

Х ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФОРУМ ТЕРАПЕВТОВ

Тезисы докладов X Дальневосточного
форума терапевтов
6-7 июня 2019 г., Владивосток

Электронное издание



Владивосток
Медицина ДВ
2020

Департамент здравоохранения Приморского края
Федеральное государственное бюджетное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

X Дальневосточный форум терапевтов

Тезисы докладов X Дальневосточного форума терапевтов
6-7 июня 2019 г., Владивосток

Электронное издание

Владивосток
Медицина ДВ
2020

УДК 616.1/.4(082)(043)(571.6)
ББК 53.5я7я431(2Рос-17)
Д 156

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

Научный редактор
Доктор медицинских наук, профессор **В.А. Невзорова**

Составитель
Н.В. Шестакова

Х Дальневосточный форум терапевтов : тезисы Х Дальневосточного форума терапевтов, 6-7 июня 2019 г., Владивосток [Электронный ресурс] / под общ. ред. В.А. Невзоровой; Тихоокеанский государственный медицинский университет. – Электрон. дан. – Владивосток: Медицина ДВ, 2020. – [45 с.]. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) ; 12 см. – Систем. требования: процессор с частотой 1,3 ГГц Intel или AMD ; 256 Мб ОЗУ, Windows (XP; Vista; 7 и т.п.); Acrobat Reader, Foxit Reader либо любой другой их аналог. – ISBN 978-5-98301-203-5

В сборнике содержатся тезисы докладов Х Дальневосточного форума терапевтов. Представленные к публикации материалы сохранены в авторской редакции.

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России
690600, Владивосток, пр. Острякова, 2

Издательство «Медицина ДВ»
690600, г. Владивосток, пр. Острякова, 4

Изготовитель CD-ROM
типография Издательства ДВФУ
690950, Владивосток, ул. Пушкинская, 10

ISBN 978-5-98301-203-5

Издание подготовлено
редакционно-издательским отделом
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

Научный редактор **В.М. Черток**
Верстка **Т.Л. Пинчук**

Опубликовано 23.03.2020. Формат PDF,
объем 0,94 МБ [Усл. печ. л. 5,63], тираж 100.

© ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, 2020
© Медицина ДВ, 2020

Содержание

- Аленикова О.В., Шарифова Н.Д., Былкова В.Ю.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАРФАРИНА НА УДЛИНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МНО
- Герасимчук М.В.
МОДЕЛЬ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
- Горелова И.С., Москальцова А.В.
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЕМЕТИОНИНА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Грибовская А.К.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ САРКОИДОЗА: ЛЕГКИХ, СУСТАВОВ, КОЖИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ТИПУ ЭКЗЕМЫ
- Губаль М.С.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА 37 ЛЕТ
- Кайль Т.С., Багрий О.Я.
РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА: ФУЛЬМИНАНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В
- Киваева И.Ф., Седых Т.Н., Рябова Т.В., Войтенко А.Г.
АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА
- Кораблева О.Л.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МИКСОМОЙ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ
- Костина Г.И., Хрусталева Л.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕБАМИПИДА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНТЕРОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТРОЙНУЮ АНТИТРОМБОЦИТАРНУЮ, АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ И АНТИАГРЕГАНТНУЮ ТЕРАПИЮ
- Костина Г.И., Хрусталева Л.В.
КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА НПВП-АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОПАТИЙ
- Кудрявцева М.Я., Дмитренко К.А., Сильванович К.И., Джирма В.А., Яковлев Н.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ
- Кузина Е.Ю., Ковтуненко А.С., Турло Е.Б.
ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- Манеева Е.С., Елисеева Е.В., Гончарова Р.К.
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЛЬГОТНОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ
- Омельченко Н.А.
ДЕРМАТОМИОЗИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ АНАТОКСИНОМ ДИФТЕРИЙНО-СТОЛБНЯЧНЫМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
- Помогалова О.Г., Невзорова В.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНОЙ ТЭЛА ВЫСОКОГО РИСКА В ПОЗДНИЕ СРОКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
- Присеко Л.Г., Селюкова П.А., Цыганков М.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕТОДОМ ПРОДОЛЬНОГО STRAIN ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ
- Рассохина Н.Ю., Михеева А.А., Качанова Т.В., Музалевская О.И.
ПОКАЗАТЕЛИ СПИРОГРАФИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
- Сахоненко Л.В., Семененко Н.В.
РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА ПО НАБЛЮДЕНИЯМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КГБУЗ «ВЛАДИВОСТОКСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1» ЗА ПЕРИОД 2016 - ПЕРВОЕ ПОЛУТОДИЕ 2019 Г.Г.
- Селюкова П.А., Присеко Л.Г., Ким И.С., Попова П.Н., Саляева О.И.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЭЛРСА-ДАНЛОСА
- Скузоватов А.Ф.
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ «ИЗОЛИРОВАННОГО РЕЗКОГО ПОВЫШЕНИЯ АД» У СОТРУДНИКОВ ВОХР
- Шарифова Н.Д., Фирсова Т.Ю., Воронежская К.Р.
ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СИСТОЛА ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ
- Шемберко М.С.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ АОРТАЛЬНОГО И МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНОВ

Указатель

Аленикова О.В., Шарифова Н.Д., Былкова В.Ю.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАРФАРИНА НА УДЛИНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МНО

КГБУЗ «Арсеньевская городская больница» г. Арсеньев

Фибрилляция предсердий является самым распространенным нарушением ритма сердца после экстрасистолии. Наличие фибрилляции предсердий в несколько раз повышает для пациента риск кардиоэмболий, в первую очередь ишемического инсульта. Согласно современным рекомендациям, наиболее действенным способом медикаментозного предупреждения этих осложнений при фибрилляции предсердий является длительное применение пероральных антикоагулянтов. До недавнего времени пероральная антикоагулянтная терапия подразумевала использование препаратов группы антагонистов витамина К, лидирующая позиция среди которых принадлежит варфарину. Контроль дозы варфарина определяется исследованием крови – определением международного нормализованного отношения (МНО). Чем выше МНО, тем больше опасность кровотечения.

Цель исследования. Оценить влияние варфарина на МНО у пациентов с нарушениями ритма сердца.

Материалы и методы. В условиях кардиологического отделения стационара обследовано 30 пациентов с нарушениями сердечного ритма по типу пароксизмальной фибрилляции предсердий. Средний возраст больных составил $65 \pm 3,2$ лет. Среди было 17 мужчин (56,7%) и 13 женщин (43,3%). Всем пациентам перед началом лечения определяли показатель МНО, первоначальное значение которого составило $1,1 \pm 0,2$. У всех пациентов оценивался риск тромбоэмболий по шкале HCA2DS2-VASc. По результатам риска тромбоэмболий все пациенты были поделены на 2 группы: до 3 баллов – 1-я группа (15 пациентов), от 4 до 6 баллов – 2-я группа (15 пациентов). Начальная доза варфарина составляла 5 мг.

Результаты исследования. Ежедневно проводился контроль МНО. Целевой уровень МНО составлял 2-3. Следует отметить, что в 1-й группе пациентов (риск тромбоэмболий по шкале HCA2DS2-VASc до 3 баллов) значения МНО увеличивались ежедневно в среднем на $0,4 \pm 0,2$ и уже в течении 3-4 дней достигали целевых значений МНО без увеличения дозы варфарина. Во 2-й группе пациентов (риск тромбоэмболий по шкале HCA2DS2-VASc от 4 до 6 баллов) ежедневное увеличение значений МНО было в среднем на $0,2 \pm 0,1$, и целевые значения в данной группе без увеличения дозы варфарина были достигнуты значительно дольше – только на 5-7 сутки от начала лечения.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что в группе с высоким риском тромбозов (по шкале HCA2DS2-VASc от 4 до 6 баллов) показатели замедленного нарастания МНО (начальный показатель $1,1 \pm 0,2$ с ежедневным приростом в среднем на $0,2 \pm 0,1$) указывают на необходимость назначения варфарина в более высоких дозах (больше 5 мг) для адекватно-быстрого достижения целевых показателей МНО (2-3).

Герасимчук М.В.

МОДЕЛЬ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», г. Владивосток

Цель исследования. С учетом численности прикрепленного населения предложить пациент-ориентированную «Новую модель медицинской организации». По результатам оценки успешности реализации и экономической эффективности, «Новая модель медицинской организации» в дальнейшем может быть распространена на все медицинские организации первичного звена здравоохранения.

Отличительными признаками пациент-ориентированной «Новой модели медицинской организации» являются: доброжелательное отношение к пациенту; отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала; качественное оказание медицинской помощи; приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

Реализация начатых проектов совершенствования процессов направлена на: повышение удовлетворенности пациентов; доступность оказываемых услуг; увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и пр. потерь; организацию рабочих мест, обеспечивающих безопасность и комфортность работы сотрудников.

Материалы и методы. Анкетирование, наблюдение, применение на практике. Основой ежедневной практики коллектива ГБУЗ ККБ №2 стало совершенствование в работе. Рост качества медицинской помощи, повышение ее доступности за счет оптимизации процессов и устранения потерь. Проект «Бережливая поликлиника» вдохновил своей системностью и последовательностью. Готовность коллектива к совершенствованию через участие в проекте мы обозначили сразу после изучения методических рекомендаций и получив одобрение Министерства здра-

воохранения. Очень важно, что принципы бережливости предусмотрены сразу в трех взаимосвязанных направлениях: бережное отношение к пациенту, к персоналу, к ресурсам.

Результаты исследования. Бережное отношение к пациенту проявляется в улучшении комфортности и сервиса в поликлинике, доброжелательности персонала, информационном удобстве, снижении времени ожидания пациентов (в регистратуре, в очереди на прием, сроков ожидания плановой помощи и диагностических услуг. Бережное отношение к персоналу предусматривает: выравнивание нагрузки врачей, медсестер, медрегистраторов, передачу части функций врача среднему медицинскому персоналу; создание эргономичных рабочих мест, исключение ненужных перемещений; дополнительное профессиональное обучение медицинского персонала. Обязательное бережное отношение к ресурсам реализуется в: информатизации рабочих мест, переходе на электронный документооборот.

Использование методов бережливого производства позволяет: совершенствовать систему маршрутизации пациентов путем распределения, выравнивания потоков и сокращения времени протекания процессов; обеспечить равномерную нагрузку врачей, медперсонала и регистратуры; устранить все виды потерь из потоков (ожидание, лишние отчеты, лишние хождения); оперативно решать возникающие проблемы во всех процессах с минимальными затратами.

Перспективы достижения результатов, заложенные в пилотном проекте для поликлиник, позволили мотивировать всех специалистов поликлиники: электронный документооборот, работа врачей в электронной медицинской карте; увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом в 2 раза; сокращение времени оформления записи на прием к врачу в 5 раз; сокращение очередей до 3 раз, времени ожидания пациентом приема врача у кабинета в 3 раза; комфортная и доступная среда для пациентов поликлиник; сокращение сроков прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров за счет оптимизации процессов и устранения потерь. С апреля 2019 года ГБУЗ ККБ №2 стала участником пилотного проекта «Бережливая поликлиника».

Комплекс необходимых преобразований нашего учреждения формировался исходя из объема и перечня выполняемых видов услуг: учреждение первого уровня, оказывающее первичную медико-санитарную помощь, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную. Поликлиника имеет 30 терапевтических участков, фактически выполняет 450 посещений в смену (проектная мощность 250), расположена в ти-

повом отдельно стоящем пятиэтажном здании общей площадью 2430 м², приписное население – 48715 человек.

Заключение. Управление проектом содержит полный цикл, начинающийся с выявления и анализа «узких» мест, нуждающихся в преобразованиях. В своей работе мы использовали такие методы исследования, как картирование процессов, хронометраж, построение диаграмм и графиков. Чтобы выявить проблемы, посмотрели на организацию медицинской помощи глазами пациента. Проанализировали передвижение пациентов от входа в лечебное учреждение до выхода. Определили, куда идет пациент в рамках одного потока. Искали, как сократить передвижения и сделать пребывание удобным.

Горелова И.С., Москальцова А.В.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЕМЕТИОНИНА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток

За два прошедших десятилетия стало совершенно ясно, что неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) являются номером один среди болезней печени в Западных странах. Распространенность НАЖБП удвоилась за прошедшие 20 лет, в то время как распространенность других хронических заболеваний печени не изменилась, или даже снизилась. В настоящее время имеется всемирная эпидемия диабета и ожирения. Цифры продолжают расти, указывая на то, что НАСГ становится все более общей проблемой и в богатых, и в бедных странах, увеличивая количество заболеваний печени и нагрузку на здравоохранение и затраты на него по всему миру. Посчитано, что НАЖБП/НАСГ в течение 5 лет повысят прямую и косвенную стоимость медицинских услуг на 26%.

Цель исследования. Проанализировать терапевтическую эффективность препарата адеметионина при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 21 пациент: 17 мужчин (81%) и 4 женщины (19%) в возрасте от 29 до 43 лет (средний возраст $37,7 \pm 1,2$ лет) с диагнозом метаболический синдром. Клинические проявления НАЖБП в исследуемой группе были мало выраженными. Большинство пациентов (18 человек, 85,7%) обратились за медицинской

помощью в связи с выявленными изменениями в печеночных пробах. Диагноз устанавливали на основании совокупности клинико-анамнестических, эпидемиологических, лабораторно-инструментальных данных, исключив другие причины поражения печени (вирусные гепатиты, прием алкоголя в гепатотоксичных дозах, лекарственную гепатопатию, аутоиммунные и метаболические нарушения). При этом, следует отметить, что стеатогепатит в практике довольно часто имеет смешанную этиологию. Адеметионин назначался в дозе 0,4 внутривенно капельно в сутки в течение 2-х недель с последующим применением по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2-х недель на фоне базисного лечения метаболического синдрома.

Результаты исследования. У всех пациентов исходная концентрация АЛТ была повышена, из них у 17 человек (81%) – в пределах 5 норм. Повышение активности γ -ГГТ до 3 норм отмечалось у 8 человек (38,1%). Дислипидемия диагностирована в 100% случаев. Через 4 недели от начала терапии наблюдалась нормализация уровня АЛТ у 10 человек (47,6%) и γ -ГГТ у 6 человек (28,6%), уменьшились показатели цитолиза (11 человек, 52,4%) и холестаза (2 человека, 9,5%) до 1,5 норм. Также на фоне комплексного лечения у 14 человек (66,7%) была отмечена положительная динамика в обмене липидов с увеличением содержания ЛПВП.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать для терапии НАЖБП применение адеметионина на фоне базисного лечения метаболического синдрома.

Грибовская А.К.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ САРКОИДОЗА: ЛЕГКИХ, СУСТАВОВ, КОЖИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ТИПУ ЭКЗЕМЫ

ГБУЗ «Краевая клиническая больница №1», г. Владивосток

Саркоидоз – системное заболевание с хроническим течением, характеризующееся образованием специфических гранул в различных органах и тканях. По современным представлениям, саркоидоз является болезнью нарушенной иммунореактивности с особой реакцией организма на воздействие различных факторов окружающей среды. Число больных саркоидозом во всем мире постоянно увеличивается. Процесс диагностики саркоидоза далёк от совершенства, и до 2003 года, когда все больные саркоидозом находились под наблюдением фтизиатров, каж-

дый третий больной проходил пробную противотуберкулёзную терапию и практически каждый превентивную терапию изониазидом. В настоящее время эта практика признана нерациональной.

Цель исследования. Показать особенности течения и трудности диагностики на поликлиническом этапе генерализованной формы саркоидоза на примере конкретного клинического наблюдения.

Материалы и методы. В работе представлен клинический случай пациентки с генерализованной формой саркоидоза. На поликлиническом этапе при появлении бугристых высыпаний на коже, хирургом картина была расценена как проявления тромбофлебита. Только при проведении рентгенографии органов грудной полости были выявлены увеличенные внутригрудные лимфоузлы, а при проведении высокотехнологичного исследования – компьютерная томография органов грудной полости (КТ ОГП) был выявлен диссеминированный процесс в легких. С данной рентгенологической картиной пациентка была направлена в высокоспециализированное пульмонологическое отделение Приморской краевой клинической больницы №1. При гистологическом исследовании биоптата пораженного кожно-мышечного лоскута были обнаружены эпителиоидные гранулемы с клетками Пирогова-Лангханса без некроза, что подтверждает диагноз саркоидоза.

Результаты исследования. В данном клиническом случае на стационарном этапе, в пульмонологическом отделении диагноз саркоидоза удалось подтвердить в короткий срок путем гистологического исследования кожно-мышечного лоскута, обнаружения в нем эпителиоидных гранулем с клетками Пирогова-Лангханса, и назначить соответствующее лечение.

Заключение. Особенностью течения саркоидоза у данной пациентки является поражение легких в виде массивной очаговой диссеминации с выраженными поражениями кожных покровов нижних конечностей по типу распространенной узловой эритемы с изъязвлениями, которые воспринимались узкими специалистами как тромбофлебит (хирург), экзема (дерматолог), узловатая эритема (ревматолог). Только комплексная оценка течения заболевания в виде сопоставления данных КТ ОГП и изменений на коже позволило поставить правильный диагноз: генерализованный саркоидоз с выраженным поражением легких и кожи, обострение. В диагностике помогли данные анамнеза: заболевание началось с узловой эритемы и подтверждено гистологически при биопсии кожно-мышечного лоскута. Данный случай показывает, насколько разнообразным по клинике, и сложным в диагностике может быть саркоидоз.