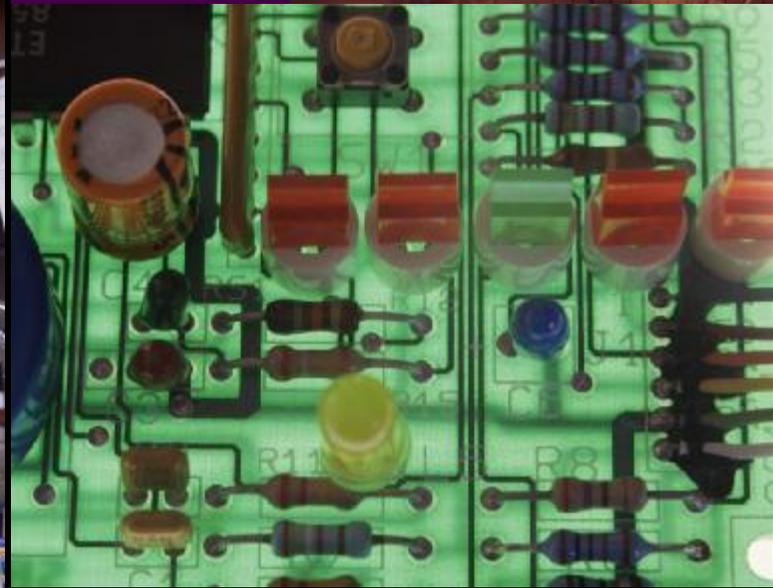
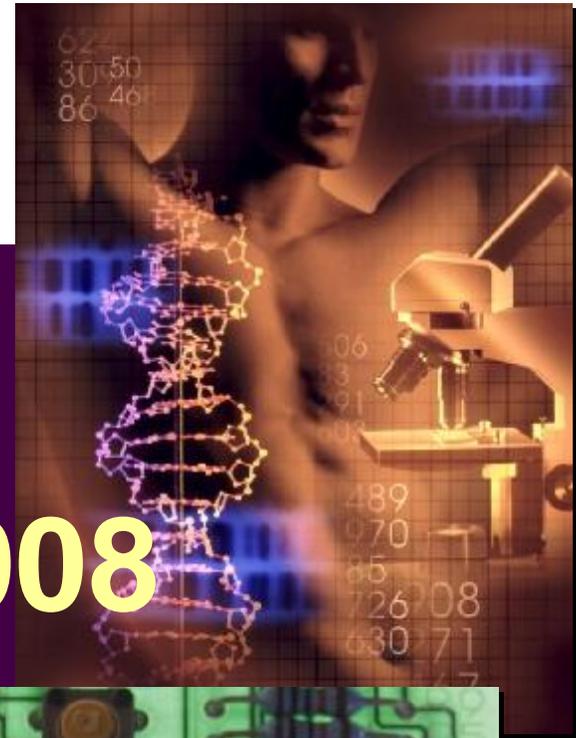


# Новости медицины 2008



http://: therapy.irkutsk.ru/city.htm



#### О КАФЕДРЕ

Задачи  
История  
Клинические базы  
Лечебная работа  
Новости  
Публикации  
Сотрудники

#### СТУДЕНТАМ

Занятия  
Лекции  
Литература  
Пособия  
Практика  
Справочник  
Ссылки  
Темы  
Экзамены

#### ВРАЧАМ

Здравоохранение  
Конференции  
Обучение  
Ординатура

#### НАУКА

Аспирантура  
Исследования  
СНО  
СМУ  
Школа

О сайте



## Здравоохранение Иркутска

### Терапевтическая служба

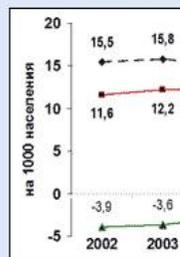
#### Правила подготовки отчета по терапии

- Формы отчета ежегодно совершенствуются, поэтому не
- Представлять информацию необходимо в едином формате
- В комментариях к таблицам отражать существенные изменения
- В разделе предложений по улучшению можно указать не
- Перед сдачей отчета внимательно проверьте все данные
- Отчет приносить в бумажной (с плотной мультифорой) и
- Кроме текста отчета необходимо сдать таблицы в формате Word
- При отсутствии показателя ставьте не прочерки в ячейках
- Отчеты включают всю терапевтическую службу, а не только
- Проект отчета на текущий год доступен с февраля. В соответствии с требованиями.
- Рекомендуется перед сдачей отчета переслать по email (fba)
- Отчеты подготовленные не по форме и с неверной информацией

#### Отчетные документы по терапевтической службе

- Отчет по Иркутску за 2007 год
- Проект отчета по стационару (2008 год)
- Таблицы по стационару (2008 год)
- Проект отчета по поликлинике (2008 год)
- Таблицы по поликлинике (2008 год)
- Годовые формы статистического наблюдения

#### Прирост



Ф.И.Белялов

Главный терапевт Департамента здравоохранения  
и социальной помощи населению Администрации г. Иркутска

## Отчет

по терапевтической службе города Иркутска  
за 2008 год



06.02.09

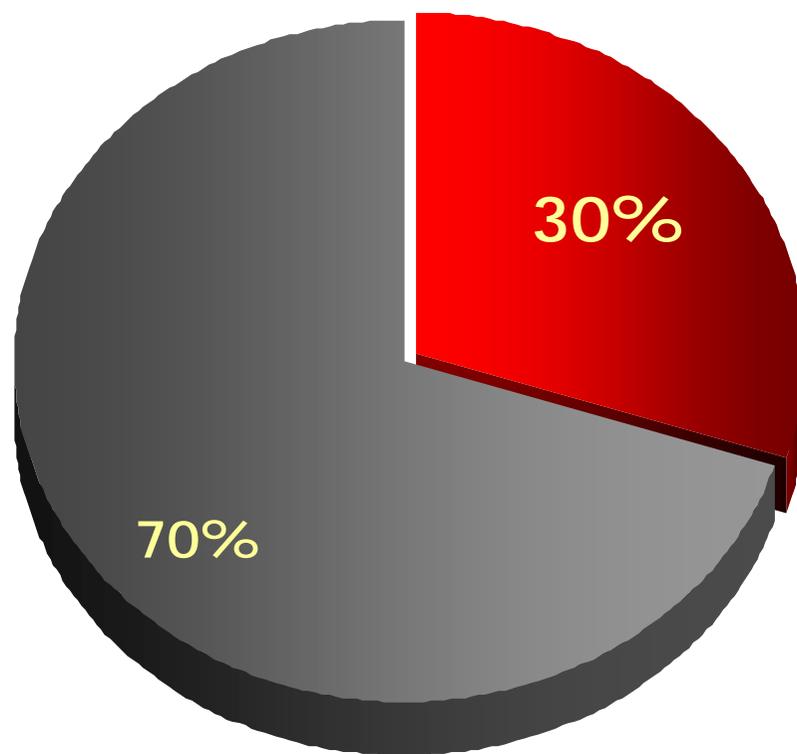
2008 год



# Факторы, определяющие показатели здоровья населения

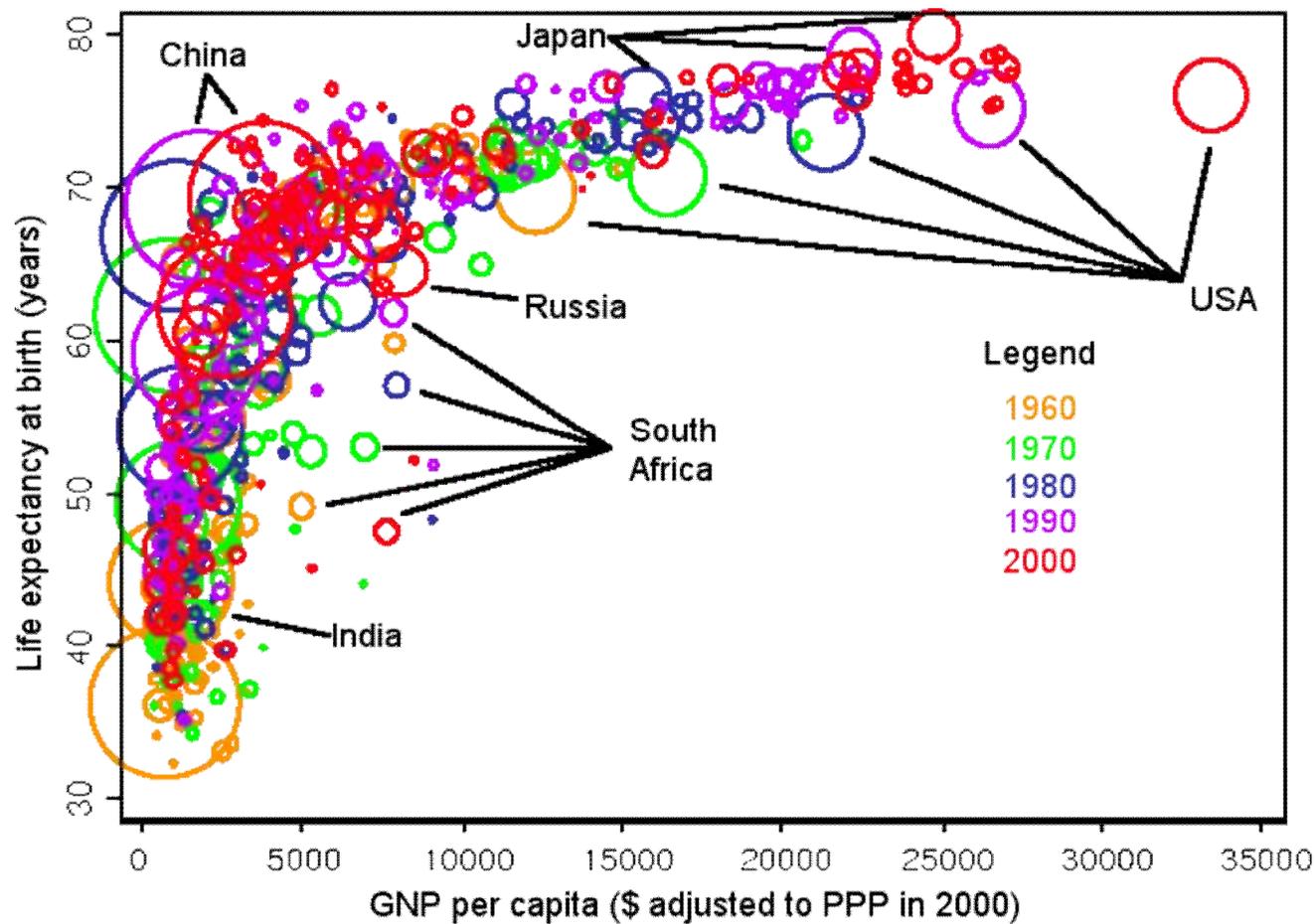
- **Медицина**
- **Окружающая среда**
- **Экономическое состояние страны**
- **Доходы населения**
- **Демографическая ситуация**

# Окружающая среда и здоровье

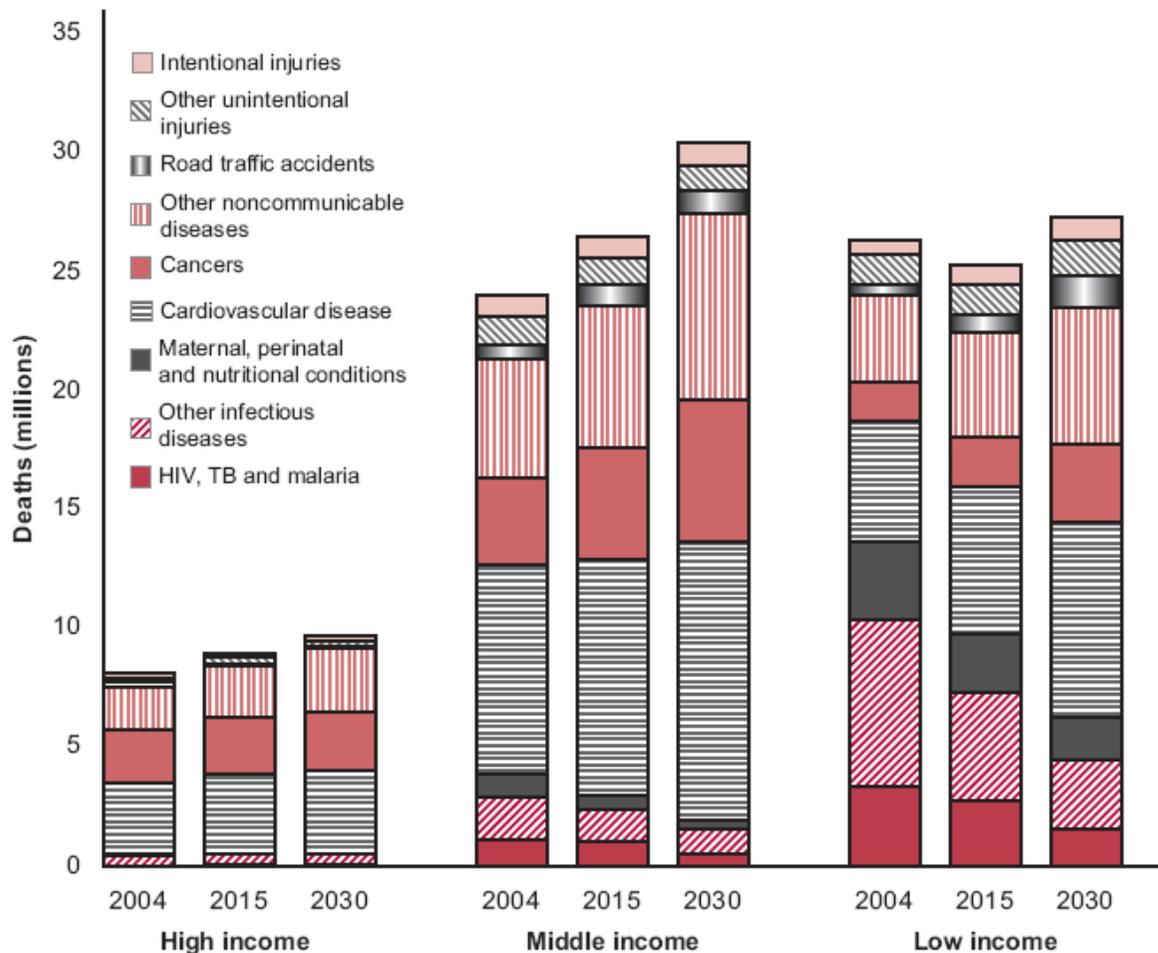


ВОЗ, 2004–2005

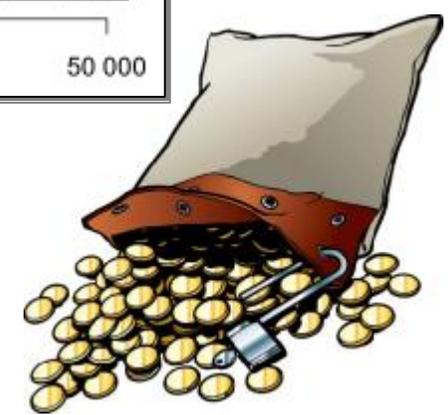
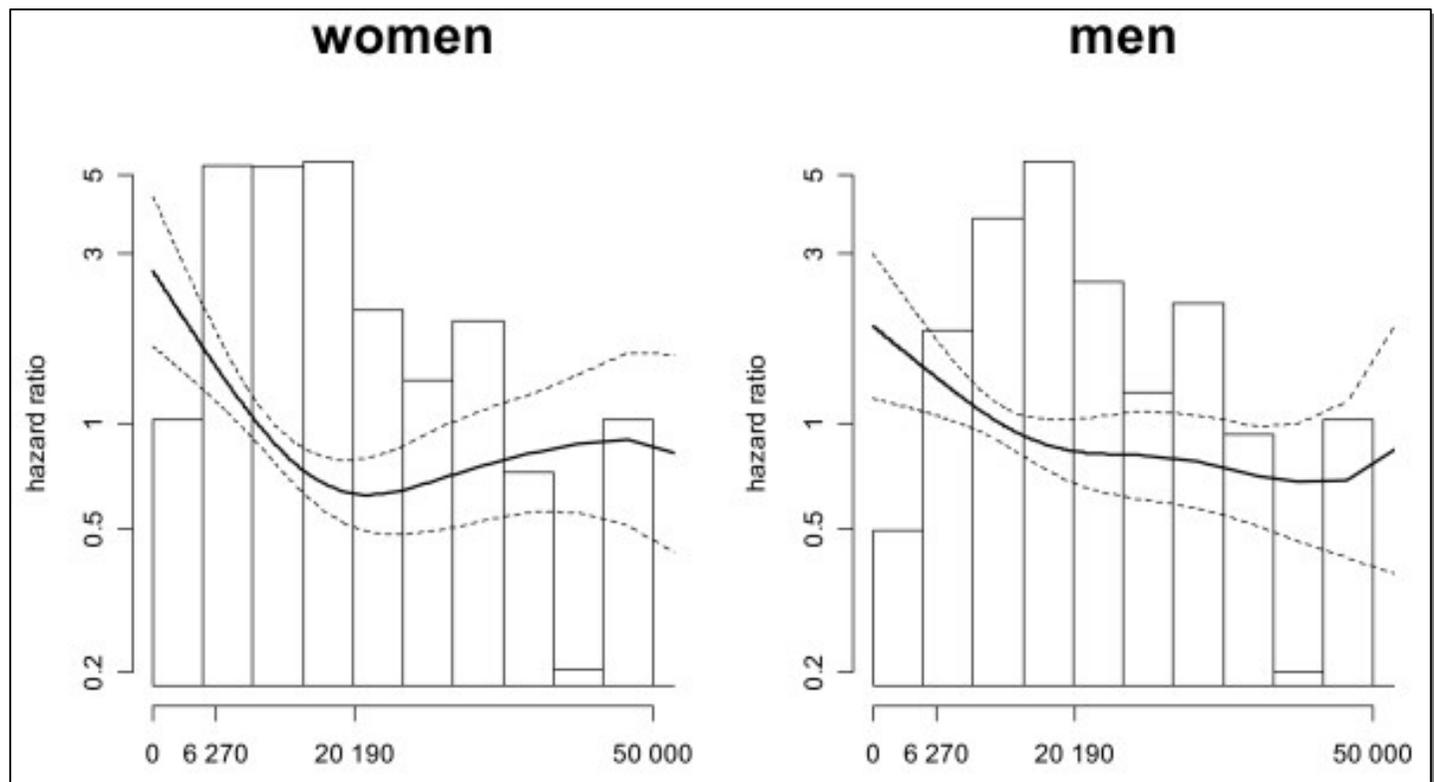
# Кривая Preston



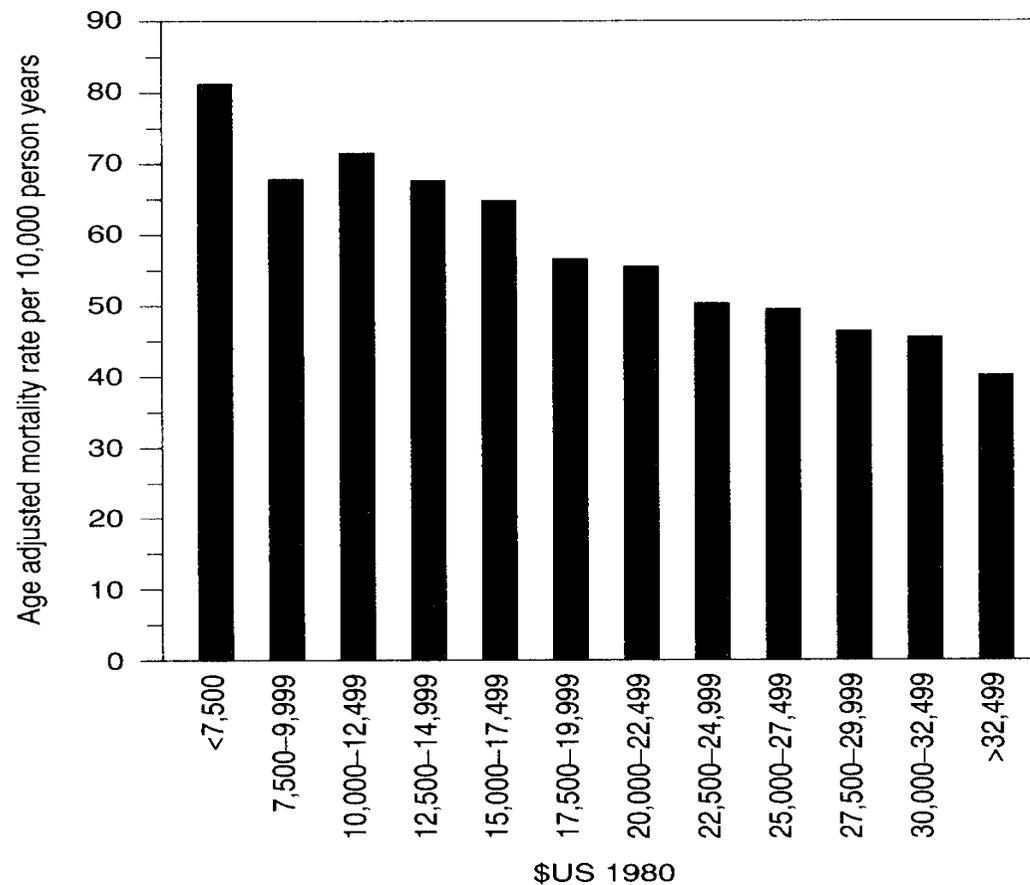
# Структура смертности и доходы стран



# Доходы и общая смертность



# Доходы и смертность мужчин

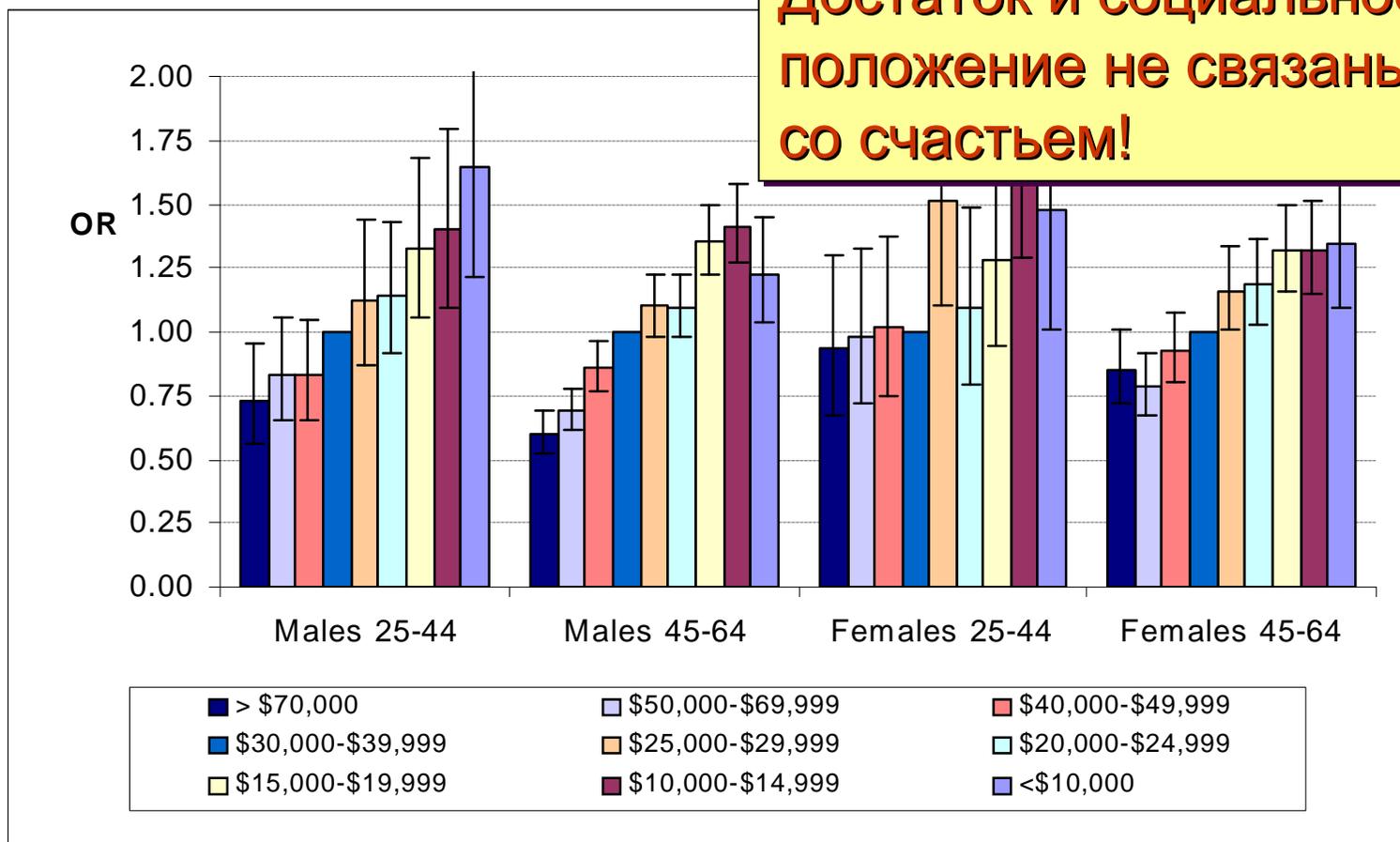


*Figure 5.1: Income and mortality among white US men*  
*Source: MRFIT data from G. Davey Smith, J.D. Neaton and J. Stamler, Socioeconomic differentials in mortality risk among 305,099 white men*



# Семейный доход и риск смерти

**Достаток и социальное положение не связаны со счастьем!**



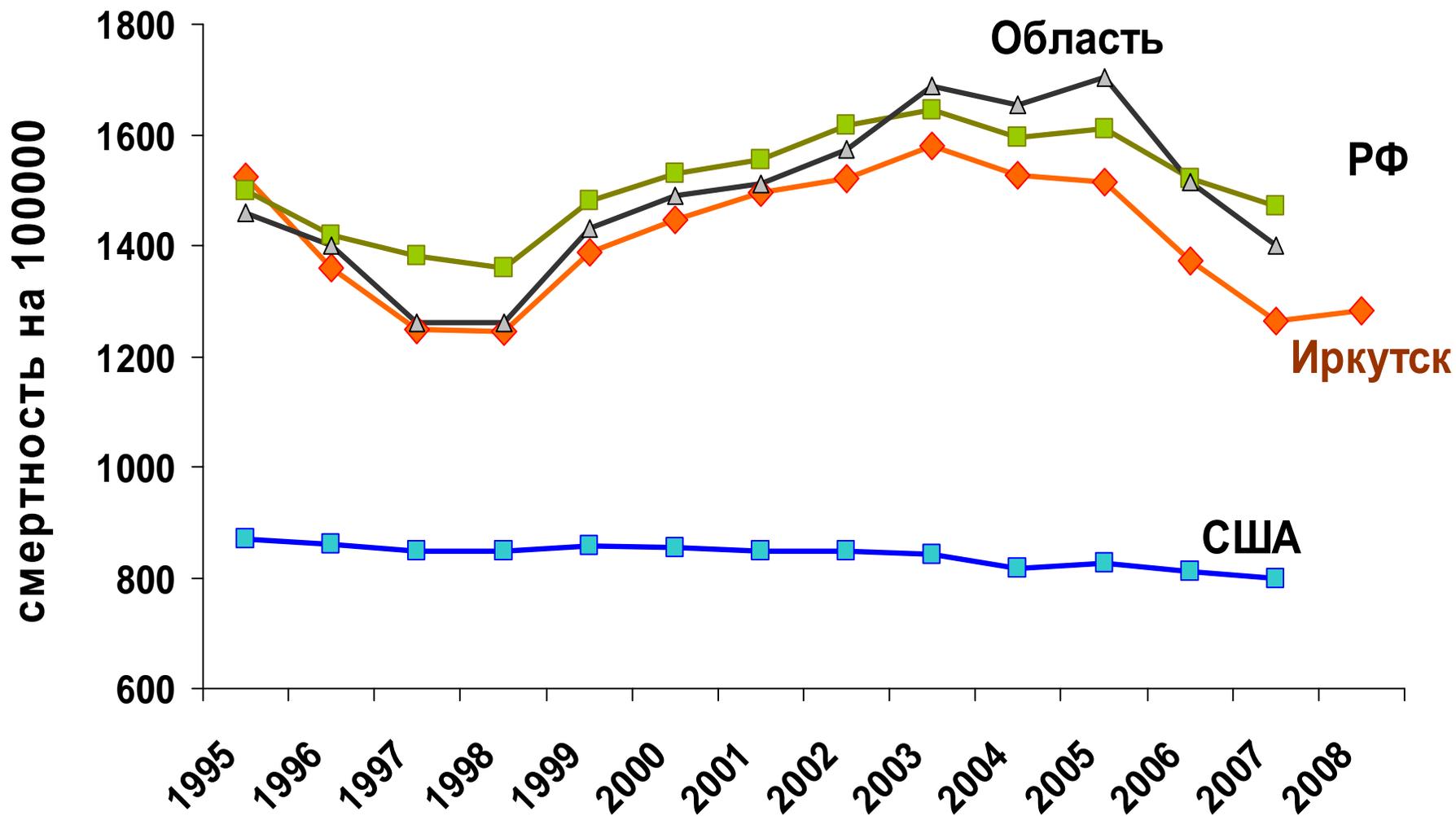
# Причины смерти в Иркутске



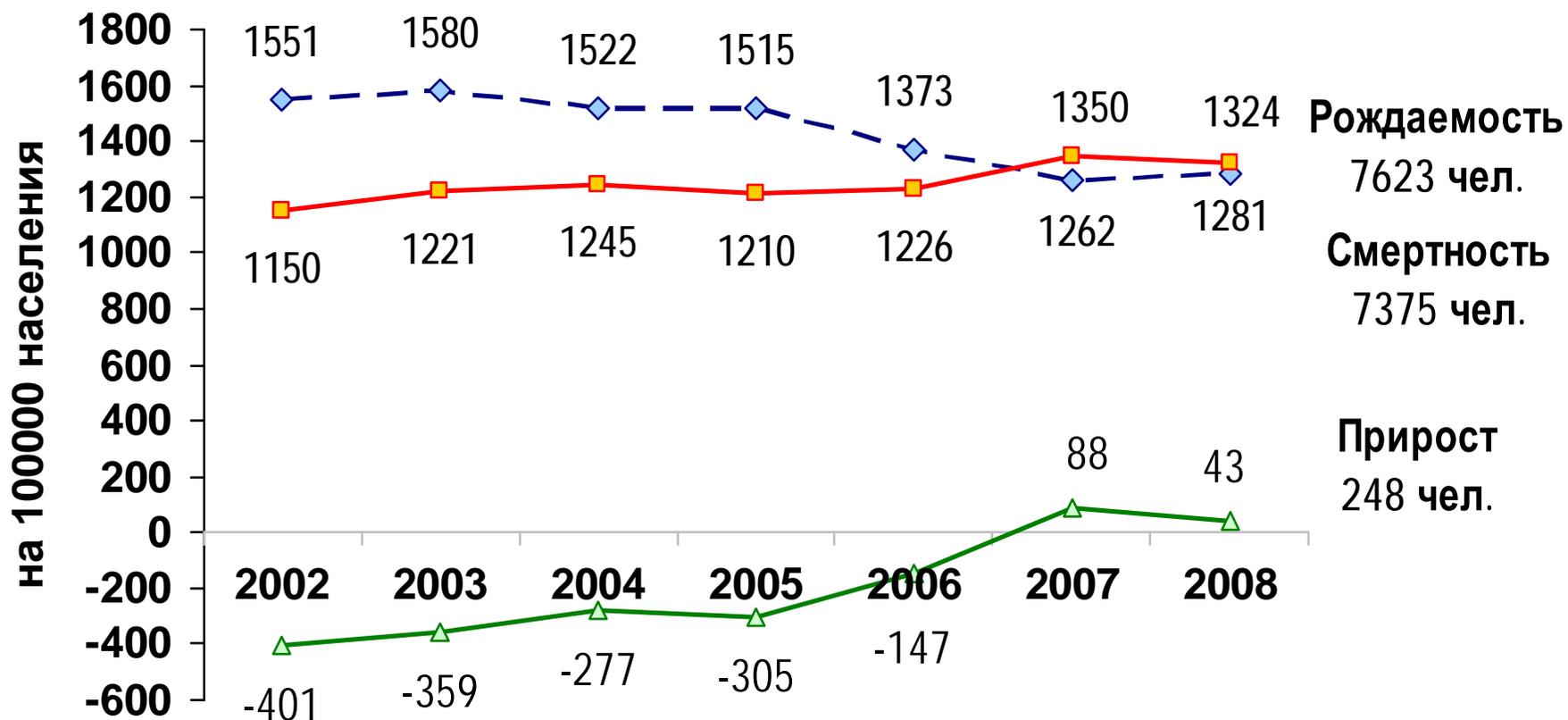
Абсолютное число умерших

**2008 год**

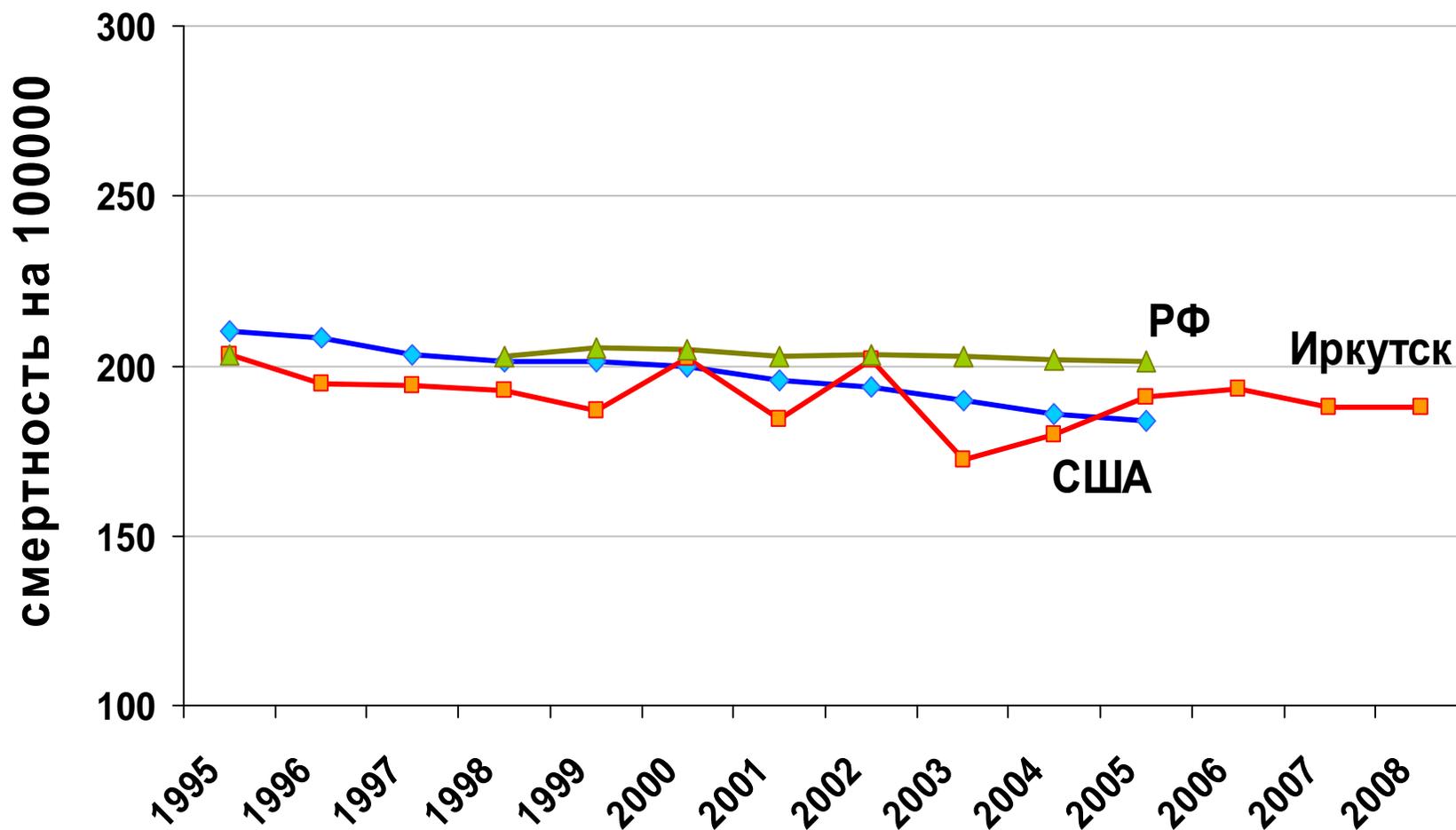
# Общая смертность



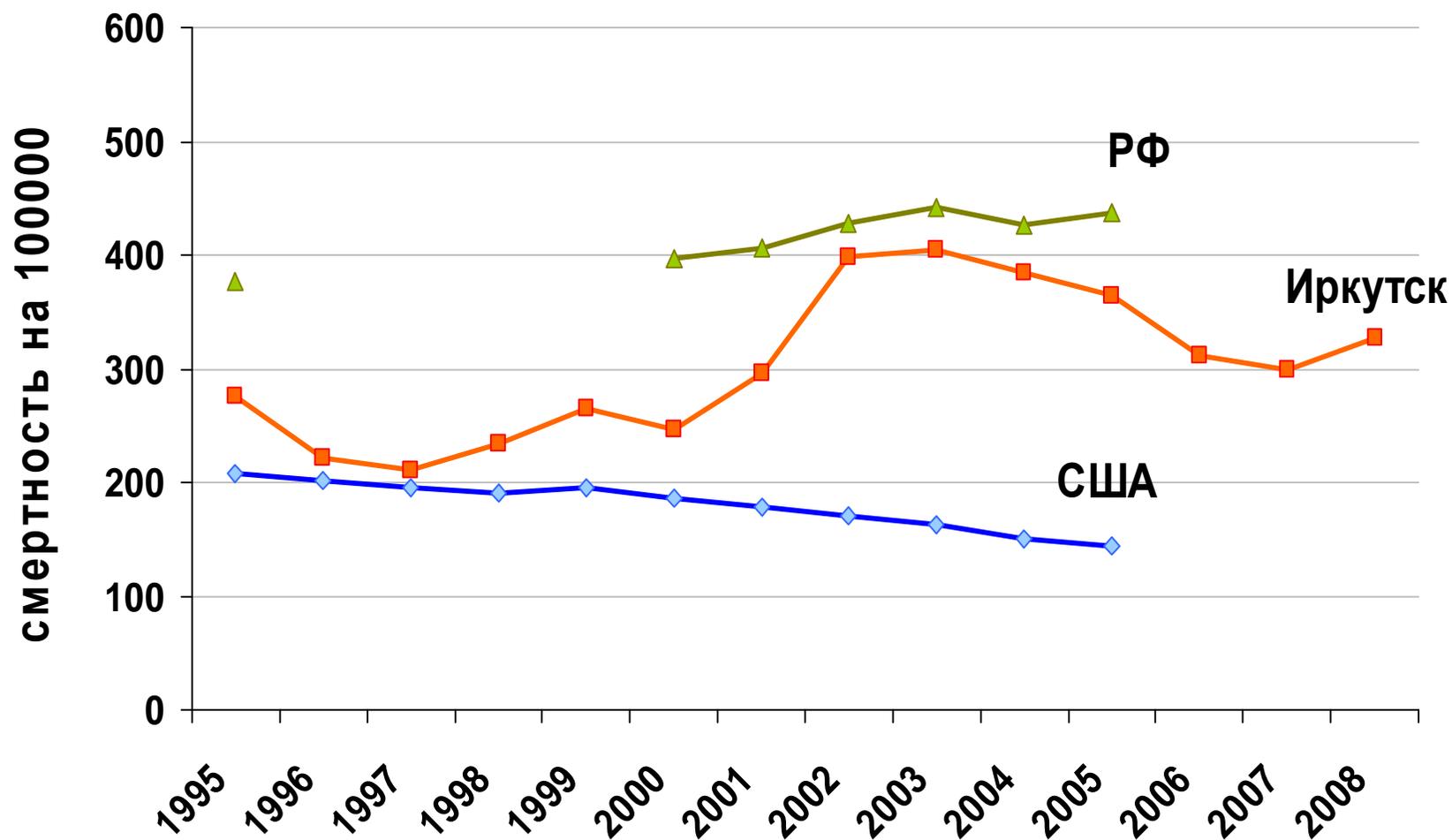
# Динамика демография



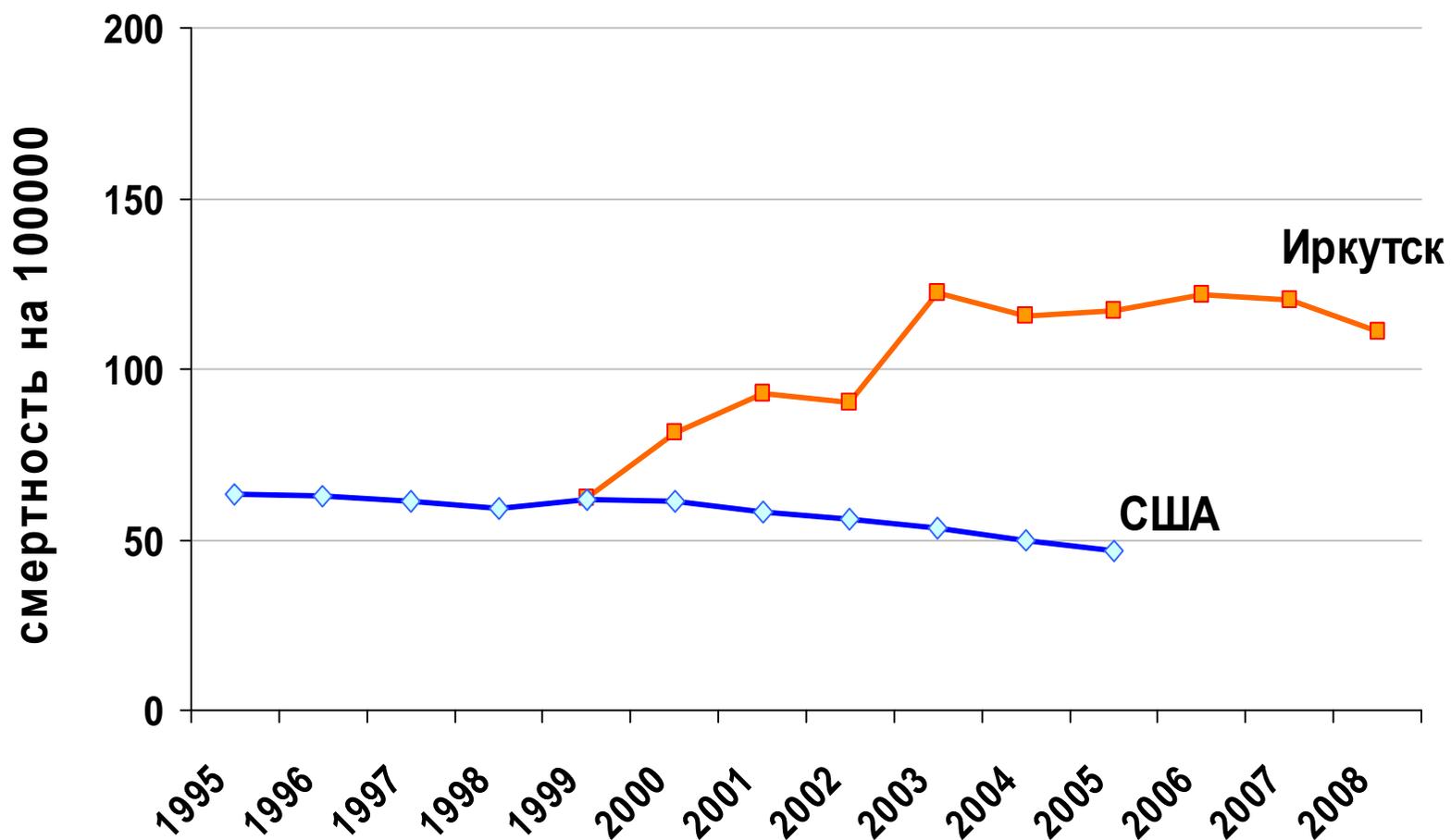
# Смертность от рака



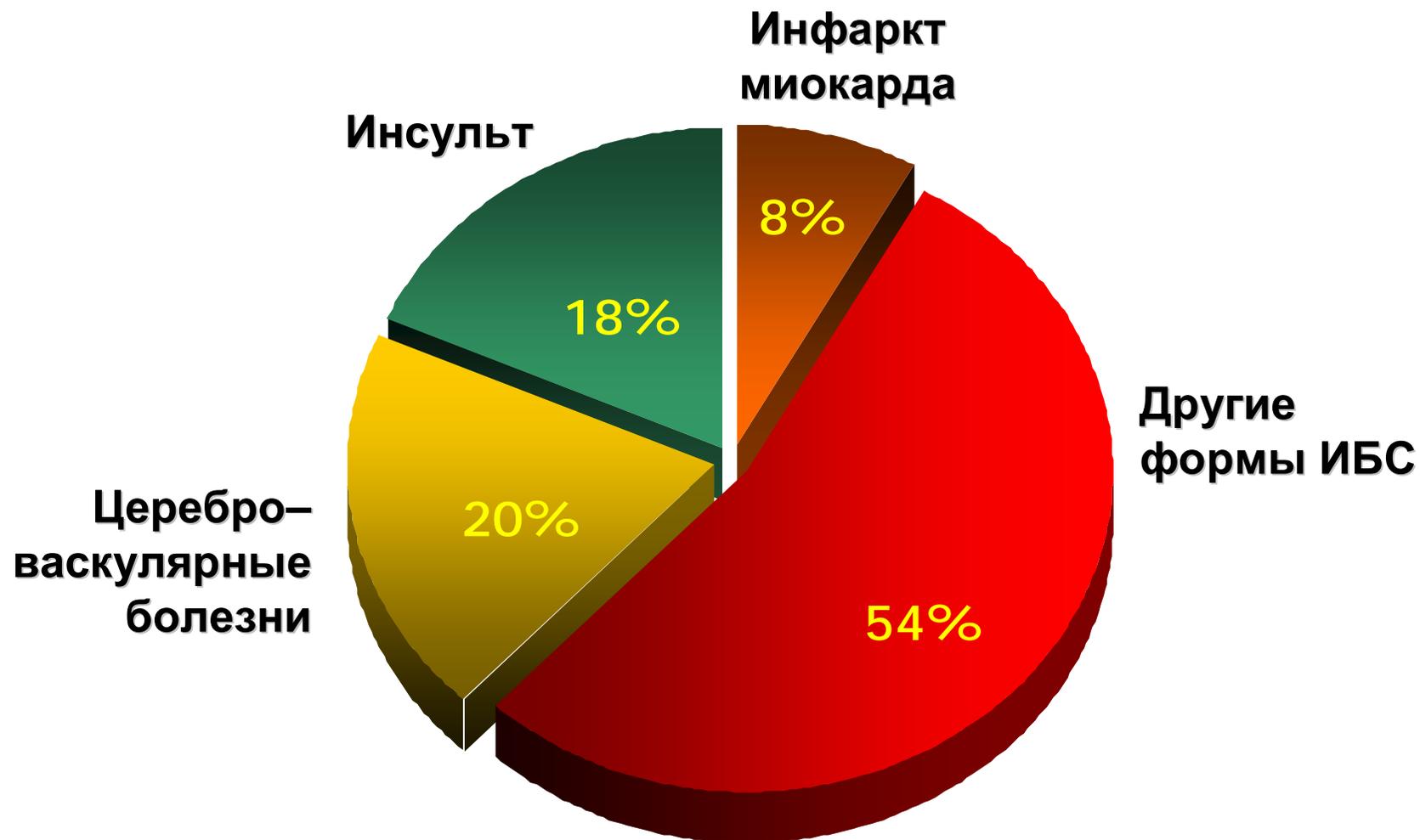
# Смертность от ИБС



# Смертность от инсульта

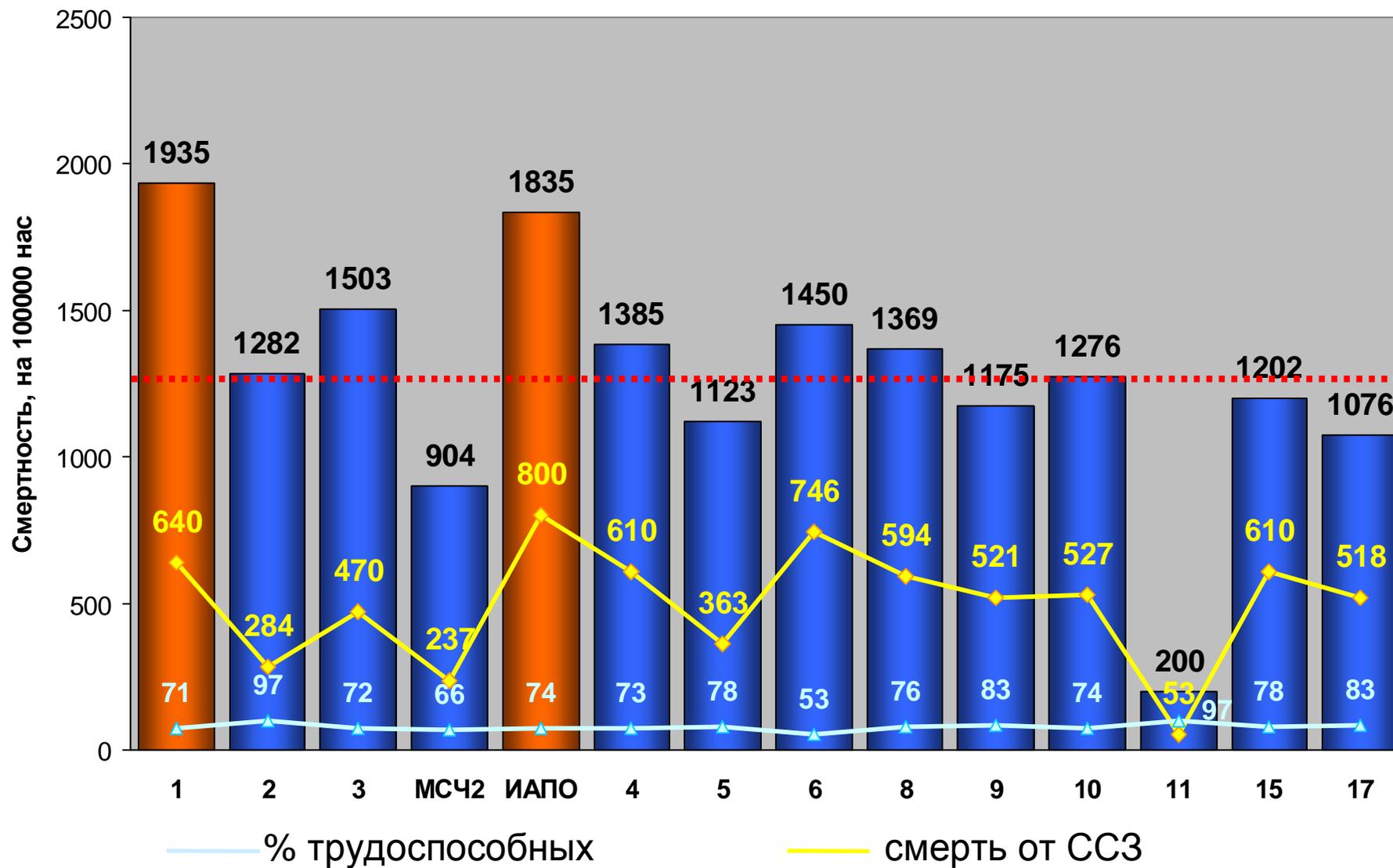


# Сердечно-сосудистые смерти

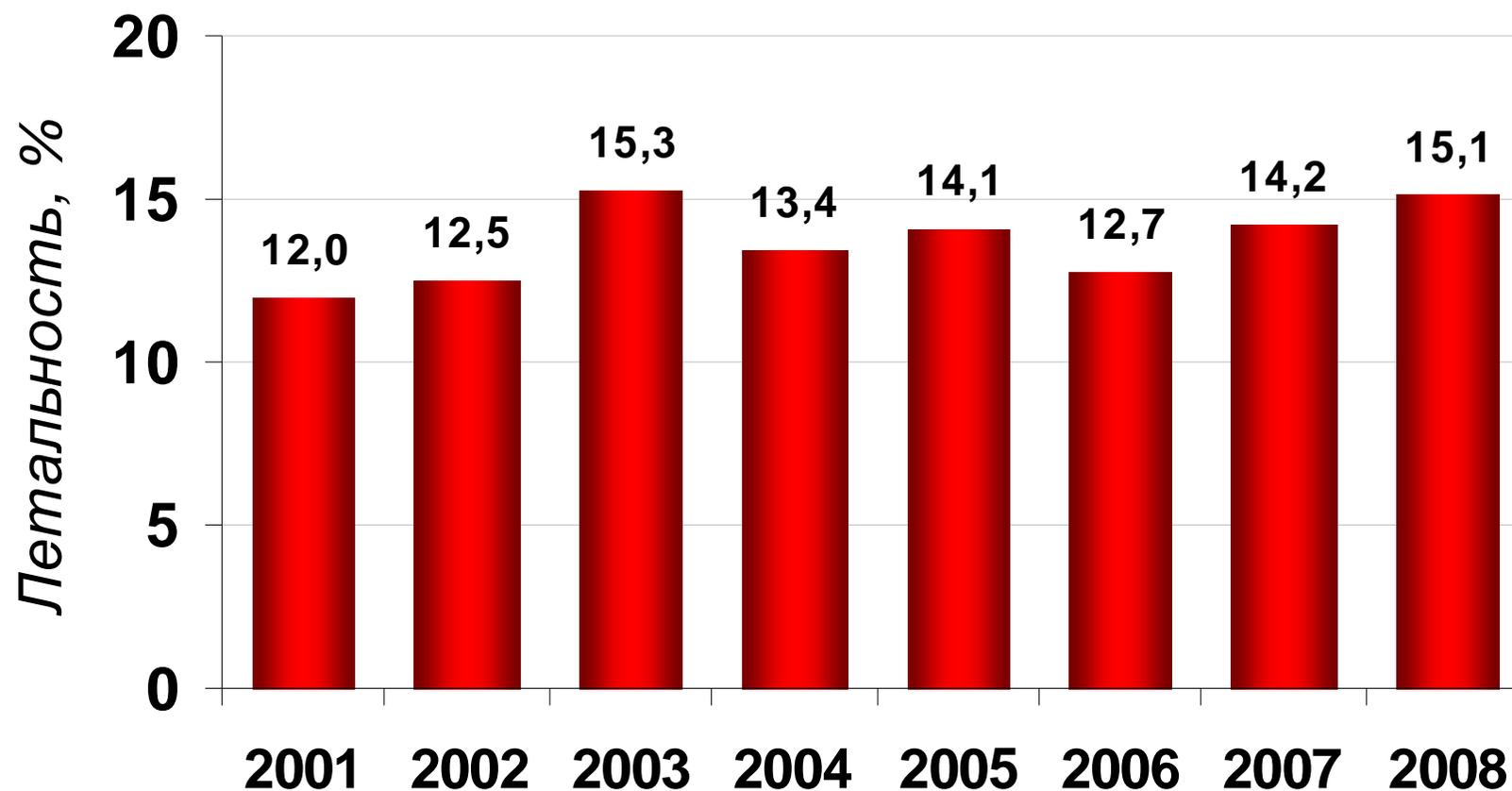


**2008 год**

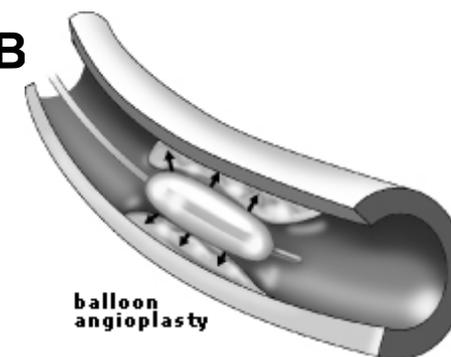
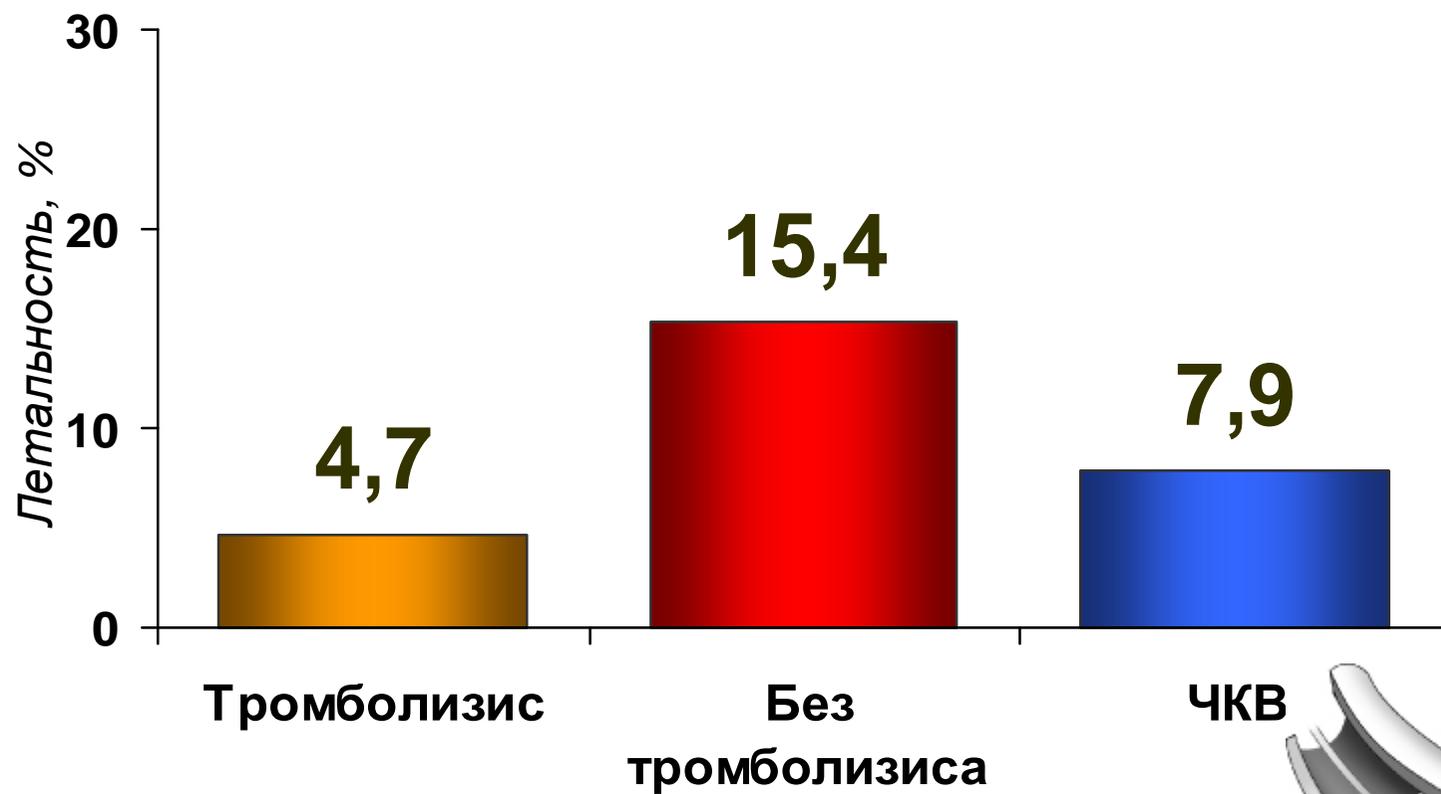
# Смертность по поликлиникам



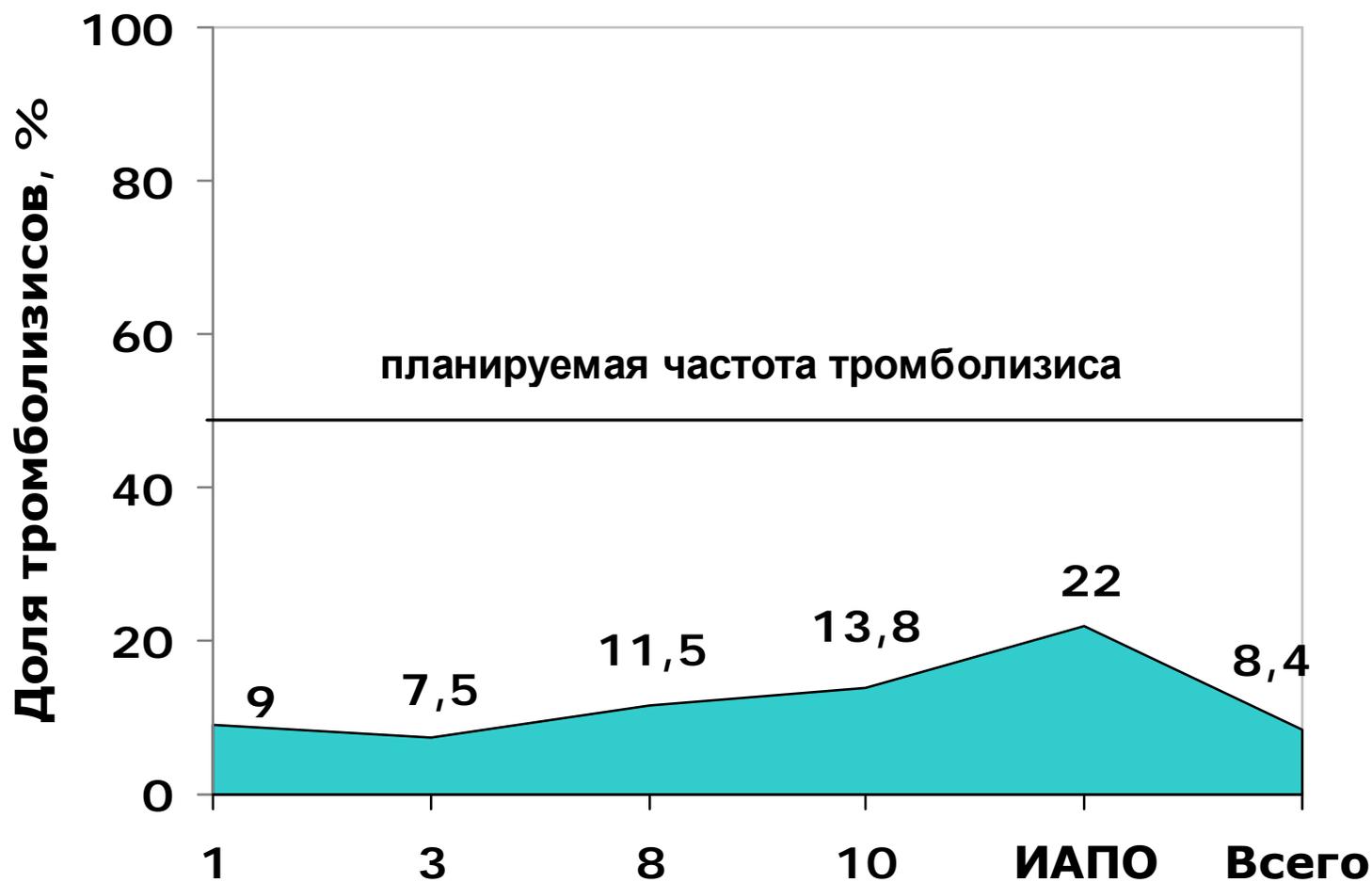
# Летальность от инфаркта миокарда



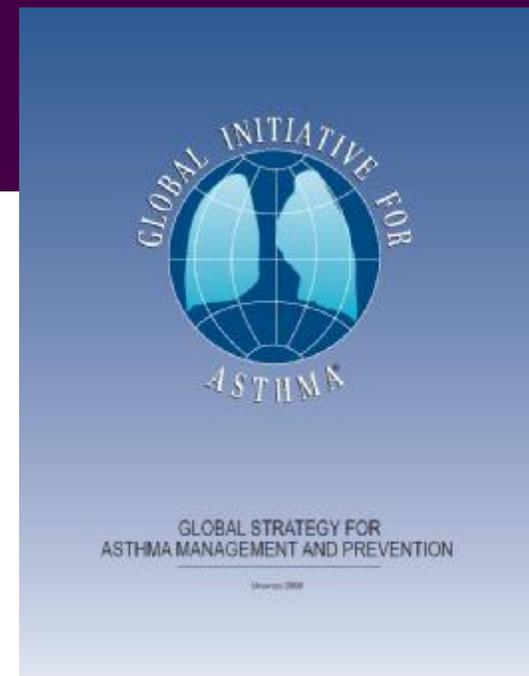
# Эффективность лечения



# Частота тромболизиса



# Бронхиальная астма



Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop 2008.

# Вредности на работе и риск астмы



# Поддерживающее лечение

Ступень	Ежедневное основное лечение
<b>СТУПЕНЬ 1</b>	b <sub>2</sub> -агонисты по необходимости
<b>СТУПЕНЬ 2</b>	<b>ИКС низкие дозы (будесонид 180–600 мкг)</b>
<b>СТУПЕНЬ 3</b>	ИКС средние (600-1200 мкг) дозы ИКС низкие дозы + пролонгированные b <sub>2</sub> -агонисты
<b>СТУПЕНЬ 4</b>	ИКС средние дозы + <b>пролонгированные b<sub>2</sub>-агонисты</b>
<b>СТУПЕНЬ 5</b>	ИКС высокие дозы (>1200 мкг) + пролонгированные b <sub>2</sub> -агонисты
<b>СТУПЕНЬ 6</b>	ИКС высокие дозы + пролонгированные b <sub>2</sub> -агонисты + ПКС ± антиIgE



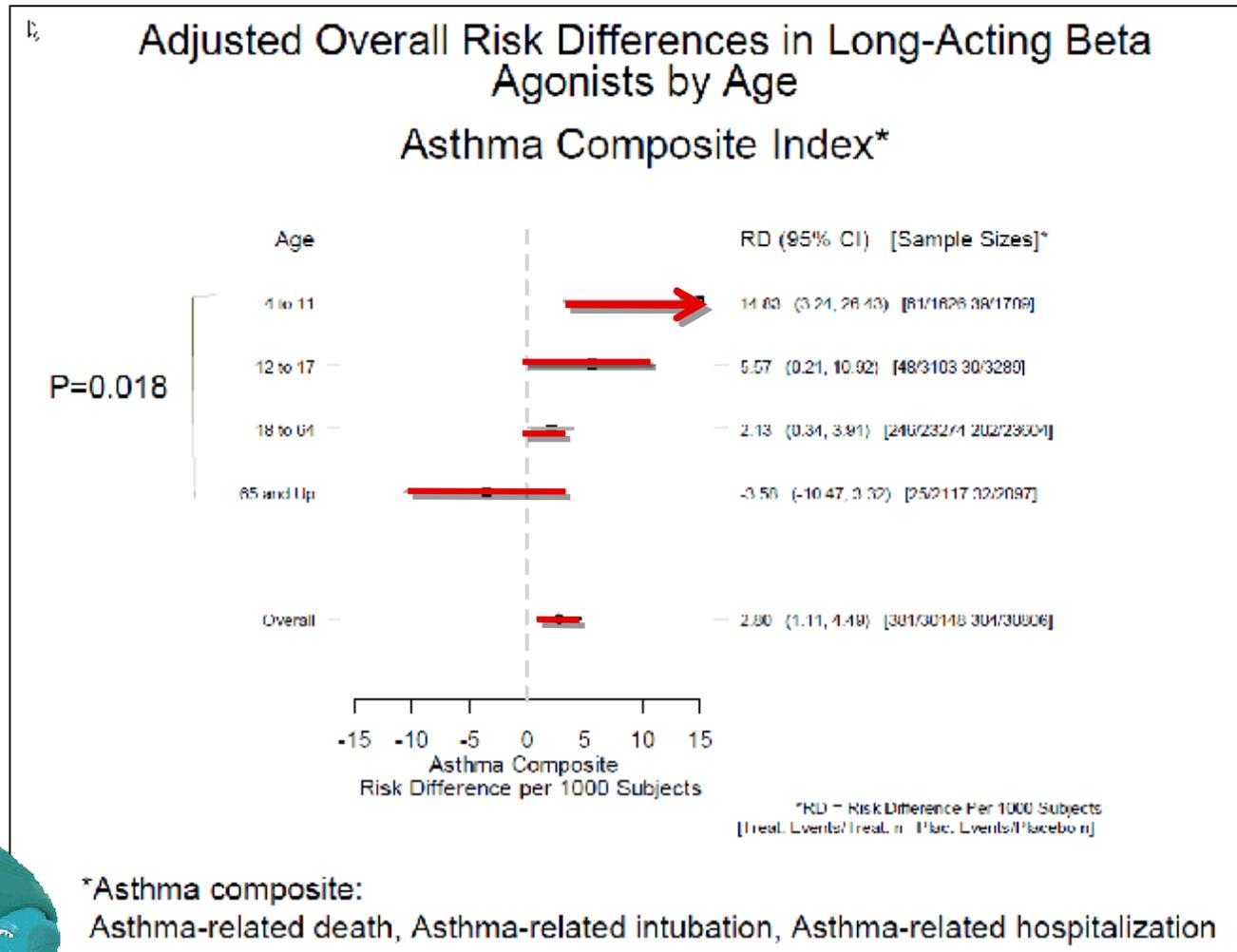
# Ранние ингаляции кортикостероидов

## ■ Легкая астма

симптомы днём до 1 раза в день, ночью – реже 2 раз в месяц,  
ОФВ1  $\geq$ 80% должного

- Раннее назначение будесонида 400 мкг 1 раз/сут на 40% снизило риск тяжелых обострений в течение 5 лет.

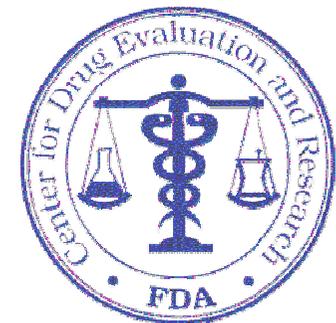
# FDA: комитет по длительно действующим бета<sub>2</sub>-агонистам



10-11 декабря, 2008

# FDA: комитет по длительно действующим бета<sub>2</sub>-агонистам

- Имеет место эффект возраста – частота госпитализаций, связанная с приемом бета<sub>2</sub>-агонистов, увеличивается у детей
- Остается неясным в какой мере ИКС ослабляют риск, ассоциированный с бета<sub>2</sub>-агонистами

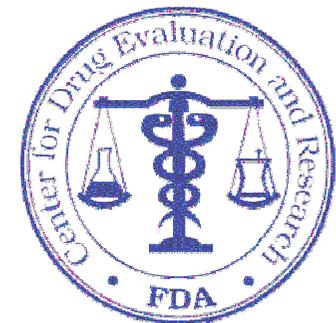


10-11 декабря, 2008

# FDA: комитет по длительно действующим бета<sub>2</sub>-агонистам

## ■ Комитет рекомендовал:

- Убрать в показаниях к бета<sub>2</sub>-агонистам астму у лиц <18 лет.
- В показаниях к монотерапии бета<sub>2</sub>-агонистами (серевент, форадил) убрать астму и перенести в противопоказания для всех возрастных групп.



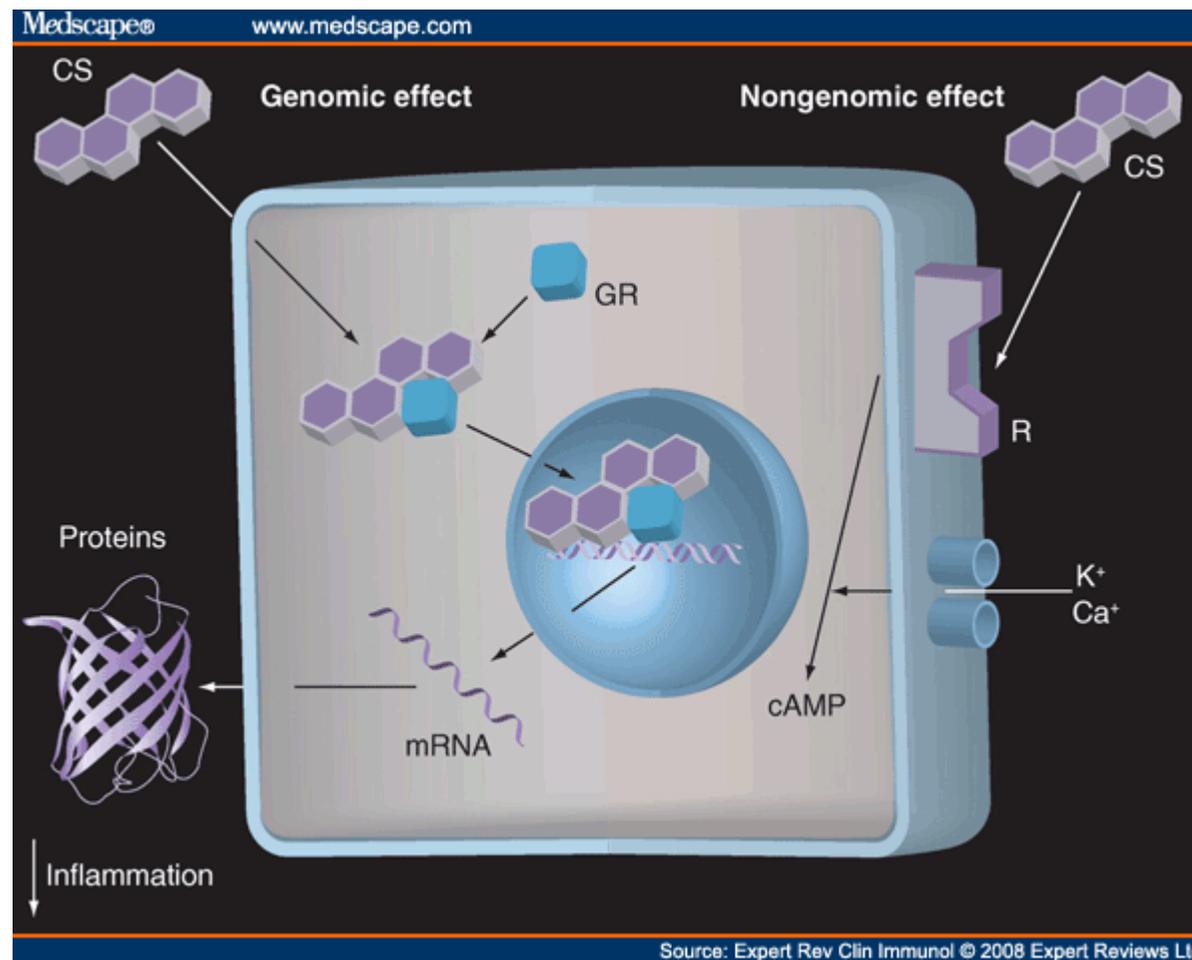
10-11 декабря, 2008



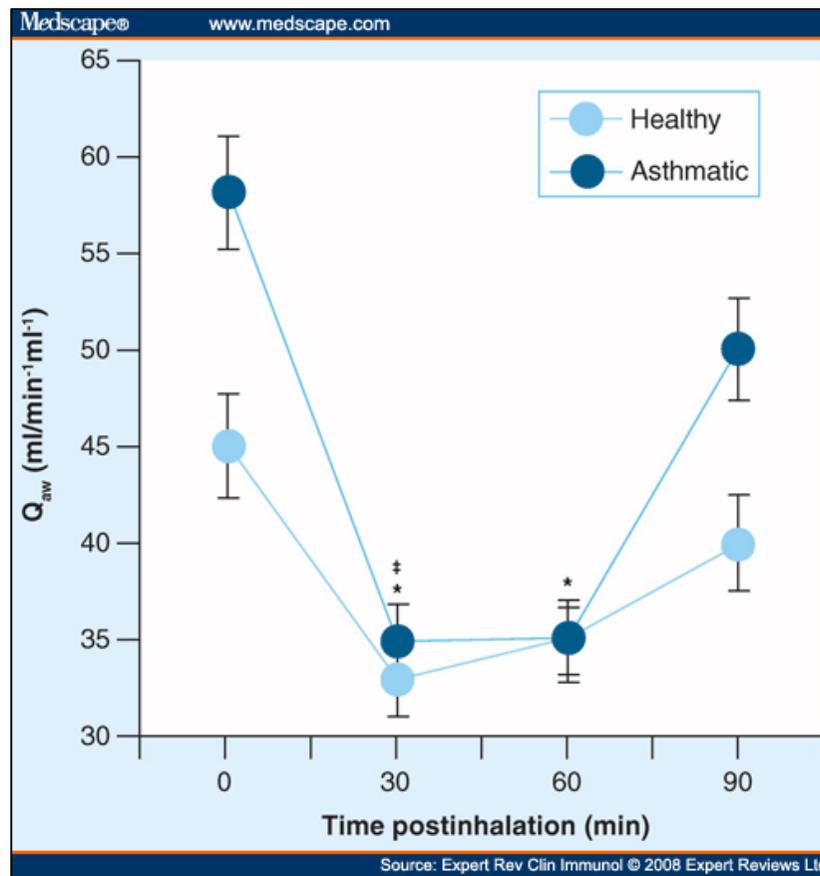
# Холинолитики

- Холинолитики немного уменьшают одышку, больше дневную, и увеличивают ПСВ (на 7% относительно плацебо)
- Различий симптомов и ПСВ между короткодействующими бета<sub>2</sub>-агонистами и комбинации с холинолитиками нет
- Нецелесообразно добавлять холинолитики для лечения астмы

# Негеномные эффекты кортикостероидов



# ИКС и вазоконстрикция дыхательных путей



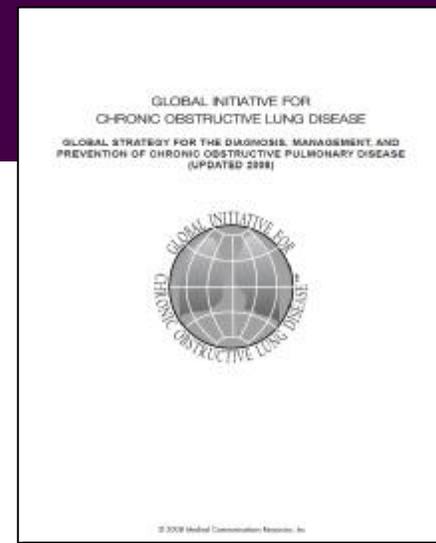
ИКС ингибируют постсинаптический захват норадреналина  
– вазоконстрикция, снижение клиренса ИКС.

# Рекомендации

- Применять ИКС при неполном ответе на начальную терапию
- Повторять через 10–30 мин в течение 90–120 мин
- Предпочтительнее будесонид или флутиказон
- Минимально эффективная доза флутиказона 500 мкг, будесонида – 400 мкг



# ХОБЛ



Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention  
of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2008.

# Нужен ли скрининг ХОБЛ?

Скрининг ХОБЛ с помощью спирометрии выявляет в основном пациентов с легкой или умеренной обструкцией, которым диагноз ХОБЛ не дает дополнительной пользы. Сотни пациентов должны пройти спирометрию чтобы отсрочить одно обострение.

Table 1. Projected Outcomes of Screening 10 000 Asymptomatic Adults for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry\*

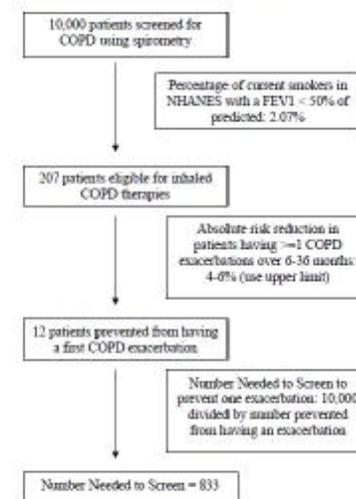
Variable	Current Smoker	Never Smoker	Age 40–49 y	Age 50–59 y	Age 60–69 y	Age 70–74 y
Patients screened, n	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Patients with FEV <sub>1</sub> <50% of predicted, n†	207	95	80	260	370	420
Patients prevented from having ≥1 COPD exacerbation, n	12	5	4	15	22	25
NNS to prevent 1 COPD exacerbation over 6–36 mo	833	2000	2500	667	455	400

# Эффективность скрининга



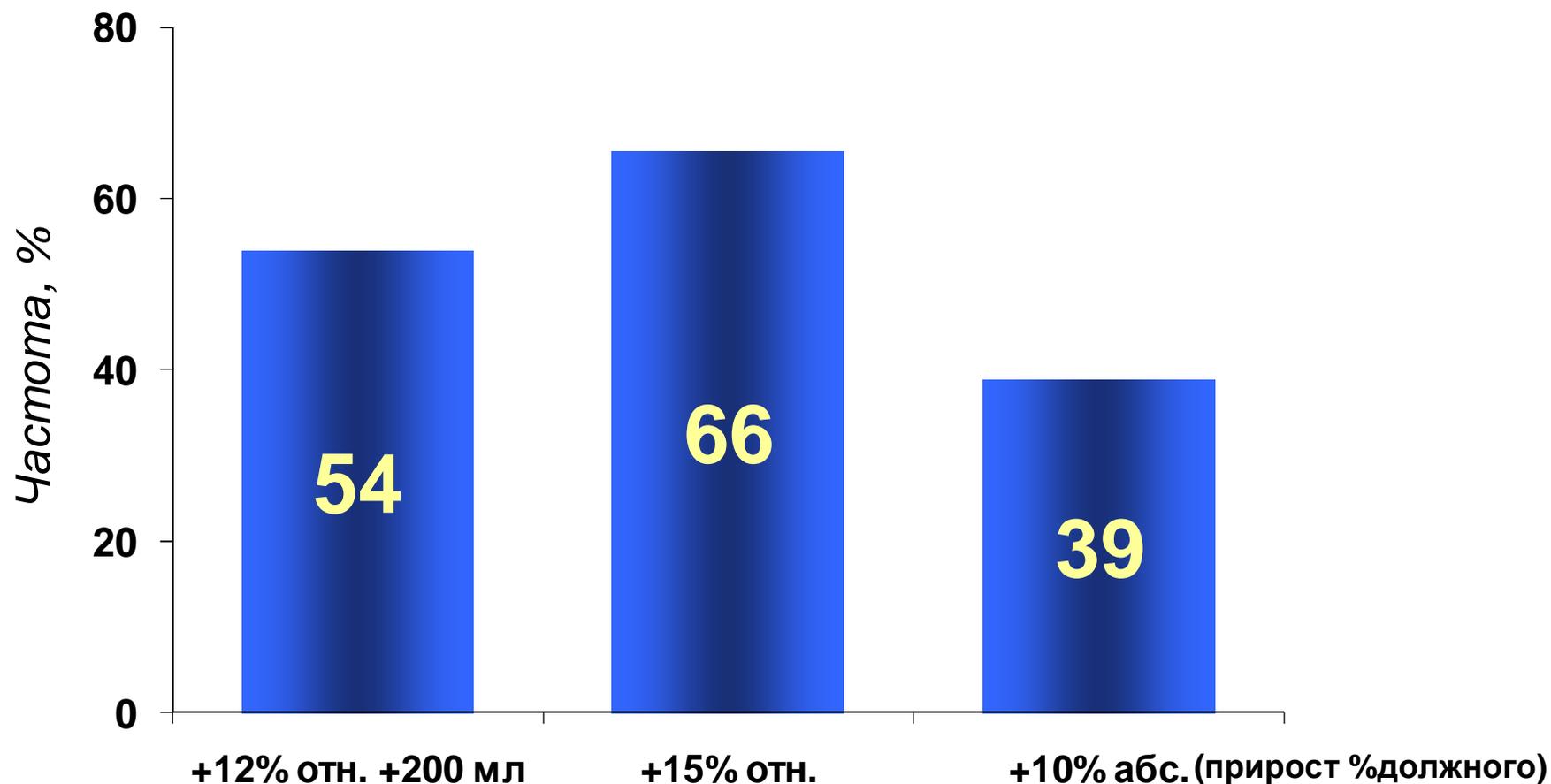
Lin K et al. Ann Intern Med. 2008;148:535-43.

Figure 2 – Projected Outcomes of Population-Based Screening for COPD Using Spirometry in Current Smokers 40 Years of Age and Older



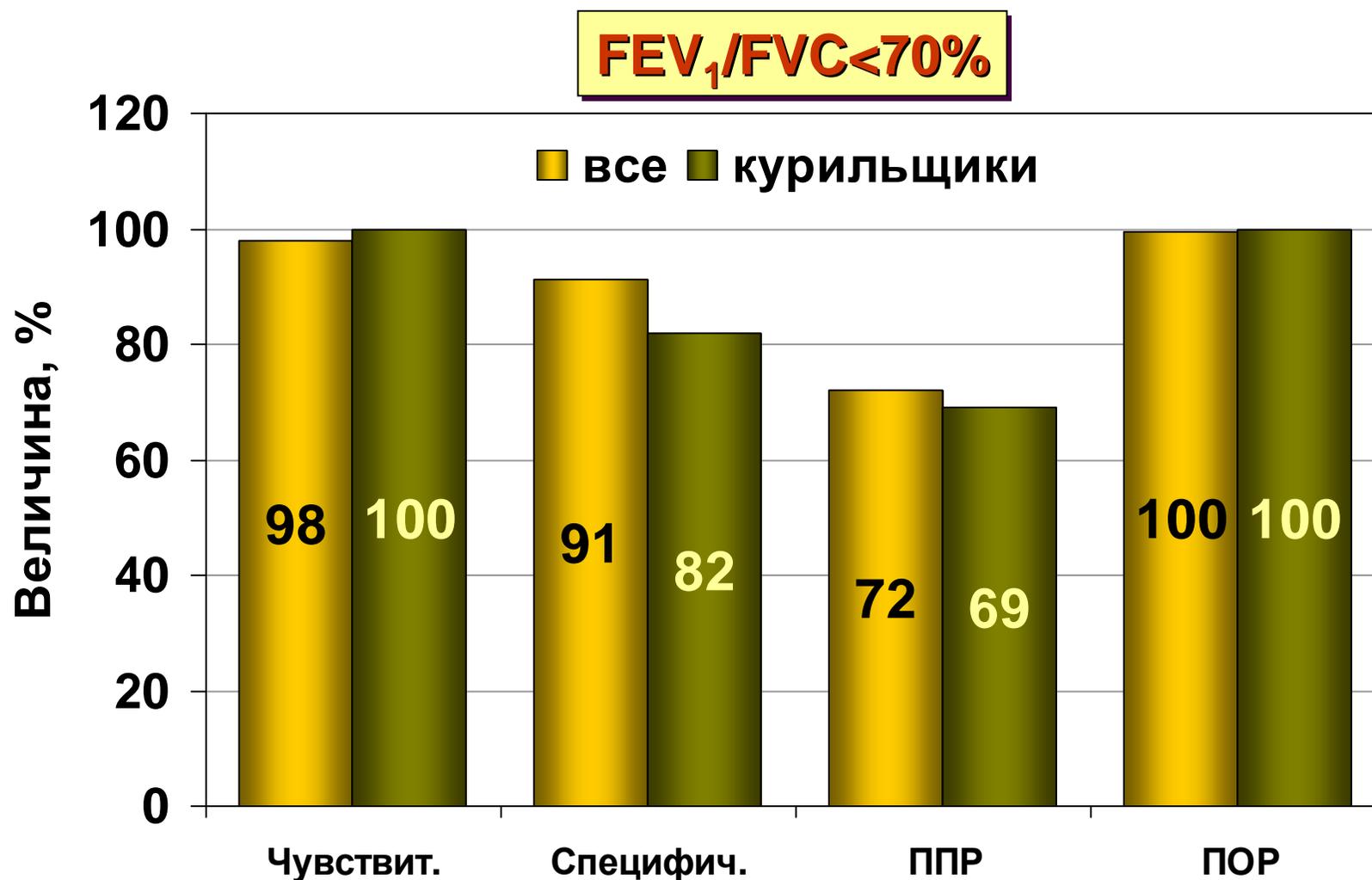
NHANES = National Health and Nutrition Examination Survey

# Ответ ОФВ<sub>1</sub> на бронходилататоры



**80 мкг ипратропиума + 400 мкг сальбутамола**

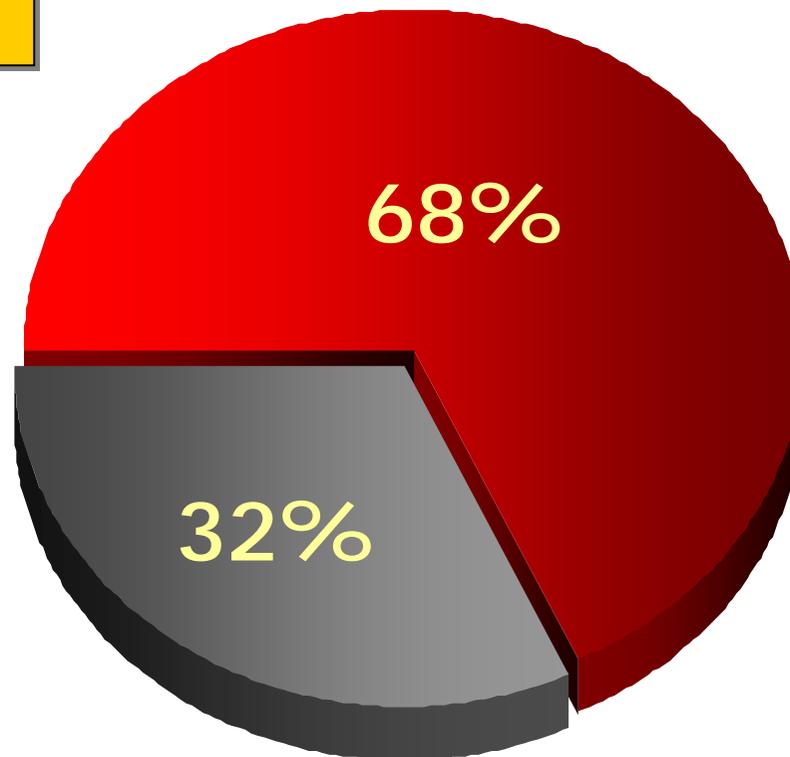
# Спирометрия без бронходилататоров



# Неспецифическая спирограмма

-  $ОФВ_1$   
- ФЖЕЛ  
N  $ОФВ_1$  / ФЖЕЛ

Болезни дыхательных путей  
(астма, ХОБЛ)



Рестриктивные изменения  
(изменения грудной клетки, легких)

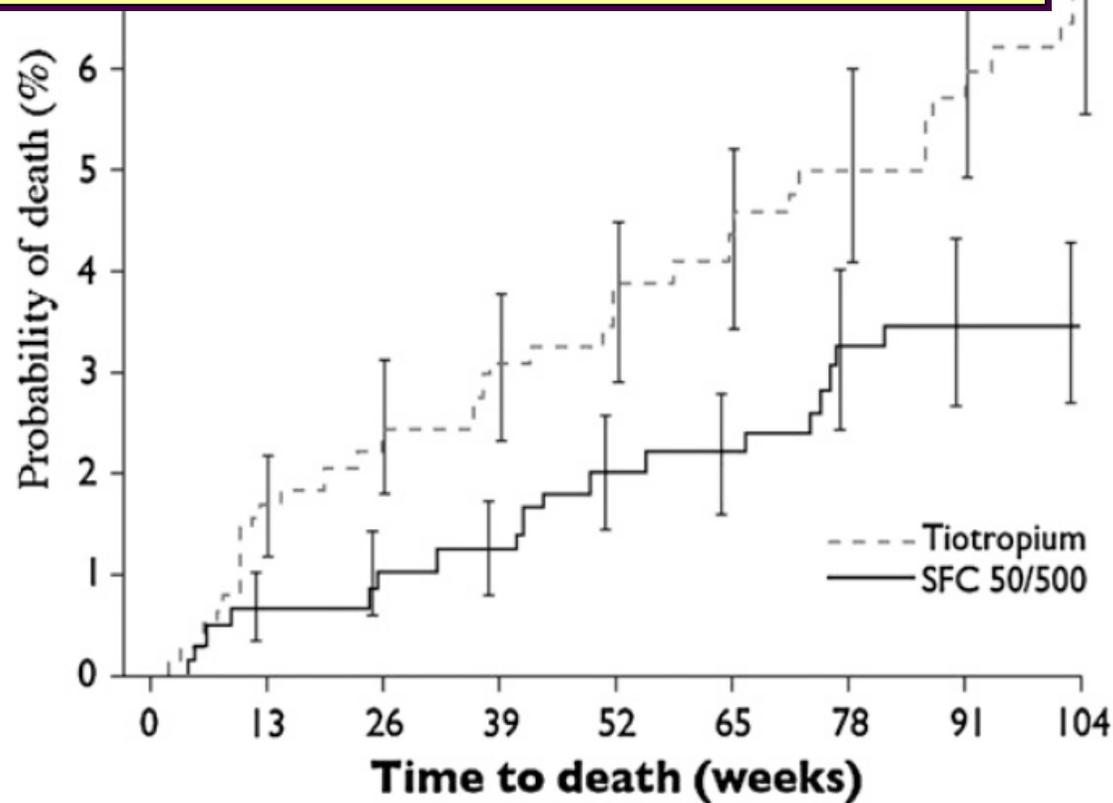


# INSPIRE

- **Тиотропиум против комбинации сальметерол + флутиказон**
  - отказы на 29% чаще
  - частота обострений одинаковая
  - симптомы более выражены
  - реже пневмонии

# INSPIRE: смертность

При лечении тиотропиумом выше смертность (6% против 3%, 0.032)



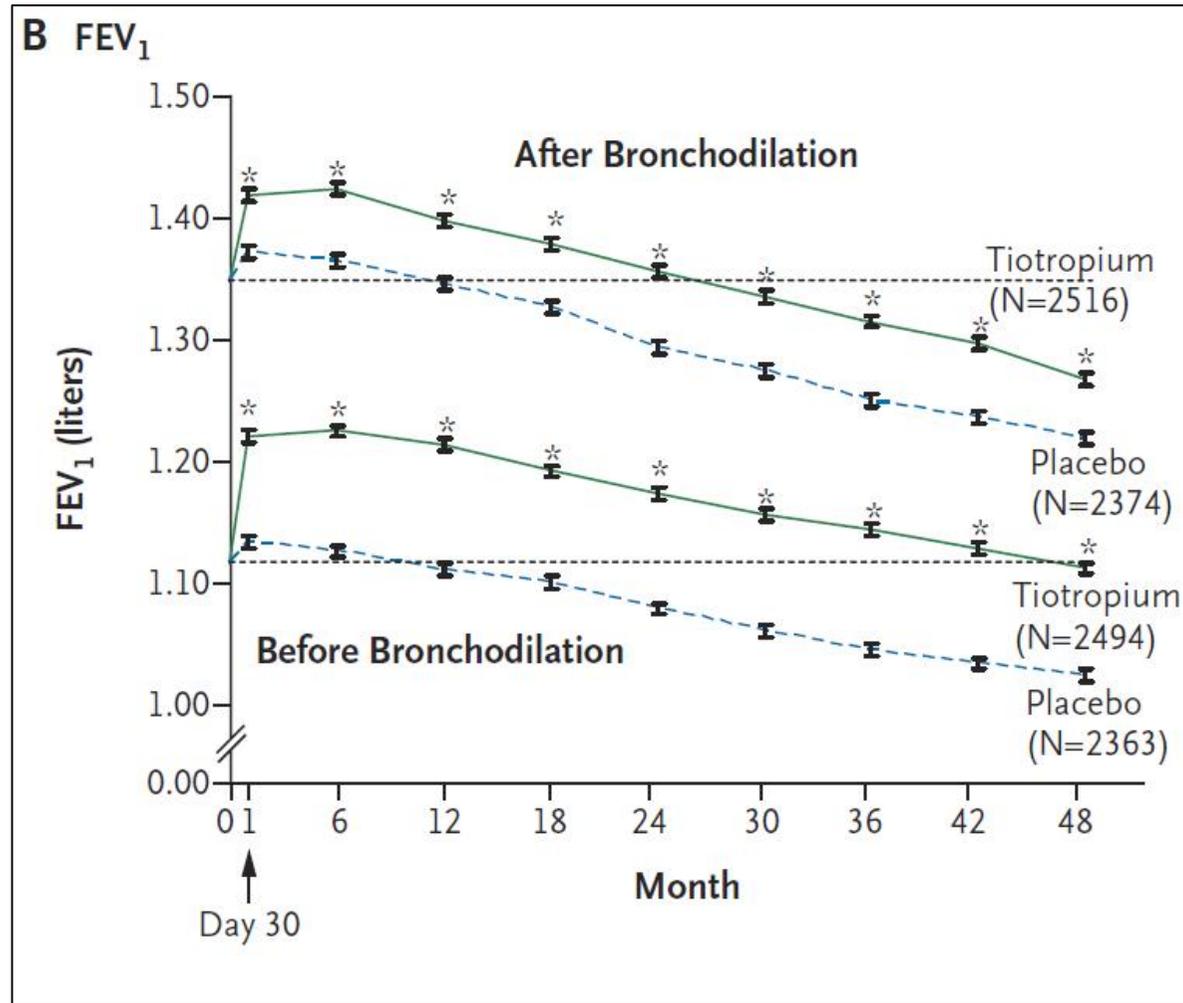
# INSPIRE: КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ



**Dr. Wedzicha** has received research funding in the last 3 years from GlaxoSmithKline (**\$400000** for the ECLIPSE study), Boehringer Ingelheim (**\$600000** for a study on inflammatory markers and exacerbations) and AstraZeneca (**\$500000** for a study of immunological mechanism and exacerbations), honoraria for participation in advisory boards from GlaxoSmith-Kline (**\$3000**) and Novartis (**\$2500** in 2007) and for lectures from GlaxoSmith-Kline (**\$8000**), Boehringer Ingelheim (**\$4000** from 2005–2006 and **\$2000** from 2006-2007), AstraZeneca (**\$8000** from 2005–2006) and Novartis (**\$2500**).



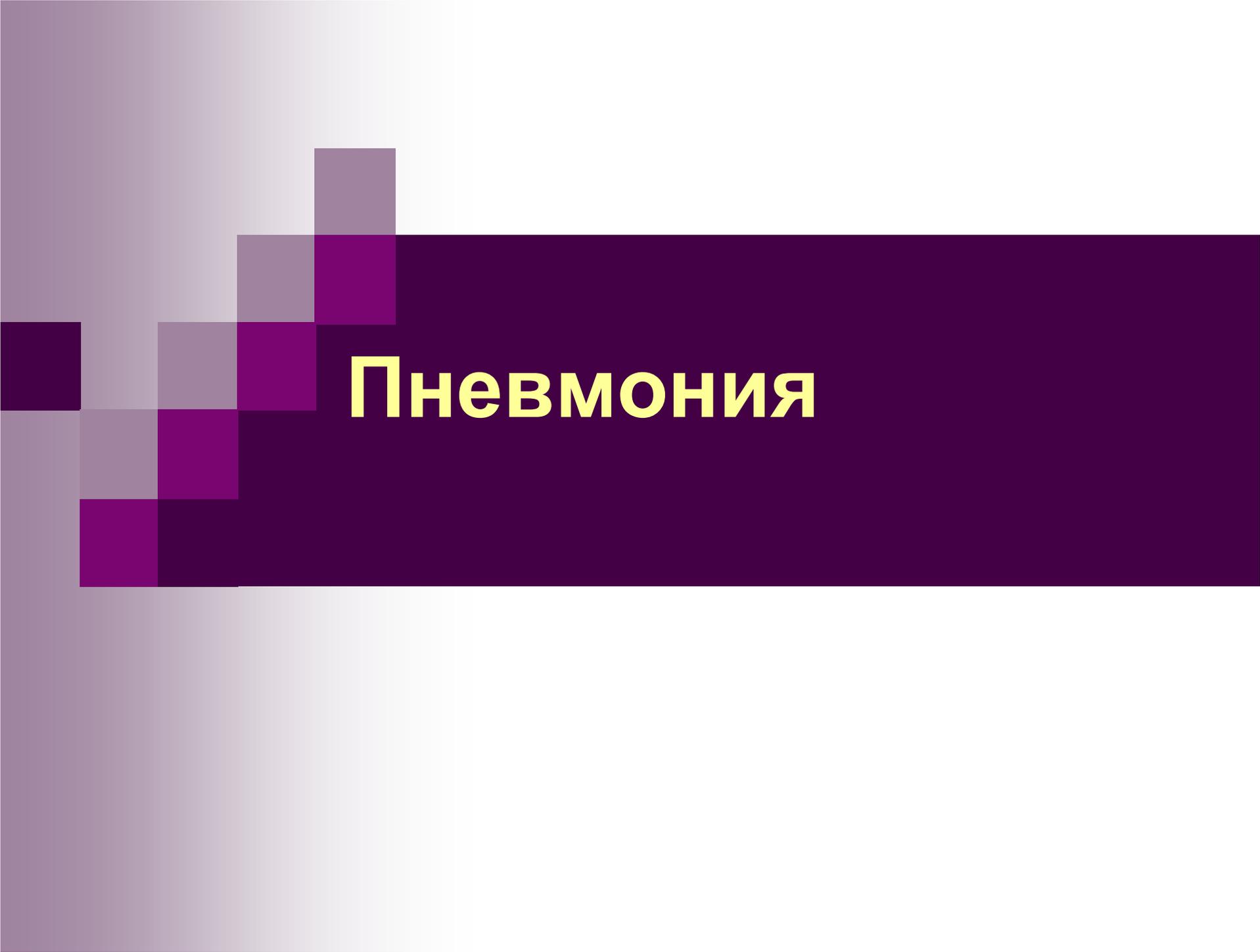
# Тиотропиум и прогрессирование ХОБЛ





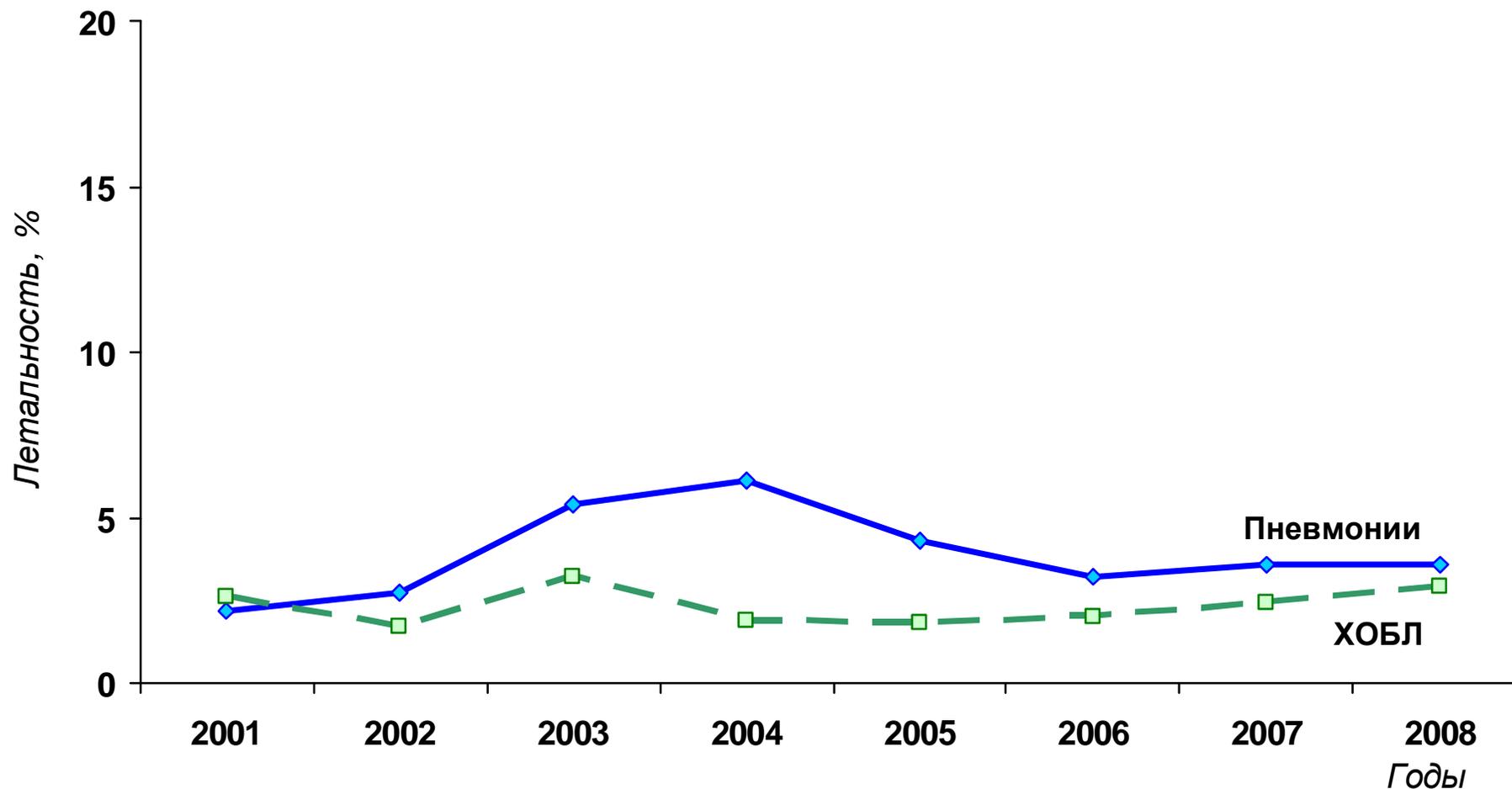
# Сравнение ипратропиума и бета<sub>2</sub>-агонистов

- Лечение ипратропиумом и сальметеролом улучшает симптомы и толерантность к физической нагрузке одинаково
- Сальметерол более эффективно улучшает функцию легких (утренний ОФВ<sub>1</sub>).
- Комбинированная терапия эффективнее улучшает симптоматику, снижает потребность в короткодействующих бета-агонистах.



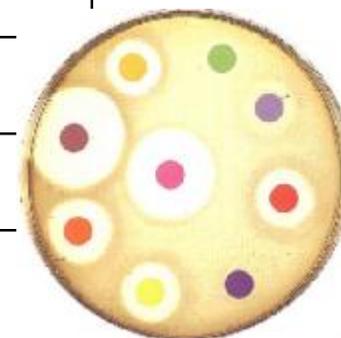
# Пневмония

# Летальность от пневмонии и ХОБЛ



# Этиология внебольничной ПНЕВМОНИИ

Возбудитель	Частота (%)
<b>Streptococcus pneumoniae</b>	<b>20-75</b>
<b>Haemophilus influenzae</b>	<b>3-11</b>
«Атипичные» возбудители	<b>10-20</b>
<b>Chlamidia pneumoniae</b>	<b>4-6</b>
<b>Mycoplasma pneumoniae</b>	<b>1-18</b>
Вирусы	<b>2-16</b>
Грам- бактерии кишечной группы	<b>3-10</b>
<b>Staphylococcus aureus</b>	<b>1-5</b>
Смешанная флора	<b>3-5</b>





# Азитромицин против аминопенициллинов

- Клинический эффект одинаков
- Частота микробной эрадикации одинакова
- Побочные эффекты реже на 24%



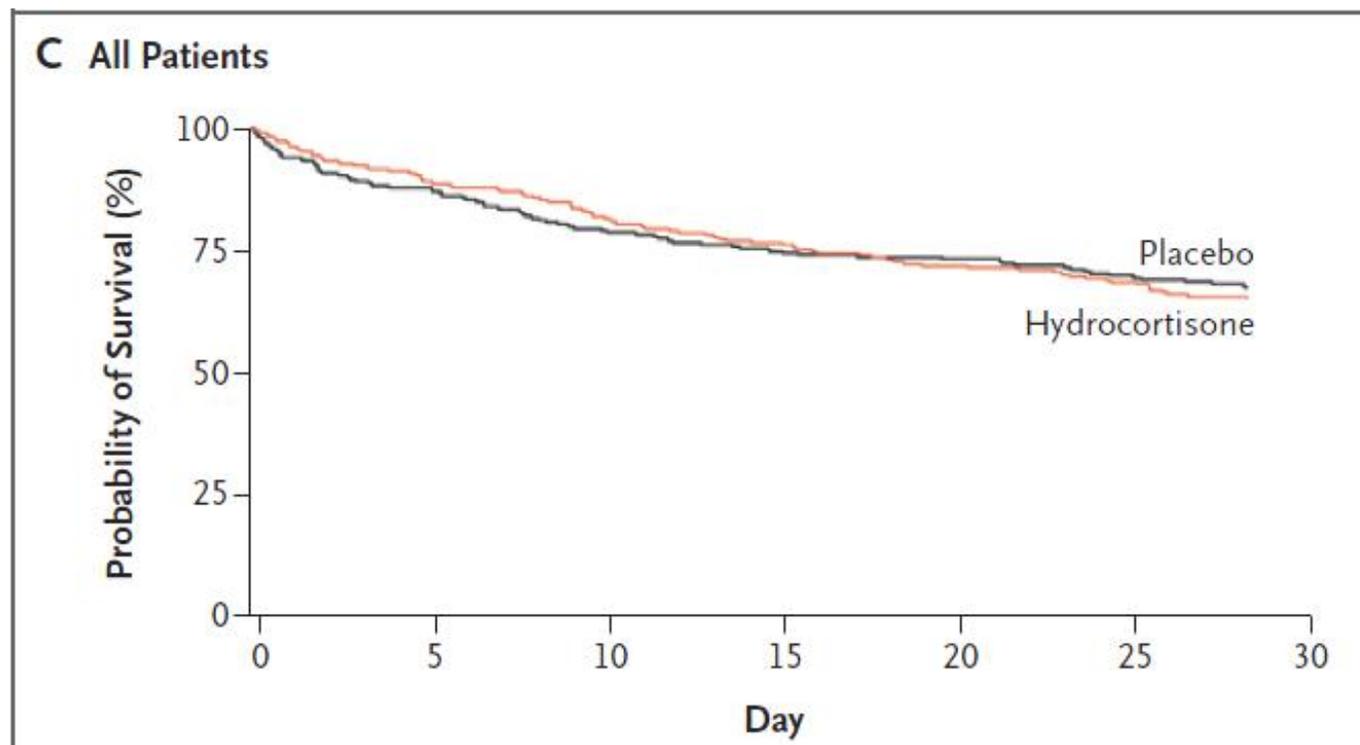
# Эмпирический выбор антибиотиков

Признаки	Антибиотики при атипичной флоре	
	эффективные	неэффективные
<b>Летальность</b>	=	=
<b>Эрадикация</b>	+	-
<b>Клинический эффект</b>	=	=
<b>Побочные эффекты</b>	=	=
<b>Гастроинтестинальные эффекты</b>	реже	чаще

# Кортикостероиды и летальность при внебольничной пневмонии



# Кортикостероиды при септическом шоке



**Быстрее разрешается шок, однако на 37% чаще суперинфекция, включая новые эпизоды сепсиса и септического шока.**

# Кортикостероиды при РДС

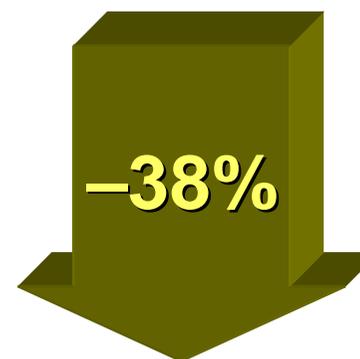
## Профилактика РДС



## Лечение РДС

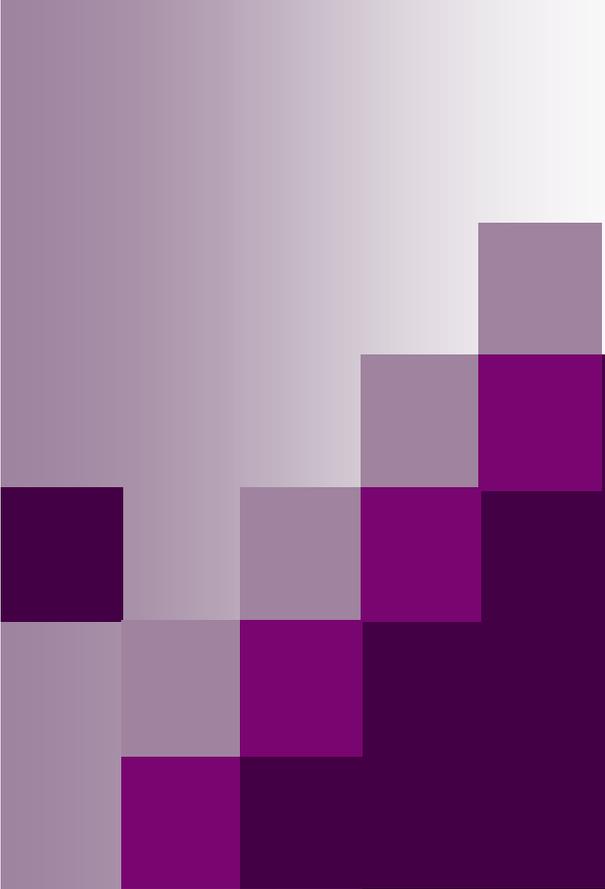
- +4 сут без ИВЛ
- нет - инфекции

## Летальность



# Идиопатическая интерстициальная пневмония

	<b>Идиопатический легочной фиброз</b>	<b>Неспецифическая интерстициальная пневмония</b>
<b>пациенты</b>	мужчины >60 лет	женщины 40–60 лет
<b>частота</b>	128000 человек >48000 новых случаев каждый год (ATS)	неизвестна
<b>% курящих</b>	>60%	30%
<b>лечение</b>	трансплантация легких	кортикостероиды
<b>прогноз</b>	50–70% за 5 лет	<10% за 5 лет



# **Блокаторы рецепторов ангиотензина 2**

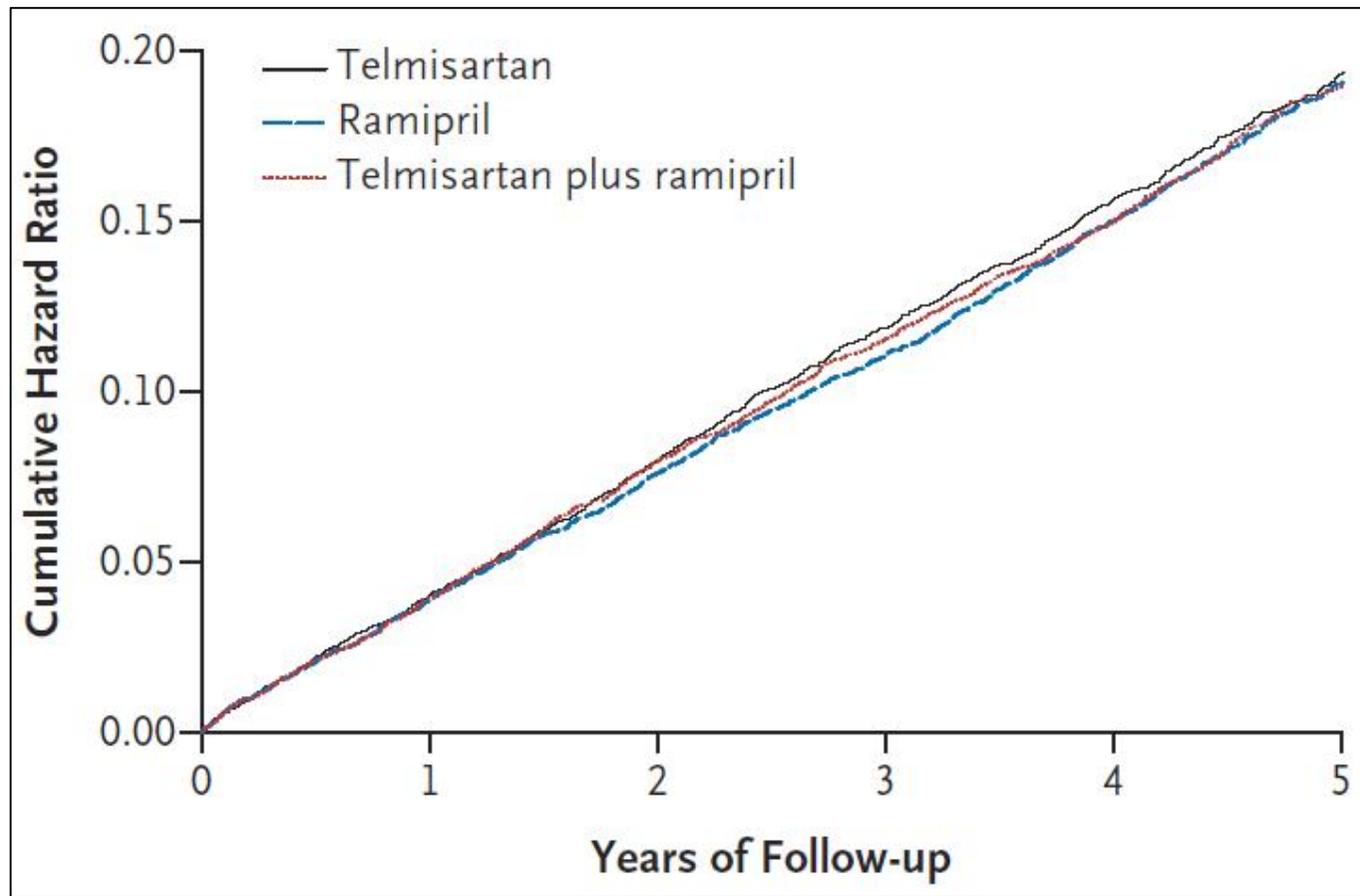
# ONTARGET



- Снижают ли ИАПФ и БРА риск сердечно–сосудистых катастроф у пациентов с ССЗ или диабетом без *ХСН* или *дисфункции левого желудочка*?



# ONTARGET



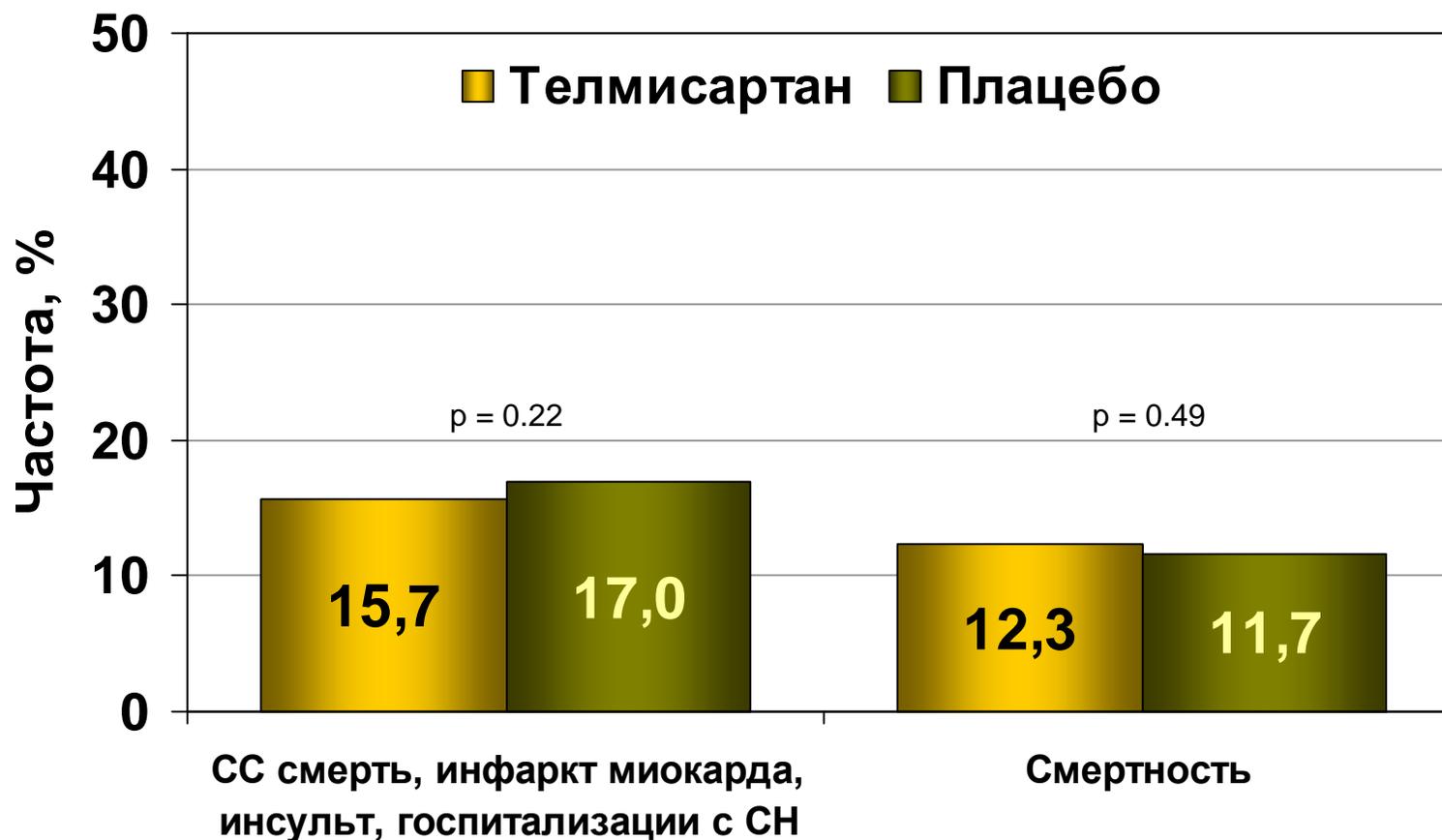
Сердечно-сосудистая смерть + инфаркт миокарда +  
инсульт + госпитализации с СН.

# ONTARGET

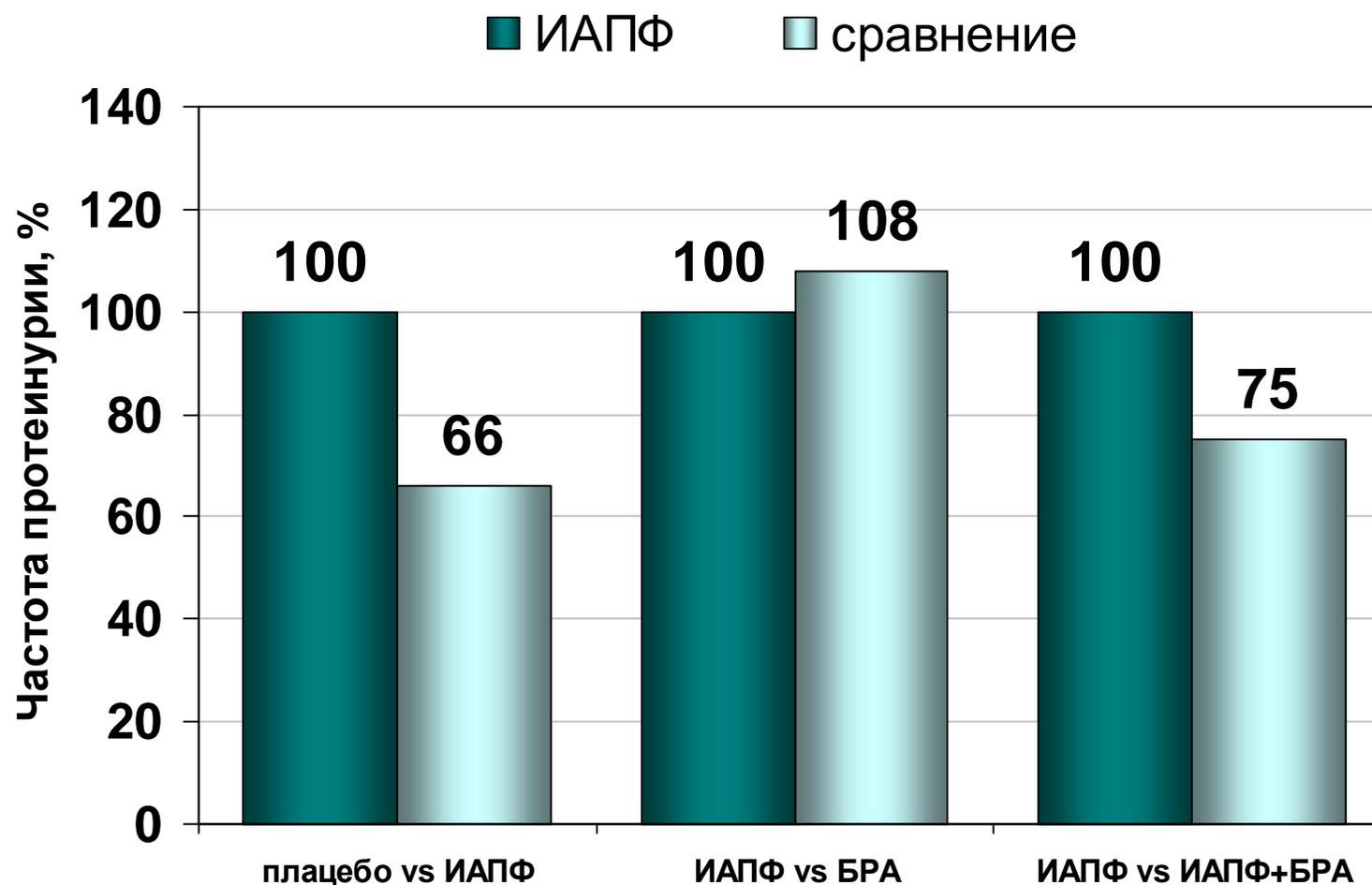


- Телмисартан (БРА) также эффективен, как и рамиприл (ИАПФ).
- Телмисартан немного лучше переносится, чем рамиприл (реже кашель, ангионевротический отек, нетяжелая гипотензия).
- Комбинация не лучше рамиприла, а побочных эффектов больше.
- **А лучше ли плацебо?**

# TRANSCEND: БРА и сердечно-сосудистые катастрофы



# ИАПФ или комбинация при протеинурии



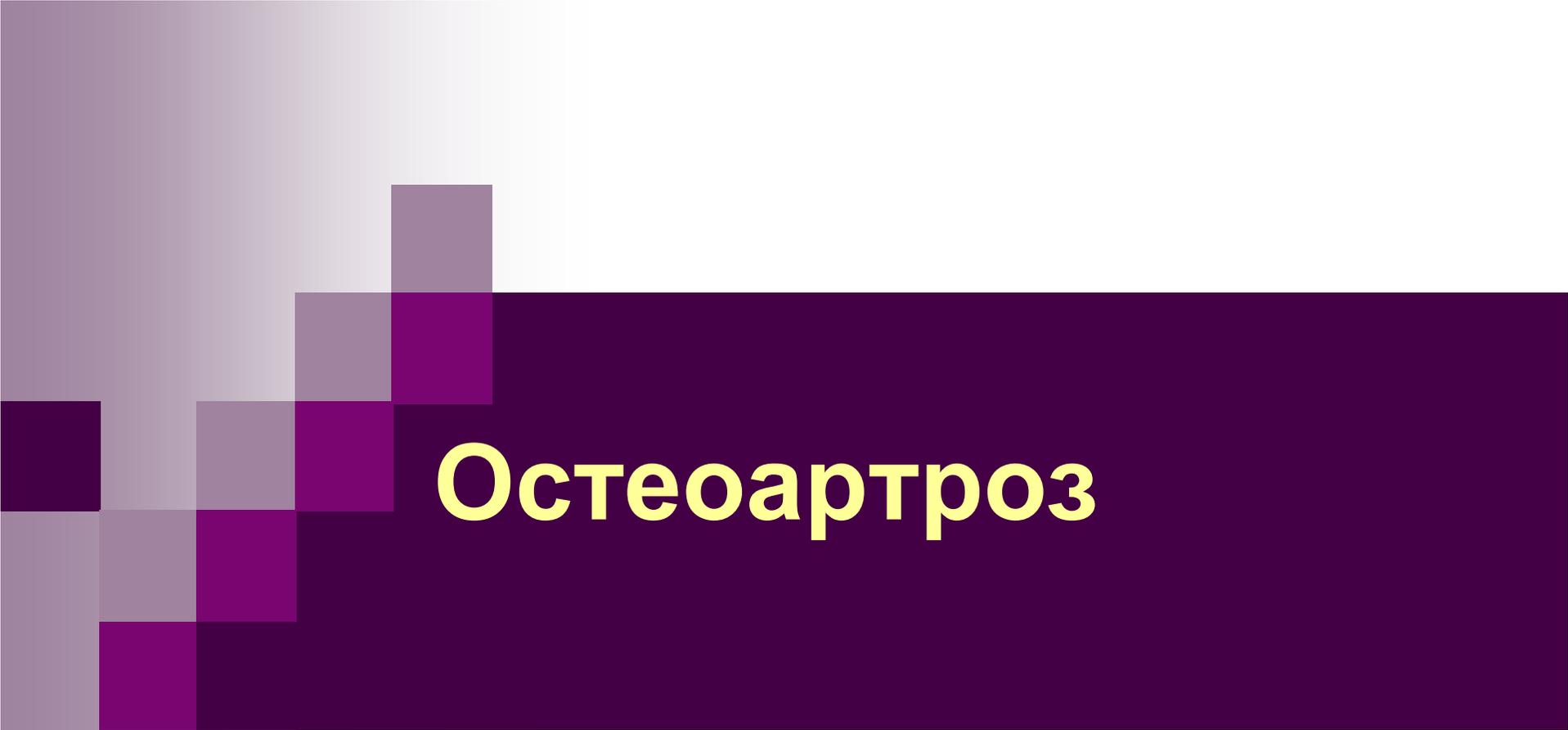


# Церебро–васкулярные заболевания

# EXPRESS

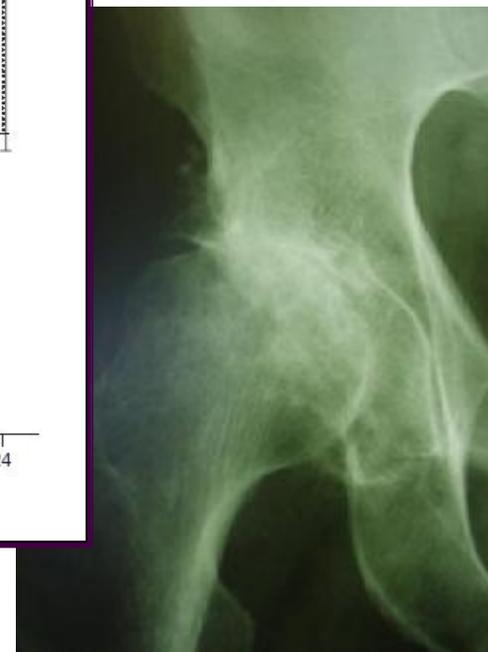
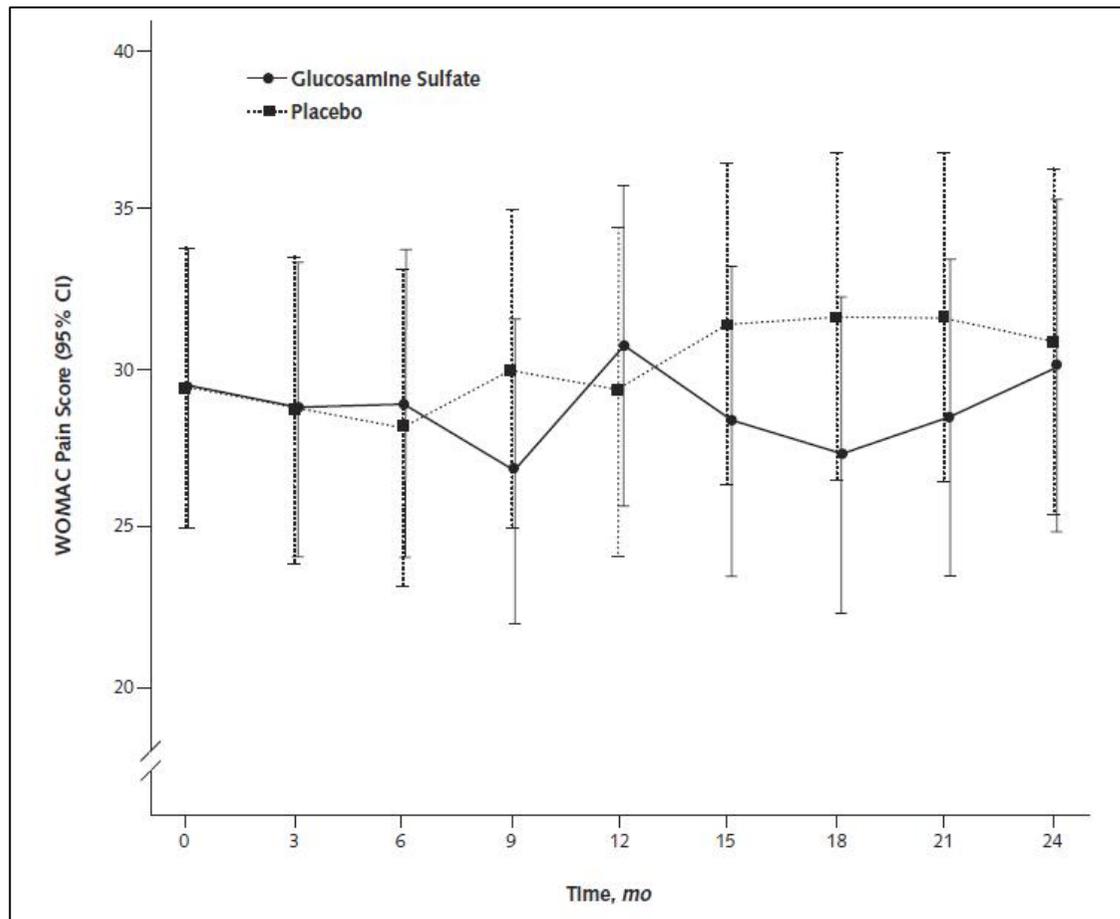
90–дневный риск	<b>Обычное лечение</b>	<b>Ранняя терапия</b>	P
<b>Фатальный или инвалидизирующий инсульт</b>	<b>5.2%</b>	<b>0.4%</b>	0.0005
<b>Число госпитализаций в связи с повторным инсультом</b>	<b>8.1%</b>	<b>1.8%</b>	0.001
<b>Койко–дни все</b>	<b>1957</b>	<b>672</b>	0.017
<b>Койко–дни по сосудистым причинам</b>	<b>1365</b>	<b>427</b>	0.016

- **Аспирин**
- **Статин**
- **Снижение АД**
- **Варфарин**
- **Эндартерэктомия**



# Остеоартроз

# GOAL: глюкозамин для лечения коксартроза



# Эффект плацебо при остеоартрозе

**Боль  
функция сустава**



**Плацебо  
эффективнее  
при инъекциях**



# Хондропротекторы

- 25 рандомизированных исследований
- Индекс Лекена (Lequesne) – снижение боли (–22%) и улучшение функции (+11%)
- Индекс WOMAC – достоверных изменений нет



# Артроскопическое лечение гонартроза

- Нет достоверного влияния на боль и функцию суставов по сравнению с плацебо и промыванием сустава





# Местное лечение

- Пероральный и местный ибупрофен одинаково эффективны для лечения боли в коленях в течение года.
- Пероральный ибупрофен чаще снижал креатинин и ПСВ >15%.



**ГЭРБ**

# Диагностика: показания

- ФЭС с биопсией: дисфагия, нет эффекта от ИПП двукратно
- Суточная рН–метрия: нет эффекта от ИПП двукратно, нормальная картина при ФЭС
- Нецелесообразны повторные ФЭС для оценки прогрессирования эрозивной или неэрозивной форм





# Лечение

- Изменение образа жизни селективно
- ИПП два раза в день, если не помогает однократный прием
- ИПП короткими курсами у пациентов без эзофагита
- При эзофагите (эрозивном) постоянная ежедневная терапия минимально эффективными дозами ИПП
- Метоклопрамид не применять как основное или дополнительное средство



# Внепищеводные проявления

- ИПП двукратно для диагностики кардиалгий, при исключении сердечной этиологии
- ИПП для при ларингите или астме с сопутствующей ГЭРБ

