



Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская Ассоциация Терапевтов  
Министерство здравоохранения Республики Дагестан  
Дагестанский государственный медицинский университет  
Дагестанское научное медицинское общество терапевтов  
РОО «Амбулаторный врач»

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

# II Съезд терапевтов Республики Дагестан

# 34 Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

**22-23 июня 2017 года**

**Махачкала**

Дагестанский государственный медицинский университет (Биологический корпус)  
ул. Ш. Алиева, д. 1

Генеральные информационные партнеры





120 лет со дня рождения В.Х. Василенко

# XII Национальный конгресс терапевтов

22–24 ноября 2017 года

Москва  КРОКУС ЭКСПО


ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте [www.congress.rnmot.ru](http://www.congress.rnmot.ru)

#### Оргкомитет:

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

#### Конгресс-оператор:

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

## Содержание

Организаторы и оргкомитет .....	3
Обращение к участникам.....	5
Страницы истории .....	7
Программа .....	8
Каталог выставки .....	14
Сборник тезисов .....	25



ГЕДЕОН РИХТЕР



Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»

Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 722-64-20

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

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

## Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов  
Министерство здравоохранения РФ  
Комитет по социальной политике Совета Федерации  
Общество врачей России  
Международное общество внутренней медицины (ISIM)  
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)  
Евразийская Ассоциация Терапевтов  
Министерство здравоохранения Республики Дагестан  
Дагестанский государственный медицинский университет  
Дагестанское научное медицинское общество терапевтов  
РОО «Амбулаторный врач»

## Оргкомитет

### Сопредседатели оргкомитета

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

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

**Ибрагимов Танка Ибрагимович** – министр здравоохранения Республики Дагестан, д.м.н., профессор

**Маммаев Сулейман Нуратдинович** – ректор Дагестанского государственного медицинского университета (ДГМУ), председатель Научного медицинского общества терапевтов Республики Дагестан (ДНМОТ), д.м.н., профессор

**Абдулаев Магомед Ризванулаевич** – главный терапевт Республики Дагестан

**Абдуллаев Алигаджи Абдуллаевич** – заведующий кафедрой поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики, факультета повышения квалификации (ДГМУ), д.м.н., профессор

**Алиев Меджид Алиевич** – главный врач ГБУ Республики Дагестан «Городская больница №1» г. Махачкала, д.м.н.

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

**Ахмедханов Сайпула Шапиевич** – заведующий кафедрой внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов ДГМУ, д.м.н., профессор

**Белоусов Юрий Борисович** – почетный президент Российского научного медицинского общества терапевтов, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор

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

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

**Гордеев Иван Геннадьевич** – заведующий кафедрой госпитальной терапии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Пирогова, д.м.н., профессор

**Ибрагимов Ибрагим Магомедович** – руководитель ГБУ Республики Дагестан «Республиканский медицинский центр»

**Каримова Аминат Магомедовна** – секретарь ДНМОТ, к.м.н.

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

**Кудаев Магомед Тагирович** – заведующий кафедрой терапии ФПК и ППС ДГМУ, д.м.н., профессор

**Иманалиев Магомед Расулович** – главный врач ГБУ Республики Дагестан «Республиканская больница №2 – Центр специализированной экстренной медицинской помощи», заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС ДГМУ, д.м.н., профессор

**Магомедов Ибрагим Уцумиевич** – главный врач Республиканской клинической больницы, к.м.н.

**Масуев Кубатай Аскандарович** – заведующий кафедрой госпитальной терапии №2 с курсом гериатрии ДГМУ, д.м.н., профессор

**Махачев Осман Абдулмаликович** – директор ГБУ Республики Дагестан НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии», д.м.н., профессор

**Минкайлов Эльдар Курамагомедович** – заведующий кафедрой скорой помощи ФПК и ППС ДГМУ, д.м.н.

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

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

**Омарова Джамила Авадзиевна** – заместитель председателя ДНМОТ, к.м.н.

**Тблов Константин Иналович** – заведующий кафедрой госпитальной терапии №2 лечебного факультета, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

**Тотушев Магомед Умарпашаевич** – главный врач ГБУ Республики Дагестан «Республиканский кардиологический диспансер»

**Хасаев Ахмед Шейхович** – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии № 1 ДГМУ

**Чамсутдинов Наби Умматович** – заведующий кафедрой факультетской терапии ДГМУ, д.м.н., профессор

**Шамов Ибрагим Ахмедханович** – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ДГМУ, д.м.н., профессор

**Шахманаев Хабибулла Абдулмуслимович** – главный врач ГБУ Республики Дагестан «Карабудахкентская ЦРБ»

**Эседов Эсед Мутагирович** – заведующий кафедрой госпитальной терапии №3 ДГМУ, д.м.н., профессор

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

## Уважаемые коллеги!

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

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

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

Одним из мероприятий 2017 года станет 34 Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ в Махачкале, которая будет иметь расширенный статус II Съезда терапевтов Республики Дагестан. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы, Санкт-Петербурга, Махачкалы, Ставрополя, Нальчика и других крупнейших городов Северо-Кавказского федерального округа Российской Федерации. С нетерпением жду встречи на мероприятии!

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



## Уважаемые гости, коллеги, друзья!



Проведение II съезда терапевтов Республики Дагестан под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов должно стать знаковым событием не только для профессионалов медицины, но и в культурно-общественной жизни республики. Для обсуждения роли профессиональных организаций в осуществлении реформирования здравоохранения, направленного на оказание качественной медицинской помощи в любом регионе России, обмена опытом, пропаганды новых знаний и представлений в Дагестане соберутся выдающиеся терапевты нашей страны. Широкий круг рассматриваемых проблем, возможность интеграции научных школ, участие в совместных исследовательских проектах открывают большие перспективы перед профессиональной организацией специалистов внутренней медицины.

Российское научное медицинское общество терапевтов заслуженно обладает высоким авторитетом. У истоков его стояла большая плеяда докторов, оставивших глубокий след в медицине, основоположников целых научных направлений. И сегодня оно, сохраняя традиции академизма, сплавляет энтузиастов, находит возможности поддержки молодежи и успешно интегрируется в европейское и мировое терапевтическое сообщества. Активная работа РНМОТ в регионах с формированием отделений, включающих видных специалистов внутренней медицины, сближение врачей из самых отдаленных уголков страны помогают решению научных и образовательных задач.

В Дагестане становление профессиональных сообществ всегда начиналось в стенах Дагестанского государственного медицинского университета, занимающего ведущие позиции по медицинским направлениям и специальностям в регионе. Этот год юбилейный для нашего вуза, ему 85 лет, за которые небольшой институт превратился в мощный Университет. Вклад ученого-медика в развитие системы здравоохранения в Дагестане трудно переоценить. Не случайно и система непрерывного медицинского образования получает свое развитие в ДГМУ, где не только создан Институт дополнительного профессионального образования для подготовки и переподготовки врачей в соответствии с современными требованиями, но и проявляется высокая активность научно-педагогических работников в части образовательной деятельности, отведенной для профессиональных сообществ.

Оргкомитет использует все имеющиеся возможности для плодотворной работы 34 Межрегиональной научно-практической конференции РНМОТ, II Съезда терапевтов Республики Дагестан.

С пожеланием успехов в вашей благородной и ответственной работе,

**Ректор Дагестанского государственного медицинского университета (ДГМУ), председатель Научного медицинского общества терапевтов Республики Дагестан (ДНМОТ), д.м.н., профессор  
С.Н. Маммаев**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



22 ИЮНЯ

**Большой зал**

**Зал №1**

**Зал №2**

<b>09:00</b>				<b>09:00</b>
09:15				09:15
<b>09:30</b>				<b>09:30</b>
09:45				09:45
<b>10:00</b>	<b>Официальное открытие съезда</b>			<b>10:00</b>
10:15	пленарное заседание			10:15
<b>10:30</b>	Мартынов А.И. (Москва) Спаский А.А. (Москва) Маммаев С.Н. (Махачкала)			<b>10:30</b>
10:45				10:45
<b>11:00</b>				<b>11:00</b>
11:15				11:15
<b>11:30</b>				<b>11:30</b>
11:45				11:45
<b>12:00</b>				<b>12:00</b>
12:15				12:15
<b>12:30</b>	СИМПОЗИУМ Сложные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Спаский А.А. (Москва)	СИМПОЗИУМ Коморбидный сосудистый больной на приеме у терапевта. Председатель Ховасова Н.О. (Москва)	СИМПОЗИУМ Патология желудочно-кишечного тракта в практике врача-терапевта. Отдельные аспекты гепатологии. Сопредседатели: Маммаев С.Н. (Махачкала), Эсёдов Э.И. (Махачкала)	<b>12:30</b> 12:45 <b>13:00</b> 13:15 <b>13:30</b> 13:45
<b>14:00</b>				<b>14:00</b>
14:15				14:15
<b>14:30</b>				<b>14:30</b>
14:45				14:45
<b>15:00</b>	СИМПОЗИУМ Национального общества доказательной фармакотерапии Больные с фибрилляцией предсердий, перенесшие мозго- вой инсульт и инфаркт миокарда: реальная медицинская практика и пути повышения эффективности вторичной профилактики. Сопредседатели: Марцевич С.Ю. (Москва), Якушин С.С. (Рязань)	СИМПОЗИУМ Сложный пациент – непростое решение. Сопредседатели: Ахмедханов С.Ш. (Махачкала), Сидоров А.В. (Ярославль)	СИМПОЗИУМ Кардиология: от простого к сложному. Сопредседатели: Абдуллаев А.А. (Махачкала), Хасиев А.Ш. (Махачкала)	<b>15:00</b> 15:15 <b>15:30</b> 15:45 <b>16:00</b>
16:15				16:15
<b>16:30</b>	СИМПОЗИУМ Часть и неотложные проблемы в кардиологии. Сопредседатели: Абдуллаев А.А. (Махачкала), Махачев О.А. (Махачкала)		<b>Заседание регионального отделения РНМОТ СКФО совместно с Президиумом Правления РНМОТ.</b>	<b>16:30</b> 16:45 <b>17:00</b> 17:15 <b>17:30</b> 17:45 <b>18:00</b>

23 ИЮНЯ

**Большой зал**

**Зал №1**

<b>09:00</b>			<b>09:00</b>
09:15			09:15
<b>09:30</b>			<b>09:30</b>
09:45			09:45
<b>10:00</b>	СИМПОЗИУМ <b>Актуальные вопросы клинической фармакологии.</b> Сопредседатели: <i>Абакаров М.Г. (Махачкала), Абдурахманов Т.М. (Махачкала)</i>	СИМПОЗИУМ <b>Актуальные вопросы пульмонологии в терапевтической практике.</b> Сопредседатели: <i>Малыгин А.Г. (Москва), Адашева Т.В. (Москва)</i>	<b>10:00</b>
10:15			10:15
<b>10:30</b>			<b>10:30</b>
10:45			10:45
<b>11:00</b>			<b>11:00</b>
11:15			11:15
<b>11:30</b>	СИМПОЗИУМ <b>Избранные вопросы кардиологии и ревматологии.</b> Сопредседатели: <i>Хасиев А.Ш. (Махачкала), Ахмедханов С.Ш. (Махачкала), Омарова Д.А. (Махачкала)</i>	СИМПОЗИУМ <b>Лечение заболеваний органов дыхания.</b> Сопредседатели: <i>Масуев К.А. (Махачкала), Чамсутдинов Н.У. (Махачкала), Минкашлов Э.К. (Махачкала)</i>	<b>11:30</b>
11:45			11:45
<b>12:00</b>			<b>12:00</b>
12:15			12:15
<b>12:30</b>			<b>12:30</b>
12:45			12:45
<b>13:00</b>			<b>13:00</b>
13:15			13:15
<b>13:30</b>	СИМПОЗИУМ <b>Современные методы диагностики и терапии в общеклинической практике.</b> Сопредседатели: <i>Кудиев М.Т. (Махачкала), Гаджиев Г.Э. (Махачкала), Алиева-Хархарова К.М. (Махачкала)</i>	<b>Конкурс молодых терапевтов</b> Сопредседатели: <i>Маммаев С.Н. (Махачкала), Масуев К.А. (Махачкала), Ахмедханов С.Ш. (Махачкала)</i>	<b>13:30</b>
13:45			13:45
<b>14:00</b>			<b>14:00</b>
14:15			14:15
<b>14:30</b>			<b>14:30</b>
14:45			14:45
<b>15:00</b>			<b>15:00</b>
15:15			15:15
<b>15:30</b>			<b>15:30</b>
15:45			15:45
<b>16:00</b>			<b>16:00</b>
16:15			16:15
<b>16:30</b>			<b>16:30</b>
16:45			16:45
<b>17:00</b>			<b>17:00</b>
17:15			17:15
<b>17:30</b>			<b>17:30</b>
17:45			17:45
<b>18:00</b>			<b>18:00</b>

**Большой зал**

09:30–10:00

**Официальное открытие конференции**

10:00–12:00

пленарное заседание

Роль Российского научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании.

*Мартынов А.И. (Москва)*

Персонализированная медицина и клиническая лабораторная диагностика. Взгляд интерниста.

*Спаский А.А. (Москва)*

Памяти выдающегося ученого-клинициста, академика В.Х. Василенко.

*Маммаев С.Н. (Махачкала)*

12:15–13:45

симпозиум

Сложные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

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

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

*Мартынов А.И. (Москва)*

Роль внутрикoronарной цитопротекторной терапии в лечении острого коронарного синдрома.

*Спаский А.А. (Москва)*

Врачебный консилиум: железодефицитная анемия в практике терапевта.

*Дворецкий Л.И. (Москва)*

13:45–14:30

**Обед**

14:30–16:00

симпозиум

**Национального общества доказательной фармакотерапии**

Больные с фибрилляцией предсердий, перенесшие мозговой инсульт и инфаркт миокарда: реальная медицинская практика и пути повышения эффективности вторичной профилактики.

*Сопредседатели: Марцевич С.Ю. (Москва), Якушин С.С. (Рязань)*

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

*Марцевич С.Ю. (Москва)*

Медикаментозная профилактика инфаркта миокарда у больных с сочетанием фибрилляции предсердий и ишемической болезни сердца.

*Якушин С.С. (Рязань)*

Больные с фибрилляцией предсердий и перенесенным ранее мозговым инсультом, инфарктом миокарда: сочетанная сердечно-сосудистая патология, лечение и исходы в реальной медицинской практике.

*Лукьянов М.М. (Москва)*

16:15–17:45

симпозиум

Частые и неотложные проблемы в кардиологии.

*Сопредседатели: Абдуллаев А.А. (Махачкала), Махачев О.А. (Махачкала)*

Гипертония, индуцированная лекарствами.

*Гаджиев Г.Э. (Махачкала)*

Место фиксированных антигипертензивных препаратов в лечении артериальных гипертензий.

*Атаева З.Н. (Махачкала)*

Современные принципы лечения стабильной ишемической болезни сердца.

*Абдуллаев А.А. (Махачкала)*

Реканализация тромбированной коронарной артерии.

*Махачев О.А. (Махачкала)*

Эхокардиография в неотложных ситуациях.

*Гафурова Р.М. (Махачкала)*

Дисфункция синусового узла.

*Заглиев С.Г. (Махачкала)***Зал №1**

12:15–13:45

симпозиум

Коморбидный сосудистый больной на приеме у терапевта.

*Председатель Ховасова Н.О. (Москва)*

Пациент с хронической ишемией головного мозга на амбулаторном приеме терапевта.

*Ховасова Н.О. (Москва)*

Анемия у коморбидного больного.

*Ховасова Н.О. (Москва)*

13:45–14:30

**Обед**

14:30–16:00

симпозиум

Сложный пациент – непростое решение.

*Сопредседатели: Ахмедханов С.Ш. (Махачкала), Сидоров А.В. (Ярославль)*

Фенотипы боли в спине: диагностика и лечение.

*Баринев А.Н. (Москва)*

Фармакотерапия боли – рациональный выбор НПВП.

*Ахмедханов С.Ш. (Махачкала)*

Фармакологические и правовые аспекты применения трансдермальных систем опиоидов в терапии онкологической боли.

*Сидоров А.В. (Ярославль)*

Современные аспекты диагностики и лечения системной красной волчанки.

*Шангереева С.А. (Махачкала)*

## Зал №2

**12:15–13:45**

**симпозиум**

Патология желудочно-кишечного тракта в практике врача-терапевта. Отдельные аспекты гепатологии.

*Сопредседатели: Маммаев С.Н. (Махачкала), Эседов Э.М.*

*(Махачкала)*

Неалкогольная жировая болезнь печени в практике терапевта.

*Маммаев С.Н. (Махачкала),*

Частота воспалительных заболеваний кишечника в дагестанской популяции.

*Абасова А.С., Эседов Э.М. (Махачкала)*

Кардиальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, диагностика и лечение.

*Исмаилова Х.З. (Кондинск), Чамсутдинов Н.У. (Махачкала)*

Динамика провоспалительных цитокинов в желудочном соке при кислотозависимых заболеваниях.

*Эседов Э.М., Акбиева Д.С. (Махачкала)*

Глютеновая энтеропатия у жителей Дагестана.

*Ахмедова Ф.Д., Эседов Э.М. (Махачкала)*

Аутоиммунные заболевания печени в Республике Дагестан.

*Меджидова Р.А., Эседов Э.М. (Махачкала)*

Структура смертности от заболеваний органов пищеварения в Республике Дагестан.

*Абакарова Г.Г., Эседов Э.М. (Махачкала)*

**13:45–14:30**

**Обед**

**14:30–16:00**

**симпозиум**

Кардиология: от простого к сложному.

*Сопредседатели: Абдуллаев А.А. (Махачкала), Хасаев А.Ш. (Махачкала)*

Вклад профессора М.А. Хархарова в развитие кардиологии в Республике Дагестан (К 90-летию профессора М.А. Хархарова).

*Абдуллаев А.А. (Махачкала)*

Пациент с сахарным диабетом 2 типа в практике терапевта. Стратификация сердечно-сосудистых рисков.

*Туховская М.В. (Владикавказ)*

Нестероидная противовоспалительная терапия у пациентов с артериальной гипертензией.

*Абдулкадырова С.О. (Махачкала)*

Каналопатии. Синдром Бругада. Семейный случай.

*Ихаева С.З. (Грозный)*

Маски гипертензии. Синдром Конна. Клинический случай.

*Хисимикова М.Е. (Грозный)*

**16:15–17:45**

Заседание регионального отделения РНМОТ СКФО совместно с Президиумом Правления РНМОТ.

**Большой зал****09:30–11:00**

симпозиум

Актуальные вопросы клинической фармакологии.

Сопредседатели: Абакаров М.Г. (Махачкала), Абдурахманов Т.М. (Махачкала)

Информационные (мобильные) технологии в оптимизации выбора антибактериальных средств при беременности и кормлении грудью.

Абакаров М.Г. (Махачкала)

Клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы. Выбор в изобилии предложений.

Атаев М-Р. Г. (Махачкала)

Фармаконадзор в Дагестане. Реальность и перспективы.

Абдурахманов Т.М. (Махачкала)

Фармакотерапия в период кормления грудью. Проблемы и пути их преодоления.

Ханахмедова К.Ш. (Махачкала)

Фармакотерапия в пожилом возрасте. Проблемы и пути их преодоления.

Маллаева Р.М. (Махачкала)

**11:15–12:45**

симпозиум

Избранные вопросы кардиологии и ревматологии.

Сопредседатели: Хасиев А.Ш. (Махачкала), Ахмедханов С.Ш. (Махачкала), Омарова Д.А. (Махачкала)

Тромболитическая терапия у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Хасиев А.Ш. (Махачкала)

Семейная форма перипартальной кардиомиопатии.

Омарова Д.А. (Махачкала)

Инфекционный эндокардит у внутривенных наркоманов.

Заглиева С.С. (Махачкала)

Современная стратегия лечения ревматоидного артрита.

Ахмедханов С.Ш. (Махачкала)

Реактивная артропатия у взрослых.

Комиссарова О.Н. (Махачкала)

**13:00–14:30**

симпозиум

Современные методы диагностики и терапии в общеклинической практике.

Сопредседатели: Кудиев М.Т. (Махачкала), Гаджиев Г.Э. (Махачкала), Алиева-Хархарова К.М. (Махачкала)

Клинико-генетические особенности болезни Бехчета у носителей HLA B5/51.

Измаилова Ф.И. (Грозный)

Особенности гипотензивной терапии метопрололом и лизиноприлом в условиях прибрежного климата.

Курбанова И.М. (Махачкала)

НПВП и пожилой больной.

Гаджиев Г.Э. (Махачкала)

Эндотоксикоз в практике терапевта. Современные подходы к контролю.

Хованов А.В. (Москва)

Локальная наружная контрпульсация в комбинированном лечении ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения II–III ФК.

Махмудова Э.Р. (Махачкала)

**Зал №1****09:30–11:00**

симпозиум

Актуальные вопросы пульмонологии в терапевтической практике.

Сопредседатели: Малявин А.Г. (Москва), Адашева Т.В. (Москва)

Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечная недостаточность.

Адашева Т.В. (Москва)

Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия. Рациональная терапия.

Малявин А.Г. (Москва)

**11:15–12:45**

симпозиум

Лечение заболеваний органов дыхания.

Сопредседатели: Масуев К.А. (Махачкала), Чамсутдинов Н.У. (Махачкала), Минкаилов Э.К. (Махачкала)

Фенотип-обусловленная терапия хронической обструктивной болезни легких: новые возможности.

Масуев К.А. (Махачкала)

Идиопатический легочный фиброз: современная трактовка, диагностика, новые возможности терапии.

Масуев К.А. (Махачкала)

Особенности фармакотерапии бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте.

Алиева-Хархарова К.М. (Махачкала)

Тяжелое обострение бронхиальной астмы: современное представление, особенности ведения больных.

Минкаилов Э.К. (Махачкала)

Лечение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких: клинические рекомендации и реальная практика.

Гусейнов А.А. (Махачкала)

Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма: вопросы диагностики и лечения.

Абдулманапова Д.Н. (Махачкала)

13:00–14:30

**Конкурс молодых терапевтов**

*Сопредседатели: Маммаев С.Н. (Махачкала), Масуев К.А. (Махачкала), Ахмедханов С.Ш. (Махачкала)*

**Влияние спортивных нагрузок на электрофизиологические свойства сердца.**

*Абдуллаев А.М., Омарова Д.А. (Махачкала)*

**Динамика и коррекция тревожно-депрессивных состояний у больных с бронхиальной астмой.**

*Зайналова Х.З., Ахмедханов С.Ш. (Махачкала)*

**Функциональные нарушения миокарда правого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией, проживающих в условиях горной местности.**

*Рамазанова А.И., Ибрагимова М.И., Масуев К.А., Гаджиева Л.Х. (Махачкала)*

**Изменение функционального состояния почек при метаболическом синдроме.**

*Бейбалаева А.Т., Маммаев С.Н., Каримова А.М. (Махачкала)*

**Генетические аспекты гена AGT при ХСН.**

*Касаева Э.А., Маммаев С.Н., Омарова Д.А. (Махачкала)*

**Сердечно-сосудистый риск при ревматических заболеваниях.**

*Ганиева Ж.А., Ахмедова Х.Г. (Махачкала)*

## ООО «Берингер Ингельхайм», Германия

125171, Россия, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 3, БЦ «Метрополис», этаж 8  
телефон: +7 (495) 544-50-44  
факс: +7 (495) 544-56-20  
электронная почта: [info.ru@boehringer-ingelheim.com](mailto:info.ru@boehringer-ingelheim.com)  
[www.boehringer-ingelheim.com](http://www.boehringer-ingelheim.com)



Компания Берингер Ингельхайм основана в 1885 году и входит в число 20-ти мировых лидеров фармрынка.

Штаб-квартира компании расположена в г. Ингельхайм, Германия. Основные задачи компании научные исследования и разработки инновационных и высокоэффективных лекарственных препаратов.

## Гедеон Рихтер

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



ГЕДЕОН РИХТЕР

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

## ООО «Такеда Фармасьютикалс»

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



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

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

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

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





## **Уважаемые коллеги!**

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

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

Член РНМОТ получает следующие преимущества:

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

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

## ООО «ТНК СИЛМА», Россия

115573, Москва, ул. Шипиловская, д. 50, корп. 1, стр. 2  
телефон: +7 (495) 223-91-00  
электронная почта: [contact@enterosgel.ru](mailto:contact@enterosgel.ru)  
[www.enterosgel.ru](http://www.enterosgel.ru)



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

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

## ООО «ЭГИС-РУС»

Венгрия  
121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д.8  
телефон: +7 (495) 363-39-66  
телефон: +7 (495) 789-66-31  
электронная почта: [moscow@egis.ru](mailto:moscow@egis.ru)  
[www.egis.ru](http://www.egis.ru)



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

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

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

# Средства профессиональной информации и коммуникации

## Журнал «Терапия»

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

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

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

Генеральный  
информационный спонсор



## Портал российского врача WWW.MEDVESTNIK.RU

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

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

Генеральный  
информационный спонсор



## Журнал «Фарматека», Россия

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

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

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

Генеральный  
информационный спонсор



Генеральный  
информационный спонсор

## Газета «Фармацевтический вестник»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, 57  
телефон: +7 (495) 786-2557, 786-2543  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.pharmvestnik.ru

*Фармацевтический*  
**ВЕСТНИК**

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

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

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

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

## Отраслевой информационный партнер

### Российское агентство медико-социальной информации АМИ

105005, г. Москва, Бауманская ул., д 6 стр.2, БЦ Виктория, оф 907  
телефон: 7 (495) 74-14-527  
электронная почта: [info@ria-ami.ru](mailto:info@ria-ami.ru)  
[www.riaami.ru](http://www.riaami.ru)

**АМИ** российское агентство  
медико-социальной  
информации

Основанное в 2005 году Российское агентство медико-социальной информации АМИ специализируется на распространении международных и российских новостей и аналитической информации в сфере здравоохранения, медицины и фармацевтики, здорового образа жизни и социальной защиты. Агентство сотрудничает с Комитетом по охране здоровья Госдумы России, Министерством здравоохранения РФ, другими министерствами и ведомствами в части освещения политики государства, взаимодействует с институтами гражданского общества.

ПОДПИСКА

# ТЕРАПИЯ

www.bionika-media.ru

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

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

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

## Уважаемые читатели!

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

## Стоимость подписки на 2017 год с приложением:

Второе полугодие (4 номера)

**924 руб. 00 коп.**

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

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

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



### Газета «Московские аптеки», Россия

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



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

В каждом номере:

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

### Газета «Участковый терапевт»

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



Тираж: 35 000 экз.

Периодичность: 6 номеров в год

Тип издания: медицинская газета

Целевая аудитория: терапевты поликлиник

Рубрики издания:

Вспомним пропедевтику

Диагноз за 5 минут

Неотложная помощь

Гид по рациональной фармакотерапии

Профилактическая медицина

Пожилой больной

Ошибка диагностики и лечения

Алгоритм действий врача поликлиники на приеме и участке

Новый лекарственный препарат

КЭК (клинико-экспертная комиссия)

«Непрофильный» больной

Школы для терапевтов

### Журнал «Справочник поликлинического врача»

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

Тираж: 45 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

Тип издания: общемедицинский журнал по амбулаторной медицине

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

Особенности издания:

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

Интервью с ведущими специалистами.

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

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



## Журнал «РМЖ», Россия

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

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



## Журнал «In Vivo»

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

Авторитетный, научно-популярный журнал для врачей. Распространяется в 500 ЛПУ в 22 городах России. Тираж – 15 000 экземпляров.  
Объем: 60 полос.  
Аудитория: терапевты, кардиологи, эндокринологи, гинекологи, ЛОР-врачи.

## «Медицинский Советник Поволжья»

420012, РТ, г. Казань, ул. Шапова, д.26, корп. А, оф. 313  
телефон: (843) 267-60-74  
электронная почта: Zarina.megapolis@yandex.ru  
www.ms-mag.ru

Журнал «Медицинский Советник Поволжья» – научно-практическое издание для врачей и научных работников.

Содержание:

Научно-практические материалы от ведущих авторов (профессоров, ученых в сфере медицины).

Лекции для практикующих врачей.

Новости от производителей медицинского оборудования и лекарственных средств.

Журнал распространяется по лечебным учреждениям всего ПФО, по частным клиникам и медицинским центрам, по аптечным сетям, на конференциях, осуществляется доставка по подписке на территории РФ.



## Consilium Medicum

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



Тираж: 55 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

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

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

Особенности издания:

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

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

## Интернет-партнеры

### Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17  
электронная почта: [info@medego.ru](mailto:info@medego.ru)  
[www.medego.ru](http://www.medego.ru)



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

### Медицинский портал NogoStop.ru

электронная почта: [info@nogostop.ru](mailto:info@nogostop.ru)  
[www.nogostop.ru/](http://www.nogostop.ru/)

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



## Клуб практикующих врачей iVrach.com

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

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

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



## Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

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

«Врачи РФ» – первая Российская система e-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». <http://vrachirf.ru>



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

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

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

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

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



## MEDALMANAH

Россия, 107140, г. Москва, ул. Русаковская, д.8, пом.3 ком.1  
электронная почта: [event@medalmanah.ru](mailto:event@medalmanah.ru)  
[www.medalmanah.ru](http://www.medalmanah.ru)



АЛЬМАНАХ  
МЕДИЦИНСКИХ  
СОБЫТИЙ

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

## Medsovet.info

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

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

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

Medsovet.info предоставляет:

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

И многое другое.



## YellMed

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

YellMed – это:

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

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



## Содержание

Информационные технологии и рациональная антибактериальная химиотерапия у беременных женщин и кормящих матерей. Абакаров М.Г., Абакарова А.М., Агаева Э.Н., Маллаева Р.Г., Сулейманова С.В., Ханахмедова К.Ш. ....	29
Влияние анионов Cl <sup>-</sup> , SO <sub>4</sub> <sup>2-</sup> , HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> питьевой воды на эпидемиологию артериальной гипертонии. Абдулкадырова С.О., Гаджиев Г.Э., Хасаев А.Ш. ....	29
Прогностическая блок-схема клинического исхода острого коронарного синдрома в Q-инфаркт миокарда. Абдуллаев А.А., Алиева М.Г., Саидов М.З. ....	30
Оценка эффективности сбора СтрессХелп у больных ишемической болезнью сердца. Абдуллаев А.А., Аляви Б.А., Исаков Ш.А., Шарипова А.А., Турсунбаев А.К., Эгамбердыева Д.А., Турсунов Р.Р. ....	30
Влияние статинов на некоторые показатели липидов, параметры эхокардиографии, толщину комплекса интима-медиа и фактор воспаления у больных ишемической болезнью сердца с учетом полиморфизма генов. Абдуллаев А.А., Аляви Б.А., Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З., Исаков Ш.А., Турдикулова Ш.У. ....	31
Некоторые подходы к лечению больных с патологией органов пищеварения и мужским бесплодием. Абдуллаев А.А., Нурмухамедов А.И., Аляви Б.А., Каримов М.М., Шосаидов Ш.Ш., Кличев Б.Х. ....	31
Частота и характер респираторных нарушений у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Абдулманапова Д.Н., Тайгибова А.Г., Ахмедова П.Н., Чамсутдинов Н.У. ....	32
Влияние заболеваний желчевыводящих путей на развитие ишемической болезни сердца. Абдуразакова М.А., Кудяев М.Т., Газиев Р.М., Османова А.В., Магомедов А.З., Абдулаева Д.А., Атаева З.Н., Шамилова С.Г. ....	33
Особенности влияния тивортина (L-аргинина) на показатели гемодинамики больных ишемической болезнью сердца. Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Раджабова Д.И., Шодиев Ж.Д., Азизов Ш.И. ....	33
Предупреждение ремоделирования сердца и вабрадином у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и синусовой тахикардией, перенесших Q-инфаркт миокарда. Анатова А.А., Гафурова Р.М., Исламова У.А. ....	33
Полиморфизмы генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при эссенциальной артериальной гипертензии с гипертрофией левого желудочка в Дагестанской популяции. Арапханова Т.Б. ....	34
Связь полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с вазопрессорами при эссенциальной артериальной гипертензии в Дагестанской популяции. Арапханова Т.Б., Саидов М.З., Абдуллаев А.А. ....	35
Некоторые показатели сердечно-сосудистой системы у пожилых больных с сахарным диабетом 2 типа, с сопутствующей анемией. Ахмедова А.Р., Гаджиев Г.Э., Атаева Д.А. ....	35
Оценка функционального состояния системы дыхания при ревматоидном артрите. Ахмедханов С.Ш., Бийболатова К.А., Джамалутдинова А.Д. ....	36
Фенотипические маркеры развития инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью. Ахмедханов С.Ш., Раджабова Х.М. ....	36
Прогноз реабилитации артериальной гипертонии у геронтов, проживающих в регионе легкого йодного дефицита. Бакирова Н.М., Чернышова Т.Е. ....	37
Частота встречаемости флеботромбоза в системе нижней полой вены у асимптомных пациентов. Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Аристарин М.А., Лойко В.С., Сухоручкин В.А. ....	37
Влияние жиров на развитие артериальной гипертонии. Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г. ....	38

Возрастная динамика артериального давления. Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г., Ахмедова А.Р. ....	38
Ремоделирование левого желудочка и нарушения ритма сердца у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией. Гаджиева Л.Х., Рамазанова А.И., Масуев К.А., Ибрагимова М.И. ....	39
Профилактика электрической нестабильности миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с тяжелыми формами стенокардии покоя на фоне комбинированной терапии карведигаммой (карведилол) и мертинилом (розувастатин). Газиева П.А., Каллаева А.Н., Османова А.В. ....	39
Сравнительная оценка методов диагностики одышки у беременных. Гусейнов А.А., Магомедова К.А., Максимова Р.М. ....	40
Эффективность и безопасность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении депрессивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Давыдова Э.В., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р. ....	40
Кардиогемодинамические расстройства у пациентов с циррозом печени. Дажаева Т.Э. ....	41
Бальнеотерапия на курорте «Талги» и ее патогенетические возможности для реабилитации больных с ревматоидным артритом (РА). Джалилова А.А., Габиева Т.Я., Масуев К.А., Тирулов М.М. ....	41
Проблемность полиморбидного течения ишемической болезни сердца (ИБС) при бронхиальной астме (БА) у пожилых. Джалилова Р.А., Казанбиев Д.Н., Масуев К.А., Сулейманов С.Ш. ....	42
Роль инфекции в патогенезе хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии. Заглиева С.С., Маммаев С.Н., Заглиев С.Г. ....	43
Предупреждение ремоделирования сердца торасемидом в постинфарктном периоде с митральной регургитацией. Ибрагимова И.Б., Гафурова Р.М., Исламова У.А., Абдуллаев А.А. ....	43
Микробиологический мониторинг возбудителей пневмоний у гериатрических больных по данным Госпиталя ветеранов войны и труда. Ибрагимова И.Б., Масуев К.А., Сулейманов С.Ш. ....	44
Особенности клинической характеристики застойных пневмоний у гериатрических больных по данным ГБУ РМЦ госпиталя ветеранов войны и труда. Ибрагимова И.Б., Сулейманов С.Ш., Масуев К.А. ....	44
Клинико-генетические особенности болезни Бехчета у носителей HLA b5/51 антигена. Измаилова Ф.И., Кудав М.Т., Сулейманов Э.А., Алекберова З.С. ....	44
Лечение облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей сочетанной с ишемической болезнью легких (ИБС) у пожилых. Исмаилов Х.М., Алиева К.М. ....	45
Состояние пищевода у пациентов с артериальной гипертензией, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Исмаилова Х.З., Чамсутдинов Н.У. ....	45
Частота кардиальных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Исмаилова Х.З., Чамсутдинов Н.У. ....	46
Особенности гиполипидемической терапии у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени. Корниенко Н.В., Гафарова Н.Х., Мирошниченко Е.П., Кузнецов Э.С. ....	47
Анализ показателей variability сердечного ритма и предикторов ишемии при стресс-пробе у больных ишемической болезнью сердца. Лебедь В.Г., Кудав М.Т., Королева Е.Б., Лебедь С.Л., Омарова П.Т., Махмудова Э.Р. ....	47
Соотношение вегетативных влияний на пике стресс-пробы с физической нагрузкой при ишемической болезни сердца. Лебедь В.Г., Кудав М.Т., Королева Е.Б., Лебедь С.Л., Омарова П.Т., Махмудова Э.Р. ....	48

Использование мельдония для устранения нарушений реполяризации желудочков при ишемическом инсульте. Магомедова А.Д., Абдуллаев А.А., Исламова У.А. ....	49
Лечение хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы: клинические рекомендации и реальная практика. Магомедова К.А., Гусейнов А.А., Омарова А.Р., Мужаидова Ш.Г. ....	49
Динамика скорости пульсовой волны у больных с гипертонической болезнью в процессе шестимесячной комбинированной антигипертензивной терапии. Майчук Е.Ю., Воеводина И.В., Макарова И.А., Передерко А.В. ....	49
Интерференц-, озон- и рациональная фармакотерапия синдрома раздраженного кишечника. Маллаева Р.М. ....	50
Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия. Маммаев С.Н., Ибрагимова Х.И. ....	51
Эффективность воздействия на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (по данным амбулаторной службы). Маммаев С.Н., Омарова Д.А., Абдулаев М.Р., Магомедова Э.Р. ....	51
Оценка гипотензивных и противовоспалительных эффектов телмисартана и амлодипина у больных метаболическим синдромом. Маммаев С.Н., Петросова В.Г., Каримова А.М. ....	52
Распространенность артериальной гипертензии за первые кварталы 2015-2017 гг. по данным государственного бюджетного учреждения РД «Поликлиника №6» г. Махачкалы Масуев К.А., Умаханова Ж.Ш., Абдуллатипова Б.А. ....	52
Эссенциальные фосфолипиды в комплексном лечении больных алкогольным стеатогепатитом. Масуев К.А., Умаханова Ж.Ш., Абдуллатипова Б.А. ....	53
Изменение variability ритма сердца и брадикардия у пациентов в постинфарктном периоде с синусовой тахикардией. Махачева А.М., Абдуллаев А.А., Исламова У.А., Хабчабов Р.Г. ....	53
Значение профиброгенных цитокинов в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С. Мусхаджиев А.А., Маммаев С.Н., Рамазанов Ш.Р. ....	54
Динамика неинвазивных значений фиброза печени у больных ХГ С при проведении противовирусной терапии пегилированным интерфероном-а-2а и рибавирином. Мусхаджиев А.А., Маммаев С.Н., Рамазанов Ш.Р. ....	54
Достижение целевого уровня артериального давления у пожилых лиц. Омарова Д.А., Магомедова Э.Р., Халитова Н.Р., Шадад Б.Я., Сулейманова С.В. ....	55
Анализ клинико-лабораторных параметров у женщин репродуктивного возраста с хроническим гепатитом С. Переплетина Т.А., Лисовская Т.В., Мальгина Г.Б. ....	55
Ремикейд в комплексном лечении больных ревматоидным артритом. Умаханова Ж.Ш., Абашилова Х.П., Алисултанова Н.А. ....	56
Частота вызовов скорой медицинской помощи у кардиологических больных и влияние на нее различных метеорофакторов. Хасаев А.Ш., Масуева А.М. ....	57
Сравнительная оценка общетерапевтических знаний стажированных врачей и врачей без опыта работы с помощью специально разработанного опросника. Шавкута Г.В., Шнюкова Т.В., Вайнштейн Н.В., Беликова Г.В., Льянова Л.А., Скларова Н.И. ....	57
Влияние локальной наружной контрпульсации на показатели центральной и периферической гемодинамики у больных нестабильной стенокардией. Шамилова С.Г., Кудяев М.Т., Османова А.В., Абдуразакова М.А. ....	58
Современное лечение железодефицитных анемий, наслаивающихся на различные первичные болезни. Шамов И.А. ....	58
Лечение железодефицитной анемии внутривенным введением феринжекта. Шамов И.А. ....	59

Депрессия у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в результате вооруженного конфликта. Шахбиева З.Ю., Абдуллаев А.А., Гафурова Р.М. ....	59
Эффективность сочетания триметазидина и афобазола на фоне стандартной терапии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в регионе вооруженного конфликта. Шахбиева З.Ю., Моллаева Н.Р., Абдуллаев А.А. ....	60
Показатели плазменного гемостаза у больных метаболическим синдромом. Шерифова Т.М., Маммаев С.Н. ....	60
Смертность населения Республики Дагестан от болезней органов пищеварения. Эседов Э.М., Абакарова Г.Г., Абасова А.С. ....	61
Частота воспалительных заболеваний кишечника в Дагестанской популяции. Эседов Э.М., Абасова А.С., Меджидова Р.А., Абакарова Г.Г. ....	61
Распространенность и диагностика синдрома Жильбера в практике врача-интерниста. Эседов Э.М., Абасова А.С., Мусаева Л.Н. ....	62
Динамика провоспалительных цитокинов в желудочном соке при кислотозависимых заболеваниях. Эседов Э.М., Акбиева Д.С. ....	62
Глютеновая энтеропатия (целиакия) у жителей Дагестана. Эседов Э.М., Ахмедова Ф.Д. ....	63
Аутоиммунные заболевания печени у жителей Дагестана. Эседов Э.М., Меджидова Р.А., Абасова А.С. ....	63
Патогенетическая роль окислительного стресса в формировании особенностей гипертонической болезни с транзиторными ишемическими атаками. Юн В.Л., Гороховская Г.Н. ....	64

## КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Влияние спортивных нагрузок на электрофизиологические свойства сердца. Абдуллаев А.М., Омарова Д.А. ....	66
Изменение функционального состояния почек при метаболическом синдроме. Бейбалаева А.Т., Маммаев С.Н., Каримова А.М. ....	66
Оценка эндотелиальной функции у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца. Ганиева Ж.А. ....	66
Динамика и коррекция тревожно-депрессивных состояний у больных с бронхиальной астмой. Зайналова Х.З., Ахмедханов С.Ш. ....	67
Связь полиморфизма AGT с хронической сердечной недостаточностью в Республике Дагестан. Касаева Э.А., Маммаев С.Н., Омарова Д.А., Заглиева С.С. ....	68
Функциональные нарушения миокарда правого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией, проживающих в условиях горной местности. Рамазанова А.И., Ибрагимова М.И., Масуев К.А., Гаджиева Л.Х. ....	68

### **Информационные технологии и рациональная антибактериальная химиотерапия у беременных женщин и кормящих матерей.**

*Абакаров М.Г., Абакарова А.М., Агаева Э.Н., Маллаева Р.Г., Сулейманова С.В., Ханахмедова К.Ш.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Актуальность. Применение антимикробных препаратов (АМП) у беременных связано с потенциальным риском неблагоприятного воздействия на плод или новорожденного (тератогенные эффекты), а физиологические изменения при беременности могут приводить к изменению фармакокинетики АМП за счет изменения почечного кровотока, объема циркулирующей крови, концентрации альбумина, что часто ведет к субоптимальному дозированию АМП. Эти обстоятельства существенно осложняют антибактериальную терапию у беременных, а при выделении препарата с грудным молоком, и у кормящих матерей. Для профилактики этих явлений в клинической фармакологии выработаны рекомендации по применению лекарственных средств у беременных и кормящих женщин. Однако на практике выбор препарата с учетом изменений фармакокинетики АМП при беременности, риска влияния на организм матери, плод и новорожденного, является непростой и утомительной задачей. С целью повышения эффективности работы с большим массивом данных нами предложен и реализован подход, основанный на применении мобильного приложения (МП) для смартфонов. Описание мобильного приложения. МП предназначено для использования под управлением операционных систем Android и iOS. В основу базы данных положены рекомендации Управления по контролю за качеством продуктов питания и лекарств США (FDA). Создано 2 базы данных (для беременных и кормящих женщин), которые охватывает практически все фармакологические группы лекарственных средств, включая биологические добавки к пище (БАДы), всего 60 групп, в каждой из которых от 5 до 150 лекарственных средств. Особенностью интерфейса МП является то, что названия препаратов из категории А и В обозначены зеленым цветом («препарат можно применять без ограничений»), категории С – желтым и D – оранжевым («препарат можно применять в исключительных случаях, если его применение оправдано высоким риском заболевания для матери»). Красный цветом обозначена группа, составленная из препаратов категории X, которые однозначно запрещены для применения у беременных женщин и у женщин, которые могут забеременеть. Нами дополнительно создана группа N, обозначенная нами голубым цветом. Эта группа содержит препараты, относительно которых нет данных или они неоднозначны. От приема этих препаратов, по возможности, рекомендовано воздержаться. Во второй базе данных, предназначенной для кормящих матерей, где на основе данных литературы препараты сгруппированы в 4 группы, риск также обозначен цветами, подобно тому, как это сделано в БД для беременных. Интерфейс МП обеспечивает три уровня отображения информации на экране смартфона: 1. Карта «фармакологические группы» (Ф). Экран содержит список фармакологических групп, активация группы выводит на экран карту «рисков». 2. Карта «рисков» (Р) (карта второго уровня) с возможностью переключения на риски

для плода и риски для ребенка при грудном вскармливании. Названия препаратов обозначены четырьмя цветами (соответственно риску). Активация названия препарата выводит на экран всплывающую подсказку. 3. Всплывающая подсказка, которая содержит запись, например «Препарат можно применять в исключительных ситуациях, если его применение оправдано высоким риском заболевания для матери». Всплывающая подсказка также содержит ссылку на сайт, где можно получить исчерпывающую информацию о препарате. В настоящее время доступны две версии программы под названием «Здоровый малыш»: первая исполнена для функционирования под управлением операционной системы Android, а вторая под управлением операционной системы iOS.

### **Влияние анионов Cl<sup>-</sup>, SO<sub>4</sub><sup>2-</sup>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> питьевой воды на эпидемиологию артериальной гипертензии.**

*Абдулкадырова С.О., Гаджиев Г.Э., Хасаев А.Ш.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель исследования – изучение роли анионов Cl<sup>-</sup>, SO<sub>4</sub><sup>2-</sup>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> в заболеваемости населения артериальной гипертензией (АГ). Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Кулинском и Ногайском районах республики Дагестан. Для изучения минерального состава питьевых вод в высокогорном Кулинском районе взяты пробы воды из реки Кулинское койсу, собирающей все водные стоки этого района, на участке её выхода за пределы района. Всего взято 8 проб для изучения минерального состава воды в различные сезоны года. В Ногайском районе население питается водами артезианских скважин. Проведен анализ вод всех 37 артезианских скважин района. Анализ вод проводился с использованием атомно-абсорбционной спектроскопии и обычных химических методов. Обследование населения на распространенность АГ проводилось согласно рекомендациям ВОЗ путем подворного обхода населения. Измерение и оценка уровня артериального давления (АД) проводились согласно рекомендациям ВОЗ. В Ногайском районе обследовано 5117 человек старше 14 лет, в Кулинском – 2298 человек. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Biostat с вычислением средней арифметической (M), ошибки средней величины (m), критерия Стьюдента (t), критерия ранговой корреляции Спирмена (r). Данные о распространенности АГ среди различных групп населения представлены в виде стандартизированных показателей по отношению к стандарту населения Российской Федерации. Результаты. В Ногайском районе АГ (АД >139/89 мм рт.ст.) наблюдалась у 26,90±0,38% взрослого населения, в Кулинском – у 5,68±0,48% (p < 0,001). У мужчин Ногайского района АГ встречалась в 27,92±0,69%, в Кулинском районе в 3,79±0,64% (p < 0,001). У женщин, соответственно, в 24,01±0,65% и 2,21±0,39% (p < 0,001). Речная вода Кулинского района оказалась маломинерализованной – 164,90 мг/л. Воды артезианских скважин Ногайского района оказались более минерализованными – 543,01±29,56 мг/л. В силу высокой минерализации содержание всех элементов в водах Ногайского района было высоким. Поэтому нами

анализировалось значение относительного (%) содержания элементов. В Ногайском районе относительное содержание анионов хлора составило 7,36%, сульфатных анионов – 27,71%, гидрокарбонатных анионов – 34,86% от общей минерализации воды. В Кулинском районе относительное содержание анионов хлора равнялось 2,42%, сульфатных анионов – 6,95%, гидрокарбонатных анионов – 67,43%. Разница в относительном содержании всех трех анионов в питьевых водах сопоставляемых районов статистически достоверна ( $p < 0,001$ ). Между относительной концентрацией гидрокарбонатных ионов в питьевой воде и распространенностью АГ в сопоставляемых регионах обнаружена отрицательная функциональная связь высокой степени ( $r_s = -0,857$ ;  $p = 0,019$ ). Причем функциональная связь отмечалась независимо от тяжести АГ. Сила функциональной связи была одинаково сильной как при АГ 1 степени ( $r_s = -0,857$ ;  $p = 0,019$ ), так и при АГ 2-3 степени ( $r_s = -0,857$ ;  $p = 0,019$ ). Наоборот, относительное содержание сульфатов и хлора в питьевой воде имело положительную связь с распространенностью АГ. Связь между содержанием сульфатов и распространенностью АГ оказалась достаточно сильной ( $r_s = 0,750$ ;  $p = 0,052$ ). Корреляционная связь высокой степени отмечалась также в отдельности с АГ 1 степени ( $r_s = 0,821$ ;  $p = 0,028$ ) и 2-3 степени ( $r_s = 0,786$ ;  $p = 0,029$ ). Такая же высокая положительная корреляция наблюдалась между содержанием хлора в питьевой воде и распространенностью АГ ( $r_s = 0,854$ ;  $p = 0,029$ ), а также в отдельности с АГ 1 степени ( $r_s = 0,786$ ;  $p = 0,029$ ) и 2-3 степени ( $r_s = 0,854$ ;  $p = 0,019$ ).

Выводы. Преобладание анионов хлора и сульфатов в питьевых водах ассоциировано с более высокой распространенностью АГ. В регионе с относительным преобладанием в питьевых водах гидрокарбонатов наблюдается низкая распространенность АГ. Механизм влияния анионов на уровень АД остается неясным и нуждается в дополнительных исследованиях.

### **Прогностическая блок-схема клинического исхода острого коронарного синдрома в Q-инфаркт миокарда.**

Абдуллаев А.А., Алиева М.Г., Саидов М.З.

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель – разработать блок-схему краткосрочного персонализированного прогноза клинического исхода острого коронарного синдрома (ОКС) в Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ) на госпитальном этапе.

Материал и методы. В работу были включены 74 пациента с диагнозом ОКС. В качестве прогностических факторов выступали наиболее информативные интервалы концентраций показателей субклинического неспецифического воспаления, эндотелиальной дисфункции, кардиоспецифических изменений в иммунной системе и сывороточные кардиомаркеры. Для тестирования вышеобозначенных показателей использовался метод твёрдофазного иммуноферментного анализа. Рассчитывались величины относительного риска с доверительными интервалами, абсолютного риска, диагностическая эффективность использованных методов в отношении клинического исхода ОКС в Q-ИМ в связи с изучаемыми факторами риска (интервалы концентраций показателей). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica (версия 6,0), а также Biostat 4.03.

Полученные результаты. На основании комплексного анализа результатов была сформирована итоговая блок-схема краткосрочного

персонализированного прогноза клинического исхода ОКС в Q-ИМ. В неё вошли наиболее информативные интервалы концентраций изученных показателей. Персонализированный краткосрочный прогноз клинического исхода ОКС в Q-ИМ на госпитальном этапе связан с интервалами концентраций тропонина I от 2,2 до 2,7 нг/мл, мозгового натрийуретического пептида (BNP-32) от 1079 до 1270 пг/мл; маркеров воспаления: С-реактивного белка – от 20 до 25 мг/л, интерлейкина-1 $\beta$  – от 0,54 до 1,54 пг/мл и туморнекротического фактора- $\alpha$  – от 1,1 до 1,6 пг/мл; маркеров эндотелиальной дисфункции: оксида азота – от 7 до 11 мкмоль/л, эндотелина – от 5 до 6 фмоль/мл, матриксной металлопротеиназы-9 – от 270 до 370 нг/мл и тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 – от 140 до 150 нг/мл; иммуномаркеров: неоптерина – от 20 до 28 нмоль/л, антител к кардиолипину – от 15 до 20 ЕД/мл и в 75% случаев встречаются антитела к миокардиоцитам. Пациенты, имеющие указанные показатели при поступлении в стационар, являются группой высокого риска в отношении клинического исхода ОКС в Q-ИМ.

Выводы. В случаях, когда при поступлении в стационар значения показателей воспаления, эндотелиальной дисфункции, сывороточных кардиомаркеров и иммуномаркеров попадают в интервалы концентраций, указанных в блок-схеме, эти пациенты относятся к группе высокого риска клинического исхода ОКС в Q-ИМ. Это позволяет уже на раннем этапе госпитализации провести лечебные мероприятия в соответствии со стандартами ведения больных с окклюзирующими поражениями коронарных артерий, обуславливающих Q-ИМ.

### **Оценка эффективности сбора СтрессХелп у больных ишемической болезнью сердца.**

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Шарипова А.А., Турсунбаев А.К., Эгамбердыева Д.А., Турсунов Р.Р.

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

Цель – оценка эффективности растительного сбора СтрессХелп у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование включили больных ИБС стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов. 40 больных получали базисную терапию (дезагреганты, бета-блокаторы, розувастатин, 10-20 мг/сут). Из них 20 больных (I группа) получала только стандартную базисную терапию, 20 пациентов (II группа) с дополнительно растительный лекарственный сбор СтрессХелп (HealthNHelpers) по 1 капсуле 2 раза в день, за 5-10 минут до еды и по достижении эффекта по 1 капсуле на ночь. До начала исследования и через 6 месяцев в сыворотке крови пациентов изучали липиды (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность ферментов аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), содержание общего билирубина, оценивали клиническое течение и состояние больных, проводили необходимые инструментальные исследования (электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), ультразвуковые, рентген).

Результаты. У большинства пациентов наблюдали расстройства эмоций (тоска, недомогательность, раздражительность), возникновение тревоги, страха, мнительность в отношении собственного здоровья. Результаты исследования, полученные до лечения, выявили



существенные изменения со стороны липидов (увеличение ОХС, ТГ, содержания ХСЛПНП и уменьшение ХСЛПВП). Под влиянием терапии у пациентов значительно уменьшилось содержание ОХС, ХСЛПНП, ТГ и наблюдалось повышение уровня ХСЛПВП. У больных II группы, принимавших на фоне базисного лечения седативный сбор СтрессХелп, улучшение общего состояния и эмоционального статуса отмечено в более ранние сроки. У этих пациентов уже к концу первого месяца наблюдения уменьшились или прошли жалобы, раздражительность, снизилась реакция на различные внешние раздражители, и прошло чувство внутреннего напряжения. Уменьшилась возбудимость, легче и быстрее наступал более глубокий и спокойный сон, повысилась трудоспособность. Выявлена благоприятная корреляция показателей лабораторно-инструментальных исследований, параметров ЭКГ, ЭХОКГ и других параметров. Растительный лекарственный сбор СтрессХелп, в состав которого входят экстракты Мелиссы, Мята перечной, Чабреца, Пустырника, Хмеля, Валерианы, оказывает также спазмолитическое и сосудорасширяющее действие. Благоприятные свойства СтрессХелп оказывают патогенетическое действие на ИБС, что, несомненно, усиливает эффект базисной терапии. Пациенты лечение переносили хорошо, побочных эффектов у больных I и II групп наблюдалось. Показатели АЛТ, АСТ и общего билирубина были в пределах допустимых значений. Течение ИБС, как известно часто сопровождается нарушениями функции нервной системы. При этом стресс-реакция снижает резистентность миокарда к гипоксии и ишемии. Благодаря своим указанным свойствам, СтрессХелп существенно усиливает эффект стандартной терапии и в комплексе с ней значительно улучшает качество жизни больных. Стресс-реакция играет особую роль в патогенезе ИБС и влияние на этот фактор риска имеет важное значение как в профилактике болезни, так и в предупреждении повреждения сердца.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать СтрессХелп для лечения больных ИБС, а также профилактики возможных кардиоцеребральных осложнений.

### **Влияние статинов на некоторые показатели липидов, параметры эхокардиографии, толщины комплекса интима-медиа и фактор воспаления у больных ишемической болезнью сердца с учетом полиморфизма генов.**

*Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З., Исхаков Ш.А., Турдикулова Ш.У.*

*АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» и Институт биоорганической химии АН РУз, Узбекистан, Ташкент*

Цель – оценка влияния статинов на толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА), показатели липидного спектра и фактор воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Материал и методы исследования. Под наблюдением были пациенты с ИБС узбекской популяции 35-70 лет (средний возраст 59,1 лет). Для постановки диагноза пользовались критериями ВОЗ, Канадской ассоциации кардиологов, рекомендациями по лечению стабильной ишемической болезни сердца, ESC 2013. Пациенты I группы (20) получали аторвастатин в дозе 20-40 мг/сут, а II группы (20) – розувастатин в дозе 10-20 мг/сут, на фоне базисного лечения, в течение шести месяцев. Эхокардиографию и ультразвуковое

исследование (УЗИ) ОСА проводили прибором Samsung medison "SonoACE X6". ТИМ ОСА измеряли на уровне 1 см проксимальнее места бифуркации по задней по отношению к датчику стенке. Нормальным показателем ТИМ считали значение менее 0,8 мм. В крови пациентов до начала терапии и по окончании ее изучали общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ) и уровень С-реактивного протеина (СРП). Проводили генотипирование (ApoE и HMGCR) образцов ДНК пациентов.

Результаты. Исходные показатели липидного обмена составили (I и II группы соответственно): ОХС – 6,6 и 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,2 и 3,6; ХСЛПВП – 1,2 и 1,1; ТГ – 2,3 и 2,5 ммоль/л и СРБ – 7,5 и 7,5 мг/л. Выявлено уменьшение ТИМ. Так, в конце лечения аторвастатином у больных отмечено снижение ТИМ до 0,9 мм, против 1,4 мм, а у больных, принимавших розувастатин, ТИМ равнялся также 0,9 мм, против 1,3 мм до лечения. Показатели липидного обмена и СРП составили (I и II группы соответственно): ОХС – 5,0 и 4,8; ХСЛПНП – 2,36 и 2,3; ХСЛПВП – 1,27 и 1,18; ТГ – 1,61 и 1,55 ммоль/л, а СРП – 5,4 и 4,6 мг/л. Безболевого ишемия миокарда (БИМ) у пациентов с гипертрофией ЛЖ была более выраженной, чем у больных без измененной геометрии ЛЖ. Некоторые данные могут быть применены в прогнозировании риска кардиальных осложнений. Ранним проявлением этих возможных осложнений является БИМ. Проведена оптимизация параметров постановки аллель-специфичной real-time PCR для детекции генотипов по генам: HMGCR и ApoE. У больных стенокардией III ФК были выявлены более выраженные изменения и нарушения в изученных показателях (липидный профиль, факторы воспаления). Мутации 1 класса делают соответствующие аллели недействительными, что выражается в полном отсутствии иммунологически обнаруживаемых рецепторов, при этом аллели 2 класса нарушают транспорт на поверхность клетки любых синтезируемых рецепторов и аллели 3 класса вызывают образование функционально дефектных рецепторов, не способных связывать ЛПНП. Подобраны безопасные и наиболее эффективные дозы статинов. Заключение. Оба статина оказали благоприятное влияние на липидный обмен, СРП, ТИМ и течение ИБС, а проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы препаратов.

### **Некоторые подходы к лечению больных с патологией органов пищеварения и мужским бесплодием.**

*Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Аляви Б.А., Каримов М.М., Шосаидов Ш.Ш., Кличев Б.Х.*

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

В практике врача общей практики довольно часто встречаются состояния, требующие участия в лечении больных различных специалистов, в том числе, андролога, уролога, эндокринолога. Большая частота бесплодных пар среди репродуктивного возраста, которая в некоторых регионах достигает до 20%, делает проблему очень актуальной. В этом отношении особое место занимает мужское бесплодие (МБ). При этом мужской фактор имеет место в половине случаев бесплодного брака.

Цель. Изучение эффективности лекарственного растительного сбора ХероХелп в комплексном лечении мужчин с заболеваниями органов пищеварения и МБ.

Методы исследования. Под наблюдением были 48 мужчин из бесплодных пар в возрасте 25-45 лет с первичным бесплодием и заболеваниями органов пищеварения (хронический гастрит, дискинезии желчных путей). Критериями включения в исследование являлись: отсутствие беременности в браке более 12 мес. половой жизни, без жизни, без контрацепции и наличие сперматозоидов в эякуляте. Проводили необходимые клинко-инструментальные исследования по основным заболеваниям, а также исследования эякулята, гормонов. I группа больных (24), получала стандартную терапию по основному терапевтическому заболеванию и физиобальнеолечение. Обследуемые II группы (24) – дополнительно лекарственный растительный сбор ХероХелп (HealthHelpers) по 1 капсуле 2 раза в день 10 дней, и далее по 1 капсуле в день в течение 20 дней.

Полученные результаты. У обследованных выявлены психоэмоциональные расстройства, снижение андрогенной активности, хронический простатит, а также олигозооспермия (не более 18 млн/мл). Растительный сбор (экстракты Золотого корня, Девясила, Ферулы, Элеутерококка, Карликовой пальмы, Эпимедиума крупноцветкового, Левзеи сафроловидной, Аниса, Алоэ, Ятрышника), улучшает микроциркуляцию, уменьшает застойные явления, оказывает противовоспалительное действие, снижает дизурические нарушения. У всех больных улучшились показатели по основным терапевтическим заболеваниям (хронический гастрит, холецистит), что, по-видимому, связано также с указанными эффектами ХероХелп. У 16 пациентов II группы к концу лечения увеличен объем эякулята (3,5-4,0 мл), улучшились и основные показатели. При этом нормальные формы сперматозоидов увеличились до 22 млн/мл, а концентрация их была на 20% выше, чем у пациентов I группы. Нормальные параметры спермы отмечались и через 3 месяца после лечения. У 12 пациентов II группы отмечено повышение сексуального интереса и активности (6 в I группе). Побочных эффектов, связанных с приемом ХероХелп, и случаев отмены не было. Вывод. Данные позволяют рекомендовать ХероХелп у больных с патологией органов пищеварения в сочетании МБ в составе комплексной терапии.

## Частота и характер респираторных нарушений у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

*Абдулманапова Д.Н., Тайгибова А.Г., Ахмедова П.Н., Чамсутдинов Н.У.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая имеет пеструю клиническую картину, протекает с множеством внепищеводных проявлений, наличие которых выдвигает на первый план вопросы их ранней диагностики и профилактики. При этом особый интерес представляют бронхобструктивные нарушения у этой категории пациентов, которые протекают в виде рефлюкс-индуцированной бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких. Частота бронхобструктивных нарушений имеет значимые расхождения у различных авторов и требует более пристального внимания клиницистов к этим пациентам. Все это

определяет целесообразность изучения клинко-функционального состояния нижних дыхательных путей у пациентов с ГЭРБ.

Цель работы: изучить клинко-функциональное состояние нижних дыхательных путей у больных ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Обследовано 248 пациентов с эндоскопически позитивной формой ГЭРБ I-II степеней (113 мужчин и 135 женщин, средний возраст 36,9±1,45) у которых ранее не выявлялись заболевания дыхательных путей. При постановке диагноза ГЭРБ использовали классификацию по Savary-Miller. Все исследования выполнялись после получения письменного добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследований. Всем больным проводились общеклинические лабораторные и инструментальные (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия) исследования. Для оценки функционального состояния рецепторов бронхов осуществляли следующие исследования: 1). Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось на компьютерном полиспирометре «Этон – 01-02» (Россия). 2). С целью изучения функционального состояния холинергических, простагландиновых и адренергических рецепторов бронхов применяли бронхопровокационные пробы с ацетилхолином, динопростом (простагландином F<sub>2α</sub>) и обзиданом соответственно. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистических пакетов программ Microsoft Excel и Biostat. Определялись следующие статистические показатели: средняя арифметическая (M), стандартное отклонение (+SD), ошибка средней арифметической (+m). Достоверность различий при нормальном распределении определялись при помощи критерия Стьюдента (t). Различия считались значимыми при P<0,05. При малом числе наблюдений и непараметрическом их распределении использовались критерии Манна-Уитни. Для определения силы связи между анализируемыми признаками проводился корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди респираторных симптомов ГЭРБ наиболее часто выявлялся кашель и встречался у 25 (10,1%) больных и у 9 (3,6%) из них он сопровождался отделением мокроты. Одышка с затрудненным выдохом встречалась у 15 (6%), дискомфорт и чувство стеснения в грудной клетке – у 14 (5,6%), эпизоды свистящего дыхания – у четверых (1,6%), дистанционные хрипы – у четверых (1,6%), насморк – у двух (0,8%), заложенность носа – у четверых (1,6%) и приступы удушья – у четверых (1,6%) больного. Хрипы при аускультации выслушивались у 12 (4,8%) больных, при этом сухие жужжащие – у четверых (1,6%), рассеянные сухие свистящие – у четверых (1,6%) и влажные мелкопузырчатые – у двух (0,8%) больных. У 121 пациента с эндоскопически позитивной формой ГЭРБ (55 мужчин и 66 женщин, средний возраст – 36,1±1,7) проведены бронхопровокационные пробы. Бронхопровокационные пробы с ацетилхолином выявили нарушения функционального состояния холинергических рецепторов бронхов у 112 (92,6%) больных с ГЭРБ, из них у 41 (33,9%) выявлена холинергическая БГЧ и у 71 (58,7%) – холинергическая БГР. Бронхопровокационные тесты с обзиданом выявили нарушения функционального состояния адренергических рецепторов бронхов у 57 (47,1%) больных с ГЭРБ, из них у 46 (38%) обнаружена адренергическая БГЧ и у 11 (9,1%) – адренергическая БГР. Бронхопровокационные пробы с динопростом выявили нарушения функционального состояния простагландиновых рецепторов бронхов у 103 (85,1%) больных с ГЭРБ, из них у 43 (35,5%) отмечена простагландиновая БГЧ и у 60 (49,6%) – простагландиновая БГР. Таким образом, у больных с ГЭРБ в основном выявляются нарушения холинергической (92,6%) и простагландиновой (85,1%) чувствительности и реактивности бронхов, реже – адренергической (47,1%).

## Влияние заболеваний желчевыводящих путей на развитие ишемической болезни сердца.

Абдуразакова М.А., Кудавев М.Т., Газиев Р.М., Османова А.В., Магомедов А.З., Абдулаева Д.А., Атаева З.Н., Шамилова С.Г.

Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница – Центр специализированной экстренной медицинской помощи, Махачкала

Цель: изучить распространенность факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), взаимосвязь патологии желчевыводящей и сердечно-сосудистой систем, ее связи с особенностями питания и образом жизни населения республики Дагестан.

Материалы и методы: исследованы 80 пациентов с заболеваниями желчного пузыря в возрасте от 50 до 75 лет, которые в зависимости от вида патологии были разделены на четыре группы: 1-я группа – 35 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), 2-я группа – 23 пациента с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ), 3-я – 12 пациентов с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря (ГоМДЖП), 4-я – 10 пациентов с гипермоторной дисфункцией желчного пузыря (ГрМДЖП). В качестве контрольной группы обследованы 15 больных с ИБС без патологии билиарной системы. Обследование больных включало: изучение анамнеза жизни и заболевания, клинический и биохимический анализы крови, электрокардиографию в 12 стандартных отведениях, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты: из 80 больных с патологией желчевыводящих путей признаки ИБС выявлены у 25 (32,2%), наиболее высокая частота ИБС была в группах больных с ЖКБ и ГоМДЖП: 11(32,7%) и 8(10%) с ГрМДЖП. Из 80 больных повышения уровня общего холестерина (ОХС) в крови (выше 5,4ммоль/л) отмечено у 43(53,7%), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) (выше 2,5 ммоль/л) – у 41(51,2%), триглицериды (ТГ) (выше 1,7ммоль/л) – у 25(31,2%), снижение уровня липопротеиды высокой плотности ЛПВП более 0,9 ммоль/л выявлено только у 4(5%) пациентов, повышение креатинин (КА) (выше 3,0) отмечено у 42(52,5%) больных. За 1,5 года наблюдения приверженность специфическому лечению доминирующей патологии была отмечена у 48(60%) больных с билиарной патологией и у 9(11,2%) пациентов из контрольной группы. Выводы. Динамическое наблюдение за больными с заболеваниями желчевыводящей системы, сочетающимися с ИБС, тщательный контроль за лечением билиарной патологии и режимом питания способствуют устранению атерогенной дислипидемии (уровней ОХС, ХС ЛПНП, ТГ) и улучшению качества жизни пациентов.

## Особенности влияния тивортина (L-аргинина) на показатели гемодинамики больных ишемической болезнью сердца.

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Раджабова Д.И., Шодиев Ж.Д., Азизов Ш.И.

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

Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, которые встречаются у 60-70% стационарных больных, ассоциируются, прежде всего, с нарушением систолической дисфункции левого желудочка.

Цель. Изучение эффективности применения тивортина (L-аргинина) на клиническое состояние, показатели гемодинамики и качество жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после проведения транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) коронарных сосудов с применением ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 55 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения ФК II-III. Всем больным проведена реваскуляризация миокарда путем баллонной ангиопластики с последующим стентированием коронарных артерий. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы. I группа больных (n=33) получали тивортин по 100 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней, II группа больных (n=22) получали только стандартную терапию, включающую в-блокаторы, антиагреганты, ингибиторы АПФ, статины. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и по степени сердечной недостаточности. Больным до и после стентирования коронарных артерий проводились следующие методы исследования: объективный осмотр, измерение АД и ЧСС, коагулограмма, эхокардиография.

Полученные результаты. На фоне лечения средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) в обеих группах существенно уменьшилась. Так у больных, получавших стандартную базовую терапию ЧСС снизилась на 21,5%, тогда как у больных, получавших дополнительно тивортин на 12,0 за 1 мин (26,8%) (p<0,001). Также значительно снизились средние величины систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) в обеих группах исследования, которые практически достигли целевых уровней. Так, у больных, получавших стандартную терапию САД снизился с 163,4 ± 5,1 до 132,5 ± 3,6 мм (p<0,05), тогда как у больных, получавших дополнительно тивортин САД снизился с 161,4±5,17 до 131,0±4,7 мм рт.ст. (p<0,05). Изучение биохимических показателей крови выявило у больных основной группы существенное снижение протромбинового индекса с 98,2±2,1% до 84,3±3,5% (p<0,05), тогда как у больных, контрольной группы протромбиновый индекс снизился с 89,1±3,1% до 86,2±1,8% (p> 0,05). При изучении показателей центральной гемодинамики отмечено улучшение сократительной способности миокарда левого желудочка. Так, включение в лечение тивортина способствовало увеличению фракции выброса (ФВ) на 9,1% (p<0,05), тогда как у больных, получавших стандартную терапию, ФВ возросла на 1,5% (p> 0,05). Выявлено, что конечно-диастолический индекс (КДИ), который у пациентов был ниже, чем у здоровых (p<0,05), без достоверной разницы между группами, под влиянием лечения несколько увеличился. Такую же закономерность наблюдали и по показателю ударного индекса (УИ).

Выводы. Включение тивортина в комплексную терапию больных ИБС стабильной стенокардией напряжения ФК II-III, перенесших стентирование коронарных артерий, приводит к достоверному улучшению гемодинамических и клинико-лабораторных показателей, что, по-видимому, обусловлено антиагрегантным, антикоагулянтным и вазодилатирующим свойствами препарата.

## Предупреждение ремоделирования сердца ивабрадином у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и синусовой тахикардией, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Анатова А.А., Гафурова Р.М., Исламова У.А.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Цель: оценить эффективность ивабрадина в профилактике прогрессирования ремоделирования сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и синусовой тахикардией, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ).

Материал и методы. В данное исследование включили 55 пациентов с ХСН IIА стадии, ФК II-III, согласно классификации ВНОК (2005), и с синусовой тахикардией (ЧСС – 70-100 в 1 мин) в возрасте от 42 до 70 лет (мужчин – 39, женщин – 16), перенесших Q-ИМ. Не включали в исследование пациентов с повторным инфарктом миокарда. Методом случайной выборки пациенты были рандомизированы в две группы: в 1-й (контрольная) 28 пациентов получали стандартную терапию (периндоприл в дозе 5 мг/сут, небиволол в дозе 5 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут и розувастатин 10 мг/сут); во 2-й (основная) 27 пациентов использовали ивабрадин в дозе 10 мг/сут вместо небиволола в сочетании со стандартной терапией. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру поражения сердца. Лечение в группах соответствующими медикаментозными препаратами проводили амбулаторно в течение шести месяцев. Процессы ремоделирования сердца, состояние систолической и диастолической функций изучали методом эхокардиографии аппаратом Aloka SSD 2200 по стандартной методике в динамике – исходно, через три и 6 месяцев лечения.

Результаты. В обеих группах через три месяца происходило увеличение размеров левого желудочка: в 1-й группе – на +3,1%, во 2-й группе – на +3,5% – конечный диастолический размер (КДР); на +6,3% и +8,1% соответственно в каждой группе – конечный систолический размер (КСР). Через шесть месяцев все эти показатели незначительно нарастали: на +5,2% и +5,7% (КДР) и на +8,0% и +10,2% (КСР) – соответственно в каждой группе наблюдения. ФВ в динамике уменьшалась: на 2,8% и -3,2% соответственно в каждой группе.

Выводы. Ивабрадин и небиволол одинаково эффективны в профилактике прогрессирования ремоделирования сердца у пациентов с ХСН, перенесших Q-ИМ, что, по-видимому, связано с уменьшением частоты сердечных сокращений обоими препаратами.

### **Полиморфизмы генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при эссенциальной артериальной гипертензии с гипертрофией левого желудочка в Дагестанской популяции.**

*Арапханова Т.Б.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель. Изучение частоты генотипов и аллелей полиморфизмов генов РААС и  $\beta$ 2-адренорецепторов при эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) и без ГЛЖ в дагестанской популяции.

Материалы и методы. В работу включены 98 пациентов с диагнозом «эссенциальная артериальная гипертензия с ГЛЖ и без ГЛЖ». Изучались генотипы полиморфизма A1166C гена AGTR1 и полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2. Тестирование обозначенных полиморфизмов проводили с помощью аллель-специфической полимеразной цепной реакции. Достоверность различий частот генотипов и аллелей полиморфизмов исследованных генов в

основной и контрольной группах проводили с помощью критерия  $\chi^2$ . Рассчитывалась величина относительного риска (ОР) развития ЭАГ у пациентов основной группы с доверительными интервалами (ДИ). Результаты. В обследованной когорте больных ЭАГ методом ПЦР в реальном времени были изучены следующие генотипы и аллели полиморфизмов генов-кандидатов ЭАГ: - полиморфизм Thr174Met (мутация в 174 кодоне, приводящая к замене аминокислоты треонина на метионин) гена ангиотензиногена (AGT); - полиморфизм Met235Thr (мутация в 235 кодоне, приводящая к замене аминокислоты метионина на треонин) гена ангиотензиногена (AGT); - полиморфизм A1166C (замена нуклеотида аденина на цитозин в 1166 позиции) гена рецептора 1 типа ангиотензина II (AGTR1); - полиморфизм Gln27Glu (замена аминокислоты глутамина на глутаминовую кислоту в 27 позиции) гена  $\beta$ 2-адренорецептора (ADRB2); - полиморфизм Arg16Gly (замена аминокислоты аргинина на глицин в 16 позиции) гена  $\beta$ 2-адренорецептора (ADRB2). Все исследованные полиморфизмы относились к категории единичных нуклеотидных замен (SNP) и определялись в ПЦР в реальном времени либо в гомозиготном, либо в гетерозиготном состояниях. В работе представлен анализ частот генотипов и аллелей исследованных полиморфизмов. Из перечисленных выше полиморфизмов генов-кандидатов ЭАГ в обследованной когорте больных достоверные изменения частот встречались только в отношении полиморфизма A1166C гена AGTR1 и полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2. У больных ЭАГ с ГЛЖ расчет частот генотипов и аллелей указанных полиморфизмов и показателей ОР ни в одном случае не показал статистически достоверного уровня. В то же время в группе больных ЭАГ без ГЛЖ определялось достоверное снижение частоты генотипа AC по сравнению с контрольной группой ( $\chi^2 = 3,47$ ;  $P=0,05$ ), поскольку в контрольной группе носителей этого генотипа было 51%, в группе больных ЭАГ – 31%. Сопоставление распределения частот генотипов и аллелей полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2 показало, что группе больных с ЭАГ с ГЛЖ определяется, аналогично предыдущему случаю, выраженная тенденция к снижению частоты генотипа Arg/Arg по сравнению с контрольной группой ( $\chi^2 = 3,36$ ;  $P=0,06$ ). Уровень значимости в этом случае ( $P=0,06$ ) близок к уровню значимости  $P<0,05$ , при котором различия считались статистически достоверными. Иные показатели получены в группе больных ЭАГ без ГЛЖ. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что частота генотипа Arg/Arg полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2 также достоверно снижается ( $\chi^2 = 8,349$ ;  $P=0,004$ ). Но снижение частоты этого генотипа связано уже с высокой вероятностью отсутствия ГЛЖ при ЭАГ в дагестанской популяции,  $OP=0,2$  (0,09-0,5). Противоположная картина открывается в отношении генотипа Arg/Gly. В группе больных ЭАГ без ГЛЖ определяется достоверное увеличение частоты этого генотипа по сравнению с контролем ( $\chi^2=5,619$ ;  $P=0,018$ ) и это увеличение также ассоциировано с высокой вероятностью отсутствия ГЛЖ при ЭАГ у носителей данного генотипа в дагестанской популяции, поскольку  $OP=2,9$  (1,12-7,6). В этой группе больных определяется достоверное увеличение частот аллелей Arg и Gly полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2 ( $\chi^2 = 3,375$ ;  $P=0,05$ ). Однако ОР появления ЭАГ у носителей этих аллелей не достигал уровня статистической достоверности.

Выводы. При ЭАГ с ГЛЖ и без ГЛЖ в дагестанской популяции наиболее значимыми являются генотипы AA, AC и CC полиморфизма A1166C гена AGTR1, также генотипы Arg/Arg, Arg/Gly, Gly/Gly и аллели Arg и Gly полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2.

## **Связь полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с вазопрессорами при эссенциальной артериальной гипертензии в Дагестанской популяции.**

*Арапханова Т.Б., Саидов М.З., Абдуллаев А.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель: изучение частоты встречаемости генотипов полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и  $\beta$ 2-адренорецепторов при эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) I, II и III ст. в дагестанской популяции и оценка связи экспрессии генотипов изученных полиморфизмов с уровнями вазопрессоров в сыворотке крови.

Материал и методы. В исследование были включены 98 пациентов с ЭАГ I, II и III ст. Изучались генотипы полиморфизмов Thr174Met и Met235Thr гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм A1166C гена рецептора 1 типа ангиотензина II (AGTR1) и полиморфизмы Arg16Gly и Gln27Glu гена  $\beta$ 2-адренорецептора (ADRB2). Тестирование обозначенных полиморфизмов проводили с помощью аллель-специфической полимеразной цепной реакции, позволяющей дать качественную оценку отсутствия или наличия мутантного аллеля в гетеро- или гомозиготной форме. Уровень ангиотензина II, эндотелина 1-21 и альдостерона в сыворотке крови определяли методом твёрдофазного иммуноферментного анализа. Уровень ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) определяли энзиматическим методом. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica (версия 6,0), а также Biostat 4.03.

Результаты. ЭАГ I, II и III ст. в дагестанской популяции ассоциирована со статистически значимым увеличением частот встречаемости (критерий  $\chi^2$ ) генотипов AA и CC полиморфизма A1166C гена рецептора I ангиотензина II, генотипа Arg/Gly полиморфизма Arg16Gly гена  $\beta$ 2-адренорецептора, генотипа Gln/Gln полиморфизма Gln27Glu гена  $\beta$ 2-адренорецептора и генотипа MM полиморфизма Thr174Met гена ангиотензиногена. У пациентов-носителей указанных генотипов относительный риск возникновения ЭАГ был статистически значимо выше по сравнению с таковым в контрольной группе. На этом фоне уровень вазопрессоров ангиотензина II, эндотелина 1-21, АС и АПФ в сыворотке крови при ЭАГ I, II и III степени в дагестанской популяции изменялся неоднозначно. Показатели сывороточного уровня эндотелина 1-21 и АПФ были статистически значимо выше или имели тенденцию к повышению, в то время как уровни ангиотензина II и альдостерона снижались в том и в другом случаях по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ). Наибольшее количество статистически значимых прямых корреляционных связей определялось между полиморфизмами генов AGT, AGTR1 и ADRB2 и уровнем сывороточного эндотелина 1-21. Выводы. Статистически значимое увеличение частот встречаемости изученных нами генотипов полиморфизмов генов AGT, AGTR1 и ADRB2 при ЭАГ I, II, III ст. отражает определенную специфику мутационного процесса, затрагивающего указанные гены в дагестанской популяции. Эти процессы ассоциированы со статистически значимыми изменениями уровней вазопрессоров в сыворотке крови, что свидетельствует о патогенетической связи указанных полиморфизмов и прероторного контура при ЭАГ в дагестанской популяции.

## **Некоторые показатели сердечно-сосудистой системы у пожилых больных с сахарным диабетом 2 типа, с сопутствующей анемией.**

*Ахмедова А.Р., Гаджиев Г.Э., Атаева Д.А.*

*Дагестанский медицинский университет, Махачкала*

В настоящее время на всей планете только по обращаемости насчитывается 246 млн больных сахарным диабетом, причем около 50% приходится на наиболее активный, трудоспособный возраст 40-59 лет. На фоне сахарного диабета часто развивается такое состояние как диабетическая нефропатия. Одним из последствий диабетической нефропатии является анемия. Больные с диабетом и анемией подвержены большему риску развития сердечно-сосудистых заболеваний. Анемия имеет неблагоприятное влияние на процессы диабетических осложнений со стороны нервной системы и почек, ухудшает течение сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы: ИБС (ишемической болезни сердца), артериальной гипертензии (АГ). Результаты популяционных исследований, показали распространенность АГ и ИБС у больных с анемией достоверно выше, чем в группе больных без анемии, а выживаемость достоверно ниже ( $p < 0,001$ ) (EzeKowitr J. A., McAlister F.A., 2003). С учетом вышеизложенного целью настоящего исследования было изучение некоторых показателей сердечно-сосудистой системы у пожилых больных с сахарным диабетом 2 типа, с сопутствующей анемией. Материалы и методы исследования. Проведен анализ данных больных с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с анемией и без нее. Диагноз СД был выставлен на основании анамнеза, данных гликемии – сахара крови натощак, глюкозурии. Наличие сопутствующей анемии подтверждалось наличием соответствующих анализов крови – гемоглобина, цветового показателя, сывороточного железа. Сердечно-сосудистая патология – данными анамнеза, ЭЭГ и ЭхоКГ. Для оценки достоверности различия средних величин применялись критерий студента, для относительных критерий хи-квадрат Пирсона. Результаты и их обсуждения. Средний возраст исследуемых составил 65 лет. Частота встречаемости анемии среди пожилых больных СД2 (сахарного диабета) типа выявило следующее, в 77 исследованиях больных СД2 типа с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией у 26-34% случаев было подтверждено наличие анемии легкой и средней степени тяжести. В среднем гемоглобин больных с анемией составил 88 г/л. У 20 больных в 26% случаев из 77 исследованных больных СД 2 типа отмечена взаимосвязь анемии с тяжестью течения СД. Так, изучение некоторых показателей ССС сердечно-сосудистой системы выявило следующее: ухудшение течения ИБС (ишемической болезни сердца) – у 50% больных, нарушением ритма и проводимости наблюдалось в у 27 больных (35%), ухудшение течения артериальной гипертензии практически у всех обследованных больных 100%, ХСН у 50 человек (64,9%), кризовое течение артериальной гипертензии у больных в 10 случаев (38%). Сердечная аритмия и нарушение проводимости у больных наиболее часто проявлялось фибрилляцией предсердий, экстрасистолией, тахикардией, АВ блокадой, удлинением интервала QT. У больных СД в сочетании с анемией в 1,6 раза чаще, чем у больных СД без анемии наблюдались нарушение ритма и проводимости, что отмечено в 46% больных, против 29% ( $p < 0,01$ ). Экстрасистолия в 1,5 раза чаще встречалось у больных СД в сочетании с анемией, что было в 57% случаев, в то время как у больных СД без анемии, оно составило 39% ( $p < 0,05$ ). Тахикардия встречалась в 1,5 раза чаще у больных СД в сочетании с анемией в 88% у 23 ( $n=26$ ) больных, против больных диабетом без анемии, что составило 53%

случаев у 27 (n=51) больных (p<0,05). Фибрилляция предсердий наблюдалась у 12% больных СД с анемией, АВ блокадой в 22% случаев, удлинением интервала QT – в 8%. Уровень холестерина у больных с диабетом и анемией в среднем составил 6,9 ммоль/л, в то время у больных без анемии он был 5,6 ммоль/л, различие достоверно во Вилкоксоу (p>0,99). В 12 случаев – 46% было показано, что больные с СД 2 типа с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, при наличии анемии чаще подвергаются госпитализации и требуют более продолжительного лечения, чем больные с диабетом без сопутствующей анемии.

## Оценка функционального состояния системы дыхания при ревматоидном артрите.

Ахмедханов С.Ш., Бийболатова К.А., Джамалутдинова А.Д.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных в популяции воспалительных заболеваний человека, частота которого, в зависимости от региона, составляет 0,6-1,3% популяции. Поражение внутренних органов при РА характеризуется вовлечением дыхательных путей, интерстиция, плевры, альвеол, сосудов, причем у 10-20% пациентов именно поражении легких являются непосредственной причиной летального исхода. Поражение легких при РА развиваются гораздо чаще, чем выявляются клиницистами. Выделяют следующие основные варианты поражения легких при РА: 1) плеврит; 2) хронический интерстициальный пневмонит; 3) ревматоидные узелки; 4) легочный васкулит; 5) острые пневмонии. В литературе встречаются единичные работы посвященные оценке функционального состояния органов дыхания при РА. Вместе с тем в литературе нет работ, в которых проводилась оценка взаимосвязи клинических (ЧБС, ЧВС), лабораторных (СРБ, фибриноген СОЭ) показателей, а также оценка состояния здоровья по индексу HAQ на показатели функции внешнего дыхания у больных РА.

Материалы и методы. Обследованы 51 больных, 85% женщин, 15% мужчин с достоверным диагнозом ревматоидным артритом (РА). Для определения активности и тяжести РА использовалась оценка клинических (ЧБС, ЧВС), лабораторных (СРБ, фибриноген СОЭ), выраженность деструкции в суставах (по данным рентгенологических изменений), а также оценка состояния здоровья по HAQ. Оценка интенсивности боли проводилась по шкале ВАШ. Рассчитывался интегральный показатель оценки активности РА – индекс DAS. Функцию внешнего дыхания оценивали по следующим параметрам: ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС, МОС-25, МОС-50, МОС-75.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи клинических и лабораторных показателей активности ревматоидного воспаления и функционального состояния системы дыхания при РА. Полученные результаты. При анализе показателей спирометрии в зависимости от ЧБС выявлено уменьшение дыхательных объемов в группе с большими значениями ЧБС, при этом достоверность различий отмечена в скоростных показателях дыхания: ОФВ1, ПОС, МОС-75, МОС-50. При оценке показателей спирометрии в зависимости от величин ЧВС, ВАШ и наличию признаков системности ревматоидного воспаления выявила достоверные изменения в отношении показателя ОФВ1, ПОС, МОС-75, МОС-50 достоверно снижались у больных РА с выраженными проявлениями костной деструкции. Анализ показателей спирометрии в зависимости от наличия серопозитивности

и повышения уровня фибриногена не выявил различий. У больных с повышением СОЭ более 30 мм в час выявлено достоверное снижение ЖЕЛ. При оценке показателей спирометрии по индексу DAS28 выявлено снижение скоростных показателей дыхательных объемов (ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС, МОС-75) более выраженное при более высоких его значениях.

Закключение. При возрастании активности РА наиболее выраженные изменения отмечаются со стороны скоростных показателей спирометрии, при этом наиболее взаимосвязанными оказались показатели ЧБС, ЧВС, ВАШ, рентгенологическая стадия прогрессирования РА, СОЭ и индекс DAS28.

## Фенотипические маркеры развития инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью.

Ахмедханов С.Ш., Раджабова Х.М.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) занимает ведущее место среди всех сердечно-сосудистых причин смерти больных ГБ (от 31,7% до 54% случаев). При сходных анамнезе, длительности и терапии ГБ, ИМ развивается с различной скоростью и не у всех пациентов, что предполагает действие генетических факторов в его формировании. Результаты генетических исследований помогают выявить среди больных ГБ группы высокого риска развития поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых осложнений. Однако эти исследования являются трудоемкими и труднодоступными. Известно, что фенотип является отражением генотипа и, следовательно, может служить некой визитной карточкой как самой патологии, так и предрасположенности к ней. Фенотипические признаки (ФП) мало модифицируемы в течение жизни, легко выявляемы, диагностически легко доступны и не требуют применения дорогостоящего оборудования. Следовательно, выявление ФП, способствующих развитию ИМ при ГБ представляется достаточно перспективным.

Цель исследования. Оценить прогностическое значение фенотипических признаков в развитии ИМ у больных ГБ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 150 больных (68 женщин и 82 мужчин) ГБ. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=78) – больные с неосложненным течением ГБ; 2-я группа (n=72) – больные ГБ ассоциированной с ИМ. Специальное обследование включало: осмотр пациентов с целью оценки следующих антропометрических данных: рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), объем бедер (ОБ) индекс талия/бедро (ИТБ), размах рук, тип конституции; определение типа волос и цвета радужной оболочки; определение типа ушной серы. Для изучения внешнего фенотипа применяли модифицированную нами карту на основе глоссария стандартизированного описания регионарных морфодисплазий и фенотипической карты М. Glesby.

Статистическая обработка материала. Статистическая обработка результатов проведена с использованием t- критерия Стьюдента, критерия Х2 Пирсона (при необходимости учитывалась поправка Йетса).

Полученные результаты. При анализе показателя ИТБ у женщин выявлено, что андронидный тип ожирения статистически значимо ( $\chi^2=5,85$ ; p=0,013) чаще встречался у больных ГБ ассоциированной с ИМ. Аналогичные изменения отмечены и у мужчин: андронидный

тип ожирения также достоверно чаще встречался у больных ГБ второй группы ( $\chi^2=8,67$ ;  $p=0,0084$ ). Нами была проанализирована частота ФП в двух группах. В группе больных ГБ ассоциированной с ИМ достоверно чаще, чем в группе больных ГБ без ассоциированных клинических состояний встречались следующие ФП: искривление носовой перегородки ( $p=0,035$ ), синофиз ( $p=0,036$ ), III тип мочки уха ( $p=0,0001$ ), оттопыренные уши ( $p=0,02$ ), приведение большого пальца к предплечью ( $p=0,006$ ). Частота такого ФП, как рост волос на макушке против часовой стрелки ( $p=0,014$ ) достоверно выше в первой группе больных, чем во второй. При сопоставлении частоты распределения типа волос в обеих исследуемых группах больных ГБ определена статистически достоверная ассоциация высокого риска формирования ИМ у больных ГБ с черным типом волос ( $\chi^2=7,57$ ;  $p=0,005$ ). Русый цвет волос у больных ГБ ассоциирован с протективностью к развитию ИМ ( $\chi^2=13,4$ ;  $p=0,0002$ ). Анализ у больных ГБ мужского пола в первой группе выявил наличие лысины в 18,7±9,7% случаев. Во второй группе данный признак выявлен почти у половины мужчин (48,1±6,8%). Различия в сравниваемых группах оказались достоверными по обоим критериям:  $\chi^2=4,34$  ( $p=0,033$ ) и Стьюдента ( $t=2,4$ ;  $p<0,05$ ). При анализе типа ушной серы отмечено, что частота влажного типа среди больных ГБ, у которых развился ИМ достоверно выше по критериям  $\chi^2$  и критерия Стьюдента, чем в группе больных ГБ без ассоциированных клинических состояний ( $p=0,0051$ ).

Выводы 1. Значимыми фенотипическими маркерами в развитии инфаркта миокарда на фоне гипертонической болезни являются: мужской пол, абдоминальное ожирение, искривление носовой перегородки, синофиз, сросшаяся мочка уха, оттопыренные уши, способность приводить большой палец к предплечью, черный тип волос, наличие лысины, влажный тип ушной серы. 2. Протекторами в отношении развития инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью являются следующие фенотипические признаки: женский пол, рост волос на макушке против часовой стрелки, русый тип волос.

## Прогноз реабилитации артериальной гипертонии у геронтов, проживающих в регионе легкого йодного дефицита.

Бакирова Н.М., Чернышова Т.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель. Оценить особенности течения артериальной гипертензией (АГ) и суточного профиля артериального давления (АД) у пожилых больных, длительно проживающих в регионе легкого йодного дефицита, с оценкой вклада дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) в реабилитационный прогноз (РП) заболевания.

Методы исследования. Обследуемая группа формировалась методом случайной выборки среди лиц пожилого и старческого возраста имеющих проблемы поддержания целевых значений АД. Обследовано 120 больных АГ II-III стадии в возрасте от 60 до 85 лет, средний возраст составил 76,6±0,18 лет. Базовая составляющая РП оценивалась по клинико-функциональным характеристикам течения АГ: показателям суточного мониторирования АД (СМАД) и морфофункциональному индексу (МФИ) по методу И.А. Курниковой. Психологическая составляющая анализировалась по психометрическим шкалам Спилберга и Бека; социальная составляющая – по тесту SF-36. Группы сформированы по показателям функционального состояния ЩЖ: 1 группа 24 больных с эутиреозом, 2 группа – 48 больных с уровнем ТТГ на нижней границе нормы и 10 человек с тиреотоксикозом, 3

группа 38 больных с ТТГ в зоне 3,5-8,9 мЕ/л.

Результаты. Размеры ЩЖ не были взаимосвязаны с уровнем ТТГ и показателями липидного спектра. При межгрупповой корреляции уровень ТТГ и степень дислипидемии имели прямую взаимосвязь только во 2 группе наблюдения ( $r=0,74$ ). Вариабельность АД была взаимосвязанная с уровнем ТТГ ( $p<0,01$ ), Т4 ( $p<0,05$ ), но не зависела от их направленности. Индекс нагрузки временем по показателям ДАД в течение всех суток коррелировал со степенью снижения ТТГ ( $r=0,54$ ) во 2 группе. Распределение пациентов с недостаточной степенью снижения АД в ночное время встречалось в 4,3 раза чаще у пациентов 2 группы. У всех Non-dipper уровень ТТГ не превышал 0,33 мкг/л ( $r=0,61$ ;  $p<0,001$ ). Величина утреннего подъема была взаимосвязана с повышением уровня свТЗ ( $p<0,001$ ). Показатели биологической составляющей РП были достоверно хуже при состоянии гипертиреоза, в том числе у больных с низконормальными показателями ТТГ. Психологическая составляющая РП более коррелировала со степенью повышения свТ4 ( $r=0,61$ ) и тревожностью ( $r=0,50$ ), чем с депрессивным состоянием ( $r=0,21$ ). В докладе обсуждаются перспективы динамического анализа РП в прогнозе коррекции тиреоидной дисфункции и оценке перспектив вариантов антигипертензивной терапии.

Выводы. Включение МФИ в оценку реабилитационного потенциала у лиц пожилого возраста позволяет прогнозировать возможности реализации реабилитационного потенциала, течение АГ и целенаправленно корректировать схемы реабилитации больных.

## Частота встречаемости флеботромбоза в системе нижней полой вены у асимптомных пациентов.

Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Аристарин М.А., Лойко В.С., Сухоручкин В.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Актуальность. Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) – одно из тяжелейших острых сосудистых заболеваний, сопровождающееся высокой летальностью и большим количеством осложнений. Как известно, терапевты достаточно часто сталкиваются с легочной эмболией в своей практике, в связи с чем раннее выявление и профилактика тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является одной из первоочередных задач. Необходимо помнить, что не все ТГВ протекают с характерными клиническими проявлениями, и часть пациентов на протяжении долгого времени остается асимптомной.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости асимптомного ТГВ у пациентов, находящихся на стационарном лечении в плановых отделениях Клинической больницы СГМУ.

Материал и методы. В исследование включены 410 пациентов (женщин – 298; мужчин – 112; средний возраст 49±7,8 лет) с отсутствием симптомов, характерных для ТГВ и венозной недостаточности. Всем пациентам проведено двустороннее ультразвуковое триплексное сканирование (ТС) вен нижних конечностей по стандартной методике. Исследование проходило в период с февраля 2015 по декабрь 2016 г. на базе кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна Саратовского ГМУ на ультразвуковом сканере экспертного класса Philips HD 11 XE (Голландия). Из исследования исключены пациенты с тромбозом в бассейне поверхностных вен, посттромбофлебитическим синдромом, тромбоэмболией ветвей

легочной артерии, тромбофилией, онкологическими заболеваниями системы крови, варикозной болезнью 2 и более класса по международной классификации CEAP, а также оперированные или получавшие медикаментозную терапию по поводу тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Результаты. В структуре обследованных пациентов преобладали лица, проходившие ТС вен нижних конечностей в плановом порядке в структуре предоперационной подготовки по различным нозологиям. Преобладали женщины, готовящиеся к операциям в отделении гинекологии (n=280). Также мы проводили ультразвуковое ангиосканирование пациентам, находящимся в терапевтическом отделении с различными заболеваниями респираторной и кардиоваскулярной систем (n=90). В результате проведенного однократного ТС вен нижних конечностей с обеих сторон выявлено 68 пациентов (16,6%; 71 нижняя конечность) с ТГВ. В 3 случаях (0,73%) глубокие вены были поражены с обеих сторон. У 11 больных (2,7%; 11 нижних конечностей) лоцировали флотирующий тромбоз (в 10 случаях на бедренно-подколенном уровне и в одном – на уровне общей подвздошной вены). В подавляющем большинстве случаев мы сталкивались с окклюзивным ТГВ голени (медialные суральные и заднебольшеберцовые вены). Примечательно, что все пациенты с выявленным ТГВ не предъявляли жалоб, характерных для исследуемой патологии (отек, боль, судороги или тяжесть в конечностях). В структуре пациентов гинекологического профиля выявлено 44 случая ТГВ (15,7% от исследуемого количества пациентов в отделении), причем корреляции тромбоза с какой-то определенной гинекологической патологией нами обнаружено не было. В то же время в терапевтическом отделении наблюдалась четкая связь наличия ТГВ у пациентов с респираторными заболеваниями (18 больных с ТГВ из 20 выявленных находились в стационаре с диагнозом пневмония). Ультразвуковые признаки острого флеботромбоза выявлены всего в 4 случаях (0,97%). У остальных пациентов лоцировалась экзоструктура ТГВ неуточненного срока давности. Все пациенты с флеботромбозом консультированы ангиохирургом (двоим из них рекомендовано лечение в профильном отделении сосудистой хирургии в связи с выявленной флотирующей верхушкой тромба более 40 мм, что является независимым предиктором легочной эмболии). Выводы. Асимптомный ТГВ у стационарных пациентов различного профиля выявлен в 16,6% случаев. Флотирующий тромбоз, сопряженный с риском ТЭЛА, лоцирован у 11 больных (2,7%). Выявлена связь впервые обнаруженного ТГВ и пневмонии у пациентов терапевтического профиля, что может указывать на возможную эмболию сегментарных ветвей легочной артерии и в связи с чем мы можем рекомендовать проведение ТС вен у всех пациентов с пневмониями. В большинстве случаев ТГВ выявлен на уровне голени.

## Влияние жиров на развитие артериальной гипертонии.

*Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель исследования – изучение влияния диет с различным содержанием жиров на развитие экспериментальной артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы. Исследование проведено на крысах линии wistar, взятых в эксперимент в возрасте двух месяцев. В трех

группах крыс по 10 животных изучалось действие изокалорийных сбалансированных (по остальным ингредиентам) синтетических диет на динамику артериального давления (АД). В этих диетах за счет подсолнечного масла обеспечивалось 12,92%, 26,91% (контрольная диета) и 51,56% калоража рациона. В работе использована солевая модель экспериментальной АГ. Измерялось систолическое АД плетизмографическим методом на хвостовой артерии. Срок наблюдения шесть месяцев.

Результаты. Развитие животных на обеих экспериментальных диетах было удовлетворительным и не отличалось от их развития на контрольной диете. К концу наблюдений существенной разницы в массе тела животных в зависимости от состава диеты не было обнаружено. На диете №1 с низким содержанием жира средняя масса тела животных равнялась 285,00 ±5,05 г, на диете № 3 с избыточным содержанием жира она достигла 284,00±5,26 г (p>0,05). На контрольной диете № 2 средняя масса тела крыс была практически такой же – 282,00 ± 0,16 г (p>0,05). За время наблюдения достоверной разницы в уровнях АД между группами крыс на разных диетах не отмечено. К концу 6 месяцев наблюдений АД равнялось 118,20±1,44 мм рт. ст. на диете с низким содержанием жира, 120,66±1,52 мм рт. ст. на диете со средним содержанием жира и 120,53 ±1,90 мм рт. ст. на диете с высоким содержанием жира.

Обсуждение. Известно, что диета с повышенным содержанием жиров сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы как у людей, так и у животных. Известно также, что катехоламины активируют ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и способствуют развитию инсулинорезистентности. Поэтому, предполагалась возможность более выраженного повышения АД на диете с повышенным содержанием жира. Однако этого не произошло. Вывод. Жировая диета на основе подсолнечного масла не оказывает прессорного эффекта при воспроизведении солевой модели экспериментальной АГ.

## Возрастная динамика артериального давления.

*Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г., Ахмедова А.Р.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

В результате эпидемиологических исследований, проведенных в прошлом веке, сложилось представление о возрастном повышении артериального давления (АД), как о закономерном физиологическом явлении. Результаты некоторых исследований, не укладывающихся в такое исследование, не получили адекватного резонанса. Наши исследования, проведенные сравнительно недавно на Северном Кавказе, также не укладываются в такое представление.

Материал и методы. Исследования были проведены в трех высокогорных районах Дагестана, где, по данным органов здравоохранения, артериальная гипертония встречается нечасто. Путем подворного обхода обследовано население старше 14 лет. Всего было обследовано в Кулинском районе 2296, в Тляринском – 888, в Цунтинском – 1285 человек. Измерение и оценка уровня АД проводились в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Результаты и обсуждение. Исследования показали отсутствие или крайне слабое возрастное повышение АД в обследованных районах высокогорного Дагестана. В Кулинском районе систолическое АД у мужчин в возрасте 20-29 лет равнялось 115,64±1,68 мм рт. ст., повышаясь к 60-69 годам до 126,74±2,04 мм рт. ст. (p<0,01).



Диастолическое АД в соответствующих возрастных группах равнялось  $73,11 \pm 1,18$  мм рт. ст. и  $74,78 \pm 1,06$  мм рт. ст. ( $p > 0,05$ ). У женщин систолическое АД повышалось со  $109,00 \pm 1,07$  мм рт. ст. в возрасте 20-29 лет до  $113,85 \pm 0,24$  мм рт. ст. в возрасте 60-69 лет ( $p < 0,05$ ), а диастолическое АД в этих возрастных группах равнялось, соответственно,  $65,39 \pm 0,42$  мм рт. ст. и  $65,43 \pm 0,50$  мм рт. ст. ( $p > 0,05$ ). В Тляртинском районе у мужчин систолическое АД в возрасте 60-69 лет равнялось  $113,18 \pm 0,50$  мм рт. ст., диастолическое АД  $74,33 \pm 0,63$  мм рт. ст. У женщин, соответственно,  $112,25 \pm 0,82$  мм рт. ст. и  $74,02 \pm 1,12$  мм рт. ст. В Цунтинском районе у мужчин систолическое АД в этом возрасте достигло  $114,33 \pm 1,33$  мм рт. ст., диастолическое  $73,52 \pm 0,93$  мм рт. ст. У женщин, соответственно,  $116,57 \pm 1,53$  мм рт. ст. и  $76,21 \pm 0,77$  мм рт. ст. После 70 лет во всех этих районах наблюдалось заметное понижение АД. Обсуждение. Отсутствие или незначительность возрастного повышения АД у обследованных в этом регионе популяций не укладывается в рамки привычных представлений о закономерности возрастного повышения АД и ставит вопрос о причинах этого явления. Связать это явление с какой-то эндемической патологией невозможно, поскольку такая патология не известна. Для населения горных районов Дагестана характерны лучшие показатели здоровья, чем для других регионов Дагестана. Обнаруженные нами факты не являются чем-то исключительным. Во многих популяциях возрастного повышения АД не было обнаружено. Подобные наблюдения были сделаны в различных регионах мира, в популяциях, относящихся к разным расовым и этническим группам. Анализ фактического материала также показывает, что стабильность и относительно низкий уровень АД в течение всей жизни в этих популяциях не были следствием недостаточного физического развития или наличия каких-то неблагоприятных хронических заболеваний. Исследователи отмечали у них хорошие показатели физического развития и здоровья. В этих популяциях, как отмечали все исследователи, редко наблюдаются сердечно-сосудистые заболевания. Заключение. Возрастное повышение АД, даже если оно умеренное, является проявлением возрастной патологии.

### **Ремоделирование левого желудочка и нарушения ритма сердца у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией.**

*Гаджиева Л.Х., Рамазанова А.И., Масуев К.А., Ибрагимова М.И.*

*Республиканский медицинский центр, Махачкала*

Цель исследования. Проанализировать нарушения ритма сердца у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией в зависимости от типов ремоделирования сердца. Методы исследования. Нами было обследовано 80 больных гипертонической болезнью (ГБ) различной степени риска сердечно-сосудистых осложнений в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст  $72 \pm 7,0$  лет), находившихся на стационарном лечении в Республиканском госпитале ветеранов. Длительность заболевания составила  $19,59 \pm 6,84$  лет. Половой состав обследованных больных: 23 мужчин, 57 женщин. Диагноз и степень тяжести гипертонии устанавливали на основании Российских рекомендаций по диагностике и лечению АГ (четвертый пересмотр, 2010). Всем пациентам проводилось ЭхоКГ исследование на аппаратах Vivid 7 Pro и TOSHIBA в В, М и доплер-режиме по стандартной методике с использованием

рекомендаций Американского эхокардиографического общества и Европейской исследовательской группы по диастолической сердечной недостаточности. Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) определяется по формуле Devereux R.V., et al. (1995) по критериям PENN. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) берется как отношение ММЛЖ к поверхности тела. ГЛЖ диагностировалась при ИММЛЖ  $> 125$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и  $110$  г/м<sup>2</sup> – для женщин. Для оценки характера ГЛЖ нами использовался показатель относительной толщины миокарда ЛЖ (ОТМ), рассчитываемый по формуле:  $ОТМ = (ТМЖП + тЗСЛЖ) / КДР$ . Нормальная геометрия – ИММЛЖ  $< 125$  г/м<sup>2</sup> у мужчин и  $110$  г/м<sup>2</sup> у женщин и ОТМ  $< 0,45$ , концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) – ИММЛЖ  $< 125$  г/м<sup>2</sup> у мужчин и  $< 110$  г/м<sup>2</sup> у женщин и ОТМ  $> 0,45$ . Концентрическая гипертрофия (КГЛЖ) – ИММЛЖ  $> 125$  г/м<sup>2</sup> у мужчин и  $> 110$  г/м<sup>2</sup> у женщин и ОТМ  $> 0,45$ . Эксцентрическая гипертрофия (ЭГЛЖ) – ИММЛЖ  $> 125$  г/м<sup>2</sup> у мужчин и  $> 110$  г/м<sup>2</sup> у женщин и ОТМ  $< 0,45$ .

Результаты. У обследованных пациентов пожилого и старческого возраста наблюдались следующие геометрические модели ЛЖ: КРЛЖ – 30 (37,5%) пациентов, КГЛЖ – 36 (45,0%) и ЭГЛЖ – 14 (17,5%) (рис. 1). Здесь также не обнаружено различие соотношения типа геометрии ЛЖ в первой и второй возрастной группах. Проанализированы нарушения ритма у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от типов ремоделирования ЛЖ. В структуре больных АГ преобладало сочетание наджелудочковых (НЖЭ) и желудочковых (ЖЭ) экстрасистол со значительным перевесом среди пациентов с КГЛЖ, на втором месте пациенты с НЖЭ с наибольшим процентом в группе с КРЛЖ, фибрилляция предсердий преобладает в группе пациентов с КГЛЖ.

Выводы. При анализе ЭХОКГ признаков ремоделирования ЛЖ, выявленных у больных пожилого и старческого возраста (увеличение размеров левого предсердия (ЛП), утолщение стенок ЛЖ, увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ), различия не носили достоверный характер в исследуемых группах. У пациентов пожилого и старческого возраста по данным Госпиталя ветеранов преобладает КГЛЖ, что соответствует результатам Фремингемского исследования и указывает на наиболее высокий уровень сердечно-сосудистого риска у вышеуказанной группы пациентов. Наибольшее количество аритмий, в том числе прогностически неблагоприятных характерно для больных АГ пожилого и старческого возраста с типом ремоделирования – КГЛЖ.

### **Профилактика электрической нестабильности миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с тяжелыми формами стенокардии покоя на фоне комбинированной терапии карведигаммой (карведилол) и мертинином (розувастатин).**

*Газиева П.А., Калаева А.Н., Османова А.В.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница - Центр специализированной экстренной медицинской помощи, Махачкала*

Цель: оценить эффективность применения комбинированной терапии карведигаммой и мертелином в профилактике электрической нестабильности миокарда ЛЖ у больных с тяжелыми формами стенокардии покоя.

Методы исследования: обследовано 72 пациента в возрасте 55-70 лет со стенокардией покоя IIB и IIIB класс по классификации Е. Браунвальда. Из них 45 пациентам проводилась комплексная

терапия в сочетании с карведилолом и/или метопрололом (1 группа). 27 пациентов получали стандартную антиишемическую терапию (2 группа). Динамическое наблюдение проводилось в течение 3 месяцев. Использовалась оценочная методика многополюсного прекардиального ЭКГ картирования и эхокардиографическое (ЭХОКГ) обследование у пациентов обеих групп.

Результаты: теория о решающей роли нестабильности коронарного кровотока и изменения размеров участков гибернирующего (жизнеспособного, но неполноценного в функциональном отношении миокарда). Проводили сопоставление ЭКГ картографического обследования электрической активности сердца пациентов 1 группы с электрической активностью ЛЖ относительно пациентов 2 группы. Рассчитывались интегральные карты разности потенциалов (за весь период QRS), а также изоинтегральные карты разности за первую (0-30 мс), среднюю (35-60 мс) и последнюю треть (65-90 мс) желудочковой деполяризации. Компьютерный анализ локальной электрической активности различных элементов ЛЖ показала, что на фоне стандартной антиишемической терапии (2 группа) в области поражения в покое, выявлялось отчетливое локальное снижение электрической активности миокарда. Во всех случаях эта область полностью соответствовала так же области локальной гипокинезии миокарда ЛЖ, выявляемой с помощью ЭХОКГ. У больных 1 группы на фоне комбинированной терапии карведилолом и метопрололом локальное снижение электрической активности ЛЖ было выявлено лишь в 8,2% случаев. При этом чувствительность диагностики составила 80,1%, специфичность 90,5% и положительная предсказательная ценность 93,6%.

Выводы: пролонгированное лечение карведилолом и/или метопрололом больных с тяжелыми формами стенокардии покоя, оказывают положительное влияние на ближайшие исходы заболевания, уменьшая выраженность ишемической реакции на нагрузку.

## **Сравнительная оценка методов диагностики одышки у беременных.**

*Гусейнов А.А., Магомедова К.А., Максимова Р.М.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Одышка у беременных одна из самых распространенных жалоб. Её объективная оценка часто затруднена из-за различных, в том числе вне легочных факторов: токсикозов, механического воздействия увеличенной матки, эмоциональной лабильности. В связи с этим актуальным является поиск дополнительных безопасных и объективных маркеров оценки легочной функции.

Целью данного исследования был сравнительный анализ различных методов диагностики функции внешнего дыхания у беременных. Материал и методы исследования. Обследовано 34 женщины с беременностью 28-40 недель. Все они не имели бронхолегочной патологии в анамнезе и во время беременности. Обследуемым проводили спирометрию, оценку одышки по шкале Борга (ШБ), бронхофонографию (БФГ) – акустический анализ дыхательных звуков с помощью бронхофонографического диагностического автоматизированного прибора отечественного производства «ПАТТЕРН-01». БФГ основана на регистрации звуков дыхания в различных частотных диапазонах (от 200 до 12600 герц) в режимах спокойного и форсированного дыхания. Были выделены группы с жалобами на одышку (20 женщин, из них 13 имели различные

изменения показателей спирометрии) и не имевших жалоб (14 женщин, из них 9 с нормальными показателями спирометрии). В результате выявлены значимые ( $p < 0,05$ ) различия между группами по показателям спирометрии и ШБ и отсутствие достоверных отличий по акустическим параметрам дыхания (что соответствовало аускультативным данным и клиническим диагнозам).

Выводы. 1. Акустический анализ дыхания (БФГ) дает объективные оценочные параметры ФВД и, в отличие от спирометрии и ШБ, менее подвержен влиянию субъективных факторов. 2. Показатели БФГ могут применяться в качестве дополнительных диагностических маркеров оценки ФВД. 3. В связи с трудностью выполнения спирометрии на поздних сроках беременности, БФГ может рассматриваться как альтернативный, безопасный и простой метод диагностики бронхолегочных заболеваний.

## **Эффективность и безопасность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении депрессивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.**

*Давыдова Э.В., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель: оценка эффективности и безопасности селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС) в коррекции депрессивных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материалы и методы. Проведено обследование 211 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) без ИМ в анамнезе и ИБС с ИМ в возрасте от 18 до 65 лет, из которых у 142 (67,3%) человек были выявлены признаки депрессивных расстройств различной степени выраженности по шкале Бека. Оценка состояния пациентов проводилась на основе комплекса клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования (изучение жалоб и анамнеза; общий осмотр; мониторинг соматического состояния; эхокардиография). Пациентам с признаками депрессии был назначен СИОЗС пароксетин начиная с 10 мг/сут при однократном приеме, с наращиванием дозировки до 20 мг/сут через неделю. Оценка эффективности терапии проводили на 1-й и 3-й месяц от начала лечения с использованием шкалы Бека по следующим параметрам: полная ремиссия, значительное улучшение, умеренное улучшение, незначительное улучшение, без эффекта, не закончили лечение, ухудшение. Выраженность побочных эффектов оценивали с использованием шкалы UKU UdvaldforKliniskeUndersogelserScale. Результаты. Легкая/умеренная депрессия (10-19 баллов) была диагностирована у 84 пациентов, из них у 31 (36,9%) пациента с АГ, 30 (35,7%) с ИБС и ИМ, 23 (27,4%) с ИМ. Выраженная/тяжелая (>20 баллов) выявлена у 58 человек – у 8 (13,8%), 23 (39,7%), 27 (46,5%) при АГ, ИБС без ИМ, ИБС с ИМ соответственно. На фоне терапии пароксетином у всех пациентов значимо снизилась выраженность депрессивной симптоматики уже через 1 месяц после начала приема препарата, а через 3 месяца стала еще более выраженной во всех оцениваемых группах. При оценке критериев эффективности терапии пароксетином было выявлено, что полная ремиссия у пациентов с АГ отмечалась в 1,54 и 2,0 раза чаще, чем у пациентов с ИБС без ИМ и ИМ соответственно (64,1%, 41,5% и 32,0%). Значительное улучшение чаще выявлено у пациентов с ИБС без ИМ и ИМ в 1,71 и 1,56 раза, по сравнению с пациентами с АГ (15,4%, 26,4%, 24,0%). Умеренное

улучшение наблюдалось во всех трех группах с одинаковой частотой (12,8%, 13,2% и 14,0%). Незначительное улучшение чаще отмечалось в наиболее тяжелой соматической группе пациентов с ИМ в 4,3 и 1,67 раза по сравнению с пациентами с АГ и ИБС без ИМ соответственно (5,1%, 13,2%, 22,0%). Ухудшения состояния во время исследования не наблюдалось, однако не закончили лечение 2,6%, 1,9% и 4,0% пациентов 1, 2 и 3 групп соответственно в связи с невозможностью повторных посещений врача. Об отсутствии эффекта сообщили 3,8% и 4,0% пациентов с ИБС без и с ИМ в анамнезе соответственно. При оценке частоты развития нежелательных побочных явлений выявлено, что через месяц после начала терапии психические нежелательные явления (слабость, нарушение сна и концентрации внимания) отмечались у 10 (22,7%) пациентов с АГ, у 12 (22,6%) с ИБС без ИМ и у 12 (24,0%) пациентов с ИМ. Однако к третьему месяцу частота выявляемости данной группы нежелательных явлений составила 3 (6,8%), 5 (9,4%) и 5 (10,0%) соответственно. Реже всего наблюдались неврологические нежелательные явления (головокружение, головная боль). Через месяц после начала лечения была выявлена лишь у 2 (3,8%) пациентов с ИБС без ИМ в анамнезе. Через 3 месяца частота данных нежелательных явлений составила 1 (2,3%), 1 (1,9%) и 2 (4,0%) у пациентов с АГ, ИБС без ИМ и ИМ соответственно. Чаще всего были зарегистрированы автономные нежелательные явления (тошнота, сухость во рту, запор, ощущение сердцебиения, задержка мочеиспускания). В группе пациентов с АГ через месяц после начала лечения данные нежелательные явления встречались у 10 (22,7%) пациентов, а через 3 месяца – у 2 (4,5%), что в 5,04 раза меньше. У пациентов с ИБС без ИМ частота развития автономных нежелательных явлений составила 22,6% и 11,23% через 1 и 3 месяца соответственно. У пациентов с ИМ в анамнезе данная группа нежелательных явлений отмечалась у 11 (22,0%) пациентов, а через 3 месяца – у 6 (12,0%), что в 1,83 раза меньше.

Выводы: лечение депрессивной симптоматики СИОЗС является эффективным и безопасным для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## **Кардиогемодинамические расстройства у пациентов с циррозом печени.**

*Дажаева Т.Э.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Прогрессирование цирроза печени (ЦП) и портальной гипертензии обуславливает совокупность полиорганных нарушений, связанных с регионарными и системными изменениями гемодинамики. Формирование патологических внепеченочных проявлений и синдромов, в том числе со стороны сердца, значительно утяжеляют течение заболевания и определяют его прогноз. Своевременная диагностика кардиальных дисфункций и электрофизиологических изменений, характерных для цирротической кардиомиопатии, необходима для комплексной терапии ЦП.

Цель исследования: изучение структурно-функциональных изменений сердца у пациентов с ЦП.

Материалы и методы. В исследование включены 72 пациента с диагностированным ЦП, в том числе 56 мужчин и 16 женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Группу контроля составили 30 пациентов с хроническим гепатитом (ХГ). В исследование не включали пациентов с сопутствующей кардиальной патологией. Всем пациентам проводили эхокардиографию (ЭхоКГ) и электрокардиографию (ЭКГ). ЭхоКГ

проводилась с исследованием внутрисердечной гемодинамики с расчетом размеров и объемов полостей сердца, толщины стенок желудочков, показателей систолической и диастолической функций. При анализе ЭКГ определяли скорректированный интервал QT (QTc) по формуле Базетта (в норме < 440 мс). Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS Statistic 20,0.

Результаты исследования. При ЭхоКГ у больных ЦП выявлено наличие диастолической дисфункции (ДД) по типу замедленной релаксации левого желудочка у 72,2 % пациентов классов В и С по Child-Pugh. Соотношение E/A у пациентов класса В составило  $0,96 \pm 0,21$ , IVRT -  $82,07 \pm 3,6$  мс, у пациентов класса С –  $0,86 \pm 0,16$  и  $83,54 \pm 6,4$  мс соответственно. Соотношение E/A у пациентов класса С достоверно отличалось от такового у пациентов класса А, а также контрольной группы. Значимых различий соотношения E/A и длительности IVRT в зависимости от этиологии ЦП не выявлено. В контрольной группе E/A составило  $1,22 \pm 0,16$ , IVRT –  $73,3 \pm 4,4$  мс. Псевдонормальный тип ДД выявлялся у 4,2 % пациентов класса С. У 5% больных ЦП с ДД была выявлена и систолическая дисфункция. Фракция выброса левого желудочка составила  $60,36 \pm 2,64\%$  у больных ЦП, в контрольной группе  $64,25 \pm 1,7\%$  ( $p < 0,05$ ). У больных ЦП классов В и С выявлено значимое увеличение размеров как левых, так и правых полостей сердца по мере нарастания тяжести патологического процесса в печени. Гипертрофия стенок желудочков выявлялась также преимущественно у пациентов классов В и С. Так, из 17 (23,6 %) больных ЦП с гипертрофией левого желудочка 88,2% пациентов составляли пациенты классов В и С. Гипертрофия правого желудочка была выявлена у 12 (16,7 %) пациентов с ЦП классов В и С. Кроме того, у пациентов классов В и С отмечалось повышение систолического давления в легочной артерии (СДЛА), отражая нарастание гемодинамических расстройств в правых отделах сердца по мере прогрессирования ЦП. Средние значения СДЛА в классах В и С составили  $26,7 \pm 2,02$  и  $29,2 \pm 2,79$  мм рт. ст. соответственно, достоверно отличаясь от таковых в классе А и контрольной группе ( $23,78 \pm 1,3$  и  $23,67 \pm 1,49$ ). Анализ ЭКГ выявил удлинение интервала QTc более 440 мс у 14% больных ЦП классов В и С. Из них 77,8% составили пациенты класса С. Отмечено нарастающее удлинение интервала QTc по мере усугубления тяжести ЦП. Длительность QTc составила у пациентов класса В  $397,2 \pm 26,3$  мс, класса С –  $427,6 \pm 24,5$  мс, превышая таковую в классе А и контрольной группе ( $379,9 \pm 23,9$  мс и  $367,03 \pm 20,2$  мс соответственно). Значимых различий интервала QTc в зависимости от этиологии ЦП не выявлено.

Выводы. У пациентов с ЦП выявлено ухудшение диастолической функции, утолщение стенок обоих желудочков, повышение систолического давления в легочной артерии, удлинение интервала QTc по сравнению с таковыми у пациентов ХГ и нарастающие по мере тяжести ЦП.

## **Бальнеотерапия на курорте «Талги» и ее патогенетические возможности для реабилитации больных с ревматоидным артритом (РА).**

*Джалилова А.А., Габимова Т.Я., Масуев К.А., Тирулов М.М.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Ревматоидный артрит со всеми особенностями его течения и возможными отягчающими течение заболевания осложнениями

представляет собой настолько сложную проблему, что для выяснения механизмов его развития (патогенеза) и определения эффективности предлагаемых средств лечения приходится использовать шкалу общепринятых и лабораторных методов исследования, отражающих степень активности воспалительного процесса, позволяющих выявить нарушения в иммунном статусе больного. Общепринятые показатели острой фазы воспаления, как СОЭ, наличие С-реактивного белка, уровень сиаловых кислот, альфа2-глобулинов и т.д., как известно, не позволяют судить об иммунорегуляторных нарушениях при РА. В исследованиях П.Г. Царфиса установлено благотворное влияние бальнеофакторов на течение болезни, улучшились показатели иммунного статуса. По данным Станкайтене Д.И., Матулиса А.А. количественные сдвиги классов иммуноглобулинов коррелируют с клиникой РА. У большинства больных с активным РА выявлено достоверное статистическое снижение их количества. Для оценки иммунорегуляторных нарушений и их коррекции на фоне бальнеолечения, имеет значение исследование содержания в периферической крови иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и соотношение Т- и В-лимфоцитов. Тяжесть течения ревматоидного процесса во многом определяется изменением концентрации РФ, количественного соотношения Т- и В-лимфоцитов и изменением уровня основных классов иммуноглобулинов. В нашем исследовании мы провели анализ иммунного статуса под влиянием бальнеофакторов курорта «Талги». Количественное содержание сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM проводили по методу Манчини, содержание ЦИК по Дигеон, количественное определение уровня Т-лимфоцитов проводили методом прямого розеткообразования по Джодан, В-лимфоцитов методом иммунофлюоресценции по Лежневой И.Е. Мы наблюдали за 23 больными РА с разными степенями активности (17 больных 1-2 ст., 6-3 ст.). Лечение больных состояло из курса 12 общих ванн сульфидной воды с концентрацией сероводорода 250 мг/л, длительностью по 6 мин, через день, наряду с клинико-лабораторными исследованиями проведена оценка иммунного статуса. Исходный уровень иммуноглобулинов всех трех классов у больных с РА был повышенным и составлял Ig M – 6,96±4,1 мг/мл, Ig G – 21,95±1,9 мг/мл, Ig A – 4,19±0,39а мг/мл. Показатели ЦИК у больных РА – 0,456±0,038 ед. опт. пл., что превышало показатели здоровых лиц и больных ДЮА в 2 раза. Содержание иммуноглобулинов после лечения не зависело от исходных данных. После курса бальнеотерапии установлено нарастание напряженности гуморального звена иммунитета, о чем свидетельствовало достоверное и существенное увеличение Ig A – 8,45±1,66 мг/мл и незначительное повышение IgM – 7,73±1,22 мг/мл. Установлено статистически достоверное снижение ЦИК на 30%, что составило 0,300±0,38 ед. опт. пл. (p<0,5). Количественное содержание Т- и В- лимфоцитов выявило исходно у больных с РА значительное снижение уровня Т- и В-лимфоцитов (Т-лимфоцитов-35%, В-лимфоцитов-11%). Под влиянием бальнеотерапии у наблюдаемых у больных отмечена динамика в показателях иммунологической реактивности. Исходно у большинства больных имело место значительное повышение иммуноглобулинов всех трех классов в сравнении со здоровыми лицами: IgA-4,19±0,39 мг/мл, IgM-6,98±1,10мг/мл, IgG- 22,98±1,19 мг/мл. По мере нарастания активности заболевания значительно возрастал уровень иммуноглобулинов всех трех классов, но наиболее значимо Ig M. После курса бальнеотерапии, несмотря на положительную клинико-лабораторную динамику, нами установлено нарастание напряженности гуморального звена иммунитета, о чем свидетельствовало достоверное и существенное увеличение IgG и IgA (IgG- 30,51±2,64, IgA-8,45±1,66), и незначительное повышение IgM (7,73±1,22 мг/мл). Иммуноглобулины повышались после бальнеолечения во всех трех группах больных и при исходно

повышенных показателях. Отмечена четкая связь между активностью процесса и содержанием ЦИК, однако, при отсутствии клинических проявлений активности заболевания, повышенные показатели ЦИК указывают на активацию иммунопатологических процессов перед очередным обострением. После курса бальнеотерапии установлено статистически достоверное снижение ЦИК во всех группах больных, что составляло 0,350±0,19.

## **Проблемность полиморбидного течения ишемической болезни сердца (ИБС) при бронхиальной астме (БА) у пожилых.**

*Джалилова Р.А., Казанбиев Д.Н., Масуев К.А., Сулейманов С.Ш.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Исключительную актуальность для современного терапевтического больного приобрела проблема множественности заболеваний. Все чаще врачи и в стационаре, и в поликлинической службе сталкиваются с таким клиническим симбиозом, как сочетанное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и бронхиальной астмы (БА) у лиц пожилого и старческого возраста. Ранее, в середине прошлого столетия, выдвигалась теория сдерживающего влияния БА на развитие и прогрессирование ИБС. На практике не нашлось убедительных доказательств облегчающего влияния БА на ИБС, как это предполагалось ранее. Достаточно часто наблюдается ятрогенный характер обострения клинической картины одного из сопутствующих заболеваний. Злоупотребление ингаляционными симпатомиметиками провоцирует обострение клинических проявлений ИБС, а назначение бета-блокаторов и кордарона приводит к усугублению бронхиальной астмы. Взаимосвязь ИБС и БА не простое сочетание, при котором каждое из заболеваний протекает независимо друг от друга. Патогенетические взаимосвязи между данными клиническими состояниями и вызывают доминирование одного и регресса другого заболевания. Известно, что гиперкатехолаемия, развивающаяся в период обострения ИБС, оказывает бронхопротективное воздействие. Стойкая парасимпатикотония при обострении БА влечет за собой повышение внутриклеточной концентрации цГМФ, что и приводит к дилатации коронарных артерий. В практике клинициста порой трудно оценить характер пароксизмальной одышки у больных пожилого возраста: проявление ли бронхиальной астмы, либо одышка проявляется с субъективным чувством удушья и служит при этом клиническим эквивалентом стенокардии. Целью исследования явилось изучение особенности клинического течения ИБС у больных с сопутствующей БА у пожилых. Материал и методы исследования. Был проведен анализ наблюдений за 32 пациентами с ИБС и БА в возрасте от 61 до 76, средний возраст 67,04±0,56 лет (1 группа). Диагноз БА установлен с учетом клинической симптоматики (различные клинические проявления синдрома обратимой бронхиальной обструкции), инструментальной диагностики (ФВД, дилатационная функциональная проба с беротеком, пикфлоуметрия). Диагностика ИБС основывалась на клинико-анамнестических критериях, динамическом электрокардиографическом мониторинговании, суточном мониторинговании ЭКГ по Холтеру, ЭхоКГ. В контрольную группу включены 32 пациента с ИБС без БА в возрасте от 61 до 76 лет, средний возраст 66,7 ± 0,64 (2 группа). Обе группы сопоставимы по возрасту (p >0,05).

Результаты и обсуждение. К числу особенностей клинического течения ИБС у больных БА относится более частое обнаружение бессимптомных форм заболевания. У лиц данной категории существенно реже диагностировались желудочковые экстрасистолы высоких градаций (6,2%). Подчеркивая тот факт, что сочетание ИБС и БА у лиц старших возрастных групп не редкость, следует помнить о трудностях диагностики первого и частой безболевого симптоматики. Безболевая ишемия миокарда диагностирована в I группе у 31,2% больных против 12,5% больных из контрольной группы,  $p < 0,05$ . В I группе признаки ишемии миокарда на ЭКГ выявлены у 22 (68,7%) больных, признаки гипертрофии правых отделов сердца у 7 (21,9%), признаки блокады правой ножки пучка Гиса у 13 (40,6%). Эхокардиографическое исследование выявило признаки легочной гипертензии у большинства больных. Признаки гипокинеза миокарда у 3 (9,4%), снижение сократительной функции миокарда у 1. Длительное снижение оксигенации крови в легких играет немаловажную роль в развитии дистрофических процессов в миокарде, и, соответственно в развитии дистрофических процессов в миокарде. Частые обострения воспалительного характера вызывают ухудшение легочной вентиляции, интоксикацию, что оказывает неблагоприятное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы, и, в частности, миокарда. При этом компенсаторно увеличивается минутный объем легких, приводящий к увеличению работы сердца, является фактором, способствующим развитию переутомления миокарда, нарушения питания. К легочной гипертензии прекапиллярного генеза зачастую присоединяется посткапиллярная гипертензия, обусловленная явной или скрытой левожелудочковой недостаточностью.

### **Роль инфекции в патогенезе хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии.**

*Заглиева С.С., Маммаев С.Н., Заглиев С.Г.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель исследования. Оценить клиническую информативность системы цитокинов сыворотки крови, цитомегаловирусной, хламидийной инфекции и вируса простого герпеса у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), ишемической этиологии.

Материалы и методы исследования: проведено исследование 90 больных ХСН ишемической этиологии, поступивших в кардиологическое отделение республиканской клинической больницы (г. Махачкала). Возраст больных составлял от 48 до 72 лет. Женщин было 36, мужчин 54. В качестве контроля обследованы 25 человек – практически здоровых людей в возрасте от 42 до 60 лет. Диагноз верифицирован на основании анамнеза, жалоб и подтвержден объективными методами исследования. Для оценки тяжести ХСН нами использовалась функциональная классификация, предложенная в 1964 г. Нью-Йоркской ассоциацией сердца (New York Heart Association – NYHA) и стадийная классификация, предложенная Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (1935). Для объективизации функционального класса (ФК) ХСН нами использовался тест 6-минутной ходьбы и шкала оценки клинического состояния (ШОКС), предложенная В.Ю. Мареевым (2000). В качестве инструментальных методов исследования использовали электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ). После проведенного комплексного обследования было установлено, что результаты основных клинико-лабораторных и эхокардиографических показателей достоверно не различались у больных I, II ФК и III, IV ФК в

связи с этим они были распределены по 2 группам. В I группу вошли 62 больных, имеющих I и II ФК ХСН, а во II 28 с III и IV ФК. Уровень цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИНФ- $\gamma$ , ИЛ-4) и иммуноглобулинов класса Ig G и Ig M к ХП, ЦМВ, ВПГ в сыворотке крови определялся методом иммуноферментного анализа. Высокий титр Ig G является индикатором хронического инфицирования, наличие Ig M расценивалось, как свидетельство активности инфекции. Результаты были статистически обработаны с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и Statistica. Параметры распределения, которые соответствуют Гауссову, представлены через среднюю  $\pm$  стандартное отклонение. Непараметрические данные – через медиану (квартили). Связь между параметрами определяли с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Различия считались достоверными при  $p > 0,05$ .

Результаты исследования и обсуждение. Проведенный анализ показал, что уровень провоспалительных цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИНФ- $\gamma$ ) имеет достоверную связь с ФК ХСН. Так, у больных I группы (I-II ФК ХСН) концентрация ФНО- $\alpha$  и ИНФ- $\gamma$  составили  $186,5 \pm 18,5$  пг/мл и  $262,5 \pm 13,1$  пг/мл, соответственно, в то время как у пациентов II группы (III-IV ФК ХСН) отмечалось значительное повышение концентрации цитокинов: средний уровень ФНО- $\alpha$  в этой группе составил  $325,6 \pm 27,3$  пг/мл, ИНФ- $\gamma$   $315,6 \pm 16,5$  пг/мл. Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-4 достоверно не повышался у обследованных больных с увеличением ФК ХСН. У больных ХСН Ig G к ЦМВ были выявлены у 90 (100%) обследованных, Ig M к ЦМВ – у 68 (75,5%), Ig G к ВПГ у 88 (97,7%) Ig M к ВПГ – у 28 (31,1%) больных, при этом установлен достоверно высокий уровень Ig M и Ig G к ЦМВ и Ig M к ВПГ у пациентов II группы при сравнении с I группой. Что касается ХП, то Ig G к ХП были выявлены у 17 (18,8%), а Ig M к ХП – у 12 (13,3%) пациентов и содержание их достоверно не отличалось в зависимости от ФК ХСН ( $p > 0,05$ ). Выявлена достоверная ( $p < 0,05$ ) прямая корреляционная связь между объёмными параметрами – КСО и КДО по данным ЭхоКГ и концентрацией ФНО- $\alpha$  ( $r_s = 0,61$ ,  $r_s = 0,58$ ), ИНФ- $\gamma$  ( $r_s = 0,49$ ,  $r_s = 0,53$ ), Ig G к ЦМВ ( $r_s = 0,38$ ,  $r_s = 0,33$ ) и Ig M к ЦМВ ( $r_s = 0,40$ ,  $r_s = 0,37$ ), соответственно. Кроме того, установлено наличие обратной корреляционной зависимости между уровнем ФНО- $\alpha$  ( $r_s = -0,57$ ), ИНФ- $\gamma$  ( $r_s = -0,50$ ), Ig M к ЦМВ ( $r_s = -0,57$ ) и ФВ левого желудочка ( $p < 0,05$ ). При сравнительном анализе содержания цитокинов в зависимости от уровня вирусной инфекции выявлено достоверное возрастание ФНО- $\alpha$  и ИНФ- $\gamma$  по мере роста Ig M к ЦМВ ( $r_s = 0,56$ ,  $r_s = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ), соответственно и ИНФ- $\gamma$  по мере повышения уровня Ig M к ВПГ ( $r_s = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы. У больных ХСН ишемической этиологии установлено повышение уровня ФНО- $\alpha$ , ИНФ- $\gamma$ , Ig G, Ig M к ЦМВ и ВПГ в сыворотке крови. Сывороточное содержание провоспалительных цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИНФ- $\gamma$ ), Ig G, Ig M к ЦМВ и Ig M к ВПГ имеют достоверную корреляционную связь с ФК и ЭхоКГ показателями, отражающими систолическую функцию левого желудочка у больных ХСН ишемической этиологии.

### **Предупреждение ремоделирования сердца торасемидом в постинфарктном периоде с митральной регургитацией.**

*Ибрагимова И.Б., Гафурова Р.М., Исламова У.А., Абдуллаев А.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель: выявить эффективность торасемидом в предупреждении ремоделирования сердца в постинфарктном периоде с митральной регургитацией.

Материал и методы исследования. В данное исследование включили 108 пациентов с митральной регургитацией 1-2 ст. в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин – 82, женщин – 26), перенесших Q-ИМ. Не включали в исследование пациентов с повторным инфарктом миокарда. Пациенты были рандомизированы методом случайной выборки в две группы: 1-я (контрольная) из 55 пациентов, получала стандартную терапию: ацетилсалициловую кислоту (Аспирин-кардио фирмы Bayer, Германия) в дозе 100 мг/сут, клопидогрел (Клопидекс фирмы Veluro, Хорватия) 75 мг/сут, небиволол (Бинелол фирмы Veluro, Хорватия) 5 мг/сут, розувастатин (Мертенил 20 мг/сут) и по показаниям – нитраты и другие препараты; 2-я (основная) из 53 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной группой по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, – торасемид (Бритомар фирмы Takeda, Япония) в дозе 5 мг/сут в сочетании со стандартной терапией. Лечение в обеих группах проводили амбулаторно в течение трех месяцев сразу после стационарного этапа. Процессы ремоделирования сердца, состояние систолической и диастолической функций изучали методом эхокардиографии аппаратом Aloka SSD 2200 по стандартной методике в динамике – исходно и через три месяца лечения.

Полученные результаты. В обеих группах через три месяца наблюдения происходило увеличение размеров левого желудочка: в 1-й группе – на 3,6%, во 2-й группе – на 2,1% – конечный диастолический размер (КДР) и на 6,0% и 4,2% соответственно – конечный систолический размер (КСР). Митральная регургитация прогрессировала в 1-й группе у 28,1%, во 2-й – у 13,9% пациентов.

Выводы. Торасемид эффективен в предупреждении прогрессирования ремоделирования сердца и митральной регургитации у пациентов, перенесших Q-ИМ, что, по-видимому, связано с уменьшением объемов полостей сердца на фоне лечения им.

### **Микробиологический мониторинг возбудителей пневмоний у гериатрических больных по данным Госпиталя ветеранов войны и труда.**

*Ибрагимова И.Б., Масуев К.А., Сулейманов С.Ш.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель: определение и идентификация наиболее частых возбудителей пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста, пролеченных в ГБУ РМЦ госпитале ветеранов войны и труда Республики Дагестан (г. Махачкала) за период с января 2016 г. по декабрь 2016 г.

Результаты. Анализ 68 случаев показал: возраст больных составил от 62 до 93 лет (средний возраст – 75,2 лет), преобладали мужчины – 78%. Бактериологическое исследование проводилось стандартным методом. В 17% случаев этиологический фактор выявить не удалось. Среди идентифицированных возбудителей преобладал *Streptococcus haemolyticus* у 29 (19,7%). Второе место по частоте занимала *Branchanella catarrhalis* – у 24 (16,3%). Частота клебсиеллы и гемофильной палочки составляла 19% и 14% соответственно. У 21 (14,3%) выделены ассоциации бактерий – возбудителей пневмоний. У пожилых больных наиболее частым было сочетание Gr.(-), Gr.(+) бактерий с *Klostridium pneumoniae*. 47% всех выделенных микроорганизмов оказались нечувствительны к ампициллину-наиболее широко применяемому антибиотику в амбулаторной практике.

Выводы. Полученные данные могут иметь значение при разработке программы эмпирической терапии пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста в стационарах подобного типа.

### **Особенности клинической характеристики застойных пневмоний у гериатрических больных по данным ГБУ РМЦ госпиталя ветеранов войны и труда.**

*Ибрагимова И.Б., Сулейманов С.Ш., Масуев К.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканский медицинский центр, Госпиталь ветеранов, Махачкала*

С целью изучения особенностей течения застойных пневмоний у гериатрических больных было проанализировано 30 историй болезни, поступивших с диагнозом «пневмония», верифицированных рентгенологически.

Результаты. Среди обследованных преобладали мужчины – 19 (65,5%), из них 8 больных в возрасте 60-70 лет, 8 больных – 70-80 лет и 5 больных – 80 и свыше лет. Из обследованных больных 27 человек страдали различными формами ИБС, 2 – артериальной гипертензией. Симптомы недостаточности кровообращения, подтвержденные данными Эхо-КГ, отмечены у 75%. При этом у 15 (50%) пациентов имелись отеки на ногах, а у 21 (75%) застойное увеличение печени. Доминирующим симптомом являлась резкая слабость (100%), одышка наблюдалась только в 24 (84,2%) случаях, причем у 11 (38,2%) она носила инспираторный характер. У 9 (28%) больных кашель отсутствовал, мокрота слизисто-гнойного характера отделялась только у четверти пациентов. У 17 больных (58,3%) температура не повышалась, субфебрилитет наблюдался у 12 (41,7%). Боли плеврального характера отмечены у 9 (28%) пациентов, тяжесть за грудиной у 4 (13%), сердцебиение – 3 (12%), у 9 (33%) болевой синдром отсутствовал. Повышение СОЭ зарегистрировано у 20 (70,8%), лейкоцитоз – 12 (41,7%), повышение фибриногена – 12 (41,6%). В 9 (33,3%) случаях в легких не выслушивались хрипы. Лишь в 6 (16%) случаях наблюдалось отставание грудной клетки при дыхании и укорочение перкуторного звука.

Выводы. В клинической картине пневмоний, развившихся на фоне недостаточности кровообращения у пожилых лиц, помимо общей интоксикации, доминируют признаки сердечной декомпенсации по малому и большому кругам кровообращения.

### **Клинико-генетические особенности болезни Бехчета у носителей HLA b5/51 антигена.**

*Измаилова Ф.И., Кудаев М.Т., Сулейманов Э.А., Алекберова З.С.*

*Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева, Грозный*

Введение. Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит мелких и крупных сосудов венозного и артериального русла с мультиорганной патологией.

Цель. Оценить вклад HLA-B5/51 в экспрессию клинических проявлений и степень риска возникновения болезни Бехчета (ББ) в двух этнических группах.

Материалы и методы: 146 больных с установленным диагнозом ББ были разделены по этническому признаку на две группы. В группу I включены 86 пациентов из Дагестана. Средний возраст составил 30,7±9,6 года, длительность болезни – 8,8±10,1 года. В группу II вошли 60 русских пациентов, не проживающих на территории

Дагестана, средний возраст  $32,9 \pm 11,1$  года, длительность заболевания –  $11,2 \pm 10,1$  года. Все больные обследованы в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 1990 по 2014 г. Типирование антигенов HLA класса I осуществляли микролимфоцитотоксическим методом с использованием набора антилейкоцитарных сывороток «Гисанс». Результаты/обсуждение. HLA-B5/51 выявлен у женщин (70 и 38% соответственно;  $p < 0,01$ ). Язвы гениталий и узловатая эритема у HLA-B5/51 (+) дагестанцев выявлялись чаще (87,3 и 57%), чем у HLA B5/51 (-) (56,5 и 26%;  $p = 0,0019$  и  $p = 0,01$  соответственно). Достоверных различий по этим параметрам во II группе в зависимости от наличия этой аллели не установлено. Риск развития узловатой эритемы у мужчин-дагестанцев, HLA-B5/51 (+), в 2 раза выше, чем у HLA-B5/51 (-) пациентов ( $p = 0,054$ ). Риск возникновения язв гениталий и генерализованного увеита у женщин I группы с HLA-B5/51 (+) был выше соответственно в 3,5 ( $p = 0,057$ ) и в 2,7 раза по сравнению с HLA B5/51 (-). Частота HLA-B5/51 в I группе – 73,2%, II группе – 40%. Кроме того, в нашем исследовании носительство HLA-B5/51 выявлено преимущественно у пациентов мужского пола. Следовательно, наряду с этнической принадлежностью, при анализе клинических ассоциаций с HLA-B5/51 должен учитываться пол больных. Выводы/заключение. Наши данные подтвердили высокий риск развития язв гениталий и узловатой эритемы у HLA-B5/51(+) в I группе с ББ. При этом HLA-B5/51 выявлялся преимущественно у пациентов мужского пола. Таким образом, при анализе клинических ассоциаций с HLA-B5/51 при ББ следует учитывать не только этническую принадлежность, но и пол больных.

## **Лечение облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей сочетанной с ишемической болезнью легких (ИБС) у пожилых.**

*Исмаилов Х.М., Алиева К.М.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Введение. Достижениями современной клинической кардиологии и ангиохирургии в последние десятилетия позволяют надеяться на улучшение качества медицинской помощи больным ОААНК на фоне сопутствующей ИБС. Используемые различные средства в лечении данной категории больных не решают проблемы улучшения результатов лечения пациентов ОААНК с ИБС. Более того, применяемые лечебные средства для улучшения регионарного и коронарного кровотока усложняет решения вопросов лечения данной категории больных, ибо требует одновременной их коррекции, что приводит к полипрагмазии. В этом отношении перспективным является использование разработанной комплексной программы, в основе которой лежит совместное применение статинов, кардиотропных препаратов и перфторуглеродов для коррекций регионарных и кардиоваскулярных нарушений при ОААНК с ИБС. Целью исследования является улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей сочетанной с ИБС путем комплексной их коррекции. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 75 больных с ОААНК на фоне сопутствующей ИБС в возрасте от 60 до 92 лет (средний возраст – 69,4 года), находившихся на лечении в Госпитале ветеранов РМЦ РД г. Махачкала в 2011-2017 гг. Критерием включения явилось наличие ОААНК с сопутствующей ИБС на фоне дистальных и многоэтажных поражений сосудистого русла, бесперспективных для

выполнения хирургической реваскуляризации. По классификации Ф. Фонтане – А.В. Покровского вторую стадию ишемии имели – 31, третью – 39 и четвертую – 5 больных. У 5 (6,7%) в начале исследования имелись трофические изменения на коже нижних конечностей в виде язв различной площади (2,8-8,3 см<sup>2</sup>) или некрозов пальцев стопы (1,6-5,5 см<sup>2</sup>). Длительность заболевания колебалась от одного года до 12 лет. До поступления в клинику 52 больных неоднократно лечились в других стационарах, в том числе и в специализированных сосудистых отделениях. В прошлом от 1 до 6 раз различные оперативные вмешательства перенесли 32 больных. Характерным явилось наличие у всех больных множественной сопутствующей патологии (на одного больного приходилось 5 - 8 различных хронических заболеваний). Так, симптомы поражения коронарных сосудов отмечены у всех 100% больных, на ЭКГ были зарегистрированы рубцовые изменения миокарда, различные виды аритмии (у 84,1%). Из них у 38 пациентов в анамнезе инфаркт миокарда. Гипертонической болезнью страдали 26 (34,7%) больных, из которых у 9 заболевание было обнаружено впервые. Все больные, удовлетворяющие критериям включения, были разделены на две группы: основную ( $n = 40$ ) и контрольную ( $n = 35$ ). Пациенты контрольной группы получали лечение в виде традиционной терапии (дезагреганты, антикоагулянты, декстраны, трентал, кардиотропные препараты и др.). Больные основной группы, наряду с традиционной терапией, получали инфузии озонированного перфторана в дозе 5 мл/кг в/в капельно в течение 2-3 часа № 3 через день в сочетании с карведилолом 12,5 мг в сутки в 2 приема в течение 14 дней. При хорошей переносимости дозу препарата повышали до 25 мг и розувастатин по 10 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель, затем дозу повышали до 20 мг 1 раз в сутки. Больные были статистически достоверны между собой по основным исходным параметрам. Результаты. При оценке результатов лечения учитывались не только субъективные ощущения и клинические проявления, но и показатели лабораторных и специальных методов исследования. Кроме того, учитывалась динамика ишемических проб и симптомов. Результаты лечения оценивали как «положительный» и «отрицательный». В тех случаях, когда больным проводили ампутаций конечности – результат лечения оценивали отрицательный. В результате анализа проведенного лечения лучшие исходы отмечены в основной группе. Положительные исходы получены у 38 (95%) больных, а отрицательные – у 2(5%). В контрольной группе соответственно: 27 (77,1%) и 3 (22,9%). Сравнительный анализ результатов лечения показывает, что в основной группе больных процент положительных исходов выше, чем в контрольной, и составляет 95%. Выводы. Включение в комплекс лечения больных с ОААНК на фоне сопутствующей ИБС инфузий озонированного перфторана, карведилола и розувастатина позволяет улучшить клиническое течение заболевания, центральную, регионарную гемодинамику и микроциркуляцию, исходы их лечения.

## **Состояние пищевода у пациентов с артериальной гипертензией, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.**

*Исмаилова Х.З., Чамсутдинов Н.У.*

*Кондинская районная больница ХМАО-ЮГРЫ, Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Одной из малоизученных и актуальных проблем внутренней медицины является проблема коморбидной патологии в практике терапевта.

Особый интерес представляет коморбидность артериальной гипертензии (АГ) с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), которая значительно усложняет проблемы медикаментозного лечения этих пациентов.

Целью исследования явилось изучение клинико-эндоскопического и морфологического состояния слизистой оболочки (СО) пищевода у пациентов с АГ, коморбидной с ГЭРБ.

Материал и методы. Обследовано 136 человек, среди которых 79 пациентов с изолированно протекающей ГЭРБ (38 мужчин и 41 женщин, средний возраст – 40,2±1,1) и 57 пациентов с АГ в сочетании с ГЭРБ (32 мужчин и 25 женщин, средний возраст – 49,5±0,8). Всем больным, кроме общеклинических лабораторных и инструментальных методов исследования (электрокардиография, рентгеноскопия легких) проводились: эзофагогастродуоденоскопия с биопсией со слизистой оболочки пищевода, гистологическое и морфометрическое исследование слизистой оболочки пищевода.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведенных исследований изжога выявлялась у 83,5% пациентов с ГЭРБ и у 92,9% – с АГ, сочетанной с ГЭРБ. Отрыжка выявлялась – у 54,4% (в том числе кислым – у 26,5% пациентов) и 56,1% (в том числе кислым – у 26,3%), горечь во рту – у 36,7% и 43,9%, срыгивание – у 22,7% и 29,8%, затруднение прохождения пищи по пищеводу – у 5,1% и 8,7%, тошнота – у 13,9% и 15,8%, рвота – у 7,6% и 8,7%, одинофагия – у 2,5% и 3,5% пациентов соответственно. Проведенные эндоскопические исследования выявили, что у пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ, в сравнении с изолированно протекающей ГЭРБ увеличивается частота поражения СО пищевода. Так, у 34 (59,6%) пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ, встречались эрозии пищевода, при этом у 22 (38,6%) выявлялись отдельные несливающиеся эрозии и у 12 (21%) – сливающиеся. У пациентов с изолированно протекающей ГЭРБ эрозии пищевода встречались у 12 (15,2%) пациентов, из них у 8 (10,1%) – отдельные несливающиеся и у 4 (5,1%) – сливающиеся эрозии. Грыжа ПОД выявлялась у 10 (17,5%) пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ, и у 8 (10,1%) пациентов с изолированно протекающей ГЭРБ. Недостаточность кардиального отдела пищевода выявлялась – у 27 (47,4%) и 18 (23,8%), недостаточность привратника – у 12 (21,1%) и 12 (15,2%), ДГР – у 14 (24,6%) и 14 (17,7%) пациентов соответственно. Атрофия СО желудка выявлялась у 10 (17,5%) пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ, из них у 3 (5,2%) имела место диффузная атрофия СО желудка и у 7 (12,3%) – очаговая атрофия. У пациентов же с изолированно протекающей ГЭРБ атрофия СО желудка выявлялась у 8 (10,1%), из них у 2 (2,5%) имела место диффузная атрофия СО желудка и у 6 (7,6%) – очаговая атрофия. Проведенное гистологическое исследование СО пищевода у пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ, выявило картину хронического воспаления пищевода с инфильтрацией ее СО клеточными элементами. Характер инфильтрации СО пищевода зависел от степени и стадии АГ. Клеточный инфильтрат СО пищевода у пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ был представлен преимущественно нейтрофилами и лимфоцитами, реже выявлялись эозинофилы. При этом имела связь количества клеточных элементов со степенью и стадией АГ. Наибольшее количество клеточных элементов выявлялось у пациентов со II степенью и 2 стадией АГ. Так, у пациентов с АГ II степени и 2 стадии абсолютное количество в 1 мм<sup>3</sup> нейтрофилов составило 447±34,6 (против 67±5,3 – у пациентов с АГ I степени и I стадии, p<0,001). Абсолютное количество лимфоцитов в 1 мм<sup>3</sup> у пациентов с АГ II степени и 2 стадии составило 107,3±4,6 (против – 28,4±2,9 у пациентов с АГ I степени и I стадии, p<0,001). Абсолютное количество эозинофилов в 1 мм<sup>3</sup> у пациентов с АГ II степени и 2 стадии составило 39±1,3 (против – 13,4±0,9 у пациентов с АГ I степени и 1 стадии, p<0,001).

Таким образом, у пациентов с АГ, сочетанной с ГЭРБ отмечаются более тяжелые патологические изменения в пищеводе, в отличие от пациентов с изолированно протекающей ГЭРБ, что необходимо учитывать при подборе антирефлюксной терапии.

## Частота кардиальных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

*Исмаилова Х.З., Чамсутдинов Н.У.*

*Кондинская районная больница ХМАО-ЮГРЫ, Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Во всем мире, в том числе и в России отмечается рост заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). По данным исследования АРИАДНА изжога, являющийся основным симптомом заболевания, выявляется у 59,7% россиян, из них у 22,7 – не реже 2-3 раз в неделю и у 16% – ежедневно (Исаков В.А., Морозов С.В., Ставраки Е.С. и др., 2008). Распространенность ГЭРБ по данным исследования МЭГРЕ, варьирует в разных городах России от 11,6 до 23,6% (Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др., 2011). При этом заболевание протекает с множеством внепищеводных проявлений, в том числе и кардиальных. Частота выявляемых кардиальных проявлений ГЭРБ («псевдокоронарные» боли, стенокардия, аритмии и блокады сердца) имеет значимые расхождения у исследователей.

Целью данного исследования явилось изучение частоты кардиальных проявлений ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Исследовано 79 пациентов с эндоскопически позитивной формой ГЭРБ (38 мужчин и 41 женщина, средний возраст – 40,2±1,1 лет). При постановке диагноза ГЭРБ использовали классификацию по Savary-Miller (1978 г). Всем пациентам проводились общеклинические лабораторные (общие анализы крови, мочи, кала) и инструментальные методы исследования: электрокардиография, рентгеноскопия легких, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, СМАД, эзофагогастродуоденоскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований у 8,9% пациентов с ГЭРБ выявлялось чувство дискомфорта в грудной клетке, у 18,9% – «псевдокоронарные» боли, которые чаще появлялись при ситуациях провоцирующих гастроэзофагеальный рефлюкс (приеме пищи, в особенности кислой, переедании, физической нагрузке, наклонах вперед и горизонтальным положением тела). Боли локализовались преимущественно за грудиной, длительность их была более 30 минут и длилась у некоторых пациентов до нескольких часов. Боли успокаивались или исчезали после приема антисекреторных лекарственных средств и антацидов. У 18,8% пациентов выявлялись перебои в работе сердца, у 8,9% – учащенное сердцебиение, у 8,2% – одышка. У всех исследованных пациентов изучались ЭКГ-изменения основных функций миокарда и при этом были выявлены нарушения автоматизма, возбудимости, проводимости и реполяризации левого желудочка. Нарушения автоматизма выявлялись у 6 (7,6%) пациентов с ГЭРБ. При этом у 3 (3,8%) пациентов выявлялась синусовая тахикардия, у 1 (1,3%) – синусовая брадикардия и у 2 (2,5%) – синусовая аритмия. По данным ЭКГ и холтеровского мониторирования у 28 (35,4%) пациентов с ГЭРБ выявлялись нарушения проводимости сердца. При этом неполная блокада правой ножки п. Гиса выявлялась у 18,9% пациентов, атриовентрикулярная блокада I степени – у 12,6% пациентов, блокада левой ножки п. Гиса – у 2,5% пациентов и блокада передней ветви



левой ножки п. Гиса – у 1,3% исследованных пациентов. Нарушения реполяризации выявлялись у 11 (13,9%) пациентов с ГЭРБ. При этом у 8,9% пациентов с ГЭРБ выявлялся отрицательный зубец Т и у 5,1% пациентов - синдром ранней реполяризации желудочков. Нарушения возбудимости проявлялись предсердной экстрасистолией у 42 (53,2%) пациентов с ГЭРБ, атриовентрикулярной экстрасистолией – у 6 (7,6%) пациентов, желудочковой экстрасистолией – у 39 (49,4%) пациентов, эпизодами фибрилляции предсердий – у 2 (2,5%) пациентов.

Таким образом, как показали проведенные исследования, у пациентов с ГЭРБ довольно часто выявляются кардиальные проявления, которые нередко ускользают из-под внимания практикующих врачей. С целью их ранней диагностики всем пациентам с ГЭРБ необходимо целенаправленное исследование сердечно-сосудистой системы, с обязательным ЭКГ исследованием и проведением суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру.

### **Особенности гиполипидемической терапии у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени.**

*Корниенко Н.В., Гафарова Н.Х., Мирошниченко Е.П., Кузнецов Э.С.*

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

Согласно современным представлениям метаболический синдром (МС) включает артериальную гипертензию (АГ), гиперлипидемию, нарушение углеводного обмена и абдоминальное ожирение. Это заболевание часто сочетается с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), что необходимо учитывать при назначении гиполипидемической терапии. Одной из главных задач лечения МС является коррекция показателей липидного обмена крови. С этой целью назначают как статины, так и, при необходимости, фибраты, которые обладают гепатотоксическим действием.

Цель: изучить эффективность и безопасность фенофибратов на фоне приема статинов, применяемых для коррекции дислипидемии у пациентов с МС в сочетании с НАЖБП.

Материалы и метод. В обследование были включены 32 пациента с различными клиническими проявлениями МС в сочетании с НАЖБП. Возраст обследованных был от 44 до 62 лет, преимущественно женщины (60,6%). Избыточную массу тела имели все больные различной степени выраженности ожирения: у 8 (25,0%) – I степени, у 11 (34,4%) – II степени, у 13 (40,6%) – III степени. Всем пациентам проводили стандартное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. При УЗИ исследовании были выявлены признаки диффузного поражения печени в виде ее жировой дистрофии. Уровень гликемии составил  $7,2 \pm 0,02$  ммоль/л. В начале исследования оценивали липидный спектр крови – холестерин крови (ХС) был в пределах больше 6,4 ммоль/л; уровень триглицеридов (ТГ) составил 2,25 ммоль/л; уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) составлял 0,92 ммоль/л. Содержание печеночных аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз (АлАТ и АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), а также общего билирубина и его фракций, тимоловой пробы было в пределах нормы. С целью коррекции липидных нарушений на фоне базовой терапии был назначен фенофибрат в дозе 125 мг на фоне статинотерапии (розувастатин 10мг 1 раз в сутки). Для оценки эффективности

и безопасности вышеперечисленных препаратов проводили динамическое наблюдение. Все показатели липидного, углеводного обменов, а также трансаминаз, ЩФ определяли натощак до включения в исследование, через 1 и 3 месяца от начала лечения. Результаты исследования. В результате проведенного лечения была отмечена положительная динамика липидного спектра крови с достижением целевых показателей ТГ и ХС ЛПВП ( $P < 0,005$ ). Отмечалась более выраженное снижение ТГ и увеличение уровня ХС ЛПВП ( $P < 0,01$ ). Нами не было зарегистрировано отрицательной динамики в уровне печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ, ЩФ), тимоловой пробы на фоне длительного приема фенофибратов и розувастатина у пациентов с МС в сочетании с НАЖБП. Не было ни одного случая отмены исследуемых препаратов из-за побочных эффектов.

Выводы. Таким образом, использование фенофибратов на фоне статинотерапии для коррекции дислипидемии в комплексном лечении пациентов с МС в сочетании с НАЖБП выявило эффективность и безопасность их применения. Улучшение липидного профиля крови будет способствовать снижению сердечно-сосудистого риска. Комбинация статинов с фенофибратом требует тщательного динамического наблюдения у данной категории больных.

### **Анализ показателей вариабельности сердечного ритма и предикторов ишемии при стресс-пробе у больных ишемической болезнью сердца.**

*Лебедь В.Г., Кудяев М.Т., Королева Е.Б., Лебедь С.Л., Омарова П.Т., Махмудова Э.Р.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Ритм сердца находится под постоянным модулирующим влиянием нейрогуморальной системы, что приводит к колебаниям длительности интервалов R-R. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – характеризует изменчивость интервалов RR и отражает функциональное состояние синусового узла. У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы степень ухудшения параметров ВСР тесно связана со стадией развития патологического процесса. У больных с тяжелыми формами ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью развивается «вегетативная денервация» сердца. Оценка ВСР во время стресс-теста широко не изучена. Имеются исследования, доказывающие определенную информативность некоторых показателей ВСР в ходе стресс-теста при их сравнении в группах больных ИБС и здоровых и добавляющие новую диагностическую информацию к классическим измерениям сегмента ST.

Целью нашего исследования явился анализ показателей ВСР, зарегистрированных в ходе нагрузочной стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) и их сравнение с данными селективной коронароангиографии (СКГ) и другими предикторами ишемии миокарда у больных ИБС.

Обследовано 93 пациента: 1 группа – 49 мужчин, средний возраст 55,5 года, 2 группа – 44 женщины, средний возраст 54,6 года. Не-Q-инфаркт в анамнезе наблюдался у 28,6% мужчин и у 18,2% женщин ( $p = 0,02$ ). У всех пациентов были получены достоверные ишемические изменения во время стресс-ЭхоКГ на велоэргометре, а по данным СКГ – стенозирующие поражения магистральных коронарных артерий. Нагрузочная стресс-ЭхоКГ проводилась на велоэргометре в положении лежа с использованием

программного модуля Stress-12-Cardio автоматизированной системы для регистрации и интерпретации ЭКГ, а также программного модуля анализа ВРС ArMa Soft-Cardio (производитель ЗАО «Диамант», г. Санкт-Петербург). Использовался протокол пороговой мощности нагрузки со ступенчатым ее увеличением на 25 Вт каждые 3 минуты до достижения ЭКГ и/или ЭхоКГ-критериев прекращения нагрузки или субмаксимальной ЧСС, составляющей 90% от максимально возможного уровня. Определялись глубина ишемической депрессии сегмента ST, двойное произведение, показатели ВРС до нагрузочной пробы, на пике нагрузки и в восстановительный период, при этом вместе со стандартными показателями пробы регистрируется расширенный анализ ST сегмента, скорректированный на ЧСС, который включает расчет ST/HR индекса, ST/HR наклона и ST/HR гистерезиса. Данные ВРС включали спектральные (TP, HF, LF, HFnorm, LFnorm, VLF, LF/HF), вариационные (ИН) и временные показатели ВРС (SDNN, rMSSD), в том числе и в постнагрузочный период, всего 13 показателей. КГ выполняли из феморального доступа по стандартной методике M. Judkins (1967) на рентгенохирургической установке Advantx CLV+ (General Electric, Франция). В исследовании анализировались клинико-инструментальные данные пациентов, разделенных на группы в зависимости от количества и степени поражения сосудов. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6. Для сопоставления двух групп использовался непараметрический тест Манна-Уитни, для анализа связи признаков применялся непараметрический метод Спирмена с расчетом коэффициента корреляции  $r$ .

Результаты: в группе мужчин в ходе стресс-пробы наблюдался более высокий уровень активности парасимпатического звена регуляции по показателю высокочастотной составляющей спектра – HF=38,6 мс<sup>2</sup> против 25,7 мс<sup>2</sup> в группе женщин ( $p=0,09$ ). В группе женщин отмечена статистически значимая обратная корреляция трехсосудистого коронарного стенозирования с показателем LF ( $r:-0,45$ ;  $p=0,001$ ), характеризующим состояние симпатического отдела вегетативной нервной системы. Несомненный интерес представляют и данные корреляционного анализа предиктора ишемии миокарда ST/ЧСС-гистерезиса и некоторых показателей ВРС. Получена положительная корреляция ST/ЧСС-гистерезиса с RMSSD ( $r=0,40$ ;  $p=0,008$ ) в группе женщин и в группе мужчин ( $r=0,40$ ;  $p=0,006$ ).

Выводы: 1. Выявлены гендерные различия в спектральных показателях ВРС в ответ на физическую нагрузку, свидетельствующие о более высоком уровне активности парасимпатического звена регуляции у мужчин. 2. Показатели ВРС (RMSSD, LF) при стресс-тесте отражают развитие ишемии миокарда и могут быть использованы для оценки степени выраженности коронарного атеросклероза.

### **Соотношение вегетативных влияний на пике стресс-пробы с физической нагрузкой при ишемической болезни сердца.**

*Лебедь В.Г., Кудавев М.Т., Королева Е.Б., Лебедь С.Л., Омарова П.Т., Махмудова Э.Р.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Изменение деятельности сердечно-сосудистой системы, в том числе сердечного ритма, является наиболее ярким индикатором отклонений, возникающих в регулирующих системах. Они

предшествуют гемодинамическим, метаболическим, энергетическим нарушениям и могут быть наиболее ранними прогностическими признаками неблагополучия у пациента. Существует несколько регуляторных механизмов управляющих коронарным кровотоком. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы принимают активное участие в регуляции тонуса кровеносных сосудов, трофике тканей, оказывают модулирующее влияние на сократительную функцию миокарда и его электрофизиологические свойства. Предполагают, что нарушение симпатической активности сердца является повреждающим и прогностически неблагоприятным фактором развития и течения ишемической болезни сердца. При увеличении активности симпатической нервной системы и депрессии вагусных влияний увеличивается число сердечных циклов за определенный период времени. Так, в эпидемиологических исследованиях установлена взаимосвязь между профилем частоты сердечных сокращений (ЧСС) до и после физической нагрузки и показателями ЧСС в покое и смертностью от сердечно-сосудистых причин. Учащение сердечного ритма является опосредованным признаком симпато-адреналовой активации, для более точной оценки нейро-вегетативной активности используется спектральный анализ вариабельности ритма сердца (ВРС).

Целью нашего исследования было сравнение спектральных показателей вариабельности сердечного ритма при проведении стресс-пробы с физической нагрузкой у больных стабильной стенокардией с различной степенью стенозирования коронарных сосудов.

Материалы и методы. У 98 пациентов со стабильной стенокардией по данным селективной коронароангиографии выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий (КА). Рассчитан обструкционный коронарный индекс (ОКИ) в баллах, который отражает суммарное поражение КА. В зависимости от величины ОКИ сформированы 2 группы: 1-ая группа – 69 человек с ОКИ равным или меньше, чем 6; 2-ая группа – 29 человек с ОКИ больше 6. Нагрузочная стресс-ЭхоКГ с мониторно-компьютерным анализом ЭКГ проводилась на велоэргометре Siemens-Elema (Германия) в положении лежа с использованием программного модуля «Stress-12-Cardio» автоматизированной системы для регистрации и интерпретации ЭКГ в системе 12-ти общепринятых отведений ArMa Soft-Cardio, (ЗАО «Диамант», г. Санкт-Петербург). Спектральный анализ ВРС проводился на пике нагрузки, анализировались: мощность высокочастотных волн HF (мс<sup>2</sup>) и мощность высокочастотных волн в нормализованных единицах HFn; мощность низкочастотных волн LF (мс<sup>2</sup>) и нормализованная мощность LFn; мощность очень низкочастотных волн VLF (мс<sup>2</sup>); отношение мощностей LF/HF. Все показатели ВРС измерялись в течение 2 м 30 секунд на пике нагрузки. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6. Результаты компьютерного анализа ВРС выявили статистически значимые различия в 1-й и 2-й группах по показателям VLF, LFn, HF, HFn, LF/HF. Средние величины мощности HF и HFn были выше во 2-ой группе, а в 1-й группе преобладали центральные эрготропные влияния, симпатическая активность и был выше симпатовагальный индекс. В обеих группах выявлена положительная корреляция HF и HFn с ОКИ ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ), и отрицательная с VLF, LFn и LF/HF ( $p=0,005$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ).

Выводы. Уровень активности симпатической и парасимпатической нервной системы на пике стресс-пробы изменяется в зависимости от тяжести атеросклеротического стенозирования сосудов сердца. Спектральные показатели ВРС коррелируют со степенью поражения коронарного русла.

## **Использование мельдония для устранения нарушений реполяризации желудочков при ишемическом инсульте.**

*Магомедова А.Д., Абдуллаев А.А., Исламова У.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель: устранение нарушений реполяризации желудочков мельдонием у пациентов с ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования. У 54 пациентов (39 мужчин и 15 женщин) с ишемическим инсультом (ИИ) на ЭКГ впервые были зарегистрированы нарушения реполяризации желудочков – горизонтальная депрессия или подъем сегмента ST, инверсия или реверсия зубца T. Возраст их составил от 43 до 75 лет. Они были рандомизированы в две сопоставимые группы. Определение степени выраженности неврологических нарушений проводили по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), которая у всех пациентов соответствовала средней степени (NIHSS от 5 до 12 баллов). Диагноз ИИ в последующем у всех пациентов был подтвержден компьютерной томографией. В 1-ю группу вошли 29 пациентов, которым в сочетании со стандартной терапией в течение 10 дней внутривенно вводили мельдоний (милдронат компании Grindex, Латвия) в дозе 1000 мг/сут, 2-я группа из 25 пациентов получала только стандартную терапию (ноотропы, антиагреганты, антигипертензивные препараты, нейропротекторы, инфузионная терапия). В первые часы стационарного наблюдения и повторно через 12 ч проводили количественное определение в плазме крови уровня сердечного тропонина I иммуноферментным методом с помощью набора реактивов Siemens (Россия). Параметры нормы, установленные для используемого набора реагентов, составили 0-0,30 нг/мл.

Полученные результаты. Выявлены следующие нарушения реполяризации желудочков: у 33 пациентов регистрировалось изменение зубца T, в том числе отрицательный зубец T – у 25 и остроконечный высокой амплитуды – у восьми из них. Подъем сегмента ST более 2 мм в отведениях V1-V4 обнаружен у семи и коснисходящая депрессия сегмента ST более 1 мм на протяжении более 0,1 с в I и AVL отведениях – у шести пациентов. Незначительное повышение содержания тропонина I выше контрольных значений в день поступления имело место у 29 пациентов (0,4-1,7 нг/мл). Через 12 ч уровень их составил 0,6-1,9 нг/мл. При этом повышение тропонина I выше 1,1 определялось у больных с крупными инфарктами мозга, особенно у одной пациентки с летальным исходом (1,9 нг/мл). Отмечено, что отрицательные зубцы T наблюдались у пациентов с уровнем тропонина I более 0,8 нг/мл. В 1-й группе нарушения реполяризации желудочков устранены у 17 пациентов, во время как во 2-й – у пятерых.

Выводы. Почти у 82% пациентов с ишемическим инсультом имеют место нарушения реполяризации желудочков на ЭКГ, которые у половины из них приводят к незначительному повышению уровня тропонина I в плазме крови. Возможно, это связано с одновременными мелкоочаговыми некрозами миокарда. Мельдоний способствует устранению реполяризационных нарушений ЭКГ.

## **Лечение хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы: клинические рекомендации и реальная практика.**

*Магомедова К.А., Гусейнов А.А., Омарова А.Р., Мужаидова Ш.Г.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Лечение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) остается сложной проблемой. Регулярно переиздаются программные документы, призванные помочь практическим врачам (GOLD, федеральные клинические рекомендации и др.).

Целью нашего исследования был анализ соответствия проводимого лечения больных ХОБЛ и БА врачами амбулаторного звена и стационаров в республике Дагестан современным рекомендациям. Материал и методы: методом сплошной выборки первичной документации за 2016 г. в поликлиниках и стационарах городов и сел республики проведен анализ 103 документов (38 амбулаторных карт и 65 историй болезней больных БА и ХОБЛ соответственно). Изучалось соответствие уровня обследования, формулировок диагнозов и объема проводимой терапии современным требованиям.

Результаты и выводы. 1. Степень тяжести и уровни контроля БА указывались в 65,8% и 10,5% соответственно. 2. Спирометрия проведена у 55,3% (в т.ч., бронходилатационная проба в 13,2%), 3. В лечении преобладало назначение беродуала (57,7%) и беротека (13,2%), эуфиллина (или теофилина) – 50,1%. Серетид или симбикорт применялись – в 63,2%, системные глюкокортикостероиды – в 100%. 4. У больных ХОБЛ спирометрия проведена в 21,8%, не применялась рекомендуемая интегральная оценка ХОБЛ. 5. В 100% случаев назначались антибиотики (при этом, только у 7,8% выявлены признаки инфекционного обострения), длительнодействующие антихолинергические препараты применялись в 11,9%. Таким образом, очевидно существенное несоответствие реально проводимой терапии современным клиническим рекомендациям.

## **Динамика скорости пульсовой волны у больных с гипертонической болезнью в процессе шестимесячной комбинированной антигипертензивной терапии.**

*Майчук Е.Ю., Воеводина И.В., Макарова И.А., Передерко А.В.*

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

Актуальность. В настоящее время имеется достаточно литературных данных о роли сосудистой жесткости в развитии сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим особое внимание уделяется в определении сосудистой жесткости и методах эффективного воздействия на нее. Таким образом, целью исследования явилось изучение динамики исходно повышенного показателя скорости пульсовой волны (СПВ) в процессе 6-месячного лечения пациентов с гипертонической болезнью. Задача исследования – оценка эффективности комбинированной антигипертензивной терапии, сопоставление показателей липидного и углеводного обмена, параметров функциональных методов исследования в зависимости от динамики показателя СПВ в процессе лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 60 пациентов с гипертонической болезнью и повышенным уровнем скорости пульсовой волны. Все пациенты получали комбинированную терапию (блокатор рецепторов ангиотензина II (лозартан), диуретик (гидрохлоротиазид) и  $\beta$ -блокатор (биспролол) или блокатор кальциевых каналов (амлодипин)). Клиническое обследование, включало в себя оценку антропометрических данных, биохимический анализ крови (липидный и углеводный обмен), суточное мониторирование артериального давления, эхокардиография, определение СПВ на отрезке от сонной до бедренной артерии (Pulse Trace PWV Micro Medical Великобритания).

Результаты: 60 пациентов, вошедших в исследование, страдали гипертонической болезнью II стадии, 3 степени артериальной гипертензии и имели исходно повышенные показатели СПВ, которые в среднем составили  $12,41 \pm 2,28$  м/сек. Достоверное снижение показателя СПВ наблюдалось у 48 (80%) пациентов через 3 и 6 месяцев наблюдения, у 12 (20%) больных отсутствовала динамика снижения СПВ в течение всего периода наблюдения ( $9,7 \pm 2,2$  м/сек,  $13,4 \pm 1,8$  м/сек,  $p < 0,0001$ ). Пациент, как с положительной так и с отрицательной динамикой снижения СПВ достоверно не различались по показателям липидного и углеводного обмена. Среди пациентов без положительной динамики снижения СПВ наиболее часто встречались больные с ожирением второй и третьей степени. Анализ исходных показателей внутрисердечной гемодинамики продемонстрировал достоверное увеличение массы миокарда левого желудочка ( $138,0 \pm 29,1$  г/м<sup>2</sup>,  $115,0 \pm 29,0$  г/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ) и формирование более выраженных нарушений диастолической функции левого желудочка у пациентов без положительной динамики снижения СПВ ( $E/A 0,72 \pm 0,1$ ,  $E/A 0,84 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ ), что прослеживалось и по окончании исследования (ИММЛЖ  $140,0 \pm 28,3$  г/м<sup>2</sup>,  $121,0 \pm 29,0$  г/м<sup>2</sup>;  $E/A 0,67 \pm 0,1$ ,  $0,8 \pm 0,2$ ;  $E/e' 10,3 \pm 3,0$ ,  $8,8 \pm 1,7$   $p < 0,05$ ). Анализируя офисные показатели систолического, артериального давления ( $142,0 \pm 6,8$  мм рт. ст.,  $126,0 \pm 8,2$  мм рт. ст.,  $p < 0,0001$ ) диастолического артериального давления ( $81,3 \pm 2,3$  мм рт. ст.,  $78,4 \pm 4,6$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ), частоты сердечных сокращений ( $74,3 \pm 3,4$  уд. в мин.,  $69,8 \pm 7,3$  уд. в мин.  $p < 0,05$ ) через 6 месяцев можно констатировать достоверное снижение изучаемых параметров у пациентов, достигших целевые значения СПВ, по сравнению с пациентами, у которых отсутствовала динамика снижения СПВ.

Выводы: назначение комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с гипертонической болезнью позволило улучшить показатели сосудистой жесткости у 80% больных в процессе шестимесячного лечения. У 20% пациентов отсутствовало улучшение исследуемых показателей, что требует усиления или пересмотра ранее принимаемой терапии.

## **Интерференц-, озono- и рациональная фармакотерапия синдрома раздраженного кишечника.**

*Маллаева Р.М.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
РКБ, Махачкала*

Основными этиопатогенетическими механизмами синдрома раздраженного кишечника (СРК) являются психоэмоциональные и сенсорно-моторные нарушения, нарушения гемодинамики и

микроциркуляции, дискоординация перекисного гомеостаза, дисбиотические изменения кишечной микробиоты [1, 2].

Цель исследования: изучить эффективность интерференц- и озонотерапии (ОТ) при СРК с запорами на фоне стандартной медикаментозной терапии.

Материалы и методы: обследовано 50 пациентов с диагнозом СРК с запорами до и после терапии. Возраст от 18 до 40 лет, длительность заболевания от 3 до 10 лет. Больных разделили на 2 группы по 25 человек методом рандомизации. 1 группа (контроль) вместе с диетологом получала интерференцтерапию (ИТ) от аппарата «NTERDIN ID79M (Польша) по глазнично-затылочной методике, частотой 90-100 Гц, силой тока не более 30 мА, ежедневно, длительность 20 минут по 10 процедур; 2-ая группа (основная) дополнительно получала озонированную дистиллированную воду внутрь с концентрацией растворенного озона 5 мг/л от аппарата фирмы «Медозон» УОТА 60-01 по 150 мл 3 раза в день, за 30 мин до еды в течение 3 недель и ректальные инфузии озонно-кислородной смеси от аппарата фирмы «Медозон» УОТА 60-01 с концентрацией озона 15 мг/л в количестве 200 мл, 8 процедур. Статистическая обработка материала проводилась стандартными методами.

Полученные результаты: выраженность болевого синдрома снизилась у больных, получавших лечение по 2 ЛК, по сравнению с больными, получавшими 1 ЛК (89,2% против 71,4% ( $p1-2 < 0,05$ )). В контрольной группе диспепсический синдром в конце курса лечения не выявлялся у 71%, во 2-ой группе он исчез у 86,8% пациентов ( $p1-2 < 0,05$ ). При оценке динамики объективной симптоматики отмечалось уменьшение или полное исчезновение пальпаторной болезненности по всем отделам живота у пациентов, получавших 2 лечебный комплекс (улучшение 88%). По данным рентгенологического исследования у 89,5% ( $p < 0,01$ ) больных, получавших лечение по основному ЛК, отмечалась положительная динамика рентгенологических показателей, а в контрольной группе у 60,5% ( $p1-2 < 0,05$ ). При сравнении результатов различных ЛК по нормализации качественного и количественного состава микрофлоры толстого кишечника отмечено, что у больных, получавших в комплексе ИТ и ОТ наилучшие результаты в основной группе. Содержание бифидо- и лактобактерий в кале у больных 2-ой группы к концу лечения увеличилось в 73,7%, в 1-ой группе увеличение бифидобактерий отмечено в 47,1% случаев, лактобактерий – в 47,4% ( $p1-2 < 0,05$ ). Общее количество нормальных кишечных палочек к концу лечения у пациентов основной группы увеличилось на 85,7%, а в 1-ой группе на 60%; число кишечных палочек с измененными ферментативными свойствами и энтерококка снизилось в обеих группах: в контрольной группе пришло к норме в 33,3% случаев, против 66,7% в основной ( $p1-2 < 0,05$ ); количество энтерококков в кале существенно изменилось у больных 2-ой группы – улучшение на 72,7%, а в 1-ой группе у 53,8% пациентов; содержание золотистого стафилококка снизилось у больных обеих групп: в контрольной группе улучшение составило 42,8%, во 2-ой группе 66,7%; грибы рода Candida к концу лечения снизилось в 1-ой группе в 60% случаев, а во 2-ой в 83%; содержание гемолизирующей кишечной палочки снизилось к концу курса санаторно-курортного лечения у 50% пациентов 1-ой группы. Отдаленные наблюдения, проведенного восстановительного лечение с использованием новой технологии в течение года показали увеличение длительности ремиссии заболевания по сравнению с исходными данными до  $9,5 \pm 0,62$  месяцев, сокращение числа дней временной нетрудоспособности в 1,5 раза, причем наиболее благоприятные результаты по оценке основных показателей патологического процесса наблюдались у пациентов, получавших комплексную ИТ и ОТ.

## Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия.

Маммаев С.Н., Ибрагимова Х.И.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и гормонального статуса у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы исследования. В исследование включено 120 больных эссенциальной АГ I стадии, 1 и 2 степени, в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст  $51,2 \pm 11,4$ ), из них 60 женщин (50%) и 60 мужчин (50%). Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 30 женщин в возрасте до 50 лет, без признаков менопаузы; во 2-ю группу – 30 женщин, в возрасте старше 50 лет в постменопаузе; в 3-ю группу – 30 мужчин в возрасте до 50 лет; в 4-ю группу – 30 мужчин старше 50 лет. Группу контроля составили 45 практически здоровых лиц: 24 женщины и 21 мужчина. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, суточное мониторирование артериального давления (АД), а также определение ЭТ-1, альдостерона, пролактина и эстрадиола в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Среднесуточное систолическое АД (САД) у женщин в постменопаузе достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и у мужчин 4-й группы. При изучении среднесуточных значений САД в группах мужчин, выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение в группе мужчин старше 50 лет по сравнению с мужчинами в возрасте до 50 лет. Среднесуточное диастолическое АД в сравниваемых группах достоверно не отличалось между собой ( $p > 0,05$ ). При анализе пульсового АД (ПАД) отмечено его повышение с возрастом, которое достигало максимальных значений у женщин во 2-й группе в сравнении с 1-й группой женщин ( $p < 0,01$ ) и у мужчин 4-й группы ( $p < 0,05$ ). При исследовании уровня ЭТ-1 выявлено его достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение во всех группах исследуемых больных в сравнении с группой контроля в сопоставимых по возрасту группах. При оценке показателя ЭТ-1 в исследуемых группах у мужчин и женщин отмечалось достоверное ( $p < 0,001$ ) повышение его содержания с возрастом. При проведении гендерного анализа было выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение ЭТ-1 у женщин по сравнению с мужчинами. Наибольшая концентрация ЭТ-1 была выявлена в группе женщин в постменопаузе, что достоверно выше, чем у женщин до 50 лет ( $p < 0,001$ ) и у мужчин в 4-й группе ( $p < 0,01$ ). При изучении взаимосвязи ЭТ-1 с уровнем АД у женщин было установлено наличие высокой степени корреляционной зависимости между уровнем ЭТ-1, как со среднесуточным значением САД ( $r = 0,85$ ,  $p < 0,001$ ), так и ПАД ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ). При изучении гормонального статуса у женщин выявлено достоверное снижение уровня эстрадиола в период постменопаузы как у женщин с АГ, так и у практически здоровых женщин ( $p < 0,001$  и  $p < 0,01$  соответственно). Одновременно со снижением уровня эстрадиола у женщин в постменопаузе с АГ достоверно ( $p < 0,001$ ) повышается содержание альдостерона в крови. У здоровых женщин концентрация альдостерона меняется незначительно ( $p > 0,05$ ). Также у здоровых женщин с увеличением возраста происходит снижение уровня пролактина в крови при снижении уровня эстрадиола. Однако у женщин с ЭАГ в постменопаузе, несмотря на снижение уровня эстрадиола, концентрация пролактина увеличивается ( $p < 0,05$ ). Нами проведен корреляционный анализ, в группе женщин в постменопаузе, установивший наличие достоверных

обратных корреляционных связей между уровнем эстрадиола и ЭТ-1 ( $r = -0,67$ ,  $p < 0,001$ ), эстрадиола и САД ( $r = -0,66$ ;  $p < 0,0001$ ), эстрадиола и ПАД ( $r = -0,45$ ,  $p < 0,05$ ). Прямая зависимость выявлена между уровнем ЭТ-1 с уровнем альдостерона ( $r = 0,72$ ,  $p < 0,001$ ) и пролактина ( $r = 0,73$ ,  $p < 0,001$ ).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 способствует возникновению АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности ЭД и преобладании вазоконстрикторных эффектов ЭТ-1 в периоде постменопаузы. Наибольшая концентрация ЭТ-1 выявлена у больных артериальной гипертензией в группе женщин в постменопаузе, уровень которого положительно коррелировал с среднесуточным значением систолического и пульсового артериального давления. Выявленные корреляционные связи подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса в прогрессировании эндотелиальной дисфункции, снижении эластичности артериальной стенки и повышения АД.

## Эффективность воздействия на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (по данным амбулаторной службы).

Маммаев С.Н., Омарова Д.А., Абдулаев М.Р., Магомедова Э.Р.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Министерство здравоохранения Республики Дагестан,  
Махачкала

Актуальность: вопросы профилактики прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний занимают важное место в проводимой органами здравоохранения работе. Важнейшим компонентом этой работы является воздействие на модифицируемые факторы риска. Одной из важнейших задач участковой службы является последовательное и активное влияние на них, в частности контроль артериального давления и гиперхолестеринемии. Достижение целевых уровней АД и холестерина может иметь важное значение в выполнении общей задачи – снижении смертности населения.

Целью настоящего исследования, проводимого в рамках всероссийского проекта под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов, по поручению Минздрава России, явилось изучение контроля АД и назначения статинов пациентам со стабильной стенокардией (ИБССТ), в том числе перенесшим ОКС (ИБСОКС), артериальной гипертензией (АГ) поликлиник городов Дагестана – Махачкалы, Избербаша, Каспийска, Буйнакска и Дербента, а также достижения целевого уровня АД и холестерина.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ анкет, составленных по амбулаторным картам больных поликлиник Махачкалы, а также Избербаша, Буйнакска, Дербента. Амбулаторные карты отбирались методом случайной перекрестной выборки врачами лечебных учреждений. Целевой уровень холестерина для лиц с высоким и очень высоким риском, наличием ИБС и АГ считался 5,0 ммоль/л, а /для тех, кто перенес острый коронарный синдром – 4,0 ммоль/л, целевым уровнем АД – снижение его менее 140/90 мм рт. ст. Обработка результатов проводилась в специально составленной программе на основе пакета Excel.

Результаты исследования. Общее число лиц, чьи анкеты были включены в исследование – 1086. Средний возраст больных составил – 64,72 лет. Гипотензивная терапия была назначена большинству из них, от 76% пациентов (Махачкала, поликлиника №6) до 100% (Махачкала,

поликлиникам №7). Достижение целевого уровня АД – более трудная задача. Наиболее низкий процент его достижения выявлен в Избербаше (19%), назначена гипотензивная терапия была 90% пациентов. Более высокие показатели отмечены в Буйнакске (31%), Дербенте и Каспийске (32%). В Махачкале также отмечен большой разброс данных по поликлиникам (29% – в поликлинике №6 и 67% – в поликлинике №1). В целом, достижение целевого уровня АД составило 32,86%. Однако, обращало внимание значительное число больных, у которых отмечено АД – 140/90 мм рт. ст. При включении этих пациентов в число тех, кто достиг коррекции, результаты оказались значительно выше (62,42%). Соответственно улучшились показатели по городам Избербаш (55,27%), Буйнакс (68,96%), Дербент (63,4%), Каспийск (64,35%), а по Махачкале – поликлиника №6 (72,5%), поликлиника №1 – до 96%. Назначение статинов считается обязательным для пациентов высокого риска, т.е. тем, кто уже имеет сердечно-сосудистое заболевание и тем более, неблагоприятный липидный профиль. Наиболее высокий процент назначения статина, как и ожидалось, выявлен у пациентов, перенесших ОКС (79,3%), в поликлиниках Махачкалы №6 и №1, соответственно 75% и 86,5%. Достижение целевого уровня составило 12,2%, наиболее эффективно лечение проводилось в поликлинике №7 Махачкалы (36,3%). У пациентов с ИБССТ (всего 377 лиц) статины были назначены 53,6%. Целевой уровень холестерина был достигнут у 24,3% из тех, кому они были назначены. При анализе результатов у пациентов с АГ, для которых назначение статинов обязательно только для категорий высокого и очень высокого риска, отмечается, что назначены они 24,3% пациентов (закономерно ниже), но достижение результата оказалось выше – 39,86%. При этом максимальные результаты достигались в Дербенте (51,8%), а минимальные – в Буйнакске (10,52%).

Выводы. Работа над коррекцией модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний является важной частью общей работы терапевтов Дагестана по снижению смертности от них. Следует отметить высокий процент назначения гипотензивной терапии пациентам. Однако результативность лечения остается недостаточной, что во многом может быть обусловлено как неудовлетворительным подбором терапии, так и неполной приверженностью пациентов к лечению. Назначение статинов большим ИБС, в целом также высокое, не достигало требуемых целей, особенно в группе тех, кто перенес ОКС, что требует пристального внимания кардиологической службы, в том числе более активной разъяснительной работы среди врачей и пациентов.

### **Оценка гипотензивных и противовоспалительных эффектов телмисартана и амлодипина у больных метаболическим синдромом.**

*Маммаев С.Н., Петросова В.Г., Каримова А.М.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала*

Цель исследования: оценить гипотензивные и противовоспалительные эффекты телмисартана и амлодипина у больных МС. Материалы и методы. В 12-недельное исследование были включены 40 человек с МС. Участники распределялись по 20 человек в 2 группы. Первая группа получала телмисартан в дозе 40-80 мг в сутки; вторая группа – амлодипин в дозе 5-10 мг в сутки. До и после лечения исследовались антропометрические характеристики, офисные показатели САД, ДАД, СМАД, показатели углеводного и

липидного обмена, уровни СРБ, фибриногена, IL-6, а также IL-10 и адипонектина в сыворотке крови.

Результаты. На фоне проведенного 12-недельного лечения в обеих группах наблюдалось достоверное снижение офисного АД, которое было больше выражено в группе амлодипина. Эти данные подтверждаются показателями СМАДа. При изучении показателей углеводного обмена установлено, что у больных в первой группе отмечалось достоверное снижение показателя IR-HOMA и инсулина, в то время как во второй группе изменение этих показателей не было достоверным. Также не были достоверным изменение показателей липидного профиля в обеих группах. На фоне терапии телмисартаном отмечалось достоверное снижение показателей СРБ и IL-6 и повышение уровня IL-10 и адипонектина. Изменения этих показателей на фоне терапии амлодипином были недостоверны. Заключение. 1. Пациенты с МС имеют достоверно более высокие показатели инсулина, IR-HOMA, IL-6 и низкие значения адипонектина и IL-10 в сыворотке крови. 2. Телмисартан по гипотензивному эффекту уступает амлодипину, но значительно превосходит по влиянию на показатели ИР и маркеры про- и противовоспалительного статуса у больных МС.

Aim. To evaluate the antihypertensive and anti-inflammatory effects of telmisartan and amlodipine in patients with MS. Materials and Methods. 40 patients with MS were included into the 12-week study. The participants were divided into 2 groups with 20 peoples in each of the groups. The patients of the first were given telmisartan 40-80 mg per day, The patients of the second group were given amlodipine 5-10 mg per day. Anthropometric characteristics, office SBP, DBP, ABPM, carbohydrate and lipid metabolism, the levels of CRP, fibrinogen, IL-6 and IL-10 and serum adiponectin were tested before and after treatment. Results. The significant reduction of office BP was observed in both groups, but more reduction was observed in the group of patients with amlodipine treatment. These data were confirmed by ABPM. The significant decrease in IR-HOMA index and insulin were observed in the patients of the first group, but in the second group the changes of these parameters were not significant. There were no significant changes of lipid profile in both groups. The therapy with telmisartan showed statistically significant reductions in CRP and IL-6 and increase IL-10 and adiponectin. The therapy with amlodipine did not lead to the significant changed of these data. Conclusion. 1. Patients with MS have significantly higher levels of insulin, IR-HOMA, IL-6 and low levels adiponectin and IL-10 in serum. 2. Amlodipine has the best hypotensive effect, but telmisartan improves the indexes of carbohydrate metabolism and anti-inflammatory status in patients with MS.

Ключевые слова: метаболический синдром, телмисартан, амлодипин, ИЛ-6, ИЛ-10, адипонектин  
Keywords: metabolic syndrome, telmisartan, amlodipin, IL-6, IL-10, adipon

### **Распространенность артериальной гипертензии за первые кварталы 2015-2017 гг. по данным государственного бюджетного учреждения РД «Поликлиника №6» г. Махачкалы**

*Масуев К.А., Умаханова Ж.Ш., Абдуллатипова Б.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Поликлиника №6, Махачкала*

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) являются основной причиной смерти и составляют 49% всех смертных случаев. Гипертония – одно из самых распространенных заболеваний ССС. В нашей

стране гипертонией болеют до 40% взрослого населения, а у лиц старше 65 лет она достигает 60%. По данным ГБУ РД «Поликлиника №6» за I кв. 2015 г. болезни системы кровообращения составляли всего 2523 человека, из них с впервые установленным диагнозом 945 чел. (37,5%), состояло на диспансерном учете 1769 чел. (70,1%). Диспансеризацию прошли 1869 чел. (74,1%). Больные АГ составляли 303 чел. (12%), из них с диагнозом, установленным впервые 41 чел. (13,5%). Под диспансерным наблюдением состояло 145 чел. (47,9%). Диспансеризацию прошли 145 чел. (100%). По данным за I квартал 2016 г. болезней ССС зарегистрировано 2828 чел., из них с впервые установленным диагнозом 894 человека (31,6%). Состояло под диспансерным наблюдением 2023 чел. (77,9%). Диспансеризацию прошли 2214 чел. (78,3%). Из них больных артериальной гипертензией (АГ) 416 человек (14,7%). Установлен диагноз АГ впервые у 176 чел. (42,3%). Состоит под диспансерным наблюдением 386 чел. (92,8%). Диспансеризацию прошли 416 чел. (100%). В 2017 г. (за первый квартал) зарегистрировано больных с заболеваниями системы кровообращения 2531 чел., из них с впервые установленным диагнозом 419 чел. (16,6%). Состоит под диспансерным наблюдением 1266 чел. (50%). Состоит на «Д» учете 2165 чел. (85,5%) из них больных с артериальной гипертензией зарегистрировано 271 чел. (10,7%), у 192 чел. (70,8%) – диагноз установлен впервые. Состоит на диспансерном учете 235 чел. (86,7%). Диспансеризацию прошли 850 чел. (100%). Результаты и их обсуждение. Наблюдается рост больных АГ с впервые установленным диагнозом 13,5% в 2015 г., 42,3% в 2016 г., и 70,8% в 2017 г. В 2015, 2016 и 2017 гг. увеличилось и число больных АГ, состоящих на «Д» учете – 47,9%, 92,8% и 86,7% соответственно. Число больных, прошедших диспансеризацию увеличилось: в 2015 г. – 74,1%, 2016 г. – 78,3% и 2017 г. – 85,5%.

Выводы. За трехлетний период отмечена тенденция к увеличению числа пациентов АГ в 2015 – 2016 гг. – 12%-14,7%, а в 2017 снижение – 10,7%. С впервые установленным диагнозом рост заболеваемости АГ от 13,5 – 42,3% – 70,8% соответственно. АГ не является редкой патологией в Дагестане, встречается во всех возрастных группах, преимущественно у женщин и лиц среднего возраста.

## **Эссенциальные фосфолипиды в комплексном лечении больных алкогольным стеатогепатитом.**

*Масуев К.А., Умаханова Ж.Ш., Абдуллатипова Б.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Поликлиника №6, Махачкала*

Алкогольный стеатогепатит (АСГ) одна из актуальных проблем современной медицины. АСГ в клинической практике встречается часто. Риск поражения печени достоверно увеличивается при употреблении чистого этанола в день не менее 5 лет (не более 40-80% у мужчин и более 20 г для женщин). Хроническое употребление алкоголя способствует снижению активности митохондриальных ферментов и разобщению окисления и фосфорилирования в электронно-транспортной цепи. В свою очередь это уменьшает синтез АТФ. Развитие стеатоза печени наиболее тяжелое осложнение алкогольной болезни печени (АБП), связанное с повреждением ДНК митохондрии продуктами перекисного окисления липидов. Целью исследования было изучение клинико-диагностических критериев АСГ и возможности комплексного лечения (по данным государственного бюджетного учреждения РД «Поликлиника №6» г. Махачкалы.).

Материалы и методы. Анализу подвергались 17 больных АСГ в поликлинике. Диагноз устанавливали на основании жалоб: астеновегетативные, диспептические симптомы, тяжесть и боли в правом подреберье, похудание; тщательно собранного анамнеза: вредные привычки, злоупотребление алкоголем (многие больные склонны скрывать злоупотребление алкоголем), идентификации расстройств, связанных с приемом алкоголя, установления среднеустойчивой дозы спиртных напитков (в пересчете на 100% – этанол – для мужчин меньше 40 г/с, а для женщин меньше 20 г/с.) Для диагноза имели значение и данные объективного статуса: Антропометрические данные – «Алкогольные стигмы», расширение сосудов склер и носа, увеличение околушных желез, атрофия плечевого пояса, яркие сосудистые звездочки, гинекомастия, контрактура Дюпюитрена, эритема. Имели место и признаки активности патологического процесса в печени – болезненность при пальпации правого подреберья, гепатомегалия, спленомегалия. Наблюдалась у некоторых больных и мульти органные поражения: периферическая полинейропатия, энцефалопатия, метаболическая кардиомиопатия, хронический панкреатит, нейропатия. Подтверждали диагноз АСГ данные биохимических анализов крови: активность АЛТ, АСАТ, щелочной фосфатазы, ГГТП (гамма-глутамилтранспептидазы), уровни общего белка, билирубина, показателей коагулограммы, липидного и углеводного спектров. Наиболее информативные данные дают при АСГ – УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография печени. Диагноз подтверждается морфологическим исследованием биопсионного материала печени. Результаты и их обсуждение. Анализы результатов обследованных нами 17 больных после проведенного комплексного лечения показали субъективное улучшение состояния в 34,9% случаев, у 30% исчез астеновегетативный синдром, в 47% – уменьшилось чувство тяжести, боли в правом подреберье, в 60% случае купировались диспептические жалобы. Данные биохимических исследований после проведенного лечения: уровни АСАТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, триглицеридов снизились. Эти показатели отражают в первую очередь этаноловый компонент стеатогепатита, так как АСАТ в гепатоците на 80% представлена митохондриальной фракцией. Введение фосфолипидов (гептрала, эссенциале, урсодезоксихолевой кислоты) в комплексном лечении у больных АСГ улучшает состояние больных, динамику биохимических показателей и не сопровождается нежелательными побочными эффектами. Они нормализуют метаболизм липидов белков в печени, оказывают детоксицирующее действие, восстанавливают клеточную структуру гепатоцитов и фосфолипид зависимые ферментные системы, предотвращают образование фибринозной ткани в печени. Выводы. Таким образом, наши исследования позволили изучить клинико-диагностические критерии АСГ и подтвердили патогенетическое обоснование, эффективность, отсутствие побочных эффектов при назначении фосфолипидов в комплексном лечении больных алкогольным стеатогепатитом.

## **Изменение variability ритма сердца ивабрадином у пациентов в постинфарктном периоде с синусовой тахикардией.**

*Махачева А.М., Абдуллаев А.А., Исламова У.А., Хабчабов Р.Г.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала*

Цель: выявить эффективность ивабрадина в сочетании со стандартной терапией в изменении variability ритма сердца (ВРС) у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ).

Материал и методы. Мы наблюдали 34 пациента с синусовой тахикардией в покое (число сердечных сокращений – 70-100 в одну минуту), перенесших Q-ИМ, в возрасте от 43 до 68 лет (мужчин – 26, женщин – 8), со дня их выписки из стационара и в течение одного месяца лечения. 12 из них страдали артериальной гипертензией, у всех имела место стенокардия напряжения II-III ФК. Всем пациентам проводили среднесуточный подсчет числа приступов стенокардии, потребовавших их купирования одним впрыском под язык нитроминта (фирма Egis, Венгрия), записывали ЭКГ в 12 отведениях, проводили регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков, временной и спектральной анализы показателей ВРС с использованием компьютерного комплекса «Поли-спектр» фирмы «Нейрософт ЛТД, Иваново». Исследование за период наблюдения проводилось исходно в сроки 16-21-е сут. и к концу одного месяца от начала ИМ. Все больные получали ивабрадин (кораксан компании Servier, Франция) в дозе 10-15 мг/сут (титрование до достижения числа сердечных сокращений в покое 50-70 в одну минуту) ацетилсалициловую кислоту, клопидогрел, периндоприл, розувастатин, нитраты и другие средства по показаниям. Лечение ивабрадином проводили в течение одного месяца сразу после стационарного этапа.

Полученные результаты. В основной группе через один месяц лечения по сравнению с исходными показателями уменьшилось среднесуточное число приступов стенокардии, потребовавших купирования одним впрыском под язык нитроминта на 62%; увеличились стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R (SDDN) – 115,0±7,1 мс, стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDANN) – 95,5±7,0 мс и среднее для стандартных отклонений от средних значений продолжительности синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDNNi) – 52,6±2,3 мс по сравнению с исходными показателями до лечения – 103±6,4, 92,9±6,8 и 47,3±2,7 мс соответственно.

Выводы. У пациентов с синусовой тахикардией после Q-ИМ использование ивабрадина в сочетании со стандартной терапией уменьшает среднесуточное число приступов стенокардии на 60%, увеличивает временные показатели ВРС и, следовательно, уменьшает симпатическое влияние на сердце, что может способствовать уменьшению частоты фатальных нарушений ритма и внезапной смерти.

### **Значение профиброгенных цитокинов в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С.**

*Мухаджиев А.А., Маммаев С.Н., Рамазанов Ш.Р.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель исследования – изучить клиническую информативность уровней трансформирующего фактора роста  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ) и тканевого ингибитора металлопротеазы 1 типа (ТИМП-1) в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С (ХГ С).

Материал и методы исследования. Обследовано 150 больных ХГ С в возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст 36,7±9,2)), из них мужчин 104 (37,2±9,1 лет), женщин 46 (35,8±10,6 лет). Диагноз установлен на основании общеклинического, биохимического, иммуноферментного и ПЦР-исследований. Стадию фиброза

печени определяли посредством фиброэластометрии на аппарате «Фиброскан» (Echosens, Франция). Контрольную группу составили 35 здоровых лиц в возрасте от 19 до 46 лет (средний возраст 32,5±10,6). Концентрацию TGF- $\beta 1$  и ТИМП-1 в сыворотке крови определяли ИФА-методом с использованием коммерческих наборов (R@D, США). Результаты. При изучении стадии фиброза установлено, что F0 по шкале Metavir у 52 (34,7%) больных, F1 – у 38 (25,3%), F2 – у 22 (14,7%), F3 – у 18 (12,0%) и F4 – у 20 (13,3%). У больных ХГ С отмечалось значимое ( $p < 0,01$ ) повышение уровня TGF- $\beta 1$  и ТИМП-1 в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой. Выявлена значимая ( $p < 0,01$ ) корреляционная связь между уровнем TGF- $\beta 1$  и ТИМП-1, с одной стороны, и активностью цитолитических ферментов, с другой ( $r = 0,61$ ,  $r = 0,68$ , соответственно). При сопоставлении уровня цитокинов и стадии фиброза печени по данным фиброэластометрии у больных ХГ С установлена статистически значимая связь ( $p < 0,01$ ) между содержанием TGF- $\beta 1$  и ТИМП-1 в сыворотке крови и индексом фиброза печени ( $r = 0,78$  и  $r = 0,71$ ).

Выводы. Трансформирующий фактор роста-1b и тканевой ингибитор металлопротеазы-1 сыворотки крови участвуют в патогенезе хронического гепатита С, и наряду с показателями фиброэластометрии могут служить неинвазивными параметрами, определяющими выраженность фибротических изменений в печени.

### **Динамика неинвазивных значений фиброза печени у больных ХГ С при проведении противовирусной терапии пегилированным интерфероном- $\alpha$ -2a и рибавирином.**

*Мухаджиев А.А., Маммаев С.Н., Рамазанов Ш.Р.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель исследования – изучить влияние пегилированного интерферона- $\alpha$ -2a и рибавирина на показатели трансформирующего фактора роста –  $\beta 1$ , тканевого ингибитора металлопротеиназы – 1 типа в сыворотке крови и данных фиброэластометрии у больных хроническим гепатитом С (ХГ С).

Материал и методы исследования. Обследовано 150 больных ХГ С в возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст 35,6±10,5), из них мужчин 41, женщин 22. Диагноз установлен на основании общеклинического, биохимического и иммуноферментного исследований. Наличие РНК вируса гепатита С (ВГ С) выявляли методом ПЦР в режиме реал-тайм. Концентрацию цитокина TGF- $\beta 1$  и ТИМП-1 в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием тест-наборов «R@D» systems (США). Стадию фиброза печени определяли методом фиброэластометрии на аппарате «Фиброскан» (Echosens, Франция). Контрольную группу составили 35 здоровых лиц в возрасте от 19 до 46 лет. После установления клинического диагноза 80 больных получали стандартную противовирусную терапию пегилированным интерфероном- $\alpha$ -2a (ПЭГ-ИНФ- $\alpha$ -2a) и рибавирином (РБВ) длительностью 24 или 48 недель в зависимости от генотипа ВГ С. Группа сравнения была составлена из 45 больных ХГ С без лечения противовирусными препаратами и с сопоставимыми клинико-лабораторными признаками.

Результаты. У 98 (65,3%) больных ХГ С установлен 1b генотип, 2-й у 15 (10,0%) и 3-й генотип – у 37 (24,7%). Высокая вирусная нагрузка (более 800 000 МЕ/мл) выявлена у 33 (41,3%) исследованных больных. При анализе показателей проведенной фиброэластометрии у 52



(34,7%) больных выявлена 0 стадия, у 38 (25,3%) – 1-я стадия, у 22 (14,7%) – 2-я стадия, у 18 (12,0%) – 3-я стадия и у 20 (13,3%) – 4-я стадия фиброза по шкале METAVIR. Установлено значимое ( $p < 0,01$ ) повышение уровня TGF-1b и ТИМП-1 в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой. Устойчивый вирусологический ответ (УВО) на фоне противовирусной терапии был достигнут у 29 (36,2%) больных генотипом 3a и у 42 (52,5%) – с генотипом 1 b. У больных, достигших УВО показатели TGF-1b и ТИМП-1 значительно ( $p < 0,01$ ) снизились по сравнению с их значениями до начала лечения и не отличались от контрольных показателей. У пациентов группы сравнения спустя 24 недели наблюдения существенных изменений в параметрах цитокинов по сравнению с исходными показателями не установлено. Выводы. Достижение УВО при использовании ПЭГ-ИНФ- $\alpha$ -2a и РБВ в терапии больных ХГС сопровождается значительным снижением уровня TGF-1b и ТИМП-1 в сыворотке крови.

### **Достижение целевого уровня артериального давления у пожилых лиц.**

*Омарова Д.А., Магомедова Э.Р., Халитова Н.Р., Шадад Б.Я., Сулейманова С.В.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Актуальность. Контроль артериальной гипертонии (АГ) является одной из важных задач терапевтической службы. Даже незначительная коррекция АД приводит к существенному эффекту – снижению риска фатальных сердечно-сосудистых событий. Адекватная коррекция АД должна осуществляться практически пожизненно. В связи с очевидным постарением населения эта задача становится более актуальной. Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов, существует солидная доказательная база, чтобы рекомендовать больным АГ пожилого и старческого возраста с уровнем САД  $\geq 160$  мм рт.ст. снижение САД до уровня 140 – 150 мм рт.ст.

Целью настоящего исследования стало изучение достижения целевого уровня САД ниже 150 мм рт. ст. у лиц старше 70 лет, наблюдаемых участковыми терапевтами городов Дагестана.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в рамках всероссийского проекта под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов, по поручению Минздрава России в поликлиниках Махачкалы, Избербаша, Каспийска, Буйнакска и Дербента. Проведен ретроспективный анализ анкет, составленных по амбулаторным картам больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, субанализ когорты пациентов с АГ (1 группа, 628 карт) и пациентов с АГ старше 65 лет (2 группа, 157 карт). Целевым уровнем для 1-й группы считался менее 140/90 мм рт. ст., для 2-й группы -150/90 мм рт. ст.

Результаты исследования. В поликлинике №1 Махачкалы гипотензивная терапия была назначена 84,26% лиц, а больные старше 70 лет – 100%. Достигли эффекта в 1 группе – 66,7%. В поликлинике №6 – гипотензивную терапию получали 76,19% пациентов, эффекта достигли -29,16%. Пациенты 2 группы – лечились 81,6%, эффективно – 61,53%. В поликлинике №7 в обеих группах лечились 100% пациентов, но если в 1-й группе достижение целевого уровня составило 35%, то во 2-й группе – 70%. В поликлинике Буйнакска в 1-й группе лечились 96,6% пациентов, эффекта достигли 31%, во 2-й группе лечились 100%, успешно – 54,54 %. В Дербенте в 1-й группе лечились 99,1%

(эффективно – 32,1%), а в старшей возрастной группе – 100% (31,25). В поликлинике Каспийска гипотензивную терапию получали 87,82% пациентов 1 группы, успешно – 31,68%, во 2-й группе – получали лечение 95% (эффективно – 47,36%). В Избербаше терапия была назначена 90,44% пациентов 1-й группы (успешная у 19,25%), во 2-й группе – 98,11%, а эффект достигнут у 46,15% пациентов. В 1-й группе лечение было назначено 90,6% больных, эффективность составила 32,86%. Во 2-й группе гипотензивная терапия была назначена 97,45% пациентов, эффективна терапия была у 48,36%.

Выводы. Эффективность достижения целевого уровня АД (при менее строгих критериях) у лиц старше 70 лет в поликлиниках городов республики оказалась выше, чем в общей группе пациентов с АГ, что, по-видимому, связано с более тщательным диспансерным наблюдением и приверженностью к лечению лиц пожилого возраста.

### **Анализ клинико-лабораторных параметров у женщин репродуктивного возраста с хроническим гепатитом С.**

*Переплетина Т.А., Лисовская Т.В., Мальгина Г.Б.*

*Уральский научно – исследовательский институт охраны материнства и младенчества, Екатеринбург*

Хронический гепатит С (ХГС) является общемировой медико-социальной проблемой. На сегодняшний день заболеваемость гепатитом С у женщин превысила данные показатели среди мужского населения.

Целью исследования – провести анализ клинико-лабораторных параметров у женщин репродуктивного возраста с хроническим гепатитом С. Было проведено открытое проспективное сравнительное исследование клинических и лабораторных параметров у 107 пациенток репродуктивного возраста с ХГС. Пациентки были разделены на две группы по уровню вирусемии: 1-я группа (58 человек) – пациентки с ХГС и минимальной вирусемией (менее 103 коп/мл), 2-ая группа (49 человек) – больные ХГС и умеренной вирусемией (103-105 коп/мл). Медиана возраста пациенток 1 и 2 группы составила: 35,0 (31,0÷38,0) лет и 33,0 (29,2÷36,0) лет соответственно,  $p > 0,05$ . Продолжительность ХГС к началу исследования составила 4,5 (2÷9) лет в 1-й группе и 3 (1÷6) лет – во 2-й группе,  $p > 0,05$ . Пациентки с ХГС предъявляли жалобы на боль (тяжесть) в правом подреберье (32,8% – в 1-й группе и 61,2% – во 2-й группе,  $p = 0,002$ ); на желудочную и кишечную диспепсию (36,2% и 46,9% и 24,1% и 36,7% соответственно,  $p > 0,05$ ); на кожный зуд (3,4% и 8,2% соответственно,  $p > 0,05$ ). Лишь у пациенток 2-й группы отмечались желтуха (6,1%) и геморрагические проявления в виде кровоточивости десен, носовых кровотечений (2,8%). Также пациентки с ХГС предъявляли жалобы со стороны репродуктивной системы: на обильные менструации (24,1% и 22,4% соответственно,  $p > 0,05$ ), на болезненные менструации (55,2% и 42,9% соответственно,  $p > 0,05$ ) и на отсутствие беременности (51,7% и 55,1% соответственно,  $p > 0,05$ ). В анамнезе обращало на себя внимание наличие ранее диагностированных гиперпластических процессов в эндометрии (ГПЭ), по поводу которых проводилось амбулаторное или стационарное лечение, достоверно преобладали во 2-й группе по сравнению с 1-й группой: 17,2% и 49,0%,  $p = 0,001$ . У большинства исследуемых пациенток менструальный цикл был регулярный, но болезненный. Пациентки 2-й группы достоверно чаще отмечали обильную менструальную кровопотерю: 34,7%,  $p = 0,009$ . При

объективном осмотре лишь у 3 человек (6,1%) 2-й группы кожный покров был субиктеричный. У 6,9% пациенток 1-й группы и у 10,2% - 2-й группы пальпаторно выявлялась 1 степень увеличения щитовидной железы,  $p > 0,05$ . Превалировали женщины с индексом массы тела, превышающим норму ( $ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ): 62,1% – в 1-й группе и 49% – во 2-й группе,  $p > 0,05$ . При объективном исследовании органов брюшной полости выявлено увеличение размеров печени лишь во 2-й группе. При анализе лабораторных параметров было выявлено незначительное снижение гемоглобина (118 (112±123) г/л) во 2-й группе, с достоверным отличием от 1-й группы (133 (126±144) г/л),  $p = 0,013$ ; и более низкие показатели тромбоцитов: 225 (190,5±271)×10<sup>9</sup>/л и 179 (150±208)×10<sup>9</sup>/л соответственно,  $p = 0,001$ . В биохимическом анализе крови лишь во 2-й группе было выявлено повышение аспартаминотрансферазы (АСТ) до 45 (26,2±67,5) Е/л, аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 50,9 (24,9±79,5) Е/л. Также отмечалось повышение гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП): 56 (32±86) Е/л – в 1-й группе и 98 (45±136) Е/л – во второй группе,  $p = 0,026$ . При анализе свёртывающей способности крови было выявлено достоверное снижение лишь показателя протромбинового индекса во 2-й группе: 98,4 (92,7±104,6)% – в 1-й группе и 83,0 (77,9±91,1)% – во 2-й группе,  $p = 0,001$ . Медиана уровня тиреотропного гормона составила: 2,3 (1,6±3,2) мЕ/л – в 1-й группе и 1,8 (1,2±2,9) мЕ/л – во 2-й группе,  $p > 0,05$ . При наличии медианы показателей АТ-ТПО в пределах референсных значений, тем не менее, у 34,6% пациенток 2-й группы наблюдалась превышение данного показателя, что свидетельствовало о возможном внепеченочном поражении щитовидной железы. При гормональном исследовании эстрадиола и прогестерона на 19-21 день менструального цикла была отмечена гиперэстрогемия: 246 (227±282) и 367 (197±459,5) соответственно,  $p = 0,010$ . Показатель прогестерона у пациенток обеих групп не выходил за пределы референсных значений,  $p > 0,05$ . Медиана уровня вiremии составила 0 (0±100) коп/мл для 1-й группы и 100000 (17500±180000) коп/мл – для 2-й группы,  $p = 0,001$ . При генотипировании было выявлено преобладание 3а генотипа: 77,8% в 1-й группе и 72,7% во 2-й группе. Таким образом, для женщин репродуктивного возраста с ХГС, наряду с жалобами со стороны органов пищеварения, гепатомегалией, анемией, повышением АСТ, АЛТ, ГГТП, уровня эстрогена, характерны жалобы на различные формы дисменореи, наличие ГПЭ в анамнезе.

## Ремикейд в комплексном лечении больных ревматоидным артритом.

*Умаханова Ж.Ш., Абашилова Х.П., Алисултанова Н.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Ревматоидный артрит (РА) распространенное заболевание, и ему подвержены все этнические группы. От 5 до 50 человек на 100 000 населения заболевает каждый год. Средний возраст начала заболевания составляет 40-50 лет для женщин и несколько больше для мужчин. В последние годы отмечен рост заболеваемости ревматоидного артрита (РА), в том числе у лиц пожилого возраста (от 60 до 75 лет). У больных пожилого возраста после первой атаки рецидив заболевания отмечается в 15-70%, а у 20% – возникает та или иная форма хронического периферического артрита и/или поражение осового скелета, причем 70% пациентов становятся инвалидами. РА – аутоиммунное заболевание, основной элемент

– атака иммунной системы организма на свои собственные ткани.

Цель исследования: выявить критерии неблагоприятного прогноза, раннее поражение крупных суставов и появление ревматоидных узелков, увеличение лимфоузлов, системность, увеличение СОЭ и высокие титры ревмофактора, R-логические изменения, антинуклеарные антитела и LE-клетки, носительство антигенов HLA-DR4. Основные препараты для лечения РА: инфликсимаб, адалимумаб, этанерсепт (воздействуют на фактор некроза опухоли – ФНО-α), ретуксимаб (воздействует на В-лимфоциты), анакинра (воздействует на интерлейкин-1). Препараты вызывают выраженный клинический эффект и достоверно доказанное торможение деструкции суставов. Результаты и их обсуждение. Проанализированы амбулаторные карты больных РА, находившихся на амбулаторном лечении в ГБУ РД «Поликлиника №6». В 2015 г. больных РА зарегистрировано 315 чел. на 1000 населения, что составляло 8,2%, из которых впервые выявленные больные – 150 чел. (3,9%). Лица пожилого возраста составляли 117 чел. из 315, т.е. составляли 37,1%. Из впервые выявленных – 150 чел. – 48 чел. (32%) - лица пожилого возраста. Данные стационара (ревматологическое отделение РКБ), совпадают с данными поликлиники, т.е. больные РА пожилого возраста составляли 29% и 33,4% в 2015 г. и 2016 г. соответственно. Больные РА получали антибактериальное лечение сульфасалазином в дозе 30 мг/кг в сутки в течение 10-14 дней. Это лечение временно подавляет активность воспаления в инфекционном очаге. В дальнейшем больные получали антибактериальное лечение еще до года. Больным РА применяли и иммуносупрессоры, кортикостероиды, замедлившие прогрессирование болезни, подавившие активность иммунных реакций. Кортикостероиды назначались при неэффективности лечения антибактериальными препаратами или же при наличии выраженных побочных реакций их применения. В некоторых случаях кортикостероиды применялись после или на фоне антибактериальной терапии внутрисуставно (депо-кортикостероидов) для снятия острой боли. В комплексе лечебных мероприятий применялись и цитостатики. В связи с обнаружением повышенного уровня фактора некроза опухоли – Е при лечении РА мы назначали ремикейд 100 мг (инфликсимаб) или этанерсепт. Ремикейд назначался больным пожилого возраста, имевшим группу инвалидности, т.к. препарат дорогой, но он включен в список бесплатных препаратов для лечения (РА). Единственная проблема при назначении ремикейда, это гиперчувствительность или аллергические заболевания. Поэтому ремикейд назначается стационарно.

Выводы: 1. Ремикейд - химерное моноклональное антитело к ФНО-α. Назначается в сочетании с метотрексатом. У пациентов с недостаточной эффективностью терапии средними и высокими дозами метотрексата, ремикейд существенно улучшает ответ на лечение и функциональные показатели, тормозит прогрессирование сужения суставной щели и развития эрозивного процесса. 2. До назначения проводить скрининговое обследование на туберкулез (R-графия легких, туберкулиновая проба). 3. Схема назначения ремикейда. Начальная доза препарата – 3 мг/кг, массы тела больного в/в капельно, затем по 3 мг/кг, массы тела через 2, 6 и 8 недель, затем по 3 мг/кг массы тела каждые 8 недель. При недостаточной эффективности дозу можно увеличить на 10 мг/кг, массы тела. После отмены ремикейда продолжается поддерживающая терапия метотрексатом. При повторном назначении ремикейда у больных может развиваться реакция гиперчувствительности замедленного типа. Итак, заболеваемость РА остается высокой и имеет тенденция увеличения. Длительная терапия сульфасалазимином и кортикостероидами являются эффективными.

## Частота вызовов скорой медицинской помощи у кардиологических больных и влияние на нее различных метеофакторов.

Хасаев А.Ш., Масуева А.М.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала

Цель: оценить влияние различных метеорологических факторов на обращаемость населения за скорой медицинской помощью (СМП) по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы: проанализированы данные о 20370 больных с учетом пола и возраста, обратившихся за СМП по поводу ССЗ в г. Махачкале. Из них по поводу артериальной гипертонии (АГ) обратились 12 287 больных и по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) – 12 643, сочетанная патология у 7239 больных. Средний возраст мужчин 60,2±14,7, а женщин – 62,7±14,5. Данные метеонаблюдений предоставлены Республиканским Гидрометцентром РД.

Результаты: болезни системы кровообращения занимают 1 место (29,9%) среди всех заболеваний, послуживших причиной вызова СМП, на 2 месте болезни органов дыхания (19,4%). В возрастной группе 50-59 лет выявлена наибольшая прямая корреляция с погодными условиями ( $r > 0,70$ ), в возрастных группах 40-49, 60-69 лет и старше также прослеживается значимая корреляция. В более молодых возрастных группах связь слабее ( $r < 0,50$ ). Вызовы по поводу инфаркта миокарда имеют отрицательную корреляцию с температурой воздуха у мужчин  $r = -0,607$ , у женщин связь не прослеживается. По поводу стенокардии обратная корреляция с колебаниями температуры воздуха (у женщин  $r = -0,787$ , у мужчин  $r = -0,887$ ), температуры почвы (у женщин  $r = -0,757$ , у мужчин  $r = -0,831$ ), дефицитом насыщения кислородом (у женщин  $r = -0,694$ , у мужчин  $r = -0,843$ ), амплитудой температуры почвы (у женщин  $r = -0,586$ , у мужчин  $r = -0,555$ ), а прямая корреляция частоты вызовов СМП выявлена с относительной влажностью (у женщин  $r = 0,503$ , у мужчин  $r = 0,688$ ) и атмосферным давлением (у женщин  $r = 0,559$ , у мужчин  $r = 0,651$ ). Выявлена отрицательная корреляция между количеством вызовов по поводу АГ и гипертонических кризов (ГК) и среднемесячными колебаниями температуры воздуха (у женщин  $r = -0,831$ , у мужчин  $r = -0,808$ ,  $p < 0,01$ ), температуры почвы (у женщин  $r = -0,831$ , у мужчин  $r = -0,797$ ), дефицитом насыщения кислородом (у женщин  $r = -0,817$ , у мужчин  $r = -0,765$ ), амплитудой температуры почвы (у женщин  $r = -0,787$ , у мужчин  $r = -0,691$ ), а положительная корреляция выявлена со средней относительной влажностью (у женщин  $r = 0,714$ , у мужчин  $r = 0,602$ ) и атмосферным давлением (у женщин  $r = 0,778$ , у мужчин  $r = 0,626$ ). Из других параметров погоды нами изучались давление водяных паров, облачность, ветер, осадки. Выявлена высокая достоверная отрицательная корреляция между стенокардией и давлением водяных паров  $r = -0,901$  ( $p < 0,01$ ), дефицитом насыщения кислородом  $r = -0,806$  ( $p < 0,01$ ), облачностью  $r = -0,606$  ( $p < 0,01$ ). У мужчин с ИМ выявлена отрицательная корреляция с давлением водяных паров  $r = -0,517$  ( $p < 0,01$ ), дефицитом насыщения кислородом  $r = -0,527$  ( $p < 0,01$ ), облачностью  $r = -0,524$  ( $p < 0,01$ ). АГ одинаково у мужчин и женщин коррелирует с давлением водяных паров  $r = -0,782$  ( $p < 0,01$ ), относительной влажностью  $r = 0,626$  ( $p < 0,01$ ), дефицитом насыщения кислородом  $r = -0,758$  ( $p < 0,01$ ), облачностью  $r = -0,693$  ( $p < 0,01$ ).

Выводы: обращение за СМП при ССЗ в г. Махачкале существенно зависит от погодных условий. Частота вызовов повышается под влиянием температуры и атмосферного давления при артериальной

гипертонии, гипертоническом кризе и стенокардии. Знание закономерностей реакции ССЗ на погодные условия позволит составить медицинские прогнозы погоды с указанием рекомендуемых фармакологических препаратов и элементов поведенческого плана.

## Сравнительная оценка общетерапевтических знаний стажированных врачей и врачей без опыта работы с помощью специально разработанного опросника.

Шавкута Г.В., Шнюкова Т.В., Вайнштейн Н.В., Беликова Г.В.,  
Лянова Л.А., Склярова Н.И.

Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростов-на-Дону

Цель и задачи: оценка знаний врачей, работающих или планирующих работать в первичном звене здравоохранения, при помощи разработанного нами опросника. Опросник включал как общие вопросы, в том числе по пропедевтике внутренних болезней (21 вопрос), так и вопросы по различным областям терапии (кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, ревматологии, гематологии, нефрологии).

Материал и методы. При помощи разработанного нами опросника проведено анкетирование 114 врачей, 37 из них работают врачами первичного звена здравоохранения более 10 лет, а 77 проходят обучение в интернатуре по терапии. Результаты оценивали статистически с помощью программ Excell и Biostat. Относительные величины сравнивали при помощи критерия z. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Полученные результаты. В целом результаты стажированных врачей оказались практически такими же, как у врачей-интернов. Так, средний балл опытных врачей составил 132,21±40,32, а интернов 135,48±52,90 ( $p > 0,05$ ). Полностью правильных ответов у стажированных врачей было 47,73±20,50, а у интернов – 50,79±24,70 ( $p > 0,05$ ). Стажированные врачи лучше интернов отвечали на следующие вопросы: назовите причины отеков нижних конечностей (48,65% против 25,97%), как при физикальном обследовании выявить наличие жидкости в плевральной полости (45,95% против 32,47%), что входит в программу обязательного обследования при подозрении на онкопатологию (32,43% против 11,69%), норма глюкозы в венозной крови (43,74% против 25,79%), какие заболевания необходимо исключить при болях в эпигастрии (43,24% против 24,67%), какие заболевания необходимо исключить при болях в мезогастррии (40,54% против 18,18%), наиболее частые причины острого живота у женщин (70,27% против 50,65%). Врачи-интерны, напротив, лучше отвечали на следующие вопросы: отличия ХБП и ХПН (28,57% против 10,80%), ваша тактика при апноэ сна (22,08% против 8,11%), состояние каких органов необходимо оценить до начала терапии НПВП (48,05% против 24,32%), наиболее частые причины острого живота у мужчин (18,18% против 8,10%), причины гидроторакса (29,87% против 13,51%).

Выводы. 1. На основании разработанного нами опросника выявлены вопросы, которые требуют актуализации при проведении циклов повышения квалификации специалистов первичного звена здравоохранения. 2. Врачи первичного звена здравоохранения с опытом работы более 10 лет лучше отвечали на вопросы, непосредственно касающиеся их практической деятельности, в то время как врачи-интерны обладали лучшими теоретическими знаниями. 3. Большой разброс результатов тестирования среди

врачей первичного звена здравоохранения свидетельствует об огромной роли личностных особенностей врача, в том числе в плане желаний овладения новыми знаниями и повторения имеющейся информации. В перспективе использование различных вариантов оценки врачебных знаний с дифференцированной оплатой труда могло бы способствовать улучшения качества медицинской помощи.

4. Ухудшение качества знаний во время работы врачом первичного звена здравоохранения, возможно, является следствием высокой загруженности врачей и дефицитом времени на самообразование. Предпочтительно увеличение времени на амбулаторный прием и внедрение преференций врачам, повышающим свой образовательный уровень.

### **Влияние локальной наружной контрпульсации на показатели центральной и периферической гемодинамики у больных нестабильной стенокардией.**

*Шамилова С.Г., Кудавев М.Т., Османова А.В., Абдуразакова М.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибает более 17,3 млн человек. В значительной степени смертность от сердечно-сосудистых заболеваний обусловлена ишемической болезнью сердца (ИБС). В настоящее время существуют две основные стратегии в лечении больных с ИС – консервативной и инвазивной. На сегодняшний день в мировой литературе имеются противоречивые данные по поводу преимущества той или иной тактики ведения пациентов с ИС. Нами разработана и внедрена в клиническую практику модификация контрпульсации – метод локальной наружной контрпульсации (ЛНК). Это неинвазивный и атравматический метод, позволяющий добиваться повышения перфузионного давления, что ведет к улучшению кровоснабжения сердца и других органов (мозга, печени, почек и половой системы).

Цель. Оценка влияния ЛНК на показатели центральной и периферической гемодинамики у больных нестабильной стенокардией.

Материалы и методы. В исследование включено 45 пациентов с ИС II В класса по классификации Браунвальда и промежуточным риском развития неблагоприятных исходов по шкале TIMI. Все больные были разделены на 2 группы: группа вмешательства (n=30), где наряду со стандартной медицинской терапией применяли метод ЛНК и группа контроля, где применяли только стандартное медикаментозное лечение. До и после лечения оценивали показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), пульсового артериального давления (ПАД), конечно-систолического объема (КСО), конечно-диастолического объема (КДО), фракции выброса (ФВ) и отношение пиковой скорости раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А).

Результаты. Показатель ЧСС снизился в группе вмешательства на 17% и в группе контроля на 9%; САД и ДАД в группе вмешательства снизились на 17% и 12% и в группе контроля на 9% и 5% соответственно. В группе комплексного лечения к 20-му дню лечения КДО уменьшился на 9,1%, КСО на 11% по сравнению с группой стандартного медикаментозного лечения (на 4% и на 6%). ФВ после лечения увеличилась на 10% в группе с применением ЛНК и на 2% в группе сравнения, Е/А у больных группы вмешательства изменился на 15%, а в группе контроля

на 8%, что говорит об улучшении сократительной способности и диастолической функции миокарда.

Выводы. Динамика изучаемых показателей центральной и периферической гемодинамики в группе с применением дополнительно ЛНК носила более значимый характер, нежели в группе с применением только стандартной медикаментозной терапии.

### **Современное лечение железодефицитных анемий, наслаивающихся на различные первичные болезни.**

*Шамов И.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Беременность и акушерско-гинекологические состояния. Анемия является частым состоянием во время беременности, особенно среди женщин в странах с низким и средним уровнем дохода. Традиционно гестационная анемия лечилась ПО ежедневным приёмом препаратов Fe во время беременности, но соблюдение этого режима часто не удавалось из-за ПР, которые приводили к прерыванию лечения. В связи с этим было предложено лечить ЖДА беременных и у беременных карбоксимальтозой Fe (феринжент). В многочисленных рандомизированных, проспективных, плацебо контролируемых исследованиях, систематических обзорах и мета-анализах доказано, что этот препарат оптимален для лечения таких больных. Он при анемиях беременных хорошо переносится и не приводит к каким либо серьёзным побочным реакциям. При необходимости В/В лечения беременных с анемией средней тяжести и тяжёлого течения во 2-ом или 3-ем триместре, феринжент является препаратом выбора.

Воспалительные заболевания кишечника. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) часто сопровождаются анемией, которая связана с микрокровотечениями в ЖКТ и в 90% случаев является железодефицитной. Пероральное лечение при этих заболеваниях чревато целым рядом побочных реакций и их обострением. В связи с этим также в значительном числе работ было изучено влияние феринжента на анемии при ВЗК. Показано, что В/В лечение хорошо переносится больными, оно приводит к быстрому увеличению уровня Hb и восполнению запасов Fe, не приводя при этом к усилению признаков основной болезни и не вызывая побочных реакции.

Бариатрические операции. Из литературы известно, что ЖДА часто возникает после бариатрических операций. Причина многофакторна: сокращение поступления Fe, возникновение мальабсорбции и т.д. В связи с характером самой операции пероральное лечение ЖДА здесь малоэффективно. Одним из наиболее эффективных и безопасных методов как лечения, так и профилактики анемии при бариатрических операциях является В/В введение 1000 мг феринжента.

Противоопухолевая химиотерапия. Известно, что у 3/4 пациентов со злокачественными опухолями, получающих химиотерапию, развивается малокровие. Для лечения анемии этого генеза обычно применяют эритропоэтин, однако около 50% пациентов плохо отвечают на такое лечение. Есть данные, что основной причиной этого является имеющийся у таких больных, сопутствующий железодефицит. В нескольких рандомизированных клинических исследованиях было показано, что В/В введение препаратов Fe позволяло увеличить частоту ответа на лечение эритропоэтином с 25-70% до 68-93%.

Хроническая болезнь почек и хроническая сердечная недостаточность. Анемия – достаточно частое осложнение хронической болезни почек (ХБП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН). Показано, что анемия выявляется у 69% пациентов, впервые обратившихся в диализный центр. В рекомендациях Европейского общества кардиологов анемия рассматривается как независимый фактор риска смерти и других неблагоприятных исходов у больных ХСН. В целом ряде работ также установлено, что анемия и при ХБП и ХСН лучше всего лечится внутривенными инъекциями карбоксимальтозы Fe.

## Лечение железодефицитной анемии внутривенным введением феринжекта.

Шамов И.А.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала

В последние 15-20 лет были разработаны новые препараты Fe для внутривенного (В/В) лечения ЖДА, не имеющие в своём составе ингредиентов, дающих побочные реакции. Введение их в широкую медицинскую практику в настоящее время становится важнейшим аспектом здравоохранения РФ. Ибо многие авторы считают, что в мире сегодня насчитывается более 2 млрд, а в РФ – многие миллионы людей, страдающих ЖДА и не меньшее число, имеющих дефицит железа, являющихся потенциальными кандидатами в ЖДА. Новые препараты Fe для В/В лечения имеют множество положительных свойств. В связи с этим, сегодня В/В способ лечения железодефицитных состояний в мире стал ведущим. Лечение проводится препаратом карбоксимальтоза Fe {КОМFe}. Препарат зарегистрирован в России с 2012 г., имеет регистрационный номер ЛСР-008848/10-300810 и торговое название феринжект (Ferinject). Производитель препарата – компания «Вифор (Интернэшнл) Инк» (Швейцария). Форма выпуска: стерильный раствор во флаконах по 2 мл и 10 мл. Состав: 50 мг КОМFe в 1 мл раствора. Препарат уже более 10 лет используется за рубежом, ныне широко изучен в многочисленных рандомизированных, плацебо контролируемых, двойных слепых методах исследования, с оценкой результатов в многочисленных мета-анализах. Он получил доказательные данные возможности его применении В/В почти при всех возможных формах ДЖ и ЖДА. Есть и ещё ряд препаратов нового поколения (ферумокситол и др.), которые пока не зарегистрированы в РФ, но, которые уже широко применяются в США и, по отзывам, работают также эффективно, как и КОМFe. Эти препараты имеют целый ряд ценных и неоспоримых преимуществ: -не требуют проведения тест-дозы перед первым введением; -позволяют одномоментно и однократно ввести полную потребную дозу Fe; -обладают очень низким иммуногенным потенциалом, что резко уменьшает возможные анафилактические реакции. При применении препарата ПР встречаются редко и являются клинически незначимыми, лёгкими и быстропроходящими. Методика лечения феринжектом: развести 15 мл феринжекта в 150 мл стерильного физиологического раствора и ввести В/В за 15 минут (примерно 200 капель в минуту). Можно вводить раствор и шприцом, болюсно, за 7-8 минут. Через 7-10 дней проверить наличие ретикулоцитарного криза и повышения уровня Hb. Как правило в эти сроки при В/В способе введения феринжекта бывает не только ретикулоцитарный криз, но и полностью или в значительной степени восстанавливается уровень гемоглобина, ферритина и насыщение трансферрина Fe. Через 10

дней можно спокойно выписать домой стационарного больного ЖДА почти любой этиологии с предложением наблюдаться в поликлинике у своего лечащего врача ещё 20-25 дней. В случае если лечение производится вне стационара (в амбулатории, поликлинике), наблюдение нужно продлить до 20-35 дней. В зарубежных странах метод лечения феринжектом применяется очень широко. Уже опубликовано очень большое количество работ, проведено множество рандомизированных проспективных плацебо контролируемых исследований и их систематический анализ и мета-анализ. Подавляющее большинство работ получили положительный эффект от однократно введенной внутривенно дозы в 750 мг феринжекта. Чрезвычайно редко возникает необходимость повторного введения препарата. В РФ препарат используется очень редко, в Дагестане в единичных случаях по нашему назначению. В связи с этим – чрезвычайно актуально повсеместный переход в лечении ЖДА на внутривенный препарат феринжект.

## Депрессия у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в результате вооруженного конфликта.

Шахбиева З.Ю., Абдуллаев А.А., Гафурова Р.М.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала

Цель: сравнительное изучение наличия и выраженности депрессии у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ) в регионах с вооружённым конфликтом и без него.

Материал и методы. Обследовано на амбулаторном этапе реабилитации 97 пациентов мужского пола в возрасте от 40 до 70 лет, перенесших Q-ИМ. Из них 52 чел. (1-я группа) проживали в районе вооружённого конфликта (Чеченская Республика) и 45 (2-я группа) – в районе с отсутствием такового (приграничный Хасавюртовский район Республики Дагестан). Для выявления тревоги и депрессии использовали психометрические шкалы (шкала депрессии Гамильтона, опросник депрессии Бека), позволяющие выявить психологические отклонения и количественно оценить изучаемые показатели.

Полученные результаты. Выявлено, что абсолютное большинство пациентов 1-й группы имели клинически выраженные признаки депрессии: подавленное настроение (86,5%), различные нарушения сна (94,9%), плохой аппетит (20,4%), слабость, повышенная утомляемость (91,2%), сниженная работоспособность (85,8%), повышенная раздражительность (83,6%), чувство беспокойства (89,0%), снижение половой активности (27,2%). Во 2-й группе эти изменения были менее выраженными: подавленное настроение (65,1%), различные нарушения сна (72,5%), плохой аппетит (15,6%), слабость, повышенная утомляемость (69,3%), сниженная работоспособность (65,7%), повышенная раздражительность (59,4%), чувство беспокойства (66,9%), снижение половой активности (19,8%). Учитывая критерии количественной оценки выраженности депрессии по шкале Гамильтона, у 69,4% пациентов 1-й группы была выявлена малая депрессия, у 13,9% – большая депрессия (во 2-й группе – у 38,5 и 8,7% соответственно). При наличии нарушений ритма сердца и хронической сердечной недостаточности наблюдались более выраженные изменения психики.

Выводы. В регионе вооруженного конфликта имеет место более высокий риск развития депрессии у пациентов, перенесших Q-ИМ,

чем в приграничной зоне без такового. На наличие и выраженность депрессии оказывают влияние потеря близких родственников в регионе вооруженного конфликта и материальные затруднения, связанные с отсутствием работы. Это обосновывает необходимость проведения терапии антидепрессантами в зоне вооруженного конфликта.

## **Эффективность сочетания триметазида и афобазола на фоне стандартной терапии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в регионе вооруженного конфликта.**

*Шахбиева З.Ю., Моллаева Н.Р., Абдуллаев А.А.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель: оценить эффективность сочетания триметазида и афобазола на фоне стандартной терапии у пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда (Q-ИМ) в регионе вооруженного конфликта. Материал и методы. В данное проспективное, открытое, рандомизированное исследование включили 126 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин – 98, женщин – 28), выписанных из стационара после Q-ИМ и проживающих в регионе вооруженного конфликта (Чеченская Республика). Методом случайной выборки они были рандомизированы в три группы, которым проводилась стандартная терапия (периндоприл, бисопролол, розувастатин, ацетилсалициловая кислота, клопидогрел и по показаниям – другие средства). В 1-й группе дополнительно 41 пациент получал триметазидин (предуктал MB, Servier, Франция) в дозе 70 мг/сут в два приема в сочетании с афобазолом (Щелковский витаминный завод ОАО) в дозе 30 мг/сут в три приема. Во 2-й группе у 43 пациентов использовали триметазидин без афобазола и в 3-й группе у 42 – афобазол без триметазида в тех же дозах. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру поражения миокарда. Испытуемое лечение проводили амбулаторно в течение трех месяцев. В дальнейшем им назначали только стандартную терапию. Результаты исследования отслежены в течение 12 мес. Конечными точками явились: смерть, повторный ИМ, нестабильная стенокардия (НС), развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) и комбинированный критерий – сумма всех этих событий.

Полученные результаты. В 1-й группе пациентов за 12 мес. наблюдения умерли двое, у двоих развился повторный ИМ. ХСН I-II ФК развилась у двоих, НС с госпитализацией в стационар имела место у трех наблюдаемых. Комбинированный критерий, включающий все эти события, составил 23,5%. Во 2-й группе внезапно умерли двое, повторный ИМ зарегистрирован у троих, ХСН развилась у пятерых, и НС имела место у 12 пациентов. Комбинированный критерий составил 36,4%. В 3-й группе умерли двое, повторный ИМ развился у трех, ХСН зарегистрирована у четырех и НС имела место у 13 пациентов. Комбинированный критерий составил – 36,8%.

Выводы. Сочетанное амбулаторное применение триметазида и афобазола на фоне стандартной терапии в первые три месяца после Q-ИМ почти в 1,6 раза уменьшает число неблагоприятных событий (смерть, повторный ИМ, НС, ХСН) в течение последующих 12 мес. наблюдения за этими пациентами в сравнении с их раздельным использованием.

## **Показатели плазменного гемостаза у больных метаболическим синдромом.**

*Шерифова Т.М., Маммаев С.Н.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Метаболический синдром (МС), является сочетанием дислипидемии, гипергликемии, инсулинорезистентности (ИР), артериальной гипертензии (АГ) и ожирения [3,5]. Основа всех проявлений МС – первичная ИР и сопутствующая системная гиперинсулинемия, которая является с одной стороны компенсаторной, а с другой – патологической [1,2]. Имеется достаточно данных, показывающих, что при МС развиваются нарушения плазменного гемостаза, приводящие к различным тромбозам, при этом наличие гиперинсулинемии может усиливать тромботические осложнения. Многие исследования указывают на то, что гипертриглицеридемия, как один из компонентов МС способствует нарушению в системе гемостаза [4].

Цель исследования: изучение содержания прокоагуляционных факторов: ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII у больных МС. Материалы и методы. В исследование вошли 65 больных МС, средний возраст которых 45,0±7,8 лет, из них 46 женщин и 19 мужчин. В группу сравнения вошли 25 практически здоровых человек: 17 женщин и 8 мужчин, средний возраст которых 25,4±4,6 лет. Пациентам проводилось клинико-лабораторное исследование, которое включало определение в крови ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII, методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждения. При исследовании в крови показателей углеводного и липидного обмена у больных МС выявлено их повышение. У больных МС глюкоза – 6,52±0,3, инсулин – 11,99±0,91 мкЕД/мл, ИР-3,48±0,39, триглицериды (ТГ) – 2,85±0,7, ЛПВП – 0,65±0,15, ЛПНП – 2,43±0,34. В контрольной группе глюкоза – 5,7±0,1, инсулин – 8,34±0,9, ИР – 2,12±0,24, ТГ – 1,81±0,4, ЛПВП – 1,23±0,30, ЛПНП – 1,80±0,26. У больных МС наблюдалось значимое изменение показателей углеводного и липидного обменов в крови по сравнению с контрольной группой (p<0,001). При изучении плазменного гемостаза у больных МС были определены ИТАП-1 – 12,36±2,84 Ед/л, фибриноген – 5,08±0,75, факторы II – 154,94±5,93, V – 126,52±9,16, VII – 149,15±11,26, XIII – 105,42±2,86%. В контрольной группе ИТАП-1 – 6,50±1,59, фибриногена – 3,32±0,64, факторы II – 116,50±14,84, V – 98,63±5,88, VII – 105,88±13,65, XIII – 99,81±0,75. У больных МС наблюдалось значимое (p<0,001) повышение уровня ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII в крови по сравнению с контрольной группой. Изучение корреляционных связей между липидным и углеводным обменами и плазменным гемостазом установило наличие положительной зависимости между ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII и XIII, с одной стороны, и содержанием ТГ, ЛПНП, глюкозы, с другой (r=0,65, p<0,001, r=0,66, p<0,001, r=0,35, p<0,01, r=0,65, p<0,001, r=0,64, p<0,001, r=0,72, p<0,001 соответственно). Кроме того, установлено наличие значимой отрицательной связи между содержанием факторов V, XIII, ИТАП-1 и фибриногеном, с одной стороны, и ЛПВП, с другой (r=-0,40, p<0,001, r=-0,46, p<0,001, r=-0,28, p<0,05, r=-0,40, p<0,001 соответственно). Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии взаимосвязи между изменениями липидного и углеводного обменов и нарушениями в системе плазменного гемостаза у больных МС [4,5].

Выводы. 1. У больных МС выявлено значимое увеличение содержания в сыворотке крови фибриногена, ИТАП-1, факторов II, V, VII, XIII

по сравнению со здоровыми лицами. 2. Установлена значимая корреляционная связь между показателями липидного и углеводного обменов и содержанием в крови прокоагуляционных факторов: II, V, VII, XIII, фибриногена, ИТАП-1.

## **Смертность населения Республики Дагестан от болезней органов пищеварения.**

*Эседов Э.М., Абакарова Г.Г., Абасова А.С.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Смертность населения – сложное многоуровневое понятие, отражающее как общее состояние здоровья населения, так и качество медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Смертность является одним из важнейших критериев в оценке социальной, медико-демографической ситуации региона. Региональные различия всегда определяли значительную вариацию здоровья и смертности населения России, предъявляя очевидные требования к учету региональной специфики при разработке программ в сфере улучшения здоровья и сокращения смертности. Дагестан относится к числу субъектов Российской Федерации, где отмечается относительно низкий уровень смертности. Общий коэффициент смертности в республике почти в 2,5 раза ниже, чем в целом по России, так в 2012 г. он составил 5,7 случая на 1000 населения, а по РФ – 13,3.

Цель исследования: дать оценку смертности от болезней органов пищеварения населения Дагестана с учетом его гендерно-возрастных особенностей, а также климатогеографических особенностей территории республики.

Материалы и методы. При анализе использовались как данные ЦСУ Республики Дагестан о показателях смертности и численности населения, так и собственные расчетные данные на основе республиканского полицевого регистра смертности (в разработку вошли 3173 учетных случая смерти от болезней органов пищеварения за 2010-2014 гг.). Для оценки значимости различия интенсивных показателей смертности рассчитывали нижние и верхние 95%-е доверительные границы через угловое преобразование их по Фишеру. Если 95%-е доверительные границы не пересекались, различия между показателями считали статистически значимым. Результаты и их обсуждение. В структуре причин смерти болезни органов пищеварения в Дагестане находятся на 5 месте и составляют 4%. Показатели смертности почти в 3 раза меньше, чем в целом по Российской Федерации. Почти 80% смертности от болезней системы пищеварения в Дагестане приходится на болезни печени. В структуре болезней печени фиброз и цирроз печени составляют 70%, на алкогольную болезнь печени приходится 22%. Структура причин смертности различается у мужчин и у женщин – алкогольная болезнь печени в структуре смертности в 5 раз чаще встречается у мужчин. Выводы: 1. От болезней органов пищеварения в трудоспособном возрасте умирает 40,3%, причем у мужчин этот показатель составляет 53,5%. 2. За последние 5 лет в республике отмечается статистически незначимая тенденция к росту показателей смертности от болезней органов пищеварения. 3. Показатели смертности по равнинной климатогеографической зоне сельской местности статистически значимо меньше, чем по предгорной и горной зонам. Как по городам, так и по сельским районам показатели смертности значительно колеблются, в том числе и внутри одной и той же климатогеографической зоны. Иногда различия показателей кратные.

В связи с этим, мероприятия, направленные на снижение смертности населения республики от болезней системы пищеварения должны носить адресный характер с учетом территорий повышенного риска смертности.

## **Частота воспалительных заболеваний кишечника в Дагестанской популяции.**

*Эседов Э.М., Абасова А.С., Меджидова Р.А., Абакарова Г.Г.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Одной из нерешенных проблем в гастроэнтерологии были и остаются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), так как по тяжести течения, частоте осложнений и летальности они занимают одну из ведущих позиций в структуре болезней пищеварительной системы. Отсутствие единого взгляда на проблему ВЗК среди практикующих врачей, поздняя диагностика, неадекватное лечение приводят к развитию осложнений, выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста и летальному исходу. БК и ЯК в силу вышеперечисленных особенностей имеют не только медицинское, но и важное социальное значение. Терапия ВЗК не всегда бывает эффективной. В 30-35% случаев по данным литературы развивается стероидорезистентное или стероидозависимое течение ВЗК, а также резистентность не только к гормонам, но и к иммуносупрессивным препаратам. Большие надежды возлагаются на новые биологические классы лекарств – антицитокиновые и цитокиновые препараты.

Актуальность проблемы ВЗК на сегодня не подлежит сомнению, что подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом.

Цель. Изучить частоту и структуру воспалительных заболеваний кишечника в дагестанской популяции, по материалам специализированного гастроэнтерологического отделения Республиканской клинической больницы г. Махачкалы с 2012 по 2016 гг.

Материалы и методы. В исследование включено всего 343 пациента, из них 331 пациент с ЯК и 12 больных с БК, в возрастной категории от 18 до 69 лет. Анализ состава пациентов по гендерному признаку показал, что женщин – 58%, мужчин – 42%. Диагностика основывалась на проведении общеклинических анализов, колоноскопии, рентгеноконтрастного исследования и/или ирригоскопии.

Результаты. За 5 лет в отделение поступил 381 пациент с ВЗК, из них 366 (96%) – ЯК и 15 пациентов (3,9%) с БК. В 2012 г. с диагнозом ЯК поступило 59 пациентов, с БК – 0; в 2013г. – 57 больных с ЯК, с БК – 0; в 2014 г. – 73 больных с ЯК и 2 пациента с БК; в 2015 г. – 77 больных с ЯК и 5 пациентов с БК; в 2016 г. с ЯК – 100 больных и 8 пациентов с БК. Выводы. 1. Изучена частота и представлена структура заболеваемости пациентов с ВЗК с 2012 по 2016 гг. в нашей клинике. Наиболее распространенной из ВЗК нозологий за отчетный период анализа (5 лет) оказался ЯК – 366 человек (96%), БК – 15 человек (3,9%). Состав пациентов по гендерному признаку показал, что заболеваемость ВЗК превалирует у женщин. 2. Анализ частоты ВЗК за 5 лет показал тенденцию к увеличению заболеваемости данной патологией,

вероятно связанную с улучшением диагностики, увеличением частоты язвенного колита и болезни Крона. Таким образом, необходима грамотная дифференциальная диагностика и алгоритм обследования больных с патологией кишечника, для проведения раннего и адекватного лечения, а также профилактики осложнений.

## **Распространенность и диагностика синдрома Жильбера в практике врача-интерниста.**

*Эседов Э.М., Абасова А.С., Мусаева Л.Н.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала*

Актуальность выбранной нами темы обусловлена поздней диагностикой синдрома Жильбера в практике врача-интерниста. Распространенность СЖ составляет от 5% до 10% в разных популяциях. При синдроме Жильбера соотношение мужчин и женщин составляет 3-4:1. Синдром Жильбера, как правило, является диагнозом исключения. Верификация данного диагноза до сих пор остается достаточно сложной задачей, особенно на ранних стадиях его течения. Цель исследования. Выявить частоту встречаемости синдрома Жильбера у больных, поступивших с холестатическим синдромом неясного генеза и умеренной гепатомегалией в отделение гастроэнтерологии Республиканской клинической больницы (РКБ) г. Махачкалы, за последние семь лет (с 2009 по 2016 г.).

Материалы и методы. В исследование было включено 50 больных, поступивших с холестатическим синдромом неясного генеза и умеренной гепатомегалией в отделение гастроэнтерологии РКБ за последние 7 лет. Возраст больных составлял от 15 до 50 лет. У 12 из обследованных методом прямой ДНК-диагностики был верифицирован диагноз непрямой гипербилирубинемии. ДНК-диагностика синдрома Жильбера была проведена посредством отсылки крови пациентов за пределы нашей больницы в лабораториях г. Москвы (Литех, ИНВИТРО). Среди обследованных: 58,33% составляли мужчины и 41,67% – женщины. Средний возраст пациентов – 29+9 лет. В группе обследованных контингент работающих составил 33,33%, безработных – 66,67%. Диагностика синдрома Жильбера основывалась на данных клинической симптоматики и лабораторно-инструментальных результатов: общий анализ крови; биохимический анализ крови: глюкоза, ЩФ, общий белок, АСТ, АЛТ, общий билирубин и его фракции, холестерин; генетический анализ на маркеры синдрома Жильбера; анализ крови на маркеры вирусных гепатитов В и С (HBsAg, HCV), УЗИ органов брюшной полости, проба с голоданием. Результаты исследования: В большинстве случаев клиническая симптоматика синдрома Жильбера развивалась в возрастной категории 15-35 лет, без предшествующего вирусного гепатита (75%). Больных на фоне вирусного гепатита оказалось 25%. Основными жалобами больных явились: тяжесть в правом подреберье (65%), явления диспепсии (70%), субфебрилитет (80%). Объективно у всех пациентов отмечался желтушный синдром различной интенсивности — от субиктеричности кожи и слизистых склер (65%) до выраженной окраски (35%). Уровень билирубина составлял: общий 25-90 ммоль/л, непрямой 22-85 ммоль/л, прямой 2-5 ммоль/л. Остальные показатели печеночного профиля (общий белок, АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин) у пациентов были в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в 45% случаев обнаруживалось увеличение печени. При генетическом анализе синдрома Жильбера — у 24% больных (12 человек) результат оказался положительным (+). При проведении

пробы с голоданием у 12 человек (24 %) отмечалось увеличение непрямой фракции билирубина.

Выводы. Исходя из данных проведенного исследования, пациенты с синдромом Жильбера встречаются нечасто (за 7 лет – 12 больных). Однако, учитывая возможность бессимптомного течения болезни (30%) и завуалированности другими заболеваниями, абсолютный процент заболевших может быть выше. Несвоевременная диагностика синдрома Жильбера приводит к ухудшению качества жизни пациентов. В связи с чем, важно улучшать подготовку молодых специалистов по данной нозологии, необходимую для коррекции образа жизни и предупреждения возможных осложнений со стороны гепатобилиарной системы (желчнокаменная болезнь, дуоденальные язвы) и системы кровотока.

## **Динамика провоспалительных цитокинов в желудочном соке при кислотозависимых заболеваниях.**

*Эседов Э.М., Акбиева Д.С.*

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала*

Одним из важных направлений современной иммунологии является изучение роли провоспалительных цитокинов в иммунном и воспалительном ответе, в том числе и при гастродуоденальной патологии. Основными цитокинами, обеспечивающими развитие и течение воспалительной реакции любой природы, считают интерлейкин-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ). Определение этих цитокинов в любом биологическом материале свидетельствует о локальном и системном воспалении, что необходимо для оценки его роли в нарушении функции органов и систем организма и обосновании эффективной адекватной терапии.

Цель: изучение провоспалительных цитокинов в развитии воспалительного и некротического процесса в слизистой оболочке при хроническом гастрите и язвенной болезни.

Материалы и методы: обследовано 106 больных (возраст – от 20 до 55 лет) с заболеваниями гастродуоденальной зоны: 54 – хроническим (антральным) гастритом и 52 – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Для выполнения поставленных целей и задач обследование проводили в стадии обострения до начала лечения и после проведенного лечения в стадии клинико-эндоскопической ремиссии. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц (средние уровни провоспалительных цитокинов в желудочном соке у них составили: ИЛ-1 $\beta$  – 24,8+1,6 пг/мл, TNF- $\alpha$  – 27,9+1,8 пг/мл). Диагнозы хронического гастрита и язвенной болезни устанавливали на основании анамнестических данных и эзофагогастродуоденоскопии. Уровни провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ ) в тощачковой порции желудочного сока определяли методом иммуноферментного анализа по общепринятой методике тест-системами фирмы «Вектор-Бест». Желудочный сок забирали натощак, до завтрака, не менее чем через 12 часов после последнего приема пищи, без применения стимуляторов. Статистическую обработку результатов проводили на компьютере с помощью статистического пакета программы «Биостат» с вычислением значимости средней арифметической (M), средней ошибки средней арифметической (m). Различия оценивали как достоверные при P<0,05. Результаты. Средние уровни (пг/мл) провоспалительных цитокинов



в желудочном соке IL-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$  в период обострения больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки значительно превышали показатели контрольной группы. У больных хроническим гастритом среднее значение IL-1 $\beta$  составило 62,6 $\pm$ 2,2 (P<0,05), TNF- $\alpha$  – 47,7 $\pm$ 2,0 (P<0,05) пг/мл, а у больных язвенной болезнью – соответственно 34,4 $\pm$ 1,8 (P<0,05) и 48,5 $\pm$ 1,9 (P<0,05) пг/мл. При обследовании больных после проведенного лечения (ингибиторы протонной помпы в сочетании с антибактериальными препаратами) отмечено существенное снижение уровня провоспалительных цитокинов в желудочном соке одновременно с положительной динамикой клинических и эндоскопических показателей в обеих группах. У больных хроническим гастритом среднее значение IL-1 $\beta$  составил 32,4 $\pm$ 1,6 (P<0,05), TNF- $\alpha$  – 30,6 $\pm$ 1,2 (P<0,05) пг/мл, а у больных язвенной болезнью – соответственно 31,7 $\pm$ 1,3 (P<0,05) и 34,2 $\pm$ 1,5 (P<0,05) пг/мл. Тенденция к нормализации показателей цитокинов в желудочном соке у больных свидетельствует, с одной стороны, об эффективности проводимой терапии, с другой стороны, о незавершенности воспалительного процесса в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Результаты исследования показывают, что у больных хроническим гастритом в период обострения, по сравнению с больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отмечается более высокий уровень цитокина IL-1 $\beta$ , а у больных язвенной болезнью, наоборот, – более высокий уровень TNF- $\alpha$ . Повышение IL-1 $\beta$  отражает в большей степени активность воспалительного процесса, а TNF- $\alpha$  – глубину поражения слизистой оболочки. В то же время неполная нормализация уровней IL-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$  после проведенного лечения свидетельствует о незавершенности воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке, что требует продления терапевтической коррекции.

Вывод. У больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в период обострения имеет место повышение концентрации провоспалительных цитокинов в желудочном соке, что связано с активностью воспалительных и деструктивных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

## **Глютеновая энтеропатия (целиакия) у жителей Дагестана.**

*Эседов Э.М., Ахмедова Ф.Д.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Глютеновая энтеропатия (целиакия) – хроническое иммунозависимое заболевание полигенной мультифакториальной природы, в основе которого лежит непереносимость глютена. Данная патология сопровождается атрофией ворсинок вследствие энтерита иммунной природы с развитием синдрома мальабсорбции. Клинические проявления целиакии могут быть как типичными, так и атипичными или малосимптомными. Типичными клиническими проявлениями целиакии считаются эпизоды болей в животе и диареи, четко связанные с употреблением продуктов, содержащих пшеницу, рожь, овес и ячмень. Постановке диагноза помогают семейный характер болезни и раннее начало болезни в детском возрасте. Цель исследования: анализ различных вариантов клинического течения целиакии у взрослых с изучением эколого-эпидемиологических аспектов болезни в Дагестане по материалам специализированного гастроэнтерологического отделения Республиканской клинической

больницы, за 5-летний период (2012-2016 гг.).

Материал и методы. Изучены истории болезни 73 пациентов с установленным диагнозом целиакия, в возрасте от 14 до 52 лет, из них 59 женщин и 14 мужчин. Диагноз подтвержден данными биопсии слизистой тонкой кишки и результатами серологического исследования с повышением титра антиглюдиновых антител.

Результаты и их обсуждение. В 2012 г. заболевание диагностировано у 5 пациентов, в 2013 – у 11, в 2014 – у 17, в 2015 – у 24, в 2016 – у 16 чел. Длительность болезни до постановки диагноза составила от 1 мес. до 30 лет. С детского возраста болели 25 чел., с подросткового – 22 чел., начало в зрелом возрасте – у 23 чел. По национальному составу несколько преобладали лица дагестанской и аварской национальности (28 и 17 соответственно), остальные этносы (кумыки, лезгины, лакцы, табасаранцы – по 7) были представлены в меньшем количестве. Был выявлен полиморфизм клинических проявлений: типичные формы болезни с явными кишечными проявлениями составили 65%, у остальных пациентов отмечались атипичные или малосимптомные варианты болезни, с наличием железодефицитной анемии различной степени тяжести, рефрактерной к лечению, отставание в росте и развитии, различные эндокринные расстройства (нарушения месячных вплоть до аменореи, угроза прерывания беременности и выкидыши), кожные и аллергические проявления (рецидивирующая крапивница, отек Квинке, атопический и герпетический дерматит, витилиго, поливалентная аллергия), проявления витаминной и минеральной недостаточности. В тяжелых запущенных случаях – отеки ног, наличие жидкости в брюшной и плевральных полостях, тромбофлебит, повышенная кровоточивость.

Выводы: 1. За 5-летний период отмечается тенденция к увеличению числа пациентов глютеновой энтеропатией среди общего количества больных гастроэнтерологического отделения. 2. Целиакия не является редкой патологией среди этносов дагестанского народа, встречается во всех возрастных группах, преимущественно поражает лиц женского пола. 3. Возраст на момент начала болезни может колебаться, начиная от второго года жизни до пожилых лет. 4. При наличии диарейного синдрома любой степени выраженности необходимо обследовать пациента в плане выявления непереносимости глютена, в особенности при сочетании диареи с железодефицитной анемией. 5. При анемии, рефрактерной к лечению препаратами железа, также требуется детальное обследование для исключения целиакии. 6. В ряде случаев диарейный синдром может быть слабо выраженным или отсутствовать. При этом на первый план выступают полиморфные проявления, заставляющие врача идти по ошибочному пути. Поэтому врачу необходимо помнить о разнообразии клинической симптоматики целиакии, возможности скрытых, атипичных, малосимптомных форм заболевания и наличии «целиакия-ассоциированных заболеваний», таких как сахарный диабет, остеопороз, атопический дерматит, рецидивирующий афтозный стоматит, респираторный аллергоз, бесплодие и др.

## **Аутоиммунные заболевания печени у жителей Дагестана.**

*Эседов Э.М., Меджидова Р.А., Абасова А.С.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

С 1985 г. к аутоиммунным заболеваниям печени (АЗП) относят аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз

(ПБЦ) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ). Эту группу заболеваний можно отнести к одной из самых интересных и в то же время самых трудных областей гепатологии. В настоящее время распространенность АЗП в мире варьирует от 50 до 200 случаев на 1 млн населения. Для ПБЦ характерна деструкция внутрипеченочных желчных ходов, а также застой желчи с формированием рубцового сморщивания и деформации данного органа. АМА выявляются при различных заболеваниях, но для ПБЦ специфичными являются АМА класса м<sup>2</sup>. Ведущим патогномичным симптомом при ПБЦ является появление кожного зуда, который может быть единственным в течение длительного периода проявлением болезни. АИГ представляет собой хроническое воспалительное заболевание печени, характеризующееся наличием типичных аутоантител, повышением уровня гамма-глобулинов. По характеристике выявляемых в сыворотке крови антител выделяют 2 типа АИГ, каждый из которых имеет своеобразный серологический профиль, особенности течения, а также ответа на иммуносупрессивную терапию и прогноз. При АИГ 1 типа в сыворотке крови выявляются антиядерные и антигладкомышечные антитела, при АИГ 2 типа – антитела к микросомам печени и почек 1 типа. ПСХ характеризуется негнойным воспалением, облитерирующим склерозом и сегментарной дилатацией внутри и внепеченочных желчных протоков, приводящее к развитию билиарного цирроза печени, портальной гипертензии и печеночной недостаточности. Концепция ПСХ, как АИГ и ПБЦ основывается на выявлении семейных случаев, нарушениях в клеточном и гуморальном иммунитете, выявлении аутоантител (антиядерных, к гладкой мускулатуре, цитоплазме нейтрофилов).

Цель исследования: анализ частоты заболеваемости АЗП у жителей Дагестана по материалам специализированного гастроэнтерологического отделения РКБ за 5 летний период (2012-2016 гг.).

Материалы и методы: в исследование включено 957 пациентов с ЦП и 955 пациентов с хроническими гепатитами.

Результаты и их обсуждение: с хроническими гепатитами госпитализировано в 2012 г. – 171 пациент, АИГ диагностирован у 7 (4,1%), в 2013 г. – 219 пациентов, АИГ – у 8 (3,6%); в 2014 г. – 110 пациентов, АИГ – у 5 (4,5%); в 2015 г. – 198 пациентов, АИГ – у 8 (4,0%); в 2016 г. – 224 пациента, АИГ – у 6 (2,6%). Всего за 5 лет с АИГ – 34 пациента (АИГ-1 тип – 30, АИГ-2 тип – 4), из них 28 женщин и 6 мужчин. Диагноз подтвержден результатами серологического исследования с повышением титра антиядерных и антигладкомышечных аутоантител. Формирование цирроза с АИГ-1 типом отмечается у 4 (13%) нелеченных пациентов в течение 3 лет. У большинства пациентов (20) с АИГ-1 типом наблюдается хороший ответ на кортикостероидную терапию. Худший прогноз определяется у пациентов с АИГ-2 типом, у всех пациентов (4) сформировался цирроз за 3-летний период. С циррозами печени госпитализировано в 2012 г. – 121 пациент, ПБЦ диагностирован у 5 (5,1%); в 2013 г. – 144 пациента, ПБЦ – у 4 (2,7%); в 2014 г. – 161 пациент, ПБЦ – у 4 (2,4%); в 2015 г. – 241 пациент, ПБЦ – у 5 (2,07%); в 2016 г. – 268 пациентов, ПБЦ – у 8 (2,98%). Всего за 5 лет с ПБЦ – 26 пациентов, из них 23 женщины и 3 мужчины. Диагноз подтвержден результатами серологического исследования с выявлением высокого титра антимитохондриальных антител. У 18 (64%) пациентов бессимптомное начало. ПБЦ диагностировался по измененным биохимическим анализам крови, определению высоких цифр маркеров холестаза (щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы) на фоне нормальных или умеренно повышенных значений трансаминаз. При дальнейшем углубленном обследовании выявлены АМА в титре 1:40. Наиболее ранние и частые признаки ПБЦ – зуд (65%), ксантелазмы (61%). Зуд кожи в стадии

декомпенсации ПБЦ у большинства пациентов (80%) ослабевал, а при прогрессировании печеночно-клеточной недостаточности полностью исчезал.

Выводы: 1. За 5-летний период отмечается тенденция увеличения заболеваемости АЗП, что вероятно связано с повышением осведомленности врачей о АЗП, улучшением диагностики, определением АМА, АНА и АГА у больных с АЗП. 2. АЗП болеют преимущественно женщины. 3. При наличии синдрома холестаза необходимо обследовать пациента на выявление спектра антител (АМА, АНА, АГА) с целью дифференциации с АЗП.

### **Патогенетическая роль окислительного стресса в формировании особенностей гипертонической болезни с транзиторными ишемическими атаками.**

*Юн В.Л., Гороховская Г.Н.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Городская клиническая больница №40, Москва*

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) – самая частая причина развития цереброваскулярных заболеваний. Важное место среди мозговых осложнений занимают инсульты и транзиторные ишемические атаки (ТИА). Одному из каждых 4-5 случаев инсульта предшествует ТИА. В исследовании Е.И. Гусева и др. было обнаружено, что у 10% пациентов после ТИА развивается ишемический инсульт в течение двух дней от ее начала. ТИА – угрожающий предиктор инсульта и является маркером нарушения церебрального кровотока, несущего риск развития инфаркта мозга и летального исхода. С целью предотвращения роста смертности и инвалидизации необходима своевременная диагностика ранних проявлений, по причине чего разработка более чувствительных методов и понятие патогенетического развития первостепенны. В последнее время уделяется внимание новой концепции окислительного стресса (ОС) в повреждении клеток мозга, обусловленных его ишемией. Окислительный стресс – это резкое усиление окислительных процессов (свободнорадикального окисления – СРО и перекисного окисления липидов – ПОЛ) при недостаточности системы антиоксидантной защиты. Образующиеся в процессе ПОЛ гидроперекиси представляют собой высокотоксичные соединения, которые действуют разрушающе на мембрану и внутриклеточные структуры клетки. Разрушение липидной основы мембраны, выход большого количества жирных кислот активируют образование эйкозаноидов, способствующих агрегации форменных элементов крови, образованию фактора активации тромбоцитов и вазоконстрикции, что создает дополнительные нарушения микроциркуляции и усугубляет ишемический процесс.

Цель. Установить патогенетическое значение ОС в формировании ТИА у больных ГБ. Задачи: Выявить клинико-anamnestические особенности больных ГБ с ТИА. Определить влияние ОС при ГБ с ТИА по маркерам: уровню карбонильных продуктов окисления белка (КАРБ-ПР); кобальт-связывающей способности белков сыворотки крови (КСС-БСК).

Материалы и методы: Объектом исследования явились 48 больных с наличием остро возникшей клинической картины ТИА, как следствие ГБ, с установленным и подтвержденным диагнозом ТИА по неврологическому статусу и результатам инструментального обследования (КТ/МРТ головного мозга), госпитализированных в ОРИТ и по стабилизации состояния переведенных в неврологическое

отделение ГКБ №40. Контрольную группу составили 30 условно здоровых лиц, у которых в анамнезе отсутствовали эпизоды ГБ с ТИА. При визитах цифры АД находились в пределах референсных значений (до 139/89 мм рт.ст.). Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее сбор и анализ клинико-анамнестических, лабораторных, в том числе данных окислительного стресса, нейровизуализационных исследований.

Результаты: Общий средний возраст больных составил  $61,9 \pm 1,19$ , среди мужчин –  $50,7 \pm 3,7$ , среди женщин –  $65,3 \pm 1,3$ . У всех больных ( $n=48$ ) ГБ классифицировалась третьей стадией, третьей степенью, риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) средним – у 13%, высоким – у 36%, очень высоким – у 51%. Сопутствующие заболевания, характеризующие степень коморбидного состояния больного, присутствовали у 93%, и 7% не имели хронических заболеваний в анамнезе. Ведущими заболеваниями, сопутствующими ГБ, осложненной ТИА, явились ИБС: стенокардия напряжения 2-3 ФК (71%), НК I-IIБ

ст. (69%), сахарный диабет 2 типа легкого и среднего течения (32%), экзогенно-конституциональное ожирение 1-3 ст. (30%). В результате исследования у больных ГБ с ТИА при сравнении с контрольной группой выявлены резкие изменения ОС в виде повышения КАРБ-ПР максимально в 3,75 раз, КСС-БСК – в 1,6 раз. Повышение маркеров ОС соответствовало повышению степени АД: при 2 степени средний показатель КАРБ-ПР составил  $0,59 \pm 0,045$ , КСС-БСК –  $0,5 \pm 0,03$ , при 3 степени КАРБ-ПР –  $1,21 \pm 0,025$ , КСС-БСК –  $0,58 \pm 0,065$ . Показатели маркеров ОС максимально были увеличены при высокой степени коморбидности (более 3 сопутствующих заболеваний): КАРБ-ПР был повышен в среднем в 2,8 раз, КСС-БСК – в 1,2 раза. Максимальное отклонение показателей ОС от показателей контрольной группы отмечено в случае трансформации ГБ с ТИА в ишемический инсульт. Выводы. На основании полученных результатов выявлено достоверное различие в параметрах свободно-радикальной активности и антиоксидантной системы у больных ГБ с ТИА.

### Влияние спортивных нагрузок на электрофизиологические свойства сердца.

Абдуллаев А.М., Омарова Д.А.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала

Цель: проведение скрининга состояния здоровья спортсменов для выявления электрофизиологических изменений сердца и факторов, влияющих на них.

Материал и методы. У 90 соревнующихся спортсменов, средний возраст которых составил  $23,6 \pm 0,9$  лет, средний спортивный стаж  $8,3 \pm 0,9$  лет, проведено анкетирование со сбором анамнестических данных и результатов общеврачебного осмотра, записана 12-канальная ЭКГ в течение 24 с на аппарате АО «МИКАРД-ЛАНА» & ООО «ТМС» «Кардиометр-МТ» с программой автоматической интерпретации и поддержкой интернет-телеметрии ЭКГ в покое. Проведен анализ влияния спортивного питания и стажа на продолжительность QRS и другие ЭКГ-параметры.

Результаты. Средние цифры систолического артериального давления (АД) составили  $121,9 \pm 1,8$  мм рт. ст., среднее диастолическое АД –  $73,5 \pm 1,3$  мм рт. ст., средняя частота сердечных сокращений исследуемых была равна  $71,6 \pm 1,6$  в одну минуту. Чаще зарегистрированы нарушения внутрисердечного проведения импульса, наибольший вклад в которые внесла неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ), средняя продолжительность комплекса QRS составила  $98 \pm 2$  мс. Выявлена слабая прямая корреляционная связь между продолжительностью комплекса QRS и спортивным стажем в годах. Употребление спортивного питания привело к уменьшению продолжительности комплекса QRS.

Выводы. Спортивные нагрузки приводят к нарушению внутрисердечной проводимости, преимущественно за счет НБПНПГ. Выявлена тенденция к замедлению внутрисердечной проводимости у спортсменов, не принимающих спортивное питание и имеющих более продолжительный спортивный стаж. Электрофизиологические нарушения чаще регистрируются у спортсменов с осложненным анамнезом.

### Изменение функционального состояния почек при метаболическом синдроме.

Бейбалаева А.Т., Маммаев С.Н., Каримова А.М.

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала

Цель исследования: определение субклинических маркеров поражения почек у больных с метаболическим синдромом (МС) и оценка связи между показателями субклинического поражения почек и нарушением функции эндотелия.

Материалы и методы. В исследование были включены 82 пациента с МС, 42 (51,2%) мужчин и 40 (48,8%) женщин, в возрасте 54,0 [51,0; 56,0] лет. В качестве контрольной группы вошли 35 практически здоровых лиц, 16 (45,8%) мужчин и 19 (54,2%) женщин, 52,5 [47,0;

54,0] лет. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий, определение индекса инсулинорезистентности (ИР) (НОМА-ИР), а также определение содержания эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови и экскреции альбумина в разовой порции мочи иммуноферментным методом.

Результаты и обсуждение. Соответственно целям работы из исследования исключались пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже  $60$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>. У 14 (17,1%) была выявлена гиперфильтрация, оптимальная фильтрация – у 32 (39,0%), незначительно сниженная скорость клубочковой фильтрации – у 36 (43,9%). Уровень креатинина в среднем составил  $81,0$  [77,0; 86,0] мкмоль/л. В то же время, у больных МС было выявлено статистически достоверное превышение выделение альбумина с мочой в разовой порции по сравнению с контрольной группой ( $25,6$  [15,6; 30,9] мкг/мл и  $9,3$  [6,4; 13,4] мкг/мл, соответственно;  $p < 0,001$ ). Так же на основании повышения уровня (ЭТ-1) у больных основной группы, по сравнению с контрольной ( $5,9$  [3,6; 10,1] фмоль/мл и  $3,4$  [2,4; 4,0] фмоль/мл, соответственно;  $p = 0,03$ ) может свидетельствовать о развитии у больных основной группы эндотелиальной дисфункции. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая корреляция уровня мочевого экскреции альбумина (МЭА) и ЭТ-1 ( $R = 0,45$ ;  $p = 0,005$ ). Также выявлена прямая корреляция уровня МЭА с ИР-НОМА ( $R = 0,67$ ;  $p < 0,007$ ), с толщиной комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий ( $R = 0,49$ ;  $p < 0,008$ ) и систолическим артериальным давлением ( $R = 0,47$ ;  $p = 0,026$ ). Подобные зависимости отмечены и для уровня ЭТ-1: ИР-НОМА ( $R = 0,77$ ;  $p < 0,001$ ), с ТКИМ ( $R = 0,44$ ;  $p < 0,034$ ) и систолическим артериальным давлением ( $R = 0,47$ ;  $p = 0,036$ ).

Выводы 1. У больных с метаболическим синдромом, помимо известных проявлений, могут быть и нарушения функционального состояния почек и эндотелия, на ранних стадиях проявляющиеся изменением скорости клубочковой фильтрации, повышением уровня мочевого экскреции альбумина и увеличением концентрации эндотелина-1 в крови. 2. Прямая корреляция уровня экскреции альбумина с мочой и уровня эндотелина-1, а также совпадение корреляционных взаимоотношений этих показателей с рядом клинико-лабораторных показателей метаболического синдрома позволяют считать повышение уровня экскреции альбумина с мочой одним из маркеров эндотелиальной дисфункции.

### Оценка эндотелиальной функции у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца.

Ганиева Ж.А.

Республиканская клиническая больница, Махачкала

Цель исследования: определение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), оценка изменения этого показателя на фоне лечения метотрексатом.

Материал и методы. В исследование было включено 128 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом и

кардиологическом отделении РКБ (г. Махачкала) за период с 2011 по 2013 г. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 48 пациентов РА (36 женщин и 12 мужчин), вторую группу составили 40 больных РА в сочетании с ИБС (32 женщины и 8 мужчин), в третью группу вошли 40 больных ИБС (28 женщин и 12 мужчин). В контрольную группу вошли 25 здоровых человек: 16 женщин и 9 мужчин. Группы были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст  $45,2 \pm 2,8$  лет). Диагноз РА был верифицирован на основании критериев, предложенных Американской коллегией ревматологов в 1987 г. и классификационных критериев РА ACR/EULAR (2010 г.) у больных с длительностью заболевания до трех лет. Диагноз ИБС был установлен в соответствии с критериями рабочей группы экспертов Всемирной организации здравоохранения (1979). Пациенты первой и второй группы были сопоставимы по клиническим проявлениям РА, степени активности, рентгенологической стадии и длительности заболевания. Группа лечения была сформирована из 88 пациентов (48 больных РА и 40 больных РА в сочетании с ИБС), ранее включённых в первую и вторую группы исследования. Оценка эффективности терапии метотрексатом (в дозе 15 мг) проводилась с учётом анализа клинико-лабораторных данных в динамике. Активность РА оценивалась по индексу DAS28 (Disease Activity Score, оценка 28 суставов). Уровень ревматоидного фактора (РФ) IgM (МЕ/мл) и С-реактивного белка (СРБ) (мг/л) определяли в сыворотке крови методом иммунофлуориметрии. Исследование концентрации ЭТ-1 проводили иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин 1-21» (Biomedica Medizinprodukte GmbH & Co, Австрия) в медицинском центре «Гепар» г. Махачкала. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программы «Биостат», разработанной С. Гланцем, рассчитывали среднее арифметическое (М), его ошибку (m). Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ . Для определения взаимосвязи изучаемых параметров проводили ранговый корреляционный анализ. Характер корреляционных связей между группами данных определяли с помощью коэффициента корреляции Пирсона (r).

Результаты исследования. Исследование уровня ЭТ-1 в сыворотке крови исследуемых пациентов выявило достоверное ( $p < 0,01$ ) повышение его показателя во всех исследуемых группах больных по сравнению с контрольной группой ( $9,8 \pm 2,4$  фмоль/мл,  $17,5 \pm 3,4$  фмоль/мл,  $7,6 \pm 2,2$  фмоль/мл и  $1,6 \pm 0,5$  фмоль/мл соответственно). При оценке показателя ЭТ-1 в исследуемых группах наибольшая его концентрация была выявлена в группе больных с сочетанием РА и ИБС ( $17,5 \pm 3,4$  фмоль/мл). У больных с сочетанием РА и ИБС и у пациентов с ИБС было отмечено увеличение показателя ЭТ-1 по мере нарастания тяжести функционального класса (ФК) стенокардии напряжения:  $15,9 \pm 0,2$  фмоль/мл при I ФК,  $17,3 \pm 0,6$  фмоль/мл – при II ФК и  $18,1 \pm 1,7$  фмоль/мл при III ФК ( $p < 0,05$ ). При исследовании корреляционных связей между уровнем ЭТ-1 и клинико-лабораторными показателями активности у больных РА установлено наличие достоверных связей с показателями индекса активности DAS28 ( $r = 0,9$ ,  $p < 0,01$ ), скорости оседания эритроцитов ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,05$ ), СРБ ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ), серопозитивностью по РФ ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ). Исследование содержания ЭТ-1 в сыворотке крови обследованных больных в зависимости от применения метотрексата показало, что у больных РА отмечается снижение ЭТ-1 на 43,5% от исходного уровня ( $p < 0,01$ ), в группе больных РА в сочетании с ИБС влияние метотрексата на содержание ЭТ-1 характеризовалось его уменьшением на 27,8% ( $p < 0,05$ ).

Выводы. У больных РА в сочетании с ИБС и у пациентов с ИБС установлено достоверное повышение уровня ЭТ-1 в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой. Выявлены статистически

значимые корреляционные связи между уровнем ЭТ-1 и показателями клинико-лабораторной активности заболевания, а также с ФК стенокардии напряжения. Установлено, что терапия метотрексатом сопровождается снижением уровня ЭТ-1 у больных РА и у пациентов с сочетанием РА и ИБС, что свидетельствует о вазопротективном свойствах препарата.

## **Динамика и коррекция тревожно-депрессивных состояний у больных с бронхиальной астмой.**

*Зайналова Х.З., Ахмедханов С.Ш.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Актуальность. Болезни органов дыхания – социально значимые заболевания, при которых психопатологические нарушения встречаются довольно часто. Главную роль среди них играет бронхиальная астма (БА). Течение БА определяется патогенетическим комплексом, одним из компонентов которого являются психологические факторы. Имеются сведения о существенной роли центральной нервной системы в реализации бронхиальной обструкции. Более половины больных БА в амбулаторной практике имеют клинически значимые уровни тревожности, тогда как депрессия способствует снижению адаптационных возможностей пациента, в связи с этим ухудшается прогноз болезни больше, чем при хронических соматических заболеваниях.

Цель исследования. Анализ уровня тревожно-депрессивных состояний (ТДС) у больных БА. Оценить динамику ТДС на фоне соматотропной терапии в стационаре, возможности их коррекции на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической больницы (РКБ) и Городской больницы № 1 (ГБ № 1). В исследование были включены 60 человек, среди них 20 мужчин (33,3%) и 40 женщин (66,6%), имеющих бронхиальную астму смешанного генеза разной степени тяжести в возрасте от 23 до 50 лет. Тестирование было проведено по добровольному согласию с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Результаты. По данным тестирования с помощью шкалы HADS у больных БА было выявлено наличие клинической тревоги у 39 пациентов (65%). Депрессия была выявлена у 15 пациентов (25%). Было отмечено, что эти больные хуже поддавались лечению. Для оценки динамики проявлений ТДС после лечения к моменту выписки было проведено повторное тестирование пациентов, у которых результаты первого тестирования были положительными ( $n = 39$ ). Отмечено, что у 20 пациентов этой группы (51%) результаты повторного тестирования оказались отрицательными. Среди пациентов с проявлениями депрессии у 20% ( $n = 3$ ) отмечалось улучшение эмоционального состояния. Оставшимся пациентам было рекомендовано амбулаторное лечение пароксетином в дозе 20 мг утром, длительностью 6 недель. Критерием эффективности препарата считалось уменьшение показателя тестирования на 50% и более. Из 19 пациентов с сохранившимися к моменту выписки из стационара проявлениями тревоги 10 пациентов (52%) отказались от приема препарата в связи с улучшением эмоционального статуса. Отказались от повторного тестирования и прекратили прием препарата 4 пациента (21%). Повторно протестированы 5 пациентов (27%), они принимали препарат, следуя рекомендациям. Проявлений

тревоги выявлено не было. Из 12 пациентов с сохранившимися к моменту выписки проявлениями депрессии 100% (n=12) принимали препарат. У 9 пациентов (75%) проявлений депрессии выявлено не было, у 3 пациентов (25%) были выявлены проявления клинической тревоги. Подведя итоги результатов, необходимо отметить, что из первоначального количества больных, только 17 получили полный курс лечения препаратом. В 82,4% случаев препарат оказал 100% эффект.

Выводы. У больных БА (n=60) отмечается высокая частота ТДС (у 90% больных). Эффективная стандартная терапия больных БА (n=54) сопровождалась улучшением эмоционального состояния, при этом тревожность проходила у 51,3 %, а депрессия – у 20% пациентов. Лечение пароксетином оказалось эффективным у 82,4% больных БА получивших полный курс лечения препаратом с ТДС в целом. Эффективность терапии пароксетином у больных БА с проявлениями тревоги составила 29,4%. Эффективность пароксетина у больных БА с депрессией равна 52,9%.

### **Связь полиморфизма AGT с хронической сердечной недостаточностью в Республике Дагестан.**

*Касаева Э.А., Маммаев С.Н., Омарова Д.А., Заглиева С.С.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

В развитых странах приблизительно 1-2% взрослой популяции имеют ХСН, что представляет значимую проблему здравоохранения. Однолетняя смертность больных с клинически выраженной ХСН достигает 12%. Наряду с разработкой и внедрением масштабных программ профилактики, диагностики и лечения ХСН большое значение приобретает дополнение их персонализированными подходами к прогнозированию течения заболевания и выбору лечебной тактики, в том числе учитывающими генетические особенности пациента. Открытыми остаются вопросы выявления маркеров развития сердечной недостаточности у пациентов с ИБС. В этом отношении перспективными, но и наименее исследованными на сегодняшний день представляются генетические механизмы предрасположенности к ССЗ. Сложность их изучения заключается в наличии большого количества генов, которые могут участвовать в формировании наследственной предрасположенности как самостоятельно, так и путем взаимодействия друг с другом. В настоящее время известно 46 генов-кандидатов, ассоциированных с ССЗ. Среди обнаруженных к настоящему времени аллелей гена AGT (гена ангиотензиногена) в качестве генетических маркеров ССЗ чаще всего используются полиморфные аллели, кодирующие AGT с заменой метионина на треонин в положении 235 (Met235Trh или M235T) и треонина на метионин в позиции 174 (Trh174Met или T174M). Частота этих мутаций в гене AGT значительно варьирует в различных этнических популяциях. В связи с этим патофизиологическая роль и прогностическая значимость Met235Thr полиморфизма гена AGT при болезнях сердечно-сосудистой системы требует уточнения, что определяет актуальность подобных исследований в Дагестане. Цель исследования. Изучение влияния полиморфизма Met235Thr гена AGT на формирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемической этиологии у жителей Дагестана. Материалы и методы исследования. В исследование включено 55 пациентов, страдающих ХСН 1-4 ФК, ишемической этиологии, в возрасте

от 55 до 65 лет (средний возраст 56±4,1). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст 54±2,8). Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, объективизация функционального класса. Оценивались эхокардиографические показатели: фракция выброса (ФВ) конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолический размер (КДР), степень укорочения передне-заднего размера левого желудочка (%ΔS). В качестве критерия диастолической дисфункции использовалось отношение ранней (Е) фазы заполнения левого желудочка к предсердному (А) компоненту его диастолического заполнения (Е/А). Исследование Met235Thr полиморфизма гена AGT проводилось методом полимеразной цепной реакции. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.1 (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждения. Выявлено, что гомозигота ТТ по сравнению с гетерозиготой ассоциирована с более высоким уровнем триглицеридов (2,7 [2,1; 2,9] ммоль/л и 2,0 [1,6; 2,6] ммоль/л, соответственно,  $p=0,049$ ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (4,4 [3,9; 5,6] ммоль/л и 3,8 [3,2; 4,2] ммоль/л, соответственно,  $p=0,047$ ). При оценке возможной связи полиморфизма Met235Thr гена AGT с систолической функцией миокарда левого желудочка в группе больных ХСН значимых зависимостей с величиной фракции выброса (ФВ) и степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка (%ΔS) выявлено не было, но у пациентов – носителей аллели Т отмечались большие размеры левого желудочка: КДР ЛЖ при генотипе ММ составляет 5,0 [4,8; 5,1] см, по сравнению с 5,6 [5,1; 6,0] и 5,4 [4,9; 5,8] см, при генотипе ТТ и ТМ, соответственно; КСР ЛЖ при генотипе ММ составляет 2,4 [2,1; 2,8] см, по сравнению с 3,0 [2,9; 3,3] и 2,8 [2,6; 3,1] см при генотипе ТТ и ТМ, соответственно, различия находились на уровне статистической тенденции. Уровень Е/А указывает на выраженную диастолическую дисфункцию при генотипе ММ составляя 0,67 [0,65; 0,77], по сравнению с 0,60 [0,55; 0,64] и 0,62 [0,58; 0,67] при генотипе ТТ и ТМ соответственно. Выводы. Отмечается тенденция к более редкой встречаемости генотипа ММ полиморфного маркера Met235Thr гена AGT у больных ХСН, по сравнению со здоровыми лицами в Дагестане. Генотип ТТ полиморфного маркера Met235Thr гена AGT ассоциируется с наличием известных факторов риска ИБС – повышением содержания триглицеридов, ЛПНП, более выраженным нарушением геометрии сердца с увеличением размеров левого желудочка и с нарушением систолической функции.

### **Функциональные нарушения миокарда правого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией, проживающих в условиях горной местности.**

*Рамазанова А.И., Ибрагимова М.И., Масуев К.А., Гаджиева Л.Х.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканский медицинский центр, Махачкала*

Цель исследования: оценить функциональное состояние миокарда ПЖ у пациентов пожилого и старческого возраста с АГ и без, проживающих в условиях горной местности с использованием ЭхоКГ и ТМД. Материалы и методы. Объектом исследования были пациенты в возрасте от 60 до 93 лет (35 женщин и 28 мужчин), проживающих в горной местности, получавших лечение в Госпитале ветеранов. Для решения поставленной цели были сформированы 2 группы.

В первую группу (n=42) были включены пациенты с АГ, во вторую группу (n=21) – пациенты без патологии сердечно-сосудистой системы (не предъявляющих жалоб и не имеющих патологических изменений на ЭКГ), с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ЖКТ. Отбор больных в 1 группу проводился по следующим критериям: наличие подтвержденной эссенциальной АГ II-III стадии, наличие гипертрофии миокарда ЛЖ по данным ЭКГ, отсутствие регулярного приема гипотензивных препаратов. В исследование не включались пациенты с вторичной АГ, перенесенным ИМ, инсультом, с гемодинамически значимыми пороками сердца, мерцательной аритмией. Обе группы были сравнимы по возрасту. До обследования больные с АГ не проводили постоянного лечения. На каждого исследуемого пациента была заполнена стандартизованная карта. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование на аппаратах Vivid 7 Pro фирмы GE (США). Для оценки структурно-функциональных параметров правого желудочка в В- и М-режимах определяли: площадь и объем ПП, толщину передней стенки ПЖ (ПСПЖ), передне-задний размер ПЖ, выносящего тракта ПЖ, диаметр ЛА, систолическое давление в ЛА (СДЛА). Оценивали диастолическую функцию с помощью импульсного доплеровского исследования транстрикуспидального потока (ТТП). При этом определялись следующие показатели: пиковая скорость раннего диастолического потока (Е), потока предсердной систолы (А), их отношение (Е/А), время замедления потока (DT). В режиме спектрального тканевого миокардиального доплера (ТМД) измерялись пиковые скорости систолического (s), раннего (e) и позднего диастолического (a) движения фиброзного кольца (ФК)

трикуспидального клапана (ТК), отношение скоростей раннего и позднего движения ФК (e/a). Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью статистического пакета Statistika 8.0 (Statsoft, Inc). Различия между группами считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. Из структурных параметров ПЖ выявлено утолщение свободной стенки, которое имело место у 92% пациентов 1 группы и у 43% 2 группы. Уровень СДЛА превышал нормальные показатели у 74% больных, проживающих в горной местности, с АГ и у 35% пациентов без ССЗ и составил  $(32,1 \pm 4,6$  и  $26,2 \pm 3,5$  мм рт. ст., соответственно,  $p < 0,05$ ). Анализ ТТП выявил нарушение ДФ ПЖ по релаксационному типу у 86% пациентов 1 группы и 62% – 2 группы, по псевдонормальному типу – в 1 группе в 14% случаев и 38% во 2 группе. У больных 1 группы регистрировалось достоверное удлинение значения DT по сравнению со 2 группой ( $255,8 \pm 39,6$  и  $232,8 \pm 38,7$ , соответственно,  $p = 0,03$ ). Для показателя Е/А значимых различий в изучаемых группах выявлено не было. По данным ТМД отмечалось изменение спектрограммы движения миокарда латеральной и септальной стенок ПЖ в обеих группах больных. Это выражалось в снижении пика e ФК у ТК, соотношения e/a, однако статистически значимых различий этих показателей не выявлено.

Выводы. На уровень СДЛА у пожилых пациентов, проживающих в горной местности, отмечено влияние наличия АГ. Изменения ДФ ПЖ более выражены у пожилых пациентов с АГ по сравнению с пациентами без ССЗ. По данным ТМД более ранним проявлением ДД ПЖ является снижение скорости диастолического движения ФК и соотношения e/a.







**Сборник материалов  
II Съезд терапевтов Республики Дагестан,  
34 Межрегиональная научно-практическая  
конференция РНМОТ**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 1.06.2017. Подписано в печать 12.06.2017. Бум. офсет. 205x290/8  
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45

## → Наши услуги:

### Организация специализированных медицинских конференций, симпозиумов, форумов «под ключ»

- Увеличение числа участников
- Привлечение спонсоров и экспонентов
- Подготовка бюджета мероприятия
- Организация работы на площадке
- Современное техническое оснащение мероприятия
- Разработка сайта с системой регистрации и подачи тезисов, возможностью различных вариантов оплаты
- Создание фирменного стиля мероприятия
- Разработка дизайна и выпуск печатной продукции
- Маркетинг и PR-мероприятия
- Организация кофе-брейков и торжественных мероприятий
- Туристическое сопровождение делегатов и спикеров
- Конгресс-туризм
- Контроль качества и отчетность на каждом этапе подготовки и реализации мероприятия

### Организация образовательных программ, повышающих квалификацию и профессиональный уровень специалистов в области здравоохранения совместно с ведущими и отечественными лидерами мнений

### Менеджмент ассоциаций, консалтинговые услуги

### Web service

### Издание научной медицинской литературы

## → Мы создаем единое коммуникационное пространство, способствующее:

- Профессиональному развитию врачей
- Активному внедрению новых продуктов, инновационных технологий
- Эффективному взаимодействию научного, медицинского и фармацевтического сообществ

## → 10 лет на рынке

- Более 100 организованных мероприятий – конгрессы, форумы, съезды, конференции, научно-практические школы
- Широкая география проведенных мероприятий – более 40 городов России
- Масштаб мероприятий – от 50 до 7000 делегатов
- Более 85 000 делегатов из России, стран СНГ, Европы, Азии и США
- Опыт проведения европейских мероприятий



120  
лет

со дня рождения  
В.Х. Василенко

- 22-23 июня, **Махачкала**, 34-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
[www.dagestan.rnmot.ru](http://www.dagestan.rnmot.ru)
- 14-15 сентября, **Владикавказ**, 35-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
[www.vladikavkaz.rnmot.ru](http://www.vladikavkaz.rnmot.ru)
- 21-22 сентября, **Казань**, IV Съезд терапевтов Республики Татарстан  
[www.kazan.rnmot.ru](http://www.kazan.rnmot.ru)
- 5-6 октября, **Ростов-на-Дону**, V Съезд терапевтов Южного федерального округа  
[www.rostov.rnmot.ru](http://www.rostov.rnmot.ru)
- 19-20 октября, **Тюмень**, 36-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
[www.tyumen.rnmot.ru](http://www.tyumen.rnmot.ru)
- 26-27 октября, **Вологда**, 37-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
[www.vologda.rnmot.ru](http://www.vologda.rnmot.ru)
- 22-24 ноября, **Москва**, XII Национальный Конгресс терапевтов  
[www.congress.rnmot.ru](http://www.congress.rnmot.ru)
- 14-15 декабря, **Уфа**, 38-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ  
[www.ufa.rnmot.ru](http://www.ufa.rnmot.ru)

2017

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

**Оргкомитет:**

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

**Конгресс-оператор:**



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