



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российский кардиологический научно-производственный
комплекс Министерства здравоохранения РФ
Евразийская ассоциация кардиологов
Российское медицинское научное общество терапевтов
Российское медицинское общество
по артериальной гипертензии
Российское кардиологическое общество



ПРОГРАММА – ТЕЗИСЫ

III Евразийский конгресс кардиологов

*Москва,
20-21 февраля, 2014 г.*



III ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПОЧЁТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е.И. академик РАН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ КОНГРЕССА:

Мартынов А.И. академик РАН, сопредседатель Евразийской ассоциации кардиологов, председатель Российского научного медицинского общества терапевтов

Мрочек А.Г. академик БелАМН, сопредседатель Евразийской ассоциации кардиологов, председатель Белорусского общества кардиологов

Чазова И.Е. член-корр. РАМН, профессор, директор института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ:

Булгак А.Г. профессор, д.м.н., заместитель директора ГУ РПНЦ «Кардиология» по терапевтической помощи

Наконечников С.Н. профессор, д.м.н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Адамян К.Г. (Ереван, Армения)

Азизов В.А. (Баку, Азербайджан)

Акчурин Р.С. (Москва, Россия)

Аляви А.Л. (Ташкент, Узбекистан)

Аннаниязова С.А. (Ашхабад, Туркмения)

Бекбосынова М.С. (Астана, Казахстан)

Джумагулова А.С. (Бишкек, Киргизия)

Довгалевский П. Я. (Саратов, Россия)

Зелвеян П.А. (Ереван, Армения)

Карпов Р.С. (Томск, Россия)

Карпов Ю.А. (Москва, Россия)

Коваленко В.Н. (Киев, Украина)

Курбанов Р.Д. (Ташкент, Узбекистан)

Манак Н.А. (Минск, Беларусь)

Москаленко В.Ф. (Киев, Украина)

Попович М.И. (Кишинев, Молдова)

Рахимов З.Я. (Душанбе, Таджикистан)

Руда М.Я. (Москва, Россия)

Романчук С.В. (Иваново, Россия)

Сарыбаев А.Ш. (Бишкек, Киргизия)

Терещенко С.Н. (Москва, Россия)

Ткачук В.А. (Москва, Россия)

Цинамдзгвришвили Б.В. (Тбилиси, Грузия)

Ходжакулиев Б.Г. (Ашхабад, Туркмения)

Шек А.Б. (Ташкент, Узбекистан)

Шляхто Е.В. (Россия, Санкт-Петербург)

Ширинский В.П. (Москва, Россия)



ГЕДЕОН РИХТЕР

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

Генеральный партнёр:

ЗАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»

Главные партнёры:

JAPAN BIO SCIENCE LABORATORY

ЭББОТТ



Партнёры:

«АКТЕЛИОН ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ»

«ТАКЕДА»

MSD

STADA CIS

АО «ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ»

БЕЛУПО

ЗАО «ИНТЕЛМЕД»

ЗАО «МЕДИТЕК»

ЗАО «ФАРМЦЕНТР ВИЛАР»

ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

ООО «БЕРЛИН-ХЕМИ/А.МЕНАРИНИ»

ООО «МЕД ИНН»

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

ЭГИС

Информационные партнёры:

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИА МЕДИКА»

ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»

ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

ЖУРНАЛ «ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ»

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РМЖ»

ООО «МЕДФОРУМ»

ДОКТОР.RU

ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ MEDEGO

КЛУБ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ IVRACH.COM

недостаточность – 47,9%, ХСН – 54%, нарушения сердечного ритма – 25,2%.

Заключение:

Все эпизоды гибели больных от ОИМ в непрофильных стационарах представляют собой тяжелые в диагностическом, клиническом и прогностическом плане случаи. В силу тяжести состояния или быстрого наступления летального исхода они не были переведены в специализированное отделение. Сложившаяся ситуация является проявлением увеличения в возрастной структуре больных ОИМ лиц пожилого возраста. Это требует от врачей приемных отделений повышенной настороженности в отношении ОИМ у лиц данного возраста.

10.9. НАЧАЛО СИМПТОМОВ ОКС, СРОКИ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОКС В Г. МОСКВЕ, 2012Г.)

Какорин С. В., Эрлих А. Д., Калинкина А. А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»,
НИИ Физико-химической медицины ФМБА,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) в г. Москве от ноября 2012 г. изучить время появления симптомов ОКС, сроки обращаемости за медицинской помощью и госпитализации больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО) в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в БКР стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали ОКС, нормальный и нарушенный УО, время появления первых симптомов ОКС, время первого обращения за медицинской помощью и сроки госпитализации в стационары. Диагноз нарушенного углеводного обмена ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты:

Из 584 карт проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленный нарушенный УО (ВВНУО) был у 87 больных. Таким образом, общее число больных с нарушенным УО составило 202 (36,9%) из 548 человек с ОКС. Нормальный УО был у 346 (63,1%) из 548 больных. В группе больных с нормальным УО время от появления клинических симптомов ОКС до времени первого обращения за медицинской помощью составило: менее 3 часов у 194 чел. (56%), 3-6 часов – у 73 чел. (21,1%), 6-12 часов – у 48 чел. (13,9%), 12-24ч – 21 чел. (6%), 2-7 сут. – 6 чел. (1,8%), свыше 1 нед. – 4 чел. (1,2%). В группе больных с СД2 в анамнезе данный интервал составил: менее 3 часов у 39 чел. (33,9%), 3-6 часов – у 22 чел. (19,1%), 6-12 часов – у 17 чел. (14,8%), 12-24ч – 17 чел. (14,8%), 2-7 сут.

– 16 чел. (13,9%), свыше 1 нед. – 4 чел. (3,5%). В группе больных с ВВНУО: менее 3 часов у 12 чел. (13,8%), 3-6 часов – у 13 чел. (14,9%), 6-12 часов – у 19 чел. (21,8%), 12-24ч – 40 чел. (46%), свыше 1 нед. – 3 чел. (3,4%). Далее был определен интервал между первым обращением за медицинской помощью и сроками госпитализации. В группе больных с нормальным УО данный интервал составил: менее 3 часов у 318 чел. (91,9%), 3-6 часов – у 14 чел. (4%), 3-12 часов – у 7 чел. (2%), 12-24ч – 6 чел. (1,7%), 2-7 сут. – 1 чел. (0,3%). В группе больных с СД2 в анамнезе данный интервал составил: менее 3 часов у 98 чел. (85,2%), 3-6 часов – у 7 чел. (6,1%), 3-12 часов – у 3 чел. (2,6%), 12-24ч – 3 чел. (2,6%), 2-7 сут. – 4 чел. (3,5%). В группе больных с ВВНУО: менее 3 часов у 75 чел. (86,2%), 3-6 часов – у 6 чел. (6,9%), 3-12 часов – у 3 чел. (3,5%), 12-24ч – 2 чел. (2,3%), 2-7 сут. – 1 чел. (1,1%).

Заключение:

Обращаемость за медицинской помощью в первые 3 часа от времени появления симптомов ОКС была достоверно чаще в группе больных с нормальным УО (56%) по сравнению с имеющимися в анамнезе СД2 (33,9%, $t=2,83$, $p<0,01$) и ВВНУО (13,8%, $p<0,001$), в интервале времени 3-6 и 6-12 часов достоверность полученных данных между группами низкая $t=1,6$, $p<0,07$, в интервале времени 12-24 часа составила 6%, 14,8% ($p<0,01$) и 46% ($p<0,001$) соответственно. В первые 3 часа от обращения за медицинской помощью были госпитализированы 91,9% больных с нормальным УО, 85,2% с СД2 и 86,2% с ВВНУО.

10.10. ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ Г. АЛМАТЫ

Балканай Г. Б., Маденов Н. Н., Елеусиз М.,
Еркасимова А. Б., Омарбекова Д. К., Оспанова Ш. Ш.,
Кенбаева Ж. К.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГККП на ПХВ
ССМП п/с 3, г. Алматы, Республика Казахстан

Введение (цели/задачи):

Проблема острого нарушения мозгового кровообращения является важнейшей для здравоохранения и социальной среды. ОНМК занимает второе место в структуре причин смерти населения и является основной причиной инвалидизации. Целью нашего исследования явилось проведение анализа оказания недифференцированной помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе. Задачи: Анализ карт вызовов СМП к больным с ОНМК, определение контингента больных обращающихся за помощью. Изучение клиники ОНМК и оказания помощи на догоспитальном этапе.

Материал и методы:

При ретроспективном анализе карт вызовов станции СМП г. Алматы было отобрано 95 больных с рабочим диагнозом ОНМК. Среди них 63,2% женщины, 36,8% мужчины. Наибольшее количество вызовов приходится на возраст с 61-80 лет и выше примерно 73,6%. Среди них женщины 45,2% и мужчины 28,3%. На возраст с 21-60 лет приходится 26,4% (муж-8,5%, жен-17,9%).

Результаты:

В течение суток наибольшее количество вызовов приходится на время физической активности с 9:00 до полуночи, что составило 88,4%. Время от момента ухудшения состояния боль-

ного до вызова СМП в 31,6% составило до 6 часов. Основными жалобами, предъявляемыми больными в 43,2% было на нарушение речи, в 33,7% головную боль, в 20% тошноту, в 11,6% на головокружение, а в 16,8% случаев рвоту. По картам вызовов врачи в 54,7% оценивали состояние больного как средней тяжести, 26,3% тяжелое, 15,8% крайне тяжелое, агональное 2,1%. Степень угнетения сознания у 14,6% оценивалось как оглушенное, в 9,5% сопор, 15,8% кома. Нарушение функции дыхания у больных с ОНМК отмечалось как патологическое в 13,7%, тахипноэ было у 31,6%. Артериальное давление к моменту прибытия бригады СМП в 27,4% случаев было ниже 140/90 мм рт. ст., а цифры 180/110 и более в 43,2%, поэтому можно предположить, что около половины больных с ОНМК явилось следствием гипертонического криза. Из очаговой симптоматики у больных на догоспитальном этапе можно выделить наличие парезов и параличей конечностей в 48,6% случаев, причем гемипарез право- и левосторонний встречался примерно в равных количествах случаев. Нарушение речи было отмечено в 45,2%, асимметрия носогубной складки в 35,7%, анизокория в 14%. На наличие повторного острого нарушения мозгового кровообращения указывалось у 9,5% больных. Обращает на себя внимание тот факт, что врачи СМП лишь в 18,9% случаев указывали на тип течения ОНМК, из них в 12,6% было по ишемическому типу, а в 6,3% по геморрагическому типу, что по видимому связано с трудностью дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе. Процент госпитализации составил 61%, и у 97,8% из них диагноз был подтвержден в стационаре, 2,2% остались под наблюдением в приёмном покое. Наиболее часто используемые препараты на догоспитальном этапе явились цераксон 1000 мг в/в, фуросемид и эуфиллин в 31,5%, эбрантил 50мг в/в, эгилек 50 мг п/я, магния сульфат в 30,5%. Оксигенотерапия проводилась в 2,2%.

Заключение:

Частота встречаемости ОНМК в старших возрастных группах, причем преобладающее количество вызовов в дневное время суток. Тип течения ОНМК врачами СМП указывалось только у 19% больных, вследствие сложности диагностики, и терапия в основном направлена на проведение недифференцированной помощи на догоспитальном этапе: восстановление функции жизненно важных органов, стабилизация артериального давления.

10.11. ОТНОШЕНИЕ К ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦРБ УДАЛЕННОГО РАЙОННОГО ЦЕНТРА

Булаева Ю. В., Наумова Е. А., Семенова О. Н.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия

Введение (цели/задачи):

Отношение пациентов к своему заболеванию и возможностям лечения в настоящее время изучено недостаточно, особенно среди пациентов небольших населенных пунктов. Цель исследования: изучить отношение к информации о своем заболевании и его лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ЦРБ удаленного районного центра

Материал и методы:

Проведено анкетирование больных кардиологического профиля терапевтического отделения ЦРБ, давших согласие на анкетирование.

Результаты:

Возвращено 54 анкеты(59%). Источником информации для пациентов являются: 39(72%) -лечащий врач, 8(15%)-газеты, журналы и интернет, 7(13%)- другие больные. 27(50%)респондентов хотели бы, что бы врач советовался с ними по поводу назначаемого лечения, 23(43%)считают, что советоваться не нужно и 4(7%) - не уверены в своём решении. 26(48%) пациентов готовы знать всю правду о своём заболевании, даже если это диагноз смертельной, неизлечимой болезни; 25(46%) считают, что врач должен сам осознавать, что им можно говорить и 3(6%) готовы слышать всё, кроме диагноза неизлечимой болезни. 32(59%) респондентов специально спрашивали у врача причину возникновения заболевания, 29(54%) - как его лучше лечить, 30(56%) - вылечивается ли оно, 46(85%) – о возможных осложнениях, 42(78%)- о вероятности наступления смерти. Говоря о желании знать о возможностях лечения заболевания: только 16(30%)хотят знать о возможностях лечения в масштабах всей страны, 16(30%) - о возможностях лечения в областном центре, 8(15%) не хотят знать ничего, кроме того, что знают, 8(15%) хотят знать только о том лечении, что назначил лечащий врач, 6(10%) - о возможностях лечения в данном районном центре.

Заключение:

Основным источником информации о заболевании для большинства опрошенных пациентов является лечащий врач. Только половина респондентов готова знать всю правду о своём диагнозе и принимать участие в обсуждении возможных вариантов терапии. Пациенты неактивны в поиске дополнительной информации о своем заболевании. Анкетированных в большей мере интересует вероятность тяжелых осложнений, чем причины заболевания и возможности его лечения.

10.12. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Белихина Т.И., Пивина Л.М., Апсаликов К.Н., Керимкулова А.С., Маркабаева А.М., Батенова Г.Б., Курумбаев Р.Р., Кошпесова Г.К.

НИИ радиационной медицины и экологии, Государственный медицинский университет, г. Семей, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Ядерные испытания на Семипалатинском полигоне привели к радиоактивному загрязнению обширных территорий Казахстана и облучению огромных по численности групп населения. Исследования по оценке связи заболеваний системы кровообращения (БСК) у населения Восточно-Казахстанской области с радиационным воздействием свидетельствуют о наличии радиогенных рисков среди экспонированных радиацией групп с дозами облучения, превышающими 200 мЗв.

Материал и методы:

Проведен анализ базы данных Государственного научного автоматизированного регистра населения, подвергнувшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия. Изучена распространенность БСК в группах радиационного риска (всего 6 347 человек), включающих лиц, подвергшихся прямому облучению, и их потомков (основная группа). Контрольная группа представлена лицами, прибыв-

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		АЩЕУЛОВА Т. В.	44, 100	БУКАТОВА М. Т.	3
Абдель Нур Абдель Нур	100			Буко И. В.	73
Абдирова Т.М.	15, 20	Б		Булаева Ю. В.	88
Абдуллаева Г. Ж.	1, 3, 12, 14	БАБОЧКИНА А. Р.	17	Булгак А. Г.	59, 62
Абдуллаева С. Я.	53	БАЗАРОВА А. С.	17, 34	Бурлака А. П.	110
Абдуллаева Ч. А.	19	БАЗИЛЕВИЧ И. А.	86	Бурмистрова В. Г.	104
Абдуллаев Т. А.	70, 113	БАЙБАРИНА Е. Н.	53	Буторов С. И.	103
Абыкешова А. К.	64	БАЙБУСИНОВА Ж. Т.	107	Быкова О. Н.	34, 73
Авезов Д. К.	64	БАЙТУБАЕВА М. Д.	83		
Агафонов М. В.	42, 45	БАКИРОВА А.	104	В	
Адаричев В. В.	61	БАКУЛИНА А. В.	83	Василевский В. П.	28
Аджиева Н. М.	64	БАКУМОВ П. А.	106	Василинчук Н. Н.	2
Азизов В. А.	4, 65, 78, 101	БАЛКАНАЙ Г. Б.	87, 117	Васильева И. Н.	95
Айдарова Р. А.	56	БАЛЫКОВА Л. А.	120	Ватутин Н. Т.	61
Акабаева В. К.	21	БАРАБАНОВА Н. А.	98	Вебер В. Р.	91
Аккиев Б. Т.	60	БАРАБАШ Л. В.	7	Веневцева Ю. Л.	49, 70
Акопян З.Н.	92	БАРБУК О. А.	60, 66, 90	Вербицкая Е. Ю.	46
Аксентьев С.Б.	47	БАРБУХАТТИ К. О.	24	Вербовой А. Ф.	98
Акулова О. А.	85	БАРСУКЕВИЧ В. Ч.	10, 26, 30, 40	Визир М. А.	5
Акунов Алмаз	120	БАСАЛАЙ М.В.	30	Винниченко Л. Б.	111
Алехина Л. А.	91	БАТЕНОВА Г. Б.	88, 93	Висмонт Ф. И.	34, 73
Алиджанова Х. Г.	22	БАХРОМИ М. Т.	112	Власова К. В.	91
Алиева Т. А.	17	БЕДЕЛЬБАЕВА Г. Г.	37, 74	Воевода М. И.	19
Аллабердыев А.А.	115	БЕЗУГЛАЯ Е. В.	5	Воеводина Н. Ю.	65
Алтунина Н. В.	69	БЕЗУГЛОВА Е. И.	98		
Алтынбекова А.	7	БЕЙСЕБАЕВА А. К.	64	Г	
Аль Гальбан Нахед	9	БЕКБОСЫНОВА М. С.	114	Гаврилова Н. В.	28
Альжанова И.	7	БЕКБОСЫНОВ С. Т.	23	Гагулин И. В.	84, 94
Альмухамбетова Р. К.	7, 14, 19	БЕКМЕТОВА Ф. М.	94	Газарян Г. А.	22
Амбросова Т. Н.	44, 100	БЕЛИХИНА Т. И.	88, 89, 93, 107	Газарян Г. Г.	22
Анаятова З. К.	6, 27	БЕЛОУС Т. М.	109	Гайнцев Е. А.	61
Ангелова Л. А.	33	БЕЛЬСКАЯ М. И.	60, 66	Гальцова О. А.	86
Андосова С. А.	114	БЕЛЯЕВА Л. М.	11, 46, 58	Галлявич А. С.	104, 111
Андреасян Д.М.	92	БЕРДОВСКАЯ А. Н.	116	Ганусевич И. И.	110
Андреичева Е. Н.	13	БЕРКИНБАЕВ С. Ф.	6, 27	Гарганеева А. А.	28, 62, 86
Андреичев Н. А.	50, 51	БЕСЛАНЕЕВ И. А.	35	Гафарова А. В.	84, 94
Антоненко С. В.	49	БЛОК В. Ю.	98	Гафаров В. В.	84, 94
Апсаликов К. Н.	88, 89, 93, 107	БОБРОННИКОВА Л. Р.	2	Гельфанд Е. М.	104
Арзуманян Г. И.	81, 82	БОГАТЫРЕВ С. Н.	46	Герасимчук Н. Н.	42
Артыкбаев Ж. Т.	6, 27	БОГМАТ Л. Ф.	13	Гимаев Р. Х.	37, 48, 104, 111
Аскарлов А. Р.	24	БОКЕРИЯ Е. Л.	53	Гнатюк М. Г.	109
Астракова К. С.	19	БОЛДЫРЕВ С. Ю.	24	Голенища В. Ф.	10, 26, 27, 36, 40
Атарбаева В.Ш.	15, 20	БОЛЕУХАНОВА Р. Т.	107	Голиков А. П.	22
Атрощенко Е. С.	33	БОЛОГОВ С. Г.	45	Гомова Т. А.	49, 70
Атюнина И.В.	8	БОНДАРЬ В. Ю.	106	Гончарик Д. Б.	10, 26, 27, 36, 40
Афанасьев С. А.	18	БОНЦЕВИЧ Р. А.	91	Гончарова А. В.	25, 53
Афонин В. Ю.	20	БОРЕЛЬ К. Н.	62, 86	Горбатенко В. С.	47
Ахмедова Д.М.	75	БРЕДИХИНА Е. Ю.	7	Гордиенко А. В.	108
Ахмедова Ш. С.	74, 79, 82	БРЕЖНЕВА Е. Б.	71		