

Главное медицинское управление
Управления делами Президента Российской Федерации
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации

Ежегодная научно-практическая конференция

**Персонализированный подход
к лечению и профилактике
социально значимых заболеваний
в терапевтической и общей
врачебной практике**



26 октября 2017, Москва

Программа конференции

10.00 – 10.10	Открытие конференции
10.10 – 10.40	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: оптимизация эрадикации НР инфекции Чорбинская С.А.
10.40 – 10.55	НАЖБП: чем опасна безопасная болезнь? Патогенез сердечно-сосудистых осложнений и терапия Вовк Е.И.
10.55 – 11.15	Лечение артериальной гипертонии: фокус на церебропротекцию* Барышникова Г.А.
11.15 – 11.40	Функциональные заболевания ЖКТ в свете их перекреста (СРК и функциональная диспепсия) Чорбинская С.А.
11.40 – 12.00	Психосоматические расстройства в гастроэнтерологии Самушия М.А.
12.00 – 12.30	Болезнь малых сосудов: патогенетические подтипы, возможные лечебные стратегии** Соловьева Э.Ю.
12.30 – 13.30	Перерыв
13.30 – 14.10	Современная стратегия лечения бронхолёгочных заболеваний Степанова И.И.
14.10 – 14.40	Метформин сегодня - современный взгляд на терапию метаболических нарушений при СД 2 типа** Оранская А.Н.
14.40 – 15.00	Клинические маски ВИЧ инфекции Девяткин А.В.
15.00 – 15.20	Профилактика гриппа и ОРВИ - профилактика пневмонии, инфаркта, инсульта Кареткина Г.Н.
15.20 – 15.35	Лечение больных с высоким сердечно-сосудистым риском* Барышникова Г.А.
15.35 – 15.55	Клиника, диагностика и лечение рака предстательной железы Чуприк-Малиновская Т.П.
15.55 – 16.15	Скелетно-мышечные нарушения у пожилых Шостак Н.А.

16.15 – 16.30	Терапия абдоминальной боли у пациентов с СРК Павлов А.И.
16.30 – 16.45	Хронические заболевания вен в практике терапевта: основные принципы диагностики и лечения Гонсалес М.А.
16.45 – 17.00	Дискуссия, ответы на вопросы. Закрытие конференции Выдача сертификатов

*Внепрограммный симпозиум при поддержке компании «Санофи»

**Внепрограммный симпозиум при поддержке компании «Берлин Хеми»

Лекторы и докладчики

Председатель: Чорбинская Светлана Алексеевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Барышникова Галина Анатольевна

доктор медицинских наук, профессор, кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Вовк Елена Ивановна

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Гонсалес Мария Андреевна

кандидат медицинских наук, врач сердечно-сосудистый хирург, Центр сердечно-сосудистой патологии ЦКБ №2 им. Н. А. Семашко ОАО «РЖД»

Девяткин Андрей Викторович

доктор медицинских наук, профессор, кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

Кареткина Галина Николаевна

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Оранская Алевтина Николаевна

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Павлов Александр Игоревич

кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы, начальник Центра гастроэнтерологии и гепатологии, ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России

Самушия Марина Антиповна

доктор медицинских наук, проректор по научной работе ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Соловьева Элла Юрьевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии ФУВ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Степанова Ирина Ираклиевна

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Чуприк-Малиновская Татьяна Петровна

доктор медицинских наук, заведующая отделением лучевой терапии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, врач высшей квалификационной категории

Шостак Надежда Александровна

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующая кафедрой факультетской терапии им. А.И. Нестерова ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Материалы конференции

Содержание

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: оптимизация эрадикации НР инфекции.....	8
Чорбинская С.А.	
НАЖБП: чем опасна безопасная болезнь? Патогенез сердечно-сосудистых осложнений и терапия.....	16
Вовк Е.И.	
Лечение артериальной гипертензии: фокус на церебропротекцию.....	21
Барышникова Г.А.	
Психосоматические расстройства в гастроэнтерологии.....	26
Самушия М.А.	
Современная стратегия лечения бронхолёгочных заболеваний.....	33
Степанова И.И.	
Профилактика гриппа и ОРВИ - профилактика пневмонии, инфаркта, инсульта.....	46
Кареткина Г.Н.	
Лечение больных с высоким сердечно-сосудистым риском.....	51
Барышникова Г.А.	
Клиника, диагностика и лечение рака предстательной железы.....	56
Чуприк-Малиновская Т.П.	
Хронические заболевания вен в практике терапевта: основные принципы диагностики и лечения.....	64
Гонсалес М.А.	

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: оптимизация эрадикации НР инфекции

Чорбинская С.А.

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной
диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ

Определение

ЯБ – хроническое заболевание с циклическим рецидивирующим течением в отличии от **вторичных язв** («стрессовых», медикаментозных, эндокринных и собственно симптоматических)

Эпидемиология

➤ **11–14% мужчин и 8–11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ** (Cioke Hsg B., Beglinger Ch. Gastroenterologie systematisch, Bremen-London-Boston, 2007, 2 Auflage. S. 150-70).

В Российской Федерации по материалам Министерства здравоохранения РФ : за период с 2006 по 2009 г.

уменьшилось:

- общее число пациентов с ЯБ (с 1 663 660 до 1 522 938)
- число больных в пересчете на 100 000 населения (с 1446,5 до 1314,6)
- число лиц с впервые выявленной ЯБ (с 148 019 до 136 363 в абсолютных цифрах и с 128,7 до 117,7 в пересчете на 100 000 населения)

NB!!! Во всем мире отмечено увеличение частоты осложнений ЯБ (кровотечений, перфораций) за счет приема НПВП

Lau J. Y., Sung J., Hill C., et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion 2011; 84:102-13.

ПАТОГЕНЕЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
H. Shay и D.C.H. Sun

<p>ФАКТОРЫ АГРЕССИИ</p> <p><u>Эндогенные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • пепсин • соляная кислота • нарушение моторно-эвакуаторной функции • компоненты желчи <p><u>Экзогенные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • пищевые • лекарственные НПВС • Helicobacter pylori 	<p>ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> • образование слизи • секреция бикарбонатов • адекватный кровоток • регенерация эпителия • простагландины • иммунная защита • тормозной механизм кислотной продукции
--	---



**В России *H. pylori* выявляется у
60- 90%
взрослого населения**

Для людей, инфицированных *H. pylori*: риск развития

ЯБ в течение жизни: 10-20%

рака желудка: 1-2-%

зависит от – вирулентных и патогенных свойств штаммов *H. pylori*, генетических особенностей организма хозяина, факторов окружающей среды

ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (ИПП)
бензимидазолы, слабые основания

- **омепразол** (Швеция, 1987) **ЗЕРОЦИД, ОЦИД, ЛОСЕК, ЛОСЕК МАПС, ОМЕЗ, ОМИЗАК, ОМЕПРОЛ, ОМЕФИЗ, РОМЕСЕК, ГАСТРОЗОЛ, УЛЬТОП**
- **лансопразол** (Франция, 1992) **ЛАНЗАП, ЛАНЗОПТОЛ**
- **декслансопразол** - с модифицированным двухфазным пролонгированным высвобождением **ДЕКСИЛАНТ**
- **пантопразол** (Германия, 1994) **КОНТРОЛОК, ЗИПАНТОЛ, НОЛЬПАЗА, ПАНУМ**
- **рабепразол** (Бельгия) **ПАРИЕТ**
- **эзомепразол** (оптический S-изомер) **НЕКСИУМ, ЭМАНЕРА**

Что отличает один ИПП от другого?

- Различные ИПП обеспечивают разную длительность ингибирования протонных помп и желудочной секреции.
- Продолжительность антисекреторного эффекта определяется скоростью обновления протонных помп.

Время восстановления ингибированной секреции HCl:

- лансопризол – 15 ч
- омепразол и рабепразол – 30 ч
- **пантопризол – 46 ч**

Пантопризол обеспечивает наиболее продолжительный кислотоснижающий эффект*.

*Суровкина И.В. Пантопризол: детали для врачей // РМЖ. 2014. №18. С. 1749

Преимущества препарата Панум® в терапии кислотозависимых заболеваний



- Селективный препарат для париетальных клеток желудка, в области которых pH достигает наиболее низких значений¹.
- До 46 часов ингибирует желудочную секрецию²
- Имеет низкий риск лекарственных взаимодействий^{2, 3}
- Терапевтическая эффективность (эквивалентность) препарата Панум® сравнима с препаратом оригинального пантопризола⁴
- Доступная терапия кислотозависимых заболеваний⁵

1. Суровкина И.В. Пантопризол: детали для врачей // РМЖ. 2014. №18. С. 1749
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Панум®
3. Карвалл Д.С. Как избежать лекарственных взаимодействий при лечении ГЭРБ, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), функциональной и органической диспепсией, ферралл М.В. 2010
4. Галактионов В.В. Оценка терапевтической эквивалентности по критерию скорости контроля. Влияние и терапевтической эквивалентности препаратов «Панум» и «Пантопризол» // РМЖ. 2014. №18. С. 1749
5. Инструкция по медицинскому применению препарата Панум®

Определение

- **Эрадикация** – полное уничтожение вегетативных и кокковых форм бактерий Нр в желудке и ДПК





Оригинальное исследование

- Цель оригинального исследования – оценка сравнительных характеристик **инфракрасных спектров (ИК-спектров) двух готовых лекарственных форм висмута.**
- В исследовании проанализированы спектральные характеристики наиболее востребованных висмут-содержащих препаратов, а именно, препаратов Де-нол® (производство Astellas Pharma Europe B.V., Нидерланды) и Новобисмол (производство Фармпроект, Россия).
- Активным действующим веществом этих препаратов является висмута трикалия дицитрат.

Сухих А.С., Платникова Е.Ю. и соавт., 2014



Согласно рекомендациям последнего согласительного совещания Европейской рабочей группы по изучению *H. pylori* и микробиоты «Маастрихт V/Флоренция» (2016),

1. Выбор схемы эрадикации зависит от частоты резистентности штаммов *H. pylori* в данном регионе к кларитромицину.
2. Если она не превышает 15%, то в качестве схемы первой линии назначается стандартная **тройная терапия**
3. Показатели устойчивости штаммов *H. pylori* к кларитромицину в России не превышают 15%
4. Схемой **первой линии** является стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая:
 - ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) +
 - кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) +
 - амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Меры, позволяющие повысить эффективность указанной терапии:

1. Назначение дважды в день **повышенной дозы ИПП** (удвоенной по сравнению со стандартной).
2. **Увеличение продолжительности** тройной терапии с ИПП и кларитромицином до 14 дней.
3. Добавление к стандартной тройной терапии **висмута трикалия дицитрата** в дозе 240 мг 2 раза в сутки.
4. Присоединение к стандартной тройной терапии **пробиотика *Saccharomyces boulardii*** (по 250 мг 2 раза в сутки).
5. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств.

**Вариант эрадикационной терапии
первой линии**

(например, при непереносимости препаратов группы пеницилина)

классическая четырехкомпонентная схема:

- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) +
- висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) +
- тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) +
- метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки)

Продолжительность квадротерапии с препаратами висмута должна составлять 14 дней, при условии если в данном регионе не доказана высокая эффективность 10-дневного курса [10].

Варианты терапии первой линии

- ❖ ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) 5 дней, а далее
- ❖ ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 2 раза в сутки) 5 дней (последовательная терапия)

В состав квадротерапии без препаратов висмута входят:
ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 2 раза в сутки)

Схема второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии

- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) +
- висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) +
- тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) +
- метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки)

- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) +
- левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) +
- амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Терапия **третьей линии** основывается на:

определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам

Ребамипид (РЕБАГИТ): новый препарат для лечения больных ЯБ

- Производное хинолинов
- Гастропротектор и энтеропротектор
- Индукция синтеза эндогенных простагландинов E2 и GI2 в слизистой оболочке ЖКТ, что приводит к активации ее физиологической защиты.

Режим назначения

100 мг 3 раза в день в течение 2–4 недель, при необходимости продолжительность приема может быть увеличена до 8 недель.

Ребамипид: под его влиянием

- улучшается кровоток в стенках ЖКТ и усиливается пролиферация эпителиальных клеток (**цитопротективный эффект**)
- происходит подавление повышенной проницаемости слизистой оболочки
- **выведение свободных радикалов**
- повышается секреция гликопротеинов желудочной слизи
- реализуется **противовоспалительное действие**
- **ускоряются сроки заживления язв** и улучшается качество образующегося рубца

НР- инфекция


- снижается адгезия бактерий к слизистой оболочке желудка
- уменьшается риск ее повторной колонизации (снижается вероятность развития рецидивов)

НАЖБП: чем опасна безопасная болезнь?

Патогенез сердечно-сосудистых осложнений и терапия


Вовк Е.И.

Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность 


- У пациентов с НАЖБП обычно имеются признаки метаболического синдрома (МетС), а также множество других факторов риска ССЗ^{1,2,3}.
- Эти данные имеют большую клиническую значимость для развития в будущем явлений ССЗ у таких пациентов.

1. Aester GM, Targher G, Day CP. Progression of NAFLD to diabetes mellitus, cardiovascular disease or cirrhosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10:330-344.
2. Targher G, Day CP, Bonora E. Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2010;363:1341-1350.
3. Bhatta LS, Curran MP, Calder PC, Byrne CD. Non-alcoholic fatty liver disease: a new and important cardiovascular risk factor? *Eur Heart J* 2012;33:1330-1335.

Актуальность 

- В некоторых больших перекрестных исследованиях на базе больниц, в которые включались пациенты с и без сахарного диабета, было соответствующим образом показано, что распространенность клинического течения ССЗ повышена у пациентов с НАЖБП^{1,2,3}.
- Например, в группе из более чем 11 000 взрослых жителей США НАЖБП была связана с повышенной распространенностью ССЗ, вне зависимости от многочисленных факторов риска ССЗ⁴.

1. Targher G, Day CP, Bonora E. Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2010;363:1341-1350.
2. Bhatta LS, Curran MP, Calder PC, Byrne CD. Non-alcoholic fatty liver disease: a new and important cardiovascular risk factor? *Eur Heart J* 2012;33:1330-1335.
3. Balleschi S, Lonardo A, Bonaparte S, Byrne CD, Loria P, Targher G. Risk of cardiovascular, cardiac and arrhythmic complications in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterol* 2014;20(17):24-34.
4. Stepanova M, Younossi ZM. Independent association between nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular disease in the US population. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:646-650.




Патогенез сердечно-сосудистых осложнений НАЖБП. Атеросклероз.

- **Мета-анализ 27 перекрестных исследований:** описана устойчивая связь между НАЖБП и некоторыми маркерами субклинического течения атеросклероза, таких как повышение толщины интимы-меди сонных артерий (16 исследований), усиление кальцификации коронарных артерий (7 исследований), нарушение вазодилатации, обусловленной током крови (7 исследований), и эластичность артерий (6 исследований). Все эти связи не зависели от классических факторов риска ССЗ и признаков Метаболического синдрома у основного ряда пациентов¹.

1. Ochi ET, Agatston AS, Blaha MJ, Falkner L, Cury R, Spilano A, et al. A systematic review: burden and severity of subclinical cardiovascular disease among those with nonalcoholic fatty liver; should we care? *Atherosclerosis* 2013;230:250-267.

4




Патогенез сердечно-сосудистых осложнений НАЖБП¹. Влияние на миокард.

- Есть большое количество данных, связывающих НАЖБП с отклонениями в структуре и функции сердца как у подростков, так и у взрослых лиц с/без сопутствующих признаков MetC¹.
- В исследовании случай/контроль по оценке состояния сердца с помощью МРТ и 31P-МРС у взрослых с НАЖБП, диагностированной по данным 1H-МРС, описаны значимые изменения структуры сердца и признаки ранней диастолической дисфункции ЛЖ по сравнению с контрольной группой в соответствии с возрастом, полом и индексом массы тела, при отсутствии изменений в метаболизме миокарда или явного заболевания сердца.
- В когорте из 1886 взрослых субъектов в Корее, Kim и др. обнаружили, что НАЖБП, диагностированная по данным УЗИ, была связана с диастолической дисфункцией ЛЖ, вне зависимости от признаков MetC и других установленных факторов риска ССЗ².

1. Behrns S, Linnfors A, Bergsten L, Egeus D, Lank E, Teiger S. Risk of cardiovascular, cardiac and arrhythmic complications in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Heart* 2014;100:1204-1210.
2. Kim M, Park J, Kim JH, Kim SH, Cho H, et al. Non-alcoholic fatty liver disease, metabolic syndrome and subclinical cardiovascular changes in the general population. *Heart* 2014;100:1047-1052.

5




Патогенез сердечно-сосудистых осложнений НАЖБП. Влияние на миокард.

- У пациентов с НАЖБП отмечаются ранние изменения субстратного метаболизма миокарда (например, нарушение метаболизма высокоэнергетических фосфатов, инсулиновая резистентность), что вызывает функциональные и структурные изменения сердца (напр., дисфункцию и гипертрофию ЛЖ), которые потенциально связаны с повышенным риском застойной сердечной недостаточности (СН) в этой группе пациентов¹.


1. Egeus D, Teiger S, Behrns S. NAFLD & metabolic disease. *Journal of Hepatology* Vol 62, 2015: 97-104.

6

 Патогенез сердечно-сосудистых осложнений НАЖБП. Влияние на миокард.


- В исследовании случай/контроль НАЖБП, диагностированная по данным УЗИ, была связана с повышенной распространенностью фибрилляции предсердий (ФП) у стационарных пациентов с СД 2 типа, и эта связь не зависела от некоторых клинических факторов риска ФП¹.
- В другом, проспективном исследовании было обнаружено, что пациенты с СД 2 типа с НАЖБП показали более частое развитие случаев ФП за 10-летний период наблюдения, чем у соответствующих им субъектов без НАЖБП, и что НАЖБП, диагностированная по данным УЗИ, была связана с пятикратным повышением риска развития ФП вне зависимости от наличия признаков Метаболического синдрома и других частых факторов риска ФП².

1. Targher G, Mantovani A, Fichini L, Rigolin R, D'aurio M, Zoppi G, et al. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with an increased prevalence of atrial fibrillation in hospitalized patients with type 2 diabetes. Clin Sci (Lond) 2013;125:303-309.
2. Targher G, Vilmosa F, Bonapace S, Bertolini L, Zimori L, Fichini L, Mantovani A, Zoppi G, Bonoro E, Barbieri E, et al. Association of nonalcoholic fatty liver disease with QTc interval in patients with type 2 diabetes. J Nutr Metab Cardiovasc Dis. — 2014. — Vol. 24. — P. 653-660

 Патогенез сердечно-сосудистых осложнений НАЖБП¹. Паренхима почек.

- В систематическом обзоре и мета-анализе (n=63 902, включено 20 перекрестных и 13 долгосрочных исследований), Musso и др.¹ подтвердили, что НАЖБП, диагностируемая по гистологическим данным, результатам визуализационных исследований и повышению уровня печеночных ферментов, имела значимую связь с повышенным риском наличия ХБП (в 2 раза - OR 2.12, 95% ДИ 1.69-2.66) и обнаружения ХБП (почти в 2 раза - OR 1.79, 95% ДИ 1.65-1.95).
- Кроме того, НАСГ был связан с еще большей распространенностью (OR 2.53, 95% ДИ 1.58-4.05) и частотой (OR 2.12, 95% ДИ 1.42-3.17) ХБП, чем простой стеатоз¹.

1. Musso G, Gambino R, Netti G, et al. Association of non-alcoholic fatty liver disease with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. J Hepatol. 2014;61:103-111.

 Патогенез сердечно-сосудистых осложнений НАЖБП. Влияние на сосуды.

10

		Плацебо (N = 14)	Эссенцифол (N = 13)
Размер печени (размер доли; см)	Исходный показатель Через шесть месяцев	14.8 ± 0.07 14.4 ± 1.08	14.9 ± 1.08 14.0 ± 1.07
Липиды сыворотки крови	Холестерин (мг/дл) [нормальный интервал: 150-230 мг/дл] Исходный показатель Через шесть месяцев	224.4 ± 12.8 219.7 ± 18.6	224.4 ± 20.7 190.9 ± 7.0
	Триглицериды (мг/дл) [нормальный интервал: 74-172 мг/дл] Исходный показатель Через шесть месяцев	268.5 ± 21.2 231.8 ± 33.8	218.8 ± 51.1 177.3 ± 19.0
Жировая инфильтрация печени (баллы)	Эффект улучшения	Отсутствует	4 (31.7%)
	Улучшение	3 (21.4%)	3 (23.1%)
	Отсутствие изменений	5 (35.7%)	7 (53.8%)
	Ухудшение	1 (7.1%)	1 (7.7%)
	Переход в цирроз	1 (7.1%)	Отсутствует

Essential phospholipids as a supportive adjunct in the management of patients with NAFLD Dajani AIM et al; Arab. J. Gastroenterol. 2015; 16: 99-104		
Методы		
Страна	Объединенные Арабские Эмираты	
Дизайн исследования	Рандомизированное, проспективное, открытое исследование	
Лечение	324 пациента, с клинически диагностированной НАФЛД, а также после исключения других хронических заболеваний печени, были рандомизированы на 3 группы: - 1 группа пациентов только с НАФЛД (113 пациентов) - Эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ) 1800 мг (6 капсул) в день разделенные на 3 приема в течение 24 недель, затем 900 мг (3 капсулы) в день разделенные на 3 приема в течение 48 недель. - 2 группа пациентов с НАФЛД, ассоциированной с СД 2 типа (107 пациентов) получили аналогичную терапию ЭФЛ + метформин или глибенкламид. - 3 группа пациентов с НАФЛД, ассоциированной с комбинированной гиперлипидемией (104 пациента) получили аналогичную терапию ЭФЛ + atorvastatin или эзимидаз.	
	Результаты	
	Все пациенты имели удовлетворительный клинический ответ на лечение: 83% пациентов в 1 группе, 79,4% во второй и 76% пациентов в 3ей. Достоинству значительное улучшение клинической симптоматики, как общей (астения, раздражительность, нарушения сна) так и гастроэнтерологической (гастроинтестинальный дистресс, пациенты, метеоризм, тошнота, желтуха, диспепсия).	
Средние уровни трансаминаз после лечения снижались у 87%, 84% и 87% пациентов в трех группах соответственно (P <0.001) со средним снижением ALT до 50,8 ME и AST - 46,1 ME во всех трех группах исследования. УЗМ фракцией печени показала умеренное улучшение у 25,2%, 25,4% и 30,2% пациентов соответственно; нормализацию у 33 пациентов (4,6%) и переход от II степени жировой инфильтрации к I степени - у 83 пациентов (25,4%). По данным магнитно резонансного изображения необходимость у 24,2%, 26,1% и 29,2% пациентов в трех группах соответственно со средним снижением средней плотности печени до 3,2 eHa.		
После прекращения лечения во всех 3ех группах заболевание рецидивировало, особенно выражено в 1 группе с первичной НАФЛД.		

Лечение артериальной гипертонии: фокус на церебропротекцию

Барышникова Г.А.

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ







Основная цель лечения АГ

максимально возможное снижение риска сердечно - сосудистых осложнений и увеличение продолжительности жизни

- Снижение АД до целевого уровня
- Коррекция всех модифицируемых ФР
- Защита органов – мишеней
- Лечение сопутствующих заболеваний


Российские рекомендации по диагностике и лечению АГ (4-й пересмотр), 2013 г.

На сегодняшний день для лечения АГ мы используем пять групп антигипертензивных препаратов

1. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)
2. Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)
3. Диуретики
4. Антагонисты кальция (БКК)
5. Бета-адреноблокаторы (β-блокаторы)

Согласно клиническим рекомендациям РМОАГ «Артериальная гипертония у взрослых», все эти классы препаратов подходят для стартовой терапии.

Однако...



В РОССИИ СОХРАНЯЕТСЯ САМАЯ ВЫСОКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МИРЕ
 Данные ВОЗ 2013 г. (на 100 000 человек)

Смертность от ЦСЗ в России и странах Восточной Европы, в отличие от Западной Европы, растет



11-49	80-131	Нет данных
50-89	132-240	

A global brief on hypertension, WHO 2013

По данным ВОЗ в мире от инсульта умирает **6,7 млн. человек в год**

В России ежегодно случается **450 000 инсультов** → **1 инсульт каждые 1,5 минуты**

СНИЖЕНИЕ АД ВСЕГО НА 2 ММ РТ. СТ. УМЕНЬШАЕТ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ НА 10%

- Мета-анализ 61 проспективного, наблюдательного исследования
- 1 млн. взрослых
- 12.7 млн. пациентов/лет

Снижение систолического АД на 2 мм рт.ст.

Уменьшение риска смертельной ИБС на 7%

Уменьшение риска смерти от инсульта на 10%

Prospective Studies Collaboration. Lancet. 2002; 360:1903-1913.

АГ – НЕЗАВИСИМЫЙ МАРКЕР РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

АГ приводит к развитию деменции как после перенесенного инсульта, так и при обычном течении АГ, вследствие нагрузки на сосуды

Все типы деменции

Сосудистая деменция

Частота развития

↑ 4-6 раз

p for trend = 0.07

Norma Высокое норм. АД АГ 1 ст. АГ 2 ст.

Norma Высокое норм. АД АГ 1 ст. АГ 2 ст.

Albonija Fet et al. // Hypertension 2011, 58:32-38.

Профилактика первичного Инсульта: какой антигипертензивный препарат выбрать?

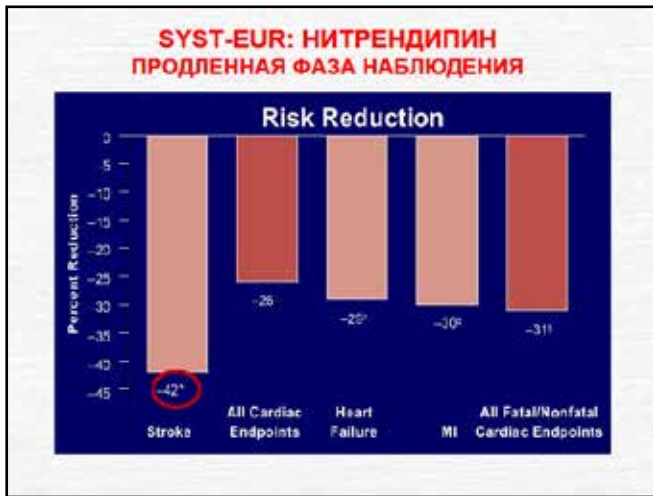
АК и ДИУРЕТИКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА

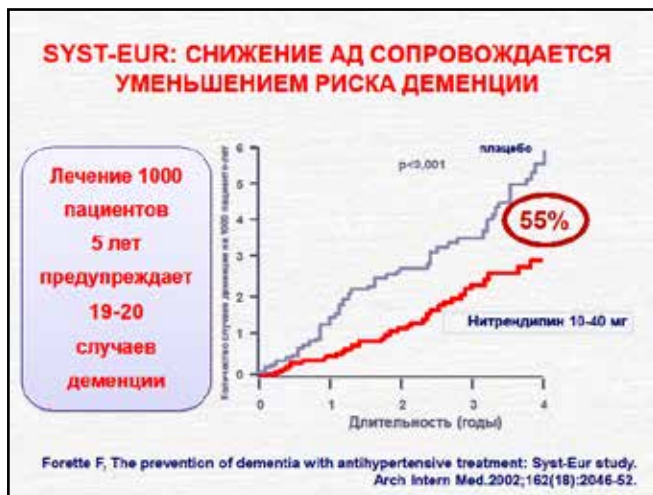
Сетевой мета-анализ 45 плацебо-контролируемых и 30 сравнительных исследований при АГ 2006 г. n=376.370

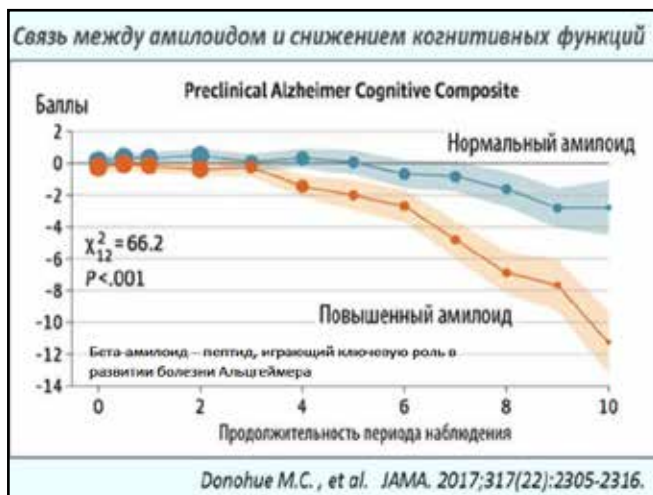
АК	0.65 (0.60-0.71)
Диуретики	0.66 (0.60-0.72)
БРА II	0.70 (0.61-0.80)
иАПФ	0.77 (0.70-0.83)
ББ	0.78 (0.71-0.86)
Плацебо	1.00 (Точка отсчета)

Относительный риск, 95 % ДИ

W. Bui, JHA 2006







Нитрендипин – уникальный АК для профилактики не только сосудистой деменции, но и болезни Альцгеймера, т.к. он выводит β -амилоида из головного мозга!

АМЛОДИПИН, ФЕЛОДИПИН, ИСРАДИПИН, НИФЕДИПИН НЕ ИМЕЮТ ВЛИЯНИЯ НА ТРАНСПОРТ β -АМИЛОИДА

C.Bochevar et al. "Selective dihydropyridin compounds facilitate the clearance of amyloid across the blood-brain barrier". European Journal of Pharmacology 639 (2011) 124-129

Кому в первую очередь назначается Нитрмед:

- ✓ **Всем пожилым пациентам с АГ (≥ 60 лет)**
 - Пациентам с впервые выявленной АГ в качестве монотерапии или комбинированной терапии
 - Пациентам с неэффективностью монотерапии ИАПФ и других АГ препаратов
 - Пациентам с побочными эффектами на ранее назначенную терапию ИАПФ и других АГ средств (кашель и пр.) в монотерапии или комбинациях с другими АГП
- ✓ **Пациентам любого возраста с АГ и отягощенным семейным анамнезом по ЦВЗ (инсульты, деменция, БА)**
- ✓ **Пациентам с АГ и сопутствующими ЦВЗ**

Как назначается Нитрмед:

Нитрмед (Нитрендипин)
Контролирует давление, защищает мозг, оберегает разум!

Эквивалентные суточные дозы современных антагонистов кальция в терапии АГ

НИТРЕНДИПИН (Nitrendipine)	АМЛОДИПИН (Amlodipine)	ЛЕРКАНИДИПИН (Lercanidipine)	ФЕЛОДИПИН (Felodipine)
20 мг	5 мг	10 мг	5 мг
40 мг	10 мг	20 мг	10 мг

НИТРЕМЕД (НИТРЕНДИПИН) ДОЗИРОВКИ

- ✓ Назначают по 20 мг утром. Суточную дозу можно постепенно увеличивать до максимальной — 40 мг (по 20 мг 2 раза в сутки) или уменьшить до 10 мг.

Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике

Самушия М.А.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

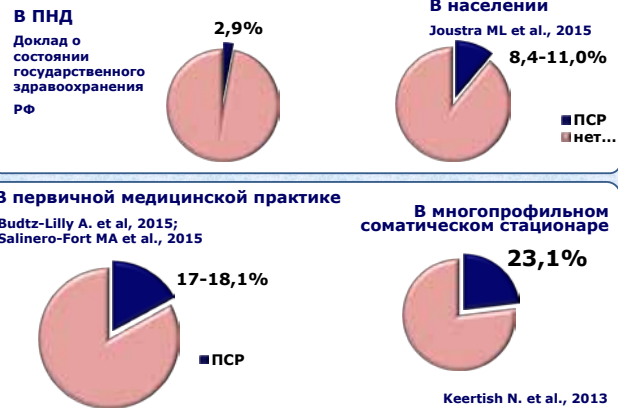
Управления делами Президента Российской Федерации

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

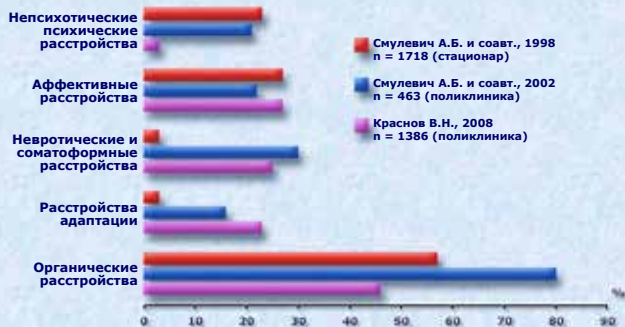
Иоган Христиан Гейнрот, 1818 (J. Heibroth)	«Психосоматика»
Феликс Дойч, 1922 (F. Deutsch)	«Психосоматическая медицина» (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь)
Дж. Страйн, М. Блуменфилд, 2006 (J.J. Strain, M. Blumenfield)	«Психосоматическая медицина» направление психиатрии, специализирующееся на коморбидности (комбинация и/или интеракция) соматических и психических расстройств

Психосоматическая медицина рассматривает комбинации и взаимодействие соматических и психических расстройств и по сути дела представляет на современном уровне тысячелетнюю проблему соотношения психики и тела

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОРГАНЫХ НЕВРОЗОВ

В населении



В общей медицинской практике

N = 1456

ГКБ №1
Поликлиника №171

Собственные данные





СОМАТИЗИРОВАННЫЕ РАССТРОЙСТВА (ОРГАННЫЕ НЕВРОЗЫ)

Конверсионный невроз	МНИФЕСТАЦИЯ	Вегетативный невроз
Психогенно (ситуационно) обусловлена 83%		Аутохтонная или связана с соматической или психической патологией 76%
<ul style="list-style-type: none"> • Отличается от соматической патологии • Полиморфизм органических систем • Смена вовлеченных органов 	СИМПТОМАТИКА	<ul style="list-style-type: none"> • Дублирует соматическую патологию • Ограничена одним органом (системой) • В пределах одного органа (системы)
Психологический (защитный): реализуется в рамках истерии соматизацией аффекта с «символическим» выбором органа	МЕХАНИЗМ	Биологический: составляющая соматической или психической патологии с выбором органа по механизму «соматической уязвимости»





Критерии СРК
 (разработаны совместно с проф. С.И. Рапопортом с использованием «Римских» критериев [W.G. Thompson с соавт., 1988])

Непрерывные или рецидивирующие в течение >3 месяцев:

- боли или ощущение дискомфорта в области живота, которые облегчаются после дефекации и/или связаны с частотой стула и/или связаны с изменениями в консистенции стула
- изменение пассажа, частоты и консистенции стула
- выделение слизи
- чувство распирания или расширения кишечника

Данные физикального обследования:

- умеренно вздутый живот
- болезненность по ходу толстой кишки
- спазмированная толстая кишка при пальпации

Данные инструментального обследования:

- снижение общего количества нормальной кишечной флоры при увеличении условно патогенной
- УЗИ-признаки хронического холецистита и реактивного панкреатита (вне обострения)
- УЗИ-признаки врожденных и приобретенных аномалий желчного пузыря и желчевыводящих путей
- Эндоскопические признаки постинфекционного колита, лимфоидной гиперплазии слизистой кишки



Диагностика и лечение депрессий в общей практике

Ключевая роль в оптимизации медицинской помощи больным депрессиями принадлежит врачам общемедицинской практики

ОДНАКО:

- В РФ депрессия диагностируется врачами общемедицинской практики только у **46%** из всех пациентов, страдающих этим расстройством
- Из них лишь **8,7%** назначается терапия антидепрессантами

Программа КОМПАС, 2002

Эпидемиология депрессий

Депрессия – самое частое психическое расстройство как в населении, так и в учреждениях общей медицины, негативное влияние которой на повседневную деятельность и качество жизни сопоставимо по тяжести и даже серьезнее, чем при хронических соматических заболеваниях, таких как диабет или кардиологическая патология.

Kaplan H.I., Sadock B.J., 2005

- Распространенность в мировой популяции: 4 – 5%
- Распространенность на протяжении жизни: 17% (ЕС), 16% (США)
- Распространенность в общемедицинской сети: 22 – 33%
- Распространенность в психиатрических стационарах: 43%
- Рецидивирующее и хроническое течение: минимум 20%

5 лет **Данные катмнеза** **15 лет**

■ ремиссия
■ рецидив
■ хронификация

Доля (%) пациентов с депрессией среди больных с гастроэнтерологической патологией (литературные данные)

Исследование	Доля (%)
Valkamo et al, 2001	24%
Brug, Abrams, 2001	47%
Lechto et al, 2001	19%
Achto et al, 2001	12%
Смулевич А.Б. с соавт. 2002	25%

Связь депрессии с гастроэнтерологическими заболеваниями

1. провоцирует гастроэнтерологическую патологию (ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта)
2. усугубляет течение гастроэнтерологического заболевания (амплификация соматических, болевых, астенических, вегетативных симптомокомплексов)
3. осложняет лечение гастроэнтерологического заболевания
4. снижает уровень участия пациента в лечебном процессе и реабилитационных программах
5. увеличивает длительность пребывания в соматическом стационаре
6. влияет на степень работоспособности
7. повышает уровень смертности
8. повышает риск самоубийства

**Д
Е
П
Р
Е
С
С
И
Я**

Депрессия и болезни органов пищеварения: нарушения психосоматических корреляций

Несоответствие проявлений соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания

- упорный гастралгический синдром, отсутствие аппетита и похудание при минимальной выраженности патологических изменений желудочно-кишечного тракта (например, поверхностный гастрит, некалькулезный холецистит)

Несоответствие динамики соматовегетативных расстройств характеру клинического течения соматического заболевания

- персистирующие анорексия, отрыжка воздухом, дискомфорт в эпигастрии и тошнота при зарубцевавшейся язве желудка или двенадцатиперстной кишки

ПОТРЕБНОСТЬ БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ (Смулевич А.Б. 2002)





ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ (1)

НАЗНАЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ СО «СТАНДАРТНЫМИ» ПОКАЗАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВАНИИ БАЛАНСА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ/БЕЗОПАСНОСТИ
 низкая потребность в средствах с мощным психотропным действием обеспечивает возможность широкого применения психотропных средств с минимальными побочными эффектами и низким потенциалом лекарственных взаимодействий

МИНИМАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ / СУБТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТАРТОВЫЕ ДОЗЫ (относительно «стандартных» рекомендаций) С ПОСТЕПЕННОЙ ТИТРАЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ (2)

СРЕДНИЕ СТАРТОВЫЕ ДОЗЫ ПРИ ИХ БЫСТРОМ НАРАЩИВАНИИ, ПРИ В/М И В/В ВВЕДЕНИИ, ПРИ КУПИРОВАНИИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ (соматогенные психозы, экзистенциальные кризы, соматопсихоз)

СОВМЕСТИМОСТЬ С СОМАТОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

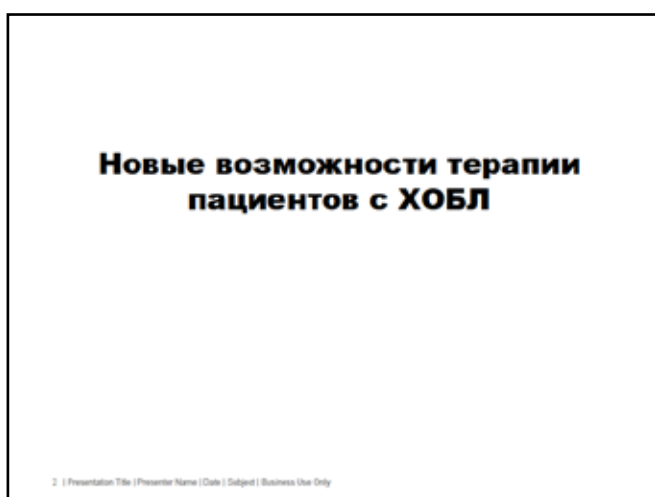
АДЕКВАТНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯСЯ

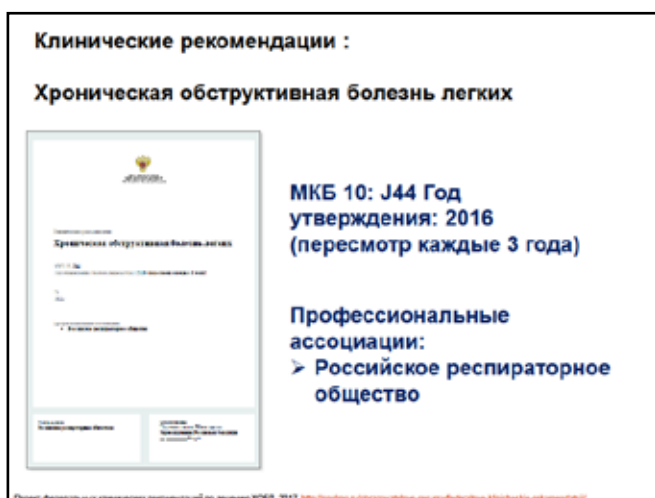
- ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ
- ХАРАКТЕРОМ ТРИГГЕРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ (нозогенные, соматогенные, ятрогенные)
- РИТМОМ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

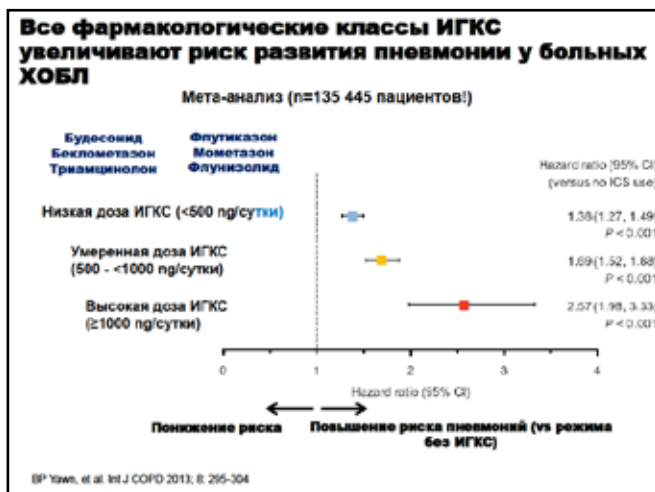
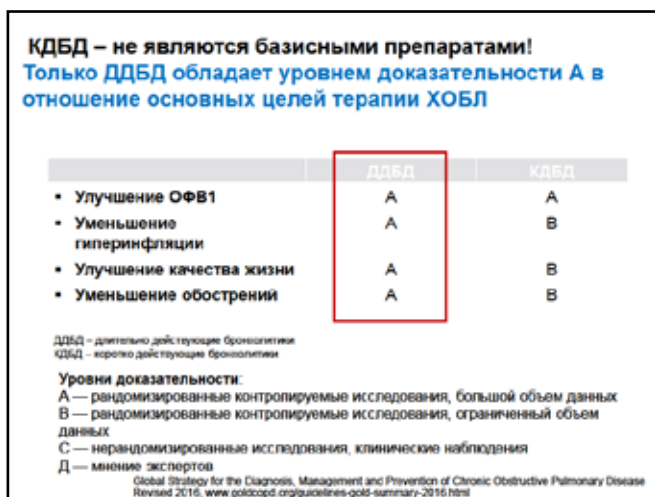
Современная стратегия лечения бронхолёгочных заболеваний

Степанова И.И.

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ







Формулировка диагноза ХОБЛ согласно федеральным клиническим рекомендациям 2017

«Хроническая обструктивная болезнь лёгких...»

- > степени тяжести (I – IV) нарушения бронхиальной проходимости
- > выраженность клинических симптомов: выраженные (CAT \geq 10, mMRC \geq 2) и невыраженные (CAT<10, mMRC<2)
- > частота обострений: редкие (0 – 1), частые (\geq 2)
- > фенотип ХОБЛ (если возможно)
- > осложнения (дыхательной недостаточности, легочной гипертензии и др.)
- > сопутствующие заболевания



Рекомендуется проведение спирометрии всем пациентам с подозрением на ХОБЛ для оценки наличия и тяжести обструкции дыхательных путей. Уровень достоверности 3D.
 Комментарий: при выявлении хронической бронхообструктивной (ОФВ1/ФЖЛ-1,7) показано проведение бронхопневматического теста.
 На этапе постановки диагноза Рекомендуется оценка симптомов ХОБЛ с помощью модифицированной анкеты mMRC или шкалы оценки ХОБЛ (CAT).
 Уровень достоверности 1A

Ссылка: Федеральные клинические рекомендации по лечению ХОБЛ 2017 <http://books.google.ru/books?id=907h0DwAAQAA&pg=PA34>

Шкала оценки тяжести одышки для пациента с ХОБЛ (mMRC)

Шкала одышки

Балл	Описание одышки
0	Я задыхаюсь только при больших нагрузках
1	Мне не хватает дыхания, когда я спешу при ходьбе на равном месте или на пологом склоне
2	На равном месте, я иду из-за одышки медленнее, чем люди такого же возраста; или же мне приходится останавливаться, чтобы перевести дыхание при ходьбе на моем обычном темпе
3	При ходьбе на равном месте я останавливаюсь, чтобы перевести дыхание пройдя около 100 метров или через несколько минут ходьбы
4	Я также задыхаюсь, когда просто выхожу из дома, или же во время одевания

C. E. Delaney, M.H.Delker, S.A. Durkin, L. Frazer, C. M. Morris, T. C. Swales, Journal of Family Practice, November, 2006.

Оценка риска развития обострений

1. Спирометрическая классификация –
 - I-II степени нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ1 \geq 50% от должного) – **НИЗКИЙ РИСК**
 - III-IV степени нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ1 < 50% от должного) – **ВЫСОКИЙ РИСК**
2. Оценка частоты обострений за последние 12 месяцев
 - 0-1 обострения – **НИЗКИЙ РИСК**
 - \geq 2 обострений – **ВЫСОКИЙ РИСК**
3. Оценка количества госпитализаций по поводу обострений ХОБЛ за последний год
 - Не было госпитализаций по поводу обострений ХОБЛ за последний год – **НИЗКИЙ РИСК**
 - 1 и более госпитализаций – **ВЫСОКИЙ РИСК**

При несоответствии показателей оценки необходимо ориентироваться на данные более худших показателей
©2016, Elsevier. Все права защищены. All rights reserved. This document is subject to copyright. All rights reserved. No part of this document may be reproduced without the permission of the publisher.



СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ : ДДЕБА или ДДХЛ

- у пациентов с менее выраженными симптомами (mMRC < 2 баллов или CAT < 10 баллов)

СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ : ДДЕБА / ДДХЛ

- у пациентов с выраженными симптомами (mMRC ≥ 2 баллов или CAT ≥ 10 баллов)
- при недостаточном эффекте монотерапии ДДЕБА или ДДХЛ (сохранение симптомов ИЛИ при повторных обострениях)

11 | Presentation Title | Presenter Name | Date | Subject | Business Use Only

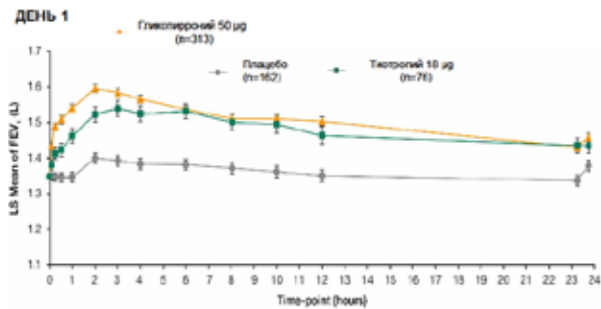


Критерии эффективности базисной терапии ХОБЛ :

- Улучшение легочной функции и переносимости физической нагрузки
- Улучшение качества жизни, симптомов заболевания
- Эффективная профилактика обострений
- ✓ **Эффективность ДДБА оценивается минимум по 3 важным параметрам для пациента:**
- ✓ **ОФВ1 trough (23-24 час пост-дозы)**
- ✓ **Влияние на одышку**
- ✓ **Влияние на частоту обострений**

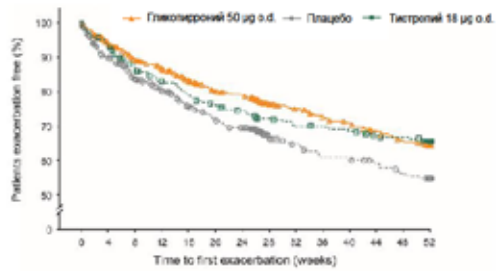
James F Donohue, et al. Comparative efficacy of long-acting β₂-agonists as monotherapy for chronic obstructive pulmonary disease: a network meta-analysis. International Journal of COPD, 2017

➢ Гликопиррония бромид обеспечивает быструю (первые 5 мин) и 24-часовую бронходилатацию и значительно снижает выраженность утренних симптомов, начиная с 1 дня терапии



D'Urto et al. CMAJ 2013

Гликопиррония бромид эффективно профилактирует среднетяжелые и тяжелые обострения ХОБЛ на протяжении года



Number at risk	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
Гликопирроний	195	171	145	120	95	70	45	20	5	0	0	0	0	0
Плацебо	210	185	160	135	110	85	60	35	10	5	0	0	0	0
Тиазопид	210	195	180	165	150	135	120	105	90	75	60	45	30	15

26 нед и 52 нед: rate ratio (RR) 0.66; both p<0.005)

D'Urto et al. CMAJ 2013



Проверенные на практике ДДБА, ДДАХ и ДДБА/ДДХЛ : базисная терапия ХОБЛ

Ультибро® Бризхалер® Индакаторол/гликопирроний 110/50 мкг

- Иллюстрирует медицинское применение препарата Ультибро® Бризхалер® 110 и 200 мкг доз. №: 021-005096 от 27.12.19 - Смартинг
- Иллюстрирует медицинское применение препарата Сибур® Бризхалер® доз. №: 171-002244 от 21.09.19
- Иллюстрирует медицинское применение препарата Ультибро® Бризхалер® доз. №: 171-002398 от 28.12.19 - Дроботекание
- Ультибро® - высокоэффективные лекарственные препараты
- Ультибро® - инновационные лекарственные препараты

Гликопирроний 50 мкг/сут

Индакаторол 150 или 300 мкг/сут

Включен в список ЖНВЛП*

Включен в федеральную льготную программу ОНЛС

* <http://www.rnvt.ru>, <http://www.mediainformation.ru/ru/ultribro>
inacaterol consistently more effective sseebdir reducing

Ультибро® Бризхалер® достоверно уменьшает среднетяжелые и тяжелые обострения, требующие назначения системных ГКС и антибиотикотерапии и госпитализаций

Среднетяжелые и тяжелые обострения	Общее N обострений		P value
	ИНД/ГЛИ (N=1651)	Салм/Флут (N=1656)	
Требующие системных ГКС + антибиотикотерапии	610	728	< 0.001
Требующие только А/Б	369	453	0.004
Требующие только системных ГКС	281	266	0.896
Требующие госпитализации	209	241	0.231
Повторная госпитализация после тяжелого обострения ХОБЛ	10	12	0.648

Watzson et al, EJC, 2016 Sep 18 (Sup. 3): PAB0

Выводы:

- ✓ В соответствии с международными и национальными рекомендациями по ХОБЛ, комбинация ДДХЛ и ДДБА рекомендуется всем пациентам ХОБЛ, начиная со среднетяжелой стадии.
- ✓ ИГКС/ДДБА при ХОБЛ не является терапией первого выбора и назначаются, прежде всего, у больных с сочетанием астмы и ХОБЛ и/или высокой эозинофилией крови.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017 (www.goldcopd.com)

**Проблемы
антибиотикорезистентности
в лечении бронхолегочных
заболеваний**

20 | Presentation Title | Presenter Name | Date | Subject | Business Use Only

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

- Появление резистентности неизбежно
- Уровень резистентности постепенно возрастает
- Микроорганизмы, резистентные к одному антибиотику, часто резистентны и к другим внутри одного и/или других классов антибиотиков (перекрестная резистентность)
- Резистентность необратима
- Возможно только частичное медленное восстановление чувствительности к антибиотику

Levy S. N Engl J Med 1968; 338:1 376-8

ЗНАЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

- **Инфекции, вызванные резистентными штаммами:**
 - отличаются длительным течением,
 - чаще требуют госпитализации,
 - увеличивают продолжительность пребывания в стационаре,
 - ухудшают прогноз для пациентов

Сидоренко С.В. Механизмы резистентности микроорганизмов
Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии
под редакцией Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. М.,
2002

ПРИЧИНЫ РОСТА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РОССИИ

1. **Нерациональная тактика антибактериальной терапии**
 - неправильный выбор антибиотика
 - применение недостаточным курсом в неадекватной дозе
2. **Широкое применение нерациональных комбинаций, неоправданно частое использование парентерального пути введения, ошибки в режимах дозирования антибиотиков**
3. **Частое необоснованное назначение антибиотиков**
4. **Безрецептурная продажа антибиотиков**

Аудитировано из:
www.antiobio.ru

Причины развития антибиотикорезистентности

- ❑ **Нерациональное использование антибиотиков в животноводстве**³
- ❑ **Нерациональное использование антибиотиков для охраны окружающей среды**⁶
- ❑ **Невысокое качество воспроизведенных антимикробных препаратов**⁷

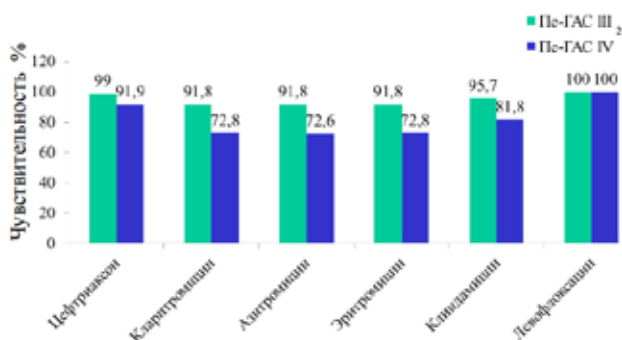
3 - Khanna M, Bessley F, LeBlow A, *Int J Antimicrob Agents*. 2016 ;4(2):119-26. 5 - Sharma VK et al. *Emerg Infect Dis*. 2016 May;15(7):1202-14. doi: 10.1093/emid/civ305. 6 - Wilson AJ et al. *Lancet*. 2016 ;93(994):176-87. 7 - С.К. Зарина, Р.С. Козина, В.В. Мазурман. Новый взгляд на качество антибиотика: как правильно использовать фармакокинетические параметры. *Клиническая микробиология и иммунология*. 2016, Том 14, № 2

Основные бактериальные возбудители внебольничных ИДП

Тонзилло-фарингит	Отит / синусит	Обострение ХОБЛ	ВП
<i>S.pyogenes</i>	<i>S.pneumoniae</i>	<i>S.pneumoniae</i>	<i>S.pneumoniae</i>
	<i>H.influenzae</i>	<i>H.influenzae</i>	<i>H.influenzae</i>
	<i>M.catarrhalis</i>	<i>M.catarrhalis</i>	<i>M.pneumoniae</i>
		<i>S.aureus</i>	<i>C.pneumoniae</i>
		Грам (-)	<i>L.pneumophila</i>
		<i>Paeruginosa</i>	<i>S.aureus</i>

Pelocchi C, et al. Clin Microbiol Infect. 2012; 18 (Suppl. 1): 1-28;
Shulman ST, et al. Clin Infect Dis. 2012; 55 (10): 1379-82;
Lieberthal AS, et al. Pediatrics. 2013; 131 (3): e964-99;
Chow AW, et al. Clin Infect Dis. 2012; 54 (8): e72-e112;
Folkens WJ, et al. Rhinology. 2012; 50 (1): 1-12;
Woodhead M, et al. Clin Microbiol Infect. 2011; 17 (S6): E1-E39

Чувствительность *S.pneumoniae* in vitro



1 - С.Х. Зарипов, Р.С. Келди, В.В. Махмутов. Новый взгляд на качество антибиотиков: как правильно использовать фармакодинамические параметры. Эпидемиология и инфекционная патология 2016, Том 18, № 2
 2 - Келди Р.С., Садыр О.В., Кучумова О.И., Ильясова И.В. Оценка чувствительности Streptococcus pneumoniae к антибиотикам в России за период 1999-2009 гг. Эпидемиология и инфекционная патология 2010, 138(6):129-41

Левифлоксацин (ТАВАНИК) – Ключевые фармакологические свойства

- Абсолютная биодоступность – 99%
- Левифлоксацин ингибирует 2 фермента бактериальной клетки
- Прием пищи не оказывает влияния на фармакокинетические и фармакодинамические свойства
- Хорошо всасывается, достигая максимальных концентраций в плазме крови и тканях (легких, слизистой оболочке бронхов и мокроте, органах мочеполовой системы, в т.ч. предстательной железе, костной ткани, спинно-мозговой жидкости)
- Связь с белками плазмы составляет 30–40%
- T_{1/2} - 6,8 – 8,9 ч
- Выводится с мочой в неизменённом виде

АБТ ВП нетяжелого течения (стартовая эмпирическая терапия)	
Группа	Препараты выбора
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие в течение последних 3-х мес. антибиотики	Амоксициллин или макролид (внутри) (при аллергии на бета-лактамы или подозрении на атипичную флору)
Больные с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшие в течение последних 3 мес. антибиотики	Амокси/клавуланат, амокси/сульбактам, цефалоспорины ± макролид или Новый* (респираторный) фторхинолон внутрь
* - левофлоксацин (Таваник®), моксифлоксацин	
<small>Чучалин А.Г., Семпальникова А.И., Колесов Р.С., и соавт. Эмпирическая терапия у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, Москва 2020. 82 с.</small>	

АБТ ВП средне-тяжелого течения в терапевтическом отделении (стартовая эмпирическая терапия)	
Отделение общего профиля	Препараты выбора
	Амоксициллин/клавуланат Бензилпенициллин Ампициллин Цефотаксим Цефтриаксон
Или	
ФХ левофлоксацин (Таваник®), моксифлоксацин в режиме ступенчатой терапии	
<small>Чучалин А.Г., Семпальникова А.И., Колесов Р.С., и соавт. Эмпирическая терапия у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, Москва 2020. 82 с.</small>	

Ведение больных ВП в ОРИТ	
Отделение интенсивной терапии	Препараты выбора
	Амокси-/клавуланат Цефотаксим Цефтриаксон Цефтаролин Эртапенем
или	
Новый* ФХ + цефалоспорин III поколения	
* - левофлоксацин (Таваник®), моксифлоксацин	
<small>Чучалин А.Г., Семпальникова А.И., Колесов Р.С., и соавт. Эмпирическая терапия у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, Москва 2020. 82 с.</small>	

Обострение ХБ / ХОБЛ. Антибактериальная терапия		
	Вероятные возбудители	Антибактериальная терапия
ХОБЛ лёгкого и среднетяжёлого течения, без факторов риска ОФВ1 > 50%	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Амоксициллин, макролиды (азитромицин, кларитромицин), цефалоспорины III поколения (цефиксим и др.)
Клинические рекомендации РГО Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016, с.40		

Обострение ХБ / ХОБЛ. Антибактериальная терапия		
	Вероятные возбудители	Антибактериальная терапия
ХОБЛ лёгкого и среднетяжёлого течения, с факторами риска* ОФВ1 > 50%	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> PRSP	Амоксициллин/клавуланат, респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин)
ХОБЛ тяжёлого течения ОФВ1 30–50%	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella</i> PRSP Энтеробактерии, грамотрицательные	
* наличие ≥ 1 признака: возраст ≥ 65 лет; ОФВ1 < 50%; ≥ 2 обострений в год; сопутствующие заболевания; оксигенотерапия на дому; прием стероидов внутрь; недавняя госпитализация по поводу обострения. При наличии факторов риска P. aeruginosa – фторхинолоны с антисегментарной активностью – левофлоксацин 750 мг/сутки		

Обострение ХБ / ХОБЛ. Антибактериальная терапия		
	Вероятные возбудители	Антибактериальная терапия
ХОБЛ крайне тяжёлого течения ОФВ1 < 30%	<i>Haemophilus influenzae</i> PRSP Энтеробактерии, грамотрицательные <i>Pseudomonas</i> **	Ципрофлоксацин и др. препараты с антисегментарной активностью
** **Предикторы инфекции Pseudomonas: – Частые курсы антибиотиков (>4 за год) – ОФВ1 < 30% – Выделение Pseudomonas в предыдущие обострения, колонизация Pseudomonas – Частые курсы системных ГКС (>10 мг преднизолона в последние 2 недели) – Бронхоэктазы При наличии факторов риска P. aeruginosa – фторхинолоны с антисегментарной активностью – левофлоксацин 750 мг/сутки		
Клинические рекомендации РГО Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016, с.40		

PK/PD предикторы для фторхинолонов

- Изучена клиническая и микробиологическая эффективность левофлоксацина у пациентов с ИМВП, ИДП и ИКвМТ
- Пиковая концентрация левофлоксацина после 1-часовой инфузии 8.67 мг/мл
- Выявлен следующий предиктор эффективности для левофлоксацина - отношение пиковой концентрации к МПК должно быть не менее 12.2

S.L. Preston et al. JAMA, 1998; 279: 125-129

Что это значит?

- Если $C_{max}/MПК > 12.2$ – вероятность развития клинического эффекта 100%
- Если $C_{max}/MПК < 12.2$ – вероятность развития клинического эффекта 83.3%

S.L. Preston et al. JAMA, 1998; 279: 125-129

Оценка качества препаратов левофлоксацина in vitro: Япония

- Проанализировано 23 генерика левофлоксацина и использованием теста растворения
- 2 генерика – более низкая скорость растворения по сравнению с оригинатором
- 13 генериков – более высокая скорость растворения по сравнению с оригинатором
- Выявленные отличия свидетельствуют о разном фармакокинетическом профиле сравниваемых препаратов

Matsuda T, Ohtani S, Tomiyama T, et al. J Infect Chemother. 2013 Oct;18(5):996-4

Как дженерики низкого качества влияют на здоровье популяции?

- Хронизация заболеваний
- Резистентность бактерий и грибов к антимикробным препаратам
- Рост расходов на лечение, выплаты пособий
 - удлинение курса лечения
 - повышение частоты рецидивов
 - повышение частоты осложнений
- Рост инвалидизации и смертности

ИА.Сунда Сторсмен «Внедрение на безальтернативности препаратов как основа для разработки эффективных лекарственных препаратов», 7 апреля 2016 г.

Профилактика гриппа и ОРВИ - профилактика пневмонии, инфаркта, инсульта

Кареткина Г.Н.

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО МГМСУ

им. А.И. Евдокимова Минздрава России





Фактор риска – грипп и ОРВИ

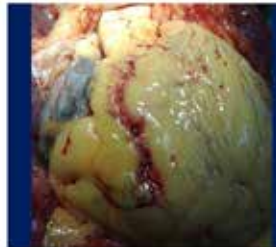
- Уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ – значимый фактор риска смертности от болезней системы кровообращения
- Каждая тысяча случаев гриппа и ОРВИ приводят дополнительно к 1-5 смертям от болезни кровообращения
- 18-52% смертей от цереброваскулярной патологии и повторного инфаркта миокарда возникают на фоне гриппа и ОРВИ



Фальдблюм И.В., Наумов С.Ю., Девятков М.Ю., Полущкина А.В., Яковлев А.Б., Пермь, 2011

Осложнения гриппа (собственные данные)

- ✓ Пневмония
- ✓ Отек легких
- ✓ ОРДС
- ✓ Отек мозга
- ✓ ТЭЛА
- ✓ Флеботромбоз
- ✓ Миокардит
- ✓ САК
- ✓ Острая почечная недостаточность...



Специфическая профилактика не решает в полной мере проблему профилактики ОРВИ и гриппа, так как:

- специфическая профилактика проводится только против гриппа, который в этиологической структуре ОРВИ в настоящее время занимает от 5 до 20%. Против других респираторных заболеваний специфическая профилактика не разработана;
- не все вакцинируемые отвечают полноценной выработкой антител, поскольку по официальным данным около 50% населения России страдает иммунодефицитами;
- в связи с противопоказаниями не все население может быть привито;
- ежегодная вакцинация против гриппа одних и тех же людей увеличивает антигенную нагрузку на организм и ведет к дополнительной аллергизации и даже иммунодепрессии;
- вакцины против гриппа не могут использоваться в разгар эпидемии, так как необходимы определенные сроки для выработки антител
- экстренная индивидуальная профилактика ОРВИ и гриппа (предупреждение заболевания при общении с больным) при помощи вакцин невозможна

Инициатива ВОЗ по борьбе с ОРВИ:
Battle against Respiratory Viruses (BRaVe) initiative (*)

➢ ОРВИ – ассоциированы ежегодно с 3,9 млн. смертей в мире
➢ ОРВИ - причина 30-50% случаев внебольничных пневмоний,
80% обострений бронхиальной астмы и 20-60% ХОБЛ

«Существующие фармакологические вмешательства при ОРВИ представлены в основном вакцинами и противовирусными препаратами против гриппа при практически полном отсутствии таковых в отношении других возбудителей ОРВИ»

Необходимо
«...расширение вариантов лечения ОРВИ с разработкой эффективных противовирусных препаратов для наиболее значимых патогенов и/или безопасных и эффективных модификаторов биологических реакций»



© ВОЗ, инициатива "BRaVe"
http://www.who.int/bulletin/topics/communicable_diseases/brave/index.html

Среди умерших взрослых в ИКБ №1 были:


2013–2014гг
ОРВИ - 16 (в том числе парагрипп в виде моноинфекции или в сочетании с РС вирусной инфекцией - 6, по 2 - РС- вирусная инфекция и аденовирусная инфекция...)
Грипп - 7 (в том числе А H1N1 пандемический - 4, грипп В - 1)

2015г.: ОРВИ - 6; Грипп - 3

Неспецифическая профилактика гриппа и ОРВИ

Применение противовирусных препаратов и лекарственных средств, которые способны:

- предупреждать возникновение заболевания
- влиять на благоприятный исход возникшего заболевания



Препараты для профилактики гриппа и других ОРВИ

Группы	Представители	Специфичность
Гриппозные вакцины	ЖГВ (с 3-х лет) ИГВ (с 6 мес.)	Вирусы гриппа
Препараты специфической защиты	Озельтамивир (с 1 г.) Занамивир (с 5 лет)	Вирусы гриппа
Препараты неспецифической защиты	Интерфероны Индукторы интерферонов	Широкий спектр вирусов

Основные группы и отдельные препараты для профилактики гриппа и ОРВИ

<ul style="list-style-type: none"> > Ингибиторы нейраминидазы (Занамивир, Осельтамивир) > ИФН (Интерферон альфа - 2b, Интерферон гамма, и др.) > Индукторы ИФН (Меглюмина аридоацетат, Тилорон, Кагоцел...) <p>Улифановир Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты Эргоферон, Анаферон ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Блокаторы ионного канала M2 (Римантадин, Альтерак) ◆ Ингибиторы нейраминидазы (Тамирфло, Релена, Номидес) > ИФН (Гриппферон, Ингарон, Виферон и др.) > Индукторы ИФН (Циклоферон, Амиксин, Кагоцел...) <p>Улифановир (Арбидол) Ингавирин Эргоферон, Анаферон...</p>
---	--

Преимущества индукторов интерферона

Образование эндогенного ИФН является более физиологичным процессом, чем постоянное введение больших доз ИФН.

Индукторы ИФН, в отличие от экзогенных препаратов рекомбинантных ИФН не приводят к образованию в организме пациента антител к ИФН.

Индукторы ИФН вызывают продолжительную продукцию эндогенного ИФН в физиологических дозах, достаточных для достижения терапевтических и профилактических эффектов.

Индукторы ИФН обладают не только антивирусным, но и иммунокорректирующим эффектом -


Поколение препаратов универсально широкого спектра действия

Эффективность применения Кагоцела® для профилактики гриппа и ОРВИ

Профилактический курс обеспечил снижение заболеваемости гриппом/ОРВИ в основной группе по сравнению с контрольной в 3,4 раза


Зарегистрировано уменьшение числа осложненных форм в 2 раза

Профилактический прием приводит к снижению (прекращению) циркуляции респираторных вирусов в коллективах



Отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость

- Кагоцел обладает широкой противовирусной активностью
- Кагоцел можно применять как для плановой, так и для экстренной профилактики гриппа и ОРВИ;
- Кагоцел имеет высокий профиль безопасности;
- Удобен в применении - для профилактики всего 2 дня приема в неделю.
- Применяется у детей в возрасте от 3-х лет.



Медицина скорого будущего- ПЕРСонифицированная медицина



Профессор Енисейского университета, бывшая москвичка, а ныне генеральный секретарь (Европейской ассоциации предиктивно-превентивной и персонализированной медицины (создана в 2011))

• Ольга ГОЛУБИЧАЯ

- Новая форма медицины будет означать целевую профилактику по индивидуальному профилю, предиктивную диагностику для каждого человека (с учетом индивидуальной предрасположенности к патологиям) и индивидуальное лечение на основе персонального молекулярного профиля. Это базовые компоненты новой медицины, которая, как ожидается, будет более эффективной, рациональной и дешевой, чем нынешняя

Лечение больных с высоким сердечно-сосудистым риском

Барышникова Г.А.

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ



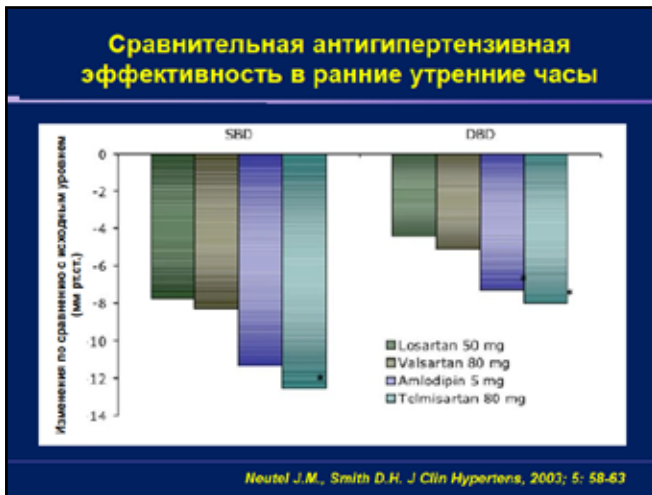






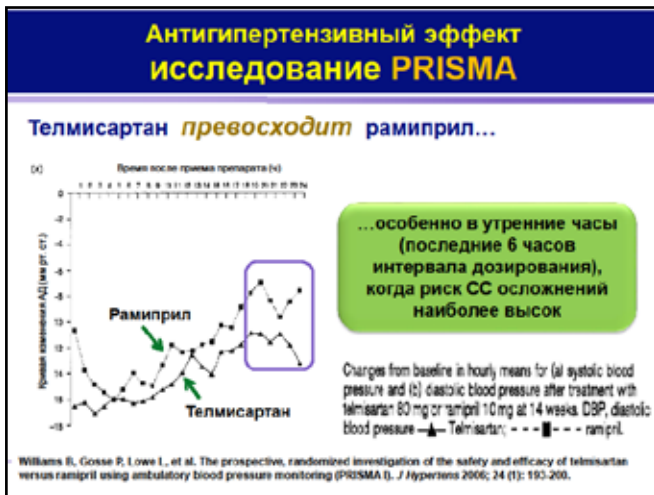














Телмисартан – единственный сартан с одобренным показанием для профилактики ССЗ

	лозартан	валсартан	канесартан	ирбесартан	олмесартан	эпросартан	Телмисартан
Артериальная гипертензия	+	+	+	+	+	+	+
Гипертрофия ЛЖ у больных АГ	+						
Нефропатия у больных сахарным диабетом 2 типа	+			+			
Сердечная недостаточность	+	+	+				
Состояние после инфаркта миокарда		+					
Снижение риска ССЗ							+

Food and drug administration 

Телмисартан = Телзап



Телмисартан = Телзап



- Контролирует АД в течение 24 часов¹.
Снижает АД в ранние утренние часы и ночью⁶.
- Снижает частоту сердечно-сосудистых осложнений^{3,5,7}.
Уменьшает сердечно-сосудистую смертность, риск инфарктов и инсультов^{3,5,7}.

Клиника, диагностика и лечение рака предстательной железы

Чуприк-Малиновская Т.П.

Отделение лучевой терапии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации

Статистика:

- Ежегодно в мире регистрируется 10 миллионов новых случаев рака,
- при этом 543 тысяч новых случаев - рак предстательной железы

Строение предстательной железы



- непарный фибромускулярный орган, охватывающий начальную часть мочеиспускательного канала.
- К задней и верхней поверхности ПЖ прилежат семенные пузырьки, а, медиальнее их, – семявыносящие протоки. Оба протока открываются в просвет уретры двумя отверстиями на семенном бугорке.

Предопухольевые состояния

- атипичная аденоматозная гиперплазия предстательной железы (ААГПЖ)
по гистологическому строению напоминает высокодифференцированный мелкоацинарный рак, экспрессирует цитокератин 34E12 и является факультативным предраком.
- простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) представляет собой внутриацинарную пролиферацию эпителиоцитов с повреждением слоя базальных клеток или мембраны.
ПИН сопровождает рак предстательной железы в 80% случаев. При обнаружении ПИН в биоптате у 50 % больных при повторном исследовании обнаруживается рак.

Факторы риска

- пожилой возраст,
- избыточный вес,
- повышенное потребление жирной и белковой пищи,
- генетическая предрасположенность,
- гормональный фактор.

Наследственный рак встречается у небольшого числа больных (9%) и характеризуется наличием трех или более родственников с данным заболеванием и ранним (до 55 лет) началом болезни.

Скрининг рака предстательной железы

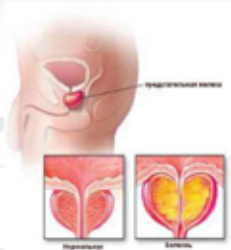
- Мужчинам старше 45 лет необходимо прохождение ежегодного обследования у уролога-андролога для раннего выявления рака простаты.
- Рекомендуемый скрининг включает ректальное пальцевое исследование железы, ТРУЗИ простаты, определение маркера рака простаты (ПСА) в крови.



Жалобы пациента

Жалобы, связанные с нарушением акта мочеиспускания: дизурия, никтурия, поллакиурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря (нередко обусловлены наличием ДГПЖ).

- Жалобы, связанные с прорастанием опухоли в другие органы: гематурия, болезненное мочеиспускание, боли в пояснице, анурия вследствие обструкции мочепускающего канала, боли в области промежности, нарушение дефекации и эректильной функции.

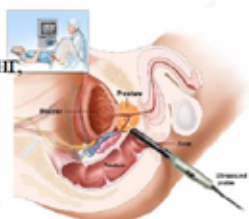


Жалобы пациента при генерализации

- Боли в костях скелета, нарушение двигательной активности нижних конечностей вследствие сдавления спинного мозга,
- Отеки ног, обусловленные сдавлением сосудов малого таза увеличенными лимфатическими узлами, кахексия, слабость.
- Поражение мочевого пузыря, мочеточников может сопровождаться развитием гидронефроза, пиелонефрита и возможной почечной недостаточностью.

Методы обследования для выявления размеров и распространенности первичной опухоли (T) и лимфоузлов малого таза (N)

- Пальцевое ректальное исследование (ПРИ).
- Определение уровня ПСА сыворотки.
- ТРУЗИ, включая гистосканинг, эластографию
- Биопсия опухоли
- МРТ с контрастированием, МСКТ



Методы обследования для выявления отдаленных метастазов (категория М)

- Рентгенография или КТ легких.
- Сканирование костей.
- УЗИ или КТ брюшной полости и малого таза.
- МРТ, включая МРТ всего тела.
- ПЭТ (по показаниям).

Маркеры простатспецифического антигена (ПСА)

- Впервые ПСА был выделен из семенной жидкости Naga в 1979 году.
- M.C. Wang установил его присутствие в ткани ПЖ.
- С 1987 года ПСА стал использоваться в диагностике РПЖ.
- ПСА представляет собой гликопротеин, вырабатываемый секреторным эпителием простаты для разжижения эякулята. При отсутствии заболеваний ПЖ концентрация его в крови не превышает 4 нг/мл.
- Повышение ПСА может быть при ДТПЖ, воспалении или ишемии, вплоть до развития инфаркта простаты.

Биопсия ПЖ

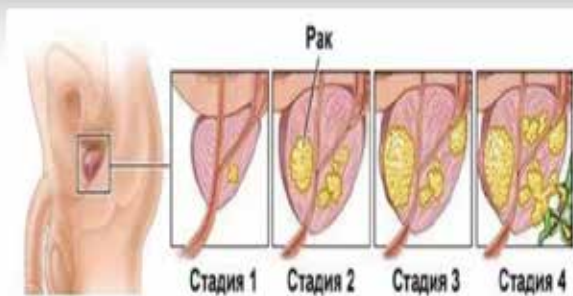
- Показанием к служит уровень ПСА и/или изменения в простате, выявляемые при пальцевом ректальном исследовании или инструментальном (ТРУЗИ, КТ и пр).
- Биопсия может осуществляться как трансректально, так и промежностным доступом.
- Мультимодалная МРТ в режиме T2 –усиления применяется для определения критических участков, особенно, в передних отделах при выполнении биопсии.

Гистологическая классификация Глисона

В зависимости от степени дифференцировки опухолевых клеток по сумме баллов шкалы Глисона выделяют следующие группы:

- Глисон ≤ 6 – высокодифференцированная аденокарцинома (незначительная клеточная анаплазия)
- Глисон =7 – умеренно-дифференцированная аденокарцинома (умеренная клеточная анаплазия)
- Глисон 8-10 – низкодифференцированная /недифференцированная

Стадирование РПЖ (T)



Основные методы лечения

T1a - T1b-T2b хирургическое лечение
брахитерапия
лучевая терапия
отсроченная терапия
гормонотерапия
комбинированное лечение

T3-4 дистанционная лучевая терапия
 гормонотерапия
 хирургическое лечение
 комбинированное лечение

T1-4 N+M1 гормонотерапия
 паллиативная лучевая терапия

Хирургическое лечение

- По мнению ведущих хирургических клиник, радикальной простатэктомии подлежат не более 20% больных РПЖ
- риск развития послеоперационной летальности <0,3%
- осложнения: недержание мочи (тяжелое -5%), стриктура мочеиспускательного канала <5%),
- импотенция (>50%),
- кровотечение (<5%)

Мет.пособие для врачей, Москва, 2008

Гормонотерапия

Современные принципы гормонотерапии: Huggins C, Stevens R.E. в 1941

- устранение продукции андрогенов путем выполнения кастрации, назначения эстрогенов, либо введение агонистов ЛГ-РГ
- блокада андрогенных рецепторов путем назначения антиандрогенных препаратов: группа нестероидных (флуцином, касодекс), либо стероидных препаратов (ципротерон-ацетат)
- Комбинация двух видов андрогенной депривации (МАБ).
- Кастрационный уровень тестостерона составляет 15нг/дл (после хирургической кастрации), в случае применения лекарственной гормонотерапии – менее 20 нг/дл (1 нмоль/л).

Показания к гормонотерапии

При генерализованном РПЖ гормонотерапия достоверно приводит к снижению симптомов заболевания и риска потенциально серьезных осложнений (компрессия спинного мозга, патологические переломы и пр.), либо удлинение сроков до появления симптомов.

При местнораспространенном раке с наличием противопоказаний к местному радикальному лечению раннее начало гормонотерапии приводит к уменьшению симптомов заболевания.

Роль лучевой терапии:

- альтернатива хирургическому вмешательству радикальная ЛТ
- внутритканевая лучевая терапия
- лучевая терапия при биохимическом и/или истинном рецидиве
- паллиативная лучевая терапия

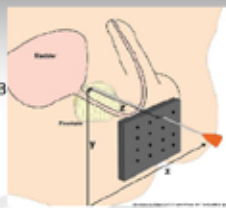
Результаты лечения

локализованного рака простаты

- нет рандомизированных исследований, сравнивающих РПЭ, ДЛТ и брахитерапию, однако,
- выводы Национального института здоровья США свидетельствуют - выживаемость и качество жизни после ЛТ и РПЭ одинаковые
- эскалация дозы до 78Гр имеет некоторые преимущества
- 3Д-конформная ЛТ – «золотой» стандарт и альтернатива хирургическому вмешательству

История брахитерапии

- В 20-х годах выявились первые работы по внедрению игл радона в простату
- в 70-х годах использовались гранулы йода для брахитерапии надлобковым способом
- Holm в 1980 внедрил методику ТРУЗИ и введением в простату гранул йода под контролем УЗИ промежностным доступом



Результаты лечения

- Низкая степень дифференцировки сопровождается ухудшением прогноза и снижением показателя выживаемости.
- На стадиях T1-T2 N0M0 радикальная простатэктомия способствует 5-летней выживаемости у 74-84% пациентов и 10-летней - у 55-56%.
- После лучевой терапии благоприятный 5-летний прогноз имеют 72-80% мужчин, 10-летний - 48%.
- У больных после орхиэктомии и находящихся на гормонотерапии 5-летняя выживаемость не превышает 55%.

Выводы и рекомендации по лечению РПЖ

- Динамический контроль ПСА, ТРУЗИ, особенно в группе риска (старше 50 лет)
- При локализованном раке одинаково эффективна РПЭ, БТ, ДЛТ
- РПЭ рекомендована при локализованном раке низкого и промежуточного риска с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет
- 3D-конформная ДЛТ в сочетании с гормонотерапией рекомендуется всем больным при отказе от операции
- Одновременная длительная гормонотерапия у пациентов высокого риска увеличивает общую выживаемость
- При раке T3-T4N0 рекомендована гормоно-лучевая терапия,
- Ранняя ЛТ после РПЭ повышает общую, безрецидивную выживаемость при T3N0M0, особенно при R+

Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов, 2014



Спасибо за внимание!

Хронические заболевания вен в практике терапевта: основные принципы диагностики и лечения

Гонсалес М.А.

Центр сердечно-сосудистой патологии ЦКБ №2 им. Н. А. Семашко ОАО «РЖД»





Симптомы ХЗВ

- Чувство тяжести в ногах
- Варикозное расширение подкожных вен
- Ночные судороги
- Отеки
- Боли
- Трофические изменения кожи

Современная клиническая классификация хронических заболеваний вен СЕАР

Класс 0. Отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации.

Класс 1. Телеангиэктазии или ретикулярные вены.

Класс 2. Варикозно расширенные вены.

Класс 3. Отек.

Класс 4. Кожные изменения, обусловленные заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз).

Класс 5. Кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва.

Класс 6. Кожные изменения, указанные выше, и активная язва.

C2,3S, Ep, As,p, Pr 2,17; 03.09.2012; LII.

ПАТОГЕНЕЗ

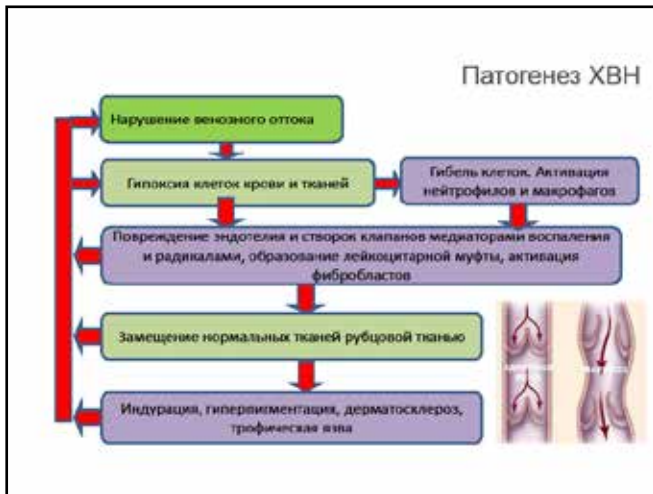
В норме

- Икроножные мышцы сокращаются и давят на вену
- Кровь почти выжимается вверх
- Под действием силы тяжести часть крови скатывается вниз
- Венозные клапаны смыкаются и препятствуют обратному току крови





Икроножные м. / Тонкая стенка / Закрытый клапан / Сердечный ток / Тонкая стенка / Обратный ток

При ХЗВ


- Нарушается нормальная работа клапана венозного русла (обрат. ток крови вверх)
- Кровь застаивается в сосудах, давит на стенки вен.
- Проницаемость венозной стенки увеличивается
- Увеличивается инфильтрация жидкости через стенку веноз. капилляров, повышается и увеличивается отек
- Нарушается отток лимфы
- Увеличение венозного давления
- Образование тромбов



ЛЕЧЕНИЕ

- **Изменение образа жизни** 
- **Компрессионная терапия** 
- **Хирургическое лечение** 
- **Фармакотерапия** 

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ



- ограничение статических физических нагрузок (длительное нахождение в положении стоя или сидя без передвижения)
- исключение прогревающих процедур (в т.ч. сауна, баня, физиопроцедуры)
- возвышенное положение ног во время отдыха (небольшой валик под ноги)
- ношение обуви на небольшом физиологическом каблуке (до 3-4 см)
- коррекция избыточного веса (если он есть)
- компрессионный трикотаж – строго постоянное ношение



Цели фармакотерапии ХЗВ

1. Прервать патологические процессы в организме
2. Купировать симптомы заболевания
3. Предотвратить осложнения
4. Предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация
5. Повышение качества жизни



СРЕДСТВА ФАРМАКОТЕРАПИИ ХЗВ

СИСТЕМНЫЕ СРЕДСТВА	ТОПИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА
ФЛЕБОТоники	ГЕПАРИНСОДЕРЖАЩИЕ МАЗИ И ГЕЛИ
ЭНЗИМЫ	МАЗИ И ГЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ ФЛЕБОТоники
АНТИОАГЮЛЯНТЫ	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАЗИ И ГЕЛИ
ДЕЗАГРЕГАНТЫ	МАЗИ И ГЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
ДЕКСТРАНЫ	МАЗИ И ГЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТЫ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	МАЗИ И ГЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ ВЕЩЕСТВА, УЛУЧШАЮЩИЕ ТКАНЕВОЙ МЕТАБОЛИЗМ
АНГИОПРОТЕКТОРЫ	РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ
ПРЕПАРАТЫ, УЛУЧШАЮЩИЕ ТКАНЕВОЙ МЕТАБОЛИЗМ	

ДОКАЗАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОФЛАВНОИДОВ

Рекомендованная МЗ РФ суточная доза диосмина **900 мг***

Диосмин

Повышает венозный тонус
Улучшает лимфатический дренаж
Снижает проницаемость капилляров
Оказывает противовоспалительное действие

Гесперидин

В комбинации с диосмином дополнительно оказывает венотонизирующее и ангиопротективное действие
Уменьшает растяжимость вен, повышает их тонус
Понижает проницаемость капилляров и увеличивает их резистентность



*Исследования МЗ и СР РФ от 14 мая 2007г №333 об утверждении стандарта медицинской помощи больным с варикозным расширением вен нижних конечностей (для оказания специализированной помощи)

ЭФФЕКТЫ

Противоотечный и капилляропротективный
Аналгетический (венозная боль)
Венотонизирующий
Лимфотропный
Реологический
Профибринолитический
Противовоспалительный
Подавление лейкоцитарно-эндотелиальной адгезии
Протекция венозных клапанов
Протекция венозной стенки:

- ингибирование лизосомальных ферментов
- стабилизация коллагена
- подавление активности свободных радикалов
- нормализация синтеза PGI_2
- улучшение циркуляции в чаше щиколки



ВЕНАРУС® КОМПЛЕКСНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ХЗВ

- Увеличивает венозный тонус
- Улучшает микроциркуляцию и лимфоотток
- Снимает основные симптомы заболевания:
отёки, боль, чувство тяжести в ногах
- Препятствует развитию заболевания
- Улучшает качество жизни пациента

НА ВСЕХ СТАДИЯХ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Курс
2x2x2

2 таблетки в сутки
(можно однократно)
2 месяца
2 раза в год



Показания к применению венотоников:

**любой клинический класс ХЗВ
(C0 – C6 по CEAP)**

- БОЛЬ ВЕНОЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ КУПИРОВАТЬ ТОЛЬКО С ПОМОЩЬЮ ФЛЕБОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ, А НЕ С ПОМОЩЬЮ НПВС
- НЕ СЛЕДУЕТ КОМБИНИРОВАТЬ ФЛЕБОТониКИ МЕЖДУ СОБОЙ
- НЕЛЬЗЯ ПРОТИВОПОСТАВЛЯТЬ ФЛЕБОТониКИ И КОМПРЕССИОННУЮ ТЕРАПИЮ
