСТРОВ ОРАКУЛ I И ОРАКУЛ II»

Минушкина Л.О.

(Кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)

10:20 – 10:30 «ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ»

Савина Н.М.

(Кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)

10:30 – 10:40 «РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ»

Книга В.В.

(Организационно-методический отдел ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)

10:40 – 10:50 «КУРОРТНЫЕ ФАКТОРЫ В КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА»

Самсонова Н.А.

(ФГБУ «Санаторий «Москва» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Ессентуки)

10:50 – 11:00 «НОВЫЕ ПОДХОДЫ К САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ»

Ладыгина Д.О.

(Отделение эндокринологии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)



- 11:00 – 11:10 «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»
Ревковская Н.С.
(Отделение гемодиализа ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 11:10 – 11:20 «НЕИВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИНЕВРОПАТИИ И АНГИОПАТИИ. СКРИНИНГ - ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ»
Комаров А.Н.
(Отделение неврологии ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 11:20 – 11:30 «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: КАК ИЗБЕЖАТЬ ТИПИЧНЫХ ОШИБОК?»
Удовиченко О.В.
(Кабинет «Диабетическая стопа» ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 11:30 – 11:40 «МОНИТОРИНГ ГЛИКЕМИИ И ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ, ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ»
Кристинич Ю.А.
(Отделение эндокринологии ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 11:40 – 11:50 «ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТ-СТОПА. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ»
Корейба К.А.
(Консультативно-поликлиническое отделение ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 11:50 – 12:00 «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СДС»
Воробьев А.А.
(Отделение гнойной хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 12:00 – 12:10 «ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ»
Васильева А.Г.
(Эндокринологическое отделение ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 12:10 – 12:20 «ИНФЕКЦИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»
Чернова Е.Г.
(Отделение эндокринологии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)



- 12:20 – 12:30 «ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ МЕТОД: ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ»
Епифанов С.Ю.
(Отделение ангиографии ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 12:30 – 12:40 «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ»
Атарициков Д.С.
(Отделение офтальмологии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)
- 12:40 – 12:50 «ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА»
Александрова И.И., Праскурничий Е.А.
(Отделение неотложной кардиологии ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», г. Калуга, Кафедра внутренних болезней и профилактической медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)

12:50 – 13:00 Дискуссия

13:30-14:30

Малый конференц-зал

Пленарная сессия «ПОМНИМ ПРОШЛОЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ В БУДУЩЕМ. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

- 13:30 – 13:45 «ПО СТРАНИЦАМ ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ»
Шмиткова Т.И.
(БУЗ ВО «Воронежский областной клинический центр медицинской профилактики» г. Воронеж)
- 13:45 – 14:00 «ПОЧТИ ВЕК НА БЛАГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ»
Гамаянова С.В.
(ГБУЗ ЯО «Областной центр медицинской профилактики», г. Ярославль)
- 14:00 – 14:15 «ОТ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ИСТОРИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. В ПРЕДДВЕРИИ 80-ТИ ЛЕТИЯ»
Иванова Е.С.
(Московский областной центр медицинской профилактики (Филиал по медицинской профилактике ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»), г. Москва)
- 14:15 – 14:30 «ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ»
Гарина Е.В.
(ГУЗ «Тульский областной центр медицинской профилактики и реабилитации им. Я.С. Стечкина», г. Тула)



14:30 -15:30

Малый конференц-зал

**Совещание «ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВА РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ»**

Председатель: член-корр. РАН, профессор О.М. Драпкина

10:00 - 12:00

Зал Ц-6

Секционное заседание 5 «НАРУШЕНИЯ СНА И МЕТАБОЛИЗМ»

Председатели: д.м.н., профессор Г.В. Ковров, д.м.н., профессор Р.В. Бузунов

10:00 – 10:20 «ФЕНОТИПИРОВАНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА. КОГДА
МЫ НЕ НАЗНАЧАЕМ «СИПАП» ТЕРАПИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА?»

Калинкин А.Л.

*(Центр медицины сна МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Европейское общество
исследователей сна, г. Москва)*

10:20 – 10:40 «НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В ПРАКТИЧЕСКОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Бузунов Р.В.

*(Отделение медицины сна Клинического санатория «Барвиха», Московская область,
Кафедра медицинской реабилитации, лечебной физкультуры, физиотерапии и
курортологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва)*

10:40 – 11:00 «РОЛЬ СНИЖЕНИЯ ВЕСА В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА»

Мисникова И.В.

*(Кафедра эндокринологии ФУВ, отделение терапевтической эндокринологии
ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

11:00 – 11:20 «ИНСОМНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»

Ковров Г.В.

(НИО Неврологии НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва)

11:20 – 11:40 «ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АПНОЭ СНА И САРКОПЕНИЕЙ?»

Ковалева Ю.А.

*(Отделение терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского», г. Москва)*

11:40 – 12:00 «РОЛЬ ВНУТРИРОТОВЫХ УСТРОЙСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С
ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА»

Ронкин К.

*(Бостонский Институт Эстетической Медицины, Международный
Колледж Кранио-Мандибулярной Ортопедии, Международная Ассоциация
Физиологической Эстетики, Лас-Вегасский Институт стоматологии, отдел
фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, г. Москва)*



13:00 – 15:00

Зал Ц-6

Секционное заседание 6 «ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И МЕТАБОЛИЗМ»

Председатели: д.м.н., профессор М.Г. Глезер

13:00 – 13:30 «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ЖЕНЩИН. КАК ПОВЛИЯТЬ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК?»

Глезер М.Г.

(Кафедра профилактической и неотложной кардиологии Первого Московского Государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, г. Москва)

13:30 – 14:00 «НОВЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗМЕНЯЮТ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Демидова Т.Ю.

(Кафедра эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Российская Ассоциация Эндокринологов, г. Москва)

14:00 – 14:30 «ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ. КАК МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ВЛИЯНИЕ НОВЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Асташкин Е.И.

(Кафедра патологии Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г. Москва)

14:30 – 15:00 «КАК ПОМОЧЬ КУРЯЩЕЙ ПАЦИЕНТКЕ?»

Напалков Д.А.

(Кафедра факультетской терапии №1 лечебного факультета Первого Московского Государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, г. Москва)

16:00 – 18:00

Малый конференц-зал

Секционное заседание 7 «ПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»

Председатели: д.м.н., профессор О.С. Медведев, к.м.н. А.Ш. Сененко, к.м.н. Е.С. Иванова

16:00 – 16:20 «РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЕТИ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА» - НОВЫЙ МЕХАНИЗМ В СОЗДАНИИ УСЛОВИЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»

Иванова Е.С.

(Московский областной центр медицинской профилактики, кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва)

16:20 – 16:45 «ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНОЙ МИШЕНЬЮ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭПИДЕМИИ ОЖИРЕНИЯ?»

Бочавер К.А., Данилов А.Б., Положая З.Б.

(Лаборатория «Психология здоровья» Института Междисциплинарной Медицины, Кафедра нервных болезней ФППОВ Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, г. Москва)



16:45– 17:10 «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ - ОСНОВА СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ»

Сененко А.Ш.

(Отделение анализа кадрового обеспечения в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва)

17:10 – 17:30 «НОВЫЕ ГАДЖЕТЫ В СОЦИАЛЬНОМ ПРОДВИЖЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»

Медведев О.С.

(Национальный исследовательский центр «Здоровое питание», Кафедра фармакологии Факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва)

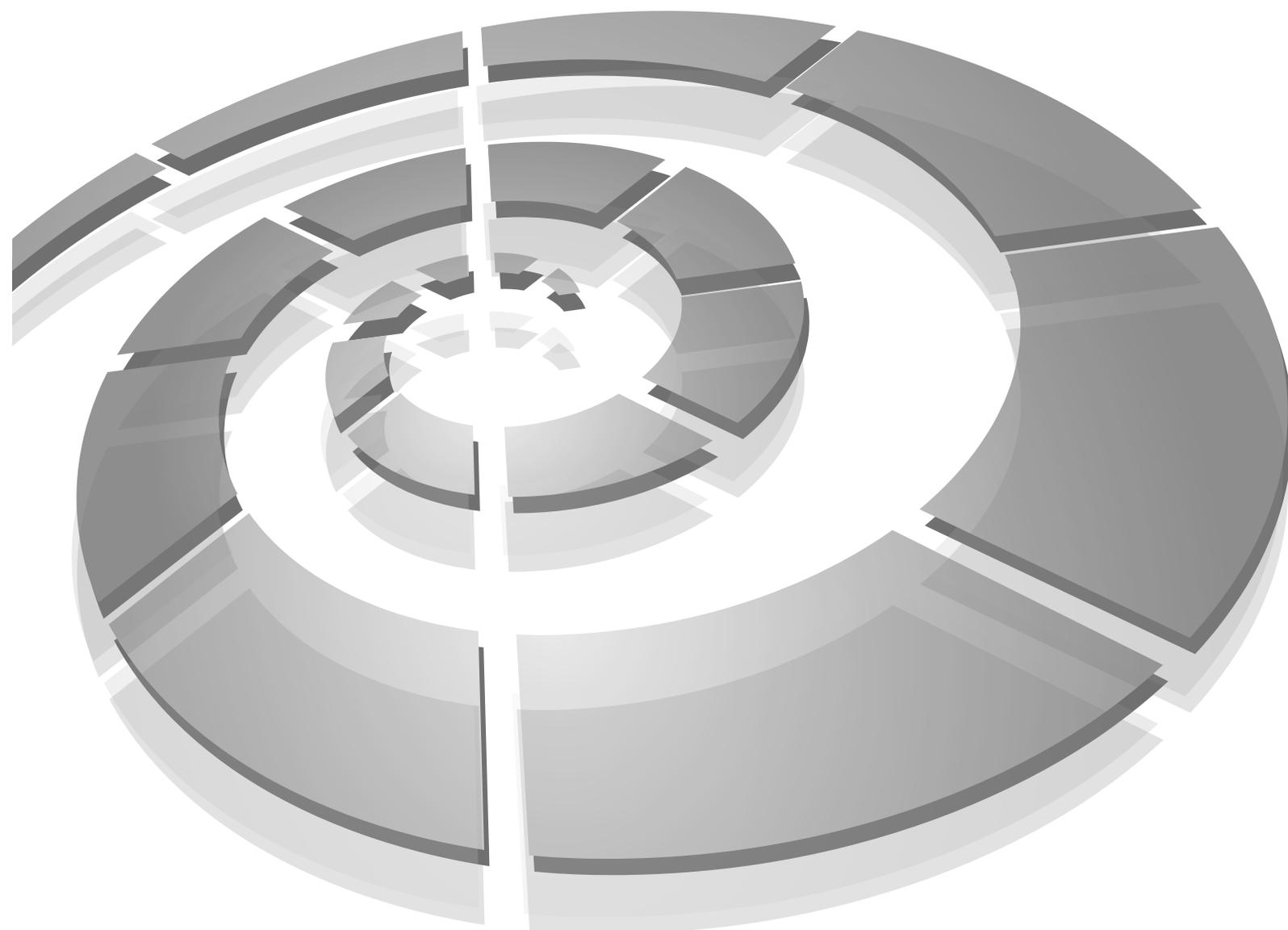
17:30 – 18:00 Дискуссия



V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА





ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016 ГОДУ

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

*Московский областной центр медицинской профилактики (филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»),
г. Москва*

В Московской области в 2016 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 2016 год в Центры здоровья для взрослых Московской области первично обратилось 73687 человек. Число посещений ЦЗ для взрослых в 2016 году составило 187356, в среднем на один центр здоровья для взрослых пришлось 600 посещений в месяц.

По результатам обследований в ЦЗ функциональные отклонения и факторы риска были выявлены у 76,3% обратившихся. Наиболее часто выявлялись отклонения по результатам исследования отношения сред организма (48,2%), при обследовании у гигиениста стоматологического (36,9%), по результатам исследования общего холестерина и глюкозы в крови (44%), при обследовании на кардиовизоре (31,6%) и в ходе профилактического офтальмологического обследования (41,7%).

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 2016 году в школах профилактики, организованных в ЦЗ для взрослых, было обучено 54870 человек. Из лиц, которые обучались, в школе профилактики артериальной гипертензии было обучено 14150 человек (26%), в школе профилактики заболеваний суставов и позвоночника – 4767 человек (9%), в школе профилактики бронхиальной астмы – 1334 человека (2%), в школе профилактики сахарного диабета – 6099 человек (11%). В прочих школах, которые включают школы рационального питания, школы отказа от курения, школы физической активности, прошли обучение 28520 человек (52%).

В 2016 году в ЦЗ для взрослых 2121 человек получили 24029 процедур ЛФК.

В Московской области функционируют 5 мобильных Центров здоровья для обследования населения сельских районов области. В общей сложности мобильными центрами здоровья в Московской области в 2016 г. было проведено комплексное обследование и обучено основам здорового образа жизни 5525 человек.

**ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В 2016 ГОДУ**

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

Московский областной центр медицинской профилактики (Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»), г. Москва

В Московской области, в рамках государственной программы «Здоровая Россия», организованы 26 Центров здоровья (ЦЗ). Специалисты ЦЗ выполняют скринговые 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 2016 году в исследовании факторов риска ХНИЗ приняли участие 69408 человек (женщин – 48228, мужчин – 21180), 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: избыточную массу тела и ожирение (индекс массы тела >25) имеют 71% женщин и 68% мужчин; повышенное артериальное давление имеют 39% женщин и 33% мужчин; гиперхолестеринемию (>5 ммоль/л) имеют 46% женщин и 42% мужчин; курение за последние 30 дней: женщины – 10%, мужчины – 26%; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 г в день среди женщин – 49%, мужчин – 46%; недостаточная физическая активность (менее 30 мин. в день) среди женщин – 41%, мужчин – 41%; злоупотребление алкоголем (привычная доза алкогольных напитков в день более 2 доз чистого алкоголя) среди женщин – 4%, среди мужчин – 12%.

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.



ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК РАННИЙ МАРКЕР МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОСМЕТИЧЕСКИХ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕДУРАХ

Барышников И.В.

Клиника «Бикод», ООО «СпектрМед», г. Москва

Минимально-инвазивные косметические операции, такие как инъекции субдермальных наполнителей, стали популярными в последнее десятилетие. В то же время, при поступлении пациентов в клинику, часто не учитывается индивидуальный сосудистый риск. Правильный выбор метода, места и наполнителя инъекций могут ограничить риск сосудистых осложнений. Симптомы могут варьироваться от сильной боли с географическим обесцвечиванием, до – стойкой боли. Наиболее распространенными отсроченными осложнениями являются бланширование, узелки и реакции гиперчувствительности (Cohen J.L., Brown M. R. J., 2009).

Существует риск возникновения осложнений, связанный с подкожным введением препаратов гиалуроновой кислоты. Инъекции, расположенные слишком поверхностно, могут приводить к образованию узелков и неровных поверхностей.

В то же время, на сегодняшний день не разработаны критерии прогнозирования микрососудистых осложнений при данных манипуляциях. По мнению ряда исследователей, одним из ранних прогностических признаков микрососудистого поражения может выступать эндотелиальная дисфункция.

Цель работы. Изучить параметры эндотелиальной дисфункции в качестве возможных ранних маркеров микрососудистых осложнений у пациентов после косметических инъекционных процедур.

Материалы и методы исследования. В работу включено 30 пациентов (основная группа, женщины, возраст от 34 до 52 лет, средний - $37,2 \pm 5,71$ лет), обратившихся в клинику с целью проведения стандартной процедуры мезотерапии посредством инъекций гиалуроновой кислоты. Число инъекций от 5 до 10, в среднем $7,1 \pm 2,9$. (контурная пластика мягких тканей лица посредством субдермального введения препаратов на основе гиалуроновой кислоты. Препарат вводился с использованием игл диаметром 30G или канюль 25G.) Всем пациентам проведено стандартное общеклиническое (анамнез жизни, аллергический и наследственный анамнез, сопутствующие заболевания), инструментальное (электрокардиография), лабораторное, биохимическое исследования. Критериями исключения было наличие сопутствующих заболеваний – сахарного диабета, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронических заболеваний органов дыхания и гастроэнтерологической патологии.

В качестве контролируемых параметров эндотелиальной дисфункции были выбраны уровень sP-селектина и локальной сосудистой жесткости.

Уровень sP-селектина определяли иммуноферментным методом (ELISA) с помощью набора BenderMedSystemsGmbH (Австрия).

Показатели локальной жесткости и эластичности сосудистой стенки определяли ультразвуковым методом на аппарате «EnVisor HD» (Philips, USA) в положении лежа на правой общей сонной артерии (2 см проксимальнее зоны бифуркации). Верифицировались следующие параметры - Ep (elasticity of Peterson)- модуль эластичности Петерсона (Ep), β - индекс жесткости, LPWV (local pulse wave velocity) – скорость пульсовой волны по методу «одной точки», Einc - модуль упругости сосудистой стенки (модуль Юнга), DI (distension index) – индекс растяжимости.

Контрольными показателями считались референсные значения sP-селектина и локальной сосудистой жесткости, полученные у практически здоровых лиц, репрезентативных основной группе по возрастным и общеклиническим параметрам (группа контроля) и не получавших косметических инъекционных процедур.



Результаты исследования и их обсуждение. Переносимость косметических (косметологических) процедур посредством инъекций гиалуроновой кислоты была хорошей. Через 6 недель после курса мезотерапии (контурной пластики) осложнений не наблюдалось.

При оценке параметров, характеризующих развитие дисфункции эндотелия, содержание sP-селектина в группе контроля составило от 20,5 до 36,2 нг/мл, в среднем - (26,9±3,93) нг/мл. Верхний предел нормы для sP-селектина составил 30,8 нг/мл, что в целом отвечало референсным значениям фирмы-производителя.

У пациентов, подвергавшихся косметическим (косметологическим) инъекционным процедурам, перед инъекциями гиалуроновой кислоты, уровень sP-селектина верифицирован в диапазоне от 20,8 до 37,0 нг/мл, в среднем - 27,8±4,7 нг/мл. Отличие данного показателя от группы контроля было статистически недостоверным ($p > 0,05$).

После курса косметических (косметологических) инъекционных процедур в основной группе уровень sP-селектина колебался от 52,0 до 73,0, в среднем (64,9±12,4) нг/мл, что в 2,41 раза превышало показатели в группе контроля ($p < 0,01$) и в 2,33 раза ($p < 0,01$) - исходные показатели основной группы.

Также установлено, что содержание sP-селектина в сыворотке крови прямо коррелировало с длительностью мезотерапии (процедуры) и курсовой дозой гиалуроновой кислоты ($r = 0,47$; $p < 0,05$).

При сравнительном анализе локальной сосудистой жесткости в группах, следует отметить, что после курса косметических (косметологически) инъекционных процедур, в сравнении с соответствующими показателями до инъекций гиалуроновой кислоты, верифицирована достоверная редукция индекса растяжимости (DI) - 3,72±0,92 против 4,48±0,63 ЕД ($p = 0,02$) и модуля эластичности (Er) - 482±60 против 598±34 ЕД ($p = 0,02$).

Обратная закономерность установлена для индекса жесткости (β , $p = 0,02$) и скорости распространения пульсовой волны LPWV в сторону их увеличения ($p = 0,02$) - 4,65±0,91 против 3,90±0,31 ЕД ($p = 0,03$) и 10,5±1,30 против 9,4±0,56 ЕД ($p = 0,017$).

Полученные данные свидетельствуют о развитии сосудистого ремоделирования с утолщением медиального слоя данного типа резистивных сосудов.

Учитывая данный факт, следующим заданием было оценить степень ассоциации инструментальных показателей, характеризующих наличие дисфункции эндотелия и лабораторных параметров эндотелиальной дисфункции (уровня sP-селектина) с помощью методов корреляционного анализа.

В результате установлена обратная достоверная корреляционная связь между уровнем sP-селектина, показателями растяжимости ($r = -0,42$, $p < 0,05$) и эластичности ($r = -0,37$, $p < 0,05$), а также прямая корреляционная связь между содержанием sP-селектина, индексом жесткости ($r = 0,64$, $p < 0,05$) и скоростью распространения пульсовой волны ($r = 0,58$, $p < 0,05$).

Таким образом, применение косметических (косметологических) инъекционных процедур, даже при хорошей переносимости, может вызывать компенсаторно-приспособительную модификацию функции и морфологии сосудов, в связи с нарушением эластических свойств сосудистой стенки.

Ранными доклиническими признаками сосудистого ремоделирования является достоверное повышение уровня sP-селектина ($p < 0,05$), снижение растяжимости ($p = 0,02$), и эластичности ($p = 0,02$) сосудистой стенки, прирост параметров локальной сосудистой жесткости ($p < 0,05$) и скорости распространения пульсовой волны ($p < 0,05$).

Доказательством комплексных структурно-функциональных изменения является наличие достоверных корреляционных связей между лабораторно-инструментальными параметрами эндотелиальной дисфункции ($p < 0,05$).

Именно поэтому на данном этапе развития пластической хирургии (и косметологии) важным аспектом является важность разработки четкого алгоритма ведения пациентов с прогнозированием степени сосудистых осложнений для разных категорий.



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

Бенберин В.В.¹, Ахетов А.А.², Нарманова О.Ж.³, Вощенко Т.А.³, Кулхан Т.К.³, Ким Ю.А.⁴

¹Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана,

²Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана,

³Институт геронтологии и антивозрастной медицины, г. Астана,

⁴Республиканский клинический госпиталь для инвалидов ВОВ, г. Алматы, Республика Казахстан

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 гипертензией (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 К-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 (Me) и интерквартильный 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 ХПБ 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 ХПБ напрямую зависит от качества лечения их на амбулаторно – поликлиническом этапе. Согласно рекомендациям Института медицины США, больных с ХПБ 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 находиться 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 гипертензии, 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 гипертензию); 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 сердечно-сосудистых 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 сердечно-сосудистых 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.

**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 клиничко-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 $67,6 \pm 6,27$ 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.



КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Беспалова А.В., Белоусова Т.Е., Карпова Ж.Ю., Израелян Ю.А.

*ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ,
г. Нижний Новгород*

В настоящее время артериальная гипертония (АГ) в Российской Федерации приобретает масштабы эпидемии (Е.И. Чазова, В.Б. Мычка). Проблема высокой распространенности заболевания, незначительно выраженной клинической симптоматики артериальной гипертонии, агрессивного воздействия на органы-мишени и плохой эффективности медикаментозного лечения заставляет искать новые пути решения данной проблемы.

Весьма актуальным является разработка методик лечения артериальной гипертонии на основе применения немедикаментозных физических факторов, к которым относятся рефлексотерапевтические (РТ), физиотерапевтические технологии и лечебная физкультура.

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения больных с артериальной гипертонией рефлексотерапевтическими методиками, низкочастотной магнитосветотерапией (НЧМСТ) и комплексами ЛФК.

Материал и методы: В исследование было включено 60 пациентов с артериальной гипертонией I и II степени по классификации ВОЗ и МОГ 1999 г.

Пациенты были разделены на три сопоставимые по полу, возрасту и клинике группы. Средний возраст обследованных составил $56 \pm 1,3$ года. Женщины составляли 60% (40 пациентов), мужчины - 40% (20 пациентов). Средняя продолжительность заболевания $7,4 \pm 0,6$ лет. Все пациенты наблюдались амбулаторно.

Первую группу составили 20 пациентов с артериальной гипертонией I и II степени получающих стандартную медикаментозную терапию, лечение рефлексотерапевтическими методиками и ЛФК.

Вторую группу составили 25 пациентов с артериальной гипертонией I и II степени получающих стандартную медикаментозную терапию, лечение рефлексотерапевтическими методиками, ЛФК и низкочастотной магнитосветотерапией.

Группу контроля (15 пациентов) составили пациенты с аналогичной клинической картиной, получающие только медикаментозную терапию.

Всем пациентам проводили общеклиническое, биохимическое обследование согласно принятым стандартам, а также суточное АД мониторинг, анкеты оценки вегетативного статуса, а также опросники «качества жизни».

По 2-этапной схеме, предложенной РКНЦ (1997 г.), у всех больных был исключен симптоматический характер АГ.

В первой и второй группах пациентов проводили лечение методом корпоральной и аурикулярной рефлексотерапии по классической рецептуре. Назначался индивидуально подобранный комплекс лечебной гимнастики и дозированные нагрузки на циклических тренажерах (велозргометр).

Во второй группе дополнительно применялась низкочастотная магнитосветотерапия.

Результаты: После курса лечения положительную динамику отмечали во всех трех группах. В первых двух группах цифры артериального давления снижались на 2-3 день, носили более стабильный характер. В первой группе пациентов снижались цифры систолического артериального давления (САД) на $10 \pm 2,3$ мм рт. ст. Во второй группе пациентов отмечалось снижение как систолического, так и диастолического АД (САД на $12 \pm 1,2$ мм рт. ст., ДАД на



5,7±1,4 мм рт. ст. По данным суточного мониторинга артериального давления в первой группе пациентов отмечалось снижение показателей САД ср. в дневное время, во второй группе снижение показателей САД ср, ДАД ср. как в дневное, так и ночное время. По данным анализа опросника «качества жизни» до и после курса лечения достоверно повышалась работоспособность, улучшалось настроение, повышалась самооценка и отношение к своей жизни.

У пациентов третьей группы артериальное давление стабилизировалось на 4-5 сутки с учетом типа реакции и адекватности подобранной терапии. Снижение САД было на 10±1,1 мм рт. ст., ДАД на 3,4±2,4 мм рт. ст.).

Купирование вегетативных симптомов, выявляемых по шкале нарушений (А.М. Вейн, 2000) было более выражено в первой группе пациентов: с 47,6±3,62 балла до 23,4±2,12 баллов ($p=0,001$). Во второй группе пациентов вегетативный статус изменялся с 49,5 ±1,26 до 35,4±1,6 ($p=0,0067$). В третьей группе пациентов отмечалась тенденция к купированию вегетативного статуса (с 45,8±2,4 до 40,7±1,3 ($p=0,073$)). По данным анализа анкет оценки вегетативного статуса как в первой, так и во второй группе пациентов определялось достоверное уменьшение субъективных симптомов: уменьшение чувства беспокойства, исчезновение раздражительности, чувства страха, нормализация сна, уменьшение интенсивности головных болей, снижение уровня тревожности.

Выводы:

1. Доказана высокая клиническая эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с артериальной гипертензией рефлексотерапевтическими методиками, низкочастотной магнитосветотерапией и ЛФК.

2. Подобранное сочетание рефлексотерапии, НЧМСТ и индивидуального комплекса ЛФК является патогенетически обоснованным методом коррекции психо-эмоционального состояния пациентов с артериальной гипертензией.

3. Положительное воздействие на вегетативную нервную систему при комплексном воздействии РТ, ЛФК и НЧМСТ у пациентов с артериальной гипертензией и позволяет достигать более длительной стабилизации цифр артериального давления и улучшает качество жизни.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ВИДОВ РЕСТРИКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бнеян В.А.

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

Эксперты ВОЗ охарактеризовали метаболический синдром (МС), как «пандемию 21 века», распространённость которого составляет 20-40%. Клинически значимыми составляющими МС являются СД 2 типа, АГ, атерогенные дислипидемии, нередко сочетающиеся с поражениями жизненно-важных органов. В 2013 году на последнем третьем пересмотре экспертов российского кардиологического общества по диагностике лечению метаболического синдрома, были внесены существенные дополнения, посвященные дисгормональным причинам МС с учетом гендерных особенностей, поражению печени при ожирении, эпикардиальному ожирению, а так же хирургическому лечению ожирения. Таким образом МС относится к коморбидным состояниям, свойственным ожирению и требует мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Применяемые методы консервативной терапии при СД2 типа далеко не всегда приводят к эугликемии. Хирургическое же лечение СД 2 типа и нарушение толерантности к глюкозе у больных с ожирением постепенно становится рутинным. На сегодняшний день существуют большое количество публикаций как зарубежных, так и российских, свидетельствующих об эффективности хирургического лечения при наличии МС. Целью нашего исследования является сравнительная оценка результатов рестриктивных операций как с точки зрения снижения массы тела (МТ), так и в плане развития возможных осложнений и особенностей течения раннего и отдалённого послеоперационного периодов, а также оценка метаболизма глюкозы в лечении основных составляющих метаболического синдрома.

Материалы и методы: В ЦЭЛТ с 2003 по 2013 гг. были выполнены 82 лапароскопических операций РБЖ и 164 лапароскопических операций ПРЖ. Пациенты сопоставимы по возрасту (в среднем 37,3 лет при РБЖ и 38,2 лет при ПРЖ), исходному ИМТ (соответственно 40,8 и 39,8 кг/м²), хотя МТ у больных, перенесших РБЖ, была несколько выше (117,6 против 112,3 кг, $p=0,03$). В группе ПРЖ у 12 из 164 пациентов (7,3%) выявлен СД II типа и нарушение толерантности к глюкозе. Показанием к оперативному лечению ожирения мы считали ожирение при превышении ИМТ 35 кг/м² и неэффективность консервативной терапии, при отсутствии эндокринной этиологии ожирения и психических заболеваний.

РБЖ всем больным проводилось с использованием доступа через *pars flaccida* с применением различных регулируемых систем. ПРЖ выполнялась в стандартном варианте с мобилизацией и пересечением желудка от антрального отдела до уровня угла Гиса и формированием узкой желудочной трубки на зонде 32 F.

Ранняя послеоперационная летальность после обеих операций – 0. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составила при РБЖ -1,2 % (1 наблюдение полной непроходимости бандажа, потребовавшей его замену на систему с большим диаметром); при ПРЖ – 4,2% (у 6 пациентов). У 4 больных наблюдали несостоятельность швов желудка, что в 3 случаях потребовало лапароскопической ревизии (ушивания желудка-1, дренирования зоны несостоятельности – 2). В одном наблюдении при несостоятельности шва проведено успешное консервативное лечение. Еще 2 лапароскопические ревизии потребовались в связи с кровотечением из троакарного прокола (1 пациент) и с целью дренирования перигастрального абсцесса (1 пациент).



Результаты: После хирургического лечения процент потери избыточной МТ к одному году после РБЖ был 43,5+25,4%, к двум годам – 56,1 + 25,4 %, 55,5 + 27,6% - к трем, 47,8 + 28,8% - к четырем годам, в то время как после ПРЖ это показатель составил соответственно 56,1 + 25,4 %, 75,7 + 25,5%, 61,1 +23,9%, 69,1 +29,8 % к 1,2,3, 4 годам (кроме третьего года, разница везде достоверна. Средние показатели глюкозы до операции составляли 8,6 ммоль/л, после операции показатели метаболизма глюкозы нормализовались и составили 5,1 ммоль/л.

Частота осложнений, выявленных в отдаленные сроки после РБЖ у 17 больных, составила 20,7 %, причем большинство из них связано с технологией операции, подразумевающей наличие искусственного имплантата (протечка бандажа-3, раскрытие бандажа-3, эрозия бандажа в просвет желудка -4, проблемы с соединительной трубкой и портом – 3, слиппадж- 4).

К настоящему времени 28,0 % пациентов, перенесших РБЖ, потребовалось выполнение 23 повторных операций, в т.ч. 4 удаления бандажа, 4 замены бандажа, 7 конверсий в другие виды операций с удалением регулируемых систем (6 конверсии в ПРЖ, 4- в БПШ, 1- в гастрощунтирование). 3 пациентам потребовалось выполнение несложных операций, связанных с ревизией порта либо соединительной трубки.

В группе ПРЖ двум пациенткам (1,2%) потребовалось выполнение билиопанкреатического шунтирования в качестве второго этапа оперативного лечения в связи с недостаточным эффектом первичной операции.

Среди других недостатков РБЖ отмечено: необходимость частого обращения в клинику для регулировки бандажей, в т.ч. нередко по экстренным показаниям; необходимость лучевых нагрузок в связи с процедурами регулировки бандажей; затруднение послеоперационного контроля пациентов, проживающих в отдаленных регионах. После обеих операций наблюдали случаи рефлюкс-эзофагита, требовавшие назначения противоязвенной терапии.

Выводы: хотя ПРЖ – технически более сложная операция, по сравнению с РБЖ и сопровождается несколько большим риском развития ранних послеоперационных осложнений, в указанные сроки наблюдения ПРЖ обозначила целый ряд преимуществ, по сравнению с РБЖ: лучшее снижение МТ, меньшую частоту поздних послеоперационных осложнений и необходимость выполнения повторных операций. Рестриктивные операции могут быть патогенетически обоснованы в лечении метаболического синдрома, так как их использование обеспечивают стойкое снижение массы тела и нормализацию уровня глюкозы в плазме крови у больных с СД2 типа, сочетающимся с ожирением. ПРЖ можно рассматривать как более эффективную альтернативу РБЖ, но для суждения о долгосрочной эффективности этой операции необходимо увеличение сроков отдаленного наблюдения. Необходимо объединение усилий эндокринологов, кардиологов и хирургов для разработки показаний к хирургическому лечению метаболического синдрома вне зависимости от степени ожирения.



ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ: ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ

Бобров А.Е., Гегель Н.В., Савельева Л.В., Гурова О.Ю., Романцова Т.И.

Московский НИИ психиатрии – филиал ФМИЦПН Минздрава России, г. Москва

Прием пищи при ожирении плохо поддается самоконтролю, поскольку включен в целый ряд сложных систем поведения, напрямую не относящихся к метаболизму. Описание различных видов поведения имеет большое значение для выделения сопряженных с ними функциональных систем и уточнения психобиологических механизмов ожирения.

Цель работы – изучить особенности поведения больных ожирением с помощью клинико-психопатологических и личностно-стилевых критериев.

Обследовано 149 пациентов с избыточной массой тела, обратившихся для лечения ожирения. Возраст пациентов – от 19 до 69 лет. Поведение оценивалось клинически (критерии МКБ-10), а также с помощью психологических тестов.

Психические расстройства имелись у 98 (65,8%) больных. Среди них преобладали тревожные – 65 (43,5%) и аффективные расстройства – 41 (31,5%). В результате факторного анализа данных психологического обследования было выделено пять вариантов поведения больных. При пограничном типе отмечалась повышенная импульсивность и транзиторные диссоциативные состояния, что является у таких больных главной причиной снижения субъективного контроля над приемом пищи. При гипертимном варианте отмечалась утрата необходимой восприимчивости к внешнему социальному контролю, сочетавшаяся с общим снижением конформности. При дистимическом варианте постоянный и стереотипный прием пищи был ассоциирован с идеаторными руминациями и фиксацией на тягостно окрашенных переживаниях. Для сенситивного поведенческого стиля больных характеризовала повышенная зависимость от социального окружения и высокая психологическая уязвимость. Снижению контроля над приемом пищи в этих случаях способствовала высокая приверженность больных к различным пищевым ритуалам и использование еды в качестве инструмента подавления тревоги и психофизиологического напряжения. Недифференцированный вариант поведения при ожирении характеризовался общей недостаточной определенностью мотивов и установок, а также проблемами с идентификацией личности. Все это создавало условия для понижения самоконтроля в процессе еды.

Описанные варианты поведения целесообразно учитывать при первичной психологической квалификации состояния больных ожирением, поскольку на их основе могут быть разработаны соответствующие протоколы и рекомендации оказания психотерапевтической помощи.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБОЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ**

Володина К.А.^{1,2}, Линчак Р.М.¹, Ачкасов Е.Е.², Алаева Е.Н.¹, Курбакова Е.В.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России,

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить клиническую эффективность амбулаторно-поликлинического этапа физической реабилитации посредством занятий скандинавской ходьбой у пациентов с ОКСб/СТ, перенесших экстренное ЧКВ на симптом-связанной артерии, с помощью суточного мониторирования ЭКГ до и после программы реабилитации.

Материалы и методы. В проспективное исследование было включено 34 пациента (средний возраст $59,5 \pm 8,6$ лет; 76% мужчин, 24% женщин), перенесших ОКСб/СТ с экстренным ЧКВ на симптом-связанной артерии и неосложненным течением послеоперационного периода. Пациенты в течение 3-х месяцев занимались скандинавской ходьбой в условиях отделения реабилитации консультативно-диагностического центра. Программа включала в себя тренировки с периодичностью 3 раза в неделю, состоящие из 15 минутной разминки с упражнениями со специальными палками, последующим 30-минутным аэробным блоком скандинавской ходьбы (3 минуты – 25% от пороговой мощности; 30 минут – 50-60% от пороговой мощности; 5 минут – 30% от пороговой мощности) и заключительная 10-минутная растяжка. Всем пациентам до и после курса физической реабилитации было проведено суточное мониторирование ЭКГ, с оценкой следующих параметров: ЧСС_{ср}, ЧСС_{мин}, ЧСС_{макс}, предсердные экстрасистолы (ПЭ), желудочковые экстрасистолы (ЖЭ).

Результаты. У пациентов после курса реабилитации отмечено: достоверное снижение среднего значения ЧСС_{ср} (с $68,8 \pm 7,3$ до $65,2 \pm 6,7$; $P=0,001$), ЧСС_{мин} (с $48,1 \pm 6,8$ до $44,8 \pm 6,8$; $P=0,001$), снижение частоты возникновения ЖЭ ($p=0,016$). Достоверных различий между средними величинами ПЭ до и после программы кардиореабилитации у пациентов не выявлено, однако, была отмечена тенденция к их снижению.

Заключение. Предложенная программа реабилитации посредством скандинавской ходьбы пациентов с ОКСб/СТ, перенесших экстренное ЧКВ симптом-связанной артерией, приводит к достоверному снижению среднего значения ЧСС_{ср}, ЧСС_{мин} и уменьшает количество ЖЭ.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Воронцов С.А., Кириченко О.В., Макарова И.Ю.

*ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» Управления делами Президента РФ,
г. Домодедово, Московская область*

Артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее положение в структуре общей встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). На фоне общей популяции с сохранной почечной функцией частота встречаемости АГ при хронической болезни почек намного выше. Однако проводимое лечение в большинстве случаев имеет невысокую эффективность. Это предполагает необходимость разработки более доступных и эффективных лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования: определение влияния лечебного комплекса санатория, включающего в себя терапевтическое воздействие на функциональные системы органов и психотерапевтическую коррекцию, на клиническую симптоматику и психоэмоциональный статус пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 119 пациентов с артериальной гипертензией, проходивших лечение в ФГБУ «ОС «Подмосковье» (78 женщин, 41 мужчина, средний возраст 54 ± 6 лет). Лечение включало в себя комплекс медицинских назначений и психотерапию, коррекция применяемой пациентами медикаментозной терапии не проводилась. Применялось исследование клинико-лабораторных показателей, данных антропометрических измерений, суточное мониторирование артериального давления, психологическое обследование состояния когнитивных процессов и уровня качества жизни.

Результаты: у 68% обследованных пациентов наблюдалось ожирение I-II степени, высокие показатели АД, гиперлипидемия, что указывало на высокий риск возникновения и прогрессирования ССЗ. У 73% больных скорость клубочковой фильтрации (СКФ) соответствовала высокому риску возникновения хронической болезни почек (ХБП) и находилась в интервале от 60 до 90 мл/мин. После прохождения курса санаторного лечения у пациентов отмечалась нормализация среднесуточного АД (в среднем от $143 \pm 8 / 95 \pm 4$ к $134 \pm 2 / 90 \pm 3$ мм рт. ст.), снижение уровня общего холестерина (от $5,9 \pm 0,3$ к $5,4 \pm 0,4$ ммоль/л) и ЛПНП (от $4,3 \pm 0,2$ к $3,8 \pm 0,1$ ммоль/л), нормализация уровня глюкозы (от $6,22 \pm 0,2$ к $5,9 \pm 0,4$ ммоль/л) и повышение уровня ЛПВП (от $0,62 \pm 0,3$ ммоль/л к $0,84 \pm 0,1$ ммоль/л). Также отмечено снижение среднего веса по группе (от $96,2 \pm 5,5$ к $91,1 \pm 3,4$ кг). Психодиагностическое обследование выявило значимое улучшение слухоречевой памяти, повышение устойчивости произвольного внимания и рост скорости умственной работоспособности. Исследование качества жизни показало улучшение показателей по параметрам «уровень боли», «активность», «социальное функционирование», «психическое здоровье».

Выводы: по группе обследованных пациентов после санаторного лечения наблюдалось улучшение основных биохимических показателей, нормализация АД, повышение уровня когнитивных процессов, а также субъективно переживаемое улучшение качества жизни.



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

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.V. 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 пролиферируют, 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 идет 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 (Kuvvin 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 $56 \pm 4,5$ 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, выразившийся 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.



ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 И 2 ТИПОВ

Гришина Т.И., Попкова А.М., Филатова Г.А.

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет
имени А.И. Евдокимова, г. Москва*

Несомненный интерес вызывает сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сахарного диабета (СД), поскольку именно патология легких является основной причиной смерти больных СД. Как СД, так и ХОБЛ сопровождаются значительными нарушениями иммунной системы. Несмотря на широкий арсенал средств иммуотропной терапии, поиск наиболее действенных методов борьбы с нарушениями иммунитета и увеличение эффективности лечения при сочетанной патологии остается актуальной задачей медицины. Препаратом выбора стал отечественный иммуномодулятор полиоксидоний, который также обладает выраженным дезинтоксикационным, антиоксидантным и мембранопротекторным эффектом, который уже хорошо зарекомендовал себя при синдроме диабетической стопы.

Целью данного исследования явилась оценка влияния препарата Полиоксидоний на динамику клинико-иммунологических показателей у больных с ХОБЛ на фоне СД 1 и 2 типа.

В процессе работы было обследовано 40 пациентов, которые наблюдались в эндокринологическом отделении 70-й ГКБ. Критериями включения в исследование являлись: установленный диагноз ХОБЛ, СД 1 и 2 типов, наличие обострения ХОБЛ. Критериями исключения были следующие: отсутствие в анамнезе указаний на использование любых иммуотропных препаратов за 6 месяцев до начала исследования, отсутствие клинически значимых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации. Возраст больных в обследуемых группах колебался от 30 до 60 лет. В зависимости от типа лечения больные с ХОБЛ на фоне СД 1 и 2 типов были разделены на две группы. Группу сравнения составили 20 пациентов, получавших только базисную терапию: антибиотики, муколитики, бронхолитики и сахароснижающую терапию. Основную группу составили 20 человек, получавшую наряду с базисной терапией препарат Полиоксидоний в дозе 6 мг в ректальных суппозиториях №10 по схеме: 1 свеча через день. Нами были использованы клинические, инструментальные, биохимические и иммунологические методы исследования, которые оценивались до, сразу после лечения и через 6 месяцев. Биохимическое исследование крови включало определение базальной (БГ), постпрандиальной (ППГ), среднесуточной (ССГ) гликемии и гликозилированного гемоглобина HbA1c. Иммунологическое исследование включало определение субпопуляции лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), фагоцитарного резерва (ФА), фагоцитарного числа (ФЧ), антител к органоспецифическим (коллаген, эластин) и органоспецифическим (сердце, легкие, тонкий и толстый кишечник, печень, почки, гипофиз, цитоплазматическая и микросомальная фракция щитовидной железы, слизистый и мышечный слой желудка, поджелудочная железа, половые железы и надпочечники) антигенам.

Динамика легочного синдрома у пациентов с ХОБЛ на фоне СД 1 и 2 типов претерпела положительные изменения в процессе лечения изучаемым препаратом, что подтверждалась данными инструментальных методов исследования: на фоне терапии препаратом Полиоксидоний отмечалась тенденция к увеличению показателей ЖЕЛ, ОФВ1 и МОС 75-25, что сопровождалось редукцией воспалительного компонента в бронхах на бронхоскопии у 80% больных СД 1 типа и у 90% больных СД 2 типа. За время последующих наблюдений в течение полугода у 90% пациентов основной группы сохранялась ремиссия ХОБЛ, в отличие от группы сравнения. У пациентов с ХОБЛ на фоне СД 1 и 2 типов, получавших препарат Полиоксидоний, отмечалась так же положительная клиническая динамика симптомов диабета, что выражалось в лабораторной компенсации



углеводного обмена. Так, наблюдалось достоверное уменьшение всех показателей гликемии: БГ, ППГ, ССГ (во всех случаях $p < 0,01$ и HbA1c ($p < 0,01$) до нормальных цифр, соответствующих компенсации СД, в то время как у пациентов группы сравнения после традиционной терапии эти показатели так и не достигли нормальных значений. Важно отметить, что через 6 месяцев после терапии препаратом Полиоксидоний сохранилась компенсация диабета у подавляющего большинства больных, в отличие от пациентов группы сравнения.

Клиническая эффективность полиоксидония отразилась, прежде всего, на сроках достижения компенсации СД – уже на 8-10 день и ремиссии ХОБЛ – на 14-16 день пребывания в стационаре. Достигнуть нормогликемии у большинства больных группы сравнения как с СД 1 типа, так и 2 типа, удалось только на 14-16 день, купирования обострения ХОБЛ на 26-28 сутки пребывания в стационаре. Детоксицирующие свойства полиоксидония отразились в динамике интоксикационного синдрома у пациентов с СД 1 и 2, получавших этот препарат, сроки ликвидации интоксикации составляли 2-5 дней, в то время, как в группе сравнения 8-10 дней.

Анализ данных иммунологического статуса указывает на выраженное иммунокорректирующее действие препарата Полиоксидоний. У пациентов основной группы с СД 1 и 2 типа отмечалось достоверное увеличение, по сравнению с исходными, абсолютного и относительного содержания средних значений СД3+ и СД4+клеток ($p < 0,01$) до нормальных цифр. Увеличение среднего показателя СД8+лимфоцитов ($p < 0,01$), статистически значимо только в процентах на фоне СД 2 типа. На фоне терапии препаратом Полиоксидоний отмечалась нормализация процентного содержания СД20+клеток ($p < 0,01$) как на фоне СД 1 типа, так и 2 типа. После окончания лечения препаратом Полиоксидоний, у пациентов с СД 1 типа отмечалось достоверное снижение средних значений титров аутоантител до нормальных величин к антигенам поджелудочной железы ($p < 0,05$), МФ ($p < 0,05$) и ЦФ ($p < 0,05$) щитовидной железы, у пациентов с СД 2 типа – к антигенам коллагена ($p < 0,05$), гипофиза ($p < 0,01$) и сердца ($p < 0,05$). Средне-групповые показатели исходных величин титров аутоантител к остальным антигенам были в пределах нормы, однако их индивидуальный анализ и динамика на фоне проведенной терапии препаратом Полиоксидоний выявил нормализацию исходно повышенных титров аутоантител у отдельных больных до нормальных значений, причем у всех 100% обследованных. К концу лечения препаратом Полиоксидоний у всех пациентов основной группы средние значения ФА, ФЧ и ФР (во всех случаях $p < 0,01$) достоверно увеличились и достигли нормальных значений. Важно подчеркнуть, что у всех пациентов основной группы, независимо от типа диабета, основные иммунологические показатели и через полгода оставались в пределах нормы, чего не наблюдалось в группе сравнения.

Таким образом, включение препарата Полиоксидоний в комплексную терапию ХОБЛ на фоне СД 1 и 2 типов позволяет в более короткие сроки добиться компенсации СД, независимо от типа, и адекватно купировать обострения ХОБЛ. Данные эффекты препарата Полиоксидоний сохраняются не менее 6 месяцев и сочетаются с клинической компенсацией.

**ПРОГРАММНЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Иванова Е.С.¹, Рассулова М.А.²

*¹Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ФПО ГБУЗМО МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского,*

*²ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины ДЗ Москвы», г. Москва*

Цель: изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического профиля.

Материал и методы: в данной работе были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование variability ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спироэргометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), биорезонансная технология – МОРА-диагностика.

В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: ПИКС (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст $62 \pm 4,3$ года) и 245 больных АГ (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст – $48 \pm 5,6$ лет). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения.

Результаты: полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ – более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС и АГ позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Заключение: современные технологии диагностического мониторинга являются методами точной оценки эффективности программ ВЛ и МР у больных кардиологического профиля и могут быть рекомендованы для широкого применения в медицинской реабилитации.



ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАННЕЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д., И Сун Чер

*Московский областной центр медицинской профилактики (Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»),
г. Москва*

Рак молочной железы занимает ведущие места в структуре заболеваемости и смертности женщин от злокачественных заболеваний в мире. В 2017 году в Московской области реализуется Приоритетный проект Министерства здравоохранения Московской области «Скрининг рака молочной железы - жизнь без онкологии». Его целью является повышение ранней выявляемости рака молочной железы и создание регистра женщин с риском развития этого заболевания, а также с подтвержденным диагнозом рака молочной железы, на основе современных стандартов описания результатов маммографии – шкалы BI-RADS.

Важнейшим этапом проекта является улучшение информированности населения о факторах риска развития и первых признаках рака молочной железы и повышение мотивации женщин к прохождению маммографии. Для решения этих задач в Московской области активно проводится Акция «Розовая ленточка», направленная на пропаганду здорового образа жизни и профилактику развития рака молочной железы. Старт Акции был дан в апреле на Всемирном Дне здоровья. В мероприятиях приняли участие более 11 тысяч женщин, которых обучали технике проведения самообследования молочных желез, информировали о факторах риска развития рака, а также о необходимости прохождения маммографии - современного точного метода для выявления онкологии на ранней стадии. Основными мероприятиями Акции являются флеш-мобы с участием волонтеров, танцевальные разминки с воздушными шарами и с розовыми ленточками в единой цветовой гамме Акции, символизирующей Всемирный знак борьбы против рака, а также Открытая школа здоровья для населения «Профилактика рака молочной железы. Факторы риска и основы формирования здорового образа жизни. Маммография – мифы и реальность» и семинары для медицинских работников «Основные направления профилактики рака молочной железы: популяционные, групповые и индивидуальные подходы».

В целях усиления роли медицинских работников первичного звена здравоохранения Московской области в профилактике и раннем выявлении рака молочной железы Московский областной центр медицинской профилактики в мае 2017 года провел семинар по вопросам обучения женщин методике самообследования молочных желез с входным и выходным контролем знаний по данной тематике. 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 111 человек.

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

62% респондентов правильно определяли рекомендованный возраст начала проведения маммографии с 35 лет. 64% респондентов правильно определили кратность проведения



обследования для пациентов моложе 50 лет и 73% для категории 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 86% опрошенных, однако последующие уточняющие – тестовые вопросы анкеты не подтверждают эти данные. Так, только 68% ответили, что обследование проводится в первую фазу менструального цикла, 21% дали верный ответ о количестве используемых пальцев (три), 59% знают, что не используется большой палец. О периодичности проведения самообследования верные ответы (1 раз в месяц) дали 56,8% респондентов.

Необходимо отметить, что в большинстве случаев представления о самообследовании молочных желез респонденты получили из специализированной литературы (76%), курсы повышения квалификации заняли 2 место (50%), на третьем месте средства массовой информации (18%).

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

Готовность к целенаправленному обучению населения самообследованию молочных желез предполагает владение определенным объемом знаний из области доказательной медицины и андрогогике. 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. Реализация широкомасштабных программ раннего выявления рака молочной железы позволила за десять месяцев 2017 года достигнуть показателя выявляемости этого заболевания на ранних стадиях в 68% случаев, тогда как в 2014 году этот показатель составлял менее 40%.



РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ ПО ОБУЧЕНИЮ ШКОЛЬНИКОВ ПЕРВЫМ ПРИЗНАКАМ ИНСУЛЬТА И ФАКТОРАМ РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ, РЕАЛИЗОВАННОЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д., И Сун Чер

*Московский областной центр медицинской профилактики (Филиал по медицинской профилактике ГБУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»),
г. Москва*

Информирование населения различных возрастных групп о первых признаках острого нарушения мозгового кровообращения играет важнейшую роль в снижении смертности от этого заболевания. В преддверии Всемирного дня борьбы с инсультом в Московской области была проведена широкомасштабная информационно-коммуникационная кампания по обучению школьников 8-11 классов первым признакам инсульта и факторам риска его развития, организованная Московским областным центром медицинской профилактики по поручению Правительства Московской области. Обучение школьников проводилось в сентябре-октябре 2017 года в три этапа. Первый этап включал анкетирование «Инсульт – что ты знаешь о нем? Проверь себя!» на веб-портале службы медицинской профилактики Московской области, состоявшее из входного контроля знаний, информационного блока о первых признаках инсульта и факторах риска его развития, демонстрации обучающего видеоролика «УДАР» (улыбка, движение, афазия, решение) и выходного контроля полученных знаний. Анкетирование прошло 29653 человека. Доли школьников 8-11 классов, не указавших симптомы инсульта (0) и правильно указавших 1, 2 и 3 симптома инсульта в процессе входного контроля знаний перед интерактивным обучением, составили 29,6%, 9,1%, 16,3% и 45% соответственно. После обучения соответствующие доли школьников составили 4,9%, 10,1%, 18,2% и 66,8%. После интерактивного обучения 46,7% детей, изначально не знавших ни одного симптома инсульта, на итоговом тестировании правильно указали все три ответа. Еще 39,8% запомнили 1 или 2 признака инсульта.

Вторым этапом было размещение в электронных дневниках школьников красочных информационных памяток о первых признаках инсульта и факторах риска его развития для информирования школьников и их родителей. На третьем этапе кампании было проведено очное обучение всех школьников старших классов Московской области. Оно проходило в виде уроков в школах, которые проводились силами врачей-терапевтов, неврологов, педиатров, врачей центров здоровья и центров, отделений и кабинетов медицинской профилактики, врачей скорой помощи с демонстрацией единой стандартной обучающей презентации и видеоролика «УДАР». В процессе урока школьники не только получали информацию, но решали ситуационные задачи по распознаванию инсульта и отрабатывали алгоритм действий по оказанию первой помощи пациентам. Обучением была охвачена 1321 школа Московской области, и знания о профилактике и первых признаках инсульта получили более 150 тысяч школьников.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ
КУРОРТЕ**

Каладзе Н.Н., Ревенко Н.А., Мельцева Е.М., Дусалева Т.М.

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
г. Симферополь*

Раннее формирование метаболического синдрома в детском возрасте является одной из основных проблем педиатрии. Первые признаки патогенетических изменений у детей зачастую пропускаются педиатрами, маскируясь за различными функциональными нарушениями, которым не придают значения. Однако, именно в этом возрасте возможно трансформировать патогенез заболевания, коренным образом преобразив ход метаболических каскадов, не изменяя течение основополагающих возрастных перестроек как гормонального фона, так и белково-липидно-углеводного обмена. Основу реабилитационного комплекса должна составить полноценная диагностическая программа поиска нарушений в различных органах и системах, основанных, в первую очередь, на рекомендациях IDF. Санаторно-курортная реабилитация включает коррекцию каждого из нарушенных видов обмена веществ и клинических проявлений с учетом отягощающего взаимовлияния. Патогенетическую основу реабилитации на Евпаторийском курорте, помимо основных рекомендаций по правильному питанию и двигательной нагрузке, составляют климатолечение, грязелечение, бальнеолечение и питьевые минеральные воды Крыма. С целью изучения метаболических нарушений в формировании артериальной гипертензии (АГ) у детей и коррекции выявленных нарушений на санаторно-курортном этапе реабилитации обследовано 230 детей с артериальной гипертензией (АГ) и признаками метаболического синдрома в возрасте от 10 до 16 лет, находившихся на лечении в санатории «Юбилейный» (г. Евпатория) в течение 24 дней. Контрольную группу (КГ) составили здоровые дети ($n=21$), которые были сопоставимы по полу и возрасту. Назначаемый лечебный комплекс включал климатотерапию соответственно сезону года (аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия, климанотерапия), двигательный режим с включением утренней зарядки, подвижных игр на пляже, комплекса лечебной физкультуры для детей с артериальной гипертензией с учетом метаболических нарушений, диету № 8, школу артериальной гипертензии, противовоспалительную терапию (лечение у стоматолога, грязелечение очагов хронической инфекции и др.), седативную фитотерапию, аэроионотерапию, ручной массаж воротниковой области. С целью коррекции метаболических нарушений в сочетании с эндотелиальной дисфункцией и нормализации корково-подкорковых взаимоотношений в комплекс реабилитации были включены йодобромные ванны и электросонотерапия. Результаты. Абсолютное большинство детей (97,3%) отмечали повышение работоспособности и устойчивости к интеллектуальным нагрузкам, уменьшение эпизодов повышения АД, жалоб на головную боль, головокружение, тяжесть в голове, утомляемость, одышку и сердцебиение даже при незначительной физической нагрузке. На фоне терапии масса тела снизилась с $69,48 \pm 3,44$ кг до $66,30 \pm 2,39$ кг ($p > 0,05$). Достоверное ($p < 0,001$) снижение АД до нормальных показателей с $122,06 \pm 2,00$ мм рт. ст. до $113,90 \pm 0,96$ мм рт. ст. является одним из самых главных критериев в оценке эффективности проводимой терапии. Уровень показателей липидограммы в конце лечения снижался до уровня нормы у всех обследуемых: холестерин с $3,82 \pm 0,12$ ммоль/л до $3,40 \pm 0,08$ ммоль/л, $p > 0,05$; триглицериды с $1,32 \pm 0,11$ ммоль/л до $1,07 \pm 0,05$ ммоль/л, индекс атерогенности с $2,41 \pm 0,15$ до $1,58 \pm 0,07$, $p < 0,05$. Следует отметить нормализацию показателей липидного обмена на фоне значительного снижения массы тела. Уровень инсулина с $18,24 \pm 2,19$ мкМЕд/мл снизился к концу лечения до $12,66 \pm 0,64$ мкМЕд/мл, индекс инсулин резистентности



НОМА2 снизился с $2,72 \pm 0,40$ до $1,53 \pm 0,08$, $p < 0,001$. При анализе изменений адипонектинемии была выявлена положительная динамика, которая выражалась в достоверном повышении содержания уровня адипонектина с $8,80 \pm 0,69$ мкг/мл до $13,10 \pm 0,67$ мкг/мл после лечения, $p < 0,001$. Отмечено достоверное уменьшение уровня лептина и индекса лептинорезистентности с $15,15 \pm 1,77$ нг/мл и $0,57 \pm 0,06$ до $9,93 \pm 1,34$ и $0,40 \pm 0,05$ нг/мл, соответственно, $p < 0,01$, однако, к уровню КГ вышеуказанные показатели не пришли. Также в результате лечения на санаторно-курортном этапе у детей с АГ не изменились средние уровни грелина ($20,05 \pm 4,66$ нг/мл). Выводы. Проведенная санаторно-курортная реабилитация детей с АГ и метаболическими нарушениями на Евпаторийском курорте привела к нормализации выявленных метаболических нарушений в виде снижения уровня холестерина, триглицеридов, индекса атерогенности, выраженной нормализации уровней гормонов аппетита – адипонектина, лептина на фоне неизменных показателей грелина, т.е. на фоне снижения массы тела не повышался аппетит, что является перспективным для стабилизации полученных результатов в снижении АД и массы тела. Разработанный санаторно-курортный комплекс нормализует основной механизм метаболического синдрома – инсулин- и лептин-резистентность, что позволяет добиться максимального эффекта от проводимой терапии.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ

Климина Н.А., Ковалева Ю.А., Мисникова И.В.

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

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) широко распространен среди пациентов с эндокринными заболеваниями, хотя его своевременная диагностика составляет серьезную проблему. СОАС способствует увеличению рисков сердечно-сосудистых осложнений, нарушению метаболизма, повышает риск интраоперационных и послеоперационных осложнений. Адекватное лечение позволяет в большинстве случаев предотвратить нежелательные последствия СОАС и улучшить качество жизни пациента.

Материалы и методы. Пациент А. 1962 года рождения (54 года) с сахарным диабетом 2 типа и подозрением на гиперальдостеронизм был обследован для исключения СОАС. Проведен сбор анамнеза и характерных жалоб, анкетирование с использованием шкалы сонливости Эпворта, Берлинского опросника; кардиореспираторный мониторинг методом РАТ-технологий (диагностическая система: Watch-РАТ 200); полисомнография в период ночного сна - 14 каналов (диагностическая система: «Alice PDx» компании Respironics). После подтверждения СОАС проведена пробная CPAP-терапия (Auto CPAP аппарат Philips Respironics PR System One REMstar Auto A-Flex с увлажнением).

Результаты. Жалобы пациента А. на: сухость во рту, жажду, частое ночное мочеиспускание, общую слабость, утомляемость; одышку при физической нагрузке; головные боли, головокружение при повышении артериального давления. При более детальном опросе жалобы на: частые пробуждения по ночам; храп во сне (отмечают родственники); дневную сонливость; потливость по ночам.

Из анамнеза: сахарный диабет 2 тип с 51 года (длительность заболевания 3 года). Получает: Глибенкламид 14 мг/сут, Метформин 3000 мг/сут. Гликированный гемоглобин – 5%. Артериальная гипертензия около 20 лет, около 10 лет стойкое повышение АД с максимальным АД до 250/170 мм рт. ст. Подтвержден диагноз: Синдром Конна. Аденома правого надпочечника (по данным МСКТ образование овальной формы 12 мм в теле правого надпочечника. Альдостерон 397 пг/мл (8-172); ренин 0,1 нг/мл/час (0,32-1,8); высокое APC; Калий 2,5 ммоль/л (4-5,2); Через два часа после приема Каптоприла снижение уровня альдостерона не отмечено). Рекомендовано плановое хирургическое лечение первичного гиперальдостеронизма. ИМТ – 35,7 кг/м².

Анкетирование: Шкала сонливости Эпворта/Эпворта (Epwort Sleepiness Scale) – 4 балла (0–9 баллов – средняя степень дневной сонливости). Берлинский опросник – 3 балла (более 2 баллов – велика вероятность нарушений дыхания во сне).

Кардиореспираторный мониторинг методом РАТ-технологий: индекс апноэ/гипопноэ (АНИ) – 90,3 (более 30 – тяжелая степень СОАС), минимальное насыщение крови кислородом – 84%. Максимальная десатурация 8%.

Полисомнография: АНИ – 68,5; при этом индекс центрального апноэ – 6,8, обструктивного апноэ – 40,5, смешанного апноэ – 14,1, гипопноэ – 7,1. Мин сатурация – 83%, Максимальная десатурация – 13%. Сон фрагментирован, изменена структура сна: REM сон составил 5,1%, N 1 - 66.6 %, N 2 - 20.6 %, N 3 - 7.7%.

Пробная CPAP-терапия в течение пяти ночей: АНИ - от 4,6 до 13,9 в разные ночи использования аппарата. При этом значительно улучшилось общее самочувствие пациента: сон стал более полноценным, исчезла дневная сонливость, уменьшилась потливость по



ночам, улучшилось настроение, концентрация внимания. Проведена плановая правосторонняя адреналэктомия. Ранний послеоперационный период без осложнений.

Заключение:

У пациента с сахарным диабетом второго типа, обратившегося с жалобами на повышение артериального давления при отсутствии «активных» жалоб на нарушения дыхания во сне был выявлен синдром обструктивного апноэ сна тяжелого течения. CPAP терапия привела к улучшению общего самочувствия пациента и снижению рисков интраоперационных и послеоперационных осложнений при проведении правосторонней адреналэктомии.

Учитывая большую распространенность СОАС, ассоциацию с сахарным диабетом второго типа и другими эндокринопатиями а также высокий риск развития кардиваскулярных осложнений необходим активный скрининг пациентов с эндокринной патологией на предмет синдрома обструктивного апноэ во сне, особенно у тех пациентов, которым планируется оперативное вмешательство.



ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кобелевская Н.В.^{1,2}, Виноградова Н.Н.²

¹Российский университет дружбы народов,

²ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

г. Москва

Хронические психические заболевания являются серьезной медицинской и социальной проблемой современного общества в силу их большой распространенности, высокой инвалидизации пациентов и большого экономического ущерба, связанного с проведением лечения, реабилитации и мероприятий социальной помощи. Основной причиной ухудшения качества жизни больных хроническими психическими заболеваниями, в первую очередь, потери способности к самообслуживанию, утраты самостоятельности, развития беспомощности, зависимости от постороннего ухода и, как результат, социальной дезадаптации, а также более ранней летальности этих пациентов является присоединение соматической патологии, в структуре которой первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания. Дополнительным к традиционным факторам риска для больных хроническими психическими заболеваниями является проводимая психофармакотерапия, обладающая известными метаболическими эффектами.

Цель: изучение распространенности метаболического синдрома (МС) и особенностей отдельных его компонентов у больных хроническими психическими заболеваниями.

Материалы и методы: Для диагностики МС использовались критерии International Diabetes Federation 2005 года. В исследование было включено 500 больных с хроническими психическими заболеваниями (основная группа) и 500 пациентов без психических расстройств (контрольная группа) в возрасте от 30 до 50 лет. На первом этапе определялось наличие основного компонента МС – абдоминального ожирения, при выявлении которого выполнялись лабораторные и инструментальные исследования, направленные на изучение компонентов МС (артериальной гипертензии, нарушений углеводного и липидного обмена).

Результаты: Наличие МС по сочетанию абдоминального ожирения и двух дополнительных критериев было диагностировано у 22,7% пациентов с хроническими психическими заболеваниями и 15,2% – без них; в обеих группах преобладали женщины (57% и 56% соответственно).

Самой частой структурой МС явилось сочетание трех признаков, при этом в группе с хроническими психическими заболеваниями в 3 раза чаще встречалась триада «абдоминальное ожирение + гипергликемия + гипертриглицеридемия» ($p=0,02$) и в 2 раза чаще триада «абдоминальное ожирение + гипергликемия + низкий уровень липопротеидов высокой плотности» ($p=0,008$), и, наоборот, в 4 раза реже встречалась триада «абдоминальное ожирение + гипергликемия + артериальная гипертензия» ($p=0,01$). Тетрады и пентады признаков встречались значительно реже, и не имели достоверных различий по частоте наблюдений между группами, тем не менее, анализ показал, что гипертриглицеридемия и низкий уровень липопротеидов высокой плотности чаще входили в структуру МС в группе пациентов с хроническими психическими заболеваниями, чем в контрольной группе.

Нарушения углеводного обмена были выявлены у 82,7% пациентов с хроническими психическими заболеваниями: у 35,6% выявлен сахарный диабет 2 типа, у 47,1% - нарушение толерантности к глюкозе. При этом отмечено, что средний уровень HbA1c достоверно отличался в сторону больших значений у пациентов с хроническими психическими заболеваниями: 7,3 против 6,9 ($p=0,002$), при этом у пациентов без хронических психических заболеваний это были цифры, соответствующие рекомендациям по целевому уровню HbA1c для среднего возраста, в то время как у пациентов с данными заболеваниями - его превосходящие. Базальная инсулинемия была в пределах нормальных значений и достоверно не различалась в обеих группах. Индекс



НОМА-IR превышал пороговые значения, причем в группе пациентов в основной группе он был достоверно выше в 1,5 раза ($p=0,009$) по сравнению с пациентами контрольной группы.

Нарушения липидного обмена в виде дислипидемии выявлены у 73,5% пациентов с психическими расстройствами и 48,0% пациентов без них. При этом отмечено, что в основной группе чаще отмечались изменения соотношения фракций холестерина: низкий уровень липопротеидов высокой плотности в 1,7 раза чаще ($p=0,020$), высокий уровень липопротеидов низкой и очень низкой плотности в 1,5 раза ($p=0,003$), в то время как в группе сравнения чаще в 1,8 раза ($p=0,003$) отмечено повышение общего холестерина и в 1,5 раза ($p=0,001$) триглицеридов. Значимые различия между группами выявлены и при определении количественных показателей липидограммы: в группе пациентов с психическими заболеваниями значимо выше уровень липопротеидов низкой плотности (3,9 [2,6; 4,9] и 3,1 [2,5; 3,9] ($p=0,03$) соответственно) и липопротеидов очень низкой плотности 1,1 [0,8; 1,4] и 0,8 [0,8; 1,4] ($p=0,03$) соответственно), а уровень липопротеидов высокой плотности значимо ниже (0,7 [1,0; 1,2] и 1,0 [1,2; 2,0] ($p=0,006$) соответственно). Представленные данные указывают на достоверно более высокую распространенность атерогенных типов гиперлипидемий у лиц с хроническими психическими заболеваниями, особенно ПА, который отмечен в исследуемой группе в 1,5 раза ($p=0,023$) чаще.

Артериальная гипертензия была самым редким компонентом МС в исследуемой группе, где в 1,8 раза ($p=0,002$) чаще отмечены нормальные цифры артериального давления (АД). Результаты суточного мониторирования АД также показали более низкие значения оцениваемых параметров в этой группе: среднесуточное АД на 12%, систолическое АД max на 8%, систолическое АД min на 9%, диастолическое АД max на 7%, диастолическое АД min на 7% ($p=0,001$). Так же в этой группе больных в 3,5 раза чаще ($p=0,011$) выявлены пациенты-«non-dipper» и в 2,5 раза чаще ($p=0,020$) пациенты-«over-dipper», и не было пациентов-«night-peaker», которых в группе контроля было 16 раз больше ($p=0,001$). Данные различия, по нашему мнению, можно объяснить нарушением равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы у пациентов, обусловленным приемом психотропных препаратов.

Несмотря на это, при оценке состояния органов-мишеней, у пациентов основной группы достоверно чаще по сравнению с группой сравнения было выявлено концентрическое ремоделирование левого желудочка (40,3% против 15,9%, $p=0,001$), признаки диастолической дисфункции – 54,6% в сравнении с 17,4% ($p=0,001$). При ультразвуковом ангиосканировании сонных артерий утолщение комплекса интима-медиа $> 1,3$ мм было выявлено в 1,6 раза чаще ($p=0,005$). Микроальбуминурия также встречалась с большей частотой 28,1% против 17,7% в группе сравнения ($p=0,050$).

Среди факторов риска развития МС у пациентов с хроническими психическими заболеваниями были отмечены: терапия нейролептиками, как в монотерапии, так и в комбинациях, курение, употребление алкоголя и гиперфагические нарушения пищевого поведения. Достоверной связи МС с отдельными психическими расстройствами не выявлено.

Выводы: Проведенное исследование позволило сделать вывод, что у пациентов с хроническими психическими заболеваниями в возрасте 30-50 лет метаболический синдром наблюдается в 1,5 раза чаще, чем у пациентов, не имеющих психических расстройств, а его структура и отдельные компоненты имеют следующие особенности: самыми частыми проявлениями МС у пациентов с хроническими психическими заболеваниями являются нарушения углеводного и липидного обмена, при этом липидный профиль у больных хроническими психическими заболеваниями с МС имеет более негативный характер; самым редким компонентом МС является артериальная гипертензия, которая диагностируется по измерению АД только у 1/5 части пациентов, однако при обследовании выявлены признаки поражения органов-мишеней: сердца (нарушение функций левого желудочка), сосудов (признаки атеросклеротического поражения), почек (микроальбуминурия) с достоверной разницей этих изменений между больными с хроническими психическими заболеваниями и без них. На развитие МС не влияет характер психического заболевания, а оно зависит от проводимой психотропной терапии (вида препарата и длительности лечения) и наличия вредных привычек.



ЭНДОКРИНОПАТИИ И АПНОЭ СНА

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

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 интермиттирующую гипоксию, колебания артериального давления и частоты сердечных сокращений, повышение активности симпатической нервной системы, эндокринную дисфункцию и фрагментацию 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 отека 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 мышцадилататоров 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 (СРАР-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 СРАР – 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 перекрестном 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 СРАР-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 СРАР-терапию.



ГЕНЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ДОЛГОЛЕТИЕ

Костомарова И.В.

Филиал ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова «НКЦ геронтологии» Минздрава РФ, г. Москва

Человечество неуклонно стареет. В течение всего 20 века доля пожилых людей в общей численности населения Земли постоянно увеличивалась. В 1950 году пожилые люди (лица в возрасте 60 лет и старше) составляли 8% мирового населения, в 2000 году — уже 10%. К 2050 году, по прогнозам ООН, каждый третий житель планеты будет старше 60 лет. В настоящее время стало очевидно, что демографическое старение населения охватило практически весь мир.

Американский геронтолог Томас Перлс считает, что влияние генетического фактора на продолжительность жизни после 80 лет увеличивается. Чем старше становится человек, тем дольше ему удалось прожить. Возможно, тем больше адаптационный резерв организма и, до самых старших возрастов доживают только те, кто были генетически «запрограммированы» на долголетие (>90 лет).

Одним из подходов к оценке генетической предрасположенности к долголетию является исследование ассоциаций функциональных вариантов генов, связанных с хроническими заболеваниями пожилого возраста и изучение этих генов у долгожителей. Долгожители представляют большой интерес для изучения генетики долголетия и устойчивости к возрастзависимым заболеваниям, поскольку можно предполагать, что в их геноме содержатся протективные аллели генов возрастзависимых заболеваний. Показано, что у тех, кто дожил до 90 лет и более, благоприятнее протекают сердечно-сосудистые заболевания, они реже страдают онкологическими заболеваниями и болезнью Альцгеймера, или эти заболевания начались у них позже, чем у других.

Сердечно-сосудистые заболевания - основная причина смертности в России. Первое место в структуре смертности от болезней системы кровообращения занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) - 48,1%. В связи с этим актуальным является изучение связи полиморфизма генов липидного метаболизма, метаболизма фолатов, фибринолитической системы крови, вовлеченных в патогенез ИБС, и возможно, связанных с долголетием.

Нами обследовано 644 пациента с ИБС из клиники НКЦ геронтологии, из них 262 больных пожилого (средний возраст 72,4 года), 205 пациентов старческого возраста (средний возраст 82,3 года) и 177 долгожителей (средний возраст 91,8 лет). У всех пациентов исследован полиморфизм 24 генов: LPL, CETP, APOE; F2, F5, F7, F13, β -фибриногена, ITGA2, ITGB3, PAI-1; MTHFR, MTRR, MTR; ACE, AGT, AGTR1, AGTR2, CYP11B2; GNB3, NOS3.

Выделение геномной ДНК из венозной крови обследуемых проводили методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование по полиморфным локусам изучаемых генов проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом или ПЦР в режиме реального времени.

В группе долгожителей нами было выявлено достоверное 2-х кратное увеличение частоты встречаемости гомозигот Н-Н- по гену липопротеинлипазы (LPL) и достоверное снижение частоты гомозигот Н+Н+ по сравнению с группой больных пожилого возраста. Генотип Н+Н+ гена LPL, который встречается у долгожителей достоверно реже, ассоциирован с неблагоприятным течением ИБС - развитием инфаркта миокарда. Негативное влияние данного генотипа на течение ИБС подтверждается его взаимосвязью с факторами риска: с гипертриглицеридемией и сахарным диабетом II типа.



При анализе полиморфизма гена аполипопротеина E (APOE) в группе долгожителей выявлено достоверное 3-х кратное снижение частоты аллеля ϵ_4 , и, соответственно 3-х кратное повышение частоты аллеля ϵ_2 по сравнению с группой больных пожилого возраста. Нами показано, что аллель ϵ_4 гена аполипопротеина E ассоциирован с неблагоприятным течением ИБС - развитием инфаркта миокарда. Также выявлена ассоциация генотипа $\epsilon_3\epsilon_4$, в состав которого входит аллель ϵ_4 , гена аполипопротеина E с избыточной массой тела.

В группе долгожителей частота генотипа В1В1 гена белка-переносчика эфиров холестерина (СЕТР) была в 2 раза ниже по сравнению с группами сравнения.

Нами выявлено достоверное увеличение частоты встречаемости по генам фолатного цикла: нормального генотипа СС гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR:677C>T) и мутантного генотипа GG гена метионинсинтазы редуктазы (MTRR).

Показано увеличение частоты встречаемости гетерозиготных генотипов генов β -фибриногена и тромбоцитарного рецептора фибриногена (ITGB3). Это возможно связано с возрастным перераспределением генотипов в сторону гетерозиготности из-за адаптивного преимущества гетерозигот.

Выявлено увеличение частоты встречаемости нормального генотипа GG гена синтазы окиси азота (NOS3:894G>T), ассоциированного с низким риском развития артериальной гипертензии и снижение частоты встречаемости мутантного генотипа TT, ассоциированного с повышенным риском развития артериальной гипертензии.

Таким образом, выявленные нами аллели и генотипы, наиболее часто встречающиеся у долгожителей и ассоциированные с благоприятным течением сердечно-сосудистой патологии, могут претендовать на роль маркеров физиологического старения и долголетия.



ПРИМЕНЕНИЕ 3Д МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ АНТРОПОМЕТРИИ И АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА

Мисникова И.В., Ковалева Ю.А., Губкина В.А., Полякова Е.Ю., Шарифова Н.И., Древаль А.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Актуальность изучения антропометрических маркеров ожирения, а также состава тела, свидетельствующих о высоком метаболическом риске, обусловлена необходимостью контролировать эти параметры при ожирении, влекущем за собой угрозу инвалидизации пациентов, снижение продолжительности жизни и развитие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Целью исследования было изучение возможности 3D-сканера поверхности тела для измерения окружностей различных частей тела и оценки его состава (количества жировой и тощей массы) у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Обследовались больные сахарным диабетом обоего пола с избыточной массой тела или ожирением (ИМТ > 25 кг/м²) в возрасте старше 45 лет, подписавшие информированное согласие. Всем больным проводилось 3D сканирование тела с помощью системы трехмерного сканирования человека на аппарате DUBLIK модель R1000. Для обозначения срезов в местах измерения окружностей накладывались ленты с выступающими метками. Были получены их полноростовые-цифровые копии внешности и антропометрических данных в виде 3D моделей в форматах Standard Template Library (STL) и Polygon File Format = Stanford Triangle Format (PLY). Рассчитывались соотношения окружности талии к правому бедру по 3D, жировая масса тела к жировой массе правого бедра.

Денситометрия (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) выполнялась в тот же день, что и 3D сканирование, на аппарате Hologic Discoveri A с определением состава тела (на базе рентгенологического отделения МОНИКИ). Расчеты включали процентное содержание жира (кг), жировой массы (кг), тощей массы (кг) и общей массы тела, а также рук, ног, туловища и головы. Кроме того, были получены объемы региональных органов по докладу DXA, используя уравнения Wilson et al.

Результаты. Обследовано 32 больных сахарным диабетом, среди которых было 25 (78,13%) женщин и 7 (21,88%) мужчин, средний возраст составил 63,59±7,93 лет, медиана 63,5 (от 49 до 81 года). Вес равнялся 91,81±13,82 кг, медиана 92 (от 69 до 118 кг). Средний ИМТ 33,56±4,41 кг/м², медиана 33,41 (от 26,79 до 43,70). Все больные имели избыточную массу тела или ожирение: избыточную массу тела – 8 (25,00%), ожирение - 24 пациента (75,00%): 1 класса зарегистрировано у 13 человек (40,63%), 2 класса - у 9 (28,13%), 3 класса - у 2 человек (6,25%).

В результате проведенного исследования выявлено, что основные показатели, полученные на основании 3D сканирования, коррелируют с показателями, полученными в результате денситометрии. Так выявлены прямые корреляции между жировой массой, измеренной в процентном отношении методом 3D сканирования и % жировой массы рассчитанной посредством денситометрии: коэффициент корреляции $r=0,819$, (достоверность $p=0,000$), так же и в абсолютных величинах жировая масса измеренная методом 3D сканирования коррелирует с жировой массой рассчитанной посредством денситометрии $r=0,6$ ($p=0,000$), а также обратные корреляции жировой массы (%), измеренной методом 3D сканирования с тощей массой тела в кг $r= -0,369$ ($p=0,038$) и с тощей массой тела в сочетании с количеством костного компонента (ВМС) $r= -0,375$ ($p=0,035$). Сухая масса тела, измеренная посредством 3D сканирования, обратно коррелировала с жировой массой (в %), измеренной в результате проведения денситометрии $r= -0,632$ ($p=0,000$) и прямо коррелировала с тощей массой тела (в кг) $r=0,874$ ($p=0,000$) и с ВМС в сочетании с тощей массой



тела в кг $r=0,875$ ($p=0,000$). Кроме того, отношение окружности талии к окружности правого бедра, рассчитанные на основании результатов сканирования прямо коррелировала с отношением жировой массы тела к жировой массе правой ноги $r=0,436$ ($p=0,013$).

Помимо отмеченных взаимосвязей наблюдается прямая корреляция между индексом массы тела (ИМТ) и объемом жировой ткани, полученным на основании 3D сканирования, как в процентном отношении $r=0,552$ ($p=0,001$), так и абсолютных величинах $r=0,895$ ($p=0,000$). ИМТ также коррелирует с объемом жировой ткани, измеренным посредством денситометрии – в процентном отношении $r=0,519$ ($p=0,002$), в абсолютных величинах $r=0,869$ ($p=0,000$).

Заключение. Моделирование поверхности тела с помощью 3D-сканера у пациентов с избыточной массой тела и ожирением может использоваться в качестве метода клинической антропометрии для измерения окружностей различных частей тела и оценки его состава. Это может найти применения для более точного прогноза тяжести метаболических нарушений и контроля эффективности терапевтических мероприятий по снижению веса.

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РАЗРАБОТКЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПО КОРРЕКЦИИ
ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

Мухамеджанов Э.К.

ТОО Fucoidan World Алматы

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) приобрели масштаб эпидемии и по данным ВОЗ в 2002 году составили 60% смертности и 43% заболеваемости, а в 2020 году составят уже 73% смертности и 60% заболеваемости (фактически медицина расписалась в своем бессилии). Многие стороны патогенеза ХНИЗ не ясны, что и обуславливает низкую эффективностью разработанных принципов их профилактики и лечения. Необходим междисциплинарный подход в разработке механизмов развития ХНИЗ. Обменные заболевания (диабет, ожирение, дислипидемии и гипертония – основные компоненты метаболического синдрома – МС) в первую очередь обусловлены нарушением соответствия между величиной поступления глюкозы и скоростью ее утилизации. Казалось бы, все просто – нужно ограничить поступление углеводов и увеличить величину их утилизации, но как сложно выполнять эти простые рекомендации, а с каждым годом происходит увеличение больных с МС.

Скелетные мышцы обуславливают 80% стимулируемого инсулином поглощения глюкозы. С возрастом или из-за снижения физических нагрузок происходит снижение мышечной массы, что снижает способность инсулина вызывать поглощение глюкозы (инсулинрезистентность – ИР). Из-за снижения потребления глюкозы мышцами происходит увеличение сахара крови (гипергликемия), увеличение секреции инсулина (гиперинсулинемия) – это симптомы сахарного диабета 2 типа. Под влиянием инсулина избыток глюкоза «сбрасывается в жиры», что ведет к развитию дислипидемии и отложению жиров в адипоцитах (ожирение).

Жировая ткань не просто депо избыточных калорий, но является эндокринным органом, который секретирует адипоцитокины, в частности воспалительные – ИЛ-6 и ФНО альфа. Поэтому диабет и ожирение относятся к заболеваниям вялотекущего хронического воспаления.

Воспалительные цитокины поступает в печень, в которой под их влиянием происходит секреция С реактивного белка, способствующего повышению артериального давления и росту сердечно-сосудистых заболеваний. На практике, заболевания МС лечатся отдельно, используя соответствующие медикаментозные препараты, что обуславливает низкую эффективность такого лечения. Нужно в корне изменить наш подход в сторону междисциплинарного взгляда или установить общие этиологические и патогенетические положения.

Необходимо перейти от симптоматологического подхода к патогенетическому. Другими словами надо разработать технологии по снижению величины поступления глюкозы и повысить ее утилизацию. Как на практике убедились простой, и ясный принцип меньше ешь, не оправдал себя. Это, в первую очередь связано с тем, что головной мозг и клетки крови в качестве источника энергии используют исключительно глюкозу и снижение утилизации углеводов часто сопровождаются развитием различных психологических нарушений. Здесь следует придерживаться правила соответствия скорости всасывания глюкозы из кишечника с величиной потребности в ней головного мозга. Обычно нарушения такого соответствия происходят: 1) при избыточном поступлении углеводов, особенно легкоусвояемых, когда при каждом приеме пищи поступление глюкозы выше потребности в нем мозга; 2) при редком приеме пищи, когда даже при уменьшенной величине потребления углеводов, при разовом приеме пищи поступление глюкозы выше потребности в нем мозга; 3) при высокой скорости потребления пищи, когда в единицу времени поступление глюкозы выше потребности в нем мозга; 4) при дефиците в рационе питания клетчатки, в частности растворимой (пектина), который снижает скорость



всасывания глюкозы и улучшает соответствие между поступлением глюкозы и потребности в ней мозга.

В последние годы даже стали использовать ингибиторы амилазы и глюкозидазы для снижения гликемического индекса крахмалсодержащих продуктов. В этом плане хорошо зарекомендовал себя сульфатированный полисахарид бурых морских водорослей фукоидан, для которого IC₅₀ (концентрация препарата вызывающая ингибирование амилазы на 50%) составила 104 мкг, что на много меньше, чем для акарбозы (16мг) фармакологического ингибитора амилазы. Это связано с тем, что фукоидан содержит связи, которые не подвергаются воздействию амилазы (частичное отвлечение фермента от крахмала), его сульфатные группировки оказывают ингибирующее влияние на амилазу. В этом плане фукоидан можно отнести к нутрицевтику регулирующего скорость всасывания глюкозы.

Все же основное внимание надо уделить разработке технологий по улучшению утилизации глюкозы мышечной тканью. В настоящее время предложено ряд препаратов, которые стимулируют поглощение глюкозы мышцами. К сожалению, усиление потребления глюкозы способствует активации альтернативных процессов ее превращения. Так глюкоза может превратиться в плохо усвояемые сахара – фруктозу и сорбитол, накопление которых в тканях с низким метаболической активностью может способствовать развитию катаракты или полиневритов. Глюкоза также может включаться в путь ее превращения в липиды, накопление которых в мышцах способствует развитию инсулинрезистентности. Более перспективным в том плане является активация энергозависимых процессов, в частности синтеза белка. Известно, что на образование одной пептидной связи расходуется 3 АТФ, средний белок содержит около сотни таких связей, а за сутки синтезируется тысячи белков, поэтому синтез белка является самым энергозатратным процессом. Для поддержания процесса синтеза белка требуется 1 г/кг/сутки. Тестостерон у мужчин и эстрогены у женщин на 30% определяют скорость синтеза белка, поэтому с возрастом отмечается развитие резистентности к синтезу белка. Но когда количество белка увеличивают на 30% (компенсация гормональной недостаточности) то отмечается восстановление скорости синтеза белка и, соответственно, снижаются проявления МС.

Физическая нагрузка также проявляет анаболическое влияние за счет агрегации рибосом в полисомы. Этот эффект сохраняется и в течение нескольких часов и после физической нагрузки. Следует отметить, что больший анаболический эффект оказывает резистентная физическая нагрузка, что отражается на метаболических показателях при МС. Таким влиянием на агрегацию рибосом в полисомы обладает аминокислота лейцин и потому отмечено ее положительное влияние на синтез белка. Эффективными в этом плане оказались витамины В1 и Д и микроэлементы Са и Mg, которые улучшают процессы синтеза белка.

Перспективным в плане уменьшения метаболических расстройств при МС является прием нутрицевтика фукоидан, так как он способствует улучшению гомеостаза энергетических показателей (глюкозы и липидов), восстановлению гомеостаза костной и иммунной системы, а также системы свертывания крови.

Таким образом, при заболеваниях, которые плохо поддаются профилактике и лечению необходимо использовать междисциплинарный подход, когда следует использовать принципы биохимии, физиологии и нутрициологии, что позволяет по новому взглянуть на принципы профилактики и лечения МС и улучшения гомеостаза метаболических процессов. В докладе будут представлены биохимические, физиологические и нутрициологические принципы, используемые при разработке патогенеза развития МС, и здоровье сберегающих технологий.

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

Овчаренко М.И., Иванова Е.С.

*Московский областной центр медицинской профилактики (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 2017 году за 9 месяцев в кабинетах было зарегистрировано 13090 первичных обращений за медицинской помощью по профилактике и отказу от курения (60% мужчин и 40% женщин).

Число лиц, получивших профилактическое мотивационное консультирование составило 12834 человека. Число лиц, обратившихся для лечения табачной зависимости – 2407 человек, закончивших лечение от табачной зависимости – 1116 человек, находящихся в динамическом наблюдении – 2661 человек.

Расхождение между 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 физическую и физиотерапевтические методы коррекции метаболических нарушений, способно значительно улучшить прогноз течения данного заболевания.

В настоящее время доказано, что методы трансцеребральной 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 физиотерапевтических 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 лечения 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 амплипульстерапией (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.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНЫХ ТОКОВ И ВАКУУМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННОГО ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Сергеенко Е.Ю.¹, Фатеев С.С.², Ромашина О.М.², Лобышева А.А.¹, Мавлюдова Э.Ш.², Тимофеева Л.Р.²

¹ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ,

²Центральный клинический военный госпиталь, г. Москва

По тяжести осложнений и смертности сахарный диабет занимает одно из первых мест, распространенность его приобретает угрожающие размеры. СД 2 типа в 2-4 раза увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (Кудинов В.И., 2007). Диабетическая нейропатия является причиной более чем 50% случаев ампутаций нижних конечностей у взрослых людей (Дедов И.И., 2002). Проблема поиска новых и эффективных методов лечения осложнений СД остается важной и актуальной.

Цель настоящего исследования - изучить эффективность сочетанного применения импульсных токов и вакуумного воздействия на нижние конечности у пациентов с диабетической полинейропатией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 больных с диабетической полинейропатией (12 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 49 до 66 лет (средний возраст $56,5 \pm 0,8$ лет), длительность заболевания составили от 3 до 17 лет (среднее значение $9,8 \pm 3,5$ года). В исследование не включали больных с сердечной недостаточностью, декомпенсированным сахарным диабетом, печеночной и почечной недостаточностью, имеющих противопоказания для проведения физиотерапевтического лечения. Пациенты методом рандомизации были разделены на две группы – основную и группу сравнения.

В составе программы реабилитации пациентов основной группы - медикаментозная терапия (сахароснижающие препараты, гипотензивные препараты, статины), диета №9, лечебная гимнастика, ванны жемчужно-хвойные, сочетанное применение импульсного электрического тока и вакуумного воздействия. В группе сравнения пациенты проходили реабилитацию по аналогичной программе, но без сочетанного воздействия импульсного электрического тока и вакуумного воздействия на нижние конечности. Диагноз был поставлен на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования. Количественная оценка выраженности симптомов нейропатии проводилась в соответствии с Нейропатическим Симптоматическим Счетом (НСС) (Dyck P.J, 1988). Заполнялся опросник, в котором проводился анализ наличия и выраженности симптомов нейропатии: покалывание, жжение, онемение, нейропатическая боль, судороги, гиперэстезия. Каждому симптому присваивается балл: 0 баллов при отсутствии его, 1 балл при наличии симптома и 2 балла при усилении его ночью. Для объективной оценки сенсомоторных расстройств применяли исследование порога чувствительности (тактильной, болевой, температурной, вибрационной). Для изучения гемодинамики в сосудах нижних конечностей использовали ультразвуковую доплерографию.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью программы Statistica 10.0. Использовали метод с вычислением критерия Вилкоксона для маленьких выборок; достоверность различий результатов исследований (p).

Результаты и обсуждение. При поступлении больные предъявляли жалобы на покалывание (25%), онемение (42%), боль (75%), судороги (50%), в ночное время у 8,3% больных усиливалось



жжение, у 25% больных онемение, у 16,7% - боль, у 42% - судороги. После курса лечения достоверно значимое улучшение отмечено по всем симптомам, кроме покалывания. В основной группе после курса лечения достоверно значимое улучшение было по симптомам: онемение (с 57% до 42%; $p \leq 0,008$), боль (67% до 29%; $p \leq 0,007$), судороги (с 43% до 14%; $p \leq 0,007$). В контрольной группе статистически значимое улучшение отмечается по симптому «судороги» (с 60% до 40%; $p \leq 0,008$).

При оценке порога чувствительности у пациентов основной группы достоверное улучшение по тактильной ($0,7 \pm 0,3$ до лечения, $0,14 \pm 0,1$ после лечения; $p \leq 0,03$), болевой ($1,6 \pm 0,3$ до лечения и $0,6 \pm 0,2$ после лечения; $p \leq 0,0007$), и температурной чувствительности ($2,0 \pm 0,3$ до лечения и $0,7 \pm 0,2$ после лечения; $p \leq 0,002$). У пациентов контрольной группы достоверно значимое улучшение после курса лечения по болевой ($1,6 \pm 0,4$ до лечения и $0,6 \pm 0,2$ после лечения; $p \leq 0,008$) и температурной чувствительности ($1,2 \pm 0,3$ до лечения и $0,4 \pm 0,1$ после лечения; $p \leq 0,03$).

Под влиянием курса лечения у пациентов основной группы составило $9,7 \pm 0,5$ ммоль/л до и $5,5 \pm 0,6$ ммоль/л после лечения; $p \leq 0,00007$). Уровень гликемии у пациентов контрольной группы составил до лечения $8,7 \pm 0,4$ ммоль/л и после курса лечения $7,8 \pm 0,3$ ммоль/л ($p \leq 0,1$).

Достоверное улучшение выявлено в значениях по триглицеридам (ТГ). Уровень ТГ в основной группе больных снизился с $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л до $1,5 \pm 0,2$ ммоль/л ($p \leq 0,0005$), в контрольной группе снижение уровня ТГ с $2,5 \pm 0,6$ ммоль/л до $1,6$ ммоль/л ($p \leq 0,0034$). Уровень холестерина (ХС) снизился в основной группе с $5,9 \pm 0,2$ ммоль/л до $5,1 \pm 0,1$ ммоль/л ($p \leq 0,0003$) после курса лечения, а в контрольной группе достоверно значимой динамики отмечено не было ($5,4 \pm 0,5$ ммоль/л до $4,4 \pm 0,1$ ммоль/л; $p \leq 0,2$).

На фоне лечения отмечается улучшение скорости кровотока по передней (ПББА) и задней большеберцовой (ЗББА) артериям в основной группе. До лечения скорость кровотока по ПББА в основной группе составила $54,3 \pm 2,7$ см/с, после курса лечения $57,4 \pm 2,1$ см/с ($p \leq 0,005$), в группе контроля $58,1 \pm 2,7$ см/с и $60,1 \pm 2,3$ см/с ($p \leq 0,035$) соответственно. Скорость кровотока по ЗББА в основной группе до лечения $51,9 \pm 1,6$ см/с, после лечения $58,3 \pm 1,0$ см/с ($p \leq 0,001$). В контрольной группе показатели скорости кровотока по ЗББА составили $62,0 \pm 5,2$ см/с и $63,9 \pm 4,8$ см/с соответственно ($p \leq 0,06$).

В группе контроля достоверное улучшение показателя скорости кровотока по передней большеберцовой артерии. При этом значимость улучшения существенно меньше, чем для аналогичного показателя в основной группе (p осн. $\leq 0,005$; p конт. $\leq 0,035$).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод, что сочетанное применение вакуумного воздействия и импульсных токов в комплексной реабилитации больных сахарным диабетом, осложненным диабетической полинейропатией показало более выраженные положительные результаты. Следовательно, использование вазоактивной стимуляции сосудов, в комплексном лечении пациентов с диабетической полинейропатией, дает возможность повысить эффективность лечебных мероприятий.



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ, АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ

Стародубцев В.В., Семенов Ю.Н.

Healthy Living and Longevity Varicardstar Center, LLC, Eugene, USA

Кризис здравоохранения конца XX и начала XXI в., наблюдающийся в развитых экономических странах и, в частности, в России, в течение многих лет обусловлен высокими показателями смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), составляя 55% от общей смертности. Ведущим причинам ССЗ, во многом обусловленных, резким снижением функционального резерва (ФР) организма, метаболическими нарушениями (МН) и атеросклерозом, отдается приоритет при составлении программ профилактики и лечения ССЗ и поиска новых эффективных путей укрепления здоровья и качества жизни на ее более поздних сроках жизни.

Поиск рациональных путей и новых подходов радикального снижения смертности ССЗ и радикального увеличения продолжительности здоровой активной жизни человека, предполагающих выход за видовой предел средней продолжительности жизни, смысл которых заключается в акценте целостного воздействия на фундаментальные биологические механизмы организма человека, позволяющего существенно замедлить или отменить программу старения.

На базе программно-аппаратного диагностического комплекса VARICARDSTAR и комплексного метода по оценке, формированию и управлению адаптационными резервами (АР) и параметрам метаболического здоровья (МЗ) организма предлагается концепция ФР и активного долголетия.

Следует отметить, что лучше всего адаптационные изменения в формировании ФР в организме проявляются у спортсменов под воздействием регулярных физических нагрузок в различных зонах энергообеспечения в зависимости от специфики выбранного вида спорта, специализации и индивидуального подхода при подготовке к основным соревнованиям сезона. Таким образом, спортсменов, основываясь на принципах индивидуализации, периодизации и управления тренировочного процесса на различных этапах подготовки, можно рассматривать как уникальный объект для изучения закономерностей адаптации организма и оценки ФР, [Стародубцев В.В., 1999, 2016], [Сивохов В.Л., Сивохова Е.Л., Миролевич Д.В., 2010].

Главной целью исследований стал дальнейший поиск рационального, общедоступного подхода к выявлению, оценке и формированию ФР организма, как биологического индикатора целостности организма, и эффективного использования, а полученных сведений для восстановления и укрепления здоровья.

Главной задачей исследований является анализ закономерностей формирования ФР организма, динамики их изменений и создание на их основе модельных косвенных характеристик энергетического метаболизма в зависимости от рода и вида жизнедеятельности человека.

Методика исследований. На базе программно-аппаратного диагностического комплекса VARICARDSTAR был разработан один из универсальных и эффективных путей изучения закономерностей адаптации организма [Стародубцев В.В. 2016., 2017], [Семенов Ю.Н., 2009., 2016., 2017] – комплексный метод оценки (Patent Pending), формирования и управления ФР, как одного из главных биологических индикаторов целостности организма и его роли в профилактике ССЗ, МН в программе старения и активного долголетия по следующим тестам и параметрам:

Сердечный ритм (СР), вариабельность сердечного ритма (BCP), Ортопроба;

Устойчивость к гипоксии (задержка дыхания на вдохе и выдохе);

Уровень насыщения кислорода в крови (Сатурация кислорода (SpO₂) – косвенная характеристика);



Уровень pH среды организма;
Косвенная характеристика энергетического метаболизма;
Использование солнечной энергии и роли оксида азота, сквалена, меланина, витамина Д3;
Регулярный (по возможности) мониторинг лабораторных тестов: гликированный Hb, фруктозамин, глютен, гомоцистеин, уровень инсулина и сахара в крови, тестостерона, витаминов группы В – В1, В6, В12; VitD3, липиды, холестерин, кетоновые тела, «С» реактивный белок;
БАДы, рациональное питание;
Кетоновая диета;

Оптимальная ежедневная двигательная активность, согласно, готовым разработанным моделям для разной категории групп людей с учетом индивидуальных особенностей организма.

Выводы:

1. Предложенный вариант оценки, формирования и управления ФР организма, комплексный подход, а также разработанные модели двигательной активности для всех групп населения позволят значительно увеличить продолжительность и качество жизни на более ее поздних сроках и является радикальной программой профилактики ССЗ и сопутствующих других заболеваний.

2. Рациональное использование солнечной энергии, питания, биодобавок и мониторинга уровня pH среды и лабораторных тестов, кетоновая диета дают возможность более тонко управлять адаптационными процессами и скрытыми возможностями организма.

3. На базе нашего подхода, концепции функционального резерва и активного долголетия можно с уверенностью утверждать, что активные физические нагрузки на ранних этапах жизни создают наиболее прочную основу для развития и поддержания достаточных адаптационных возможностей организма в течение всей последующей жизни.

4. Широкое внедрение данного направления и технологий в повседневную жизнь современного общества, имеет огромное социально-экономическое значение на государственном уровне.



ЗНАЧЕНИЕ СПИРОЭРГОМЕТРИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сычева М.Г.¹, Рассулова М.А.¹, Иванова Е.С.², Орлова Т.В.³, Годяев М.Я.⁴

¹ГАОУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ Москвы»,

²Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ФУВ ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,

³Центральная поликлиника ФТС России,

⁴ГБУЗ ГКБ№57, г. Москва

Спироэргометрию (СЭМ) можно определить как проведение нагрузочного тестирования на основе определения параметров сердечной деятельности, циркуляции крови и легочной вентиляции с целью неинвазивной количественной оценки пределов физических нагрузок конкретного обследуемого. При физических нагрузках АТФ синтезируется в первую очередь также аэробным путем. Во время СЭМ по протоколу ступенчато нарастающей физической нагрузки возможно стандартизировать результаты с помощью критериев: 1) достижение максимального потребления кислорода ($V'O_{2max}$) – образование плато потребления кислорода, когда дальнейшее повышение нагрузки не вызывает увеличения потребления кислорода; этот критерий применяют в основном при обследовании здоровых людей, в спортивной медицине; 2) пиковое потребление кислорода ($V'O_{2peak}$) – наибольшее $V'O_2$, достигнутое в условиях пределов переносимости физической нагрузки; этот критерий более приемлем для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, чем $V'O_{2max}$; 3) кислородный пульс – отношение $V'O_2$ к ЧСС, отражающий количество кислорода, доставленного к тканям за 1 сокращение сердца и позволяющий косвенно оценивать ударный объем; 4) число метаболических единиц (МЕТ) - отношение $V'O_2$ на высоте нагрузки к величине этого показателя в условиях основного обмена; 5) анаэробный порог (АТ) - уровень $V'O_2$ во время нагрузки, который обозначает точку перехода между постоянной или маломеняющейся концентрацией лактата в артериальной крови и непрерывным увеличением его концентрации. АТ также отражает механизмы приспособления легочной вентиляции к условиям анаэробного метаболизма, т.е. непропорциональный рост вентиляционного коэффициента по кислороду ($V'E/V'O_2$) во время физической нагрузки при возрастающем коэффициенте респираторного газообмена (RER), который представляет собой $V'CO_2/V'O_2$.

Тем не менее, несмотря на то, что в литературе указывается на несомненную пользу СЭМ как мониторингового метода при проведении физической реабилитации у кардиологических больных, СЭМ как рутинное исследование в этой области требует дополнительного изучения. Таким образом, дифференцированное применение программ медицинской реабилитации при ИБС и артериальной гипертонией до сих пор не унифицировано с помощью СЭМ, поэтому диагностическая значимость параметров центральной и периферической гемодинамики, газообмена, функциональных легочных показателей требует дальнейших исследований.



МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И САХАРНОГО ДИБЕТА 2 ТИПА

Филатова Г.А., Гришина Т.И., Чачиашвили М.В., Сучков С.В.

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,
г. Москва*

Сочетание ожирения с различными метаболическими нарушениями находится в центре внимания современной медицинской науки и здравоохранения. Целый ряд клинических и эпидемиологических исследований показал, что наиболее значимыми медицинскими последствиями ожирения являются сахарный диабет (СД) 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). В последние годы ученые и клиницисты стали рассматривать различные метаболические нарушения, ассоциированные с ожирением, в комплексе и высказали предположение об общности этих нарушений.

Метаболический синдром (МС) как фено-физиологический кластер метаболически взаимосвязанных факторов риска развития СД и ССЗ появился в результате сложного взаимодействия экологических стрессов и генных сетей с их продукцией. В то время как универсальные рекомендации по образу жизни с успехом применяются в масштабе популяции, существующий метаболический плацдарм априори говорит о большой изменчивости среди людей, связанной с взаимодействием генетических и средовых факторов. Кроме того, взаимодействие генетических и пищевых факторов поддерживает эту изменчивость. Таким образом, углубленное изучение связей между наиболее достоверными генетическими маркерами или однонуклеотидными полиморфизмами (SNPs) генов и питанием, возможно, позволит понять изменчивость липидного обмена и определить направление персонализированного питания в рамках метаболической превенции современных неинфекционных пандемий.

Проявленный интерес к генетике и геномике обнаружил, что они более важны в патогенезе МС, чем ранее предполагалось, и могут не только расширить понимание менделевских редких заболеваний, но и обосновать клиническое значение генетических факторов в патогенезе распространенных заболеваний. В связи с этим, генетическое тестирование необходимо и должно быть проведено в каждом конкретном случае на индивидуальной основе, с изначально совместной работой эндокринолога и генетика.

Возможности прогнозирования рисков развития МС с использованием методов геномики и протеомики сконцентрированы на диагностике его отдельных составляющих. Профилирование микробиочипов генетических и геномных состояний митохондрий предлагает возможность быстрого и надежного выявления новых биомаркеров для ранней диагностики заболевания и предсказания прогноза, а также возможность обосновать безопасность лекарственных средств, индивидуального подбора и стратификации пациентов в клинической практике.

Появление полногеномных исследований ассоциаций (GWAS) резко увеличило темпы открытия генов, ассоциированных с ожирением. Последние исследования GWAS добавили по меньшей мере 40 генетических вариантов в список уже хорошо известных предикторов риска СД2, включающих семейный анамнез, ожирение и повышенный уровень глюкозы крови натощак. Хотя эти варианты могут в значительной степени определять прогноз СД2 в одиночку, как часть оценки риска генотипа их клиническая дискриминация очевидна. Вклад геномных факторов риска (ССЗ, ожирения и СД) в развитие МС были пересмотрены. Они тесно связаны с геномными факторами риска, которые составляют компоненты болезни. Ожирение может выступать в качестве мастера-триггера для включения экспрессии генов и изменений, необходимых для других компонентов синдрома. Исследования в области геномики СД2 показали определенное



количество перекрывающихся генов и полиморфизмов, влияющие как на развитие СД, так и МС. Будущий прогресс может улучшить предиктивную функцию информации генотипа. Расширенные исследования GWAS неевропейского населения, позволят определить целевые последовательности локусов риска и выявить истинно причинные варианты, а так же могут продемонстрировать лучшую работу информации генотипа, чем клинические предикторы риска, в течение более длительного периода жизни.

Осуществлены попытки предикции МС в эпигенетических исследованиях. Определение геномного профиля панкреатических островков в «бездиабетном» и «диабетическом» организме необходимо для анализа вклада эпигенетических механизмов в нарушения функции β -клеток при старении организма или при СД. Понимание их может привести к открытию новых возможностей в лечении СД2.

Предполагается, что инсулинорезистентность является лучшим предиктором развития МС, чем ожирение. Генетический фон под влияние жировых компонентов привычного питания предопределяет инсулинорезистентность и индивидуальную реакцию на изменение жиров в рационе. В дальнейшем, персонализированные генетические подходы могут быть применены как в первичной профилактике, так и в лечении МС. Из-за сложного характера взаимодействий генотипа и среды могут потребоваться персонифицированные подходы и в питании человека.

В патогенез нарушений липидного и углеводного обменов участвуют ядерные рецепторы, активируемые пероксисомными пролифераторами (PPARs), функционирующие в качестве фактора транскрипции. Многие пищевые факторы действуют как агонисты или антагонисты контроля деятельности ядерных рецепторов и могут быть полезны в превенции ожирения, а значит и МС. Возможно, что PPARs служат физиологическими датчиками в различных стрессовых ситуациях и бесспорно являются новыми целями инновационной терапии.

Таким образом, интеграция геномных, молекулярных и физиологических данных в систему традиционных генетических и биохимических подходов, позволит не только изучить сложный механизм метаболических нарушений, но и открыть новые направления по превенции и фармакотерапии как ожирения и МС, так и СД.



ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

Ожирение считается неинфекционной эпидемией XXI века и является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет избыточный вес и ожирение как аномальные и излишние жировые отложения, которые могут нанести существенный ущерб здоровью. В настоящее время увеличивается число женщин, страдающих избыточной массой тела и ожирением в период наступления беременности. Это в свою очередь повышает частоту развития целого ряда гестационных осложнений. Известно, что избыточный вес и ожирение ассоциированы с риском преждевременных родов, преэклампсии, гестационного сахарного диабета. В связи с этим проблема диагностики избыточной массы тела и ожирения среди беременных приобретает особую актуальность.

С целью диагностики избыточной массы тела и ожирения у беременных нами обследовано 120 женщин в I триместре (средний возраст $29,5 \pm 5,4$ года), которым проведено измерение роста и массы тела с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ), биоимпедансный анализ состава тела. По результатам обследования беременные были разделены на 4 группы: 1я группа - женщины с нормальным ИМТ без избытка жировой массы, 2я группа - с нормальным ИМТ и избытком жировой массы, 3я группа - с избыточной массой тела и 4я группа – с ожирением.

Результаты. При проведении антропометрии установлено, что 56% женщин имели нормальный ИМТ, 26% – избыточную массу тела, 18% – ожирение. При оценке данных, полученных с помощью биоимпедансометрии выявлено, что у 53% беременных с нормальным ИМТ содержание жира в организме превышает норму, медиана данного показателя составляет 34,7%. Масса жировой ткани у беременных 1 группы составила 14,7 кг, во 2 группе – 21,7 кг. Кроме того, для женщин 2 группы характерны более высокие значения индекса ОТ/ОБ по сравнению с беременными 1 группы. У беременных 2 группы снижено содержание скелетно-мышечной массы по сравнению с женщинами 1 группы (28 и 31% соответственно). С ростом ИМТ у беременных с избыточной массой и ожирением увеличивается абсолютное и процентное содержание жировой массы.

Таким образом, определение ИМТ является наиболее простым и доступным методом диагностики ожирения и в популяции позволяет оценить риски заболеваемости и смертности для широко распространенных заболеваний. Однако на индивидуальном уровне ИМТ не всегда в полной мере и объеме отражает степень и локализацию жировых отложений. Кроме того, определение ИМТ не позволяет выявить лиц с так называемым «саркопеническим ожирением», для которого характерно снижение мышечной массы, замещающейся в этом случае жировой тканью. Комплексное обследование, включающее антропометрию и биоимпедансный анализ состава тела позволяет выявить женщин, имеющих избыток жировой массы при нормальном весе, которые составляют группу риска по развитию гестационных осложнений.



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*

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: переизбыток, 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 полутора миллиарда 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 НОМА), 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 дислипотеинемии 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 НОМА (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.



МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ VEGF В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Чуканова Г.Н.¹, Курмамбаев Е.Ж.¹, Искакова С.С.¹, Дворацка М.², Дворацки Г.²

¹*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан,*

²*Медицинский университет им. Кароля Марцинковского, Познань, Польша*

Известно, что альфа-липоевая кислота (АЛК) обладает антиоксидантными свойствами, но в последние годы было высказано предположение о потенциальном влиянии АЛК на процессы ангиогенеза, связанные с заболеванием коронарных артерий и диабетической периферической сенсорно-моторной полиневропатией. Мощным стимулятором ангиогенеза является фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), который играет важную роль в развитии сосудистых осложнений при сахарном диабете 2 типа (СД 2).

Цель настоящего исследования - изучить влияние АЛК на концентрацию VEGF в сыворотке крови больных СД 2 с заболеванием коронарных артерий и диабетической периферической сенсорно-моторной полиневропатией.

В исследование были включены 60 пациентов (32 мужчины, 28 женщин) с диагнозом СД 2 типа (длительность заболевания в среднем 13 лет) и 25 (12 мужчин и 13 женщин) – без диабета, которых разделили на 3 группы:

1 - 30 пациентов, страдающих СД 2 типа с и заболеванием коронарных артерий (ЗКА) и диабетической периферической сенсорно-моторной полиневропатией (ДПСМПН), возраст 58,9±9,6, индекс массы тела 34,1±3,8;

2 - 30 пациентов, страдающих СД 2 типа с ЗКА без ДПСМПН, возраст 62,2±9,3, индекс массы тела 31,6±4,6;

3 - 25 пациентов, не страдающих диабетом (контроль), возраст 59,6±9,8, индекс массы тела 32,1±2,4;

Все участники исследования дали информированное согласие.

Пациенты 1-ой и 2-ой групп получали инсулин в сочетании с метформинном. Кроме того, больные СД 2 типа с ЗКА и ДПСМПН (2 группа) принимали АЛК (Neurolipon-MIP 600®; MIP-Pharma) в дозе 600 мг утром в течение 90 дней. Пациентам 3-й группы лечение антидиабетическими препаратами не проводилось.

Концентрацию циркулирующего VEGF в сыворотке крови определяли цитометрическими тестами (Vecton Dickinson), согласно описанию изготовителя.

Концентрация глюкозы была измерена стандартными ферментативными методами. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1) был оценен иммунотурбиметрическим методом. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 8.0», результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования показали, что концентрация в сыворотке VEGF в группе больных, получавших АЛК, существенно увеличилась через 90 дней лечения по сравнению с исходной (до приема первой дозы исследуемого препарата). Уровни VEGF в сыворотке крови у пациентов с СД 2 типа (1 и 2 группы) были достоверно выше, чем у больных без диабета (контрольная группа). У больных 1 группы, принимавших АЛК, концентрации VEGF в начале и конце исследования были выше, чем у больных 2 группы (СД 2 и ЗКА).

На основании полученных данных нами были сделаны следующие выводы:

1. Обнаружена существенная разница между концентрацией VEGF в сыворотке крови больных СД 2 типа с заболеванием коронарных артерий в сочетании с диабетической периферической сенсомоторной полиневропатией (1 группа) и без нее (2 группа).

2. Лечение альфа-липоевой кислотой (Neurolipon-MIP 600®; MIP-Pharma) в дозе 600 мг утром в течение 3 месяцев обеспечивает потенциально полезное изменение в уровне VEGF в сыворотке крови больных СД 2 типа с заболеванием коронарных артерий и диабетической периферической сенсомоторной полиневропатией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОЛУЧЕННЫЕ В 2016 ГОДУ**

Шлягин Ю.Д., Иванова Е.С.

Московский областной центр медицинской профилактики (Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»), г. Москва

В Московской области диспансеризация определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и совместного приказа Министерства здравоохранения Московской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области от 21.12.2015 № 1927/323 «Об организации проведения в 2016 году диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров» (в редакции приказа Минздрава Московской области и Территориального фонда ОМС МО №167-39 от 01.02.2016).

Проведение диспансеризации в 2016 году было запланировано у 1313664 человека, что составляет 23% от взрослого населения Московской области (в 2015 году проведение диспансеризации было запланировано у 1127591 человек, что составляло 20% от взрослого населения Московской области).

В 2016 году диспансеризацию прошли 1245444 жителя Московской области, что составляет 94,77% от запланированного, и на 228 тыс. человек больше числа обследованных за аналогичный период 2015 года (1016131 человек).

Из 1245444 человек, прошедших диспансеризацию в 2016 году, 450601 (36%) - были признаны практически здоровыми (1 группа здоровья), 222506 (18%) – имели факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (2 группа здоровья). У 572337 (46%) обследованных были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (3 группа здоровья).

Из 1245444 человек, прошедших диспансеризацию в 2016 году, женщин –59%, мужчин 41%. Лица в возрасте 21-36 лет составили 35%, 39-60 лет – 40,5%, старше 60 лет – 24,5%.

На работающих граждан приходится 63% лиц, прошедших диспансеризацию в 2016 году, на неработающих – 34%, на обучающихся в образовательных учреждениях в очной форме приходится 3% от обследованных.

По результатам обследования на первом этапе, на второй этап диспансеризации для дополнительного обследования было направлено 387876 человек (49% от лиц с установленной 2 и 3 группами здоровья, или 31% от всех лиц, прошедших диспансеризацию), завершили второй этап – 291061 человек (75% от направленных на 2 этап диспансеризации).

С начала 2016 года в результате обследований констатировано:

Онкологические заболевания: рак молочной железы - 1724 случая (на ранней стадии 55%; 2,5 случаев на 1000 обследованных), пищевода, желудка и поджелудочной железы - 757 случаев (34% на ранней стадии; 0,6 случаев на 1000 обследованных), матки и яичников - 878 случаев (46% на ранней стадии; 1,3 случая на 1000 обследованных), все отделы кишечника - 724 случая (28% на ранней стадии; 0,6 случаев на 1000 обследованных), предстательной железы - 613 случаев (49% на ранней стадии; 1,2 случая на 1000 обследованных), почки - 328 случаев (43% на ранней стадии; 0,3 случая на 1000 обследованных), лёгких и трахеи - 345 случаев (28% на ранней стадии; 0,3 случая на 1000 обследованных).

Болезни сердца и сосудов - 312003 случая (250 случаев на 1000 обследованных).

Заболевания органов пищеварения - 74391 случай (60 случаев на 1000 обследованных).

Заболевания органов дыхания - 25987 случаев (21 случай на 1000 обследованных).

Сахарный диабет – 24352 случаев (20 случаев на 1000 обследованных).

По результатам диспансеризации в 2016 году назначения на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, было направлен 20131 человек; для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, направлено 1090 человек, на диспансерное наблюдение впервые было поставлено 134389 человек.



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Якимова Н.Л., Соседова Л.М., Рукавишников В.С.

ФГБНУ Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований, г. Ангарск

Известно, что при свинцовой интоксикации страдают нервная и сердечно-сосудистая системы (ССС), возникают нарушения обмена веществ. Нарушения липидного обмена рассматривают как один из основных факторов риска развития атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний. В то же время среди населения высока распространенность метаболического синдрома (МС). Можно предположить, что значительная часть этого контингента, являясь основным трудовым потенциалом, в процессе труда будет контактировать с химическим фактором. Предложено множество экспериментальных моделей МС у лабораторных животных, но практически отсутствуют исследования интоксикаций на фоне МС.

В связи с вышеизложенным, целью исследования явилось моделирование метаболических нарушений (гипотиреоза, гипергликемического состояния, гиперлипидемии) в сочетании со свинцовой интоксикацией в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на половозрелых беспородных белых крысах-самцах, по 10 особей в каждой группе. Для моделирования гипотиреоза животным ежедневно внутрижелудочно вводили препарат «Тирозол» в крахмальной взвеси в дозе 50 мг/кг 21 день. В следующей модели у особей вызывали гипергликемическое состояние ежедневным однократным внутрибрюшинным введением раствора глюкозы в дозе 6 г/кг на протяжении месяца. В другом эксперименте создавали модель нарушения липидного обмена путем ежедневного вскармливания несоленым свиным салом в натуральном виде из расчета по 8 грамм на животное дополнительно к стандартному рациону в течение 16 дней. После окончания высокожировой диеты для создания застоя в брюшной полости животных иммобилизовали в «домиках», затем 4-кратно внутрибрюшинно вводили «Обзидан». Далее, во всех экспериментах на фоне смоделированных нарушений метаболизма животным с питьевой водой запаивали раствор ацетата свинца в дозе 50 мг/кг (по свинцу) в течение месяца. По окончании воздействия выполняли анализ записи ЭКГ с помощью ветеринарного кардиографа «Полиспектр-8/В», в сыворотке крови определяли показатели липидного обмена. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Свинцовая интоксикация в сочетании с гипотиреозом у белых крыс сопровождалась значительным замедлением сердечного ритма до 285,00 (238,00-306,00) уд./мин. относительно 413,00 (402,00-450,00) уд./мин. животных с изолированным воздействием свинца ($p=0,011$) и удлинением среднего расстояния между QRS-комплексами 211,00 (196,00-253,00) мс против 145,00 (133,00-149,00) мс у белых крыс с экспозицией свинцом ($p=0,011$). При моделировании свинцовой интоксикации на фоне гипергликемического состояния частота сердечных сокращений возросла до 421,00 (411,00-468,00) уд./мин. по сравнению с 385,50 (359,00-399,50) уд./мин. особей со свинцовой интоксикацией, наблюдалось укорочение среднего расстояния между QRS-комплексами - 143,00 (128,00-146,00) мс по отношению к 160,00 (150,50-169,00) мс у животных с воздействием свинца ($p=0,005$ и $p=0,007$, соответственно). Также у белых крыс при свинцовой интоксикации на фоне гиперлипидемии наблюдалось повышение фракции ХС ЛПНП до 0,77 (0,59-0,95) ммоль/л относительно 0,51 (0,32-0,75) ммоль/л животных, получавших только ацетат свинца ($p=0,018$), увеличился индекс атерогенности ($p=0,013$). Интоксикация свинцом на фоне гиперлипидемии характеризовалась тахикардией ($p=0,010$) и нарушением внутрижелудочковой проводимости QRS ($p=0,041$). У этих же крыс имелась тенденция к



повышению уровня ХС ЛПНП до 0,86 (0,69-1,14) ммоль/л, по сравнению с 0,67 (0,58-0,79) ммоль/л животных с интоксикацией свинцом ($p=0,080$). Полученные данные о повышенном содержании ХС ЛПНП у белых крыс с гипергликемией и гиперлипидемией в сочетании со свинцовой интоксикацией согласуются с результатами других исследователей в том, что индукция дислипидемии приводит к увеличению количества модифицированного ХС ЛПНП. В то время как у белых крыс с гипотиреозом и свинцовым отравлением наблюдалась тенденция к увеличению уровня общего холестерина до 1,58 (1,57-1,86) ммоль/л относительно 1,49 (1,41-1,55) ммоль/л у животных только с воздействием токсиканта ($p=0,080$). Нарушения липидного обмена при МС в сочетании с интоксикацией по сравнению с отравлением свинцом соответствуют отклонениям показателей ЭКГ животных.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отягощающей роли метаболических нарушений в формировании свинцовой интоксикации по сравнению с изолированной интоксикацией свинцом у лабораторных животных. Это подтверждается нарастанием патологических изменений в ССС и липидном спектре. Созданные модели являются адекватными для применения с целью улучшения профилактических мер, диагностики донозологических проявлений нарушений здоровья и оценки эффективности лечения интоксикаций, осложненных нарушениями обмена веществ.



ДИНАМИКА МАКРО- И МИКРОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА, НА ФОНЕ СРАР-ТЕРАПИИ

Яндиева А.О., Овсянников К.В.

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, г. Москва*

Сочетание синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и метаболического синдрома (МС) характеризуется значительным повышением сердечно-сосудистых рисков. Суммарный риск сердечно-сосудистых осложнений зависит от поражения органов-мишеней, в том числе сосудистой стенки, и возрастает при снижении ее эластичности и повышении жесткости. Скорость пульсовой волны (СПВ), как критерий измерения ригидности сосудистой стенки, является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности. В качестве самостоятельного органа-мишени также рассматривается и микроциркуляторное русло, нарушение функции которого играет важную роль в развитии инфаркта миокарда, мозгового инсульта и прочих осложнений. Однако, исследования, изучающие функциональное состояние микроциркуляторного русла у пациентов с СОАС, а также его изменение на фоне коррекции дыхательных нарушений не дали однозначных результатов.

Цель: выявить изменения макро- и микрогемодинамических показателей у пациентов с метаболическим синдромом, ассоциированным с синдромом обструктивного апноэ сна средней и тяжелой степени, на фоне трехмесячной СРАР-терапии.

Материалы и методы: в исследование были включены 74 пациента, мужчин – 58 (78,4%), женщин 16 (21,6%) в возрасте $54,5 \pm 8,5$ лет, страдающих МС, диагностированным, согласно критериям АТР III (2005) и СОАС средней и тяжелой формы согласно критериям Американской академии медицины сна (AASM, 2012). Степень нарушения дыхания во сне выявлялась с помощью аппарата для проведения полной ночной полисомнографии SomtÉ PSG (Compumedics). Пациенты были разделены на 2 группы, из них 36 пациентам (1 группа) помимо медикаментозного лечения проводилась СРАР-терапия аппаратом Somnobalance e (Löwenstein Medical) в течение 12-недель. 38 пациентов (2 группа) получали стандартную лекарственную терапию и диетические рекомендации. Группы были сопоставимы по возрасту, гендерному составу, индексу массы тела (ИМТ), степени тяжести СОАС и офисным значениям АД. Всем пациентам проводилась оценка сосудистой ригидности методом объемной сфигмографии с помощью прибора VaSera VS-1000 (Fukuda Denshi) с измерением показателей R/L-PWV – СРПВ между предплечьем и правой/левой лодыжкой, L-CAVI – сердечно-лодыжечный индекс давления, L-ABI – лодыжечно-плечевой индекс давления, AIx – индекс аугментации, характеризующий величину отраженной волны; а также исследование состояния микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) анализатором ЛАКК-02 (НПП «Лазма») с измерением показателя микроциркуляции (ПМ), резерва капиллярного кровотока (РКК) и определением типа микроциркуляции.

Результаты. Исходно не было выявлено достоверных различий между обеими группами по всем показателям объемной сфигмографии. У пациентов 1 группы значения R/L-PWV составили $12,8 \pm 2,9$ м/с, у пациентов 2 группы – $12,5 \pm 2,7$ м/с. На фоне 12-недельной СРАР-терапии продолжительностью $5,6 \pm 1,4$ ч/сут в первой группе произошло достоверное снижение данного показателя до $11,1 \pm 3,3$ м/с ($p < 0,05$). На фоне коррекции дыхательных нарушений также отмечалось снижение индекса CAVI до $6,6 \pm 1,5$ по сравнению с исходными значениями $8,4 \pm 1,9$ ($p < 0,05$) и индекса аугментации с $1,66 \pm 0,18$ до $0,98 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Базальные показатели ABI в двух группах достоверно не различались и составляли $1,05 \pm 0,23$ и $1,07 \pm 0,24$ соответственно. На



фоне проведения СРАР-терапии статистически значимых изменений уровня АВІ не выявлено. У пациентов, не получавших СРАР-терапии достоверной динамики по показателям ригидности сосудистой стенки не было зарегистрировано.

При проведении ЛДФ по медианам ПМ и РКК значимых различий между группами получено не было. Выявлено преобладание застойно-стазического гемодинамического типа микроциркуляции (ГТМ) в обеих группах, что может указывать на структурное разряжение микроциркуляторной сети и, как следствие, снижение объемного тканевого кровотока у данной категории пациентов. Распределение прочих ГТМ было следующим: у 15 человек (20,3 %) выявлен спастический ГТМ, у 5 пациентов (6,7%) гиперемический ГТМ, и у 4 пациентов (5,4%) – нормоциркуляторный ГТМ. В основной группе больных на фоне трехмесячной СРАР-терапии отмечен рост ПМ с $1,63 \pm 0,19$ ПЕ до $2,31 \pm 0,16$ ПЕ и РКК с $193,13 \pm 4,28\%$ до $224,85 \pm 6 \pm 10,12\%$ ($p < 0,05$). В группе сравнения достоверной динамики по данным показателям не выявлено.

Выводы: дополнительное назначение СРАР-терапии пациентам с МС, ассоциированным с СОАС, оказывает положительное влияние на макро- и микрогемодинамические показатели, что подтверждает возможность улучшения функционального состояния микроциркуляторного русла и регресса сосудистого ремоделирования у данной категории больных, и позволяет тем самым снизить общие сердечно-сосудистые риски.

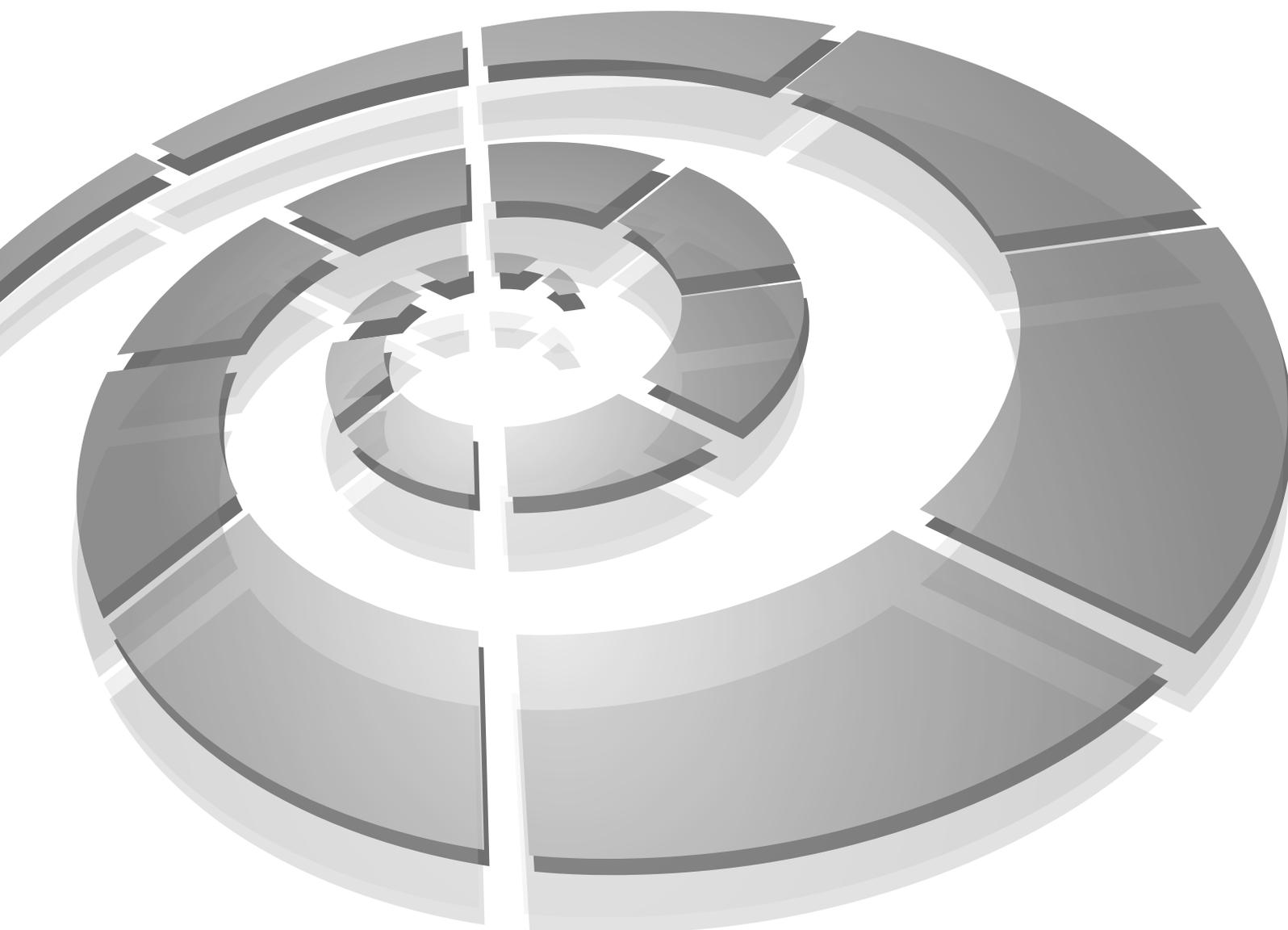
ДЛЯ ЗАМЕТОК



V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ





ASCENSIA DIABETES CARE

Россия, 123610, Москва, Краснопресненская набережная, д. 12, офис 706
Тел.: +7(800) 200-44-43
E-mail: info.ru@ascensia.com
<http://www.diabetes.ascensia.com.ru>

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

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

PFIZER INC, США

123112, Москва, Москва, Пресненская наб., д.10,
БЦ «Башня на набережной» (Блок С)
Тел.: +7 (495) 287-50-00
Факс: +7 (495) 287-53-00



Pfizer - фармацевтическая компания, одна из крупнейших в мире. Ежегодно Pfizer обеспечивает высококачественными, эффективными и надежными фармацевтическими препаратами более 150 миллионов человек. Кардиологический портфель компании включает в себя такие препараты как Эликвис и Чампикс, относящихся к группе инновационных препаратов компании, которые являются лидерами рынка антикоагулянтов и препаратов для борьбы с курением.

АКРИХИН, АО

Россия, 115054, Москва
Московская обл. 142450 Ногинский район,
г. Старая Купавна, ул. Кирова 29
Тел.: +7 (495) 721-36-97
Факс: +7(495) 723-72-82
E-mail: m.berdinskih@akrihin.ru
<http://www.akrihin.ru>



АО «АКРИХИН» – одна из ведущих российских фармацевтических компаний, выпускающая эффективные, доступные по цене и высококачественные лекарственные средства наиболее востребованных российскими пациентами терапевтических групп.

Компания по объему продаж входит в пятерку ведущих локальных фармацевтических производителей на российском фармацевтическом рынке, показывая при этом значительные темпы роста и развития. В продуктовой портфеле компании насчитывается около 200 препаратов, более ста из которых производятся на производственной площадке в Московской области.



БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ, ООО

Россия г. Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр.3
Тел.:+7 (495) 544-5044
Факс:+7 (495) 544-5620
E-mail:info.ru@boehringer-ingelheim.com
<http://www.boehringer-ingelheim.ru>

Группа компаний Берингер Ингельхайм входит в число 20-ти мировых лидеров фармацевтического рынка. Основанная в 1885 году и по-прежнему находящаяся в семейном владении компания Берингер Ингельхайм занимается научными исследованиями и разработками на их базе инновационных, высокоэффективных препаратов для лечения людей и животных. На мировом рынке Берингер Ингельхайм представлен в 146 представительствах, общее количество сотрудников составляет более 47 700 человек.

Ключевым элементом корпоративной культуры компании Берингер Ингельхайм является приверженность идее социальной ответственности бизнеса, что включает в себя постоянную заботу о сотрудниках, а также участие в широком спектре социальных проектов, например, таких как инициатива «Сделаем Мир Здоровее». Во всем, что делает компания, она руководствуется правилами охраны окружающей среды и устойчивого развития.

БЕРЛИН-ХЕМИ/А. МЕНАРИНИ, ООО

Россия, 123317, Москва,
Пресненская набережная, 10
Тел./Tel: +7 (495) 785-01-00
Факс/Fax: +7 (495) 785-01-01
E-mail: info@berlin-chemie.ru
<http://www.berlin-chemie.ru>



Компания ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» является представителем лидирующего фармацевтического объединения Италии - Группы Менарини (Menarini Group) в России.

Фармацевтическое объединение Группа Менарини (Menarini Group) имеет безупречную репутацию надежного партнера, как в разработке новых лекарственных препаратов, так и в предоставлении информации о современных научных достижениях.

Две основные стратегические цели Группы Менарини (Menarini Group) - инновационные исследования, интернационализация рынка в области здравоохранения.

Группа располагает внушительным набором препаратов, разработанных с использованием собственных возможностей, и высоким потенциалом для формирования надежных партнерских отношений с другими фармацевтическими компаниями.

Все препараты Группы Менарини (Menarini Group) и, в том числе, ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», производятся в соответствии со строжайшими стандартами GMP.



РОШ ДИАБЕТЕС КЕА РУС, ООО

Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, 2, стр.2
Тел.: +7(495)2296995
Факс: +7(495)2296995
E-mail: Maria.epifanova@roche.com

АККУ-ЧЕК®

Компания ООО «Рош Диабетес Кеа Рус» - импортер продукции Акку-Чек и уполномоченный представитель производителя изделий Акку-Чек в России. Бренд Акку-Чек включает в себя полный спектр средств самоконтроля для людей с сахарным диабетом: последнее поколение глюкометров, тест-полоски, устройства для прокалывания кожи, ланцеты, программное обеспечение для анализа данных, а также инсулиновые помпы и инфузионные наборы.

Стратегия Акку-Чек, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет разрабатывать продукты, учитывающие индивидуальные потребности различных групп пациентов: детей, подростков, взрослых. 40-летний опыт работы в области создания систем для измерения уровня глюкозы крови и контроля диабета помогает Акку-Чек создавать инновационные и современные глюкометры и инсулиновые помпы, которые значительно улучшают качество жизни пациентов с диабетом.

Для получения дополнительной информации о продукции Акку-Чек, представленной в России, пожалуйста, посетите сайт www.accu-chek.ru

ТАКЕДА, ООО

Россия, 119048, Москва, Усачева, 2/1
Тел.: +7 (495)9335511
Факс: +7 (495)5021625
E-mail: Daniya.Gritsyk@takeda.com
<http://takeda.com.ru>



«Такеда Россия» (ранее «Никомед Россия») входит в состав Takeda Pharmaceutical Company Limited («Такеда») с сентября 2011 года. Как крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, «Такеда» придерживается стремления к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины.

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

«Такеда» занимает 12 место в мировом рейтинге в сегменте рецептурных препаратов, 14 строчку рейтинга компаний в странах БРИК и 18 строку – в европейском рейтинге. В России компания входит в top-10 ведущих фармацевтических компаний по объему продаж.



ФГБУ ДПО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Лицензия на осуществление образовательной деятельности № 1600 от 18.08.2015 г.

Свидетельство о государственной аккредитации № 1506 от 23.10.2015 г.

Россия, 121359, Москва,
ул. Маршала Тимошенко, д.19, стр. 1А
Тел.: +7 (499)140-20-78
Факс: +7 (499)140-29-54
E-mail: info@cgma.su
www.cgma.su



В состав Академии входят 18 кафедр и 10 курсов на которых осуществляется подготовка по программам (с выдачей документов государственного образца):

- высшего образования:

1. ординатура;
2. аспирантура (очная и заочная);

- дополнительного профессионального образования:

1. профессиональная переподготовка специалистов с высшим и средним профессиональным (медицинским) образованием;
2. повышение квалификации специалистов с высшим и средним профессиональным (медицинским) образованием;
3. проводится обучение с применением дистанционных образовательных технологий.
4. мастер-классы, включая отработку практических навыков неотложной помощи на манекенах-симуляторах для медицинских работников а также лиц, не имеющих медицинского образования.

В Академии работает большой инновационный **аттестационно-симуляционный центр**.
Осуществляется научная деятельность и подготовка научных работников.

Работает диссертационный совет по специальностям:

- 14.01.04 – Внутренние болезни
- 14.01.05 – Кардиология
- 14.03.11 – Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия



«ЭЛТА» КОМПАНИЯ, ООО

Россия, 117246, Москва, проезд Научный, д.10, оф.123
Тел.: +7(499) 995-25-47
Факс: +7(499) 995-25-47
E-mail: mail@eltaltd.ru
<http://www.eltaltd.ru>

ООО «Компания «ЭЛТА» — признанный лидер на отечественном рынке медицинского оборудования. Мы улучшаем качество жизни наших потребителей, предоставляя им возможность самостоятельного мониторинга уровня сахара в крови в домашних условиях с помощью простого и доступного глюкометра «Сателлит Экспресс».

С 1993 года ООО «Компания «ЭЛТА» выпускает продукцию под товарным знаком «Сателлит». Глюкометры компании (3 поколения) по всем показателям не только не уступают, а порой превосходят некоторые зарубежные аналоги (точность измерений соответствует ГОСТ Р ИСО 15197) и имеют пожизненную гарантию.

ЭКСПО ПРЕСС, ООО

Россия, 129515, Москва,
ул. Академика Королева, д. 13
Тел.: +7 (495) 617-36-43/44
Факс: +7 (495) 617-36-79
E-mail: expokomitet@gmail.com
<http://www.expodata.info>



ООО «Экспо пресс» - профессиональный технический организатор международных и межрегиональных конференций, конгрессов, выставок, деловых поездок для российских и иностранных специалистов.

Наши услуги:

- Разработка концепции мероприятия;
- Финансовый менеджмент и деловая логистика;
- Разработка бренд-бука проекта (логотипы, фирменный стиль);
- Подбор места проведения;
- Оснащение залов необходимой техникой, оборудованием для синхронного перевода, видеопроекторным и мультимедийным оборудованием, техническое обслуживание;
- Разработка и дизайн сувенирной продукции;
- Редактирование и издание материалов конференций (программа, буклеты, сборники тезисов);
- Подготовка пресс-релизов, рекламных компаний, пресс-конференций, работа со СМИ;
- Изготовление и формирование портфелей участников;
- Организация предварительной on-line регистрации участников;
- Визовая поддержка, размещение в гостиницах, транспортное обслуживание;
- Организация питания: кофе-брейки, обеды, фуршеты, банкеты, приемы;
- Организация культурных, экскурсионных и специальных программ;
- Организация выставок.



ВРАЧИ ВМЕСТЕ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОРТАЛ / ООО «КАЛИСТО»

127006, Россия, г. Москва, ул. Тверская, 18/1, оф. 642

Тел.: +7 (495) 650-61- 50

E-mail: vrvvm.promo@gmail.com

www.vrachivmeste.ru

Врачи Вместе - профессиональная образовательная социальная сеть для врачей.

Редакцией портала для ее участников подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей: записи докладов с конференций, видео-лекции российских и зарубежных докторов, тематические фильмы, интервью и прочее.

На портале регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью в прямом эфире задать вопросы лекторам и общаться с коллегами.

Портал Vrachivmeste.ru объединяет более 60 тыс. специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег.

ВРАЧИ РФ, ОБЩЕРОССИЙСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ СЕТЬ

123007, Россия, г. Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12

Тел.: +7 (495) 258-97-03

E-mail: info@vrachirf.ru

www.vrachirf.ru

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

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ, ЖУРНАЛ

Россия, Москва, Электрический пер., д. 8, стр.3

Тел: +7(495) 725-47-80

Факс: +7(495) 725-47-83

E-mail: iana@osp.ru

www.lvrach.ru

Журнал «Лечащий Врач» - профессиональное медицинское издание.

С 2008 года решением Президиума Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК), включен в список ведущих рецензируемых научных журналов.

Журнал имеет практическую направленность и публикует статьи ведущих специалистов, лидеров мнения, освещающих актуальные проблемы клиники, диагностики и лечения широкого круга нозологий; оптимальные на сегодняшний день алгоритмы диагностики и терапии внутренних болезней, купирования urgentных состояний.

В журнале на регулярной основе публикуются новости медицинского и фармацевтического рынков, клинические исследования, расписание циклов повышения квалификации для врачей всех специальностей, анонсы самых интересных и значимых медицинских выставок, конференций и форумов года.

Нашими основными читателями являются практикующие врачи различных специальностей: терапевты, педиатры, эндокринологи, кардиологи, ревматологи, психоневрологи, пульмонологи, гастроэнтерологи, оториноларингологи, дерматовенерологи, инфекционисты, уронефрологи и гинекологи, семейные врачи, врачи скорой помощи.

Журнал ежемесячно получают руководители здравоохранения, главные врачи, заведующие отделениями, ректоры вузов, заведующие кафедрами и преподаватели медицинских учебных заведений.

Тираж: 50 000 экземпляров, 12 выпусков в год.



МЕДВЕСТНИК, ПОРТАЛ ВРАЧА

117420, Москва, ул. Профсоюзная, д.57
Тел.: +7 (495)786 -25-57
E-mail: reklama@bionika-media.ru
<http://www.medvestnik.ru>

Medvestnik.ru – специализированный портал для врачей и организаторов здравоохранения.

Medvestnik.ru объединяет в себе новостную ленту, библиотеку профессиональных изданий, медицинскую базу знаний «Энцикломедия», а также видео-канал Медвестник-ТВ.

По данным системы «Медиалогия» за 2016 год Medvestnik.ru входит в ТОП-10 самых цитируемых медиаресурсов отрасли медицины и фармацевтики.

МЕДИЦИНСКОЕ МАРКЕТИНГОВОЕ АГЕНТСТВО «МЕДИАМЕДИКА», ООО

Россия, 115054, г. Москва, Жуков проезд, дом 19
Тел/факс: +7(495) 926 29 83
E-mail: media@con-med.ru
<http://www.con-med.ru>

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последипломного образования врачей различных специальностей:

журнал «Consilium Medicum», приложения «Consilium Medicum» - «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная Онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета Невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», «Dental Tribune»; а также книги, справочники и методические руководства.

Все специализированные издания распространяются бесплатно.

РЕМЕДИУМ, ГРУППА КОМПАНИЙ

105082, г. Москва, ул. Бакунинская, д.71, стр.10
тел.:+7 (495) 780-34-25
факс:+7 (495) 780-34-26
e-mail: remedium@remedium.ru
www.remedium.ru, www.rosapteki.ru

Группа компаний «Ремедиум» предоставляет весь спектр услуг для специалистов в области медицины и фармации. За многие годы работы основными направлениями деятельности ГК «Ремедиум» стали - выпуск специализированных периодических изданий (журналы «Ремедиум» «Российские аптеки», «Медицинский совет», «Атеротромбоз», «Амбулаторная хирургия»), справочной литературы, предоставление электронных баз данных, организация и проведение мероприятий, аренда медицинских представителей, организация рекламной и PR поддержки.



РМЖ, ЖУРНАЛ

Адрес: 105066, г. Москва, ул. Спартаковская, д. 16, стр.1
Тел. 8 (495) 545-09-80
Факс 8 (499) 267 31 55
E-mail: postmaster@doctormedia.ru

Журнал РМЖ – независимое издание для практикующих врачей. Издается с 1995 года, с 2016 года входит в перечень ВАК. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – ведущие специалисты в своих областях. Периодичность – до 40 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, а также по подписке в РФ и странах СНГ.

Более подробная информация на нашем сайте www.rmj.ru

ОТРАСЛЕВЫЕ СПРАВОЧНИКИ, ООО

190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Рузовская, д.31/1
Тел.: (812) 320-06-23/24/26
Факс: (812) 322-65-61
E-mail: info@farosplus.ru
<http://www.farosplus.ru>, <http://www.medreestr.ru>

Издательская деятельность: отраслевые каталоги «Медицинские изделия», «Российские производители медтехники и медизделий», «Современная лабораторная диагностика», «Реабилитация», «Российский рынок БАД».

Коммерческие услуги: дизайн, полиграфия, дистанционное участие Вашей компании в медицинских выставках.



«ФАРМИНДЕКС», ИНФОРМАЦИОННО–ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР

199004, Россия, С-Петербург, а/я 115
Тел./факс: +7 (812) 327-05-12 (многоканальный)
E-mail: info@pharmindex.ru
<http://www.pharmindex.ru>

Реклама и продвижение товаров на фармацевтическом рынке. Реклама и продвижение в сети Интернет. Специализированные издания, разработка и выпуск корпоративных изданий. Полиграфия – любая продукция от листовок до книг.

Фармацевтический портал Pharmindex.ru – один из ведущих русскоязычных Интернет-ресурсов, посвященных рынку лекарств, медизделий, БАД и других товаров аптечного ассортимента.

- Каталоги производителей и поставщиков фармацевтической продукции и парафармацевтических товаров;

- Сравнительный анализ цен по международным непатентованным названиям лекарственных препаратов;

- Ежедневно обновляемая информация о средних оптовых и розничных ценах на лекарственные препараты и другие товары для здоровья.

С 2015 года на портале [Pharmindex](http://Pharmindex.ru) работает новый сервис: ПОИСК И ЗАКАЗ ТОВАРОВ В АПТЕКАХ РОССИИ.

В связи с высоким спросом со стороны посетителей на оперативную и удобную для сравнения информацию по ценам в аптеках Фарминдекс предоставляет возможность быстро найти нужное лекарство или другой товар аптечного ассортимента в аптеках и забронировать его в выбранной аптеке или купить в выбранной интернет-аптеке. Посетитель имеет возможность получить всю необходимую информацию о лекарственном препарате: описания, инструкции, сравнить цены на синонимы и аналоги, получить информацию из Государственного Реестра лекарственных препаратов, из справочников РЛС и VIDAL.

Посещаемость портала: более 30 тысяч посетителей в сутки.



СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА КОНГРЕССА	7
МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА	21
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016 ГОДУ <i>Афанасьева Е.А., Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д.</i>	22
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В 2016 ГОДУ <i>Афанасьева Е.А., Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д.</i>	23
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК РАННИЙ МАРКЕР МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОСМЕТИЧЕСКИХ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕДУРАХ <i>Барышников И.В.</i>	24
АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Бенберин В.В., Ахетов А.А., Нарманова О.Ж., Воценоква Т.А., Кулхан Т.К.З, Ким Ю.А.4</i>	26
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ <i>Бенберин В.В., Танбаева Г.З., Сугралиев А.Б., Маханов Д.И., Репина Ю.В.</i>	29
КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>Беспалова А.В., Белоусова Т.Е., Карпова Ж.Ю., Израелян Ю.А.</i>	30
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ВИДОВ РЕСТРИКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Бнеян В.А.</i>	32
ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ: ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ <i>Бобров А.Е., Гегель Н.В., Савельева Л.В., Гурова О.Ю., Романцова Т.И.</i>	34
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБОЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ <i>Володина К.А., Линчак Р.М., Ачкасов Е.Е., Алаева Е.Н., Курбакова Е.В.</i>	35
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Воронцов С.А., Кириченко О.В., Макарова И.Ю.</i>	36
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Гайса Н.Н., Казанцева И.В., Шубин А.И.</i>	37
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 И 2 ТИПОВ <i>Гришина Т.И., Попкова А.М., Филатова Г.А.</i>	39
ПРОГРАММНЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Иванова Е.С., Рассулова М.А.</i>	41



ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д., И Сун Чер</i>	42
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ ПО ОБУЧЕНИЮ ШКОЛЬНИКОВ ПЕРВЫМ ПРИЗНАКАМ ИНСУЛЬТА И ФАКТОРАМ РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ, РЕАЛИЗОВАННОЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д., И Сун Чер</i>	44
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ <i>Каладзе Н.Н., Ревенко Н.А., Мельцева Е.М., Дусалева Т.М.</i>	45
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ <i>Климина Н.А., Ковалева Ю.А., Мисникова И.В.</i>	47
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Кобелевская Н.В., Виноградова Н.Н.</i>	49
ЭНДОКРИНОПАТИИ И АПНОЭ СНА <i>Ковалева Ю.А.</i>	51
ГЕНЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ДОЛГОЛЕТИЕ <i>Костомарова И.В.</i>	53
ПРИМЕНЕНИЕ 3Д МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ АНТРОПОМЕТРИИ И АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА <i>Мисникова И.В., Ковалева Ю.А., Губкина В.А., Полякова Е.Ю., Шарифова Н.И., Древаль А.В.</i>	55
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РАЗРАБОТКЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПО КОРРЕКЦИИ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ <i>Мухамеджанов Э.К.</i>	57
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАБИНЕТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Овчаренко М.И., Иванова Е.С.</i>	59
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б., Солодовникова Т.С., Гущина Н.В., Кубалова М.Н.</i>	60
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНЫХ ТОКОВ И ВАКУУМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННОГО ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ <i>Сергеенко Е.Ю., Фатеев С.С., Ромашина О.М., Лобышева А.А., Мавлюдова Э.Ш., Тимофеева Л.Р.</i>	62
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ, АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ <i>Стародубцев В.В., Семенов Ю.Н.</i>	64
ЗНАЧЕНИЕ СПИРОЭРГОМЕТРИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Сычева М.Г., Рассулова М.А., Иванова Е.С., Орлова Т.В., Годяев М.Я.</i>	66
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И САХАРНОГО ДИБЕТА 2 ТИПА <i>Филатова Г.А., Гришина Т.И., Чачиашиви М.В., Сучков С.В.</i>	67
ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ <i>Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н.</i>	69
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ <i>Чорбинская С.А., Покутний Н.Ф., Блохина О.Е., Чорбинская Е.С.</i>	70



МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ VEGF В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Чуканова Г.Н., Курмамбаев Е.Ж., Исакова С.С., Дворацка М., Дворацки Г.</i>	72
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОЛУЧЕННЫЕ В 2016 ГОДУ <i>Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С.</i>	73
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ <i>Якимова Н.Л., Соседова Л.М., Рукавишников В.С.</i>	74
ДИНАМИКА МАКРО- И МИКРОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА, НА ФОНЕ СРАР-ТЕРАПИИ <i>Яндиева А.О., Овсянников К.В.</i>	76
КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ	79

ДЛЯ ЗАМЕТОК