



**Надежда РУНИХИНА:**  
«Потребность в гериатрических знаниях у врачей очень высока»

ФОТО Екатерина Козлова

10

## ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

Ольга ТКАЧЕВА:  
«Эйджизм не только в головах врачей или молодежи, но и самих пожилых людей»

26

## ОБЗОРЫ

Сахарный диабет 2 типа у пожилых: особенности клиники, контроля и лечения

42

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Клиника памяти – комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ  
ГАЗЕТА

О СТОЛИЧНОМ  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Мы информируем о важных событиях  
московского здравоохранения  
и создаем моду на здоровый образ жизни



**Алексей Хрипун,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

В прошлом году показатель средней ожидаемой продолжительности жизни в Москве вплотную приблизился к отметке 78 лет. Впечатляют темпы прироста показателя ожидаемой продолжительности жизни в последние годы. Немаловажно для развития мегаполиса и то, что увеличивается продолжительность жизни жителей города трудоспособного возраста. В этих результатах есть определенная заслуга городской системы здравоохранения и московских врачей. Масштабные преобразования и серьезные вложения в технологическое перевооружение московской медицины благотворно сказались на здоровье жителей столицы.

Людям пожилого возраста мы уделяем повышенное внимание. При лечении этой когорты пациентов требуются особые подходы. С возрастом накапливается груз хронических заболеваний, слабеют защитные механизмы организма – все это накладывает отпечаток на подходы к терапии и реабилитации пожилых пациентов, требует обобщения специфических знаний о течении заболеваний в пожилом возрасте. В связи с этим в городе активно развивается гериатрическая служба, разрабатывается методологическая база по внедрению подходов, аккумулируемых геронтологической наукой, готовятся специалисты, ведутся научные исследования в этой области.

Но долгая и здоровая жизнь – это не только успехи медицины, но и работа социальных служб, развитие городской инфраструктуры, предоставление возможностей для активного и креативного досуга пожилых москвичей. Показателен в этом отношении проект мэра Москвы «Московское долголетие», предоставляющий пожилым горожанам дополнительные возможности для активного долголетия, развития, самосовершенствования, полноценного общения. Проект сфокусировал усилия нескольких департаментов правительства Москвы, направленные на создание комфортной среды для пожилых жителей нашего города, и Департамент здравоохранения принимает в его реализации самое непосредственное участие. Нет сомнения, что совместными усилиями мы сможем не только еще увеличить ожидаемую продолжительность жизни москвичей, но сделать так, чтобы возраст не был помехой для полноценной, насыщенной жизни.



## Журнал «Московская медицина»

**Председатель редакционного совета**  
Печатников Леонид Михайлович

### Редакционный совет

**Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Арутюнов Григорий Павлович**, главный внештатный специалист-терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

**Бордин Дмитрий Станиславович**, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Брюн Евгений Алексеевич**, главный внештатный специалист-психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист-кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист-травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

**Жиляев Евгений Валерьевич**, главный внештатный специалист-ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Зайратьянц Олег Владимирович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист-оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист-пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Никонов Евгений Леонидович**, начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы

**Назарова Ирина Александровна**, председатель Совета главных врачей города Москвы

**Оленев Антон Сергеевич**, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

**Османов Исмаил Магомедтагирович**, главный внештатный специалист-педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Плутницкий Андрей Николаевич**, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

**Погонин Алексей Владимирович**, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист-уролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Синицин Михаил Васильевич**, главный внештатный специалист-фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист-онколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист-трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист-хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист-невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Любовь Алексеевна Ходырева**

Ответственный секретарь: **Джемал Ахмедович Бешлиев**

Шеф-редактор: **Сергей Викторович Литвиненко**

Редактор: **Алина Дмитриевна Хараз**



**Редакция журнала «Московская медицина»:**  
115088, г. Москва,  
Шарикоподшипниковская ул., д. 9  
niozmm@zdrav.mos.ru  
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Журнал представлен в РИНЦ  
(Российский индекс научного цитирования)

**Учредитель:**  
Департамент здравоохранения  
города Москвы

**Издатель:**  
НИИ организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

Журнал зарегистрирован  
Федеральной службой по  
надзору в сфере связи  
и массовых коммуникаций  
28 апреля 2014 года.  
Регистрационный номер  
ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 2 (30) 2019 г.  
журнала «Московская медицина»  
отпечатано 31 мая 2019 года

Отпечатано  
в ИП Борзунов.  
Тираж 10 000 экз.  
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670





RESEARCH INSTITUTE  
OF HEALTHCARE AND  
MEDICAL MANAGEMENT

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

#### The editorial staff of the «Moscow Medicine» journal:

Bldg. 9, Shariikopodshipnikovskaya str.,  
115088, Moscow  
[niozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niozmm@zdrav.mos.ru)  
The opinion of the authors may not  
coincide with the viewpoint of the  
editors.

Journal indexed in Russian Science  
Citation Index (RSCI)

**Founder:**  
Moscow Healthcare Department

**Publisher:**  
Research Institute Healthcare  
Organization and Medical  
Management of the Moscow  
Healthcare Department

The journal is registered by the  
Federal Service for Supervision  
of Communications, Information  
Technology, and Mass Media  
on April 28, 2014  
Registration number  
ПИ № ФС 77-57984

Issue № 2 (30) 2019  
of the «Moscow Medicine» journal  
was printed on May 31, 2019

Printed by Individual Entrepreneur  
Borzunov  
Circulation – 10 000 copies.  
Distributed free of charge.

ISSN 2587 - 8670



# Moscow Medicine

**Chairman of the Editorial Board**  
Pechatnikov Leonid Mikhailovich

## Editorial Board

**Andreeva Elena Evgenyevna**, Head of the Office of the Federal Supervision Agency for Customer Protection and Human Welfare in the Moscow city, Chief State Sanitary Doctor in the Moscow city  
**Antsiferov Mikhail Borisovich**, Chief External Expert in Endocrinology of the Moscow Healthcare Department  
**Arutyunov Grigoriy Pavlovich**, Chief External Expert in Therapy of the Moscow Healthcare Department  
**Bordin Dmitriy Stanislavovich**, Chief External Expert in Gastroenterology of the Moscow Healthcare Department  
**Bryun Evgeniy Alekseevich**, Chief External Expert in Psychiatry and Narcology of the Moscow Healthcare Department  
**Vasilyeva Elena Yurievna**, Chief External Expert in Cardiology of the Moscow Healthcare Department  
**Dubrov Vadim Erikovich**, Chief External Expert in Traumatology and Orthopedics of the Moscow Healthcare Department  
**Zayratyants Oleg Vladimirovich**, Chief External Expert in Pathological Anatomy of the Moscow Healthcare Department  
**Zhilyaev Evgeniy Valeryevich**, Chief External Expert in Rheumatology of the Moscow Healthcare Department  
**Zelensky Vladimir Anatolyevich**, Director of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund  
**Kryukov Andrey Ivanovich**, Chief External Expert in Otorhinolaryngology of the Moscow Healthcare Department  
**Mazus Aleksey Izrailevich**, Chief External Expert in Diagnostics Problems and Treatment of HIV Infection of the Moscow Healthcare Department  
**Manturova Natalya Evgenyevna**, Chief External Expert in Plastic Surgery of the Moscow Healthcare Department  
**Nikonov Evgeniy Leonidovich**, Head of the Board of Management and Coordination of Activities of the Moscow Healthcare Department  
**Nazarova Irina Aleksandrovna**, Chairman of the Moscow City Council of Chief Doctors  
**Olenev Anton Sergeevich**, Chief External Expert in Obstetrics and Gynecology of the Moscow Healthcare Department  
**Ordzhonikidze Zurab Givievich**, Chief External Expert in Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department  
**Osmanov Ismail Magomedtagirovich**, Chief External Expert in Pediatrics of the Moscow Healthcare Department  
**Plutnitsky Andrey Nikolayevich**, Head of the Territorial office of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Moscow City and the Moscow Region  
**Pogonin Alexey Vladimirovich**, Deputy Head of the Moscow Healthcare Department  
**Potekaev Nikolay Nikolayevich**, Chief External Expert in Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Healthcare Department  
**Pushkar Dmitriy Yuryevich**, Chief External Expert in Urology of the Moscow Healthcare Department  
**Khatkov Igor Evgenyevich**, Chief External Expert in Oncology of the Moscow Healthcare Department  
**Khubutia Mogeli Shalvovich**, Chief External Expert in Transplantology of the Moscow Healthcare Department  
**Sinitsin Mikhail Vasilyevich**, Chief External Expert in Phthisiology of the Moscow Healthcare Department  
**Shabunin Alexey Vasilyevich**, Chief External Expert in Surgery of the Moscow Healthcare Department  
**Shamalov Nikolay Anatolyevich**, Chief External Expert in Neurology of the Moscow Healthcare Department

Editor-in-Chief: **Alexey Ivanovich Khripun**

Deputy Editor-in-Chief: **Elena Ivanovna Aksenova**

Science Editor: **Lyubov Alekseevna Khodyreva**

Executive Editor: **Jemal Ahmedovich Beshliev**

Managing Editor: **Sergey Viktorovich Litvinenko**

Editor: **Alina Dmitrievna Kharaz**

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Обращение руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна</b> .....	1
<b>ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА</b>	
<b>Надежда РУНИХИНА: «Потребность в гериатрических знаниях у врачей очень высока»</b> .....	6
<b>Ольга ТКАЧЕВА: «Эйджизм не только в головах врачей или молодежи, но и самих пожилых людей»</b> .....	10
<b>ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ</b>	
<b>Евгений ПРОХОРЕНКО: «Здоровый образ жизни можно назвать «профилактикой старения»</b> .....	14
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
<b>Олег РУМЯНЦЕВ: «Мы делаем все возможное, чтобы пациент смог сохранить максимальную активность и независимость»</b> .....	18
<b>ПРОЕКТ</b>	
<b>Московское долголетие</b> .....	21
<b>Елена МАКСИМЕНКО: «Московское долголетие» нацелено отодвинуть момент «хрупкой старости»</b> .....	24
<b>ОБЗОРЫ</b>	
<b>М. Б. АНЦИФЕРОВ, О. М. КОТЕШКОВА, Л. П. МОЛИНА, Е. А. ЕРМАКОВА Сахарный диабет 2 типа у пожилых: особенности клиники, контроля и лечения</b> .....	26
<b>А. В. СТАРОДУБОВА, Ю. Р. ВАРАЕВА, В. В. ЕГОРОВА, А. А. БРУМБЕРГ Принципы питания людей пожилого и старческого возраста</b> .....	36
<b>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</b>	
<b>Г. П. КОСТЮК, Л. А. БУРЫГИНА, М. В. ПАК, М. В. КУРМЫШЕВ, В. Б. САВИЛОВ, С. В. СТАРОДУБЦЕВ Клиника памяти – комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации</b> .....	42
<b>МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ</b>	
<b>Д. С. БОРДИН, Т. В. ШКУРКО, О. И. БЕРЕЗИНА Обзор докладов 45-й научной сессии ЦНИИ гастроэнтерологии «Вопросы онкологии в практике гастроэнтеролога»</b> .....	50
<b>Тезисы докладов ассамблеи «Здоровье Москвы»</b> .....	60

# CONTENTS

<b>Address from the Head of the Moscow Healthcare Department Aleksy KHRYPUN</b> .....	1
<b>FROM THE FIRST PERSON PERSPECTIVE</b>	
<b>Nadezhda Runikhina: “Geriatric competence is in high demand amongst medical practitioners”</b> .....	6
<b>Olga TKACHEVA: “Agism is not just a prejudice in doctors’ and young people’s heads, seniors suffer from it themselves”</b> .....	10
<b>EXPERT OPINION</b>	
<b>Evgeniy PROKHORENKO: “Healthy lifestyle can be “profilaxis of aging itself”</b> .....	14
<b>HEALTHCARE MANAGMENT</b>	
<b>Oleg Rummyantsev: “We are doing everything possible to let our patients retain maximum activity and independence”</b> .....	18
<b>PROJECT</b>	
<b>Moscow Longevity</b> .....	21
<b>Elena MAKSIMENKO: “Moscow longevity” is aimed at postponing frail senility</b> .....	24
<b>REVIEWS</b>	
<b>M. ANTSIFEROV, O. KOTESHKOVA, L. MOLINA, YE. YERMAKOVA. Diabetes mellitus type 2 in elderly patients: specifics of clinic, control and treatment</b> .....	26
<b>A. STARODUBOVA, Y. VARAEVA, V. EGOROVA, A. BRUMBERG Basic Principles of Nutrition for the Elderly</b> .....	36
<b>ORIGINAL ARTICLES</b>	
<b>G. KOSTYUK, L. BURYGINA, M. PAK, M. KURMYSHEV, V. SAVILOV, S. STARODUBCEV Memory Clinic - comprehensive program for neurocognitive rehabilitation</b> .....	42
<b>CONFERENCE PROCEEDINGS</b>	
<b>D. BORDIN, T. SHKURKO, O. BEREZINA Review of 45-th session of Central research Institute of gastroenterology ‘Oncology Issues in a Gastroenterologist’s Clinical Practice’</b> .....	50
<b>Moscow Health Assembly conference paper abstracts</b> .....	60

# НАДЕЖДА РУНИХИНА: «ПОТРЕБНОСТЬ В ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ЗНАНИЯХ У ВРАЧЕЙ ОЧЕНЬ ВЫСОКА»



**Надежда Рунихина,**  
главный внештатный  
специалист-гериатр  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

Продолжительность жизни москвичей растет, а вместе с ней увеличивается и число пожилых пациентов – людей, к лечению которых необходимы особые подходы. Эти подходы формирует гериатрия. О развитии гериатрической службы в Москве рассказывает главный внештатный специалист-гериатр Департамента здравоохранения города Москвы Надежда Рунихина.

– Надежда Константиновна, я прочитал в отчете за 2018 год о 43 кабинетах врача-гериатра и 39 врачах-гериатрах в Москве. Специализированная помощь по профилю оказывается и вовсе в одном стационаре (40 коек). Этого достаточно для города?

– Акцент в оказании гериатрической помощи в Москве сегодня смещен на амбулаторное звено. Как вы правильно заметили, речь идет об оказании помощи в 43 кабинетах врача-гериатра. Гериатрическое консультирование доступно в крупных поликлинических центрах. Тех врачей-гериатров, которых мы сумели подготовить на сегодняшний день, конечно, недостаточно для такого крупного мегаполиса, как Москва. Но это не значит, что медицинская помощь людям пожилого и старческого возраста лимитирована и оказывается не в должном объеме.

Текст подготовил: Сергей ЛИТВИНЕНКО  
Фото: Александр ПЛЮСНИН

**ВРАЧОМ-ГЕРИАТРОМ МОЖЕТ СТАТЬ ВРАЧ, КОТОРЫЙ УЖЕ ИМЕЕТ  
СПЕЦИАЛИЗАЦИЮ ПО ТЕРАПИИ, ПЕДИАТРИИ, ИЛИ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

## В ГЕРИАТРИИ ОСНОВНАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА – СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ. ЗА РУБЕЖОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТЕРМИН FRAILTY – ДРЯХЛОСТЬ, СЛАБОСТЬ

В настоящее время в Москве реализуется два больших проекта, направленных на совершенствование оказания помощи именно этой когорте пациентов. Выделены пациенты с множественными хроническими заболеваниями, которым оказывают помощь терапевты высокой квалификации. А это как раз гериатрические пациенты, преимущественно в возрасте от 60 лет. Работает патронажная служба, усилия которой также направлены преимущественно на людей пожилого и старческого возраста. Врачи, которые участвуют в этих проектах, в течение последних двух лет проходили дополнительную подготовку по вопросам гериатрии. Больше того, речь сейчас идет о том, чтобы дать всем этим врачам вторую врачебную специальность – гериатрия. Мы готовим образовательный проект, который позволит это осуществить. Предполагаемая цифра врачей-гериатров в Москве после завершения программы – порядка 500 человек.

В планах и увеличение числа кабинетов врачей-гериатров. В этом году мы доведем их число до 60, в каждом административном округе будет возможность получить помощь у специалиста-гериатра и пройти комплексную гериатрическую оценку.

Стационарная гериатрическая помощь также оказывается в городе всем нуждающимся в ней. В прошлом году было создано гериатрическое отделение на базе Госпиталя ветеранов войн № 3, где оказывается помощь пациентам с синдромом старческой астении по всем основным нозологиям. В этом году будут развернуты геронтологические койки на базе Госпиталей ветеранов войн № 1 и № 2 и общее число профильных коек в Москве будет увеличено. Мы стремимся к показателям обеспеченности гериатрической помощью, зафиксированным в нацпроекте «Развитие здравоохранения», – 61,8 пролеченных на гериатрической койке на 10 000 жителей.

Ключевая задача здесь опять-таки подготовка кадров. Над чем, как я уже говорила, мы активно работаем.

**– Каковы ключевые проблемы в подготовке специалистов по профилю? Какие-то московские образовательные программы существуют?**

– Гериатрия в нашей стране в должной мере начала развиваться не так давно, фактически 4–5 лет назад.

Стратегический план в области подготовки кадров есть, и важно его последовательно выполнять. Что мы сейчас и делаем. Эта задача действительно непростая. Сейчас один из центров подготовки кадров – кафедра болезней старения в РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Здесь аккумулируется зарубежный опыт и передается российским специалистам. В прошлом году мы, например, читали серию лекций по геронтологии и гериатрии преподавателям медицинских вузов, в том числе с привлечением иностранных специалистов в этой области.

**– Есть интерес к этому направлению у врачей?**

– Потребность в гериатрических знаниях у врачей очень высокая. Мы проводили на профильных конференциях структурированное анкетирование, и получилось, что 54 % пациентов врачей-практиков – это пациенты 60 лет и старше. А среди них 34 %, по мнению врачей, – пациенты с синдромом старческой астении. В этой ситуации неудивительно, что знания, которые аккумулирует геронтология и гериатрия, востребованы врачами как амбулаторного, так и стационарного звена оказания медицинской помощи. На первых конференциях по гериатрии интересующихся были единицы. Врачи недоумевали, зачем нужна гериатрия, если есть терапевт. Сейчас интерес к этой специальности растет в геометрической прогрессии. Число слушателей на профильных конференциях из года в год удваивается и даже утраивается. С этого года мы совместно с главным внештатным специалистом по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ Андреем Александровичем Тяжелниковым организовали проведение окружных гериатрических конференций в Москве. В 2019 году запланировано 8 таких мероприятий.

**– Много говорится об инфраструктурных проектах вроде «Московского долголетия», о работе патронажных служб, выделении врачей-терапевтов для работы с пациентами с множественными заболеваниями, а что представляет собой российская и московская гериатрия как медицинская дисциплина, как наука? Что происходит в этой**

## **области в мире? Какие ведутся научные изыскания у нас в стране?**

– В гериатрии основная нозологическая форма – синдром старческой астении. За рубежом используется термин frailty – дряхлость, слабость. С возрастом в силу процессов старения человеческий организм становится более уязвимым. Вдобавок к этому у пожилых пациентов, как правило, развивается несколько хронических заболеваний. В результате снижается функциональность организма, человек постепенно теряет автономность, требует дополнительного внимания и ухода.

С позиций терапии это коморбидные пациенты. Взаимовлияние имеющихся у них заболеваний как раз область интересов гериатрии. Такие пациенты очень чувствительны к изменениям терапии, к введению новых лекарственных препаратов. Поэтому мы говорим о том, что надо вести медицинскую статистику по возрастам. В основном в поле внимания средний трудоспособный возраст, люди же 60 лет и старше имеют свои особенности, которые зачастую выпадают из поля зрения специалистов.

Людям с синдромом старческой астении необходимо уделять особое внимание. Внутри старческой астении заложено множество гериатрических синдромов и патологических состояний: синдром падения, синдром мальнутриции (дефицит питания), синдром остеопороза, синдром саркопении, нарушения сна, депрессия и многие другие. Важным моментом является и то, что новые лекарственные средства в клинических испытаниях, как правило, исследуются на людях среднего возраста, и из-за этого особенности влияния этих препаратов на ослабленный организм пожилого человека не до конца ясны. Это отдельная тема исследований и внимания специалистов-гериатров.

## **– Что представляет собой лаборатория гериатрии, которую вы возглавляете?**

– В лаборатории мы изучаем методы лечения пациентов гериатрического профиля. Одно из последних исследований касалось особенностей лечения артериальной гипертонии у пациентов с синдромом старческой астении. Знания в этой области, собранные в течение последних 2–3 лет, нашли отражение в современных клинических рекомендациях, где ослабленные пациенты выделены

в особую группу, для которой прописаны несколько иные параметры лечения: более лояльные целевые уровни артериального давления, иной подход к назначению антигипертензивных препаратов. Для того чтобы выявить эту группу пациентов, как раз и необходимо комплексное гериатрическое обследование. Например, врач первичного звена при выявлении у пациента признаков синдрома старческой астении должен направить его на консультацию к гериатру для принятия окончательного решения по назначению лекарственной терапии.

Нами выделены отдельные терапевтические подходы для гериатрических пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Например, очень важно для таких пациентов сохранить функциональный статус. Готовятся рекомендации по ведению гериатрических пациентов с сахарным диабетом. Наши специалисты принимали участие в подготовке клинических рекомендаций по предоперационному ведению пожилых пациентов. Отдельное направление – предупреждение развития делирия при оказании медицинской помощи. Для пожилых пациентов когнитивный статус уже скомпрометирован, и, если мы не проводим каких-то специфических защитных мероприятий в ходе лечения, ситуация может усугубиться. Особенно ярко это проявляется в послеоперационный период.

Поэтому сейчас готовятся к реализации в Москве и по всей стране комплексные программы по предупреждению падений и по выявлению и предупреждению когнитивных нарушений у пожилых пациентов.

## **– Как сегодня выстроен маршрут пожилого пациента? Кто и на какой стадии его ведет? Насколько включены в процесс участковые врачи в поликлиниках, врачи общей практики?**

– В Москве сегодня гериатрическую помощь пациент может получить, обратившись напрямую к врачу-гериатру. Сейчас мы настраиваем систему –МИАС для того, чтобы такие консультации было удобнее получать пациентам. –еть некоторые технические нюансы, которые позволят выстроить систему записи на прием именно к врачам-гериатрам. На прием таким специалистам будет отводиться больший временной интервал.

**В МОСКВЕ ГОТОВЯТСЯ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПАДЕНИЙ И КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Для врачей первичного звена мы разработали и валидизировали скрининговый опросник для выявления синдрома старческой астении «ВоЗРаСТ Не ПоМе а». Вопросы направлены на выявление основных гериатрических синдромов. Пациент может заполнить такой опросник самостоятельно, или ему может помочь медицинская сестра. —ели на три и более вопросов из опросника пациент отвечает утвердительно, мы считаем, что у него есть достаточные признаки синдрома старческой астении. отя в этом случае часто речь идет о преастеническом состоянии, и необходимо проведение дополнительных тестов на физические кондиции. Но если утвердительных ответов 5–6 – это однозначный повод направить пациента к врачу-гериатру.

**– Насколько я понял, у нас уже разработаны какие-то клинические рекомендации и протоколы. Насколько эти протоколы соотносятся с мировой практикой? Как выбираются направления при их разработке?**

– еть три основных критерия выбора направления работы с рекомендациями. Первый – наиболее часто встречающиеся проблемы и состояния пожилых пациентов. Пример – уже упоминавшийся синдром падения. Второй – состояния, которые в большей степени влияют на прогноз развития здоровья пациента. Падения проходят и по второму критерию. То есть помимо того, что это часто встречающаяся проблема, она невероятно ухудшает состояние пожилого пациента. Третье – актуальность в аспекте мировой медицинской науки и практики. Мы, безусловно, в нашей стране сверяемся с тем, что делают зарубежные коллеги, так как они раньше начали изучать проблему и идут несколько впереди. Например, активно изучаются должжители и их адаптивные механизмы. И знания о механизмах старения, получаемые при этих исследованиях, как ни парадоксально, очень даже применимы в широкой медицинской практике.

**– Надежда Константиновна, можно ли говорить о некой единой системе помощи пожилым пациентам в Москве? Каковы приоритетные направления развития городской гериатрической службы и этого медицинского направления в стране и городе?**

– Служба находится в стадии становления. И очень важно в этой ситуации, что есть поддержка и заинтересованность в ее выстраивании со стороны руководства отраслью и городом, есть понимание, как должна выстраиваться система оказания помощи пожилым пациентам, и главное – есть потребность у врачей в знаниях в области гериатрии и геронтологии. При наличии этих вводных уверена, в городе будет выстроена эффективная и современная гериатрическая служба.

**Скрининговый опросник «ВоЗРаСТ Не ПоМеХа» для выявления синдрома старческой астении**

1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*( Вес)	Да/Нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗРения или Слуха?	Да/Нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?	Да/Нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/Нет
5	есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/Нет
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи?	Да/Нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? ( одьба до 100 м / подъем на 1 лестничный пролет)	Да/Нет

*Примечание:*

\* имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Выявление этого синдрома требует анализа клинической ситуации с тщательной оценкой характера питания и онконастороженностью.

**За каждый ответ «Да» начисляется 1 балл.**

**3-6 баллов** – высоко вероятен синдром старческой астении, показана консультация гериатра с составлением индивидуального плана ведения пациента.

**1-2 балла** – вероятен синдром старческой астении («преастения»), необходима коррекция выявленных нарушений, при возможности может быть рассмотрено направление к гериатру.

**0 баллов** – нет синдрома старческой астении.

Название опросника «ВоЗРаСТ Не ПоМеХа» подсказывает врачу параметры, требующие оценки: В – вес, ЗР – зрение, С – Слух, Т – травмы, Н – настроение, П – память, М – моча, – ходьба

*Приложение 3 к Порядку организации медицинской помощи по профилю «гериатрия» населению города Москвы Департамента здравоохранения города Москвы*

# ОЛЬГА ТКАЧЕВА: «ЭЙДЖИЗМ НЕ ТОЛЬКО В ГОЛОВАХ ВРАЧЕЙ ИЛИ МОЛОДЕЖИ, НО И САМИХ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ»



**Ольга Ткачева,**  
главный внештатный  
специалист-гериатр  
Минздрава России,  
директор Российского  
геронтологического  
научно-клинического  
центра, профессор

Текст подготовила: Алина ХАРАЗ  
Фото: Александр ПЛЮСНИН

Почему вплоть до конца XX столетия геронтология оставалась на обочине медицинской науки и какие большие перемены ожидают медицину в XXI веке, рассказывает главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, профессор Ольга Ткачева.

**– Ольга Николаевна, в чем принципиальное различие между гериатрией и геронтологией?**

– Геронтология – фундаментальная наука о старении, в фокусе внимания которой междисциплинарная научная проблема, она включает и гериатрию, и кардиологию, и генетику, и физиологию – в каждой дисциплине можно заниматься исследованиями в области старения. Тогда как гериатрия – это именно медицина старения, работа с пожилыми пациентами, более узкое понятие. По аналогии с педиатрией – практической медициной детского возраста.

**– Каковы сегодня основные акценты, задачи, направления современной геронтологии и гериатрии?**

– Основные задачи сегодняшнего дня – это поиск путей замедления старения, здоровое старение, увеличение периода активной жизни, профилактика

**БЫВАЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, КОГДА ПАЦИЕНТ ПОПАДАЕТ  
К ГЕРИАТРУ ЕЩЕ ДО 60 ЛЕТ, ЕСЛИ У НЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ**

## МЫ СОСТАВЛЯЕМ МОСКОВСКИЙ РЕГИСТР СТОЛЕТНИХ — ГОРОДСКИХ СУПЕРДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. НА ОСНОВАНИИ ЭТИХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ МОДЕЛИ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ

возраст-ассоциированных заболеваний. Формально в гериатрической службе могут быть пациенты старше 60 лет, но, как правило, это люди более старшего возраста, потому что основные проблемы со здоровьем появляются после 70 и даже 75 лет. Однако бывают клинические ситуации, когда пациент попадает к гериатру еще до 60 лет, если у него наблюдаются проявления преждевременного старения. Оно может быть результатом как генетических или каких-либо других заболеваний, так и образа жизни, вредных привычек — они действительно приводят к объективным параметрам, свидетельствующим об ускоренном старении.

### — Как геронтология в современном понимании стыкуется с популярной и очень развитой на Западе антивозрастной или антиэйдж-медициной (anti-aging medicine)?

— К сожалению, на этом термине довольно часто спекулируют. На препаратах, технологиях, идеях, не имеющих большой доказательной базы, зарабатываются колоссальные деньги. Однако реальный антиэйджинг есть. И он известен: это здоровый образ жизни, технологии современной медицины и, в частности, гериатрии. К сожалению, специального лекарства от старения пока нет. И вероятно, не будет. —есть комплекс воздействий, которые в части хорошо изучены, в части — пока еще не очень хорошо изучены, но уже ясно — это комплекс мер.

### — Какие конкретные технологии современной антивозрастной медицины вы имеете в виду?

— Например, возможность оценить биологический возраст человека на основе состояния его сердечно-сосудистой системы, эндокринной, костно-мышечной, когнитивных функций. Опираясь на этот биологический, а не паспортный возраст, мы можем подобрать терапию, комплекс мероприятий и воздействий, которые способны влиять на маркеры биологического возраста. Эти мероприятия включают специальную диету, адекватную физическую активность, ранний скрининг возраст-ассоциированных заболеваний, их профилактику. На фоне таких вмешательств мы можем контролировать биологический возраст, наблюдать, как эти мероприятия влияют на сам процесс старения.

### — Ваши пациенты в центре проходят подобное предварительное обследование?

— Обязательно. —если к нам поступает пожилой человек, то он обязательно оценивается с точки зрения его биологического возраста, насколько он сохранен, насколько лечение, которое мы будем ему предлагать, является для него оптимальным. У нас есть и более молодые пациенты — от 40 до 50 лет, которые хотят оценить свой биологический возраст, ожидаемые риски возникновения возраст-ассоциированных заболеваний и их прогноз.

### — Какие в вашем центре ведутся научные разработки?

— Например, сейчас мы составляем Московский регистр столетних — городских супердолгожителей. На основании этих исследований мы разрабатываем модели здорового старения. То есть пытаемся найти элементы, из которых оно складывается. Какие показатели должны быть у человека, чтобы он перешагнул рубеж сто лет и был при этом активным? Какой у него должен быть углеводный обмен? Какой уровень артериального давления? Какой вес? Какая физическая активность и многое другое. Создание подобных четких моделей позволит выстраивать обоснованные антиэйджинговые программы.

Очень интересны сравнительные научные исследования, проводимые совместно с Токийским регистром столетних. В планах у нас регистры российских супердолгожителей — из разных регионов, не только Москвы. Это очень трудоемкая задача не только в аспекте сбора материала, требуется индивидуальный тщательный осмотр, детальное анкетирование. Поэтому мы пока занимались только Москвой. Кроме регистра столетних, мы ведем регистр долгожителей — людей старше 85 лет, а также пролонгированное исследование детей долгожителей, где мы отслеживаем изменения их биологического возраста.

В геронтологическом центре ведутся исследовательские работы, которые касаются сахарного диабета и старения, остеопороза и старения костной ткани, микробиоты кишечника и старения. Интересно, что микробиота кишечника столетних по составу похожа на микробиоту молодых. С высокой долей вероятности микробиом, который неслучайно называют вторым геномом человека, вносит свой вклад в продолжительность жизни.



**– Можно ли утверждать в таком случае, что решающий фактор - питание?**

– Микробиом – это результат не только стиля питания. Курение, например, убивает некоторые микроорганизмы. Антибиотики, некоторые другие лекарственные препараты, какие-то инфекционные заболевания, экология – вовлечены очень много факторов. Но стиль питания влияет в первую очередь.

**– Вы имеете в виду низкокалорийную диету? Или средиземноморскую?**

– Что касается низкокалорийной диеты, ее влияние на продолжительность жизни было доказано лишь в экспериментах. У приматов она не показала эффективности. Однако фактически долгожители, которых мы сегодня наблюдаем, действительно, едят немного и при этом употребляют достаточно много растительной пищи. Можно утверждать: переедание в течение жизни и ожирение не связаны с увеличением продолжительности жизни. Контроль веса – это основа здорового долголетия.

Средиземноморская диета богата рыбой, овощами, оливковым маслом и включает небольшое количество красного вина, она действительно продемонстрировала положительное влияние на увеличение продолжительности жизни. Но такое же увеличение продолжительности жизни продемонстрировала и так называемая качественная диета – питание на основе местных, обязательно свежеприготовленных продуктов (не консервов) с большим количеством сырых овощей и фруктов (400–600 г ежедневно), с достаточным

количеством белка. Овощи и фрукты важны даже не из-за витаминов и микроэлементов, а потому что они обеспечивают клетчаткой, которая выводит лишнее, очищает организм. Это очень существенный момент.

**– Вопрос, возможно, провокационный: продолжительная старость вряд ли соответствует представлениям о долгой и счастливой жизни, о которой мечтают люди. По некоторым данным, львиная доля медицинских расходов приходится именно на самые последние месяцы и годы жизни человека...**

– Действительно, есть период, который мы так и называем: «период нездоровой жизни». Наступает время, когда человек, к сожалению, начинает терять автономность, попадает в зависимость от окружающих. Заболевания, а к этому моменту обычно их немало, меняют его функциональный статус, и он уже не может выйти из дома, купить что-то в магазине, а иногда и одеться. Мы очень боялись, что этот период будет расти по мере увеличения продолжительности жизни. Но сегодня мы видим, что этого не происходит. Увеличивается продолжительность активной жизни. Период жизни с заболеваниями остается стабильным, не увеличивается, он составляет 10 лет в среднем. Происходит так называемая компрессия заболеваний. Действительно, этот период требует серьезной поддержки со стороны как системы здравоохранения, так и системы социальной помощи. И требует колоссальных затрат – я имею в виду затраты, которые связаны с уходом, с изменениями жизни семьи (кто-то, возможно, уйдет с работы, например). Это серьезный каскад проблем. Но есть современные технологии, которые позволяют обеспечить этот уход, сделать его комфортным для пожилого человека и для всей семьи.

**– Как вы считаете, есть ли возможность еще сократить этот нездоровый остаток старости, сохраняя или увеличивая при этом продолжительность жизни? Или это не заложено в природе человека, как, например, невозможно по физиологическим параметрам сократить детство?**

– Это возможно. И мы стремимся к увеличению периода активной жизни. Сам процесс старения неизбежен, но мы можем уменьшить скорость старения. Нельзя, конечно, омолодить человека, как в сказке: прыгнуть в молоко или съесть молодильное яблоко. Но остановить потерю автономности, восстановить его функциональность возможно.

**– Вы говорите о полноценном лечении, максимальной реабилитации пожилых людей, но, к сожалению, по сей день мы слышим**

## **В поликлиниках и даже стационарах: «Ну что вы хотите, возраст!»**

– Да. К сожалению, эйджизм имеет место. Это глобальная проблема, и нам с ним надо бороться, разъяснять его неправомочность. Причем эйджизм не только в головах врачей или молодежи. К сожалению, он и в головах самих пожилых людей. В какой-то момент человек сам себе говорит: все, я старый. Да, все болит, но даже неудобно идти в больницу – у меня же должно болеть, я старый. Плохо хожу и шаркаю – ну так я же старый, так и должно быть. Мне уже чего, я свое прожил. Это все неправильное отношение к старению. Человек может и должен наслаждаться жизнью до последнего вздоха. Конечно, это просто сказать, но не просто доказать, принять и осуществить. Даже тем, кто сам стоит горой за такое обновленное отношение к возрасту, иногда самим сложно адаптироваться к жизни с годами: человек уходит на пенсию – и вдруг понимает, что никому не нужен, считает, что все в прошлом. Это надо менять.

### **– Но здесь уже не столько в медицине дело.**

– Конечно! Важно, чтобы все поняли: продолжительность жизни зависит от здравоохранения на 20 %. Все остальное – это образ жизни (50 %), генетика (15 % – меньше, чем принято думать), экология (15 %).

уровень глюкозы, снижать потребление легкоусвояемых углеводов, потому что сахарный диабет – это точно путь не к долголетию, а в прямо противоположную сторону. – Если в роду есть сахарный диабет 2 типа, надо понимать, что это генетическое заболевание, и тщательно профилактировать его, а если он появился – тщательно его контролировать. Далее: курение табака ассоциируется с преждевременной старостью, потому что оно оказывает токсичное влияние на стенки сосудов, они становятся жесткими, теряют эластичность и начинают преждевременно стареть. У женщин из-за курения выше риск ранней менопаузы. Но контролировать свои привычки сложно, это требует определенных усилий.

### **– Каким образом все эти концептуальные, фундаментальные изменения доносятся до врачей?**

– Во-первых, сейчас блок по гериатрии включается во все образовательные модули. Во-вторых, мы работаем над системой образования всех врачей первичного звена: терапевтов, врачей общей практики – именно с учетом ориентации на профилактику. Концепция медицинской помощи меняется. Она должна все в большей мере сопровождать не только больных, но и здоровых людей. Врач должен кон-

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЗАВИСИТ ОТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 20 %. ВСЕ ОСТАЛЬНОЕ – ЭТО ОБРАЗ ЖИЗНИ (50 %), ГЕНЕТИКА (15 % – МЕНЬШЕ, ЧЕМ ПРИНЯТО ДУМАТЬ), ЭКОЛОГИЯ (15 %)**

### **– Какие базовые вещи должен понимать сам и доносить до пациентов врач общей практики в поликлинике?**

– С возрастом изменяется возможность адаптации организма к стрессам. Но надо стараться сохранять функциональные показатели организма на стабильном уровне. Не надо сильно поправляться и сильно худеть, резко менять физическую активность. Вы замечали, наверное, как только спортсмены бросают заниматься спортом – у них появляется ожирение, проблемы с сердцем, потому что они перестают соблюдать привычный физический ритм. Конечно, этот ритм с годами будет меняться в любом случае, но важно стараться свой образ жизни приближать к тому, что было в молодом и среднем возрасте: продолжать учиться, двигаться, не переедать, контролировать вес, холестерин, артериальное давление. Чем два последних показателя ниже, тем дольше человек живет и медленнее стареет. Необходимо физическая активность, нужно контролировать

ультимировать не тогда, когда развилась болезнь, а до того. Это идеальная модель, и мы к ней идем. понимаю, что ситуация изменится не быстро, но это происходит, новая концепция медицины внедряется. У нас работают циклы по повышению квалификации врачей общей практики, по подготовке гериатров. Причем мы готовим не только врачей, но и медсестер, сиделок, социальных работников – всех специалистов, которые находятся вокруг пожилого человека. Гериатрия – это медицина будущего. Количество пожилых пациентов растет. Впервые в истории цивилизации возникает ситуация, когда пожилые – не меньшинство. А в какой-то момент это будет большинство. И не только с точки зрения гериатрии, но в целом мир меняется в сторону развития так называемой «серебряной экономики». В России к концу XXI века прогнозируемая продолжительность жизни достигнет 90 лет, и наша задача, чтобы человек их прожил с удовольствием, максимально насыщенно и активно. Так что у нас впереди много работы.

# ЕВГЕНИЙ ПРОХОРЕНКО: «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ МОЖНО НАЗВАТЬ «ПРОФИЛАКТИКОЙ СТАРЕНИЯ»



**Евгений Прохоренко,** главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель директора по организационно-методической работе Центра профилактической медицины ДЗМ

Текст подготовила: Алина ХАРАЗ  
Фото: Екатерина КОЗЛОВА

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель директора по организационно-методической работе Центра профилактической медицины ДЗМ рассказывает о современных подходах профилактической медицины к решению проблем продления активного долголетия и сохранения здоровья пожилых жителей города.

– Сегодня на государственном уровне поставлена цель довести среднюю продолжительность жизни до 80+. Общезамировая стратегия – активное долголетие. В этой связи на Западе много говорят об антивозрастной и превентивной медицине. Как это соотносится с тем, что мы понимаем и практикуем сегодня как профилактическую медицину?

– Действительно, активная жизнь людей старше 80 лет уже не миф, а реальность. Сегодня средняя продолжительность жизни в Москве достигла 77,9 лет. Правительство Москвы прилагает к этому массу усилий, в том числе и с точки зрения превентивной медицины. Превентивная медицина, как и

**ПРИНЦИП «БОЛЕЗНЬ ЛЕГЧЕ ПРЕДОТВРАТИТЬ, ЧЕМ ЛЕЧИТЬ» ИЗВЕСТЕН МНОГИМ МОСКВИЧАМ, НО, К СОЖАЛЕНИЮ, ОЧЕНЬ НЕМНОГИЕ СЛЕДУЮТ ЕМУ В ЖИЗНИ. НЕДОСТАТОЧНАЯ ВОВЛЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ – ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В ЭТОЙ СФЕРЕ**

медицинская профилактика, – это комплекс профилактических мероприятий, который включает: раннюю диагностику неинфекционных заболеваний, индивидуальную оценку факторов риска их возникновения, их коррекцию и постоянный мониторинг состояния здоровья пациента. Принцип «Болезнь легче предотвратить, чем лечить» известен многим москвичам, но, к сожалению, очень немногие следуют ему в жизни. Недостаточная вовлеченность населения в профилактические мероприятия – одна из основных проблем в этой сфере. В зарубежных странах с молодого возраста люди, как правило, более ответственно относятся к собственному здоровью.

### **– Существуют ли у нас какие-либо программы, нацеленные конкретно на замедление старения и продление активной стадии жизни?**

– В настоящее время в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы реализуются федеральные программы, непосредственно связанные с продлением периода активной жизни человека, формированием здорового образа жизни и ранним выявлением хронических неинфекционных заболеваний. Это профилак-

тические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних, диспансеризация определенных групп взрослого населения, комплексные медицинские осмотры в центрах здоровья. Все вышеперечисленные программы позволяют своевременно заподозрить наследственные или приобретенные факторы риска неинфекционных заболеваний, распознать болезнь на ранней стадии, что, безусловно, ведет к увеличению продолжительности жизни москвичей.

### **– Какой должна быть профилактическая медицина, чтобы внести вклад в достижение цели 80+?**

– Профилактика в этом контексте подразумевает три стратегии: популяционная, высокого риска и вторичная. Популяционная профилактика направлена на факторы образа жизни и окружающей среды, которые значительно влияют на риск развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения в целом. Это означает создание условий для ведения здорового образа жизни:

парки, велодорожки, спортивные сооружения, бездымная среда и тому подобное. Такой вид ненавязчивого напоминания о здоровом образе жизни направлен на все население в целом, это очень значимый социально-психологический фактор. Реализация этого направления профилактики возможна только на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, бизнеса и общественных структур. Большая часть мероприятий, проводимых в рамках реализации этой стратегии, преимущественно находится в сфере образования, спорта, строительства, социальной рекламы. Роль медицинских работников в популяционной профилактике сводится к разработке и распространению информационных материалов для населения по здоровому образу жизни, выступлениям в средствах массовой информации.

Вторая стратегия – профилактика высокого риска. Она реализуется в первичном звене здравоохранения и подразумевает выявление пациентов с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, метаболических нарушений и т. п.). Основная роль в реализации данных задач возлагается на участковых вра-

чей-терапевтов, врачей общей практики, в деятельности которых правильно организованная профилактическая работа должна занимать не менее 30–40 % рабочего времени.

Вторичная профилактика – это работа с пациентами, у которых уже выявлены и компенсированы заболевания, с целью предупреждения рецидивов и обострений, то есть контроль за состоянием здоровья этих людей, мероприятия по коррекции факторов риска.

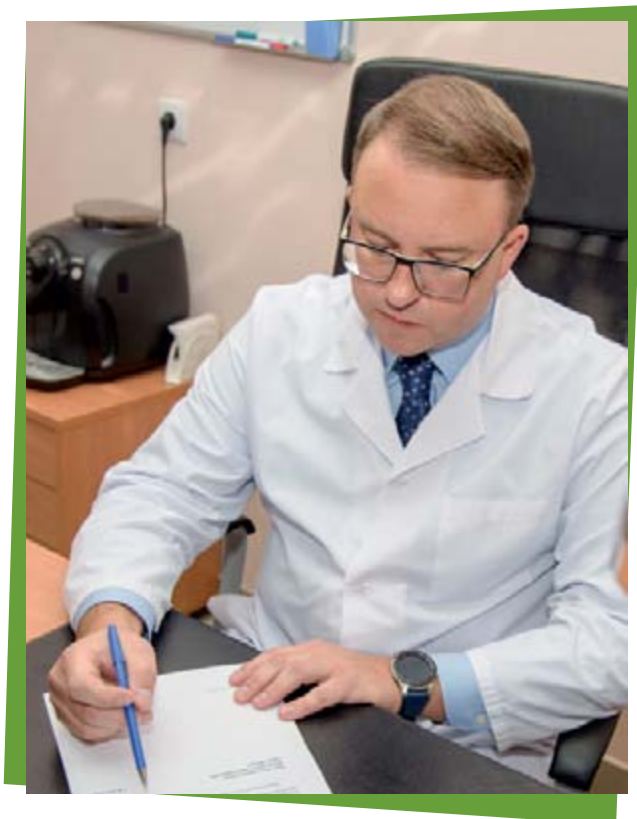
### **– Как меняется отношение к профилактическим мероприятиям среди врачей и пациентов в настоящее время? 30–40 % рабочего времени посвящать профилактике – это реальная задача?**

– В Москве функционируют 50 модернизированных отделений медицинской профилактики и 44 центра здоровья. За 2018 год диспансеризацию прошли 1 806 843 человека, комплексные обследования в центре здоровья проведены 272 651 пациенту. Необходимость и эффективность

**В МОСКВЕ ФУНКЦИОНИРУЮТ:**

**50 МОДЕРНИЗИРОВАННЫХ  
ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ**

**44 ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**



профилактики неинфекционных заболеваний не вызывает сомнения ни у кого, но интересно, что приверженность к профилактическим мероприятиям у взрослого населения намного меньше, чем у детей и подростков, и связано это прежде всего с низкой осведомленностью и низкой культурой здоровья, сформированной у сегодняшнего поколения.

Проблема формирования позитивной мотивации в столице решается с помощью проведения общегородских массовых мероприятий. Это та самая популяционная профилактика. В течение 2018 года были проведены 32 информационно-профилактические акции, приуроченные к всемирным и международным дням борьбы с различными заболеваниями, прочим памятным дням и датам.

Всего в подобных акциях в течение года в Москве приняли участие 615 640 человек. Одним из самых значимых мероприятий 2018 года стал марафон «Московское здоровое лето». В рамках этой масштабной информационно-просветительской и популяционно-профилактической акции прошли интерактивные лекции по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, консультации врачами-специалистами различных профилей, выездные Центры здоровья для взрослых и детей. Общий охват населения этими мероприятиями составил более 155 000 человек. Проведено более 272 000 функциональных исследований, консультации врачами-специалистами по 20 профилям получили более 60 000 человек, факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний выявлены у более чем 85 000 человек. Такие мероприятия, безусловно, способствуют большему интересу населения к здоровому образу жизни, большей информированности. Осведомлен – значит, вооружен. Департаментом здравоохранения города Москвы рассматривается вопрос о проведении подобных акций и в 2019 году.

Важно отметить, что врачи и средний медицинский персонал также проявляют большой интерес к подобным мероприятиям, участие специалистов в профилактических акциях позволяет расширить сферу применения профессиональных знаний и навыков.

**– Модель медицины будущего называют 4П. Одно из «П» – превентивность. Это и есть профилактическая медицина? Как соотносится она с остальными «П»: персонализацией, предикцией, партисипативностью?**

– Понятие превентивности в медицине обозначает комплекс мер, нацеленных на предотвращение развития заболевания. Концепция 4П направлена на снижение смертности от наиболее распространенных причин. Это совершенно новый подход к профилактической медицине, позволяющий прогнозировать с высокой долей вероятности развитие у человека хронических неинфекционных заболеваний. На основе генетического анализа разрабатываются профилактические меры,

**НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МОДЕЛЬЮ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ Я СЧИТАЮ ПАРТНЕРСТВО, ПРИ КОТОРОМ ОНИ СОВМЕСТНО ИДУТ ПО ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ ИЗБАВЛЕНИЯ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, РАЗДЕЛЯЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТ**

а применение персонализированного подхода позволяет сделать комплекс мероприятий наиболее эффективным. Первые шаги в этой области уже делаются. В 2018 году было реализовано масштабное обследование женщин «выбираю здоровое будущее!», направленное на раннюю диагностику онкологических заболеваний, которое проходило с 7 июля по 22 сентября. Программа проводилась в городских поликлиниках, где осуществлялся забор крови для обследования на наличие мутаций генов BRCA1, BRCA2 с целью выявления предрасположенности к развитию злокачественных новообразований молочной железы и яичников. Обследование прошли более 107 000 женщин, риск развития рака молочной железы и яичника выявлен в 405 случаях. Для определения дальнейшей тактики ведения все пациентки были направлены в Клинику женского здоровья МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ.

**– Как стимулировать самих врачей серьезно относиться к профилактической работе и какие требуются инструменты, чтобы мотивировать к этому пациентов?**

– Большое значение в формировании и укреплении мотивации пациента к ведению здорового образа жизни имеет личность врача. –fo внимательность, компетентность, умение устанавливать эмоциональный контакт, заинтересованность

в судьбе пациента важны для достижения положительного результата. Наиболее эффективной моделью отношений между врачом и пациентом я считаю партнерство (это и есть та самая партисипативность, одно из 4П), при котором они совместно идут по пути профилактики или избавления от заболевания, разделяя ответственность за результат. Врач должен предоставлять пациенту полноценную и достоверную информацию о том, как можно предотвратить развитие заболеваний, а пациент должен следовать рекомендациям. В рамках такой модели пациент активно участвует в процессе принятия решения по проблеме, связанной с его здоровьем. Несмотря на мнение, что поведение врача играет ведущую роль в развитии и поддержании мотивации пациента, окончательный результат

приверженности пациента к назначенному лечению и здоровому образу жизни лежит на нем.

У сотрудников медицинских организаций, участвующих в профилактической работе, должна быть уверенность в значимости возложенных на них задач. Помимо удовлетворенности своим трудом, уважения и признательности коллег и пациентов, существенную роль играет достойное денежное вознаграждение. И одним из мероприятий, направленных на стимулирование медицинских работников, участвующих в профилактической работе, является предоставление грантов лучшим медицинским организациям по итогам работы за год в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 31.02.2018 г. № 58 «О реализации постановления Правительства Москвы от 30 мая 2017 года № 300-ПП «О предоставлении медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы

грантов в целях улучшения качества профилактической работы».

**– Как вы оцениваете с точки зрения профилактической медицины масштабный проект «Московское долголетие»? Как влияют подобные социальные программы на состояние здоровья населения, есть ли объективные данные?**

– Это масштабная и долгосрочная программа для жителей столицы. Проект,

призванный действительно поменять образ жизни людей предпенсионного и пенсионного возраста, мотивировать их на новую жизнь, потому что после выхода на пенсию люди зачастую теряются в новых обстоятельствах, не радуются заслуженному отдыху, не знают, куда себя деть, впадают в апатию, чувствуют себя ненужными. В проекте множество мероприятий, направленных именно на профилактику хронических неинфекционных заболеваний: лечебная физкультура, скандинавская ходьба, оздоровительная гимнастика, специальные спортивные программы, лекции по здоровому образу жизни, а также, что немаловажно, творческие мастер-классы. Ведь, как мы помним, здоровье – это не только полное физическое, но также душевное и социальное благополучие.

**1 806 843**  
**ЧЕЛОВЕКА ПРОШЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В 2018 ГОДУ В МОСКВЕ**  
**272 651**  
**ПАЦИЕНТУ ПРОВЕДЕНЫ КОМПЛЕКСНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ МОСКВЫ В 2018 ГОДУ**



## **ОЛЕГ РУМЯНЦЕВ:** **«МЫ ДЕЛАЕМ ВСЕ ВОЗМОЖНОЕ, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ СМОГ СОХРАНИТЬ МАКСИМАЛЬ- НУЮ АКТИВНОСТЬ И НЕЗАВИСИМОСТЬ»**

С момента основания в 1991 году Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы является ведущим стационаром столицы, специализирующимся на оказании медицинской помощи пожилым пациентам. За это время специалистами клиники накоплен богатый опыт. Неслучайно в прошлом году именно на базе госпиталя было открыто первое в Москве гериатрическое отделение. Об особенностях оказания стационарной помощи пожилым пациентам рассказывает главный врач госпиталя, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Олег Румянцев.

Текст подготовил: Сергей ЛИТВИНЕНКО  
Фото: Екатерина КОЗЛОВА

**– Олег Николаевич, госпиталь появился в начале 1990-х, а гериатрическое отделение открыто в прошлом году. Каковы были предпосылки создания такого отделения в Москве?**

– В Москве продолжает расти средняя продолжительность жизни, а значит, растет и доля пожилых пациентов. Такими пациентами занимается гериатрия – область медицины, изучающая болезни и методы их лечения у людей пожилого и старческого возраста. Для нашей страны это молодое медицинское направление, но в мире изыскания и практика в этой области ведутся уже давно. Собственно, тенденция к увеличению числа пациентов пожилого и старческого возраста характерна для всего мира. В этой связи необходимы центры для оказания таким пациентам как амбулаторной, так и стационарной медицинской помощи. Наш госпиталь – один из таких центров в Москве. За четвертьвековую историю работы с пожилыми пациентами мы накопили существенный опыт. Этот опыт стал основанием для организации на базе госпиталя первого специализированного гериатрического отделения в городе. Оно было открыто 1 августа прошлого года, получило лицензию, медицинский персонал обучился в области гериатрии и геронтологии. В прошлом году в нашем гериатрическом отделении уже пролечены 300 больных. В будущем мы рассчитываем на базе нашего госпиталя создать гериатрический центр, объединив усилия гериатров и специалистов всех наших отделений.

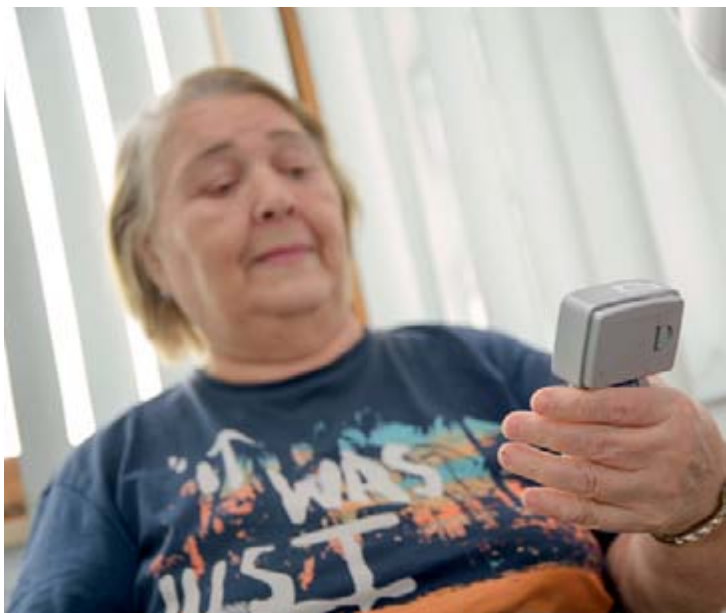
Важным моментом в организации медицинской помощи пожилым пациентам в нашем госпитале стало и то, что лечение оплачивается не территориальным фондом ОМС, а правительством Москвы из городского бюджета. В этом году средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 14 дней. В будущем, безусловно, за счет накопленного опыта работы, применения современных технологий время стационарного лечения будет существенно уменьшаться.

**– Как обычно к вам попадают пациенты?**

– В силу особенностей наших пациентов, например трудности по самостоятельному передвижению, мы активно используем так называемую «очно-заочную» госпитализацию. Она заключается в том, что медицинские документы больного, который планируется на госпитализацию, поступают в госпиталь заранее. Мы созываем комиссию, рассматриваем документы, определяем профиль и время госпитализации. В дальнейшем эти данные сообщаются больному, и когда он приезжает сюда, его уже ждут лечащий врач и место в палате.

Понятно, что попасть к нам можно и из поликлиники по месту жительства по направлению врача. Обычно речь

идет о враче-гериатре, который после обследования отправляет пациента в наше консультативно-диагностическое отделение. С врачами диагностического отделения мы ведем постоянный диалог по поводу каждого больного. В этом помогают в том числе и телемедицинские технологии. Врачи диагностического центра в онлайн-режиме сообщают нам о тех больных, которые планируют госпитализироваться к нам, а наши врачи обсуждают с врачами диагностического центра варианты и особенности госпитализации, клинические особенности течения



заболевания, методы обследования, которые необходимо выполнить в первую очередь при поступлении больного. В результате этого консенсуса составляется список больных, которые поступают к нам на стационарное лечение. Все это мы делаем для того, чтобы догоспитальный период работы с пациентами был максимально комфортным для них и предельно эффективным для нас.

**– В чем особенность ведения ваших пациентов?**

– Старость – это закономерный этап в развитии человека. Но умирают наши пациенты не от старости, а от болезней, с которыми неразрывно связана старость. И вот одной из основных особенностей большинства больных, поступающих к нам на лечение, является их полиморбидность. Эти пациенты страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной систем одновременно. Они зачастую плохо видят и слышат, что, несомненно, накладывает сильные ограничения на их лечение. При поступлении

в отделение все больные проходят комплексную гериатрическую оценку. В дальнейшем мы занимаемся лечением гипертонической болезни, нарушений углеводного и жирового обмена, другими проблемами, связанными со старческой астенией, даем нашим больным навыки ЗОЖ, зачастую приходится ограничивать количество одновременно принимаемых лекарственных препаратов.

Лица старше 90 лет по международной классификации относятся к долгожителям. Опыт лечения таких больных – это особая наука, и у нас такой опыт тоже есть.

Наши пациенты требуют и особенных подходов при подготовке и выполнении операций, а также в восстановительный период после них. Оперативное лечение связано для пожилых пациентов со значительным риском. То же самое можно сказать об общей анестезии, которой сопровождается любое серьезное оперативное вмешательство. Поэтому мы широко применяем методы малоинвазивной хирургии, которая в части случаев не носит радикальный характер, но позволяет улучшить состояние больного, качество его жизни.

Конечная наша цель – сделать все возможное, чтобы после лечения пациент мог не зависеть от посторонней помощи и сохранить максимально возможную активность и независимость. Для этого, кроме того, мы стремимся дать нашим пациентам определенные рекомендации по организации жизненного пространства дома, ведению здорового образа жизни, рациональному труду, адаптации жизни на пенсии, участию в общественной жизни,



общению с родственниками, выстраиваем взаимодействие с социальными службами. Все это звенья одной цепи.

К слову, немаловажное значение имеет и информирование врачей о достижениях в области гериатрии. Мы в самом начале пути. Много было скептицизма и непонимания, зачем, собственно, нужна эта специальность? Мы занимаемся гериатрией, но нужно, чтобы все знали о том, что мы ею занимаемся, и обращались за опытом, помощью.



### СПРАВКА

Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ был открыт в соответствии с приказом Главного медицинского управления Москвы 1 июня 1991 года. Тогда он назывался Госпиталь для инвалидов Отечественной войны № 3.

В настоящее время госпиталь – многопрофильное лечебное учреждение на 680 коек в 17 специализированных отделениях, оснащенных современными лечебными технологиями и аппаратурой. В консультативно-диагностическом отделении госпиталя ведется прием по 12 врачебным специальностям, плановая мощность КДО составляет 250 посещений в смену. Для оказания медицинской помощи к госпиталю прикреплены ветераны войн шести административных округов города Москвы: Северо-Восточного, Северного, Северо-Западного, Западного, г. Зеленограда, Троицкого и Новомосковского.

# МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

Высокая продолжительность жизни – вопрос не столько количества прожитых лет, сколько их качества. Это задача не только медицинская, но и социальная, психологическая, экономическая. Насколько готово современное общество к «серебряной экономике»?



Москва без преувеличения среди первопроходцев на этом пути. Уже сегодня ожидаемая продолжительность жизни москвичей приблизилась к отметке 78 лет. По словам заместителя мэра в правительстве Москвы по вопросам социального развития Анастасии Раковой, «очень приятно, что, по прогнозам, ожидаемая продолжительность жизни людей старшего поколения, которым сейчас 65 лет и больше, – 21 год! По сути – одна из самых высоких в мире.

Для мужчин Москва войдет в тройку лучших с этой точки зрения мест, для женщин – в десятку. В структуре жителей города Москвы эта категория составляет весомую долю: 2,7 млн пенсионеров старше 60 лет. В ближайшие 5 лет численность этой категории увеличится еще на полмиллиона. И сегодняшние пенсионеры – это совершенно другие люди, не такие, как 20–30 и более лет назад, у них другие потребности и другой образ жизни».

## Ответ на запросы дня

Проект «Московское долголетие» – современный и своевременный ответ на запросы дня. Как известно, лишь четверть успеха в вопросе долголетия принадлежит медицине, самый главный фактор в этом вопросе – образ жизни. Причем не только в аспекте сбалансированного питания и физической активности, но и в аспекте интереса к жизни. Сами по себе исследования продолжительности жизни, долголетия и формирующих его факторов стали возможны лишь в наши дни, поскольку люди в принципе стали жить дольше 50–60 лет лишь во второй половине века.

В настоящий момент мы, человечество, лишь адаптируемся к этим реалиям. Результаты международных исследований продолжительности жизни, начатых еще в веке, стали откровением для многих экспертов. В частности, одно из самых известных и самое продолжительное «Гарвардское исследование развития взрослых» (Harvard Study of Adult Development). Исследователи поставили задачу определить, из чего складывается счастливая жизнь, установить связи между эмоциональным, психологическим и физическим состояниями человека и прогнозировать счастливое долголетие. Медицинские параметры участников исследования не являлись ключевыми, поскольку в него, исследование, вступали дети. Руководивший в течение десятилетий исследованием Джордж Вэйлант пришел к выводу: именно «теплота взаимоотношений с другими людьми в течение жизни наибольшим образом влияет на удовлетворенность жизнью», и резюмировал этот вывод в четырех словах: «Счастье – это любовь. Точка». Таков основной рецепт счастливого долголетия. Также в ходе исследования было выявлено колоссальное влияние на состояние здоровья и счастливое долголетие готовности к обучению – неважно, чему и в каком возрасте.

Эти два фундаментальных фактора и стали сутью и основой проекта «Московское долголетие». Главная беда людей пожилого возраста – не востребованность, дефицит общения, убеждение, что все в прошлом. В условиях демографического старения такой подход неприемлем. «Московское долголетие» формирует благоприятную среду

для того, чтобы сломать этот устаревший стереотип. «Паттерны поведения старшего поколения принципиально меняются. Кто сегодня московский пенсионер? Это самый активный москвич, который активно пользуется всей инфраструктурой – культурной, социальной, банковской, прекрасно владеет Интернетом, пользуется всей полнотой услуг. Реальность поменялась. Та система социальных мер материальной поддержки, которая была важна 5–10 лет назад, сегодня уже не актуальна, требуется разработка принципиально иных институтов социального благополучия пенсионеров. И разработка этих институтов должна базироваться на совершенно иных принципах, нежели несколько лет назад. Разработать эти институты отдельно

в органах власти без общественных организаций, бизнеса, коммерческих, волонтерских структур практически невозможно.

Все это позволяет человеку вести полноценный активный образ жизни, быть востребованным, дает возможность той самой необходимой для счастливого долголетия «теплоты взаимоотношений». По словам Анастасии Раковой, самый интересный и главный показатель успеха «Московского долголетия» – 13 официально

зарегистрированных браков (2018 год).

Первыми шагами проекта в 2017 году стали кофейные аппараты в библиотеках. Таким образом было положено начало формированию среды для неформального общения, открылись первые компьютерные и языковые классы в этих же библиотеках. И на сегодняшний день в определенном смысле «заказчиками» выступают сами пожилые люди: функционируют и формируются те кружки, занятия по интересам, объединения, мероприятия, которые действительно востребованы. Мало того, участники выступают не только «заказчиками» и потребителями, некоторые занятия ведут волонтеры, причем и из числа самих участников программы «Московское долголетие». Основной принцип ее – не просто развлекать или организовывать досуг пожилых людей, а открыть новый жизненный этап – «третий возраст», дать возможность личностного развития и самореализации.

**2,7 МЛН  
ПЕНСИОНЕРОВ  
СТАРШЕ 60 ЛЕТ  
ЖИВУТ В МОСКВЕ**

**«В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ МЫ ЗАПУСТИМ ЕЩЕ РЯД НОВЫХ  
ПРОЕКТОВ НА СТЫКЕ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ»**

**Анастасия РАКОВА**

## ПРОЕКТ «МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ»



охвачено  
**порядка 200 000**  
московских пенсионеров



работают **8 500**  
групп по различным  
направлениям



### Спорт

от футбола, скандинавской ходьбы  
до шахмат и настольного тенниса

### Обучение

компьютерная грамотность,  
иностранные языки, экскурсии

### Творчество

от вокала,  
живописи  
и танцев  
до кулинарных  
классов  
и рукоделия

Источник: [www.dszn.ru](http://www.dszn.ru)

### Ближайшая перспектива

Что касается медицинской составляющей программы, помимо очевидных колоссальных плюсов лечебно-физкультурных объединений «Московского долголетия», один из сегментов программы – лекции по ведению здорового образа жизни, помощь в оформлении санаторно-курортных путевок.

«В ближайшее время мы запустим еще ряд новых медико-социальных проектов на стыке социальных и медицинских служб, – рассказывает Анастасия Ракова. – У нас хорошо оцифрована вся система здравоохранения, и по большому счету мы имеем четкое представление о состоянии здоровья каждого москвича. Мы планируем на базе медицинских организаций обеспечивать специальную медицинскую реабилитацию для этой возрастной группы и при этом финансировать ее в рамках проекта «Московское долголетие» из социальной сферы». Такой комплексный подход, безусловно, представляется максимально эффективным. С одной

стороны, медицинские учреждения смогут использовать свою инфраструктуру, своих специалистов, решать свои медицинские задачи с помощью дополнительных, «немедицинских» технологий реабилитации. «Мы сформировали каталог нозологий и соответствующих различных программ, которые позволяют максимально обеспечить сохранение здоровья населения при наличии того или иного заболевания, – продолжает Анастасия Ракова. – Ни для кого не секрет, что при ментальных нарушениях надо больше заниматься языками, осваивать компьютер, тренировать память, а в случае, если человек, например, только что перенес инсульт, пользу принесут занятия мелкой моторикой – у нас есть для этого макраме, бисероплетение, различные другие занятия». Подобный комплексный, гуманный подход к возрасту не что иное, как реальный путь к сохранению человеческого капитала, к гармонизации демографической ситуации и адаптации к реалиям XXI века.

# ЕЛЕНА МАКСИМЕНКО: «МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ» НАЦЕЛЕНО ОТОДВИНУТЬ МОМЕНТ «ХРУПКОЙ СТАРОСТИ»

О вкладе столичного Департамента здравоохранения в проект «Московское долголетие» рассказывает Елена Максименко.

**Елена Максименко**, начальник управления организации первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения города Москвы

## – Какую роль сыграл Департамент здравоохранения города Москвы в организации и работе проекта «Московское долголетие»?

– «Московское долголетие» – это межведомственный проект, и, наверное, легче перечислить департаменты, которые не участвуют в нем, чем те, которые им сегодня занимаются. Проект родился в Департаменте труда и социальной защиты населения города Москвы, с которым мы работаем очень близко, по сути, у нас одна и та же целевая аудитория. Когда у них родилась идея проекта, мы, конечно, подключились и со своей стороны организовали лекторий «Здорово жить» в Зарядье и занятия ЛФК на базе наших поликлиник. Начинали с относительно небольшого масштаба. Но если год назад это были 3–4 зала ЛФК, то сейчас их уже около 60.

## – Физическая активность в принципе ассоциируется с долголетием. В чем принципиальные различия между прогулками по парку и предлагаемыми в рамках «Московского

## долголетия» программами физической активности?

– Физическая активность для нашей целевой группы вообще очень интересная история. Когда врач составляет этот комплекс упражнений, это уже не просто фитнес. Мы набираем группу людей до 75 лет и группу людей после 75 лет. У них разные нагрузки. Занятия лечебной гимнастикой, направленные на увеличение собственных резервов организма, повышение устойчивости человека к различным неблагоприятным факторам внешней среды, улучшение функции сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем, сохранение и продление активного образа жизни жителей города Москвы, в соответствии с программой «Тренировки для долголетия» проводятся под контролем врача, сертифицированными специалистами. Сохраняя двигательную активность пациента, мы предотвращаем прогрессирование многих заболеваний, которые так или иначе появляются с возрастом. Например, физические нагрузки достоверно снижают уровень сахара в крови. Для сердечно-сосудистой системы имеет огромное значение умеренная двигательная активность – неслучайно мы говорим о «кардиотренировках». При физической нагрузке поддерживается функция суставов. В «Московском долголетии» активно участвуют волонтеры, которые ведут группы скандинавской ходьбы, цигуна и другие направления.

**«МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ» – ЭТО МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПРОЕКТ, И, НАВЕРНОЕ, ЛЕГЧЕ ПЕРЕЧИСЛИТЬ ДЕПАРТАМЕНТЫ, КОТОРЫЕ НЕ УЧАСТВУЮТ В НЕМ, ЧЕМ ТЕ, КОТОРЫЕ ИМ СЕГОДНЯ ЗАНИМАЮТСЯ**



## ВРАЧ, ЗНАЯ ОСОБЕННОСТИ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА, ПОДБИРАЕТ ОПТИМАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТУ В ВОЗРАСТЕ, НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИМЕННО ФИЗИЧЕСКУЮ

Но, когда пациент приходит на ЛФК, мы понимаем, что ему надо что-то еще предложить именно для поддержания и улучшения состояния здоровья. Развивая эту тему, мы приближаем ее к реабилитационным программам.

### – Вы имеете в виду какие-то дополнительные немедикаментозные воздействия, помимо физической нагрузки?

– Именно. Развивая направление, мы пришли к пониманию, что можем делать не только то, что привыкли делать на своих медицинских площадках. Врач, зная особенности каждого пациента, подбирает оптимальную активность пациенту в возрасте, не обязательно именно физическую. Это может быть вышивание, макраме, хоровое пение – врачу понятно, какой общий и специфический эффект оно может дать. Допустим, человек перенес инсульт. Он восстанавливается. Вроде уже все неплохо, но есть проблемы с речью. Он переживает, ему трудно общаться, но он может лепить из глины, рисовать, вышивать, плести бисер – мелкая моторика рук восстанавливает речь. Как в обучении детей: чем больше развита мелкая моторика, тем быстрее ребенок заговорит.

### – Какие еще медицинские аспекты проекта вы могли бы отметить?

– Возраст очень часто приводит людей к тревоге, депрессии, они чувствуют одиночество. Любое подобное

состояние сказывается на общем состоянии здоровья: начинает «скакать» давление, повышается сахар, усугубляются хронические заболевания. Тревоги не приводят ни к чему хорошему и только отягощают состояние пациента. А если он не один, если есть с кем общаться, чем заняться – это могут быть шахматы, иностранные языки, экскурсии, любое интеллектуальное общение, – человек чувствует себя нужным, полезным, и свойственная пожилому возрасту депрессия, тоска уходят, что однозначно облегчает состояние и течение имеющихся заболеваний.

### – Проекту «Московское долголетие» 1 год. Можно ли говорить о каких-либо предварительных итогах, об эффекте?

– Для того чтобы оценить эффект, требуется время. –ели мы увидим, что у нас продолжает расти продолжительность жизни, мы будем знать, что и наш вклад в это есть. Проверять большие данные – это отдельная работа, которая ждет нас в будущем. Но уже сейчас, когда я вижу на улицах города улыбающихся пожилых москвичей, я не сомневаюсь в нужности и востребованности этого проекта. –еть термин «хрупкая старость» – это значимое снижение функциональной активности. «Московское долголетие» нацелено на то, чтобы этот момент хрупкой старости максимально отодвинуть, предложить москвичу занятие, внимание к его здоровью, которые дадут ему силы и желание жить дольше.

# САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА У ПОЖИЛЫХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, КОНТРОЛЯ И ЛЕЧЕНИЯ

**М. Б. Анциферов, О. М. Котешкова, Л. П. Молина, Е. А. Ермакова**

ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

## **Аннотация**

В статье обсуждаются вопросы терапии пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2). Авторы подробно рассматривают особенности патогенеза, клиники, целевых параметров контроля СД 2. Показаны преимущества использования современных сахароснижающих препаратов, их влияние на риски развития макро- и микросудистых осложнений.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, пожилой пациент, сердечно-сосудистые риски, цель терапии.

# DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN THE ELDERLY: SPECIFICS OF CLINIC, CONTROL, TREATMENT

**M. Antsiferov, O. Koteschkova, L. Molina, Ye. Yermakova**

Endocrinological Dispensary, Moscow Department of Healthcare

## **Abstract**

Therapy of elderly patients with type 2 diabetes (DM 2) is discussed. Authors review specifics of pathogenesis, clinics, and target control parameters in this group of patients. Advantages of modern glucose-lowering medications and their influence on risk of macro- and micro vascular complications are presented.

**Keywords:** type 2 diabetes, elderly patient, cardiovascular risks, therapy target.

## Введение

В 2015 г. в докладе ВОЗ, посвященном вопросам старения и здоровья, был отмечен неуклонный рост количества пожилых людей в мире, а также увеличение ожидаемой продолжительности жизни [1]. В настоящее время во всем мире насчитывается 451 млн людей с СД 2, а к 2045 г. на фоне увеличения средней продолжительности жизни это число возрастет до 693 млн [2]. Максимальная заболеваемость СД регистрируется у людей в возрасте 60–79 лет [3]. У многих пожилых пациентов с СД 2 имеются тяжелые хронические заболевания, травмы, ухудшение состояния здоровья, качества жизни, высок уровень инвалидизации [4]. Старение населения играет ведущую роль в пандемии сахарного диабета наряду с ожирением и малоподвижным образом жизни. Поэтому лечение больных СД 2 в популяции пожилых людей является серьезной медико-социальной проблемой. Целью терапии пожилых людей с СД 2 является максимальное продление жизни, уменьшение фатальных сердечно-сосудистых исходов, повышение безопасности терапии, минимизация инвалидизации и повышение качества жизни [5].

Когорта пациентов в возрасте 60–90 лет и старше достаточно неоднородна. Это могут быть пациенты с относительно хорошим состоянием здоровья, продолжающие еще работать, а могут быть тяжелобольные люди, требующие постороннего ухода, с минимальной ожидаемой продолжительностью жизни. Их когнитивный и физический статусы существенно различаются, а следовательно, им будет требоваться разный объем медицинской и социальной помощи [6]. Кроме того, эта группа пациентов обычно отличается высокой заболеваемостью и смертностью в связи с нарушением функции почек, развитием застойной сердечной недостаточности, психологическими и психическими расстройствами, физической малоподвижностью.

## Гетерогенность клинической картины СД 2 у пожилых

Гетерогенность клинической картины СД 2 тесно связана с некоторыми особенностями его патогенеза у данной категории больных. В основе развития СД 2 у пожилого пациента лежат следующие факторы: изменение состава тела с увеличением объема жировой ткани и уменьшением мышечной массы; жировая инфильтрация печени и других паренхиматозных органов; более выраженная инсулинорезистентность на уровне мышечной, печеночной и жировой тканей; снижение функции В-клеток и потеря нормальной пульсирующей секреции инсулина; нарушение микроциркуляции; изменение всасывания углеводов в желудочно-кишечном тракте; увеличение

почечной продукции глюкозы [4]. В пожилом возрасте имеются сложности в своевременной диагностике СД 2 вследствие течения заболевания без четких симптомов. Могут отсутствовать традиционные жалобы, такие как жажда, обильное мочеиспускание, сухость во рту, жажда, зуд кожи и слизистых.

Особенностью СД 2 в пожилом возрасте является преобладание неспецифических жалоб на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение памяти и другие когнитивные дисфункции, которые не позволяют врачу сразу заподозрить наличие СД 2. Нередко СД 2 выявляется случайно при обследовании по поводу другого сопутствующего заболевания. Скрытое, без ярких клинических проявлений течение СД у пожилых пациентов приводит к тому, что диагноз СД 2 выставляется одновременно с выявлением микро- и макрососудистых осложнений заболевания. По данным эпидемиологических исследований установлено, что в момент постановки диагноза СД 2 уже более 50 % больных имеют осложнения, характерные для длительно протекающего заболевания.

Однако, кроме традиционных поздних осложнений СД, которые широко распространены у пожилых пациентов, в этой популяции наблюдается повышение риска развития других не менее тяжелых клинических синдромов и патологических состояний, таких как функциональные расстройства, физическая ограниченность, склонность к падению, переломы, когнитивные нарушения и депрессия. Функциональные расстройства характеризуются трудностями при выполнении рутинной физической работы, что значительно влияет на результат лечения и качество жизни пациентов. С возрастом пациенты с СД 2 имеют более высокий риск нарушения когнитивных функций. В исследовании М. Munshi и соавт. показано, что каждый третий пациент с СД 2 старше 70 лет имеет нарушения интеллекта. Депрессия также часто сопровождает течение СД 2 и может усиливать проявления когнитивного диссонанса, особенно при неудовлетворительном метаболическом контроле [7].

Подходы к терапии пожилых пациентов с СД 2 должны учитывать не только клинико-метаболические параметры, но и такие важные факторы, как изменение функционального статуса, наличие коморбидных заболеваний. Международная Федерация диабета (IDF) для разработки целевых подходов к терапии СД предложила деление пациентов пожилого возраста с этим заболеванием на три функциональные группы [8] (табл. 1).

## Необходимость подбора индивидуальной цели терапии для пожилых пациентов

Основной успех лечения пожилого пациента заключается в индивидуализации терапии. В связи с этим цель

Функциональная группа	Характеристика группы пожилых пациентов с СД
1	Функционально независимые, полагаются на собственные силы. В этой группе СД может быть единственной медицинской проблемой или ассоциироваться с некоторыми заболеваниями, не представляющими угрозы для жизни
2	Пациенты функционально зависят от кого-то другого. 2 А – пациенты с ослабленным здоровьем (слабые, с дефицитом веса, с ограничением подвижности, с повышенным риском падений). 2 Б – пациенты с когнитивными нарушениями (не могут о себе заботиться, с высоким риском гипогликемии или гипергликемии)
3	Пациенты в конце жизни с серьезными заболеваниями, в том числе злокачественными новообразованиями. Имеют короткую продолжительность жизни

лечения пожилого пациента отличается от цели лечения молодых больных с СД 2. Недавно были представлены обобщенные данные основных исследований, таких как ADVANCE, VADT, Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial, UK General Practice Research Database Diabetes and aging study, Italian study Retrospective cohort study, The Fremantle Diabetes Study Phase II [9, 10, 11]. В этих исследованиях была изучена роль гликемического контроля, интенсивность режимов лечения и их влияние на микрососудистые и макрососудистые осложнения. В указанных работах были отмечены некоторые преимущества интенсивного гликемического контроля в аспекте предотвращения микрососудистых осложнений. Но не было выявлено никаких преимуществ по основным сердечно-сосудистым событиям или смертности. Отя эти исследования в основном оценивали группу пациентов возраста 55–65 лет, анализ подгрупп старшей возрастной когорты не показал отчетливых различий в отношении роли гликемического контроля.

По нашему мнению, цель и задачи лечения пожилых больных СД 2 зависят от следующего: средней ожидаемой продолжительности жизни больного; состояния сердечно-сосудистой системы; риска гипогликемических состояний; сохранности когнитивных функций; общего соматического статуса; способности проводить регулярный самоконтроль гликемии и осуществлять коррекцию терапии.

Оценивая роль гликемического контроля в части риска развития ранних и поздних осложнений СД, можно сделать следующие выводы:

- 1) нет преимуществ строгого контроля гликемии (HbA1c 7–7,5 %) у пожилых больных СД 2;
- 2) U-образная кривая зависимости HbA1c и риска осложнений СД и смертности от него показала, что

оптимальное значение HbA1c находится в пределах 7,5–8 %;

- 3) наличие высокой коморбидности снижает преимущества хорошего гликемического контроля;
- 4) низкий HbA1c (менее 6 %) и высокий HbA1c (более 9 %) приносят пожилым пациентам с СД 2 больше вреда, чем пользы, так как повышают риск гипогликемии (при HbA1c менее 6 %) и ухудшают контроль углеводного обмена (HbA1c более 9 %);
- 5) стабильный гликемический контроль с уровнем HbA1c в диапазоне 6–8 % в перспективе дает больше преимуществ, чем поддержание более низких значений HbA1c.

### Комплексный подход в управлении сахарным диабетом

Пожилым пациентам с СД 2 необходим комплексный подход к контролю заболевания, включающий коррекцию не только гипергликемии, но и дислипидемии и артериальной гипертензии. Активное управление артериальной гипертензией (АГ) и дислипидемией (ДЛ) у пожилых людей с СД 2 имеет важное значение для снижения сердечно-сосудистого риска и улучшения прогноза. АГ является одним из самых распространенных заболеваний и основным фактором риска развития инсульта, хронической болезни почек (БП). Для пациентов пожилого возраста с СД 2 важна долгосрочная безопасность и эффективность при использовании антигипертензивной терапии (АГТ). Для снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с СД 2 старше 65 лет важную роль играет прием гиполлипидемических препаратов, так как 65–75 % пожилых пациентов имеют клинические проявления коронарного заболевания или субклинический атеросклероз. Связь повышения уровня холестерина (С) и смертности от

Характеристики пациентов / состояние здоровья	Обоснование	Цель терапии по уровню HbA1c	Уровень ГПН или препрандиальный	Уровень гликемии перед сном	АД	Липиды
Здоровый (несколько сопутствующих хронических заболеваний без нарушения когнитивных функций, функциональных состояний)	Длительная продолжительность жизни	< 7,5%	5 – 7,2 ммоль/л	5 – 8,3 ммоль/л	< 140/90 мм рт.ст.	Статины, при хорошей переносимости, нет противопоказаний
Комплекс нарушений (несколько сопутствующих хронических заболеваний, или 2 и более подтвержденных инструментально функциональных нарушений, или когнитивные изменения легкой и средней степени выраженности)	Средняя ожидаемая продолжительность жизни, высокая нагрузка лечением, гипогликемии	< 8%	5 – 8,3 ммоль/л	5,6 – 10 ммоль/л	< 140/90 мм рт.ст.	Статины, при хорошей переносимости, нет противопоказаний
Очень сложный пациент / плохое состояние здоровья (терминальная стадия хронических заболеваний или от умеренной до тяжелой степени когнитивные нарушения)	Низкая или неопределенная продолжительность жизни	< 8,5%	5,6 – 10 ммоль/л	6,1 – 11,1 ммоль/л	< 150/90 мм рт.ст.	Оценить пользу терапии (вторичная профилактика больше, чем первичная)

ИБС ослабевает у пожилых людей; снижение общего С на 1 ммоль/л (38,7 мг/дл) ассоциировано с 50 %-ным (ОР 0,44) снижением смертности от ИБС в возрастной группе 40–49 лет по сравнению с ОР 0,85 для пациентов 80–89 лет. При подборе терапии пациентам старческого возраста следует основываться на конкретной клинической ситуации [12].

Для пациентов с СД 2 и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или БП, а также пациентов в возрасте более 40 лет без ССЗ, но наличием одного и более других факторов риска или с признаками поражения органов мишеней, рекомендуемый уровень С-ЛНП составляет менее 1,8 ммоль/л.

В настоящее время разработаны подходы к индивидуализации цели и задач терапии пожилых пациентов с СД 2 (табл. 2.) [13].

### Особенности лекарственной терапии пожилых больных СД 2

Пациенты СД 2 пожилого возраста, как правило, имеют несколько сопутствующих заболеваний, по поводу которых длительно получают большое количество лекарственных средств. Имеются нарушения комплаентности, приводящие к неправильному выполнению ими назначенного режима лекарственной терапии. Когнитивные расстройства и соматические заболевания ухудшают контроль за течением СД. Поэтому использование ССП,

требующих минимальной частоты приема в течение суток, с низким риском развития побочных эффектов (нефротоксичность, гепатотоксичность, гипогликемия), является важным принципом лечения больных СД 2 в пожилом возрасте.

Рекомендации по лечению сахароснижающими препаратами (ССП) пациентов с СД 2 актуальны и для пожилых больных [13] (рис. 1).

Лечение больных СД 2 пожилого возраста включает диетотерапию, физическую активность, прием пероральных ССП, агонистов рецепторов ГПП-1, инсулинотерапию. Могут применяться различные варианты комбинированной терапии.

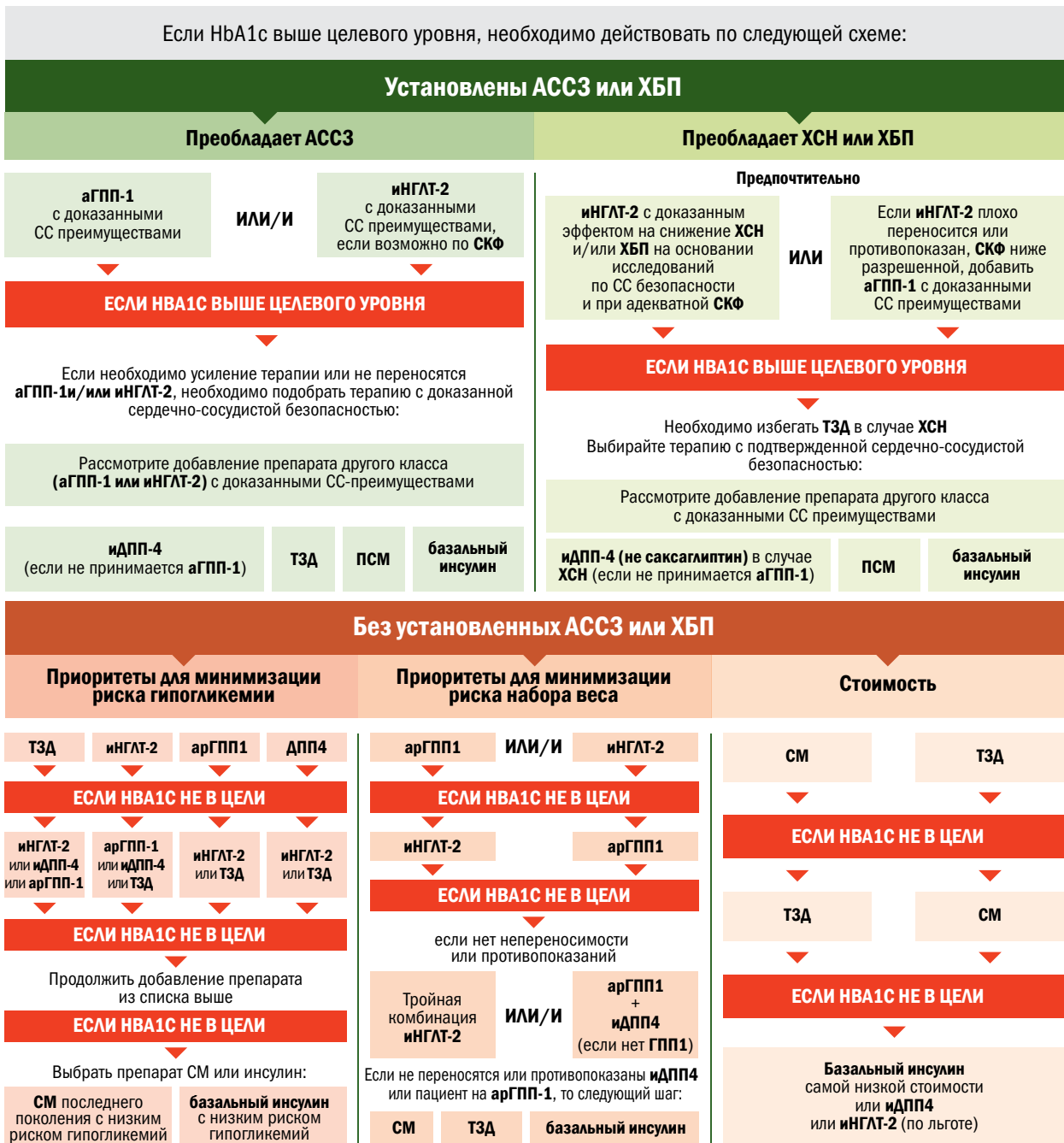
В соответствии с алгоритмами в клинической практике на первых этапах предпочтительнее назначение метформина, ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4), ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2), агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1).

### Бигуаниды (метформин)

Метформин относится к препаратам первой линии для инициации сахароснижающей терапии при отсутствии противопоказаний. Для большинства пациентов прием метформина должен сочетаться с изменением образа жизни. Метформин эффективен, безопасен и может способствовать уменьшению риска сердечно-сосудистых

## ВЫБОР САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С СД2: ОБЩИЙ ПОДХОД

Терапия первого выбора – это МЕТФОРМИН и коррекция образа жизни (включая контроль веса и физическую активность)



Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Diabetes Care. Doi 10.2337/dci18-033 (American Diabetes Association, EASD European Association for the Study of Diabetes)

Рис. 1. Алгоритм назначения сахароснижающих препаратов

событий и смерти. Препарат доступен в обычной форме и в форме таблеток с пролонгированным высвобождением (прием 1 раз в день). К основным побочным эффектам метформина относятся вздутие живота, дискомфорт в области живота и диарея. Препарат выводится почками. Он противопоказан пациентам с почечной недостаточностью или выраженной сердечной недостаточностью из-за высокого риска развития молочнокислого ацидоза. С целью оценки безопасности терапии перед инициацией лечения необходимо оценить скорость клубочковой фильтрации (СКФ). В настоящее время FDA пересмотрела показания для применения метформина. Возможно использовать препарат у пациентов с СКФ 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> [14]. Необходимо помнить, что применение метформина связано с развитием дефицита витамина В<sub>12</sub> и появлением симптомов нейропатии [15]. В связи с этим необходимо периодически проводить контроль уровня витамина В<sub>12</sub>. Метформин временно отменяют при проведении определенных процедур (коронарография), а также при острых заболеваниях, при которых возможны нарушения функции почек или печени.

### **Препараты сульфонилмочевины**

Так как использование препаратов сульфонилмочевины и других стимуляторов секреции инсулина в значительной степени связано с гипогликемией, они должны назначаться пациентам с осторожностью. Для терапии пожилого пациента предпочтительно применение гликлазида и глимеперида. От назначения глибенкламида пожилым пациентам с СД 2 лучше воздержаться. [16, 17].

### **Ингибиторы дипептидилпептидазы 4-го типа**

Ингибиторы ДПП-4 являются достаточно надежными средствами в терапии пациентов с СД 2 и позволяют эффективно и безопасно достигать цели и задач лечения СД в любом возрасте. Они обладают низким риском гипогликемии за счет глюкозозависимого механизма действия, не увеличивают частоту кардиоваскулярных осложнений, не влияют на массу тела, снижают секрецию глюкагона альфа-клетками, потенциально предохраняют от ухудшения функцию бета-клеток поджелудочной железы, уменьшают вариабельность гликемии в течение суток. Одним из наиболее рациональных вариантов лечения является комбинация метформина с иДПП-4, позволяющая корректировать ИР, модулировать дисфункцию бета-клеток поджелудочной железы, восстанавливать дефицит инкретинов без повышения риска развития гипогликемии.

Важнейшей социально-экономической проблемой остается высокая сердечно-сосудистая заболеваемость и

смертность среди пожилых больных СД 2. Поэтому пожилым пациентам, которые находятся в группе высокого риска, необходимы ССП с высокой сердечно-сосудистой безопасностью. В последнее время завершились крупные клинические исследования препаратов из группы иДПП-4, аГПП-1 и иНГЛТ-2 [18].

Полученные данные не показали преимуществ приема иДПП-4 с точки зрения влияния на сердечно-сосудистую систему. В исследовании SAVOR-TIMI (саксаглиптин) даже было выявлено увеличение показателя госпитализации по поводу сердечной недостаточности [1,27 (1,07–1,51)].

### **Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа**

В последние годы появился новый класс препаратов – ингибиторы НГЛТ-2. Их сахароснижающий эффект реализуется путем блокирования транспортных белков, отвечающих за реабсорбцию глюкозы в почечных канальцах. Это приводит к значительному повышению количества глюкозы, выводящейся с мочой. Препараты принимаются 1 раз в день, что удобно для пожилых людей с СД 2. Ингибиторы НГЛТ-2 используют при СКФ 45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. В ряде исследований показаны преимущества данной группы препаратов у пациентов с установленными атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической сердечной недостаточностью или БП. Так, в рамках исследований EMPA REG OUTCOME было отмечено статистически значимое снижение (на 14 %) риска трех основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий первичной комбинированной конечной точки (смертности от ССЗ, нефатального инфаркта или инсульта) при приеме эмпаглифлозина пациентами с СД 2 и высоким риском сердечно-сосудистых событий. Кроме того, прием эмпаглифлозина позволил снизить общий уровень смертности (на 32 %). Для всех трех препаратов (эмпаглифлозина, канаглифлозина и дапаглифлозина) было отмечено снижение показателя госпитализации по поводу сердечной недостаточности [19]. Кроме того, ингибиторы НГЛТ-2 продемонстрировали выраженные нефропротекторные свойства у пожилых пациентов.

### **Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1**

аГПП-1 имитируют действие ГПП-1, активируя рецепторы к нему и таким образом стимулируют нутриент-индуцированную секрецию инсулина. Это приводит к снижению показателей гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, а также к снижению массы тела. Терапевтические дозы аГПП-1 гораздо выше, чем физиологические уровни ГПП-1. у пациентов с СД 2 имеется дефицит ГПП-1, он не является универсальным показателем для

данного заболевания. аГПП-1 являются инъекционными препаратами. В ряде случаев возникают побочные эффекты в виде тошноты, рвоты и диареи. Снижение массы тела, которое наблюдается при использовании препаратов данной группы, может быть нежелательным у некоторых пожилых пациентов, особенно с кахексией. Сердечно-сосудистые преимущества были показаны у пациентов с установленными атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями. В исследовании LEADER лираглутид снижал на 13 % риск сердечно-сосудистой смертности, нефатального инфаркта миокарда и нефатального инсульта по сравнению с плацебо. При этом снижение общего риска происходило в основном за счет уменьшения кардиоваскулярной смертности (22 % в сравнении с плацебо). В то же время субанализ подгруппы пациентов в возрасте 60 лет и старше не выявил таких преимуществ. Аналогичные данные получены и по данным исследования EXSCAL [20, 21].

## Инсулин

Инсулинотерапия для многих пожилых людей с СД 2 также является важной опцией терапии [22]. Правильный выбор типа инсулина является фактором, позволяющим минимизировать риск гипогликемии. Для пожилых пациентов желательнее использовать беспиковые аналоги инсулина, такие как гларгин У-300, деглудек, которые позволяют обеспечить адекватный базальный уровень гликемии с помощью инъекции один раз в день в дополнение к таблетированным ССП. Указанные инсулины показали лучший профиль безопасности с меньшим риском гипогликемии и меньшим увеличением веса.

Интенсификация инсулинотерапии возможна только при сохранении когнитивных функций у пожилого пациента после обучения основным правилам инсулинотерапии и самоконтроля гликемии [23].

Важным аспектом является метод введения инсулина у пожилых больных СД 2. Оптимальным является введение инсулина с помощью предварительно запровадленной шприц-ручки. Ухудшение зрения и скованность пальцев рук могут препятствовать использованию флаконов и инсулиновых шприцов пожилыми пациентами.

## Для больных СД 2 в пожилом возрасте характерны более высокий риск гипогликемии и тяжелые последствия при ее возникновении

Гипогликемия является наиболее частым побочным эффектом терапии ССП за счет повышения содержания инсулина независимо от уровня глюкозы крови. К таким препаратам относятся инсулиновые секретագоги (производные сульфонилмочевины и глиниды), а также

препараты инсулина. Реальная частота гипогликемий часто недооценивается, так как многие эпизоды остаются нераспознанными. Известно, что частота гипогликемий достоверно повышается с возрастом, длительностью течения заболевания. Однако ее реальную распространенность в популяции пожилых пациентов оценить весьма трудно [24]. Действительно, пожилые люди, не имеющие достаточно знаний о гипогликемии, зачастую неправильно расценивают свое состояние, что приводит к недооценке частоты гипогликемий [13]. Такая ситуация усугубляется наличием у многих пожилых пациентов когнитивных нарушений, дезориентации, которые могут быть ошибочно приняты за гипогликемию. Из-за когнитивных нарушений пожилые пациенты не могут самостоятельно проводить мониторинг гликемии, а в последующем корректировать дозы ССП. В итоге повышается частота гипогликемических эпизодов. У таких больных прогрессирует связанное с возрастом нарушение способности распознавать наступающие симптомы, соответственно снижается и способность принимать профилактические или лечебные меры [13]. Следствием гипогликемий бывают нарушения поведения, резкое прогрессирование когнитивных нарушений. Тяжелые эпизоды гипогликемии у таких пациентов могут стать причиной госпитализаций по поводу переломов костей после падений, развития острой почечной недостаточности или тяжелых сердечно-сосудистых катастроф с высокой летальностью. Возраст пациентов был назван достоверным предиктором гипогликемии, требующей медицинской помощи. Так, в исследовании ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) было показано повышение ее риска на 3 % с каждым дополнительным годом жизни ( $p < 0,0001$ ) [25]. Данные, полученные в исследованиях VADT (Veterans Affairs Diabetes Trial) и ACCORD, по оценке интенсивных и стандартных режимов терапии больных СД 2 обращают особое внимание на необходимость избегать гипогликемии в ходе терапии. В исследовании VADT показано, что тяжелый эпизод гипогликемии значительно повышал риск сердечно-сосудистой смертности в течение последующих 3 месяцев терапии. В исследовании ACCORD не было установлено различия между показателями смертности в группах интенсивной и традиционной терапии. При этом частота тяжелых гипогликемий оказалась связанной с достоверным ростом смертности независимо от интенсивности проводимой терапии [26].

Исследование когорты, включившей 16 тысяч пациентов с СД 2 из Северной Калифорнии, показало, что у пожилых пациентов наличие в анамнезе 3 тяжелых эпизодов гипогликемии достоверно повышает риск развития деменции [27].

Таким образом, при лечении пожилых пациентов с СД 2 всегда необходимо помнить о том, что у этой когорты больных гипогликемии связаны с высоким риском развития тяжелых осложнений, в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы.

СД 2 ассоциируется с прогрессирующим развитием микро- и макрососудистых осложнений, распространенность которых повышается с возрастом и остается основной причиной смертности у пожилых пациентов.

Люди старшего пожилого возраста обычно принимают множество препаратов, что повышает риск лекарственного взаимодействия и развития побочных эффектов, в том числе тяжелых гипогликемий на фоне применения ССП. Наиболее сложная терапия требуется пациентам в возрасте 70 лет и старше, потому что она не ограничивается рамками гипергликемии и микрососудистых осложнений СД. Значительно повышаются риски заболеваний сердечно-сосудистой системы, склонность к возникновению депрессии, снижается чувствительность к гипогликемии, появляется тенденция к развитию саркопении, остеопении, повышается риск падения, переломов костей, нарушается мелкая моторика пальцев рук, повышается зависимость от других людей [28]. Таким образом, управление СД 2 у пожилых и пациентов старческого возраста представляет собой достаточно сложную задачу. Следовательно, для эффективной терапии пожилых пациентов с СД 2 должны быть использоваться специальные клинические рекомендации. Обоснованные решения об изменении дозировок конкретных препаратов могут быть приняты только на основании измерений гликемии в течение нескольких дней. Однако решение о необходимости коррекции терапии должно основываться на данных самоконтроля гликемии, проводимой пациентом в домашних условиях.

Проведение самоконтроля позволяет поддерживать гликемию на целевом уровне, что обеспечивает снижение частоты осложнений СД, предотвращает эпизоды гипогликемии. Кроме того, внесение в дневник самоконтроля

информации о характере питания, физической активности, самочувствии улучшает приверженность к выбранному режиму лечения.

При обучении пациента с СД принципам самоконтроля течения болезни необходимо не только объяснить пациенту правила измерения гликемии, но и научить его на основании полученных результатов принимать решения в отношении важных в управлении СД событий (прием пищи, физическая активность, интеркурентные заболевания, доза ССП). Вовлеченность пациента в терапевтический процесс повышает успех контроля гликемии.

## **Заключение**

Лечение больных СД 2 пожилого возраста является сложной, комплексной задачей. Важно основываться на следующих основных правилах ведения данной категории больных:

- препаратами выбора при назначении сахароснижающей терапии должны быть лекарственные средства с низким риском гипогликемии;
- следует избегать интенсифицированных вариантов терапии с целью быстрого достижения индивидуальной цели контроля HbA1c. Цель и задачи терапии необходимо пересматривать при появлении новых хронических заболеваний, ухудшении когнитивных функций и функционального статуса;
- для снижения риска гипогликемии рекомендуется неинтенсивный, достаточно простой режим терапии (если это возможно в рамках достижения индивидуальной цели лечения). У пациентов, принимающих неинсулиновые препараты, этого можно достигнуть путем снижения дозы или прекращения приема некоторых из них. Важно помнить, что упрощение режима инсулинотерапии в соответствии со способностями больного СД 2 к самоуправлению уменьшает частоту гипогликемий без ухудшения гликемического контроля. Важно, чтобы схема лечения отражала способность пожилого пациента к самоуправлению заболеванием.

---

## **Дополнительная информация**

Обзор подготовлен по инициативе авторов. Все авторы участвовали в подготовке, критическом пересмотре и утверждении окончательного варианта рукописи.

## **Конфликт интересов**

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

**Список литературы**

1. Всемирный доклад о старении и здоровье Доклад ВОЗ, 2015 <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/>
2. Cho N. H., Shaw J. E., Karuranga S., Huang Y., da Rocha Fernandes J. D., Ohlrogge A. W. et al. IDF Diabetes Atlas: global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* 2018;138: 271–281. DOI: 10.1016/j.diabres.2018.02.023.
3. Whiting D. R., Guariguata L., Weil C., Shaw J. IDF Diabetes Atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;94: 311–321. DOI:10.1016/j.diabres.2011.10.029.
4. GBD 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1545–1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
5. Sinclair A., Dunning T., Rodriguez-Manas L. Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3: 275–285. doi: 10.1016/S2213-8587(14)70176-7.
6. Avila-Funes J. A., Helmer C., Amieva H., Barberger-Gateau P., LeGoff M., Ritchie K et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three city study. *J Gerontol A BiolSciMed Sci* 2008;63: 1089–1096.
7. Munshi M., Grande L., Hayes M. et al. Cognitive dysfunction is associated with poor diabetes control in older adults. *Diabetes Care* 2006;29(8):1794–99. doi.org/10.2337/dc06-0506.
8. Sinclair A., Dunning T., Colagiuris S. Managing older people with type 2 diabetes: Global guideline IDF 2013. [Last accessed on 2015 Sep 29].
9. Available from: h15. ADVANCE Collaborative Group, Patel A., MacMahon S., Chalmers J., Neal B., Billot L., Woodward Met al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358: 2560–2572. DOI: 10.1056/NEJMoa0802987.
10. Duckworth W., Abraira C., Moritz T., Reda D., Emanuele N., Reaven P.D. et al.; VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009;360: 129–139. doi:10.1056/NEJMoa0802987
11. Gerstein H. C., Reaven P. VADT Investigators. VADT at 15 Years: No Legacy Effect From Intensive HbA1c Control. *American Diabetes Association*, 22–26 June 2018, Orlando, Florida. Available at <https://www.medscape.com/viewarticle/898634> Last accessed 15 November 2018.
12. Рекомендации –ОК/–ОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016 Рабочая группа –вропейского общества кардиологов (–ОК) и –вропейского общества атеросклероза (–ОА) по диагностике и лечению дислипидемий При участии: –вропейской ассоциации профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации (ЕАСРР). *Российский кардиологический журнал* 2017, 5 (145): 7–77 doi.org/10.15829/1560-4071-2017-5-7-77 <http://www.idf.org/guidelines/managing-older-people-type-2-diabetes>
13. *American Diabetes Association Diabetes Care* 2019 Jan; 42(Supplement 1): S139-S147. doi.org/10.2337/dc19-S012.
14. U. S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA revises warnings regarding use of the diabetes medicine metformin in certain patients with reduced kidney function [Internet]. Accessed 14 October 2016 Available from <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm493244.htm>. 2016
15. Out M., Kooy A., Leher P., Schalkw k C. A., Stehouwer C. D. Long-term treatment with metformin in type 2 diabetes and methylmalonic acid: post hoc analysis of a randomized controlled 4.3 year trial. *J Diabetes Complications* 2018; 32:171–178. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2017.11.001.
16. World Health Organization Model list of essential medicines (19th ed.), World Health Organization (2015) Available at: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015/>
17. American Diabetes Association. 11. Older adults: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care* 2018;41: S119–S125. doi.org/10.2337/dc18-S011.
18. Cefalu W. T., Kaul S., Gerstein H. C., Holman R. R., Zinman B., Skyler J.S. et al. Cardiovascular outcomes trials in type 2 diabetes: where do we go from here? Reactions from a Diabetes Care Editors expert forum. *Diabetes Care* 2018;41:14–31. doi.org/10.2337/dci17-0057.
19. Scherthaner G., Scherthaner-Reiter M. H. Diabetes in the older patient—heterogeneity requires individualisation of therapeutic strategies. *Diabetologia* 2018;61: 1503–1516. doi: 10.1007/s00125-018-4547-9.

20. Zinman B., Wanner C., Lachin J. M., Fitchett D., Bluhmki E., Hantel S. et al.; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015;373: 2117–2128. DOI: 10.1056/NEJMoa1504720.
21. Jorsal A., Kistorp C., Holmager P., Tougaard R. S., Nielsen R. et al. Effect of liraglutide, a glucagon-like peptide-1 analogue, on left ventricular function in stable chronic heart failure patients with and without diabetes (LIVE)—a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Eur J Heart Fail* 2017;19:69–77. doi: 10.1002/ejhf.657.
22. Marso S. P., McGuire D. K., Zinman B., Poulter N. R., Emerson S. S., Pieber T. et al.; DEVOTE Study Group. Efficacy and safety of degludec versus glargine in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377: 723–732. doi: 10.1056/NEJMoa1615692.
23. Munshi M. N., Pandya N., Umpierrez G. E., DiGenio A., Zhou R. et al. Contributions of Basal and prandial hyperglycemia to total hyperglycemia in older and younger adults with type 2 diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2013;61: 535–541. doi: 10.1111/jgs.12167.
24. Amiel S. A., Dixon T., Mann R., Jameson K. Hypoglycaemia in type 2 diabetes. *Diabet Med* 2008;25(3):245–54. doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02341.x.
25. Skyler J. S., Bergenstal R., Bonow R. O. et al.; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials: a position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Circulation* 2009;119 (2): 351–57. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191305.
26. Bonds D. E., Miller M. E., Bergenstal R. M. et al. The association between symptomatic, severe hypoglycaemia and mortality in type 2 diabetes: retrospective epidemiological analysis of the ACCORD study. *BMJ* 2010; 340:b4909. doi: 10.1136/bmj.b4909.
27. Kalyani R. R., Saudek C. D., Brancati F. L., Selvin E. Association of diabetes, comorbidities, and A1c with functional disability in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999–2006. *Diabetes Care* 2010; 33(5):1055–60. doi.org/10.2337/dc09-1597.
28. Li G., Prior J. C., Leslie W. D., Thabane L. et al. Frailty and risk of fractures in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2019; 42(4): 507–513. doi.org/10.2337/dc18-1965.
29. Martin S., Schneider B., Heinemann L., Ludwig V., Kurth H. J., Kolb H., Scherbaum W. A. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes and long-term outcome: an epidemiological cohort study. *Diabetologia*. 2006; 49: 271–278. DOI: 10.1007/s00125-006-0252-1.
30. Cox D. J., Gonder-Frederick L., Ritterband L., Clarke W., Kovatchev B. P. Prediction of severe hypoglycemia. *Diabetes Care*. 2007; 30: 1370–1373. doi.org/10.2337/dc06-1386.

---

## Контактные данные:

**М. Б. Анциферов**, д. м. н., проф., главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия; e-mail: antsiferov@rambler.ru; ORCID: <http://orcid.com/0000-0002-9944-2997>; eLibrary SPIN: 1035-4773.

Адрес: 119034, Россия, Москва, ул. Пречистенка, д. 37.

## Corresponding author:

**Mikhail B. Antsiferov**, MD, Professor, Chief Physician of the Endocrinological Dispensary of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia; e-mail: antsiferov@rambler.ru; ORCID: <http://orcid.com/0000-0002-9944-2997>; eLibrary SPIN: 1035-4773.

Address: 37, Prechistenka Street, Moscow, 119034 Russian Federation.

# ПРИНЦИПЫ ПИТАНИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**А. В. Стародубова<sup>1, 2</sup>, Ю. Р. Вараева<sup>1, 3</sup>, В. В. Егорова<sup>3</sup>, А. А. Брумберг<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

<sup>2</sup>РНИМУ имени Н. И. Пирогова

<sup>3</sup>Организационно-методический отдел по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

## Аннотация

По данным ВОЗ, ожидается рост доли населения мира в возрасте старше 60 лет с 11 до 22 % за период с 2000 по 2050 г. В связи с этим проблема сохранения здоровья людей пожилого и старческого возраста приобретает особое значение.

В данном обзоре подробно представлены принципы рационального питания людей пожилого и старческого возраста, предусматривающие полное обеспечение потребности человека в нутриентах. Это, в свою очередь, играет большую роль в профилактике заболеваний, повышении сопротивляемости неблагоприятным факторам окружающей среды, способствует высокой физической и умственной работоспособности и активному долголетию.

**Ключевые слова:** рациональное питание, пожилой и старческий возраст, здоровое питание.

# BASIC PRINCIPLES OF NUTRITION FOR THE ELDERLY

**A. V. Starodubova<sup>1, 2</sup>, Y. R. Varaeva<sup>1, 3</sup>, V. V. Egorova<sup>3</sup>, A.A. Brumberg<sup>3</sup>**

1 Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia

2 Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

3 Federal Research Institute of Healthcare and Medical Management of Moscow Health Department, Moscow, Russia

## Abstract

According to WHO predictions, the population over 60 will double from about 11 to 22 % between 2000 and 2050.

Thus, the problem of health preserving of the elderly population becomes increasingly important.

This review describes the principles of nutrition for the elderly in detail, including all the essential nutrients and their importance in diseases prevention, resistance to environmental pollution, maintenance of life quality and active longevity.

**Keywords:** balanced diet, nutrition, elderly, senile population, healthy.

## Введение

По данным ВОЗ за период с 2000 по 2050 г., доля населения мира в возрасте старше 60 лет удвоится с 11 % до 22 % примерно. Ожидается, что абсолютное число людей в возрасте 60 лет и старше возрастет за этот же период с 605 млн до 2 млрд человек. В мире будет больше людей, доживающих до 80 и 90 лет, чем когда-либо ранее. Так, например, число людей в возрасте 80 лет и старше за период с 2000 по 2050 г. возрастет почти в 4 раза – до 395 млн человек.

Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 г. определил приоритетные направления по улучшению качества жизни пожилых людей.

Политика в области старения требует внимательного анализа под углом зрения развития и общечеловеческих, и общесоциальных задач с учетом последних глобальных инициатив и руководящих принципов, разработанных на конференциях и встречах на высшем уровне Организации Объединенных Наций.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 г. определены важнейшие задачи по профилактике заболеваний, увеличению продолжительности жизни в России, значительному снижению смертности в трудоспособном возрасте, закреплению позитивной динамики в борьбе с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и реализации общенациональной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями. Необходимость оздоровления питания населения обусловлена ответом на социально-экономические вызовы и закреплена на уровне федерального законодательства.

Продолжительность жизни названа важнейшим базовым показателем благополучия граждан [1]. Увеличение продолжительности жизни до 78 лет является одним из пунктов указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года».

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 г. также была подчеркнута важность увеличения продолжительности и повышения качества жизни: «Важно, чтобы росла продолжительность здоровой, активной, полноценной жизни, когда человека не ограничивает, не сковывает болезнь».

Наше старение зависит от многих факторов. Функциональный потенциал биологической системы человека возрастает в первые годы его жизни и достигает пика в раннем молодом возрасте, а затем естественным образом уменьшается. Темпы его уменьшения отчасти определяются нашим поведением и воздействием некоторых факторов на протяжении всей жизни. Эти факторы включают следующее: что мы употребляем в пищу, насколько мы физически активны и в какой мере мы подвергаемся

воздействию факторов риска (ФР), связанных с курением и потреблением алкоголя.

Рациональное питание – это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда и других факторов, способствующее сохранению высокой физической и умственной работоспособности человека, устойчивости к возникновению болезней, продлению жизни. Рациональное питание должно способствовать сохранению здоровья, сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, высокой физической и умственной работоспособности, активному долголетию. С позиции диетологии как недостаточное, так и избыточное питание является серьезным ФР преждевременного старения.

## Рекомендации по формированию рациона питания людей пожилого и старческого возраста

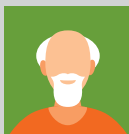
Вышеперечисленные требования составили практическую основу питания лиц старшего возраста, утвержденную ВОЗ в 1988 г.

Принципы питания:

- 1) соответствие энергоценности рациона фактическим энерготратам организма;
- 2) профилактическая направленность питания;
- 3) соответствие химического состава рациона возрастным изменениям обмена веществ и функций органов и систем;
- 4) разнообразие продуктового набора для обеспечения сбалансированного содержания в рационе всех незаменимых пищевых веществ;
- 5) использование продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой перевариваемостью в сочетании с продуктами, умеренно стимулирующими секреторную и двигательную функции органов пищеварения, нормализующих состав кишечной микрофлоры;
- 6) правильный режим питания с более равномерным, чем в молодом возрасте, распределением пищи по отдельным приемам;
- 7) индивидуализация питания с учетом особенностей обмена веществ, состояния отдельных органов и систем у конкретных пожилых и старых людей, а также с учетом долговременных пищевых привычек [2].

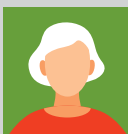
- Энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 75 лет должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин (см. рис.).
- Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя перекусами.
- Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим

## ОБЩАЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДЛЯ ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 75 ЛЕТ



для мужчин

**1800** ккал



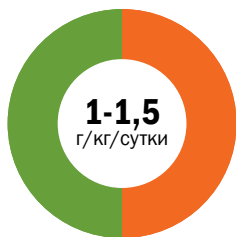
для женщин

**1600** ккал



завтрак  
обед  
ужин  
два перекуса

### БЕЛКИ



**1/2**  
животные белки

**1/2**  
растительные белки

### ЖИРЫ



**1/3**  
насыщенные жиры

**1/3**  
мононенасыщенные  
жирные кислоты

**1/3**  
полиненасыщенные  
жирные кислоты

### УГЛЕВОДЫ



#### РЕКОМЕНДОВАНО

**500 г** овощей  
и фруктов в день

**до 25 г**  
добавленного сахара

**до 5 г** соли  
рекомендовано отказаться  
от колбасных изделий,  
консервов, солений,  
копченостей, досаливания

### ОБЩИЙ ВОДНЫЙ РЕЖИМ

(согласуйте с врачом)



**2 л**

Жидкость в целом с учетом  
блюда и продуктов рациона

из них —



**800 мл**  
чистая вода

в чистом виде (вода) должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц, имеющих сердечную недостаточность, питьевой режим должен быть согласован с врачом.

- Следует учитывать, что потребность в белке у лиц пожилого и старческого возраста выше, чем у людей молодого и среднего возраста ввиду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1–1,5 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, нежирные сорта мяса (говядина, телятина, крольчатина), птицы (курица, индейка), рыба, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо ежедневное включение в рацион животного белка. – если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, следует направить его на консультацию к диетологу для решения вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.
- На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25–30 % суточной калорийности, при этом треть

отводится на насыщенные жиры, а две трети – на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25–30 мл в день. Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, так же как и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных трансжирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, жаренных во фритюре продуктах, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине.

- Рекомендуется ежедневное включение в рацион молочных продуктов. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как последние могут включать сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная непереносимость лактозы, в таком случае продукты с молочным сахаром – лактозой – следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована в процессе ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Показано потребление без- или низколактозных молочных

продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).

- С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих сложные углеводы, богатые пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут). Одна порция – это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3–4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3–4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелко нарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы, саго) и корнеплодов (картофель, батат, каसाва и др.) следует ограничивать. Потребление свободных сахаров ограничено 10 % суточной калорийности рациона (50 г/сутки). Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5 % общей калорийности (около 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).
- Потребление поваренной соли должно составлять до 5 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, следует вводить ограничения постепенно. Целесообразно проанализировать потребление и рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, соленья, исключить досаливание уже готового блюда.
- Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.
- Рекомендации по питанию пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале «Возраст

не помеха» см. с. 9) даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки [3, 4] (см. рис.).

## **Роль питания в коррекции факторов риска в пожилом и старческом возрасте**

Возраст – один из наиболее важных ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): большинство людей в возрасте 65 лет относятся к категории высокого / очень высокого риска. Группа пациентов пожилого (60–74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста гетерогенна по физическому, функциональному и когнитивному статусу. Основным лимитирующим фактором профилактических вмешательств является развитие синдрома старческой астении (ССА) ведущего гериатрического синдрома, ассоциированного с утратой самостоятельности, развитием функциональной зависимости и наиболее характерного для пациентов старше 75 лет. Целесообразность проведения активных профилактических вмешательств, включая медикаментозные, для снижения сердечно-сосудистого риска у людей старческого возраста, особенно после 80 лет, является в настоящее время одним из самых противоречивых вопросов кардиоваскулярной профилактики. Аргументом против вмешательств служит позиция, что риск не следует «лечить», если он обусловлен исключительно возрастом. Аргументы в пользу лечения основаны на том, что ряд терапевтических профилактических стратегий сохраняет эффективность и в очень пожилом возрасте. В первую очередь значение имеет коррекция режима питания. Согласованная позиция заключается в вовлечении пациента в принятие решения о назначаемой терапии после детального обсуждения его индивидуальных потребностей, особенностей и рисков, включая вопросы качества его жизни, потенциального увеличения продолжительности жизни, этических дилемм лечения для снижения риска, связанного с возрастом, общей лекарственной нагрузки и неопределенности пользы лечения.

Несмотря на то что с возрастом распространенность ожирения увеличивается, существует ряд факторов, которые значительно затрудняют перенос стратегий коррекции повышенной массы тела (МТ), в том числе доказавших свою эффективность у людей среднего возраста, на пациентов пожилого и старческого возраста. Во-первых, для пожилого возраста характерно развитие саркопенического ожирения с уменьшением мышечной массы. Саркопения (возрастное атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы) лежит в основе развития ССА. Регулярные физические нагрузки являются важным

компонентом коррекции ожирения в любом возрасте, при этом у пожилых людей физическая активность (ФА) за счет поддержания мышечной массы способна отдалить развитие ССА и/или замедлить его прогрессирование. Во-вторых, эпидемиологические данные позволяют предполагать, что критерии, определяющие необходимость снижения веса в пожилом и старческом возрасте, могут отличаться от таковых у людей среднего возраста. Так, в отличие от людей среднего возраста, пожилые лица с ИМТ в пределах 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> имеют более низкий, а не высокий риск смерти. Более того, у пожилых пациентов более высокая МТ ассоциирована с большей минеральной плотностью костей, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости, а снижение МТ ассоциировано со снижением костной массы. В-третьих, в клинических исследованиях по коррекции ожирения с включением людей пожилого возраста внимание, как правило, уделялось риску сахарного диабета, сердечно-сосудистым осложнениям, но не сохранению функциональной активности. При этом у лиц старческого возраста (75 лет и старше) любая потеря МТ может иметь потенциально опасные последствия в виде развития и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери костной массы и повышения смертности.

Для поддержания или наращивания мышечной массы и поддержания физической активности важное значение имеет достаточное количество белка в рационе питания (не менее 1 г/кг/сутки) и микроэлементов, в том числе витамина Д [4, 5]. В связи с этим рекомендуется включать в рацион такие продукты, как красные и белые сорта морской рыбы, грибы, молочные продукты, яйца, говяжью печень. При этом нормы потребления витамина Д для этой категории пациентов составляют 800–1000 М–/сутки, а целевые уровни витамина Д в сыворотке крови – 30–150 нг/мл (50–375 нмоль/л). В случае выявления дефицита или недостаточного потребления витамина Д необходимо подключение препаратов нативного витамина Д в сочетании с включением в рацион продуктов, богатых кальцием, и/или препаратов кальция [6].

Всем пациентам с ССА показана консультация по вопросам рационального питания с целью профилактики синдромов мальнутриции и саркопении.

Пациентам с ССА рекомендовано увеличение потребления белка до 1–1,5 г/кг массы тела в сутки с целью лечения и профилактики саркопении. Количество белка, необходимое для поддержания мышечной массы в старости, составляет 1–1,5 г/кг в сутки. Потребление такого количества белка безопасно при условии, что средняя нормализованная СКФ не ниже 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Оптимальным является потребление на один прием пищи 25–30 г высококачественного легкоусваиваемого белка. Пациентам с ССА

и мальнутрицией рекомендовано использовать нутриционную поддержку. При развитии мальнутриции энергетическую ценность рациона пациентов следует повышать до 3000 ккал в сутки. Применение белково-энергетических смесей у пациентов с ССА дает положительный эффект в отношении замедления прогрессирования СА и саркопении без отрицательного влияния на уровень мочевины сыворотки крови и клиренс креатинина. Абсолютные показания для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок включают:

- 1) наличие относительно быстро прогрессирующей и значимой потери МТ, составляющей более чем 2 % за неделю, 5 % за месяц, 10 % за квартал или 20 % за 6 месяцев;
- 2) исходные признаки гипотрофии у пациента: ИМТ менее 19 кг/м<sup>2</sup>, объем плеча менее 90 % стандарта (менее 26 см у мужчин и 25 см у женщин), гипопротейнемия (менее 60 г/л), гипоальбуминемия (менее 30 г/л), абсолютная лимфопения (менее 1,2 × 10<sup>9</sup>/л).

Пациентам старческого возраста с избыточной МТ и ожирением I степени (ИМТ 25–35,9 кг/м<sup>2</sup>) не рекомендовано снижение веса [6].

У пожилых пациентов с хронической болезнью почек (БП) стадии ЗБ и выше сохранение нутриционного статуса должно стоять на первом месте и перевешивать любые другие диетические ограничения.

Наилучшие методы оценки нутриционного статуса у пожилых пациентов с далеко зашедшими стадиями БП ЗБ и выше (рСКФ менее 45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) или на диализе.

1. Субъективная глобальная оценка / СГО (Subjective Global Assessment / SGA) – «золотой стандарт» для оценки нутриционного статуса у пожилых пациентов с БП стадии ЗБ или выше (рСКФ менее 45 мл/мин).
2. Для пожилых пациентов на гемодиализе – шкала, включающая уровень альбумина в сыворотке, ИМТ, уровень креатинина в сыворотке, скорректированный на площадь поверхности тела, и нормализованный белковый эквивалент выведения азота (normalised Protein Nitrogen Appearance – nPNA).

У пациентов с БП ЗБ стадии и выше (рСКФ менее 45 мл/мин) часто возникает значительный дефицит питания как следствие:

- нарушений метаболизма;
- хронического воспаления;
- потери аппетита;
- многократных оперативных вмешательств;
- инфекционных осложнений.

Это может приводить к белково-энергетической недостаточности (БЭН), которая распространена среди пациентов,

приближающихся к потребности в диализе. Дальнейшее ухудшение может развиваться после начала лечения диализом, нутриционный статус является важным прогностическим фактором выживаемости у пациентов, находящихся на диализе. Пожилые пациенты в большей степени подвержены развитию истощения из-за сниженного аппетита, распространенности сопутствующих заболеваний, социальной изоляции, депрессии. Важно находить инструменты, позволяющие проводить регулярную оценку нутриционного статуса, чтобы пациенты с высоким риском могли получить дальнейшее обследование и последующее лечение [7].

Министерство здравоохранения РФ разрабатывает план расширенной диспансеризации людей старших возрастных групп. На эти цели с 2020 года планируется выделить более 3 млрд рублей.

В январе 2019 года министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова заявила, что дополнительные скрининги для выявления у пожилых людей таких заболеваний, как старческая астения, депрессия и риски переломов, будут

проводиться в России с 2020 года. Профилактические осмотры людей старше трудоспособного возраста включены в федеральный проект «Старшее поколение», который, в свою очередь, входит в нацпроект «Демография», рассчитанный на 2019–2024 годы. Проект предусматривает увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни [8].

## Заключение

По многочисленным данным, в ближайшие годы ожидается прирост населения пожилого и старческого возраста повсеместно. При этом данная категория пациентов имеет ряд особенностей метаболических процессов и связанных с ними отличных от общей популяции потребностей в питании. Необходим комплексный подход к терапии пациентов пожилого и старческого возраста, имеющий в своей основе сбалансированный рацион, построенный с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и потребностей.

---

## Список литературы

1. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию», URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_291976/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_291976/)
2. Барановский А. ., Протопопова О. Б., урцилава О. Г. Геронтодиетология // Успехи геронтологии. – Т. 25. – 2012. – № 2. – С. 205–207.
3. Бойцов С. А., Ткачева О. Н. Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении. – М., 2017. – 21 с.
4. Клинические рекомендации «Старческая астения». Утверждены Президиумом Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», согласованы Научным советом МЗ РФ. – М., 2018. – 39 с.
5. Российское кардиологическое общество, Национальное общество профилактической кардиологии, Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 23 (6). – С. 87–89.
6. Российская ассоциация эндокринологов. Клинические рекомендации остеопороз. 2016 г. – 2016. URL: <https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauchnye-publikacii/konsensusy-i-klinicheskie-rekomendacii> (дата обращения 03.03.2019 г.).
7. Клинические рекомендации по лечению пожилых пациентов с хронической болезнью почек стадии 3Б и выше (рСКФ < 45 мл/мин/1,73 м). // Нефрология и диализ. – Т. 19. – 2017. – №1.
8. На диспансеризацию старшего поколения дополнительно выделено 3 млрд рублей, URL: <https://vademec.ru/news/2019/02/28/na-dispanserizatsiyu-starshego-pokoleniya-dopolnitelno-vydeleno-3-mlrd-rublej/>

## Контактные данные:

**А. В. Стародубова** – доктор мед. наук, заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», главный внештатный специалист-диетолог ДЗМ

**В. В. Егорова** – заведующая организационно-методическим отделом по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», e-mail: [EgorovaVV1@zdrav.mos.ru](mailto:EgorovaVV1@zdrav.mos.ru), тел.+79165248767

**Ю. Р. Вараева** – младший научный сотрудник ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

**А. А. Брумберг** – специалист организационно-методического отдела по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

# КЛИНИКА ПАМЯТИ – КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Г. П. Костюк<sup>1</sup>, Л. А. Бурьгина<sup>2</sup>, М. В. Пак<sup>1</sup>, М. В. Курмышев<sup>1</sup>, В. Б. Савилов<sup>1</sup>, С. В. Стародубцев<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ»

<sup>2</sup> ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ»

<sup>3</sup> ГБУ «НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

## Аннотация

Представлены результаты комплексной медико-психологической программы нейрокогнитивной реабилитации, лежащей в основе работы «Клиники памяти» и основанной на сочетании тренингов когнитивных функций.

Приведено обоснование организации и внедрения сети амбулаторных «клиник памяти» в общегородскую среду, охватывающую несколько районов Москвы, с высокой степенью доступности для пациентов старших возрастных групп.

Полученный опыт свидетельствует о целесообразности тиражирования апробированной программы нейрокогнитивной реабилитации для повышения качества жизни населения старшего возраста.

**Ключевые слова:** мягкий когнитивный дефицит, реабилитация, пожилой возраст, клиника памяти

# MEMORY CLINIC – COMPREHENSIVE PROGRAM FOR NEUROCOGNITIVE REHABILITATION

G. P. Kostyuk<sup>1</sup>, L. A. Burygina<sup>2</sup>, M.V. Pak<sup>1</sup>, M. V. Kurmyshev<sup>1</sup>, V. B. Savilov<sup>1</sup>, S. V. Starodubcev<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psychiatric Hospital № 1 named after N. A. Alekseev, Department of Health, Moscow

<sup>2</sup> Psychiatric Hospital № 4 named after P. B. Gannushkin, Department of Health, Moscow

<sup>3</sup> Research Institute of healthcare and medical management, Department of Health, Moscow

## Abstract

The results of the organization of an outpatient Memory clinic, deployed in a citywide environment and covering several districts of Moscow with a high degree of accessibility for patients of older age groups are presented. The integrated medical-psychological program of neurocognitive rehabilitation, which lies at the basis of the Memory Clinics network, is a combination of cognitive function training with skills development for adaptive physical culture and preventive drug therapy. Experience gained indicates feasibility of introducing and replicating the developed rehabilitation program to improve the quality of life of the older population.

**Keywords:** mild cognitive impairment, rehabilitation, advanced age, memory clinic.

## Введение

Увеличение продолжительности жизни, за счет которого происходят изменения демографической структуры населения большинства стран с неуклонным ростом доли пожилых людей, диктует необходимость привлечения дополнительных ресурсов для оказания им специализированной медико-социальной поддержки. В связи с этим одной из важнейших задач системы здравоохранения становится повышение качества жизни, продление возраста трудоспособности людей пожилого возраста за счет не только компенсации возможных соматических недугов, но и сохранения когнитивных функций.

Современная исследовательская концепция мягкого когнитивного снижения (mild cognitive impairment – MCI) создана в связи с необходимостью выявления пациентов с таким ухудшением когнитивных функций, которое представляет собой промежуточную стадию между возрастной нормой и деменцией. Распространенность расстройства, по одним оценкам, примерно 6–12 %, по другим – до 42 % у людей старше 60 лет [1]. Указанные изменения когнитивного функционирования приводят к деменции в 20–40 % случаев [2]. Установлено, что снижение когнитивных функций ограничивает самостоятельность пожилых людей в повседневной жизни [3, 4]. Важным негативным следствием несвоевременной диагностики мягкого когнитивного снижения является то обстоятельство, что социально-экономическое бремя при прогрессировании интеллектуально-мнестических расстройств ложится на медицинские службы и членов семьи пациента [5]. В настоящее время опыт работы с когнитивными расстройствами, в том числе зарубежный, показывает, что основные ресурсы сосредоточены на стационарной помощи пациентам с клинически верифицированными формами когнитивных нарушений, в частности при болезни Альцгеймера, тогда как широкий контингент пациентов с додементными формами когнитивных нарушений, не нуждающихся в госпитализации, как правило, остается без должного внимания. Другим недостатком большинства существующих реабилитационных программ, нацеленных на людей без признаков деменции, но с проявлениями мягкого когнитивного снижения, является либо ограниченность работой сугубо в социальном ключе и выполнение роли досуговых центров, либо сосредоточенность на сугубо медикаментозном аспекте [6, 7]. Такие программы эффективны лишь за счет компенсации нарушений внимания и рабочей памяти на фоне медикаментозной терапии. Также предлагаются интенсивные программы психологической реабилитации при когнитивных дисфункциях, сопровождающихся грубыми поведенческими нарушениями [8], но данные об их эффективности в отношении непосредственно когнитивных расстройств, а также качества жизни

остаются неубедительными [9]. Разработка и внедрение комплексных реабилитационных программ, направленных на восстановление как общих когнитивных функций за счет специальных тренингов, так и на социальную сферу, восстановление физической и социальной активности, представляются особенно актуальными [10, 11].

Далее мы представим результаты уникального опыта работы нового медико-реабилитационного отделения дневного пребывания «Клиника памяти» для контингента пациентов с синдромом мягкого когнитивного нарушения. Отделение было открыто в 2016 году в структуре ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ».

Главной задачей, поставленной перед клиникой, была разработка нового формата помощи пациентам с когнитивными нарушениями, а именно формирование программы нейрокогнитивной реабилитации. Следует отметить, что в данном исследовании мы не будем останавливаться на деталях медикаментозной терапии пациентов.

В итоге была разработана Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации в амбулаторных условиях для пожилых людей, страдающих мягким когнитивным снижением. Разработанная Программа значительно отличается от специализированных реабилитационных мероприятий для пациентов с когнитивными расстройствами, которые имеются в настоящее время в других странах. За рубежом основной акцент в работе кабинетов, клиник памяти направлен на диагностику и медикаментозную терапию пациентов с уже сформировавшейся деменцией. В организованной нами «Клинике памяти» программа формировалась в первую очередь для пациентов с синдромом мягкого когнитивного нарушения.

Целью настоящей работы является научное обоснование внедрения комплексной программы медико-психологической реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с симптомами мягкого когнитивного снижения в амбулаторных условиях и оценка ее эффективности.

## Задачи исследования

Представить алгоритм организации работы медико-реабилитационного отделения «Клиника памяти» для пациентов с мягким когнитивным снижением.

Оценить особенности динамики когнитивных функций в ходе реабилитационного процесса у лиц пожилого и старческого возраста с симптомами мягкого когнитивного снижения в условиях специализированного медико-реабилитационного отделения.

## Материалы и методы исследования

Общая выборка пациентов, включенных в исследование за период 2017–2018 гг., составила 328 пациентов обоих полов.

## «КЛИНИКА ПАМЯТИ»



Рис. 1. Схема организации основных этапов программы нейрокогнитивной реабилитации «Клиники памяти»

**Критерии включения:**

- возраст 55–92 года;
- обращение за психиатрической помощью в «Клинику памяти»;
- наличие у пациентов снижения когнитивных функций, диагностированного на основании клинико-анамнестических и экспериментально-психологических исследований;
- комплаентность и желание участвовать в психореабилитационных мероприятиях;
- возможность проведения катamnестического обследования (постоянное проживание в Москве);
- информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии неключения:**

- тяжелое соматическое заболевание;
- отказ от участия;
- химическая зависимость от психоактивных веществ или алкоголя;
- выраженные депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства (выше 10 баллов по шкале HADS, требующие специализированной терапии);
- наличие в анамнезе острого и/или хронического психоза.

Рассмотрим детально принцип работы «Клиники памяти», организованной при ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева.

Отделение дневного пребывания рассчитано на 50 пациентов.

Продолжительность курса реабилитационной программы составляет 6 недель. Структуру комплексной программы восстановления когнитивных функций составляют специально адаптированные и взаимосвязанные нейропсихологические, психологические и психотерапевтические тренинги.

Группы участников реабилитационного процесса формируются с учетом возрастных, когнитивных, поведенческих особенностей личности. Всего на период прохождения Программы формируется шесть групп по 8–9 человек в каждой. Каждый участник Программы в течение реабилитационного цикла получает в совокупности более 100 часов занятий с четким принципом поступательного усложнения для восстановления всех составляющих высших психических функций. В Программу включены специально разработанные когнитивные тренинги, занятия адаптивной физической культурой (АФК) и при необходимости медикаментозная терапия.

Это новый, ранее не применявшийся формат помощи таким пациентам, проводимый в амбулаторных условиях. Нейрокогнитивную реабилитацию мы разделили на пять основных этапов, первый и второй – предварительные, с третьего по пятый – этапы внутри реабилитационного (рис. 1).



Рис. 2. Структура годовой реабилитационной программы



Рис. 3. Схема отбора пациентов для включения в реабилитационную программу «Клиники памяти»

Набор претендентов проводится с использованием нескольких каналов обращений за помощью. На этапе внедрения Клиники это были территориальные центры социального обслуживания Москвы, в которых врачи Клиники в рамках краткого интерактивного сообщения информировали пользователей социальных услуг о работе «Клиники памяти». Это позволило организовать первичный поток пациентов. В последующем заработал сайт Клиники, проведена большая кампания в средствах массовой информации, благодаря чему налажен стабильный поток

нуждающихся в получении специализированной помощи (рис. 2).

Согласно принципам работы «Клиники памяти» не все желающие подходят под критерии включения в реабилитационные программы. Отбор, производимый опытным врачом-психиатром, необходим в первую очередь для оптимального функционирования программы и обеспечения комфорта самих пациентов в группах однородного контингента (рис. 3).

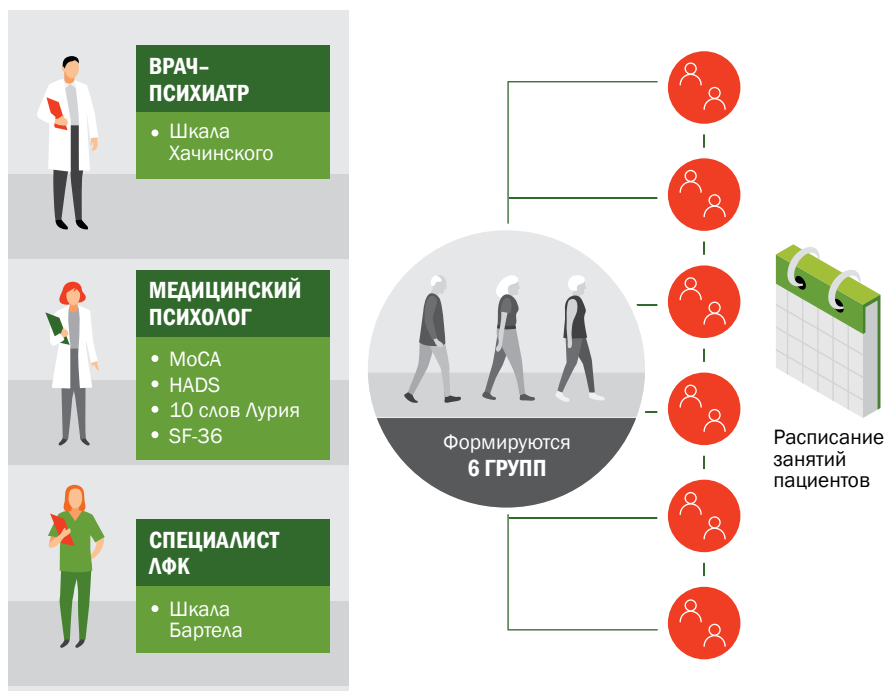


Рис. 4. Диагностический этап реабилитационной программы «Клиники памяти»

### «КЛИНИКА ПАМЯТИ»

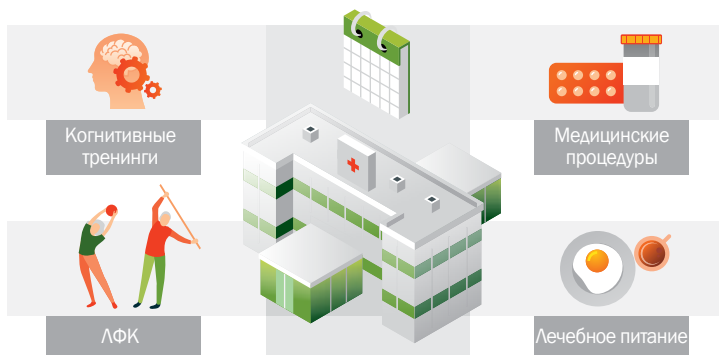


Рис. 5. Реабилитационный этап «Клиники памяти»

Реабилитационные циклы Клиники проводятся согласно сформированному на год расписанию.

Ведение реабилитационного случая осуществляет полипрофессиональная бригада специалистов (психиатр, психолог, специалист ЛФК, медицинская сестра и руководитель бригады – заведующий отделением).

Все пациенты, проходящие реабилитационный цикл, одновременно начинают Программу и одновременно ее

заканчивают. Включение в Программу нового пациента в середине цикла невозможно. Структура цикла строго стандартизована и состоит из 3 этапов: диагностический этап (1-я неделя), основной реабилитационный этап (2–5-я недели) и заключительный этап (6-я неделя). Каждый этап имеет строгое расписание диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Каждый специалист Клиники имеет персональное расписание своей работы в рамках реабилитационной



Рис. 6. Завершающий этап программы реабилитации «Клиники памяти»

программы (рис. 4). Диагностический этап включает подробное обследование с помощью специализированных психометрических инструментов с оценкой степени и причины мягкого когнитивного снижения: монреальская шкала оценки когнитивных функций [Montreal Cognitive Assessment (MoCA)], тест «Рисование часов» [Clock Drawing Test (CDT)], краткая шкала оценки психического статуса [Mini-Mental State Examination (MMC—)] и две подшкалы Госпитальной шкалы тревоги и депрессий [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A и HADS-D)].

Сходные по клинической структуре случаи распределяются по группам пациентов. Один цикл включает одновременную работу шести групп.

Работа реабилитационной программы начинается с госпитализации пациентов в Клинику. Госпитализация всех пациентов цикла происходит не одновременно, а на протяжении всей недели диагностического этапа согласно расписанию, поступление равномерно распределено по датам и времени.

Основной реабилитационный этап (рис. 5) представлен групповыми занятиями с пациентами, проводимыми специалистами полипрофессиональной бригады, а также курацией пациентов и их родственников лечащими врачами-психиатрами. Групповые занятия носят закрытый характер, и каждая группа проходит весь цикл реабилитации в сформированном в конце первой недели составе пациентов – каждый пациент группы проходит все тренинги реабилитационной программы параллельно и последовательно в течение всего цикла (табл. 1). За каждым психологом закреплен конкретный тренинг, который

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
9:00–9:30	ЛФК				
10:00–11:00	Нейрокогнитивный тренинг				
11:00–11:30	Когнитивная разминка				
11:30–12:00	Медицинские процедуры, индивидуальная работа с пациентами				
12:00–13:00	Нейрокогнитивный тренинг				
13:00–14:00	Психотерапия				
14:00–15:00	Обед				

он проводит полностью с первого до последнего занятия согласно расписанию цикла.

Завершающий этап реабилитационной программы предусматривает повторное обследование пациентов с использованием психометрических шкал для объективизации оценки качества проделанной работы (рис. 6). Заведующий отделением проводит анализ результативности каждого случая на основании динамики показателей контрольных шкал, анализ группы и цикла по критериям результативности (сравнительный анализ между разными группами и с предыдущими циклами), анализ выполнения

Шкалы	Возраст больных						p (критерий Стьюдента)
	Младше 70		70–80		Старше 80		
	до (баллы)	после (баллы)	до (баллы)	после (баллы)	до (баллы)	после (баллы)	
CDT	6,8	8,4	6	7,4	5,7	7,6	(p < 0,001)
HADS-A	7,5	2,2	7,4	3,2	6,5	3,8	(p < 0,001)
HADS-D	5,8	2	7,3	3,7	6	3,9	(p < 0,001)
MoCA	22,7	26	21	24,5	19,8	23,3	(p < 0,001)
MMSE	25,8	28,8	25,6	28,2	24,9	27,9	(p < 0,001)

ключевых показателей результативности и эффективности. Также заведующий отделением проводит анализ отклонений по всем показателям и при необходимости проводит корректирующие мероприятия.

## Результаты и обсуждение

Мы дифференцировали выборку из 328 пациентов по трем возрастным группам и оценили их состояние до и после курса по основным психометрическим шкалам. Как видно из табл. 2, в которой представлены данные внедрения реабилитационной программы «Клиники памяти», положительная динамика когнитивного функционирования подтверждается статистически значимым увеличением показателей по баллам следующих инструментов: Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), теста «Рисование часов» (CDT), краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и двух подшкал госпитальной шкалы тревоги и депрессий (HADS-A и HADS-D). Данные показатели статистически достоверно отличаются по критериям Стьюдента.

В результате работы над данным проектом было создано «Руководство по работе медико-реабилитационного отделения для пациентов пожилого возраста с начальными проявлениями когнитивного дефицита «Клиника памяти»». Пребывание в условиях специально организованного реабилитационного процесса активизирует адекватные физиологические ответы организма, улучшая когнитивное функционирование пожилых людей, что позволяет эффективно решать вопросы профилактики дальнейшего развития когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста.

Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации в условиях отделения дневного пребывания увеличивает возможности специализированной помощи пожилым людям с легкими когнитивными нарушениями

и пациентам с проявлениями начального уровня деменции, что является особенно актуальным в современных условиях.

После доказанной эффективности данной программы в условиях одного отделения в Москве, где за три года прошли реабилитацию более 1000 пожилых пациентов, разработана стратегия увеличения доступности данного вида помощи за счет расширения сети «Клиник памяти» и приближения их к населению. Для этого был проведен расчет потребности и логистики размещения с учетом имеющихся ресурсов. В результате расчета было определено необходимое количество «Клиник памяти» в когнитивной сети Москвы: 10 «Клиник памяти» (МРО на 50 пациентомест с ежегодным числом пролеченных пациентов, равным 400, по одной на каждый амбулаторный кластер) и их территориальное размещение для обеспечения максимальной доступности населению.

За 2018 год уже открыты три новые «Клиники памяти» при ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ и ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ.

Опыт трехлетней работы комплексной Программы нейрокогнитивной реабилитации в условиях отделения дневного пребывания доказывает необходимость внедрения и расширения специализированной помощи пожилым людям с легкими когнитивными нарушениями (МСИ) и пациентам с проявлениями начального уровня деменции.

## Заключение

Таким образом, по полученным нами данным, программа медико-социальной реабилитации, разработанная на базе медико-реабилитационного отделения филиала ПНД № 15 ГБУЗ ПКБ № 1 имени Н. А. Алексеева ДЗМ, позволила улучшить интеллектуально-мнестическую деятельность пациентов пожилого и старческого возраста с начальным уровнем когнитивного снижения.

## Список литературы

1. Roberts R., Knopman D. S. Classification and epidemiology of MCI. *Clin Geriatr Med.* 2013;29(4):753–72. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.003. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
2. Sachdev P. S., Lipnicki D. M., Kochan N. A., Crawford J. D., Thalamuthu A., Andrews G., Brayne C., Matthews F. E., Stephan B. C., Lipton R. B. et al. The prevalence of mild cognitive impairment in diverse geographical and ethnocultural regions: the COSMIC collaboration. *PLoS One.* 2015;10(11):e0142388. doi: 10.1371/journal.pone.0142388. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
3. Arrighi H. M., Gélinas I., McLaughlin T. P., Buchanan J., Gauthier S. Longitudinal changes in functional disability in Alzheimer s disease patients. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(06):929–37. doi: 10.1017/S1041610212002360. [PubMed] [Cross Ref].
4. Giebel C., Challis D. Translating cognitive and everyday activity deficits into cognitive interventions in mild dementia and mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30(1):21–31. doi: 10.1002/gps.4170. [PubMed] [Cross Ref]
5. Bajaj M., Sinha U. Relationship between cognitive functioning and caregiver burden in dementia. *Indian J Psychiatry.* 2009;51(3):212. doi: 10.4103/0019-5545.55090. [Cross Ref].
6. Clare L., Bayer A., Burns A., Corbett A., Jones R., Knapp M., Kopelman M., Kudlicka A., Leroi I., Oyebode J. et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: study protocol for a multi-centre single-blind randomised controlled trial (GREAT) *Trials.* 2013;14:152. doi: 10.1186/1745-6215-14-152.[PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
7. Mimura M., Komatsu S.-I. Cognitive rehabilitation and cognitive training for mild dementia. *Psychogeriatrics.* 2007;7(3):137–43. doi: 10.1111/j.1479-8301.2007.00212.x. [Cross Ref].
8. Toba K., Nakamura Y., Endo H., Okochi J., Tanaka Y., Inaniwa C., Takahashi A., Tsunoda N., Higashi K., Hirai M. et al. Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(1):206–11. doi: 10.1111/ggi.12080. [PubMed] [Cross Ref].
9. Kurz A., Thone-Otto A., Cramer B., Egert S., Frolich L., Gertz H. J., Kehl V., Wagenpfeil S., Werheid K. CORDIAL: cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2012;26(3):246–53. doi: 10.1097/WAD.0b013e318231e46e. [PubMed] [Cross Ref].
10. Dugmore O., Orrell M., Spector A. Qualitative studies of psychosocial interventions for dementia: a systematic review. *Aging Ment Health.* 2015;19(11):955–67. doi: 10.1080/13607863.2015.1011079.[PubMed] [Cross Ref].
11. Moro V., Condoleo M. T., Sala F., Pernigo S., Moretto G., Gambina G. Cognitive stimulation in a-MCI: an experimental study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2012;27(2):121–30. doi: 10.1177/1533317512441386. [PubMed] [Cross Ref].

«Г. П. Костюк подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить».

«Л. А. Бурьгина подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить».

«М. В. Пак подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить».

«М. В. Курмышев подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить».

«В. Б. Савилов подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить».

«С. В. Стародубцев подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить».

## Контактная информация

**Курмышев Марат Витальевич**, к. м. н., заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1» им. Н. А. Алексеева ДЗМ, 117152, г. Москва, Загородное ш, д. 2, e-mail: 5086773@mail.ru, тел. +74956287418, моб. +79251006645

# ОБЗОР ДОКЛАДОВ 45-Й НАУЧНОЙ СЕССИИ ЦНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ «ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА»

**Д. С. Бордин<sup>1</sup>, Т. В. Шкурко<sup>1,2</sup>, О. И. Березина<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Московский клинический научный центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>2</sup> ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

## **Аннотация**

В Москве состоялась 45-я сессия ЦНИИ гастроэнтерологии «Вопросы онкологии в практике гастроэнтеролога». Мероприятие прошло 28 февраля – 1 марта 2019 г. в пресс-центре МИА «Россия сегодня». В работе сессии ЦНИИГ приняли участие 1446 специалистов из Москвы и регионов России, а также 8 зарубежных исследователей. Впервые было проведено 4 междисциплинарных симпозиума, посвященных обсуждению проблем патогенеза, скрининга, ранней диагностики и лечения основных злокачественных новообразований органов пищеварения – рака желудка, толстой кишки, поджелудочной железы и печени, которые вызвали живой интерес у всех участников.

**Ключевые слова:** онкология, гастроэнтерология

# REVIEW OF 45-TH SESSION OF CENTRAL RESEARCH INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY 'ONCOLOGY ISSUES IN A GASTROENTEROLOGIST'S CLINICAL PRACTICE'

**D. S. Bordin<sup>1</sup>, T. V. Shkurko<sup>1,2</sup>, O. I. Berezina<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>The A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific and Practical Center, Moscow Healthcare Department

<sup>2</sup>Research Institute of Healthcare and Medical Management, Moscow Health Department

## **Abstract**

45-th session of Central research Institute of gastroenterology Oncology Issues in a Gastroenterologist s Clinical Practice took place on Feb. 28 – March 1 2019 at press center Russia Today. 1446 specialists from Moscow and other regions of Russia and 8 foreign peers participated.

For the first time, 4 interdisciplinary symposiums discussing problems related to pathogenesis, screening, early diagnosis and treatment of main types of cancer of digestive organs – stomach, colon, pancreas, liver – were held.

**Keywords:** oncology, gastroenterology.

Сессию открыл директор ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ», член-корреспондент РАН И. — атьков, который рассказал о настоящем и будущем института гастроэнтерологии, на базе которого в 2012 г. создан Московский клинический научный центр имени А. С. Логинова. Он подчеркнул, что своевременные диагностика и лечение хронических заболеваний органов пищеварения лежат в основе профилактики онкологических заболеваний.

В ходе церемонии открытия статус «Почетный профессор МКНЦ имени А. С. Логинова» получили профессора **И. А. Морозов** и **Серхат Бор**. Профессор Игорь Александрович Морозов много лет проработал в ЦНИИГ, в 1974 г. при морфологическом исследовании биоптата пациента с язвой желудка обнаружил бактерию. Спустя несколько лет австралийские ученые Робин Уоррен и Барри Маршал доказали ее этиопатогенетическую роль при заболеваниях желудка и назвали *Helicobacter pylori*. Они признали профессора И. А. Морозова одним из пионеров хеликобактериоза. Президент турецкой ассоциации гастроэнтерологов профессор Серхат Бор более 15 лет сотрудничает с ЦНИИГ, инициировал проведение эпидемиологического исследования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в Москве, провел обучение в Измире (Турция) ряда сотрудников ЦНИИГ.

Московские врачи-специалисты могли посетить мероприятие на основании распоряжения № 184-р от 24.01.2019, изданного Департаментом здравоохранения города Москвы.

Лекцию открытия «Многоцентровые исследования как фактор развития медицинской науки» прочитал председатель комитета Госдумы по охране здоровья профессор Д. А. Морозов, который представил опыт в проведении многоцентровых клинических исследований, позволяющих сформировать научные сети и получить результаты высокой доказательной силы, что важно и с научной, и с практической точек зрения.

**Междисциплинарный симпозиум «От хронического гастрита к раку желудка: как прервать каскад Корреа»** был посвящен обсуждению истоков развития рака желудка, принципам профилактики и мерам по снижению заболеваемости и смертности. До 90 % случаев рака желудка обусловлены *H. pylori*, эрадикация которого признана наиболее эффективной стратегией канцеропревенции.

**М. А. Ливзан** (Омск) представила клиническое наблюдение больного с поздно выявленным раком желудка на фоне длительного течения *H. pylori*-ассоциированного гастрита, отметив грубые ошибки врачей, своевременно не пролечивших это заболевание.

**В. Г. Жуховицкий** показал, что штаммовые различия *H. pylori* являются предикторами рака желудка.

**Е. В. Быстровская** доложила, что эндоскопическая оценка состояния слизистой оболочки желудка с забором морфологического материала является наиболее точным методом диагностики атрофического гастрита.

**Марцис Лея** (Латвия) отметил преимущества морфологических систем OLGA/OLGIM в оценке выраженности атрофии и кишечной метаплазии слизистой желудка, что определяет индивидуальный риск развития рака желудка.

**С. Г. Хомерики** сообщил, что, помимо каскада Корреа (ряда последовательных изменений слизистой оболочки желудка, ведущих к раку), существенную роль в развитии рака желудка играет микросателлитная нестабильность клеток слизистой оболочки желудка.

**Ф. Ди Марио** (Италия), известный в мире специалист по серологическому скринингу предраковых изменений и рака желудка, представил преимущества и недостатки исследования уровней пепсиногенов и гастрина в крови для формирования групп риска рака желудка на популяционном уровне и среди пациентов. Российским опытом применения серологического скрининга поделились **С. А. Курилович** (Новосибирск) и **Р. Г. Сайфутдинов** (Казань).

**В. В. Цуканов** (Красноярск) представил современное состояние вопроса эрадикации *H. pylori* как стратегии первичной профилактики рака желудка.

Учитывая высокую заболеваемость раком желудка в России, **С. А. Алексеенко** (Абатовск) был представлен алгоритм дифференциальной диагностики у пациента, впервые обратившегося к врачу с симптомами диспепсии.

Междисциплинарный подход был продемонстрирован докладчиками на симпозиуме **«Хронический панкреатит и рак поджелудочной железы: есть ли связь?»**. Заболеваемость раком поджелудочной железы имеет тенденцию к росту во всем мире. Это заболевание считается одним из самых неблагоприятных в онкологии, характеризуется поздней диагностикой, медленным прогрессом методов лечения и низкой пятилетней выживаемостью. Участники симпозиума обсудили вопросы ранней и дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы с позиции врачей разных специальностей.

**Е. А. Дубцова, К. А. Никольская и Н. Б. Губергриц** (Украина) представили факторы риска развития рака поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом.

**М. Ф. Осипенко** (Новосибирск) охарактеризовала диагностическую ценность онкомаркеров рака поджелудочной железы.

**К. А. Лесько** представил возможности лучевой диагностики заболеваний поджелудочной железы.

**Г. М. Пронина** показала возможности дифференциальной диагностики воспалительных и опухолевых заболеваний поджелудочной железы с использованием современной эндосонографии.

**К. К. Носкова** рассмотрела актуальность цитологической диагностики и цитохимии пунктатов новообразований поджелудочной железы.

**О. В. Паклина** оценила диагностическое значение морфологического исследования.

**Р. Е. Израйлов** привлек внимание аудитории к сложности принятия решения о проведении оперативного лечения при сомнительном диагнозе рака поджелудочной железы.

Выступление **Т. Н. Кузьминой** было посвящено особенностям различных нутриционных нарушений, развивающихся у пациентов с заболеваниями поджелудочной железы воспалительной и опухолевой этиологии, и дифференцированному подходу к выбору тактики нутриционной коррекции.

**Е. В. Быстровская**, подводя итоги симпозиума, представила алгоритм диагностических исследований в группах риска по заболеваемости раком поджелудочной железы.

В ходе симпозиума **«Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР): где истоки?»**, модераторами которого были **Е. В. Винницкая, М. Г. Ефанов, Л. Ю. Ильченко и В. Д. Пасечников** (Ставрополь), обсуждались вопросы канцерогенеза при заболеваниях печени, была показана роль и приоритетность лабораторных и инструментальных методов диагностики этого заболевания, представлены современные возможности лечения. Проблема канцеропревенции является актуальной не только для гепатологов, гастроэнтерологов, но и для терапевтов широкого профиля.

**Ю. Г. Сандлер** представила клиническое наблюдение пациента, у которого на фоне гепатита С развилась гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), проанализировала особенности течения, необходимость скрининга ГЦК, сложности диагностики и вопросы терапии.

**Е. Н. Александрова** провела анализ основных факторов риска и иммунопатогенетических механизмов развития гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) у пациентов с хроническими заболеваниями печени.

**С. Н. Бацких** привлек внимание к необходимости непрерывного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями печени и после элиминации вирусов гепатита с целью канцеропревенции.

**А. А. Новиков** уделил внимание вопросам лабораторной диагностики ГЦР, эффективности и специфичности определения альфа-фетопротейна.

**Ю. В. Кулезнева** продемонстрировала особенности верификации объемных образований печени в зависимости

от применяемых инструментальных методов исследования, отметила их преимущества и ограничения.

**С. Г. Хомерики** познакомил с особенностями морфологических изменений при ГЦР и их диагностической значимости. Участники дискуссии охарактеризовали проблему лечения ГЦК с позиций своей специальности.

**В. В. Бредер** продемонстрировал возможности химиотерапии с учетом стадий опухолевого процесса и функционального состояния печени.

**М. Г. Ефанов** осветил преимущества и ограничения современных оперативных методов лечения в зависимости от стадии и тяжести заболевания.

**Е. Качман** (Израиль) представила показания, противопоказания и результаты ортотопической трансплантации печени у больных ГЦР.

В ходе еще одного дискуссионного заседания, также посвященного проблеме ГЦК, **И. Г. Бакулин** (Санкт-Петербург), **Л. Ю. Ильченко, И. Г. Никитин, Е. В. Винницкая и В. Д. Пасечников** (Ставрополь) обсудили вопросы канцерогенеза ГЦР у пациентов с вирусными гепатитами в аспекте развития иммунных нарушений в ходе противовирусной терапии препаратами прямого противовирусного действия.

**Симпозиум «Рак толстой кишки: предупредить легко – вылечить сложно»** был представлен в формате междисциплинарного консилиума и посвящен актуальным вопросам диагностики и лечения ранних и запущенных форм колоректального рака (КРР).

—вропейский опыт скрининга КРР представил **Б. Тепеш** (Словения).

**А. В. Каграманова** представила российский опыт скрининга КРР и данные о скрининге КРР у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Проблемы диагностики начальных форм рака толстой кишки обсудили эндоскопист **И. Ю. Недолужко** и патоморфолог **С. Г. Хомерики**.

Генетик **Т. С. Лисица** рассказала о наследственных полипозах толстой кишки как предраковых состояниях.

**Д. Игнятович** (Норвегия) представил принципы выбора объема лимфаденэктомии при оперативном лечении рака толстой кишки.

**С. И. Ачкасов** обсудил роль оперативного вмешательства в лечении больных перитонеальным канцероматозом при раке толстой кишки.

**И. И. Андреяшкина** представила современные возможности неoadъювантной химиотерапии локализованных форм рака толстой кишки.

Значительный интерес слушателей вызвала лекция профессора **А. И. Парфенова**, посвященная энтеропатиям с нарушением мембранного пищеварения. **Симпозиум**

**«Мембранное пищеварение – эпохальное открытие XX века»** был приурочен к 60-летию открытия академиком **А. М. Уголевым** новой парадигмы пищеварения. Были представлены сведения о новой патологии тонкой кишки – энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП), открывающей новые возможности улучшения диагностики и лечения больных заболеваниями тонкой кишки.

**Н. И. Белостоцкий** рассказал об этиологических факторах и патогенезе нарушения активности карбогидраз при ЭНМП, а также о результатах экспериментального исследования «Влияние энтеропротекторов на активность дисахаридаз».

Патогистологическим признакам ЭНМП и восстановлению слизистой оболочки тонкой кишки под влиянием лечения энтеропротекторами было посвящено выступление профессора **С. Г. Хомерики**.

**С. Р. Дбар** представила клинико-лабораторные доказательства энтеропротективных механизмов некоторых препаратов в реальной клинической практике.

**Симпозиум «Синдром раздраженного кишечника и СРК-подобные нарушения при заболеваниях кишечника: новые подходы к диагностике и лечению»** был проведен в форме междисциплинарного консилиума. Участники дискуссии (гастроэнтеролог, невролог, патофизиолог) охарактеризовали проблему с позиции своей специализации. Доклады углубили знания врачей в области патогенеза, диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, акцентировали внимание на возможном присутствии нарушений, подобных СРК, у пациентов с другими заболеваниями кишечника и других внутренних органов.

**Г. М. Дюкова** представила патогенез СРК с позиции нейрокognитивных процессов, учитывающих пережитый опыт, смещение фокуса внимания и дисфункцию самоконтроля. **Д. А. Дегтярев** посвятил доклад механизмам патогенеза, диагностическим критериям, подходам к лечению функциональных неврологических расстройств, развивающихся у гастроэнтерологических больных. Современные диагностические тесты для оценки висцеральной чувствительности как маркера раздраженной кишки были продемонстрированы **Л. Х. Индейкиной**.

**И. Н. Ручкина** представила критерии диагностики СРК-подобных нарушений у больных язвенным колитом. Сообщение **И. Н. Трубицыной** было посвящено роли нейромедиаторов в развитии и поддержании СРК-подобных нарушений при язвенном колите.

У пациентов с нелеченой целиакией в несколько раз повышен риск онкологических заболеваний, особенно

лимфомы тонкой кишки, по сравнению с общей популяцией. Данной проблеме был посвящен **симпозиум «Скрининг целиакии как профилактика онкологических заболеваний»**.

**С. В. Быкова** показала, что раннее выявление и своевременная диагностика целиакии снижают риск развития онкологических осложнений.

Доклад **Е. А. Сабельниковой** привлек внимание слушателей к рефрактерной целиакии – форме заболевания, характеризующейся тем, что строгое соблюдение аглютеновой диеты не позволяет достичь клинического и морфологического эффекта. Заболевание сложно диагностируется и является одной из форм, которая чаще переходит в лимфому.

**Л. Х. Индейкина** представила клинический пример, демонстрирующий позднюю диагностику целиакии на этапе формирования лимфомы.

**Г. А. Дудина** продемонстрировала дифференциально-диагностические критерии различных типов лимфом кишечника, сложности их диагностики и лечения.

**Л. М. Крумс** представила сообщение о динамическом наблюдении пациентки с целиакией, у которой при прекращении соблюдения аглютеновой диеты в течение года развился рак толстой кишки.

Участники круглого стола **«Хологенная диарея – фактор риска колоректального рака»** **В. В. Цвиркун, Е. А. Сабельникова** и **Л. М. Крумс** обсудили методы профилактики колоректального рака у пациентов с различными формами нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

Пленарное заседание **«Эндоскопическая диагностика и лечение эпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта»** открыл круглый стол **«Гиперпластические полипы желудка: удалять vs наблюдать»** с участием **Ю. Г. Старкова, К. В. Шишина** и **И. А. Ратке**, на котором были обсуждены лечебно-диагностические алгоритмы действий при выявлении подобных новообразований, а также возможности и целесообразность медикаментозного лечения.

На симпозиуме **«Нейроэндокринные опухоли (НЭО) ЖКТ. Диагностика и тактика лечения»** была представлена информация, что данные опухоли в 73,7 % случаев локализируются в органах пищеварения.

Использование современного комплекса методов исследования приводит к правильному установлению диагноза приблизительно у 80 % пациентов, что позволяет достичь значительных успехов в лечении, о чем доложила **О. А. Малихова**.

**И. А. Ратке** обратил внимание слушателей на особую актуальность классификации данной группы опухолей, а также морфологического подхода для прогнозирования последующего течения заболевания. Выбор метода лечения зависит от локализации опухоли, ее размера и морфологической картины.

**И. Ю. Фейдоров** представил алгоритм ведения пациентов с различными нейроэндокринными опухолями желудочно-кишечного тракта.

**О. Б. Ткаченко** рассмотрела критерии отбора пациентов с НЭО для эндоскопического лечения и особенности данной методики.

На заседании **круглого стола «Аденомы двенадцатиперстной кишки»** эксперты в области оперативной эндоскопии **К. В. Шишин, А. А. Смирнов, О. Б. Ткаченко, М. Ю. Агапов** и **И. Ю. Недолужко** обсудили варианты ведения пациентов с аденомой двенадцатиперстной кишки, а также возможности и ограничения ее эндоскопического удаления.

Отдельное заседание было посвящено обсуждению принципов ведения больных лимфомами желудочно-кишечного тракта **«Лимфомы с поражением органов пищеварения»**.

В докладе академика РАН **И. В. Поддубной** были освещены биологические, морфоиммунологические и клинические особенности мукозоассоциированных лимфом (MALT-типа) гастральной и агастральной локализации. Были представлены дифференциально-диагностический и терапевтический алгоритмы при поражении желудка, обоснованы оперативные и лекарственные подходы, методы лечения побочных эффектов.

**О. А. Малихова** доложила об особенностях эндоскопической семиотики мукозоассоциированных лимфом гастральной локализации с учетом уточняющих эндоскопических методик узкоспектрального анализа, увеличительной эндоскопии и эндосонографии и представила дифференциально-диагностический алгоритм при поражении желудка, обосновав диагностические подходы при оценке эффективности в процессе лекарственного лечения.

Сообщение **Н. В. Кокосадзе** было посвящено сложности морфологической диагностики MALT лимфом желудка, обусловленной чрезвычайным сходством лимфомы с выраженным хроническим гастритом, ассоциированным с *HP*-инфекцией. Был продемонстрирован ряд морфологических диагностических критериев.

**В. А. Шаленков** рассказал о частоте возникновения и структуре осложнений оперативного лечения лимфом желудочно-кишечного тракта. Были представлены непосредственные и отдаленные результаты лечения больных

неходжкинскими лимфомами желудочно-кишечного тракта, столкнувшихся в процессе лечения с опухолевыми осложнениями.

Серьезное внимание слушателей привлек **симпозиум «ВИЧ-инфекция и патология органов пищеварения»**, посвященный вопросам диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

**А. В. Пивник** акцентировал внимание слушателей на том, что отделение онкогематологии и вторичных иммунодефицитных состояний ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ» является единственным гематологическим отделением, где на основании Регламента оказания специализированной гематологической помощи взрослому населению в городе Москве проводится цитостатическая терапия пациентам с ВИЧ-инфекцией. В докладе был продемонстрирован огромный опыт 20-летней работы с данной группой пациентов, позволяющий проводить лечение на очень высоком профессиональном уровне, используя собственные научные разработки.

**Т. Р. Халилулин** отметил, что нарушения со стороны иммунной и пищеварительной систем, недостаточное питание способствуют возникновению нутритивных нарушений и хронических заболеваний ЖКТ у ВИЧ-инфицированных пациентов и требуют комбинированного лечения: антиретровирусная терапия в сочетании с препаратами из арсенала гастроэнтеролога.

**Т. П. Бессараб** доложила, что у ВИЧ-инфицированных пациентов слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта является как входными воротами, так и местом клинических проявлений многих оппортунистических и неоппортунистических инфекций и опухолей. Наиболее патогенны при поражении кишечника грибы рода *Candida*, вирусы герпетической группы, включая цитомегаловирус, микобактерии, энтеропатогенные бактерии, такие как сальмонеллы и шигеллы, простейшие криптоспоридии, изоспоры, микроспоридии и др. Известен и оппортунистический гельминт *Strongiloides stercoralis*. Кроме того, причиной энтеропатии может быть и сам ВИЧ.

**Г. А. Дудина** представила особенности клинической картины, диагностики и лечения лимфом желудочно-кишечного тракта у пациентов с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями. Одновременное назначение адекватной противовирусной терапии и соответствующей варианту заболевания программной химиотерапии на фоне гастропротекторной терапии значительно улучшает прогноз заболевания и увеличивает общую выживаемость.

**Ю. Г. Сандлер** посвятила свой доклад особенностям течения коинфекции ВИЧ и вирусных гепатитов В и С, так как сочетание ВИЧ-инфекции с гепатитами усугубляет

течение обоих заболеваний, а также отметила специфику лечения больных вирусными гепатитами на фоне ВИЧ-инфекции.

**С. Р. Дбар** было продемонстрировано клиническое наблюдение болезни Уиппла у ВИЧ-инфицированного пациента, что было весьма актуальным в плане расширения диагностических задач клиницистов разного профиля при энтеропатиях неустановленного генеза при ВИЧ-инфекции.

На **заседании рабочей группы по исследованию моторики органов пищеварения** **О. Ю. Фоменко** продемонстрировала собственный опыт проведения аноректальной манометрии высокого разрешения более чем 400 пациентам, отметив, что данное исследование позволяет наиболее точно оценить такие факторы патогенеза функциональных расстройств дефекации, как нарушение чувствительности аноректальной зоны, дискоординация сокращений мышц тазового дна и анальных сфинктеров.

**С. В. Морозов** отметил актуальность международных регламентирующих документов, посвященных критериям патологического гастроэзофагеального рефлюкса, и продемонстрировал данные анализа результатов рН-импедансометрии у больных различными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, проживающих в России.

В ходе дискуссии **Д. С. Бордин, С. Бор, В. О. Кайбышева, С. В. Морозов** и **Э. Р. Валитова** обсудили необходимость разработки единого протокола анализа импеданс-рН-метрии ввиду широкого внедрения этого метода в клиническую практику.

**Круглый стол «Стомированный пациент и врач: лицом к лицу»** был посвящен различным аспектам, связанным с наличием стомы: месту стомирования в лечении пациентов с колоректальным раком, вопросам профилактики и лечения парастомальных осложнений, а также особенностям ведения стомированных пациентов в условиях онкологического диспансера.

**И. А. Калашникова** привлекла внимание к вопросам реабилитации стомированных больных, маршрутизации пациентов в Москве, профилактике и лечению осложнений коло- и илеостом, проблемам подбора средств по уходу за кишечной стомой.

**М. А. Данилов** оценил роль и место стомирования на различных этапах комбинированного лечения больных колоректальным раком.

**С. А. Кулиев** осветил вопросы профилактики грыжеобразования, а также возможности оперативного лечения парастомальных грыж.

**Г. В. Лазарев** представил особенности тактики комбинированного и комплексного лечения больных ЗНО толстой кишки с осложненным течением, которым на разных этапах лечения было выполнено формирование кишечных стом.

Интерес врачей и научных сотрудников вызвал **симпозиум молодых ученых**.

**Н. Е. Семенов** предоставил результаты исследования по оценке эффективности оперативного лечения в комбинациях с системной химиотерапией у больных раком желудка и перитонеальным микроканцероматозом.

**Н. А. Бодунова** показала возможности персонализированной медицины и молекулярно-генетического тестирования в практике врача.

**К. Г. Салиев** привлек внимание к аутоиммунному гепатиту (АИГ) как одной из наиболее трудных проблем гепатологии.

**А. Ф. Бабаян** коснулась проблемы комплаентности к лечению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, отметив, что эффективность лечения может быть достигнута только при строгом соблюдении назначенного режима приема препаратов.

**М. А. Кирюкова** показала важность создания международных регистров больных хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы, на основе данных которых ведутся многоцентровые исследования.

Новый метод эндоскопического лечения несостоятельности анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта с помощью вакуумной аспирационной системы был представлен в докладе **А. В. Пятакова**.

**Круглый стол «Риски малигнизации при билиарной патологии»** прошел в формате междисциплинарного консилиума.

Специалист по ультразвуковой диагностике **Ю. Н. Орлова** рассказала о распространенности холецистозов, их вариантах, критериях диагностики, провела оценку факторов риска малигнизации.

Гастроэнтерологи **Т. А. Мечетина** и **Э. Я. Селезнева** доложили о редком патологическом состоянии желчного пузыря, исходом которого является трансформация в рак.

Ирригатор **М. Г. Ефанов** представил данные о наиболее распространенных злокачественных опухолях желчных протоков, клинических симптомах и критериях лучевой диагностики, позволяющих диагностировать их на ранних стадиях. Был сделан акцент на типичные ошибки в диагностике и тактике ведения пациентов на ранних этапах обследования и лечения.

**С. Г. Хомерики** рассмотрел патоморфологические аспекты опухолевой трансформации и морфологической

диагностики билиарного папилломатоза, характеризующегося разрастанием клеток эпителия желчных протоков с формированием папиллярных выростов, заполняющих просвет протока и препятствующих оттоку желчи. Согласно классификации ВОЗ заболевание является предраковым с высоким риском развития холангиокарциномы.

В рамках **Панкреатологического клуба** состоялся симпозиум, посвященный генетическим аспектам хронического панкреатита.

**М. М. Литвинова** доложила о наследственных формах хронического панкреатита и разнообразных генетических факторах риска развития данного заболевания.

Клиническое наблюдение кальцифицирующего панкреатита у женщины 52 лет при отсутствии отягощенного семейного анамнеза было представлено в докладе **Н. Б. Губергриц** (Украина). Дифференциальная диагностика проводилась между алкогольным панкреатитом, гиперпаратиреозом, вирусным и аутоиммунным панкреатитом.

**Л. В. Винокурова** отметила актуальность оценки функционального состояния гепатопанкреатобилиарной системы у взрослых больных муковисцидозом и особенности тактики ведения и консервативной терапии этих больных.

**М. Г. Ипатова** представила редкие генетические заболевания поджелудочной железы, такие как синдромы Швахмана–Даймонда, Шелдона–Рея и охансона–Близзарда, протекающие с экзокринной панкреатической недостаточностью, вследствие чего для детей с этими синдромами характерны выраженная стеаторея и задержка темпов физического развития с первых дней жизни.

Участники **дискуссии «Хронический панкреатит и секретолитики» Ю. А. Кучерявый и В. Б. Гриневич** (Санкт-Петербург) обсудили теоретические предпосылки широкого применения антисекреторных препаратов (ИПП, H<sub>2</sub>-блокаторы) при хроническом панкреатите, что обусловлено связью секреции поджелудочной железы и желудка. Однако, как отметили участники дискуссии, доказательная база эффективности такого лечения невысока, а в клинических рекомендациях антисекреторная терапия показана при неэффективности заместительной ферментной терапии.

В ходе **симпозиума «Проблемы диагностики и лечения патологии поджелудочной железы» Л. В. Винокурова** коснулась проблем комплексной дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы и хронического панкреатита.

**Ю. В. Осипенко** представила данные о влиянии синдрома избыточного бактериального роста на клиническую

картину хронического панкреатита, выраженность внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и эффективность ферментозаместительной терапии.

**М. Ф. Осипенко** (Новосибирск) показала спектр причин вторичной экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

**А. Ю. Разумовский** продемонстрировал фото- и видеоматериалы различных оперативных вмешательств и методов диагностики, используемых в современной панкреатологии, а также представил накопленный 5-летний опыт РДКБ ФГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова и ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ» в лечении детей с заболеваниями поджелудочной железы.

**Секция «Онкохирургия печени и поджелудочной железы. Отдаленные результаты минимально инвазивных резекций»** была посвящена актуальной проблеме сравнения радикальности оперативного лечения злокачественных опухолей печени, желчных протоков и поджелудочной железы, выполняемого с использованием традиционных лапаротомных доступов, и малоинвазивных операций (лапароскопических и робот-ассистированных).

**И. Е. Хатьков** представил колоссальный опыт панкреатодуоденальных резекций при злокачественных опухолях поджелудочной железы ГБУЗ «МКНЦ им А. С. Логинова ДЗМ».

**Д. А. Гранов** сделал доклад о выживаемости пациентов после лапароскопических дистальных резекций поджелудочной железы, проведенных в ФГБУ «РНЦР Т имени академика А. М. Гранова» Минздрава России.

**М. Г. Ефанов** представил сравнительный анализ совместного опыта ведущих отечественных центров ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ» и ФГБУ «РНЦР Т имени академика А. М. Гранова» Минздрава России в минимально инвазивном и традиционном радикальном лечении пациентов с метастазами колоректального рака в печень.

Заседание рабочей группы, модераторами которой были **И. Е. Хатьков, Л. Г. Жукова, Е. Н. Имянитов и И. И. Андрияшкина**, было посвящено **наследственным опухолевым синдромам** – группе заболеваний, связанных с передачей из поколения в поколение предрасположенности к тому или иному виду рака. Она включает 5–10 % всех случаев онкологических заболеваний и не менее 1 % здоровых людей – носителей патогенных мутаций, многократно повышающих риск развития злокачественных новообразований. За последние 10–15 лет благодаря развитию технологий геномного анализа достигнут существенный прогресс в понимании причин развития наследственных болезней. Результаты

молекулярно-генетических тестов помогают современным врачам получить представления о механизмах развития наследственных онкологических заболеваний и быть способными распознать их признаки, а также сформулировать практические рекомендации для больных и членов их семей.

Проблемы и задачи методов лучевой диагностики при различных заболеваниях толстой кишки освещены в рамках **симпозиума «Лучевая диагностика при заболеваниях толстой кишки»**.

**И. Е. Селина** продемонстрировала роль рентгено-ультразвуковых исследований в диагностике обтурационной толстокишечной непроходимости.

**М. В. Павлов** доложил о методе дефектографии, который считается «золотым стандартом» в диагностике ректоцеле, сигмоцеле, энтероцеле, наружного и внутреннего выпадения прямой кишки, опущения промежности, дисфункции мышц малого таза, причин солитарной язвы прямой кишки.

В докладе **Л. П. Орловой** были продемонстрированы возможности ультразвукового исследования в диагностике дивертикулеза и дивертикулита толстой кишки, изложена УЗ-семиотика различных проявлений болезни и методика проведения исследования.

**Р. И. Александрова** изложила показания к выполнению МСКТ и МРТ в зависимости от зоны поражения толстой кишки опухолевым процессом, показала возможности этих методов для уточнения распространенности процесса и принятия решения о выполнении радикальной операции.

**Симпозиум «Персонализированная медицина в гастроэнтерологии»** охватил круг вопросов персонализированного подхода к лечению больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта и вызвал большой интерес слушателей.

Современные данные, касающиеся роли аутоантител в патогенезе, диагностике, прогнозировании исходов и эффективности лечения онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта, были освещены

**Е. Н. Александровой**.

В сообщении **А. А. Новикова** обсуждались современные теоретические и клинические аспекты многопараметрического анализа геномных, транскриптомных и протеомных биомаркеров, значение мультиплексных технологий для персонифицированной диагностики и терапии иммуновоспалительных и онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Клиническое наблюдение, доложенное **М. М. Литвиновой**, было основано на ведении семьи из 13 человек,

носителей синдрома Линча, докладчик продемонстрировала клинические рекомендации по ведению пациентов с синдромом Линча.

**Н. А. Бодунова** представила собственные научные данные по анализу обращений в Центр персонализированной медицины ГБУЗ «МКНЦ им А. С. Логинова ДЗМ» за 2017–2018 гг. как пример осуществления нового подхода к лечению больных онкологическими и хроническими заболеваниями.

**Н. В. Ромашкина** посвятила доклад абдоминальной боли как соматическому проявлению депрессии, клинику которой зачастую трудно распознать.

В сообщении **А. Ю. Иконниковой** было освещено наличие генетического полиморфизма у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями желудка на фоне приема ингибиторов протонной помпы и нестероидных противовоспалительных средств.

Особой проблемой нутрициологии является коррекция метаболического статуса онкологического больного. Она обсуждалась на **симпозиуме «Метаболические осложнения и безопасность нутриционной поддержки онкологического больного: новое прочтение старых истин»**.

**И. Н. Пасечник** представил обзор мировой литературы по применению нутриционной поддержки в структуре FAST-track технологии.

**Л. Н. Костюченко** осветила наиболее часто встречающиеся осложнения парентеральной и энтеральной алиментации, механизмы их развития и профилактики.

**И. В. Угаров** продемонстрировал новую технологию прогнозирования нутриционной недостаточности – цифровую нутрициологию.

Вопросы коррекции расстройств усвоения железа у онкологических пациентов раскрыл **А. Д. Круглов**.

**Т. Н. Кузьмина** доложила собственные данные по результатам коррекции осложнений парентеральной и энтеральной алиментации.

**Ю. А. Лысиков** показал возможности диетологической и сипинговой коррекции метаболических расстройств в онкологии.

**И. Е. Хорошилов** представил современные схемы нутриционной поддержки хирургических и гастроэнтерологических пациентов, рекомендуемые последним конгрессом ESPEN.

**О. А. Обухова** сообщила о функциональных резервах органов и тактике энтеральной коррекции при химиотерапии рака желудка.

Литературные и собственные данные по доказательной базе в области нутрициологии представила **А. В. Стародубова**.

Методы предупреждения метаболических осложнений парентерального питания предложил **А. Е. Шестопапов**. Возможности современного перорального энтерального питания в стационарзамещающей технологии нутриционной коррекции представил **С. В. Свиридов**.

Значительный интерес слушателей вызвал **консенсус по механической желтухе**, посвященный обсуждению вопросов диагностики механической желтухи, маршрутизации пациентов и тактики декомпрессии желчных протоков в зависимости от причины и уровня билиарной обструкции.

В ходе **симпозиума «Онкологические заболевания органов пищеварения и эндокринная патология: точки соприкосновения (сахарный диабет 2 типа, ожирение, метаболический синдром)»** было отмечено, что частота таких онкологических заболеваний, как рак поджелудочной железы, печени, молочной железы, толстой кишки, выше при сахарном диабете, чем в группах сравнения. Онкологическая настороженность у больных сахарным диабетом 2 типа является важной составляющей в профилактике, своевременной диагностике и лечении онкологических заболеваний.

**А. М. Мкртумян** доложил о методах диагностики нейроэндокринных опухолей – определении опухолевых маркеров в крови и тканях рентгенодиагностическими методами, основанными на взаимодействии меченных радионуклидами лигандов со специфическими рецепторами опухоли. В последние десятилетия, согласно литературным данным, в мире отмечается рост заболеваемости нейроэндокринными опухолями, например,

в США отмечено 5-кратное увеличение за последние 30 лет. Подходы к лечению больных нейроэндокринными опухолями различны и зависят от степени дифференцировки опухоли.

**Л. А. Звенигородская** отметила, что сахарный диабет и рак являются двумя гетерогенными, многофакторными, тяжелыми заболеваниями. Уровень смертности от рака намного выше при наличии сахарного диабета, кроме того, специфическая терапия рака может повлиять на прогрессирование или развитие сахарного диабета.

**Л. В. Егшатын** обратила внимание на этиологические факторы развития колоректального рака, к которым, помимо генетических мутаций и воспаления, относят эпигенетические изменения, изменения питания, дисфункцию иммунной системы.

**С. В. Родионова** систематизировала неоднозначные данные клинических исследований, одни из которых свидетельствуют об онкогенной безопасности сахароснижающих препаратов (в частности, антионкогенный эффект метформина), в то время как другие демонстрируют, что часть сахароснижающих препаратов может повышать риски развития рака печени, щитовидной железы и мочевого пузыря.

**Е. В. Бирюкова** раскрыла проблему ожирения с позиций риска возникновения и прогрессирования рака различной локализации и отметила, что провоспалительные цитокины (интерлейкин 6, фактор некроза опухоли-альфа), продуцируемые макрофагами жировой ткани, участвуют в развитии рака, ассоциированного с ожирением. Кроме того, жировая ткань активно стимулирует внегонадное эстрогенообразование, гиперэстрогения способствует развитию пролиферативных процессов в эндометрии.

*Фото- и видеотчет 45-й научной сессии ЦНИИГ доступны на сайте [гастросессия.рф](http://гастросессия.рф).*

**Следующая, 46-я, сессия ЦНИИГ состоится 27-28 февраля 2020 года в Москве.**

### **Контактные данные:**

**Бордин Дмитрий Станиславович**, д. м. н., зав. отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог ДЗМ. 111123, Москва, ш. Энтузиастов, д. 86, тел. +74953043035  
E-mail: d.bordin@mknc.ru



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
www.nioz.ru



## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

## ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА

Государственное бюджетное учреждение города Москвы  
«Научно-исследовательский институт организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»  
в рамках имеющейся лицензии на образовательную деятельность

### ПРОВОДИТ ОБУЧАЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ВИД ОБУЧЕНИЯ	НАИМЕНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ, ЧАСЫ, ФОРМА ОБУЧЕНИЯ	ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ
Повышение квалификации	Организация здравоохранения и общественное здоровье	144 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заведующие структурными подразделениями (отделов, отделений лабораторий, кабинетов) медицинских организаций – врачи-специалисты</li> </ul>
Повышение квалификации	Экспертиза временной нетрудоспособности	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Главные врачи</li> <li>Заместители главного врача</li> <li>Заведующие структурными подразделениями</li> <li>Врачи-специалисты</li> </ul>
Повышение квалификации	Организация здравоохранения. Заполнение форм федерального статистического наблюдения	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заведующие структурными подразделениями</li> <li>Врачи-статистики</li> </ul>
Повышение квалификации	Организация здравоохранения. Правила кодирования заболеваемости и смертности населения. МКБ-10	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Врачи-специалисты</li> </ul>



ПО ЗАЯВКАМ ВЕДУЩИХ  
МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ  
ПРОВОДЯТСЯ  
ВЫЕЗДНЫЕ ЦИКЛЫ



НАШИ ЛЕКТОРЫ: ДОКТОРА И КАНДИДАТЫ НАУК,  
ПРАКТИКУЮЩИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ, ВЕДУЩИЕ ЭКСПЕРТЫ  
ОТРАСЛИ – ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ  
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИМЕЮТ БОЛЬШОЙ  
ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ЗАЯВКИ И ВОПРОСЫ ПО ОБУЧЕНИЮ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ: [niozmm-dpo@zdrav.mos.ru](mailto:niozmm-dpo@zdrav.mos.ru)

# ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ АССАМБЛЕИ «ЗДОРОВЬЕ МОСКВЫ»

XVII ЗДОРОВЬЕ  
АССАМБЛЕЯ МОСКВЫ



## Особенности гемодинамики и клинического течения заболевания у больных тяжелой внебольничной пневмонией

**Авдейкин С. Н., Тюрин И. Н., Сурахин В. С., Сиренова И. О.**

*Городская клиническая больница им. В. М. Буянова ДЗМ*

**Введение.** В последние годы проблема нарушений центральной гемодинамики (ЦГД) и кардиальных осложнений у больных тяжелой внебольничной пневмонией (ВП) начала привлекать пристальное внимание клиницистов. Цель настоящего исследования: изучить особенности ЦГД и клинико-лабораторные показатели у больных с различным исходом тяжелой ВП.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализировали результаты обследования больных ВП с различным исходом заболевания: 1-я группа – выжившие ( $n = 44$ ); 2-я – умершие ( $n = 13$ ). Выделенные группы не различались ( $p > 0,05$ ) по возрасту и общей тяжести состояния по APACHE II и SOFA. Мониторинг ЦГД осуществляли с помощью прибора Picco Plus (Pulsion Medical Syst.).

**Результаты.** Частота назначения симпатомиметических препаратов в 1-е сутки наблюдения в группах составила 90 % и 100 %, при этом не было межгрупповых отличий в уровне среднего артериального давления, значениях индекса общего периферического сосудистого сопротивления, индекса глобального конечно-диастолического объема, индекса функции сердца, мощности сердца и индекса внесосудистой воды легких (ИВСВЛ). Частота сердечных сокращений (ЧСС), значения сердечного индекса, индекса ударного объема (ИУО) и глобальной фракции изгнания сердца (ГФИС) у больных 1-й группы были выше ( $p < 0,05$ ). Центральное венозное давление (ЦВД) у больных 1-й группы было ниже ( $p < 0,05$ ). Лактатемия у больных 1-й группы в течение всего периода наблюдения не нарастала и составляла  $1,6 \pm 0,1 - 0,9 \pm 0,05$  ммоль/л. У больных 2-й группы лактатемия была выше ( $p < 0,05$ ) на всех этапах наблюдения и достигала максимума к 5-м суткам.

**Заключение.** У больных с неблагоприятным течением тяжелой ВП с первых суток интенсивного лечения

диагностируется снижение ГФИС, свидетельствующее о нарушении систолической функции сердца. Между ГФИС и лактатемией прослеживается наиболее устойчивая по сравнению с другими гемодинамическими и клиническими показателями обратная корреляционная связь, что дает основания предположить, что при тяжелой ВП уже с первых суток интенсивной терапии снижение сократимости миокарда играет важную роль в формировании тканевой гипоксии и оказывает неблагоприятное влияние на общую тяжесть состояния больных.

## Многоликая депрессия: система комплексной диагностики и лечения психосоматических соотношений

**Акжигитов Р. Г.**

*ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева ДЗМ»*

Депрессия является высокоактуальной проблемой и представляет существенное экономическое бремя как для общества, так и для пациентов и членов их семей. Депрессии часто коморбидны соматические и другие психические расстройства. В ряде случаев пациенты имеют суицидальные мысли, а зачастую совершают суицидальные попытки, в том числе завершённые.

В ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ накоплен значительный опыт диагностики и лечения депрессивных расстройств и сопутствующих им патологических состояний. Создана и успешно функционирует многоуровневая служба психолого-психиатрической помощи для данного контингента пациентов, включающая в себя полный спектр амбулаторных и стационарных диагностических и лечебных программ от момента обращения до длительной поддерживающей терапии. В комплексное лечение наряду с фармакотерапией входят разнообразные психотерапевтические методики, лечебная физкультура, физио- и рефлексотерапия и ряд других нелекарственных методов. Имеющаяся в центре лечебно-диагностическая база, мультидисциплинарный подход и налаженное

взаимодействие с городскими медицинскими организациями и ведущими научными и образовательными учреждениями обеспечивают высокий уровень необходимой специализированной медицинской помощи данным контингентам больных.

Наряду с лечебной, в центре ведется активная научно-исследовательская работа. 10 научных отделов разрабатывают актуальные вопросы изучения и лечения болезней головного мозга. Имеющаяся лабораторная и клиническая базы позволяют вести ряд тем, лежащих на стыке неврологии и психиатрии. Результаты публикуются в ведущих мировых и отечественных изданиях. — ежегодно центр организует и проводит международные научно-практические конференции, на которые приезжают представители профессиональных организаций и ассоциаций со всего мира. Сотрудники центра регулярно выступают на пленарных заседаниях авторитетных международных конгрессов, проводимых как в России, так и за ее пределами. В соответствии с имеющейся лицензией центр проводит образовательную деятельность — клинические ординатуры по неврологии и психиатрии, тренинги коммуникативной компетентности медицинских работников для медицинских организаций города Москвы.

Многогранная деятельность ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ имеет целью достижение высоких показателей в науке, образовании и лечении больных, поиск и внедрение в практику новых методов диагностики и терапии депрессий.

---

## Умеренные когнитивные расстройства: возможности профилактики и терапии

### **Алферова В. В.**

*ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева ДЗМ»*

Умеренное когнитивное расстройство (УКР) — полиэтиологический синдром, связанный как с первичным органическим поражением головного мозга, так и с вторичной патологией по отношению к различным соматическим или эндокринным заболеваниям. В большинстве исследований выделяют амнестический и неамнестический типы синдрома УКР. Вероятность УКР повышается с возрастом: распространенность УКР для лиц 60–64 лет составляет 6,7 %, для 80–84 лет — 25,2 %. Вместе с тем УКР не являются отражением возрастной инволюции мозга и связаны с текущим заболеванием, существенно снижая качество жизни пациентов. УКР связаны с повышенным риском

формирования синдрома деменции: заболеваемость в течение 2 лет у пациентов старше 65 лет составляет 14,9 %. Поэтому повышение эффективности терапии и профилактики УКР относится к разряду важных медико-социальных проблем.

Для оценки терапевтической эффективности были использованы систематические обзоры РКИ и отдельные РКИ лекарственных препаратов и методов немедикаментозной терапии УКР, в которых приводились показатели результата лечения — клинические «конечные» исходы. Клинические исходы включали варианты изменения состояния когнитивных функций по данным психометрического и нейропсихологического тестирования, клинического обследования. РКИ лекарственных препаратов и витаминов с участием большой гетерогенной популяции пациентов (амнестические и неамнестические УКР) и высоким уровнем дизайна включали оценку эффективности ингибиторов холинэстеразы, гинкго билоба, рофекоксиба, трансдермального пластыря никотина, фолиевой кислоты с витаминами B<sub>12</sub> и B<sub>6</sub>, витамина —. Не получено убедительных доказательств того, что какой-либо из исследованных препаратов снижал риск деменции при амнестических и неамнестических УКР. Рофекоксиб достоверно увеличивал риск деменции. Только в одном из нескольких крупных РКИ было установлено общее уменьшение нейродинамических нарушений и повышение объема кратковременной слухоречевой памяти при применении донепизила, улучшение внимания и исполнительных функций при применении галантамина, гинкго билоба, фолиевой кислоты с витаминами B<sub>12</sub> и B<sub>6</sub>. В небольших отдельных РКИ показано положительное влияние на различные когнитивные функции пирибедила, препарата никотиновой кислоты замедленного высвобождения, препаратов омега 3, а также увеличение скорости ментальных процессов, уменьшение выраженности нарушений программирования, обобщения и контроля за выполняемыми операциями при применении акатинола мемантина. Клинические исследования различных немедикаментозных методов лечения, несмотря на положительные результаты, отличались крайне низким уровнем доказательности. Небольшое одиночное плацебоконтролируемое РКИ показало значимое положительное влияние на когнитивные функции группового тренинга с нейропсихологом. Основные стратегии первичной профилактики синдрома УКР направлены на коррекцию сосудистых факторов риска, эндокринных заболеваний, эмоциональных нарушений, а также сенсорной депривации, связанной со снижением зрения и слуха. Таким образом, в настоящее время не разработана универсальная терапевтическая стратегия УКР, что, вероятно, объясняется различным патогенезом этого синдрома.

## Современные таргетные препараты в терапии метастатического колоректального рака

**Андреев Д.А., Завьялов А.А., Кокушкин К.А., Давыдовская М.В.**

ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»

**Введение.** Колоректальный рак занимает 3-е место (9,7 %) среди наиболее часто диагностируемых случаев рака в мире. В 2012 году во всем мире колоректальный рак был диагностирован у 1,36 миллиона человек и унес жизни около 600 тыс. человек. Показано, что от 20 до 50% больных при первичном обращении, а также при выполнении предположительно радикальных операций имеют отдаленные метастазы. В последние десятилетия лечение метастатического колоректального рака значительно изменилось. Активно внедряются новые таргетные препараты. Несмотря на значительный прогресс в области клинической разработки и наличие широкого ряда таргетных препаратов, лечение больных метастатическим колоректальным раком остается трудной задачей.

**Цель исследования.** Получить обобщенные сведения о клинической эффективности и безопасности таргетных препаратов, применяемых для лечения больных метастатическим колоректальным раком.

**Методы исследования.** Для сбора информации использованы поисковые системы электронных баз PubMed/Medline, Embase. По результатам поиска опубликованных материалов проведен анализ научной литературы, посвященной клиническим аспектам применения таргетных препаратов.

**Результаты.** В терапии метастатического колоректального рака главным образом применяются два класса таргетных препаратов: ингибиторы сосудистого эндотелиального фактора роста (афлиберцепт, бевацизумаб, регорафениб и т.д.) и рецептора эпидермального фактора роста (цетуксимаб, панитумумаб). В рамках ключевых клинических исследований у пациентов с диссеминированными формами были достигнуты следующие показатели выживаемости без прогрессирования (показатели в месяцах): в условиях применения рамуцирумаба – 5,7; афлиберцепта – 6,9; бевацизумаба – 12,1; регорафениба – 1,9; цетуксимаба (KRAS дикого типа) – 9,9; панитумумаба (KRAS дикого типа) – 9,6. Таргетные препараты могут применяться в самостоятельном варианте или в комбинированных режимах с химиотерапией. При лечении данными препаратами развивается резистентность опухоли, что ставит новые вопросы, связанные с выявлением

молекулярных биомаркеров опухолевой резистентности. Разработка подходов пациент-ориентированной медицины с учетом прогностических маркеров индивидуальной чувствительности опухоли к лечению открывает уникальные возможности для применения существующих и поиска новых эффективных средств.

**Заключение.** Использование таргетной терапии продемонстрировало хорошую эффективность и безопасность, что позволило в большинстве случаев добиться существенного увеличения выживаемости пациентов с метастатическим колоректальным раком.

## Применение прогностических моделей вероятности летального исхода в оценке прогноза пациентов с пневмонией на фоне декомпенсации ХСН

**Арутюнов Г. П., Симбирцева А. С., Былова Н. А., Уянаева М. А.**

ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва; ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ».

**Цель исследования.** Разработать методы прогнозирования летальных исходов в течение года на основании клиничко-лабораторных данных у пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности ( СН) и пневмонии; оценить статистическую значимость разработанных методов.

**Материалы и методы.** На первом этапе в исследование включены 98 пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации СН и пневмонии со следующими результатами бактериологического исследования мокроты: *Str. Pneumonia*, «роста нет» или микст-инфекция (сочетание *Str. Pneumonia* с другими бактериями или грибами). Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 23. На втором этапе были включены 58 пациентов с теми же клиническими характеристиками, что в первой части исследования, критерии включения и невключения совпадали.

**Результаты.** В результате проведенного анализа (с целью количественной оценки влияния на риск смерти комплекса клиничко-лабораторных факторов) методом бинарной логистической регрессии (исключение статистически незначимых переменных проводилось по методу Вальда) нами были получены три прогностические модели. Проведение проспективного исследования показало, что наиболее верные прогностические данные получены при использовании модели 1, показавшей чувствительность 94,8 % и специфичность 91,4 %. При положительном

предсказании по всем трем моделям летальный исход в течение года выявлен в 95,2 % случаев. 63,6 % случаев положительного предсказания по всем трем моделям характеризовался внутригоспитальной летальностью, выживаемость остальных пациентов этой группы в 31,8 % случаев не достигала полугода.

Летальность в течение года среди пациентов, вошедших в V класс риска PSI, составила 85,7 %. Среди больных с риском IV по PSI смерть наступала в 22,2 % случаев.

Корреляционная связь между летальными исходами и классом риска по PSI и предсказанными результатами по моделям 1, 2 и 3 была статистически значима и статистически незначима между летальными исходами и количеством баллов по CURB65.

**Вывод.** Разработанные нами модели прогноза летального исхода имеют высокую чувствительность и специфичность, а также более точно предсказывают вероятность летального исхода в группе пациентов с пневмонией на фоне декомпенсации СН, чем CURB65 и PSI.

---

## Влияние сахарного диабета на течение острого обструктивного пиелонефрита

**Бадовская Е.В.**

Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова

Сахарный диабет – одно из наиболее распространенных заболеваний населения земного шара. Понятие «сахарный диабет» представляет собой совокупность метаболических нарушений, характеризующихся гипергликемией и расстройствами углеводного, липидного и белкового обменов. В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, количество зарегистрированных в мире больных составляет более 150 млн, и число их неуклонно растет. являясь причиной глубоких нарушений гомеостаза, сахарный диабет предрасполагает к развитию инфекционных осложнений со стороны всех систем организма, в том числе органов мочевой системы.

**Цель исследования.** Изучение влияния сахарного диабета на тяжесть течения обструктивного пиелонефрита, сроки пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и прогноз.

**Материалы и методы.** Были проанализированы 15 историй болезни пациентов с обструктивным пиелонефритом, находившихся на лечении в ОРИТ №38 в 2016 г, из них 7 (46,7%) – с сопутствующим сахарным диабетом

**Результаты.** При поступлении в ОРИТ в группе больных сахарным диабетом отмечена тяжесть состояния по шкале

APACHE, в среднем, до 22,3 балла, в группе без сахарного диабета – 16,3, по шкале SOFA – 5,4 балла в группе с сахарным диабетом, 4,4 балла – в группе без сахарного диабета; температура тела – 37,8°C в группе с сахарным диабетом, 38,0°C – в группе без сахарного диабета; лейкоциты –  $21,7 \times 10^9$ /л, с палочкоядерным сдвигом до 16 % в группе с сахарным диабетом,  $20 \times 10^9$ /л и 22 % – в группе без сахарного диабета; С-реактивный белок, в среднем, 203 в группе с сахарным диабетом и 240 – в группе без сахарного диабета; уровень прокальцитонина, в среднем, 42,4 в группе с сахарным диабетом и 66,4 – в группе без сахарного диабета.

### Результаты микробиологических исследований:

в группе с сахарным диабетом в моче были вывлены *Escherichia coli* – 42,9 %, *Klebsiella pneumoniae* – 28,6 %, *Enterococcus faecalis* – 14,3 %, прочие – 14,3 %; в группе без диабета микрофлора была представлена следующим образом: *Escherichia coli* – 37,5%, микст-флора (*Proteus mirabilis* + *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* + *Escherichia coli*) – 25 %, *Proteus mirabilis* – 12,5 %, *Klebsiella pneumoniae* – 12,5 %, отсутствие роста – 12,5 % случаев. Средний койко-день в группе с сахарным диабетом составил 9,6, в группе без сахарного диабета – 5,75. В группе больных сахарным диабетом отмечены 2 летальных исхода (28,6%), в группе без сахарного диабета все пациенты переведены в профильные отделения и выписаны из стационара.

### Выводы

1. Сравнительный количественный и качественный анализ микроорганизмов не показал существенных различий в группах.
2. При высоком уровне маркеров воспаления в группе без сахарного диабета отмечаются более низкие показатели по прогностическим шкалам, более короткий койко-день пребывания в ОРИТ.
3. Сахарный диабет отягощает течение острого обструктивного пиелонефрита, увеличивает койко-день и ухудшает прогноз.

---

## Выбор пластического материала при дистальных реконструкциях по поводу критической ишемии нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста

**Барамидзе Г. Г., Алябьев В. С., Мурадов Р. Г., Нагорный А. Б., Шкурыгин А. В., Нечаев А. И., Гапонова Е. Н., Титова А. А.**

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3» ДЗМ

**Введение.** Наряду с объективной оценкой состояния путей оттока из сосудистого шунта выбор адекватного пластического материала для реконструкции бедренно-тибиального участка артериального русла является наиважнейшим для оптимизации реваскуляризации конечности. Актуальность проблемы выбора адекватной модификации шунта возрастает при выраженном поражении дистального артериального русла, характерном для пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** За период 2012–2017 гг. выполнено 73 реконструктивных операции на бедренно-дистально-подколенном и тибальном уровнях. Ишемия 4-й стадии (Покровский А. В.) отмечена у 67 пациентов, 3-й стадии – у 6. Дистальное русло оценивалось по результатам ангиографического исследования. Среди сопутствующих заболеваний преобладали ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких. В 32 (43,8 %) случаях фоном хронической ишемии был сахарный диабет второго типа. Дистальный анастомоз накладывался с малоберцовой артерией (28 случаев), с передней большеберцовой артерией (12), с задней большеберцовой артерией (9), подколенной артерией ниже уровня коленного сустава (20), тыльной артерией стопы (4). Во всех случаях оперативное вмешательство выполнялось с целью спасения конечности. Кальциноз стенок артерий различной степени выраженности отмечен во всех наблюдениях. Нами использован аутовенозный пластический материал в пяти комбинациях: аутовена *in situ* (35), реверсированная аутовена (22), неревсированная перемещенная аутовена (8), аутовена в комбинации с аллопротезом (4), композитная аутовена (4). В качестве аутовенозного шунта в 2 наблюдениях использована малая подкожная вена, в 4 наблюдениях – композитная вена из участков большой и малой подкожных вен, в остальных наблюдениях – большая подкожная вена. Адекватность аутовенозного материала в большой степени оценивалась дооперационно на основании данных ультразвукового сканирования доступных для использования подкожных вен. При этом оценивался диаметр вены, локализация ее коллатералей и перфорантных вен, наличие варикозной трансформации, посттромботических изменений. С учетом полученных данных о состоянии аутовенозного русла и схемы поражения артерий после сопоставления диаметров выбирался оптимальный вид пластического материала. При очевидном несовпадении диаметров реверсированной аутовены с анастомозируемой тибальной или подколенной артерией, малом диаметре аутовены в области предполагаемого проксимального анастомоза после реверсии аутовены и невозможности выполнения реконструкции аутовеной *in situ* (рассыпной тип строения на уровне предполагаемого дистального анастомоза) использовали неревсированную перемещенную аутовену.

Перемещение осуществляли из позиции малой подкожной вены, большой подкожной вены контрлатеральной конечности, из более проксимального участка большой подкожной вены ипсилатеральной конечности в комбинации с аллопротезом либо с участком аутовены другого бассейна (композитная аутовена). В 6 наблюдениях, когда выполнение бедренно-дистально-подколенного шунтирования реверсированной аутовеной не представлялось оптимальным из-за несоответствия диаметров аутовены и подколенной артерии, использовали комбинации аутовены *in situ* с перемещением дистальной части аутовены от нижней трети бедра к подколенной артерии под фасцию бедра и далее по ходу сосудистого пучка на уровне коленного сустава. Такое перемещение позволяло изменить угол дистального анастомоза от тупого к оптимально острому, оптимизируя ламинарность кровотока. Индивидуально решался вопрос о сроках выполнения и объеме некрэктомии, ампутации пальцев и части стопы.

**Результаты.** Ранний тромбоз протеза наступил в 3 наблюдениях (первичная проходимость 96 %). В одном наблюдении выполнена успешная тромбэктомия (вторичная проходимость 97,3 %). Ампутации конечности выполнены в двух наблюдениях (2,7 %). Проходимость в течение первого года после операции 83,5 %, через 3 года – 71,3 %. Сохранить конечность удалось в 55 (75,4 %) наблюдений в течение 3 лет. Ранняя послеоперационная летальность – 2,7 %.

**Выводы.** Критическая ишемия нижних конечностей на почве атеросклероза у лиц пожилого и старческого возраста зачастую усугубляется наличием сахарного диабета. Атеросклеротические изменения артерий у данной категории больных характеризуются тотальной распространенностью, выраженным поражением артерий дистального артериального русла, высокой частотой кальциноза стенок артерий голени и бедра. Проведение реконструктивных операций у данной группы больных является альтернативой высокой ампутации конечности. Индивидуальный подход к выбору пластического материала, преимущественное использование аутологичного материала в различных модификациях позволяют оптимизировать результаты лечения

## Цветовое дуплексное сканирование сосудов почечного трансплантата как часть комплексной диагностики сосудистых причин его дисфункции

**Белавина Н. И.<sup>1,2</sup>, Котенко О. Н.<sup>1</sup>, Артюхина Л. Ю.<sup>1</sup>, Иванова Е. С.<sup>1</sup>, Манченко О. В.<sup>1</sup>, Ванюков А. Е.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

**Цель исследования.** Анализ диагностической эффективности метода ЦДС сосудов почечного трансплантата (ПТ) (январь–июнь 2018 г.).

**Материалы и методы.** Анализ 110 доплерографических исследований сосудов ПТ у пациентов с его дисфункцией. Исследования проводились на УЗ аппарате Vivid E 90 GE конвексным датчиком (В-режим, ИВД, ЦДК). Оценивались пиковые систолические скорости (ПСС) в наружной подвздошной (НПА) и почечной артерии (ПА). Признаками гемодинамически значимого стеноза являлись: алайзинг-эффект и ПСС более 200 см/с в стенотическом сегменте, отношение ПСС в пре- и пост-стенотическом сегментах более 2, отношение ПСС в ПА и НПА более 3, спектр интрапаренхиматозного кровотока «tardus et parvus». Оценка венозного кровотока осуществлялась паттернами continuous и discontinuous. При венозной дисфункции проводилось ЭхоКГ с оценкой давления в правых отделах сердца.

**Результаты.** Сосудистые осложнения диагностированы у 16 (14,5 %) пациентов: 9 – гемодинамически значимый стеноз ПА трансплантата, 1 – стеноз подвздошно-почечного сегмента, 1 – гемодинамически значимая извитость ПА, 4 – венозная дисфункция (2 – на фоне гемодинамически значимого стеноза ПА, 2 – вследствие бивентрикулярной АВФ-индуцированной сердечной недостаточности), 4 – АВФ трансплантата. В 5 наблюдениях проводилась МСКТ-ангиография (подтверждено в 4 наблюдениях). 9 пациентам выполнена ангиография с баллонной ангиопластикой и стентированием ПА.

Таким образом, диагноз стеноза ПА подтвержден МСКТ-ангиографией или прямой ангиографией в 90 % наблюдений. Результаты свидетельствуют о высокой положительной прогностической значимости метода в случае гемодинамически значимого стеноза ПА трансплантата. Двум пациентам осуществлено лигирование брахиоцефальных АВФ с разрешением венозной дисфункции трансплантата.

**Выводы.** Представленные данные демонстрируют высокую диагностическую эффективность метода ЦДС сосудов почечного трансплантата. –го достоинства: неинвазивность, отсутствие нефротоксичности и рентгеновского облучения, малые финансовые затраты.

---

## Спондилодисциты: возможности и обязанности лучевой диагностики в ведении пациентов

**Беленькая О. И.<sup>1,2</sup>, Винокуров А. С.<sup>1</sup>, Новиков Е. А.<sup>1</sup>, Кружалов А. Н.<sup>1</sup>, Ким А. В.<sup>1</sup>, Янгуразова Д. Р.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Городская клиническая больница им. В. П. Демикова, г. Москва

<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

**Цель исследования.** Оценить возможности компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике и сопровождении лечения спондилодисцитов (СДЦ). Оценить распространенность различных изменений при СДЦ при КТ и МРТ и соотнести полученные результаты с выраженностью неврологического дефицита.

**Материалы и методы.** На базе ГКБ им. В. П. Демикова ДЗМ осуществлен ретроспективный анализ историй болезни, в том числе КТ- и МРТ-исследований пациентов с подтвержденным диагнозом СДЦ. Были проанализированы данные 46 пациентов с СДЦ, во время госпитализации выполнялось КТ или МРТ позвоночника.

КТ производилось на 128-срезовом аппарате, при этом контрастное усиление использовалось в 23 % наблюдений. МРТ выполнено 23 пациентам. Контрастное усиление при МРТ выполнялось у 11 пациентов (47,8 %).

Проведен анализ как клинических, так и лабораторных данных (неврологическая симптоматика и ее длительность, наличие болевого симптома, величина температуры тела, уровень Hb, лейкоцитов, глюкозы, С-реактивного белка) у исследуемой группы пациентов. У части больных с помощью микробиологических методов удалось выявить возбудителя заболевания. Изучен анамнез пациентов с целью выявления групп риска по развитию СДЦ.

В рамках исследования были выделены 25 пациентов (находившихся в лечебном учреждении с 05.2016 по 01.2017), которые были разделены на 2 группы по тяжести неврологической симптоматики: 1 – с наличием значительного неврологического дефицита (паралич и парезы, нарушение функций тазовых органов, мышечная слабость в конечностях), 2 – с незначительным ее дефицитом (субъективной неврологической симптоматики нет, у части пациентов симптоматика выявляется только неврологом (рефлексы и т. д.)). Численность первой группы составила 15 человек, второй группы – 10 человек.

Затем был проведен анализ выявляемых у обеих групп пациентов КТ и МРТ симптомов СДЦ.

**Результаты.** При анализе влияния выявленных симптомов и осложнений СДЦ на тяжесть неврологического состояния пациентов отмечено следующее:

- в 1-й группе отмечались: деструкция тел позвонков (до перелома) – 15 чел., эпидуральные абсцессы – 13 чел., паравертебральные абсцессы – 13 чел., стеноз канала – 15 чел. (из них 10 мультифакторный – эпи-, связки, артроз, переломы), миелит – 4 чел.

- во 2-й группе распространенность составила: деструкция тел позвонков (до перелома) – 10 чел., эпидуральные абсцессы – 5 чел., паравертебральные абсцессы – 7 чел., стеноз канала – 7 чел. (из них 4 мультифакторный – эпидуральные, артроз, переломы), миелит – 2.

Достоверно отмечается корреляция между: наличием стеноза и степенью выраженности неврологической симптоматики (значение критерия  $\chi^2 = 5,114$ , при  $p < 0,05$ ), а также наличием эпидуральных и паравертебральных абсцессов и тяжестью состояния пациента (значение критерия  $\chi^2 = 4,001$ ,  $p < 0,05$ ).

**Обсуждение.** СДЦ проявляется на КТ локальным остеопорозом позвонков, нарушением структуры и контуров позвонков (деструкцией), деформацией тел позвонков, вплоть до переломов. Иногда можно определить неомогенность структуры межпозвонковых дисков и снижение их высоты.

При КТ на уровне пораженных позвонков можно наблюдать гнойные скопления, инфильтрацию и уплотнение паравертебральной клетчатки.

МРТ позволяла выявить более широкий спектр объективных симптомов СДЦ: неоднородное повышение МР-сигнала от тел и опорных структур позвонков, типичных для отека и патологической инфильтрации, изменение высоты и формы позвонков, потерю четкости контуров позвонков при деструкции, утрату нормальной структуры МПД. Хорошо визуализируются эпидуральные абсцессы, сдавливающие и оттесняющие спинной мозг и/или конский хвост, спинно-мозговые корешки.

МРТ обладала существенно более высокой чувствительностью при визуализации изменений в межпозвонковых дисках и в спинном мозге.

Паравертебральные натечники, гнойные скопления в мышцах при МРТ также хорошо определяются. Чувствительность метода выше КТ на стадии формирования абсцесса за счет большего тканевого контраста.

### Выводы.

1. Врач-рентгенолог должен быть особенно насторожен в отношении СДЦ у пациентов с наличием в анамнезе септических и гнойных состояний, иммуносупрессии, а также при стойких болях с наличием на фоне неврологического дефицита.
2. МРТ и КТ обладают большой чувствительностью в выявлении объективных симптомов и осложнений СДЦ, поэтому целесообразно выполнять их каждому пациенту при подозрении на СДЦ для диагностики и оценки результатов лечения. Однако предпочтение должно отдаваться МРТ для лучшей визуализации межпозвонковых дисков и структур спинного мозга (исследование возможно дополнять контрастным усилением).
3. Наличие таких симптомов, как стеноз канала,

эпидуральные и паравертебральные абсцессы, приводит к тяжелому неврологическому дефициту и требует оперативного лечения.

## Системный мастоцитоз: Клиническое наблюдение

**Гоголь А. Л.<sup>1</sup>, Белоглазова И. П.<sup>1</sup>, Барях Е. А.<sup>1</sup>,  
Платонова Т. Л.<sup>1</sup>, Самсонова И. В., Потешкина Н. Г.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

Пациентка Н., 80 лет, госпитализирована в 4-е терапевтическое отделение ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» с жалобами на кожный зуд, потемнение кожных покровов, общую слабость, одышку при физических нагрузках, нарушение сна. Анамнез: длительное время в анализах крови выявлялась анемия (гемоглобин 90–110 г/л). С 2016 года появилась тромбоцитопения. В марте 2017 года выполнялась стерильная пункция – мегалобластный эритропоэз с чертами дисэритропоэза. По результатам трепанобиопсии был выставлен диагноз: миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия с мультилинейной дисплазией. В апреле 2017 года у пациентки появился кожный зуд и потемнение кожных покровов. Постепенно отмечалось усиление гиперпигментации кожных покровов и нарастание зуда, что стало причиной нарушения сна.

При физикальном обследовании обращала на себя внимание гиперпигментация кожных покровов (рис. 1).



Рис. 1. Гиперпигментация кожных покровов

## Данные обследования

*Клинический анализ крови:* гемоглобин – 101 г/л; эритроциты –  $4,39 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель – 0,69 –д.; тромбоциты –  $30 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $5,8 \times 10^9$ /л; биохимический анализ сыворотки крови без особенностей.

*Суточный анализ мочи:* кортизол 100 нмоль/л.

Биопсия кожи – кожа с атрофией эпидермиса, меланоцитарной гиперплазией, накоплением содержащих пигмент меланоцитов в поверхностных слоях дермы, отеком, наличием в дерме придатков обычного цвета.

*Миелограмма:* моноциты – 2 %; плазматические клетки – 0,8 %; бластные клетки – 2 %; лимфоциты – 3,2 %. К базофильным клеткам отнесены тучные клетки. Морфологическая картина костного мозга может соответствовать системному мастоцитозу (рис. 2).

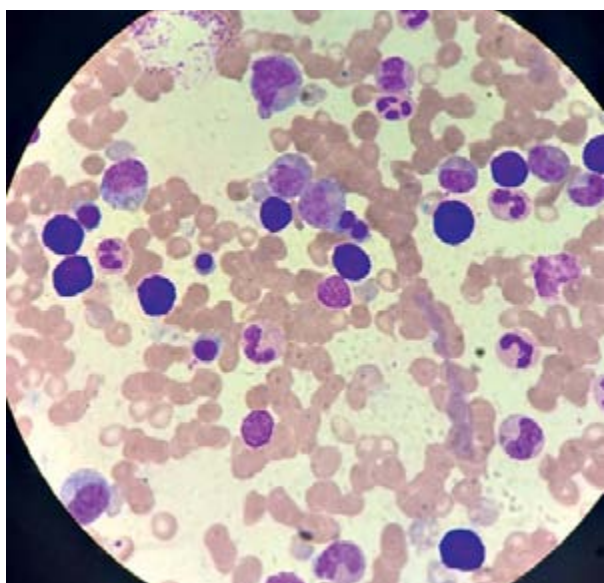


Рис. 2. Миелограмма пациентки с системным мастоцитозом

Пациентка проконсультирована гематологом, диагностирован системный мастоцитоз. Рекомендована консультация радиолога для решения вопроса о проведении УФА-терапии.

## Лекарственно-индуцированные падения у пациентов пожилого и старческого возраста

**Головина О. В., Ишунина А. С., Горбатенкова С. В., Черняева М. С., Ильина Е. С., Богова О. Т., Сычев Д. А.**

ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ»

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

**Актуальность.** Реалией современности является стремительное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения развитых стран. Геронтологические пациенты, страдающие несколькими заболеваниями, зачастую наблюдаются у нескольких специалистов и принимают одновременно большое количество лекарственных средств (ЛС), а полипрагмазия значительно повышает риск неблагоприятных взаимодействий и серьезных нежелательных реакций при их приеме, в том числе и падений. Роль фармакотерапии как фактора риска падений исследована недостаточно.

**Цель.** Изучить проблему лекарственно-индуцированных падений у пациентов пожилого и старческого возраста, которые являются одним из предикторов серьезных нежелательных реакций фармакотерапии.

**Материалы и методы.** При составлении данного обзора был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием следующих ресурсов: Medline/Pubmed, Google; анализ зарубежной и отечественной литературы.

**Результаты.** Падения могут быть индуцированы любым ЛС, которое действует на функцию центральной нервной системы (ЦНС) и/или гемоциркуляцию, причиной может стать: 1) седация с замедлением времени реакции и нарушением равновесия; 2) артериальная гипотензия; 3) брадикардия, тахикардия или периоды асистолии. По мнению экспертов Национальной службы здравоохранения Великобритании, чаще всего падения являются следствием изменения дозы ЛС и/или дополнительно назначенного врачом нового ЛС (Care homes – Medication and falls <https://www.gov.uk/media/1347552/care-homes-medication-and-falls-december-2014.pdf> UK National Health Service). Опасными по риску падений у пожилых считаются следующие группы ЛС: седативные, снотворные, антипсихотики и другие угнетающие функцию ЦНС ЛС, а также антиаритмические, антиангинальные, гипотензивные и диуретики, которые обозначают как ЛС, повышающие риск падения (ЛСПРП, Fall-risk-increase-drug – FRID). По данным ВОЗ (Глобальный доклад ВОЗ по предотвращению падений в пожилом возрасте. Здоровье общества, 2007. [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)), любой случай падения рассматривается как требование для пересмотра назначений применяемых ЛС, наряду с оценкой ментального и физического состояния пациентов. Наиболее эффективными в профилактике падений у пожилых пациентов считаются многофакторные стратегии, целью которых является информирование медицинского персонала, изменение поведения пожилого человека и модификация факторов риска. Комплексные меры, включающие выявление и оценку факторов риска падений, включают аудит фармакотерапии, борьбу с полипрагмазией, отмену или уменьшение количества ЛСПРП.

**Выводы.** Для рациональной терапии и профилактики побочных эффектов у пациентов гериатрического профиля требуется индивидуализированный подход. В связи с этим существует необходимость в изучении лекарственно-индуцированных падений пациентов пожилого и старческого возраста в стационарах г. Москвы. Требуется проведение специальных исследований по выявлению факторов риска данных нежелательных событий, чтобы разработать меры по предупреждению травматизма среди госпитализированных пациентов.

## Трансляционные аспекты исследований пограничных психических расстройств

**Гуляева Н. В.**

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева ДЗМ», ФГБУН «Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии Российской академии наук»

Трансляционные исследования в настоящее время занимают ключевое место в нейробиологии, обеспечивая необходимое для современной психиатрии и неврологии понимание молекулярно-клеточных механизмов развития болезней головного мозга. Именно трансляционные исследования создают базу для персонализированной медицины, которая рассматривается как ведущая стратегия профилактики, диагностики и лечения болезней на основе данных фундаментальных исследований. С помощью трансляционного подхода происходит выявление новых патогенетических механизмов, создающих основу для разработки инновационных подходов к лечению, а также выявления и внедрения в клиническую практику отражающих эти механизмы маркеров конкретных заболеваний для более точной диагностики, прогноза и объективизации результатов лечения. Трансляционные исследования, в зависимости от конкретных задач, могут осуществляться в направлении "from bed to bench", "from bench to bed" или параллельно в клинике и эксперименте. Ключевым этапом трансляционного исследования является разработка и валидизация адекватных моделей на животных, что представляет собой достаточно сложную задачу, в первую очередь для моделирования психических расстройств в связи с очевидными различиями головного мозга человека, и используемых в фундаментальных исследованиях млекопитающих. Мировая практика показала эффективность трансляционных исследований, проводимых единичными коллективами, в которых происходит

тесное взаимодействие ученых и клиницистов. Такое взаимодействие позволяет оперативно «подстраивать» модели под нужды клиники, с одной стороны, и вводить новые патогенетически обоснованные показатели в клинические исследования, с другой стороны. На примерах многолетних совместных исследований коллективов НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ и ИВНД и НФ РАН будут проиллюстрированы разные варианты трансляционных исследований и продемонстрированы их результаты.

## Комплексный подход при лечении больных осложненной формой синдрома диабетической стопы

**Дибиров М.Д.<sup>1</sup>, Гаджимурадов Р.У.<sup>1,2</sup>, Хамитов Ф.Ф.<sup>2</sup>, Семитко С.П.<sup>2</sup>, Прошин А.В.<sup>2</sup>, Какубава М.Р.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> МГМСУ им. А. И. Евдокимова

<sup>2</sup> ГКБ им. В. В. Вересаева

**Введение.** По данным статистики распространенность осложненной формы СДС у больных сахарным диабетом достигает 10%. В связи с этим на больных сахарным диабетом с осложненными формами СДС приходится 40-60% всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера. Основной причиной, приводящей к ампутации, является сочетание ишемии и развитие инфекции. Кроме того, у 50% больных, которым была проведена ампутация, в течение последующих 5 лет возникает необходимость ампутации единственной нижней конечности, с летальностью до 40%.

**Цель.** Улучшить результаты и снизить частоту ампутаций у больных осложненными формами синдрома диабетической стопы путем комплексного подхода и применения современных методов обследования и лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 1022 больных СДС на протяжении последних 14 лет. Всем больным проводилось комплексное (консервативное и оперативное) лечение. Диагностический алгоритм для оценки микро- и макроциркуляции включал в себя: УЗ-ангиосканирование, определение ТсРО<sub>2</sub>, лазерную флоуметрию, МСКТ-ангиографию, рентгенконтрастную аорто-артериографию.

Консервативное лечение проводилось всем больным и включало в себя компенсацию сахарного диабета, рациональную антибактериальную терапию, купирование симптомов ишемии современными препаратами, симптоматическую терапию с учетом имеющейся сопутствующей патологии и других поздних осложнений сахарного диабета.

Оперативное лечение включало в себя санацию гнойных очагов и ранние восстановительные операции: местное лечение гнойно-некротических очагов с применением современных перевязочных и биопластических материалов, ультразвуковая кавитация и вакуумная аспирация ран, малые и большие ампутации, рентгенэндоваскулярные вмешательства – стентирование, балонная ангиопластика, реконструктивные операции на артериях нижних конечностей.

Первым этапом, в день поступления, при наличии обширных гнойно-некротических поражений на стопе выполняли широкое вскрытие и дренирование гнойников, некрэктомию в пределах здоровых тканей с последующим проведением комплекса консервативной терапии, направленной на ограничение некрозов.

В случае, когда некрозы имеют отграниченный характер без тенденции к распространению, раннее оперативное вмешательство на стопе считаем неоправданным, так как в условиях имеющейся ишемии тканей это приводит к распространению последней с исходом в гангрену. Радикальные оперативные вмешательства и определение уровня ампутации выполняли только после восстановления или улучшения микро- и макроциркуляции в конечности.

Реконструктивные операции на сосудах выполняли при сохраненном дистальном артериальном русле и отсутствии противопоказаний из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, когда польза превышала риск оперативного вмешательства.

Аорто-бедренные реконструкции выполнены у 245 больных, из них у 51 операция дополнена реконструкцией второго этажа (протезо-подколенное шунтирование).

Бедрено-проксимально-подколенное шунтирование выполнено у 209 пациентов, бедренно-дистально-подколенное шунтирование у 201, бедренно-берцовое шунтирование – у 92. При бедренно-дистальных шунтированиях у 243 (83%) использовали аутовену. При непригодности аутоvenes у 50 (17%) больных для шунтирования использован комбинированный протез + аутовена.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде тромбоз отмечен у 12 (4%) больных после шунтирования. Ампутация на уровне бедра выполнена у 8 (3%) из этой группы пациентов. У 59 (24%) больных при аорто-бедренно-проксимальных реконструкциях выполнены гибридные операции с хорошим эффектом. У 2 (3%) больных из этой группы отмечен ранний тромбоз стента на 2-е сутки. В обоих наблюдениях произведено рестентирование с восстановлением кровотока в конечности.

При дистальных формах поражения артерий голени по данным МСКТ-ангиографии – у 214 (21%) больных выполнили баллонную ангиопластику артерий голени, у 17 (8%) из них,

в связи с необходимостью, были установлены стенты в ТПС (тибио-перонеальный ствол). Ранний тромбоз отмечен у 8 (4 %) из них. После повторной процедуры баллонной ангиопластики у 4 больных кровообращение удалось восстановить, 4 (2 %) больным выполнены высокие ампутации на уровне бедра.

Таким образом, проведенная комплексная терапия позволила добиться хорошего эффекта с сохранением опорной функции нижней конечности у 62 % больных, снизить предполагаемый высокий уровень ампутации с сохранением коленного сустава у 26 %. Ампутация на уровне бедра выполнена у 12 % больных.

**Выводы.** Дифференцированный подход с применением комплекса современных методов обследования и лечения позволил улучшить его результаты у данной категории больных за счет восстановления микро- и макроциркуляции, оптимизации течения раневого процесса и предотвращения вторичного инфицирования ран.

---

## 17-летний опыт применения модифицированной лазерциклокоагуляции у пациентов с сохраненными зрительными функциями

**Егоров Е.А.<sup>2</sup>, Кац Д.В.<sup>1,2</sup>, Егоров А.Е.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ ГКБ №15 имени О.М. Филатова ДЗМ Москвы, Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время глаукома является одним из социально-значимых заболеваний в мире. Выбор направления лечения глаукомы основывается на трех основных звеньях патогенеза глаукоматозного процесса: механическом (повышение ВГД), дисциркуляторном (нарушение кровообращения) и метаболическом. В связи с этим эффективное снижение ВГД позволяет замедлить возможно дальнейшее прогрессирование функциональных глаукоматозных нарушений.

Существуют различные методики лазерного и традиционного оперативного лечения глаукомы, больше направленные на создание дополнительных путей оттока внутриглазной жидкости при декомпенсации ВГД. На кафедре офтальмологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова в 2000 г. был разработан способ снижения внутриглазного давления при помощи проведения модифицированной транссклеральной лазерной циклокоагуляции (ЛЦК). При выполнении ЛЦК концентрично на 220–270 градусов наносятся 22–25 лазерных коагулятов с помощью

офтальмохирургического диодного лазера, световод которого располагается перпендикулярно к поверхности глазного яблока, на расстоянии 3–5 мм от лимба, захватывая не только область цилиарной короны, но и плоской части цилиарного тела. Воздействие осуществляется под ретробульбарной анестезией. Режим работы лазера: длина волны 0,81 мкм, мощность 1 Вт, экспозиция 3 сек. За 17 лет применения данной методики после выполнения ЛЦК у больных первичной открытоугольной глаукомой в развитой и далекозашедшей стадиях, вторичной неоваскулярной глаукомой с некомпенсируемым медикаментозно ВГД отмечается снижение офтальмотонуса до нормы в среднем на  $13,8 \pm 0,09$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), в зависимости от дооперационного уровня ВГД, в 94% случаев. У пациентов с сохранными зрительными функциями наблюдается повышение центрального зрения в среднем на  $0,13 \pm 0,02$  единиц ( $p < 0,05$ ), и расширение периферического поля зрения за счет снижения количества скотом в среднем на 46% как в ближайшем, так и в отдаленном периодах наблюдения. Срок наблюдения данных пациентов составил 24 месяца от проведения вмешательства.

Таким образом, эффективное снижение ВГД уже на первые сутки и хорошая переносимость лазерного вмешательства, возможность его повторного выполнения положительное влияние на течение глаукомной оптической нейропатии, сохранность структур глазного яблока, легкое послеоперационное течение, низкая частота осложнений, и экономическая выгода дают право считать управляемое воспаление при ЛЦК методом выбора при лечении различных форм декомпенсированной глаукомы.

## Автоматическое определение рентгеновской плотности печени по бесконтрастным КТ-исследованиям грудной клетки

**Елизаров А. Б.<sup>1</sup>, Кульберг Н. С.<sup>1,2</sup>, Гомболеский В. А.<sup>1</sup>, Гончар А. П.<sup>1</sup>, Сулейманова М. М.<sup>3</sup>, Алексеева Т. И.<sup>3</sup>, Крысанова А. В.<sup>4</sup>, Чернышёв Д. А.<sup>4</sup>, Титов М. Ю.<sup>3</sup>, Лёвина Т. А.<sup>3</sup>, Морозов С. П.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>2</sup> Федеральный исследовательский центр «Информатика и управление» РАН (ФИЦ ИУ РАН)

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

<sup>4</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

**Цель.** Разработать технологию автоматического определения рентгеновской плотности печени в бесконтрастных КТ-исследованиях грудной клетки. Результатом работы технологии является значение средней плотности печени в единицах аунсфилда.

**Материалы и методы.** Для исследования было отобрано 10 образцов бесконтрастных КТ-исследований грудной клетки (5 мужских, 5 женских). На всех образцах печень визуализировалась полностью или частично (более 60 % объема). В 9 образцах печень имела нормальную плотность (40–70 HU), в 1 образце пониженную (менее 40 HU), повышение плотности (более 70 HU) не было выявлено.

Технология работает в два этапа. Первый – нахождение положения и размеров печени. Второй – вычисление средней плотности ткани в найденных границах печени. –ели в печени обнаружены образования иной плотности, то отдельно отображаются средняя плотность печени и средняя плотность образований в печени.

В алгоритме для автоматического нахождения положения печени использовался корреляционный метод, находящий оптимальное расположение и размер трехмерного шаблона печени на исследуемом образце. Среднее значение плотности вычислялось по области, покрываемой шаблоном печени в найденном положении и с найденными размерами. Из рассмотрения исключались области с плотностью вне диапазона возможных плотностей печени.

**Результаты.** Во всех образцах алгоритм корректно определял положение печени. Размер печени, посчитанный алгоритмом, отличался в меньшую сторону от реального, отклонения составили от 0 до 20 % в зависимости от образца. Отклонения размеров обусловлены отличием фактической формы органа от формы шаблона.

Среднее значение плотности печени алгоритм определял корректно, поскольку найденная область для вычисления среднего значения лежала в границах реальной печени. Отличие от значений, определенных вручную, составило не более 1 HU.

Использование алгоритма позволило сократить время на определение плотности печени на 90 % по сравнению с ручным методом.

**Выводы.** Разработанный алгоритм может быть использован для повышения скорости и качества работы рентгенолога за счет освобождения интеллектуального ресурса от простой задачи, выполняемой автоматически, для фокусировки внимания на когнитивно сложных задачах. Требуется тестирование алгоритма на более обширной базе образцов для подтверждения достоверности его результатов.

Работа поддержана РФФИ, проект № 17-01-00601.

## Долгосрочные результаты лечения пациентов с впервые диагностированной множественной миеломой, осложненной тяжелой почечной недостаточностью

**Желнова Е. И., Мисюрина Е. Н., Семочкин С. В., Барях Е. А., Гришина Е. Ю., Дзюба С. В., Каримова Е. А., Кочнева О. Л., Маврина Е. С., Поляков Ю. Ю., Толстых Т. Н., Яськова Е. А., Яцков К. В., Артюхина Л. Ю., Фролова Н. Ф., Ушакова А. И., Платонова Т. Л., Самсонова И. В., Котенко О. Н., Лысенко М. А.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

**Введение.** Почечная недостаточность (ПН) – критичное и частое осложнение симптоматической множественной миеломы (ММ). До 4 % пациентов с впервые диагностированной ММ дебютируют с тяжелой диализ-зависимой ПН, которая ассоциируется с высокой частотой жизнеугрожающих осложнений и ранней летальностью.

**Цель работы.** Анализ собственного опыта лечения подобной категории пациентов.

**Материалы и методы.** В ретроспективное исследование (10.2014–12.2017) включены 62 пациента с тяжелой ПН со скоростью клубочковой фильтрации (СКД-ЕРІ) < 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Пациенты получали индукционную противомиеломную химиотерапию и заместительную почечную терапию в условиях ГКБ № 52 ДЗМ. Для целей последующего анализа пациенты были разделены на две группы: (I) пациенты, которым не требовалось проведение гемодиализа (n = 16) и (II) которым был необходим гемодиализ (n = 48). Все пациенты получали сходную сопроводительную терапию. Гемодиализ проводился с помощью обычных фильтров. Медиана возраста по всем пациентам составила 62 (42–78) года. Старше 65 лет был 21 (33,9 %) пациент. Группы различались по среднему значению СКД-ЕРІ: 6 (95 % ДІ 4,4–7,6) против 22,2 (16,4–29,2) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> соответственно (p < 0,001). В индукции пациенты получали бортезомиб-содержащие программы: VCD – 41 (66,1 %), PAD – 2 (3,2 %), VD – 12 (19,4 %) и VMP – 7 (11,3 %). Высокодозная консолидация с аутологичной ТГСК реализована у 7 (11,3 %) пациентов. Медиана времени от момента диагностики ПН до начала химиотерапии ММ составила по группам 39 и 21 день. Общий противомиеломный ответ по всем пациентам получен в 81 % наблюдений, включая 55 % очень хороших частичных ремиссий (О ЧР) и полных ремиссий (ПР). Двухлетняя ОВ составила 67,8 ± 6,4 % без различий между группами. В результате проведения противоопухолевой терапии в группе II стали независимыми от процедур гемодиализа 8 (23,5 %) пациентов, достигнув полного (2,9 %), частичного (8,8 %) или

минимального почечного ответа (11,8 %). В группе I почечный ответ был получен в 28,6 % наблюдений. Длительность анамнеза ПН до начала химиотерапии более 1 мес. была идентифицирована в качестве негативного предиктора почечного ответа. Таким образом, миеломная нефропатия является потенциально обратимым осложнением, что определяет важность ранней диагностики и неотложного начала противоопухолевой терапии.

---

## Отдаленные результаты оперативного лечения пациентов старческого возраста с вертельными переломами бедренной кости

**Завьялов Б. Г., Карчебный Н. Н., Солодкий В. П., Панин М. А.**

ГБУЗ «ГКБ № 17» ДЗМ

**Введение.** Оперативное лечение вертельных переломов является золотым стандартом. Однако в ряде исследований количество послеоперационных осложнений приближается к 30 %. Смертность же оперированных больных в течение первого года достигает 33 %.

**Цель исследования.** Оценить отдаленные результаты оперативного лечения пациентов старческого возраста с вертельными переломами при помощи предложенной нами системы оценки.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в период с 2016 по 2018 г. на базе ГКБ № 17 ДЗМ. В него были включены 110 пациентов старше 75 лет, получивших нестабильный чрезвертельный перелом по классификации АО/ASIF 31-A2; 31-A3. Всем пациентам был выполнен интрамедуллярный остеосинтез цефаломедулярным штифтом. Оценка результатов лечения производилась по предложенной нами системе, включавшей в себя такие показатели, как боль, мобильность и социальная зависимость. Мобильность пациента оценивалась по 10-балльной шкале, социальная зависимость и боль оценивались по 8-балльным шкалам. Анкетирование по данной системе производилось лично перед операцией и по телефону спустя год после получения травмы. Также нами была оценена смертность и количество осложнений после оперативного вмешательства.

**Результаты исследования.** Смертность в течение 1 года после травмы составила 21 % (n = 23). В исследовании выявлено 9 механических осложнений остеосинтеза, из них 6 (5,5 %) случаев Cut-out и 3 перимплантных перелома бедренной кости. Отмечено ухудшение качества жизни практически всех пациентов. Мобильность в среднем снизилась на 3,3 балла (с 2 до 5,3), показатель

боли увеличился на 2,4 балла (с 1,1 до 3,5), а социальная зависимость на 1,5 балла (с 1,9 до 3,3). В результате только 7 % прооперированных больных через год после травмы смогли восстановить исходный уровень качества жизни.

**Выводы.** По нашему мнению, предложенная система оценки отдаленных результатов оперативного лечения чрезвертельных переломов является действенным инструментом в проведении клинических исследований. Стоит отметить, что больные пожилого возраста, получившие вертельный перелом, несут высокую социальную нагрузку в связи с тем, что большинство из них теряют исходный уровень качества жизни, становясь зависимыми от посторонней помощи.

### Системный амилоидоз, ассоциированный с множественной миеломой: клиническое наблюдение

**Загребнева А. И.<sup>1,2</sup>, Кузнеценко Д. Э.<sup>2</sup>, Бабак В. В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

<sup>2</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>3</sup> ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой

Рассматриваемое клиническое наблюдение сопряжено с трудностью верификации как миеломной болезни (как основной нозологии), так и сопряженного с ней амилоидоза. Больная М., 50 лет, поступила с жалобами на общую слабость, резкое снижение толерантности к физическим нагрузкам, снижение веса на 10 кг за последний год, резкое снижение диуреза, одышку при минимальной физической нагрузке, отеки нижних конечностей.

Из анамнеза: дебют заболевания с конца декабря 2014 г., появились отеки нижних конечностей, снижение толерантности к физическим нагрузкам. По данным амбулаторного обследования обсуждались: ГКМП без обструкции выносящего тракта, саркоидоз лимфоузлов средостения. Выполненная биопсия плевры не дала однозначного ответа: в дифференциальном ряду обсуждались саркоидоз и туберкулез. В связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности у пациентки выполнялись КАГ (исключен коронарный атеросклероз) и МРТ сердца с контрастированием (накопление контрастного препарата в области МЖП могло соответствовать как воспалительным изменениям, так и ГКМП). арактер изменений не исключал поражение сердца в рамках амилоидоза, в связи с чем выполнена биопсия десны, окраска на амилоид положительная. С учетом клинической картины и результатов биопсии предположен диагноз: Амилоидоз с преимущественным

поражением сердца. ГКМП без обструкции ВТЛЖ. СН IIБ, III ФК. Гидроперикард. Рецидивирующий правосторонний плеврит. Объемное образование правой почки.

Пациентка госпитализирована в ревматологическое отделение ГКБ № 52 ДЗМ с клинической картиной сердечной недостаточности и ранее выявленным амилоидозом по гистологическому исследованию биоптата десны, что делало вероятным диагнозом системный амилоидоз, однако отсутствовали клинические признаки поражения почек, периферической нервной системы, не проводилось типирование амилоида. Имел место рецидивирующий плеврит, гистологически квалифицированный как гранулематозный с клетками Лангханса. Исключался саркоидоз, туберкулез, системное заболевание соединительной ткани. Течение заболевания осложнилось эмпиемой плевры. Была проведена биопсия под КТ и УЗИ-наведением образования с последующей диагностикой доброкачественного характера опухоли. Иммунохимический анализ крови и мочи выявил моно- и олигоклональную секрецию легких цепей, что рассматривалось как косвенное подтверждение AL-амилоидоза и трактовалось гематологом как IgM MLDUS – моноклональное лимфопролиферативное заболевание неясного генеза.

Иммуногистохимическое исследование трепанобиоптата позволило сформулировать окончательный диагноз: морфологическая картина, иммунофенотип соответствует субстрату множественной миеломы *lambda* +, с реанжировкой гена CCND1.

Таким образом, диагноз множественной миеломы, ассоциированной с амилоидозом, установлен на основании гистологического и иммуногистохимического исследований, секреции белка Бенс-Джонса λ.

Учитывая молодой возраст пациентки, наличие системного AL-амилоидоза с преимущественным поражением сердца, в качестве терапии выбора должны рассматриваться протоколы терапии множественной миеломы для больных – кандидатов на ауто-ТГСК (VCD) с последующим выполнением аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Начат курс химиотерапии. Продолжена синдромная терапия сердечной недостаточности. Пациентка консультирована в НИИ трансплантологии и включена в лист ожидания для пересадки сердца.

### Переносимость психотропных препаратов в психоневрологии

**Захарова К. В., Аведисова А. С.**

ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ

ФГБУ НМЦПН им. В.П. Сербского Минздрава России

Значимость вопросов, связанных с побочными эффектами (ПЭ) и в целом с переносимостью различных психотропных препаратов, остается в настоящее время одной из приоритетных в клинической психиатрии и психофармакологии. Применение фармакологических средств, наряду с терапевтическим действием, вызывает целый ряд ПЭ, которые проявляются в среднем у 10–20% (С. Б. Белосусов и соавт., 1997), а по данным некоторых зарубежных авторов, – у 30% больных (К. Melton, 1998). При использовании традиционных нейрелептиков побочная экстрапиримидная симптоматика наблюдается у 50–60% больных. Не менее часто развиваются и другие соматические ПЭ, нейроэндокринные и сексуальные нарушения. Частота возникновения ПЭ при использовании антидепрессантов колеблется, по разным оценкам, от 15–30 до 75%. При проведении анализа сравнительной переносимости представителей разных групп антидепрессантов нежелательные реакции объективно регистрировались у 94,7% пациентов, а при самооценке – у 30,2% (В. И. Бородин, Р. В. Ахапкин, 2002). Даже бензодиазепиновые транквилизаторы, которые практически все исследователи признают как наиболее безопасные психотропные препараты, по данным В.И.Бородина (2001), вызывают у 25% пациентов хотя бы легко выраженные, но при этом субъективно значимые ПЭ.

При оценке ПЭ существует много сложностей, связанных с их классификацией, выяснением механизмов возникновения. Большинство работ ограничиваются лишь определением частоты и спектра ПЭ. Это не менее важной для общего состояния и самочувствия пациентов является качественная характеристика нежелательных реакций как в объективном, так и субъективном плане. Эти оценки ПЭ часто не соответствуют друг другу, причем нередко именно субъективное мучительное переживание определенного нежелательного действия препарата является причиной лекарственного не-комплаенса. В рамках системного подхода к проблеме переносимости психофармакотерапии одной из важнейших задач становится изучение предикторов переносимости психотропных препаратов. Отсутствие побочных реакций на лекарственный препарат у одних больных и их появление у других объясняется, по мнению D. Laurence, P. Bennett (1987), особенностями индивидуальной чувствительности того или иного пациента.

Результаты проведенного опроса, касающегося отношения пациентов с пограничными психическими расстройствами к возможности возникновения НР психофармакологического лечения (предполагаемая или априорная переносимость), прежде всего показывают высокую степень субъективной значимости подавляющего большинства из них.

## Морфологическая и молекулярно-генетическая характеристика саркоматоидной хромофобной почечно-клеточной карциномы

**Золотенкова Н. В., Должанский О. В., Кулиничев А. Н., Румянцева М. Б.**

ГБУ «ГКБ № 17 ДЗМ»

Хромофобная карцинома (CRCC) является редким подвидом почечно-клеточного рака, составляя 5,9% эпителиальных опухолей почек. В классификацию ВОЗ хромофобный рак почки был включен в 2004 году, а саркоматоидная трансформация этой опухоли впервые описана Akhtar в 1997 году, наблюдается она только в 9% всех случаев CRCC.

Мы приводим наблюдение хромофобной почечно-клеточной карциномы с саркоматоидной дифференцировкой у женщины 66 лет.

Опухоль имела зональное строение, с чередованием участков эпителиоидного и саркоматоидного строения, признаками первой, второй и третьей степеней дифференцировки по классификации Papar (2010 г.).

Более 80% эпителиоидных участков было представлено большими полигональными клетками со светлой пенистой цитоплазмой, формирующими солидные, трабекулярные и альвеолярные структуры. Клеточная мембрана хорошо заметна и напоминала клетки растительного происхождения.

Саркоматоидный компонент в почке занимал около 70% образования. Участки опухоли в области прорастания в стенку толстой кишки, а также лимфоузлы клетчатки с метастазами (4 из 6 лимфоузлов) имели саркомоподобное строение.

При иммуногистохимическом исследовании в карциноматозном компоненте опухоли отмечалась положительная реакция со следующими маркерами: мультицитокератин, цитокератин 7-го типа (мембранная экспрессия), эпителиальный мембранный антиген, CD117 (экспрессия в цитоплазме и на клеточной мембране), E-кадгерин, MOC-31, BerEp4. Наблюдалась отрицательная реакция со следующими маркерами: RCC, CD10, виментин, S100, CD15.

Клетки саркоматоидных участков образования экспрессировали виментин, SMA, CD10,  $\alpha$ -1-антитрипсин, CD68 (в многоядерных и тутоноподобных клетках). Была выявлена отрицательная реакция со следующими маркерами: RCC, CD117, мультицитокератин, цитокератин 7-го типа, NSE, CD34.

В участках с минимальной степенью дифференцировки и саркоматоидными элементами (grade III) наблюдались

выраженная иммуногистохимическая реакция с VEGF-A (балльный счет 5), высокий уровень индекса пролиферации Ki67 (70 %) и большое количество опухолевых клеток с ядерной экспрессией p53 (85 %).

Критериями агрессивного поведения хромофобного рака почки являются следующие морфологические признаки: размеры образования более 7 см; некрозы; grade III по классификации Paperg и соавт.; саркоматоидная дифференцировка (более 30 % опухоли); положительная реакция с CD10; ядерная экспрессия p53 в более 80 % клеток опухоли; Ki67 более 9 %.

## Распространенность неустойчивых предсердных тахикардий у больных пожилого возраста, по данным холтеровского мониторирования ЭКГ

**Иванов С. Н., Палкин М. Н., Горбатенкова С. В., Емельянова И. В.**  
ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Проведен клинко-ЭКГ анализ у 200 больных пожилого возраста (средний возраст 79 лет) с тахикардиями. ИБС была выявлена в 92 % случаев, пороки сердца – 6 %, миокардиты и КМП (дистрофии миокарда) – 2 %. Фоновые заболевания: АГ – 75 %, СД – 18 %, церебро-васкулярные болезни – 78 %, бронхо-легочные болезни – 28 %. СН 1 ф. кл. была выявлена у 5 % больных, 2 ф. кл. – 25 %, 3 ф. кл. – 55% и 4 ф. кл. – 15 % больных.

При анализе было выявлено, что фибрилляция предсердий (ФП) была в 27 % случаев, трепетание предсердий (ТП) – 6 %, предсердная тахикардия (ПТ) – 82 %, АВ-тахикардия – 2 %, желудочковые тахикардии (ЖТ) – 8 % случаев.

При этом среди предсердных тахикардий ведущее место занимает неустойчивая (ультракороткая) форма – 94 %, при ФП – неустойчивая форма была в 35 % случаев при ТП – в 6 % случаев.

Таким образом, ведущей формой тахикардий у обследованных больных была неустойчивая (ультракороткая) форма предсердной тахикардии.

Характерными особенностями ее являются:

- длительность от 3 комплексов до 30 сек., чаще с асимптоматическим течением и спонтанным выходом;
- обычно на фоне частой предсердной экстрасистолии;
- преимущественно моно- и полифокусный генез с «разогревом» и «охлаждением» (автоматический механизм);
- часто осложняется АВ- и в/желудочковыми блокадами и СССУ;

- логично выделение часто- (более 2–3 раз в мин.) и редко-рецидивирующих форм (реже 2–3 в час);
- в 15–20 % случаев имеются взаимные переходы ПТ, ФП и ТП;
- у большинства больных имелось органическое заболевание сердца;
- обычно рефрактерность к ААТ, особенно к БАБ, АК и ЭКС;
- в дальнейшем характерно формирование постоянной формы ФП.

## Клинко-электрокардиографические параллели брадиаритмий у больных пожилого возраста, по данным холтеровского мониторирования ЭКГ

**Иванова С. В., Палкин М. Н., Горбатенкова С. В., Юркова А. В.**

ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Генез синкопальных состояний и головокружений ряд авторов связывает преимущественно с цереброваскулярными заболеваниями, в частности с инсультами, в том числе ишемическими и их последствиями, дисциркуляциями, транзиторными ишемическими атаками (ТИА), сосудистой и смешанной энцефалопатией, эпилептиформными атаками и др.

Проведено холтер-ЭКГ мониторирование 200 больных (средний возраст – 79 лет) неврологического стационара с клиникой головокружений и синкопальных состояний. При анализе в 75 % были зарегистрированы пароксизмы неустойчивой предсердной тахикардии: предсердной тахикардии (ПТ) – в 45 %, фибрилляции предсердий (ФП) – 8 % и трепетания предсердий (ТП) – в 2 % – с переходящей асистолией от 1,5 до 2,8 сек. при окончании пароксизма по типу синус-ареста.

При регистрации брадисистолической формы ФП обращало на себя внимание появление волн U увеличенной амплитуды, возможно появление синдрома альтернирующего зубца T, что указывало на выраженные дисметаболические изменения миокарда, а в 5 наблюдениях брадиформа ФП сопровождалась и полиморфными желудочковыми аритмиями.

В 5% наблюдений был выявлен СССУ с признаками меняющейся степени СА-блокады 2 ст. и выскальзывающими комплексами и ритмами, а в 12% – переходящая АВ блокада 2 ст. с меняющейся степенью АВ проведения.

## Оценка эффективности и безопасности применения препарата диеногест в лечении эндометриоза

**Калиматова Д.М., Шевченко Н.А., Давыденко Н.Л.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

**Цель работы.** В последние годы наблюдается неуклонное увеличение доли генитального эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости. Выполнена оценка эффективности и безопасности применения препарата диеногест в комплексном лечении диагностированного эндометриоза.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 53 пациенток, которым была выполнена оперативная лапароскопия, включающая, в зависимости от вида заболевания, удаление эндометриоидных кист яичников – 45 (85%) пациенткам, очагов эндометриоза на брюшине малого таза – 8 (15%) пациенткам, крестцово-маточных связок – 12 (23%) и других локализаций – 5 (9,4%) пациенткам.

Пациентки, включенные в исследование, были подразделены на 2 группы: основную группу составили 33 пациентки, которым после оперативного лечения назначалась терапия диеногестом в дозе 2 мг в течение 6 месяцев. В группу сравнения были включены 20 пациенток, которым в послеоперационном периоде гормонотерапия не назначалась.

**Результаты.** После проведенного лечения у большинства пациенток отмечено снижение выраженности либо болей, более выраженное у пациенток основной группы. Было установлено снижение частоты и выраженности метrorрагий и диспареунии. Анализ результатов клинического обследования, инструментальных данных не выявил каких-либо патологических признаков (кроме основного заболевания) в течение всего исследования. Не было отмечено нежелательных реакций.

Оценка данных лабораторных тестов, выполненных в ходе исследования, показала отсутствие сдвигов за пределы референсных значений как показателей общего и биохимического анализа крови (концентраций холестерина, липидов, глюкозы, билирубина, мочевины, активности трансаминаз) и коагулограммы (МНО, АЧТВ, уровня фибриногена и антитромбина III).

**Заключение.** Комбинированное лечение эндометриоза с использованием препарата диеногест в дозе 2 мг в сутки позволяет снизить выраженность клинических проявлений и улучшить результат лечения, подтверждает его высокую эффективность. Выявленные изменения свидетельствовали о снижении тяжести симптомов эндометриоза, являющихся основной причиной нарушения качества жизни у женщин с эндометриозом.

Таким образом, лекарственное средство диеногест является высокоэффективным в комплексном лечении больных диагностированным эндометриозом, его применение приводит к снижению выраженности болевых ощущений и метrorрагий. Препарат является безопасным и характеризуется низким уровнем побочных эффектов.

---

## Офтальмологическая служба ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ». Структура и перспективы развития

**Климова А.Н., Выборная Т.Р., Маленкова Н.Л.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Отделение офтальмологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» существует с 1970 г. и по сей день оказывает все виды современной офтальмологической помощи жителям Москвы. Новым витком развития нашей офтальмологической службы явилась организация стационара кратковременного пребывания (СКП) в мае 2016 г. Совместная работа двух структур позволяет оказывать специализированную помощь в короткие сроки и на высоком уровне, а нахождение отделений в составе многопрофильной больницы позволяет проводить лечение многих сочетанных заболеваний.

**Цель работы.** Сравнить эффективность работы двух подразделений офтальмологической службы ГКБ № 52, оценить удовлетворенность и мнение граждан города Москвы по поводу нового способа оказания медицинской помощи по офтальмологическому профилю, оценка учета пожеланий и предложений и возможной корректировки целевой схемы организационных процессов.

**Материалы и методы.** За период с мая 2016 года по май 2018 года в отделении СКП ГКБ № 52 было прооперировано 4418 пациентов, в офтальмологическом отделении – 5732 пациента. Оба отделения работают с высокой хирургической активностью. Совместно с клиническим психологом ГКБ № 52 были разработаны анкеты обратной связи, по которым изучалась степень удовлетворенности пациентов пребыванием в СКП и КС (круглосуточном стационаре). В каждой группе было опрошено по 100 человек.

**Результаты.** В основе количественной оценки лежал выбор на шкале от 0 до 10 – индекс NPS (где 0 – самый негативный выбор, 10 – самый позитивный), качественной – комментарии к своему выбору. По результатам опроса удовлетворенность пациентов пребыванием в отделениях в целом была оценена достаточно высоко: СКП = 9,65 и КС = 9,5. Опрошенные пациенты хотели бы рекомендовать лечение в нашем отделении своим родственникам, друзьям, коллегам с достаточно высокой

вероятностью: СКП = 9,4 и КС = 9,6. Качество общения медицинского персонала с пациентами оценивалось на разных этапах лечения, баллы достаточно высокие и мало отличаются в СКП и КС. Важным критерием удовлетворенности пациентов является сравнение эмоционального состояния в начале и в конце лечения. В обоих стационарах отмечается снижение остроты переживаний, негативных эмоциональных состояний и усиление положительных эмоций в конце лечения. На вопрос: «Обратитесь ли Вы в ГКБ № 52 для лечения другого офтальмологического заболевания?» – отрицательно ответил каждый 10-й пациент КС и каждый 50-й пациент СКП. Как наилучший выбор госпитализацию на несколько суток отметили 76,8 % пациентов КС, остальные 23,2 % проголосовали за кратковременное пребывание. Кратковременное пребывание, а не госпитализацию на несколько суток, выбрали 90,7 % пациентов СКП.

**Выводы.** При грамотном разъяснении всех деталей заболевания и планируемом лечении, а также подробном планировании маршрутизации для подготовки к операции наши пациенты оказываются психологически готовыми лечиться по новым стандартам и протоколам. Однако обширность глазных заболеваний и ее неразрывная связь с соматическим статусом пациента определяет в ряде случаев необходимость именно стационарного лечения, обоснованную предоперационной подготовкой, дополнительными обследованиями и манипуляциями, что невозможно в условиях СКП. Поэтому наличие двух подразделений офтальмологической службы ГКБ № 52 представляет собой, на наш взгляд, идеальную систему оказания офтальмологической помощи на современном этапе.

## Сравнительный анализ методов предотвращения полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста

**Конова О. Д., Ласачко В. А., Головина О. В., Черняева М. С., Горбатенкова С. В.**  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  
ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ»

**Актуальность.** По данным ВОЗ, к 2050 году количество людей старше 60 лет удвоится. Такой прирост населения старшего возраста с полиморбидностью приведет к необходимости оказания большого объема медицинской помощи (в том числе и лекарственной). Потенциальные последствия полипрагмазии подробно описаны в литературе (например, нежелательные лекарственные реакции,

межлекарственные взаимодействия). Таким образом, главная цель клинической фармакологии на сегодняшний день – найти баланс между лечением полиморбидных пациентов пожилого и старческого возраста и предотвращением неблагоприятных последствий, связанных с полипрагмазией.

**Цель.** Обзор данных литературы по проблеме полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста и методах ее предотвращения.

**Материалы и методы.** При составлении данного обзора был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием следующих ресурсов: Medline/PubMed, Google, данные литературы до 2018 года.

Ключевые слова для поиска: полипрагмазия, пациенты пожилого и старческого возраста, неблагоприятные побочные реакции (НПР), индекс рациональности применения лекарственных средств (ЛС), критерии Бирса. При необходимости использовались дополнительные ключевые слова для уточнения отдельных рекомендаций.

**Результаты.** Индекс рациональности применения лекарственного средства (Medication Appropriateness Index – MAI) – стандартизированный показатель, позволяющий оценить соответствие элементов фармакотерапии целям лечения, а также риск взаимодействия ЛС и возникновения НПР. Метаанализ четырех международных рандомизированных контролируемых исследований (Cooper J. A. с соавт., 2015), включавших 210 человек в основной группе и 214 человек в группе контроля, показал существенное уменьшение среднего значения количества баллов по MAI во время исследования по сравнению с группой контроля (среднее расхождение – 6,78; 95 % CI -12,34 до – 1,22). Метаанализ других пяти международных рандомизированных контролируемых исследований (Cooper J. A. с соавт., 2015), включавших 488 человек в основной группе и 477 человек в группе контроля, также показал существенное уменьшение среднего значения количества баллов по MAI во время исследования по сравнению с группой контроля (среднее расхождение – 3,88; 95 % CI – 5,4 до – 2,35).

**Критерии Бирса.** Список ЛС, потенциально не рекомендованных для проживающих в домах престарелых, был создан и опубликован в 1991 г., в дальнейшем он был расширен, в 2015 г. критерии Бирса были пересмотрены при поддержке Американского гериатрического общества. Критерии позволяют предотвратить нежелательные побочные эффекты и таким образом оптимизировать лекарственную терапию у пожилых людей. Метаанализ двух международных рандомизированных контролируемых исследований (Cooper J. A. с соавт., 2015), включавших 298 человек в основной группе и 288 человек в группе контроля, показал существенное уменьшение среднего значения назначения потенциально не рекомендованных

лекарств из списка Бирса во время исследования по сравнению с группой контроля (среднее расхождение 0,1, 95 % CI 0,28 до 0,09).

**Выводы.** Сравнительный анализ методов по предотвращению полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста, показавший статистически значимую эффективность как индекса рациональности применения лекарственного средства, так и критериев Бирса, позволяет сделать вывод о необходимости применения данных методов в клинической практике.

---

## К 55-летию отделения анестезиологии и реанимации № 11 ГКБ им. Н. И. Пирогова ДЗМ (Памяти учителей)

**Краснов В. Г.**

*ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ*

22 июля 1802 года открыла свои двери для пациентов Первая Градская больница. 22 мая 1962 года в Первой Градской больнице приказом главного врача Чернышова Л. А. открыто одно из первых в стране отделение анестезиологии и реанимации, которое возглавил А. П. Афинский. И вот уже 55 лет продолжает свой жизненный путь отделение, которое стояло у истоков специальности. Мы гордимся нашими учителями и коллегами, среди которых великие имена В. А. Гологорского и Б. Р. Гельфанда. Виктор Адольфович Гологорский (1930–2001), профессор, член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, главный анестезиолог-реаниматолог Российской Федерации (до 2001 г.), долгие годы возглавлял клинику анестезиологии и реанимации в ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ. Одно из первых руководств по анестезиологии «Потенцированный наркоз в хирургической клинике», соавтором которого является Виктор Адольфович, вышло в свет в 1963 году.

Борис Рувимович Гельфанд (1942–2017), профессор, академик РАН, доктор медицинских наук, начал свой путь врача анестезиолога-реаниматолога в отделении анестезиологии в 1966 году. В архивах отделения сохранился журнал дежурного анестезиолога, датированный 1968 годом, где доктор Гельфанд записывал отчеты о проведенных экстренных анестезиях. За многие годы работы врачом, учителем, ученым Борис Рувимович воспитал в нас тягу к научным изысканиям, чувство эмпатии, любовь и преданность профессии и Первой Градской. Он научил нас работать в команде. В команде с хирургами, гинекологами, травматологами, кардиологами, невзирая на междисциплинарные разногласия и амбиции. Все то,

что сейчас называется модным термином «мультидисциплинарный подход», всегда было традицией Первой Градской и его профессиональным принципом. Под руководством Бориса Рувимовича защитили ученые степени великое множество врачей-анестезиологов. –го научные труды, монографии, методические рекомендации и национальные руководства признаны учеными всего мирового сообщества и навсегда останутся нашими настольными книгами. И Виктор Адольфович, и Борис Рувимович до последнего момента жили профессией, ушли внезапно, не завершив многие творческие планы. Именно благодаря их упорному и одухотворенному труду отделение анестезиологии и реанимации Первой Градской больницы одно из самых современных и эффективных в стране.

Сотрудники отделения анестезиологии, работая на 38 операционных столах, ежегодно проводят более 22 тысяч анестезий, из которых 9 тысяч – экстренные. Анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ – квалифицированный специалист, владеющий всеми необходимыми навыками, применимыми в специальности, в том числе: УЗИ-навигация сосудов и нервных сплетений, FAST-протокол, интраоперационная реинфузия отмытых эритроцитов, имплантация временных кардиостимуляторов, устройств хронического венозного доступа, плевральных и эпидуральных портов, ингаляционная анестезия «малыми» и минимальными потоками, инвазивный мониторинг гемодинамики и пр. Именно сегодня стал практически реализуем главный принцип и лозунг анестезиологов-реаниматологов «Regens defendo – Управляя, защищаю». В операционных ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, используя экспертное оборудование, анестезиолог в состоянии оценить глубину анестезии, уровень оксигенации и моторного блока, точно визуализировать ткани при выполнении инвазий, точно дозировать современные анестетики. Подобные знания и умения значительно повышают безопасность проводимых анестезий и позволяют оказывать помощь пациентам с высокой и крайне высокой степенью анестезиолого-операционного риска. В 2016 году анестезиологи ГКБ № 1 провели более 5 тысяч анестезий пациентам с 3-й и 4-й степенями анестезиолого-операционного риска по В. А. Гологорскому, более 600 анестезий – пациентам с 5-й степенью риска.

При активном содействии сотрудников отделения в 2017 году открылась и эффективно функционирует «Клиника боли». Продемонстрировала свою эффективность программа «быстрой реабилитации в хирургии», внедрение которой без участия анестезиологов и продуктивного командного подхода было бы невозможным.

Завершая словами блестящего хирурга, академика РАН, Александра Ивановича Кириенко «Счастлив тот хирург,

у которого есть хороший анестезиолог. Счастлив тот анестезиолог, который работает с прекрасным хирургом», мы надеемся на счастливое сотрудничество в стенах любимой Первой Градской во благо пациентов и в память о наших учителях.

## Оценка затрат на лекарственную терапию пациентов с раком молочной железы, меланомой и раком почки на территории города Москвы за период 2016-2017 годов

**Крысанова В. С., Полякова К. И., Ермолаева Т. Н., Давыдовская М. В., Кокушкин К. А.**  
ГБУ «НПЦ КИОМТ ДЗМ», г. Москва

**Цель исследования.** Анализ структуры затрат на льготное лекарственное обеспечение пациентов на территории города Москвы за период 2016-2017 гг. для самых затратных нозологий – рак молочной железы, меланома кожи, рак почки.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ структуры назначаемых льготных лекарственных препаратов за период 2016–2017 гг. на территории города Москвы для 3 самых высокозатратных онкологических нозологий – рак молочной железы, меланома кожи и рак почки. Внутри каждой нозологии были выделены 10 лекарственных препаратов, с которыми связаны наибольшие затраты. Все лекарственные препараты были классифицированы по следующим группам: химиотерапия, иммунотерапия, таргетная терапия, эндокринотерапия, сопутствующая терапия.

**Результаты.** Всего для 3 нозологий за период 2016–2017 гг. было проанализировано 32 лекарственных препарата, назначенных для более чем 30 тыс. пациентов. При раке молочной железы наблюдается следующая картина: в 2017 г. наибольшую долю затрат составила химиотерапия (55 %), затем эндокринотерапия (19 %) и иммунотерапия (4 %). По сравнению с 2016 г. затраты на химиотерапию снизились, возросли затраты на эндокринотерапию, появилась новая статья затрат: иммунотерапия. Самым затратным лекарственным препаратом является трастузумаб. При меланоме кожи в 2017 г. основные затраты пришлось на таргетную терапию (96 %), затем на химиотерапию (2 %) и иммунотерапию (1 %). По сравнению с 2016 г. значительно снизились затраты на химиотерапию и, соответственно, возросли затраты на таргетную терапию. Структура затрат изменилась в связи с внедрением в широкую клиническую практику новых лекарственных

препаратов (ипилимуаб, ниволумаб, пембролизумаб, кобиметиниб). Самым затратным лекарственным препаратом в 2016 г. был вемурафениб, в 2017 г. – ипилимуаб. При раке почки основные затраты в 2017 г. пришлось на таргетную терапию (86 %), затем на иммунотерапию (12 %). По сравнению с 2016 годом структура затрат почти не изменилась. Самым затратным лекарственным препаратом в 2016 г. был сорафениб, в 2017 г. – сунитиниб.

**Заключение.** На основании проведенного анализа было выявлено, что наблюдается общая тенденция к снижению доли затрат на химиотерапию, увеличению доли затрат на таргетную и иммунотерапию. Это вызвано внедрением в широкую клиническую практику новых лекарственных препаратов, с которыми связано не только увеличение затрат, но и значительное увеличение эффективности проводимой терапии. Изменение структуры затрат на льготное лекарственное обеспечение пациентов на территории города Москвы за период 2016-2017 гг. соответствует внедрению в клиническую практику новых рекомендаций по лечению пациентов с онкологическими заболеваниями.

## Роль своевременного скрининга диабетической полинейропатии и синдрома диабетической стопы в ведении пациентов с сахарным диабетом

**Кузнецов А. С., Андреева А. В.**

ГБУЗ «ГКБ им В. В. Вересаева ДЗМ», отделение эндокринологии

Сахарный диабет (СД) сокращает продолжительность жизни на 2–12% вследствие развивающихся осложнений. Самые тяжелые среди них связаны с нарушением кровоснабжения тканей, что приводит к диабетическим нейро- и микроангиопатиям, играющим важную роль в патогенезе синдрома диабетической стопы (СДС). Патогенетически выделяют нейропатическую, ишемическую и нейроишемическую формы СДС

В отделении эндокринологии ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева за период с января по июнь 2018 г. было осмотрено 183 больных с целью скрининга диабетической полинейропатии. У пациентов исследовалась тактильная, болевая, температурная, вибрационная чувствительность. Диабетическая полинейропатия была выявлена у 156 больных (85,2%). В 73% случаев пациенты предъявляли жалобы на онемение, жжение и покалывание в стопах, судороги в икроножных мышцах в ночное время. При этом в 27% случаев течение нейропатии имело бессимптомный характер. Была проведена оценка

распространенности нейропатии в зависимости от стажа и степени компенсации СД. У пациентов со стажем СД менее 5 лет распространенность нейропатии составила 20%, в то время как в группе пациентов со стажем от 5 до 10 лет ее проявления наблюдались у 75 % осмотренных. Также пациенты были разделены на группы по уровню HbA1c: менее 7,5 %, от 7,5 до 10 %, и выше 10 %. Распространенность диабетической нейропатии составила соответственно 25 %, 46 % и 88 %.

У 31 пациента из 183 осмотренных пациентов были обнаружены язвенные дефекты нижних конечностей различной локализации и глубины. При оценке генеза язвенных дефектов лидирующие позиции занял синдром диабетической стопы: 23 (74 %) случая, из которых 4 (13 %) случая пришлось на нейроишемическую форму и 19 (61 %) случаев на нейропатическую. По глубине поражения: Wagner I зафиксирован в 5 (21,7 %) случаях, II степени в 12 (52 %) случаях, III степени у 3 (13 % пациентов), IV степени в 1 (4 %) случае. Пациенты с дефектами III-IV степени Wagner были направлены в отделение хирургии. На втором месте по частоте встречаемости оказались язвенные дефекты на фоне лимфовенозной недостаточности: 8 (25,7 %) случаев. Таким образом, язвенные поражения нижних конечностей любого генеза у пациентов с СД имеют важное значение в связи с высоким риском развития раневой инфекции и ампутации. С учетом высокой распространенности бессимптомных форм всем пациентам показан скрининг на наличие диабетической полинейропатии и нарушений периферического кровотока как ведущих причин язвенного поражения нижних конечностей.

---

## Современные подходы в консервативном лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости

**Ларичев С. Е., Шаповальянц С. Г., Завьялов Б. Г., Шабрин А. В., Желещиков А. Л.**  
ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ»

**Введение.** Оперативное лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) нередко сопряжено с большими техническими трудностями, обуславливающими развитие послеоперационных интраабдоминальных осложнений. Летальность, по данным разных авторов, остается высокой, достигая 4–8 %. Обоснованным является стремление хирурга избежать экстренного оперативного вмешательства и разрешить кишечную непроходимость консервативными мероприятиями.

**Цель исследования.** Улучшить результаты консервативного лечения ОСТКН за счет разработки программы ведения больных с использованием эндоскопического назоинтестинального дренирования (ЭНИД) в сочетании с энтеральной терапией.

**Материалы и методы.** За период с 2015 по 2017 г. в клинике пролечен 191 пациент с ОСТКН. Всем больным при поступлении выполнялся традиционный комплекс диагностических мероприятий (рентгенологическое позиционное исследование, УЗИ, МСКТ). Экстренно – при наличии странгуляции, оперированы 15 (7,9 %) пациентов. Остальным 176 (92,1 %) больным «простой» формой ОСТКН проводилась консервативная терапия. В программу консервативного лечения пациентов, кроме традиционных средств, были включены ЭНИД в сочетании с энтеральным введением водорастворимого контрастного средства, обладающего как лечебным, за счет гиперосмолярности, так и диагностическим свойством, позволяющим объективизировать эффективность проводимой терапии.

**Результаты исследования.** Из 176 пациентов консервативная терапия оказалась эффективной у 120 (68,2 %) больных. Остальные 56 пациентов были оперированы в срочном порядке. Оценка эффективности консервативной терапии и динамика восстановления пассажа по тонкой кишке осуществлялись при обзорной рентгенографии у 176 пациентов и при МСКТ у 44 пациентов. Анализ показал, что МСКТ с энтеральным контрастированием оказалась более эффективным способом констатации разрешения кишечной непроходимости. При обзорной рентгенографии в среднем разрешение ОСТКН отмечено через  $20,2 \pm 2,5$  часа, а при МСКТ –  $14 \pm 2,7$  часа, что позволяло быстрее решать тактические вопросы. Общая летальность составила 1,1 %. После срочных операций умерло 2 (3,5 %) больных.

**Заключение.** Таким образом, предложенная комплексная программа консервативного лечения ОСТКН позволяет разрешить кишечную непроходимость у подавляющего числа больных – 68,2 %, что позволяет значительно улучшить общие результаты лечения этого заболевания и снизить летальность до 1,1 %.

---

## Роль компьютерной томографии в диагностике острой кишечной непроходимости

**Ларичев С. Е., Завьялов Б. Г., Шабрин А. В., Ремизов Н. В., Оконова В. П., Багдасарян А. О., Желещиков А. Л.**  
ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ»

**Введение.** Диагностика острой кишечной непроходимости (ОКН) остается сложной и до конца не решенной проблемой. Ни один из применяемых инструментальных методов не позволяет ответить на все интересующие практического хирурга вопросы. По мнению зарубежных авторов, перспективным в решении диагностических задач при ОКН является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Однако до сих пор нет единого мнения о роли и показаниях к использованию различных методик МСКТ, в том числе с контрастированием, в urgentной диагностике ОКН.

**Цель исследования.** Определить значение МСКТ в комплексной диагностике острой кишечной непроходимости.

**Материалы и методы.** За период с 2015 по 2017 г. на лечении находились 198 пациентов с диагнозом ОКН. Диагностическая программа включала: полипозиционное рентгенологическое исследование брюшной полости (198), энтерографию с оценкой пассажа контрастного вещества по ЖКТ (150), УЗИ (158). При поступлении, наряду с рентгенологическим и ультразвуковым исследованиями, 58 пациентам выполнено нативное МСКТ, 18 пациентам после дообследования дополнительно по показаниям произведено КТ с внутривенным, внутрикишечным или двойным контрастированием.

**Результаты.** Эффективность диагностики ОКН при обзорной рентгенографии брюшной полости составила 62,6 % (124 из 198 пациентов), при УЗИ – 63,9 % (101 из 158), а при нативной КТ достигла 90 % (52 из 58). При этом во всех наблюдениях МСКТ удалось определить не только факт, но и причину непроходимости. В целом эффективность комплекса диагностических исследований составила 95,7 %. При подозрении на странгуляционную непроходимость по клинико-ультразвуковым данным дополнительно выполнялась ангио-КТ в 8 (12,9 %) наблюдениях. В результате признаки нарушения кровоснабжения кишки выявлены у 5 пациентов, которые были экстренно оперированы. Диагноз странгуляционной непроходимости подтвержден интероперационно. В остальных 3 наблюдениях признаков нарушения кровоснабжения кишки не выявлено. Симптомы непроходимости кишки разрешены консервативно.

**Заключение.** Предложенный нами комплекс диагностических мероприятий, объединяющий обзорную рентгеноскопию, энтерографию, УЗИ и МСКТ в виде последовательного алгоритма, позволяет значительно улучшить результаты неотложной диагностики ОКН. При этом эффективность представленного алгоритма в констатации факта ОКН и ее причины достигает 95,7 %, а диагностика наиболее опасной странгуляционной формы была своевременной в 100 % случаев.

## Перспективы применения и эффективность методов пренатальной диагностики

*Мазуркевич М. В., Кокая И. Ю., Щербушенко О. Н., Негардинова Е. А.*

ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

**Цель исследования.** Решающая роль в комплексе мероприятий по профилактике и предупреждению наследственных и врожденных болезней принадлежит пренатальной диагностике, позволяющей предотвратить рождение детей с тяжелыми, нередко смертельными, генными и хромосомными болезнями и тем самым уменьшить генетический груз популяции.

**Материалы и методы.** За 2016–2017 гг. обследована 4601 беременная в сроки гестации 11–13,6 недель. Беременным в 11–13,6 недель гестации проводили УЗИ и биохимический анализ крови (b-ГЧ и PAPP). Результаты обрабатывали в программе Astraia, лицензированной FMF (Fetal Medicine Foundation). Всех беременных с высоким риском хромосомных аномалий направляли на консультацию генетиком для решения вопроса о проведении инвазивной диагностики. Выявлено 148 беременных с высоким риском хромосомных аномалий (А), что составляло 3,2 %, причем в 2016 г. – 3,8 %; в 2017 г. – 2,1 %. Инвазивная диагностика проведена 82 (33,7 %) беременным, в 2016 г. – 61 (64 %); в 2017 г. – 21 (39 %). Отказались от инвазивной диагностики – 64 (43 %), в 2016 г. – 34 (35 %), в 2017 г. – 32 (60 %). Неинвазивный пренатальный тест сделан 18 (12 %), в 2016 г. – 7 (7,3 %), в 2017 г. – 11 (20 %). Подтвержденные А выявлены у 20 (24,3 %) беременных, в 2016 г. – у 10 (16 %), в 2017 г. – у 10 (47 %).

За контрольный период увеличилась точность выявления высокого риска А в 1-м триместре беременности преимущественно за счет соблюдения алгоритма обследования при I пренатальном скрининге, а также увеличилось количество подтвержденных случаев А после инвазивной диагностики.

**Выводы.** Слаженное взаимодействие специалистов разного профиля, вовлеченных в пренатальную диагностику, наличие унифицированных лабораторных и клинических методов, единых форм проведения и оценки результатов скрининговых программ, отработанных алгоритмов взаимодействия повышают эффективность результатов действующей программы.

## Медикаментозные и психотерапевтические стратегии коррекции инсомнии у пациентов психоневрологического профиля

**Марачевк М. П.**

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева ДЗМ»

Нарушения сна входят в десятку самых распространенных заболеваний в популяции. Расстройства сна труднопереносимы для пациентов, приводят к заметному снижению качества жизни и общего функционирования, а также накладывают существенное бремя на систему здравоохранения и общество в целом. Среди всех расстройств сна лидирующее место занимает инсомния, которая, в зависимости от диагностических критериев, встречается у 11–75 % населения. Отдельной категорией являются лица с пограничными психическими патологическими состояниями, для которых жалобы на нарушение ночного сна являются одними из самых частых. К настоящему моменту накоплен большой объем научных данных относительно диагностики и коррекции инсомнии, ассоциированной с депрессией. Согласно различным моделям патогенеза, нарушения сна могут как приводить к развитию вторичной депрессии, так и быть составной частью депрессивного синдрома, оставаясь значимой проблемой на этапе достижения ремиссии. Существенно меньше научных данных посвящено взаимосвязи тревожно-фобических расстройств и инсомнии. Вместе с тем в клинике пограничных психических расстройств роль тревоги как общего феномена, так и особенностей ее проявлений при различных нозологиях (ипохондрического расстройства, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства и т. д.) является одним из ключевых патогенетических механизмов в развитии инсомнии. Применение дифференцированных подходов к медикаментозным и психотерапевтическим методам коррекции инсомнии позволит существенно улучшить качество жизни пациентов.

## Эффективность применения агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 длительного действия (дулаглутид) в лечении больных сахарным диабетом 2 типа

**Маркова Т.Н.<sup>1,2</sup>, Бокова М.Н.<sup>2</sup>, Костенко А.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>2</sup> МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Дулаглутид – новейший сахароснижающий препарат, агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1) длительного действия, с периодом полувыведения 4,7 дня (120 часов) и кратностью подкожного введения 1 раз в неделю.

**Цель.** Оценить эффективность применения дулаглутида у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в реальной клинической практике.

**Материалы и методы.** В исследование включено 11 пациентов (7 мужчин и 4 женщины) с СД 2 типа и ожирением. Средний возраст 52 года [46; 60], стаж сахарного диабета – 10 лет [1; 19]. В связи с развитием побочных эффектов в виде тошноты и рвоты один пациент выбыл из исследования на 4 день терапии. Данные представлены в виде медианы и крайних квартилей [25;75]. Достоверность рассчитывали с помощью критерия Фишера (pF).

**Результаты.** До старта терапии оценены антропометрические данные: вес – 101 кг [92; 189], окружность талии (ОТ) – 113,5 см [100; 125], индекс массы тела (ИМТ) – 36,21 кг/м<sup>2</sup> [32,1; 58,3]; показатели углеводного обмена: гликированный гемоглобин (HbA1c) – 9,45% [7,7; 12], глюкоза крови натощак (ГН) – 9,5 ммоль/л [7; 17,3], через 2 часа после приема пищи (ППГ) – 10,6 ммоль/л [8,2; 19]; показатели липидного спектра: холестерин ЛПНП – 5,43 ммоль/л [3,7; 15,3], триглицериды (ТГ) – 3,94 ммоль/л [2,19; 17,16]. Эффективность терапии оценивали через 3 месяца. Изучаемые показатели составили: вес – 98 кг [88; 180] (pF=0,033), ОТ – 110 см [96; 118], ИМТ – 33,21 кг/м<sup>2</sup> [27,09; 55,56] (pF=0,04); параметры углеводного и липидного обменов были следующими: HbA1c – 8,2% [6,9; 10,1], ГН – 8 ммоль/л [10; 6,2], ППГ – 9,4 ммоль/л [7,3; 11], холестерин ЛПНП – 2,21 ммоль/л [1; 5,7] (pF=0,002), ТГ – 1,7 ммоль/л [0,9; 8] (pF=0,03). Эффективность терапии в плане углеводного обмена и снижения аппетита отмечалась с первого дня введения.

**Выводы.** Применение дулаглутида у больных СД 2 типа позволяет не только улучшать показатели углеводного обмена, но и снизить вес, уменьшить содержание атерогенных липопротеидов при высокой комплаентности к терапии.

## Распространенность синдрома гиперпролактинемии у больных почечной недостаточностью на диализных методах лечения

**Маркова Т. Н.<sup>1</sup>, Косова Е. В.<sup>2</sup>, Андрусев А. М.<sup>1</sup>,  
Синявкин Д. О.<sup>1</sup>, Ушакова А. И.<sup>1</sup>, Артюхина Л. Ю.<sup>1</sup>,  
Фролова Н. Ф.<sup>1</sup>, Мелентьев Р. В.<sup>1</sup>, Перевязкина С. К.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>2</sup> МГМСУ им. А. И. Евдокимова ДЗМ

**Введение.** Распространенность хронической почечной недостаточности (ПН) прогрессивно увеличивается в мире и в России. Одной из причин, усугубляющих течение ПН, являются изменения, формирующиеся в эндокринной системе, к которым относится синдром гиперпролактинемии (ГПЛ). ГПЛ может влиять на прогноз больных ПН. Остается открытым вопрос причин возникновения данного синдрома при ПН, роли диализных методов лечения в формировании ГПЛ.

**Цель.** Провести анализ распространенности ГПЛ у больных ПН на диализных методах лечения.

**Материалы и методы.** В исследование включены 85 человек (49 женщин, 36 мужчин), средний возраст  $54,3 \pm 1,89$  года. Обследованные разделены на три группы: пациенты, получающие перитонеальный диализ (50 чел.), пациенты на программном гемодиализе (10 чел.) и додиализные пациенты с БП 3В-5 стадии (25 чел.). Пациентам проводили определение сывороточного пролактина, сбор анамнеза и физикальное обследование для выявления основной клиники ГПЛ. Данные представлены в виде  $M \pm m$  и относительных величин.

**Результаты.** Средний уровень пролактина в группах на диализной терапии составил  $778,4 \pm 110,39$  мМ–л, что достоверно выше, чем в группе додиализных пациентов  $384,7 \pm 46,89$  мМ–л,  $p = 0,0015$ , отметим, что у больных на перитонеальном диализе была более выраженная клиническая картина по сравнению с группой на программном гемодиализе при сопоставимых показателях пролактина ( $1342 \pm 92,3$  мМ–л и  $1048 \pm 89,1$  мМ–л,  $p = 0,46$  соответственно). Основные жалобы, предъявляемые больными: судороги, слабость, головокружение, отсутствие аппетита и тошнота. У пациентов на диализной терапии повышение пролактина выявлено в 46 % и 50 % случаев соответственно, а в додиализной группе – у 20 %,  $p = 0,019$ .

**Выводы.** Синдром ГПЛ встречается значительно чаще у больных на диализной терапии (у каждого второго), чем у додиализных пациентов. В рутинной нефрологической практике исследование уровня пролактина не проводится, ГПЛ у таких пациентов не выявляется, маскируясь под более тяжелой симптоматикой ПН, следовательно, не происходит своевременной коррекции, что может послужить одним из факторов прогрессирующего ухудшения общего состояния, несмотря на адекватную заместительную терапию.

## Влияние на прогрессирование хронической сердечной недостаточности различных параметров гликемического контроля у больных сахарным

## диабетом 2 типа и в сочетании сахарного диабета 2 типа с хроническим аутоиммунным тиреоидитом

**Мелешкевич Т.А.<sup>1,3</sup>, Митичикин А. Е.<sup>1</sup>, Тавлуева Е.В.<sup>1</sup>, Зернова Е.В.<sup>1</sup>, Лучина Е.И.<sup>1</sup>, Пантелеев И.В.<sup>1,2</sup>, Слонимская Г.А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

<sup>2</sup> РНИМУ им. Н. И. Пирогова

<sup>3</sup> РУДН

**Введение.** Рост хронической сердечной недостаточности (СН) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД 2) и других полиэндокринопатий побуждает к поиску наиболее значимых факторов риска развития и прогрессирования СН.

**Цель.** Оценить влияние различных параметров компенсации гликемии на прогрессирование СН у пациентов СД 2 и с СД 2 в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

**Материалы и методы.** Обследованы две группы пациентов сопоставимые по возрасту, длительности сахарного диабета, индексу массы тела, компенсации сахарного диабета: группа наблюдения – пациенты с СД 2 в сочетании с АИТ – и группа сравнения – пациенты с СД 2. Группа наблюдения – 213 пациентов, мужчин – 66 (31%), женщин – 147 (69%). В группе сравнения 215 пациентов, мужчин – 131(61%), женщин – 84 (39%). Проведена оценка влияния различных параметров гликемии в двух наблюдаемых группах.

**Результаты.** В группе наблюдения прандиальный уровень гликемии составил  $6,62 \pm 1,32$  ммоль/л; постпрандиальная (максимальная) гликемия  $8,7 \pm 3,12$  ммоль/л, колебания гликемии в течение дня (экскурсия гликемии) –  $3,72 \pm 2,76$  ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) –  $8,8 \pm 2,12\%$ . В группе сравнения: прандиальная гликемия –  $6,84 \pm 2,53$ ; постпрандиальная –  $8,85 \pm 3,89$ , экскурсия гликемии –  $3,75 \pm 3,65$ , HbA1c –  $8,9 \pm 2,42$ . При статистической обработке данных выявлены наиболее достоверно влияющие на СН параметры компенсации СД: экскурсия гликемии и уровень гликированного гемоглобина, в исследуемых группах статистически достоверно значимые влияния различны. В группе наблюдения это гликированный гемоглобин ( $\text{СН} = 1,9 - 0,1 \cdot \text{HbA1c}$ ) оказывает влияние на скорость прогрессирования СН на 2,7%, ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения экскурсия гликемии увеличивает прогрессирование СН на 2,6% ( $r^2 - 0,026$ ). Модель  $y = 0,67 + 0,1x$ , где  $y$  – СН,  $x$  – экскурсия гликемии в течение дня, модель рассчитана с точностью 95%. Выявлены различия в группах по степени тяжести СН, в группе сравнения она на 14,3% выше, однако достоверных различий между группами получено не было.

## Выводы.

- 1) Статистически достоверным параметром, влияющими на скорость прогрессирования хронической сердечной недостаточности при изолированном сахарном диабете 2 типа, является экскурсия гликемии в течение дня.
- 2) У пациентов с полиэндокринопатией (СД2 и АИТ) гликемическим маркером прогрессирования хронической сердечной недостаточности определен гликированный гемоглобин.

---

## Генетические аномалии у больных множественной миеломой

**Мисюрин А. В.<sup>1</sup>, Мисюрин А. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>2</sup> Молекулярно-генетическая лаборатория  
ООО «ГеноТехнология»

У больных множественной миеломой обнаружено большое число цитогенетических аномалий, имеющих прогностическое значение. Важными факторами неблагоприятного прогноза множественной миеломы являются del 17p, t(4;14), t(14;16), t(14;20), del 1q21, del 13. Мутации генов BRAF, KRAS, NRAS, характерные для разных злокачественных новообразований, обнаруживаются и у больных множественной миеломой. Новые методы секвенирования позволили обнаружить у больных множественной миеломой ранее неизвестные мутации генов SP140, ROB01, FAM46C и EGR1. Критически значимой для патогенеза и прогноза множественной миеломы является гиперэкспрессия генов c-MYC, PAX и IRF-4. Прогностическое значение при множественной миеломе имеет активация экспрессии генов, кодирующих раково-тестикулярные антигены, в том числе PRAME, MAGЕ А1, MAGЕ А3, NY ESO1. Иммуногенность этих антигенов позволяет рассматривать их в качестве перспективной мишени для разработки иммунотерапии множественной миеломы.

Пока еще далеко не все особенности цитогенетического и молекулярного патогенеза множественной миеломы понятны, но многое уже известно о том, чем определяется клиническая гетерогенность этого заболевания. Несмотря на сходство морфологических характеристик опухолевых плазматических клеток у разных больных множественной миеломой, при помощи тонких методов молекулярной генетики обнаруживают существенные различия, на основании которых больных, страдающих этим заболеванием, следует относить к разным группам риска. В свою очередь, для разных прогностических групп больных множественной миеломой применяют разные риск-адаптированные программы лечения. Понимание молекулярных основ патогенеза

множественной миеломы позволяет вводить в арсенал методов лечения этого заболевания препараты направленного действия, а также подходы, основанные на стимулировании специфического противоопухолевого иммунного ответа.

---

## Экономическое бремя депрессии

**Мкртчян В. Р.**

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева ДЗМ»

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провела международное исследование в 14 учреждениях первичного звена в крупных городах мира. Ментальные нарушения были выявлены у 24 % лиц, обратившихся за медицинской помощью. Наиболее распространенными среди них были депрессия, генерализованное тревожное расстройство и злоупотребление фармакологически активными веществами. ВОЗ оценивает стоимость болезней в годах жизни, утраченных из-за нетрудоспособности и преждевременной смерти. В 2010 году ВОЗ исследовала 291 заболевание и 67 факторов риска для 187 стран. Большое депрессивное расстройство (major depression) оказалось на втором месте среди всех заболеваний, которые делают человека нетрудоспособным, при этом депрессия больше поражала людей в самом трудоспособном возрасте (20–30 лет), что делает ее одним из самых дорогостоящих заболеваний по стоимости болезней в годах жизни, утраченных из-за нетрудоспособности и преждевременной смерти.

По данным литературы, в ходе психиатрического осмотра депрессивные состояния выявляются в среднем у 20 % больных в общемедицинской сети, а при использовании психометрических шкал – у 46–56 %. В то же время симптомы депрессий распознаются интернистами лишь в 4–17 % случаев, что свидетельствует о необходимости интенсивного внедрения шкал для распознавания депрессий в работу врачей общей практики. Согласно «Национальным рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике 2011 года», депрессии легкой и средней степени тяжести у кардиологических больных может лечить кардиолог или врач общей практики. В то же время, по данным ВОЗ, к 2030 году депрессия займет лидирующее место среди причин инвалидизации населения. Таким образом, проблема диагностики и лечения депрессий все больше выходит за рамки не только психиатрии, но и медицины в целом, становясь социально-экономической.

Экономическое бремя депрессии для РФ в 2011 году составило 523,5 млрд руб., или 1,26 % ВВП. В США затраты на

лечение депрессии составляют примерно 12,4 млрд долларов. В докладе секретариата ВОЗ 2011 года указано, что, по текущим прогнозам, к 2030 году депрессия станет ведущей причиной бремени болезней в глобальном масштабе.

## «Искусственный интеллект»: диагностическая точность скрининга туберкулеза легких

**Морозов С. П.<sup>1</sup>, Владимирский А. В.<sup>1</sup>, Ледихова Н. В.<sup>1</sup>, Соколова И. А.<sup>1</sup>, Кульберг Н. С.<sup>1</sup>, Гомболевский В. А.<sup>1</sup>, Кузьмина Е. С.<sup>1</sup>, Классен В. И.<sup>2</sup>, Сафин А. А.<sup>2</sup>, Мальцев А. В.<sup>2</sup>, Андрианов Н. Г.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы»,

<sup>2</sup> Общество с ограниченной ответственностью «Фтизис-БиоМед», г. Чистополь, Республика Татарстан

**Введение.** В последние годы в Российской Федерации показатели заболеваемости, выявляемости и смертности от туберкулеза демонстрируют положительную динамику. Однако для значительного усиления этого эффекта и выхода из числа стран с наибольшим бременем туберкулеза требуется наращивание усилий по эффективному скринингу ранних форм этого заболевания. Нужны новые подходы к организации и проведению массовых профилактических осмотров, особенно на территориях с низкой плотностью населения и в условиях кадрового дефицита.

**Цель исследования.** Оценить применимость системы «искусственного интеллекта» для скрининга туберкулеза.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное диагностическое исследование. Индекс-тест – распознавание и анализ рентгенограмм посредством программного продукта на основе сверточных нейронных сетей типа U-NET, модифицированных и обученных специальным образом. Референсный метод – двойной пересмотр ранее классифицированных рентгенограмм двумя квалифицированными врачами-рентгенологами со стажем работы 8–10 лет. Использованы две деперсонализированные выборки цифровых флюорограмм: № 1 (n = 140), соотношение «норма»:«патологические изменения» 50:50; № 2 (n = 150), соотношение «норма»:«патологические изменения» 95:5.

**Результаты и обсуждение.** Использованы 70 рентгенограмм лиц более 18 лет с достоверными признаками туберкулеза легких. В 68,5 % случаев патологические изменения локализовались в S1, S2 верхних долей легких и занимали не более двух бронхолегочных сегментов. Наиболее частым рентгенологическим проявлением

туберкулеза были очаговые тени в сочетании с локальным изменением легочного рисунка.

Получены параметры диагностической точности для выборки № 1 и № 2: чувствительность 87,2 % и 75 %, специфичность 60 % и 53,5 %, прогностическая ценность положительного результата 68,6 % и 8,3 %, отрицательного – 82,4 % и 97,5 %, площадь под характеристической кривой 0,74 и 0,64. С позиций методологии «искусственный интеллект» при скрининге должен применяться для автоматизированного формирования группы риска, которую затем верифицирует квалифицированный врач. Особенно автоматизированный двойной пересмотр рекомендуется для медицинского обслуживания территорий с низкой плотностью населения, а также в условиях выраженного кадрового дефицита.

**Выводы.** Индекс-тест применим только для массовых профилактических осмотров в популяциях с низкой претестовой вероятностью наличия патологических изменений, что подтверждается значением прогностической ценности отрицательного результата (97,5 %). Технология может быть рекомендована для полуавтоматизированного формирования групп риска по туберкулезу легких для последующей верификации результатов врачом-рентгенологом.

## Экспертное телемедицинское консультирование в службе лучевой диагностики Москвы

**Морозов С. П., Ледихова Н. В., Владимирский А. В., Кузьмина Е. С.**

ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы»

**Введение.** Характер применения телемедицинских технологий в лучевой диагностике носит глобальный характер. Особую значимость телерадиология имеет для медицинского обслуживания территорий с низкой плотностью населения. В последние годы методология телемедицины успешно применяется и в организационно-управленческих целях. Однако вопрос целесообразности создания и функционирования сервисов «второго мнения» в условиях крупных сетей медицинских организаций (например, в условиях столичного здравоохранения) остается открытым.

**Цель.** Проанализировать обращаемость за экспертными телемедицинскими консультациями по результатам лучевых исследований в сети городских медицинских организаций Москвы.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты применения телемедицинских технологий для проведения

экспертных консультаций по результатам лучевых исследований в 2017 г. Проведены систематизация и структуризация обращаемости, сделан ее анализ по модальностям и областям исследований.

**Результаты и обсуждение.** В 2017 г. врачами-экспертами «НПЦМР ДЗМ» проведено 2678 экспертных телемедицинских консультаций (ЭТМК) по обращениям сотрудников отделений лучевой диагностики медицинских организаций Москвы. Системотехнической базой послужил –диный радиологический информационный сервис (–РИС). Фиксируется ежегодный прирост общего числа ЭТМК примерно на 100 %. Это свидетельствует о целесообразности и востребованности телерадиологической модели «второе мнение» даже в условиях столичного здравоохранения. ЭТМК проводились по модальностям: магнитно-резонансная томография – 52 % (1386), компьютерная томография – 47 % (1257), рентгенография – 1 % (35). В неотложном порядке (в среднем в течение 3 часов) проведены 85 телеконсультаций (3,2 %); по модальностям: КТ – 58,8 % (50), МРТ – 41,2 % (35). Подавляющее большинство (96,7 %) всех запросов поступило из городских поликлиник, оказывающих помощь взрослому населению. Наиболее часто ЭТМК выполнялись для учреждений го-Восточного (44,6 %), Восточного (15 %), го-Западного (14,4 %) и жного (13,8 %) административных округов.

**Выводы.** Применение телемедицинских технологий обеспечило эффективную поддержку принятия решения в сложных и дискуссионных ситуациях, повысило качество и безопасность лучевой диагностики. Представленные аналитические данные могут служить основой для последующих сравнительных исследований, а также для решения практических управленческих задач (расчет потребностей в экспертных телемедицинских консультациях, во врачах определенных субспециализаций; планирование образовательных мероприятий).

---

## Тактика лечения больных дивертикулярно-спастической болезнью ободочной кишки

**Негребов М. Г.<sup>1</sup>, Вторенко В. И.<sup>2</sup>, Хохлатов Д. Э.<sup>2</sup>,  
Фоломина Т. Е.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ

<sup>2</sup> ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) является одним из наиболее распространенных заболеваний. Причинами неудовлетворительных результатов лечения

и летальности пациентов с ДБОК являются: отсутствие единой хирургической тактики, четких критериев для дифференцированного выбора способа операции, поздняя обращаемость, наличие сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Проанализированы результаты обследования и лечения 93 пациентов, которые находились на лечении в ГКБ № 52 в 2017 г. Из 93 (100 %) больных 41 (44 %) обратились за помощью до 12 часов с момента возникновения заболевания, а 52 (66 %) через 12 часов и более. У 65 (70 %) пациентов госпитализация была обусловлена симптомами дивертикулита, у 4 (4 %) образованием инфильтрата брюшной полости, у 11 (12 %) кишечным кровотечением, а у 13 (14 %) перфорацией дивертикула и перитонитом. Среди пациентов женщин – 64 (69 %), мужчин – 29 (31 %). Средний возраст составил 62 года.

Для подтверждения диагноза всем пациентам выполняли обзорную рентгенограмму брюшной полости, УЗИ брюшной полости, колоноскопию, ирригографию, а в 2 (2 %) случаях была произведена диагностическая лапароскопия. 4 (4 %) пациентам выполнена КТ брюшной полости.

Проведенные исследования позволили установить, что у 59 (63 %) пациентов дивертикулы преимущественно локализовались в сигмовидной кишке, у 16 (17 %) в поперечно-ободочной кишке, и у 18 (19 %) во всех отделах ободочной кишки.

Из 93 (100 %) больных оперировано было 23 (25 %). У 19 (20 %) пациентов показанием к операции явились перфорация дивертикула, а у 4 (4 %) абсцесс брюшной полости. Преимущественно выполняли операцию типа Гартмана и петлевую колостомию, 16 (17 %) и 7 (7 %) соответственно. В раннем послеоперационном периоде умерло 5 (5 %) оперированных пациентов. Причинами летальных исходов явились: острый инфаркт миокарда в 2 (2 %) случаях, ТЭЛА в 3 (3 %) случаях. Средний койко-день составил 5,7.

**Выводы.** орошие результаты лечения и наименьшее количество койко-дней установили у больных, которым оперативные вмешательства не осуществляли или выполняли петлевую колостомию. Неблагоприятные результаты лечения были у пациентов, которым выполняли операции типа Гартмана.

---

## Подход к КТ-диагностике при реперфузионных методах лечения пациентов с ишемическим инсультом

**Новиков Е. А., Беленькая О. И., Меркулов Д. А.,  
Сницарь А. В.**

ГБУЗ «ГКБ имени В. П. Демикова ДЗМ»

Инсульт – государственная медицинская и социальная проблема, поэтому так значимы и важны реальные усилия по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом, а также по организации эффективных профилактических мероприятий. Наиболее эффективным методом лечения ишемического инсульта в настоящий момент являются реперфузионные методы лечения – это системная тромболитическая терапия (доказательность – класс I; уровень A) и эндоваскулярные методы лечения у тщательно отобранных пациентов: селективный внутриартериальный тромболитизис (доказательность – класс I, уровень B) и тромбэкстракция (доказательность – класс IIА, уровень C). Проведение системного тромболитизиса пациентам в острейшем периоде ишемического инсульта показано при длительности симптомов менее 4,5 часа и отсутствии противопоказаний, эндоваскулярные методы лечения – при длительности симптомов менее 6 часов, при отсутствии противопоказаний. При этом при наличии показаний к системной ТЛТ необходимо ее проведение, даже если рассматривается вопрос о возможном эндоваскулярном лечении (доказательность – класс I, уровень A). Также следует знать, что эндоваскулярное лечение при помощи стентриверов (тромбэкстракция) является более предпочтительным по сравнению с селективным внутриартериальным тромболитизисом (класс I, уровень →). Таким образом, в настоящий момент наиболее эффективным методом лечения ишемического инсульта в острейший период является тромбэкстракция с использованием стентриверов как в сочетании с системным тромболитизисом, так и изолированно. Проведение селективного внутриартериального тромболитизиса имеет следующие преимущества перед системным: более удлиненный период возможного начала лечения (6 часов от момента симптоматики), отсутствие системного действия альтеплазы. Однако эффективная доза альтеплазы для внутриартериального лечения не установлена, и в инструкции к применению данного препарата отсутствует внутриартериальный способ введения, что ограничивает применение данного метода в инсультных центрах.

Залогом успеха проведения реперфузионной терапии при ишемическом инсульте являются: своевременное обращение пациента, скорость медицинской эвакуации в стационар, мультидисциплинарный командный подход невролога, реаниматолога, специалиста лучевой диагностики, врача рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения. Важнейшим этапом является быстрая и полноценная КТ диагностика, проводимая с целью верификации очагового поражения головного мозга, уровня и характера возможного тромбоза брахиоцефальных и мозговых артерий с дальнейшим выбором метода реперфузии.

Нами в ходе анализа проведения реперфузионного лечения на базе ГБУЗ ГKB им. В. П. Демикова ДЗМ (за текущий год было выполнено 15 системных тромболитизисов, 14 тромбэкстракций с использованием стентриверов «Solitair») выработан следующий алгоритм проведения КТ головного мозга и брахиоцефальных артерий. Сначала проводится нативная КТ головного мозга – на данном этапе исключается внутримозговое или субарахноидальное кровоизлияние, ишемия размером больше 1/3 полушария (реперфузионное лечение не показано). Вторым этапом проводится КТ перфузия головного мозга – исключаются пациенты с инфарктым ядром более 1/3, отсутствием зоны пенумбры (в первом случае реперфузия не показана, во втором – нецелесообразна). При наличии зоны пенумбры (с ядром инфаркта менее 1/3 полушария) или отсутствия ишемических изменений пациенту выполняется КТ ангиография интра- и экстракраниальных артерий с целью верификации уровня тромбоза артерий, индивидуальной анатомии сосудистого русла (возможность доступа), определения интраоперационных нюансов процедуры.

Таким образом, после проведения КТ исследования по вышеописанному алгоритму при отсутствии других противопоказаний бригадой специалистов принимается решение о способе проведения реперфузионного лечения – системный тромболитизис (отсутствие показаний для эндоваскулярного лечения), тромбэкстракция (окклюзия М2 или М3 сегментов средней мозговой, передней мозговой, позвоночной, базилярной артерий (доказательность – класс IIВ, уровень C)) или сочетание методов системного тромболитизиса и тромбэкстракции.

## Ускоренные ритмы у больных пожилого возраста по данным холтеровского мониторинга ЭКГ

**Палкин М. Н., Борщевская М. В., Иванова А. Н.**  
ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», РНИМУ им. Н. И. Пирогова

В связи с изменением классификации аритмий сердца с заменой термина «групповая экстрасистолия» на термин «неустойчивые ритмы с длительностью от 3 комплексов до 30 сек.», в ЭКГ-заключениях, особенно при холтер-ЭКГ, часто стал использоваться термин «ускоренный ритм» предсердной, АВ и желудочковой топики с ЧСС в диапазоне 60–110 в мин.

Был проведен анализ холтер-ЭКГ 200 больных пожилого возраста (средний возраст – 79 лет) кардиологического отделения. При анализе в 45 % наблюдений был зарегистрирован ускоренный предсердный ритм

(в 15 % – полифокусный), в 2 % – АВ ускоренный ритм и 9 % – желудочковый ускоренный ритм.

Преимущественно частота ускоренных ритмов была длительностью от 2–3 сек. до 6–8 сек., со спонтанным выходом, асимптоматическим течением.

Большинство предсердных ускоренных ритмов осложнялось АВ блокадами 1-й и 2-й ст., аберрацией ЖК, в связи с преимущественно фокусным механизмом протекали с «разогревом» (учащением в начале) и «охлаждением» (урежением) при выходе. Ускоренные АВ ритмы за счет преимущественно реципрокного механизма характеризовались регулярным ритмом, в ряде случаев с преходящей в/желудочковой блокадой. Ускоренные желудочковые ритмы требовали дифференциальной диагностики от желудочковой регулярной парасистолии (наличие удлиненного прединтервала перед укороченным постинтервалом).

Таким образом, более чем у половины пациентов пожилого возраста с заболеваниями сердца при холтер-ЭКГ-мониторировании регистрируются ускоренные ритмы, преимущественно – предсердные.

---

## Сравнение активности НАДН-зависимой цитохром В5-редуктазы при опухолях щитовидной железы

**Проскурнина Е. В.<sup>1</sup>, Федорова М. В.<sup>1</sup>, Щёголев А. А.<sup>2</sup>, Митичкин А. Е.<sup>2</sup>, Пантелеев И. В.<sup>2</sup>, Светлов Е. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Факультет фундаментальной медицины МГУ имени М. В. Ломоносова

<sup>2</sup> Центр эндокринной хирургии ГКБ им. Ф. И. Иноземцева и Университетской клиники РНИМУ им. Н. И. Пирогова

**Введение.** НАДН-зависимая цитохром b5-редуктаза является ферментом, чья роль изучена недостаточно. Этот фермент является частью микросомальной цепи окисления № 2, поддерживает в восстановленном состоянии коэнзим Q10, являясь частью системы поддержания свободнорадикального гомеостаза. Знание активности этого фермента полезно для дифференциальной диагностики злокачественных опухолей.

**Цель.** Изучение активности фермента цит5-редуктазы при опухолях щитовидной железы.

**Материалы и методы.** Метод основан на регистрации спонтанного люцигенин-активированного свечения ткани щитовидной железы после добавления НАДН. Анализ проводили не позднее 3 часов после интраоперационного взятия материала. Ткань транспортировали в растворе Кребса-Рингера, Т +4°C. Масса 15,5 ± 0,5 г.

В исследовании принимали участие пациенты ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ, оперированные по поводу новообразований щитовидной железы. Рак щитовидной железы у 15 пациентов, фолликулярная опухоль – у 3, тиреотоксический зоб – у 22.

**Результаты.** Фолликулярная опухоль (n = 3). Уровень НАДН-стимулированной Л в контроле, усл. ед., ср. 0,3; уровень НАДН-стимулированной хемилюминесценции в очаге, усл. ед., ср. 0,5; соотношение уровня хемилюминесценции очаг/контроль, ср. 1,7. Папиллярный рак щитовидной железы (n = 15): уровень НАДН-стимулированной усл. ед., ср. 0,4; уровень НАДН-стимулированной, усл. ед., ср. 2,5; соотношение уровня хемилюминесценции очаг/контроль, ср. 6,6. Тиреотоксический зоб (n = 22) уровень НАДН-стимулированной Л в контроле, усл. ед., ср. 0,3; уровень НАДН-стимулированной очаге, усл. ед., ср. 3,8; соотношение уровня Л очаг/контроль, ср. 13,5.

Из данных следует, что при папиллярном раке щитовидной железы отмечается тенденция к повышению активности фермента по сравнению с доброкачественной опухолью. При тиреотоксическом зобе отмечается тенденция к повышению активности этого фермента более чем на порядок.

**Выводы.** Предложена методика, основанная на регистрации люцигенин-активированной хемилюминесценции в присутствии НАДН, которая позволяет оценить активность НАДН-зависимой цитохром b5-редуктазы в тканях щитовидной железы.

Методика применена для анализа образцов фолликулярной опухоли и папиллярного рака щитовидной железы. При аналогичном уровне хемилюминесценции в контрольной ткани уровень НАДН-зависимой люцигенин-активированной хемилюминесценции был значимо выше в образце рака щитовидной железы. На этом основании может быть разработан подход в диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы.

---

## Глубокая аналитика в медицинской визуализации

**Сафронов Д. С.**

ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ»

Информация играет ключевую роль в процессе принятия решений на любом уровне. Глубокая аналитика предметной области позволяет сформировать объективное мнение, реалистичный прогноз и учесть все риски, связанные с принимаемым решением. На сегодняшний день аналитика в области лучевой диагностики крайне слабо развита. В основном она

ограничивается количественными показателями, что по сути является лишь статистикой. Для проведения глубоких аналитических исследований необходимо изучить и разработать метод сбора информации максимального количества аспектов исследуемой области. Далее необходимо установить взаимосвязи между аспектами изучаемых объектов, собрать информацию и снова изучать взаимосвязи. После сбора информации, ее аккумуляции в большом количестве, как правило, возникают новые идеи, как можно ее использовать. Методы Data mining а и анализа BigData позволяют создавать инструменты глубокой аналитики, когда используется несколько источников информации для изучения одного объекта. Результаты могут использоваться для принятия решений в условиях минимальной неопределенности.

В настоящей работе описан метод проведения аналитического исследования. Исследование включает в себя более 30 вопросов, позволяющих получить информацию более чем по 80 показателям и индикаторам, относящимся к разным областям использования информационно-технологических средств и инструментов медицинской визуализации в отделении лучевой диагностики и медицинской организации в целом.

Целью настоящего исследования является определение уровня автоматизации рабочих процессов, связанных с медицинской визуализацией, в конкретном учреждении здравоохранения. При этом особая роль отводится наличию технологий, позволяющих обеспечивать высокий уровень качества и безопасности предоставляемых диагностических услуг. Помимо определения текущего уровня развития, исследование позволяет получить стандартизированные рекомендации для повышения уровня развития ИТ. Данные рекомендации можно использовать как цели и задачи для формирования дорожной карты развития ИТ в конкретном учреждении. Исследование предполагает использование автоматизированной интернет-платформы и включает в себя онлайн-анкетирование с выводом результатов для респондента. В зависимости от качества заполнения анкеты респонденту задаются уточняющие вопросы. Анкета рассчитана на заполнение руководителем отделения, в котором сконцентрировано наибольшее количество радиологической техники. Для заполнения анкеты понадобится привлечь ИТ-специалиста. Заполнение анкеты рассчитано на два часа.

## Магнитно-резонансная томография пациентов с металлоконструкциями

**Семенов Д. С., Васильев Ю. А., Сергунова К. А.,  
Петрайкин А. В., Ахмад Е. С., Владзимирский А. В.,  
Морозов С. П.**

*ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ»*

Увеличение количества пациентов с имплантированными медицинскими изделиями (ИМИ), а также клиническая необходимость назначения магнитно-резонансной томографии (МРТ) пациентам с металлическими инородными телами в организме определяют актуальность вопроса о возможности безопасного проведения МР исследования.

Воздействие магнитных полей в процессе работы аппарата может служить причиной смещения, поворота или нагрева металлических объектов и, как следствие, привести к механической или термической травме пациента. Для оценки степени воздействия генерируемых электромагнитных полей на ИМИ применяются международные стандарты ASTM (F 2182, F 2052, F 2213, F 2119 и F 2503), не имеющие в настоящее время аналогов в системе государственных стандартов РФ.

Согласно ГОСТ Р МЭК 60601-2-33-2013 безопасным считается нагрев окружающей ИМИ ткани, не превышающий 1°C. Таким образом, для оценки теплового эффекта, вызванного воздействием магнитного поля на металлические объекты, и определения условий безопасного проведения МРТ пациентам с ИМИ рассмотрены образцы из различных материалов: титан, латунь, медь, нержавеющая сталь и пр. (габаритные размеры 1–20 см). МРТ проводилось с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, использовалась импульсная последовательность Fast Spin Echo (FSE). Параметры выбраны исходя из возможности достижения максимального значения удельного коэффициента поглощения (УКП, SAR): FA = 120°, TR = 19 000 мс, TE = 79 мс, SAR = 3,14 Вт/кг. В результате, несмотря на превышение нормы УКП в 1,5 раза (согласно ГОСТ Р МЭК 60601-2-33-2013), нагрев образцов за 90 минут составлял от 0,05°C для титановой пластины, до 5°C для латунной втулки.

Используемые в клинической практике импульсные последовательности могут иметь значительно более низкое значение УКП, а следовательно, и меньший нагрев. Однако для безопасного проведения МР исследований пациентам с металлоконструкциями необходима разработка методических рекомендаций по принятию решения о возможности и условиях сканирования. Создание такого регламента требует выполнения мета-анализа доступных литературных данных, разработки теоретической модели, создания и постоянного пополнения базы результатов экспериментальных исследований. Это позволит сократить число отказов от проведения МРТ и снизить степень риска в случае наличия металлических объектов в теле пациента.

## Фантом для кросс-калибровки при рентгеновской денситометрии (QCT, DXA). Сравнительные исследования

**Сергунова К. А., Петрайкин А. В., Низовцева Л. А., Семенов Д. С., Ахмад Е. С., Соловьев А. В., Морозов С. П.**  
ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ»

**Цель.** Оценить возможности разработанного фантома для кросс-калибровки в оценке точности денситометрических исследований методами КТ денситометрии (QCT) и двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA).

**Материалы и методы.** С целью стандартизации рентгеновских денситометрических исследований разработан кросс-калибровочный фантом, использованы имитирующие позвонки вставки, заполненные бикалий гидрофосфатом, обеспечивающим объемную плотность 50, 100, 150, 200 мг/см<sup>3</sup> для калибровки в режиме QCT и проекционную плотность 0,45, 0,91, 1,36, 1,84 мг/см<sup>3</sup> для калибровки в режиме DXA. Для заполнения фантома используется вода или физиологический раствор; для имитации избыточного подкожного жира – парафиновые наклейки толщиной 4 см.

**Результаты и обсуждение.** Кросс-калибровочные исследования, выполненные с помощью разработанного фантома для двух аппаратов QCT, показали, что измерения значений минеральной плотности кости (МПК) не зависят от КТ аппарата (максимальная разница составила до 1,5 мг/см<sup>3</sup>). Показано незначительное влияние состава среды, окружающей позвонки, на точность проводимых измерений (при замене воды на физиологический раствор измеренная МПК снижалась на 2 %. Изменение тока на трубке также незначительно влияло на измеренные значения МПК, при увеличении тока отмечалось снижение разброса на 2,5 %. В большей степени оказывало влияние перемещение «позвонков» из центра на периферию области сканирования, отмечалось снижение измеренной МПК до 9,2 %, что, вероятно, обусловлено механизмом гиперкоррекции эффекта усиления жесткости луча. Добавление парафиновых накладок при периферическом расположении «позвонков» и низком токе на трубке снижало измеренную МПК на 11,6 % (эффект усиления жесткости луча). При анализе точности метода для двух сканеров относительная погрешность измерения не превышала 5,3 %. При использовании парафиновых накладок, имитирующих жир, погрешность возрастала и составляла 18,1 %. При этом происходила переоценка МПК.

**Выводы.** Разработан фантом для кросс-калибровки рентгеновских денситометров и оценки факторов, влияющих на точность измерения МПК при рутинных DXA

исследованиях и при проведении КТ денситометрии. Было установлено, что наибольшее влияние оказывает добавление жировой прослойки, приводящее к занижению показателей МПК в QCT и завышению в DXA. Кросс-калибровка с помощью разработанного фантома показала сопоставимость результатов определения МПК для двух КТ сканеров, укомплектованных QCT.

## Информативность методов лучевой диагностики в выявлении дистрофических изменений позвоночника

**Смирнов В. В., к. м. н., Елисеев Н. П., к. м. н.**  
ООО «Центр Реабилитации», г. Обнинск, Россия

Традиционные рентгенологические методы помогают установить общие признаки дистрофического процесса у 82,2 % обследованных, однако не предоставляют достаточную информацию о характере патологического процесса, распространенности локализации очага поражения, об уровне и степени компрессии неврологических и сосудистых элементов позвоночного канала. Тем не менее традиционная рентгенография дает предварительную ориентировку о характере заболевания, этим упрощая задачу дальнейшего лучевого обследования.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) была использована с целью выявления изменений костных структур исследуемых позвоночных сегментов и проведения планиметрического анализа. Информативность СКТ в диагностике протрузий, грыж, секвестрации межпозвонковых дисков составила 100 %, специфичность 98 %, чувствительность – 97 %. КТ исследования помогли установить вид и степень спондилолистеза среди пациентов с комбинированными изменениями позвоночного сегмента. Магнитно-резонансная томография (МРТ) значительно повысила результативность диагностического процесса, так как предоставила наилучшие возможности для выявления морфологического субстрата поражения, определения локализации и распространенности патологического очага и выявления наиболее заинтересованных в процессе тканей. Высокая тканевая специфичность МРТ (88,9 %) позволила проводить дифференциальную диагностику между поражениями, имитирующими дистрофические изменения позвоночника (различные образования, воспалительные заболевания, абсцессы, венозный застой, патологические изменения аорты). Также она с большой точностью могла установить диско-радикулярный конфликт (78,6 %). Уникальная возможность проводить многопроекционные исследования с помощью МРТ оказалась особенно ценной

при одновременном поражении нескольких дисков, когда по размерам, направлению и локализации определялись наиболее значимые в патогенетическом плане грыжевые выпячивания.

Таким образом, традиционные рентгенологические методы устанавливают общие признаки дистрофического процесса в 82,2 % случаев. Специфичность рентгенографии в определении характера дистрофического поражения составляет 47,8 %.

Для обследования пациентов с дискогенными изменениями позвоночных сегментов достаточно проводить рентгенографию и T1-, T2-взвешенные МРТ исследования, сочетанные результаты которых являются высокоэффективными (95,4 %).

СКТ и МРТ являются взаимодополняющими методами обследования больных дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника, в совокупности их результативность достигает 99,4 %.

Корреляция данных комплексного лучевого исследования с клиническими проявлениями составляет 71,8 %, а сходами в ходе оперативного лечения – 91,7 %.

## Морфологическая структура почечной патологии ткани по данным пункционной биопсии при ANCA-ассоциированных васкулитах

**Столяревич Е. С., Фролова Н. Ф., Варясин В. В.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Системные васкулиты, ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (ANCA), являются жизнеугрожающими аутоиммунными заболеваниями, для которых характерно полиорганное поражение с высокой частотой развития быстро прогрессирующего гломерулонефрита. В большинстве случаев диагноз ANCA-ассоциированного васкулита может быть поставлен на основании клинико-лабораторных данных и серологических методов исследования. Тем не менее биопсия почек позволяет оценить тяжесть поражения почек, уточнить прогноз заболевания и во многом определить объем необходимой патогенетической терапии.

**Цель исследования.** Изучить особенности клинико-морфологической картины ANCA-ассоциированного быстро прогрессирующего гломерулонефрита и оценить его прогноз в зависимости от особенностей морфологической картины.

**Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ данных 115 пациентов с ANCA-ассоциированным

васкулитом и морфологически верифицированным малоиммунным некротизирующим гломерулонефритом. Средний возраст пациентов составлял  $55,4 \pm 13,6$  лет. М:Ж – 44 % : 56 %.

**Результаты.** В соответствии с морфологической классификацией поражения почек при ANCA – СВ (Berden, 2010 г.) были выделены 4 гистологических варианта: очаговый (n = 22), полулунный (n = 34), склерозирующий (n = 30) и смешанный (n = 29). Уровень креатинина был сопоставимым у пациентов с полулунным и склерозирующим вариантами, составляя 600 мкмоль/л (400; 975) и 735 мкмоль/л (375; 840) соответственно. При очаговом варианте поражения этот показатель оказался значимо более низким, составляя 410 мкмоль/л (257; 627,5). При смешанном варианте уровень креатинина имел промежуточное значение, составляя 530 мкмоль/л, (400; 817).

Почечная выживаемость у пациентов с очаговым типом поражения также оказалась наиболее высокой (89 % к 5 годам наблюдения), при смешанном варианте этот показатель был равен 79 %. При полулунном и склерозирующем вариантах почечная выживаемость была более низкой, составляя к 5 годам 56 % и 34 % соответственно.

**Заключение.** Гистоморфологические изменения почечной ткани коррелируют со степенью снижения функции почек и являются предиктором отдаленного исхода ANCA-ассоциированного гломерулонефрита.

## Возможности проведения диагностических и лечебных эндоскопических исследований в комбинации с модифицированным анестезиологическим пособием

**Стручкова Е. Ю., Калмыков А. В., Шитиков Е. А., Могильницкий И. Е., Бархатова И. В.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

**Актуальность.** Проблема доступности и безопасности эндоскопического исследования, выполняемого в условиях общей анестезии, в стационарах остается крайне актуальной. Выполнение плановых и экстренных эндоскопических исследований, оценка состояния слизистой верхних отделов ЖКТ, выполнение эндоскопического гемостаза при источниках желудочно-кишечных кровотечений, оперативные пособия, включая эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, значительно улучшаются в условиях общего обезболивания. Исследование верхних отделов ЖКТ в условиях внутривенной

общей анестезии опасно развитием нередких осложнений аспирационно-гипоксического характера.

**Цель исследования.** Оценить возможность применения модифицированной гастро-ларингеальной трубки в условиях стационара для оказания экстренной помощи при анестезиологическом пособии на плановых и экстренных эндоскопических исследованиях и операциях.

**Материалы и методы.** Мы используем модифицированную гастро-ларингеальную трубку как разновидность пищеводного обтуратора с манжетами для раздувания в пищеводе и ротоглотке, что обеспечивает полноценное разграничение дыхательного и пищеварительного трактов и герметизацию дыхательных путей. Одновременно в указанной трубке имеется широкий пищеводный канал диаметром 13,8 мм. В условиях многопрофильного стационара в качестве компонента анестезиологического пособия данная трубка имеет значение при следующих эндоскопических диагностических и лечебных манипуляциях: диагностическая ЭГДС, эндоскопический гемостаз, оперативные манипуляции на слизистой пищевода, желудка и 12-перстной кишки, эндопротезирование опухолей верхнего отдела пищеварительного тракта, эндоскопические ретроградные вмешательства на желчных протоках. Отмечено удобство указанных эндоскопических манипуляций для оператора в условиях релаксации стенки ЖКТ, прецизионное воздействие на объект исследования и операции, использование любой позиции пациента ввиду защищенности дыхательных путей. Через дыхательный канал обеспечивается как спонтанное дыхание пациента, так и, по показаниям, вспомогательная или искусственная вентиляция легких. Простота установки гастро-ларингеальной трубки позволяет избегать всех потенциальных осложнений, связанных с интубацией трахеи, и проводить исследования в условиях тотальной внутривенной анестезии без использования миорелаксантов.

**Выводы.** Постоянное применение гастро-ларингеальной трубки позволит точно определить анестезиологические параметры для применения указанной методики и уточнить перечень эндоскопических исследований и манипуляций на верхних отделах ЖКТ с целью дальнейшего улучшения результатов лечения.

---

## Риски развития осложнений, связанных с постановкой туннельного катетера у больных, находящихся на программном гемодиализе

**Сырочев А. А., Осадчая С. Н.**

ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О. М. Филатова ДЗМ»

По данным Общероссийского регистра заместительной почечной терапии Российского диализного общества, число больных, страдающих хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии (т ПН) и находящихся на длительном (часто пожизненном) программном гемодиализе в Москве, на 2015 г. составило 247 на 1 млн жителей. —жегодно количество больных, впервые принятых на гемодиализ, возрастает: в период с 2010 по 2015 г. от 590 до 1031 человека в год. В качестве сосудистого доступа при сеансах программного гемодиализа у большинства больных используется постоянный сосудистый доступ (ПСД): нативная артериовенозная фистула (АВФ), синтетический сосудистый протез (ССП).

Для категории пациентов, которым требуется экстренное лечение гемодиализом, используется временный сосудистый доступ (ВСД) – кратковременный диализный катетер или долговременный (перманентный) туннельный катетер, который рекомендуется использовать на время «созревания» АВФ до возможности уверенной пункции.

В ряде случаев, когда нет условий для формирования АВФ или постановки СПП, перманентный туннельный катетер может использоваться в качестве ПСД.

По результатам исследований многих авторов известно, что вероятность развития гнойно-септических осложнений (ГСО), связанных с сосудистым доступом, несомненно, выше у пациентов, имеющих ВСД, и подчас данные осложнения фатальны. В этиологической структуре возбудителей ГСО, связанных с постановкой перманентных катетеров, лидирующее место занимает *S. aureus* (по данным некоторых авторов, до 80 % случаев). Инфекции в области установки катетера зачастую приводят к потере доступа, неизбежной госпитализации пациента, выбору нового места установки катетера.

Учитывая актуальность проблемы инфицирования ВСД, цель исследования состоит в изучении различных рисков возникновения ГСО у пациентов с перманентными катетерами: выявление частоты и сроков их возникновения, прогнозирование рисков на всех этапах ухода и манипуляций с катетером со стороны медицинского персонала и больных, внедрение новых методов профилактики.

Перспективному анализу на момент начала исследования подлежало 40 пациентов с включением в исследование больных с вновь установленными туннельными катетерами. Промежуточные результаты анализа показывают, что в 1/3 случаев имеют место осложнения, связанные с постановкой перманентного туннельного катетера, причиной которых в ряде случаев стал неправильный уход за катетером самим больным.

## Возможности внедрения инновационных моделей лекарственного обеспечения с оплатой за результат лечения

**Толкушин А. Г., Давыдовская М. В., Ермолаева Т. Н., Кокушкин К. А.**

ГБУ НПЦ КИОМТ ДЗМ

Оплата за результат – это современная парадигма экономических отношений, когда плательщик (клиент) платит за достигнутый результат, а не за исходные количественные характеристики товара или услуги. Эта парадигма, в частности, заложена в ценообразовании, основанном на ценности, но не на себестоимости, и помогает найти ответ на вопрос, почему за одни лекарственные препараты следует платить больше или меньше, чем за другие. Для внедрения оплаты за результат лечения в рамках системы бюджетного лекарственного обеспечения в России существует ряд потенциальных препятствий.

**Цель.** Поиск нормативно-правовой базы для внедрения схем оплаты за результат терапии в рамках действующего регулирования.

**Методы и материалы.** Источники данных включали законодательные документы различных инстанций (например, Гражданский кодекс, федеральные законы, постановления Правительства, приказы и официальные письма), юридические комментарии, фактическую рутинную практику закупок лекарственных средств, а также экспертные заключения, полученные в ходе консультаций с опытным юристом в области закупок лекарственных средств. Был проведен целенаправленный поиск в централизованных законодательных базах данных «Гарант» и «КонсультантПлюс». Возможные схемы были представлены в виде последовательных блок-схем, которые обсуждались с экспертами-юристами в сфере госзакупок.

**Результаты.** В ходе серии исследований и обсуждений выявлено, что ключевым препятствием для внедрения инновационных схем является то, что препараты должны закупаться только с использованием надежной конкурентной процедуры – аукциона. Учитывая это, мы разработали следующие схемы, которые приведены в соответствии с действующим законодательством и законоприменимой практикой.

1. В рамках одного контракта с поставщиком лекарств, когда клинически-значимые исходы (КЗИ) терапии рассматриваются как неожиданные отлагательные условия (неизвестно, наступит это условие или нет, Гражданский кодекс, статья 157). Наступление неожиданного неблагоприятного клинически-значимого исхода может

включать компенсацию или пропорциональное снижение общей стоимости контракта. Все возможные конкретные исходы, которые могут повлиять на пересмотр условий контракта, и все отлагательные условия контракта должны быть четко указаны в первоначальном контракте.

2. В рамках нескольких последовательных закупок препарата, где КЗИ рассматриваются в качестве основы для пересмотра стартовых условий для следующего аукциона. Данный вариант подразумевает предварительный локальный акт с подробным описанием схемы. Этот вариант является наиболее рискованным для фармацевтической индустрии с позиции ценообразования на лекарственные препараты.

3. В рамках отдельных соглашений. Соглашение о компенсации КЗИ (или соглашение о страховании риска КЗИ) с третьей стороной (например, производителем лекарственного препарата) может быть отделено от контракта на поставку с победителем аукциона – поставщиком лекарственных препаратов.

**Вывод.** Выявлено и описано три возможных варианта внедрения схем оплаты за результат лечения в России.

## Анализ потребления лекарственных препаратов и затрат на них у пациентов с диагнозом рак молочной железы в Москве

**Толкушин А. Г., Фисун А. Г., Давыдовская М. В., Ермолаева Т. Н., Кокушкин К. А.**

ГБУ НПЦ КИОМТ ДЗМ

Так как лекарственное обеспечение пациентов с раком молочной железы на территории Москвы является одним из наиболее затратных по сравнению с пациентами с другими злокачественными новообразованиями, оптимизация бюджетных расходов на лекарственное обеспечение этого контингента может оказаться наиболее актуальной. Для того чтобы определить наиболее перспективные препараты для комплексной оценки, оценки добавленной стоимости и экономической эффективности у больных раком молочной железы в Москве, нами был проведен целенаправленный ретроспективный кабинетный анализ использования лекарственных средств и их стоимости. Основным источником данных являлась регулярная база данных Центра лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы. База данных включала обезличенные данные об отпущенных по рецептам лекарственных препаратах. В

ходе анализа было рассчитано и определено количество пациентов, получивших каждый препарат, количество назначений, средняя стоимость препаратов на одного пациента, общая стоимость препаратов для всех пациентов в течение 2017 г. Затем была рассчитана доля затрат на конкретный лекарственный препарат в структуре расходов на все лекарственные препараты, которые были назначены рассматриваемому контингенту пациентов, что отражает влияние на бюджет, а также была рассчитана доля отпускаемых по рецепту лекарственных препаратов в структуре всех рецептов, что отражает реальные потребности. Также разработан и рассчитан относительный коэффициент (ОК; процент затрат / процент назначений). Этот комплексный коэффициент, который был рассчитан для каждого из рассматриваемых лекарственных препаратов (по МНН), комплексно отражал относительную стоимость каждого лекарственного препарата на одного пациента, стоимость лекарственного препарата на всех пациентов и количество назначений. С помощью ОК были определены наиболее перспективные препараты для дальнейшего рассмотрения.

**Результаты.** Проанализировано более 225 000 назначений 251 МНН препаратов пациентам с раком молочной железы в 2017 г. в Москве. В структуре всех назначений лекарственных препаратов 34% составлял анастрозол; 33% состояло из 7 препаратов (трастузумаб, ондансетрон, золедроновая кислота, трамадол, тамоксифен, флувестрант и гозерелин). —ще 33% составили остальные 243 МНН, включая лекарственные препараты для сопутствующей терапии. В структуре расходов 25% приходилось на трастузумаб; следующие 60% было затрачено на 12 препаратов (флувестрант, эрибулин, доцетаксел, пертузумаб+трастузумаб набор, трастузумаб эмтанзин, гозерелин, паклитаксел, эверолимус, лапатиниб, пертузумаб, капецитабин, золедроновая кислота). 15% затрат было потрачено на 238 МНН. Среднее значение ОК для всех лекарственных препаратов составляло 3.17. ОК для лекарственных препаратов трастузумаб, флувестрант, эрибулин, доцетаксел, пертузумаб+трастузумаб набор, трастузумаб эмтанзин, гозерелин, паклитаксел, эверолимус, лапатиниб, пертузумаб, капецитабин, золедроновая кислота составляли : 3,15, 3,64, 15,11, 4,33, 43,59, 21,9, 1,25, 1,69, 17,42, 19,17, 29,75, 1,19, и 0,45, соответственно. Были определены препараты с наиболее высокими значениями ОК: пертузумаб+трастузумаб набор, трастузумаб эмтанзин, эрибулин, эверолимус, лапатиниб, пертузумаб. Эти препараты являются наиболее перспективными для проведения углубленной комплексной оценки с позиции оптимизации бюджета, в том числе с применением инновационной методологии AV-анализа цены и ценности.

## Разработка AV-платформы разумного выбора лекарственных препаратов в условиях фиксированного бюджета

**Толкушин А.Г.<sup>1</sup>, Ягудина Р.И.<sup>2</sup>, Давыдовская М.В.<sup>1</sup>, Ермолаева Т.Н.<sup>1</sup>, Кокушкин К.А.<sup>1</sup>, Погудина Н.Л.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГБУ НПЦ КИОМТ ДЗМ

<sup>2</sup> Первый МГМУ им И.М. Сеченова

<sup>3</sup> Независимая исследовательская компания «Разумный выбор», Москва

Появление новых лекарственных препаратов, обладающих высокой эффективностью и высокой стоимостью, может явиться причиной диспропорции при распределении ограниченного бюджета. Современные инструменты оптимизации бюджета, включая сравнительный фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность», ABC-VEN-анализ и т.п., дают лишь ориентировочные направления оптимизации бюджета. Так, например, в результате фармакоэкономического анализа может быть сделан вывод о затратной эффективности более дорогостоящего и более эффективного лекарственного препарата, но в условиях фактического ограничения бюджета на лекарственные препараты применение нового лекарственного препарата окажется неприемлемым, несмотря на наличие клинически значимых преимуществ. Внедрение нового лекарственного препарата с высоким уровнем дополнительной ценности должно сопровождаться коррекцией структуры потребления других лекарственных препаратов с менее привлекательным уровнем соотношения цены (затратности) и ценности. При этом следует отметить, что как затратность (А), так и ценность (V) лекарственных препаратов должны быть представлены в унифицированной форме. Стоимость (затратность; А) лекарственных препаратов не должна включать других видов затрат, кроме собственно лекарственного препарата, потому что планирование и исполнение бюджета в настоящее время базируется на закупку лекарственных препаратов. Другие виды затрат, а также предотвращение затрат, связанных с отдаленными клиническими исходами, может быть учтено при рассмотрении ценности лекарственных препаратов. Временной горизонт оценки стоимости лекарственных препаратов логично ограничить одним годом ввиду цикличности планирования и исполнения бюджета. При этом среднюю стоимость лекарственного препарата на одного пациента следует умножить на количество пациентов, то есть определить суммарную затратность (TN). С другой стороны, в случае наличия исходно только суммарной затратности, необходимо определить количество пациентов (N) и среднюю затратность на одного пациента для того,

чтобы иметь возможность корректировать структуру потребления лекарственных препаратов.

Определение показателей ценности лекарственных препаратов (V) также должно быть унифицировано. Ценность лекарственного препарата может быть определена с применением комбинированного объективно-субъективного методического подхода. Объективные данные, полученные в исследованиях, а также данные о заболеваемости и смертности могут быть дополнены результатами количественной экспертной оценки. Для того чтобы сделать возможным регулярное обновление данных об относительной ценности лекарственных препаратов, необходимо разработать ряд критериев оценки ценности, который должен включать такие критерии, как влияние на продолжительность, качество жизни, удобство применения, нежелательные реакции, предотвращение затрат в будущем, а также медико-демографические характеристики контингента пациентов, на которых направлено применение лекарственного препарата.

Для того чтобы применение всех лекарственных препаратов не превышало размера имеющегося бюджета, а также приводило бы к максимальному уровню общей ценности лекарственной терапии у всех пациентов на территории города Москвы в целом, необходимо рассмотрение всех или, как минимум, наиболее затратных лекарственных препаратов, а также выделение подгрупп (субкогорт) пациентов для лекарственных препаратов, имеющих относительно неблагоприятное соотношение затратности и ценности (AV), с целью улучшения этого показателя и снижения суммарной затратности (AT).

## Повышение функциональных резервов организма пациентов с хронической обструктивной болезнью легких при использовании немедикаментозных методов лечения

**Уянаева М. А., Арутюнов Г. П.**

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», ФБОУ ВО РНИМУ имени Н. И. Пирогова Минздрава России

**Актуальность.** Восстановительное лечение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ОБЛ) непосредственно после терапии по поводу обострения заболевания в стационарных или поликлинических условиях должно быть направлено на стимуляцию адаптационных защитных механизмов, мобилизацию функциональных резервов организма для перелома течения патологического процесса,

предупреждения его прогрессирования, восстановления работоспособности, а также подготовки к профессиональной трудовой деятельности (Айрапетова Н. С. и соавт., 2016). Для реализации этих задач обосновано включение в схемы клинического ведения пациентов ОБЛ немедикаментозных, патогенетически обоснованных методов лечения.

**Цель.** Научное обоснование целесообразности и эффективности применения газовоздушных углекислых ванн (ГУВ) и ингаляций лизоцима у пациентов ОБЛ.

**Материалы и методы.** Рандомизированное проспективное контролируемое исследование в параллельных группах включало 118 пациентов ОБЛ в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст  $52,7 \pm 7,3$  года). Критериями включения пациентов в исследование служили: установленный диагноз ОБЛ средней степени тяжести в фазе неполной ремиссии, дыхательная недостаточность не более II степени, возрастной диапазон от 36 до 65 лет. Согласно задачам исследования пациенты были разделены на 4 группы, идентичные по клинико-функциональным характеристикам. Пациенты 1-й группы ( $n = 30$ ) получали ГУВ, 2-й группы ( $n = 28$ ) – ингаляции лизоцима, 3-й группы ( $n = 32$ ) – ГУВ в комплексе с ингаляциями лизоцима, в контрольной 4-й группе ( $n = 28$ ) пациентам назначали только лечебную физкультуру в комплексе с эмпирической лекарственной терапией. Клиническая эффективность применения ГУВ и ингаляций лизоцима (1-я и 2-я группы) оказалась сопоставимой и составила 73,3 и 71,4 % соответственно. Комплексное применение реабилитационных методов (ГУВ и ингаляции лизоцима) оказало достоверно более высокие непосредственные результаты лечения (90,6 %;  $p < 0,05$ ), что убедительно свидетельствует об эффективности и преимуществе сочетанного применения этих методов. В 4-й контрольной группе клиническое улучшение отмечалось у 46,4 % пациентов. Установлено, что комплексное применение ГУВ и ингаляций лизоцима оказывает выраженное противовоспалительное и иммунокорригирующее действие способствует подавлению секреции мокроты и улучшению мукоцилиарного транспорта, опосредует генерализованное снижение бронхиальной обструкции, повышение жизненной емкости легких ( $0,05 < p < 0,1$ ), улучшение газообменной функции легких ( $PO_2$  с  $132,4 \pm 40,6$  до  $118,2 \pm 3,8$  %,  $p < 0,01$ ), увеличению КИО<sub>2</sub> (с  $28,5 \pm 1,3$  до  $34,7 \pm 1,3$  мл,  $p < 0,001$ ). Выраженное улучшение параметров легочной и системной гемодинамики при применении комплексной технологии сопровождалось снижением легочной гипертензии (на 15,3 %), интенсификацией регионарного кровообращения (на 23,3 %), повышением сократительной способности миокарда. Кроме того, было выявлено повышение физической толерантности на

26,5 %, улучшение психологической адаптации и качества жизни во всех 3 группах, значимых положительных изменений в контрольной группе выявлено не было.

**Заключение.** Немедикаментозные реабилитационные методы, включающие ГУВ и ингаляции лизоцима, оказывают положительное влияние на клинико-функциональное состояние пациентов с ОБЛ, способствуют повышению физической толерантности, улучшению психологической адаптации и качества жизни. Это в значительной степени определяется улучшением вентиляционной и газообменной функций легких, легочной и системной гемодинамики, сократительной функции миокарда. Отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость, малая трудоемкость и доступность позволяют широко использовать эти методики в клинической практике.

---

## Показатели качества жизни у пациентов с наследственными ангиоотеками как индикатор эффективности обучения пациентов

**Фомина Д. С., Бобрикова Е. Н., Шевченко О. В.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

В соответствии с последними международными согласительными документами для всесторонней оценки бремени заболевания у каждого пациента с наследственным ангиоотеком (НАО) необходима не только оценка активности заболевания в условиях доступности высокоэффективного лекарственного арсенала средств, но и многофакторная оценка и улучшение качества жизни (КЖ).

**Цель исследования.** Анализ влияния школ пациентов с НАО на показатели качества жизни пациентов в условиях адекватного лекарственного обеспечения. Программа школ предполагает рассмотрение специфичности взаимодействия пациент – врач и пациент – пациент при обучении.

В настоящем исследовании проведен анализ влияния эффективности школ пациентов по результатам специально адаптированного для НАО опросника по качеству жизни (HAЕ-QoL), проанализированы и оценены показатели трудоспособности, физической активности, страха или внутренней напряженности пациентов. Он состоит из 25 пунктов, укомплектованных в семь групп: трудности с лечением, физическое функционирование и здоровье, связанное с характером заболевания, эмоциональной сферой и социальной активностью, проблемой наследования заболевания потомством. Работа

проведена на базе Центра аллергологии и иммунологии ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» при участии взрослых пациентов, состоящих в региональном реестре Москвы.

В исследовании приняли участие 29 пациентов, завершили исследование 27 (2 исключены из-за наступления беременности) с НАО 1, 2 типов. Данная когорта не меняла режим терапии и место проживания за истекшие 2 года. Основные характеристики исследуемой группы пациентов: средний возраст 45 лет, возрастной интервал дебюта (9,2; 18,5)  $p = 95$  %; интервал возраста постановки диагноза [24,7; 35,8]  $p = 95$  %; средний интервал задержки диагноза составил 14,3 (лет) с доверительным интервалом 8,7; 19,9). Одним из факторов исходно низкого качества жизни может служить несвоевременная диагностика НАО, что ведет к непредсказуемым осложнениям и рискам для жизни.

Доля положительных изменений в показателях КЖ была значительно выше, чем доля показателей, оставшихся без изменений или имевших отрицательную тенденцию в сравнении с исходными показателями, и в сравнении с контрольной группой, не проходившей обучение (10 пациентов). Отдельно оценивалась подгруппа работоспособного возраста и тенденция влияния заболевания на рабочую активность. Эффективное образование в школах через два года позволяет пациентам с НАО достичь основных терапевтических целей и заметно улучшить показатели КЖ. Достаточно лишь отметить тот факт, что пациенты, ни разу не участвовавшие в обучении, имеют в четыре раза больший риск развития осложнений по сравнению с теми, кто проходил обучение в какой-либо форме. В зарубежной научной литературе уже более 30 лет применяется термин «empowerment», что означает готовность пациента на основе полученных знаний усиленно противостоять заболеванию.

Проведение школ имело также косвенные результаты: были обследованы родственники пациентов, отрицавшие свое заболевание ранее; удалось реализовать внесение пациентов в региональный реестр, что обеспечило доступность высокоэффективных лекарственных препаратов.

---

## Моноклональные антитела к cd20 антигену B-лимфоцитов в терапии идиопатической мембранозной нефропатии

**Фролова Н. Ф., Сысоева И. Л., Дьякова Е. Н., Бирюкова Л. С., Волгина Г. В., Артюхина Л. Ю.**  
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Учитывая центральную роль аутоантител IgG в патогенезе идиопатической мембранозной нефропатии (ИМН), применение моноклональных антител к CD20 антигену В-лимфоцитов (ритуксимаба – RTX) обсуждается в качестве новой терапевтической стратегии лечения ИМН.

**Цель исследования.** Оценить эффективность RTX у пациентов с ИМН по сравнению с традиционной иммуносупрессивной терапией стероидами (КС) в комбинации с циклофосфамидом (ЦФ).

**Материалы и методы.** В исследование включены 47 пациентов с ИМН, подтвержденной биопсией почек, средний возраст  $56,2 \pm 10,4$  года, 79 % мужчин. Все пациенты получали ингибиторы РААС. RTX применяли в виде внутривенных инфузий в дозе  $375 \text{ мг/м}^2$  однократно в неделю в течение 4 недель у 22 пациентов (группа 1); у 12 с резистентным к предшествующей стандартной терапии нефротическим синдромом (НС) и у 10 с рецидивом НС. 25 пациентов (группа 2) получали ГК в сочетании с ЦФ. Группы пациентов не имели различий в уровнях суточной протеинурии ( $6,1 [4,5; 12]$  и  $7,1 [4,75; 11,65]$  г,  $p = 0,66$ ), гипопротеинемии и гипоальбуминемии. Изменения в суточной экскреции белка определяли через 6, 12 и 24 мес. после начала терапии RTX или стандартного лечения. Полная ремиссия диагностировалась при снижении суточной протеинурии менее 0,3 г, частичная ремиссия при протеинурии менее 3 г или в случаях ее снижения на 50 % по сравнению с исходными значениями.

**Результаты.** У пациентов, получавших КС в сочетании с ЦФ, протеинурия значительно снизилась у 20 из 25 (80 %), полная ремиссия была достигнута у 13 (65 %) и частичная – у 7 (35 %) пациентов. Семь пациентов (35 %), достигших ремиссии, имели рецидив НС, у 2 (8 %) развилась терминальная ПН, и 3 (12 %) пациентов умерли от сердечно-сосудистых событий. Из 22 пациентов, получавших RTX, ремиссия наблюдалась у 18 (81,8 %): полная ремиссия была достигнута у 14 (63,6 %) и частичная – у 4 (18,2 %) пациентов. У 4 пациентов (18,2 %) заболевание прогрессировало до терминальной ПН, у 1 пациента (4,5 %) был рецидив НС.

**Вывод.** У пациентов с ИМН эффективность ритуксимаба сопоставима с эффективностью терапии КС и ЦФ.

## Влияние t-HeO<sub>2</sub> на центральную гемодинамику и транспорт кислорода у пациентов с обострением ХОБЛ

**Шогенова Л. В., Годяев М. Я., Третьяков А. В., Новоселов С. Ю., Куценко М. А., Панин А. А., Чучалин А. Г.**

*Кафедра госпитальной терапии ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н. И. Пирогова МЗ*

*ГБУЗ «ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗМ»*

*ООО «Медтехинновации»*

Целью исследования явилось изучение эффективности ингаляций t-HeO<sub>2</sub> у больных ОБЛ в стадии обострения. Обследовано 24 пациента с обострением ОБЛ тяжелой степени GOLD 3. Исследование гемодинамики и транспорта кислорода проводилось методом системного интегрального мониторинга (аппарат СИМОНА 111 ОКОЛ КС 2000, Россия). Больным последовательно с перерывом 180 мин. проводилась терапия t-HeO<sub>2</sub> (O<sub>2</sub>/He = 30/70 %, t – 55°C, «Г–ЛИОКС ЭКСТРИМ», Россия) в течение 30 мин. и терапия O<sub>2</sub> (30 %) в течение 30 мин.

**Результаты.** Исходно изучаемые показатели были следующими: СДЛА =  $45 \pm 1$ ; ИПСС =  $271 \pm 12$ ; CI =  $47 \pm 3$ ; DO<sub>2</sub> =  $668 \pm 120$ , pO<sub>2</sub> =  $38 \pm 3$ ; pCO<sub>2</sub> =  $68 \pm 3$ . На фоне терапии t-HeO<sub>2</sub> отмечено существенное их улучшение: СДЛА =  $40 \pm 1$ ; ИПСС =  $235 \pm 12$ ; CI =  $49 \pm 2$ ; DO<sub>2</sub> =  $896 \pm 121$ ; pO<sub>2</sub> =  $57 \pm 2$ ; pCO<sub>2</sub> =  $47 \pm 5$ . На фоне O<sub>2</sub> терапии динамика также была положительной, но менее выражена, чем на фоне терапии t-HeO<sub>2</sub>: СДЛА =  $44 \pm 3$ ; ИПСС =  $273 \pm 11$ ; CI =  $42 \pm 2$ ; DO<sub>2</sub> =  $672 \pm 112$ ; pO<sub>2</sub> =  $52 \pm 2$ ; pCO<sub>2</sub> =  $42 \pm 5$ .

**Заключение.** Использование t-HeO<sub>2</sub> в сравнении с терапией O<sub>2</sub> достоверно эффективнее улучшает оксигенацию крови, транспорт кислорода и гемодинамику.

Образование



Статистика



Наука



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.nioz.ru](http://www.nioz.ru)



Методология



Аналитика



Социологические  
исследования

115088 г. Москва  
ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

+7 (495) 530-12-89

[niozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niozmm@zdrav.mos.ru)



**ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.nioz.ru](http://www.nioz.ru)