В рамках направления:
«Внедрение новых медицинских технологий,
методик лечения и профилактики заболеваний
в практическое здравоохранение»

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ 2021

I Московский объединённый СЪЕЗД НЕФРОЛОГОВ

3-4 / 6 / 2021

ПРОГРАММА

Материалы съезда
Каталог участников выставочной экспозиции

Здание Правительства Москвы
Новый Арбат, 36

I Московский объединенный съезд нефрологов

Программа, материалы съезда,
каталог участников выставочной экспозиции

Данное мероприятие проводится без аккредитации в системе НМО

© Коллектив авторов, 2021

В рамках направления:
«Внедрение новых медицинских технологий,
методик лечения и профилактики заболеваний
в практическое здравоохранение»

I Московский объединённый СЪЕЗД НЕФРОЛОГОВ

3-4 / 6 / 2021

ПРОГРАММА

Материалы съезда
Каталог участников выставочной экспозиции

Здание Правительства Москвы
Новый Арбат, 36

ПРОГРАММА СЪЕЗДА

I Московский объединенный съезд нефрологов
3 - 4 июня 2021
Место проведения: здание Правительства Москвы
(г. Москва, ул. Новый Арбат, 36,
Большой конференц-зал, Малый конференц-зал)

3 июня

09:00 – 10:00 Регистрация участников

Большой конференц-зал

10:00 – 10:30 Открытие съезда. Приветствия почетных гостей съезда и президента Столичной ассоциации врачей-нефрологов
Котенко О.Н. – *к.м.н., главный внештатный специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель МГНПЦ нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», президент Столичной ассоциации врачей-нефрологов*

10:30 – 11:45 Заседание 1, посвященное памяти нефрологов. Этапы развития нефрологической службы в России, Москве, Санкт Петербурге

Председатели: Томилина Н.А., Шилов Е.М., Есаян А.М.

10:30 – 10:55 **Формирование нефрологической службы города Москвы**
д.м.н., проф. ***Томилина Н.А.***
заведующая кафедрой нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

10:55 – 11:00 Вопросы

11:00 – 11:25 **Нефрологическая школа Е.М. Тареева**
д.м.н., проф. ***Шилов Е.М.***
главный внештатный специалист нефролог Минздрава России, Институт профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра нефрологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

11:25 – 11:30 Вопросы

11:30 – 11:45 **Нефрология Северной столицы**
д.м.н., проф. ***Есаян А.М.***
профессор кафедры нефрологии и диализа ФПО ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

11:45 – 12:15 Перерыв

12:15 – 14:30 Заседание 2
Ренопротективная терапия. Новые возможности

Председатели: Шилов Е.М., Шестакова М.В.

12:15 – 12:55 **Рациональная нефропротекция у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: новые стратегии и перспективы.**
Диалог эндокринолога и нефролога

д.м.н., проф. ***Шилов Е.М.***
главный внештатный специалист нефролог Минздрава России, Институт профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра нефрологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

д.м.н., проф. ***Маркова Т.Н.***
профессор кафедры эндокринологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, заведующая отделением эндокринологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»
(при поддержке компании ООО «Берингер Ингельхайм», баллы НМО не начисляются)

12:55 – 13:05 Вопросы

13:05 – 13:25 **Взгляд эндокринолога на ведение пациента с СД 2-го типа и ХБП**
д.м.н., проф. ***Шестакова М.В.***
академик РАН, директор Института диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России
(при поддержке компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз», баллы НМО не начисляются)

13:25 – 13:30 Вопросы

13:30 – 13:50 **Нефропатия и ХБП у больных СД по данным Московского сегмента Федерального регистра СД**
к.м.н., ***Демидов Н.А.***
главный эндокринолог Троицкого и Новомосковского административных округов г. Москвы, руководитель Московского сегмента Федерального регистра сахарного диабета
(при поддержке компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз», баллы НМО не начисляются)

13:50 – 13:55 Вопросы

13:55 – 14:10 **Лекарственное обеспечение пациентов ХБП 3-5ст (до ЗПТ). Опыт Москвы**
Дорофеева Е.Г.
врач-нефролог КДНО МГНПЦНиПТП ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

14:10 – 14:30 Дискуссия

14:30 – 15:00 Перерыв

15:00 – 17:00 Заседание 3
Инновации в лечении вторичного гиперпаратиреоза

Председатель: Волгина Г.В.
(при поддержке компании ООО «Амджен», баллы НМО не начисляются)

15:00 – 15:20 **Патогенетическая терапия вторичного гиперпаратиреоза этелкальцетидом**
д.м.н., проф. ***Волгина Г.В.***
профессор кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

15:20 – 15:25 Вопросы

15:25 – 15:45 **Этелкальцетид в реальной клинической практике**
к.м.н., ***Михайлова Н.А.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

15:45 – 15:50 Вопросы

15:50 – 16:10 **Этелкальцетид через призму собственного опыта в клиниках Москвы**
к.м.н., ***Шило В.Ю.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

16:10 – 16:15 Вопросы

16:15 – 16:35 **Результаты сравнительного проспективного рандомизированного исследования этелкальцетида по сравнению с цинакальцетом при лечении больных с ВГПТ**
д.м.н., проф. ***Шутов Е.В.***
заведующий кафедрой нефрологии ФПДО ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующий отделением гемодиализа ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

16:35 – 17:00 Дискуссия

Малый конференц-зал

12:15 - 14:30 Заседание 4
Трансплантация почки, область содружества нефрологов и трансплантологов

Председатели: Котенко О.Н., Минина М.Г.

12:15 – 12:35 **Состояние ЗПТ в московском здравоохранении. Приоритет трансплантации почки**
к.м.н., ***Котенко О.Н.***
главный внештатный специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель МГНПЦ нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», президент Столичной ассоциации врачей-нефрологов (при поддержке компании АО «Астеллас Фарма», баллы НМО не начисляются)

12:35 – 12:40 Вопросы

12:40 – 12:55 **Организация службы трансплантологии в России. Главные направления**
к.м.н., ***Милосердов И.А.***
заместитель директора ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России

12:55 – 13:00 Вопросы

13:00 – 13:15 **Организация органного донорства. Перспективы развития в Москве**
д.м.н., ***Минина М.Г.***
заведующая Московским координационным центром органного донорства (МКЦОД)

13:15 – 13:20 Вопросы

13:20 – 13:40 **Трансплантация почки и ранний послеоперационный период**
д.м.н., ***Пинчук А.В.***
руководитель отделения трансплантации почки ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» (при поддержке компании АО «Астеллас Фарма», баллы НМО не начисляются)

13:40 – 13:45 Вопросы

13:45 – 14:10 **Нефрологические проблемы трансплантации почки**
к.м.н., ***Артюхина Л.Ю.***
заведующая отделением нефрологии №1 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

14:10 – 14:15 Вопросы

14:15 – 14:25 **Особенности лечения реципиентов почечного аллотрансплантата с COVID-19**
Бурулева Т.А.
врач-нефролог отделения нефрологии №1 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

14:25 – 14:30 Дискуссия

14:30 – 15:00 Перерыв

15:00 - 16:50 **Заседание 5**
Орфанные заболевания и нефрология

Председатели: Галстян Г.М., Давыдова С.С.

15:00 – 15:30 **ТМА и инфекции**
*д.м.н., **Галстян Г.М.***
заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии с группой гемодиализа Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России
(при поддержке компании АО «ГЕНЕРИУМ», баллы НМО не начисляются)

15:30 – 15:35 Вопросы

15:35 – 16:05 **Когда аГУС –это не аГУС: новое в дифференциальной диагностике ТМА**
*к.м.н., **Кирсанова Т.В.***
врач-нефролог, старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
(при поддержке компании АО «ГЕНЕРИУМ», баллы НМО не начисляются)

16:05 – 16:10 Вопросы

16:10 – 16:20 **Клинические случаи аГУС в практике нефролога**
Кривушкин С.А.
заведующий отделением нефрологии ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

16:20 – 16:25 Вопросы

16:25 – 16:45 **Болезнь Фабри – клинические рекомендации**
*д.м.н., **Давыдова С.С.***
врач-кардиолог НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина
(при поддержке компании АО «Санофи-авентис груп», баллы НМО не начисляются)

16:45 – 16:50 Дискуссия

16:50 – 17:10 **Перерыв**

17:10 – 18:00 **Заседание 6**
Осложнения ХБП 5ст и их коррекция

Председатель: Михайлова Н.А.

17:10 – 17:20 **Алгоритм лечения ЖДА у пациентов с ХБП**
*к.м.н., **Михайлова Н.А.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
(при поддержке компании ООО «КОСМОФАРМ», баллы НМО не начисляются)

17:20 – 17:25 Вопросы

17:25 – 17:35 **Выбор оптимального эритропоэзстимулирующего средства при лечении анемии почечного генеза**
*к.м.н., **Михайлова Н.А.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
(при поддержке компании АО «Р-Фарм», баллы НМО начисляются)

17:35 – 17:40 Вопросы

17:40 – 17:50 **Селективный активатор рецепторов к витамину D в лечении вторичного гиперпаратиреоза**
*к.м.н., **Шило В.Ю.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
(при поддержке компании ООО «ЭббВи», баллы НМО не начисляются)

17:50 – 18:00 Дискуссия

4 июня

08:30 – 09:30 **Регистрация участников**

Большой конференц-зал

09:30 – 12:00 **Заседание 1**
Мультидисциплинарные аспекты современной нефрологии

Председатели: Загребнева А.И., Захарова Е.В., Фомина Д.С.

09:30 – 09:50 **Центр системных заболеваний. Перспективы развития**
к.м.н., ***Загребнева А.И.***
главный внештатный специалист ревматолог ДЗМ, руководитель центра системных заболеваний ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

09:50 – 09:55 Вопросы

09:55 – 10:15 **Системная красная волчанка: опасности и предостережения**
д.м.н., проф. ***Князева Л.А.***
заведующая отделением инвазивной ревматологии ООО «Медицинский центр №1», научный эксперт GSK, Курск (при поддержке компании АО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», баллы НМО не начисляются)

10:15 – 10:20 Вопросы

10:20 – 10:40 **Гипокомплементемический васкулит анти-c1q-ассоциированный васкулит**
к.м.н., ***Фомина Д.С.***
главный внештатный специалист аллерголог ДЗМ, руководитель центра аллергологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

10:40 – 10:45 Вопросы

10:45 – 10:55 **Клинический случай гипокомплементемического васкулита**
Сысоева И.Л.
врач-нефролог отделения нефрологии №2 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

10:55 – 11:00 Вопросы

11:00 – 11:20 **Онконефрология**
к.м.н., ***Захарова Е.В.***
заведующая отделением нефрологии ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

11:20 – 11:25 Вопросы

11:25 – 11:45 **Уронефрология**
д.м.н., ***Трушкин Р.Н.***
заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

11:45 – 12:00 Дискуссия

12:00 – 12:30 **Перерыв**

12:30 – 14:15 **Заседание 2**
Нефрология в период пандемии COVID-19. Опыт ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Председатель: Фролова Н.Ф.

12:30 – 13:00 **Важные аспекты лечения COVID-19 у пациентов на ПГД**
к.м.н., ***Фролова Н.Ф.***
заместитель главного врача по нефрологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»
д.м.н., проф. ***Зубкин М.Л.***
руководитель клинико-диагностического отдела Московского НИИ Эпидемиологии и микробиологии им Г.Н. Габричевского, профессор кафедры неотложных состояний ВМА им. С.М. Кирова (филиал, г. Москва)

13:00 – 13:10 **Лечение COVID-19 у больных с нефротическим синдромом. Клинические случаи**
Майоров В.В.
врач-нефролог отделения нефрологии №2 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

13:10 – 13:25 **Лечение COVID-19 у больных с системными васкулитами**
Усатюк С.С.
заведующий отделением нефрологии №2 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

13:25 – 13:35 **Клинический случай БПГН и COVID-19**
Дьякова Е.Н.
врач-нефролог отделения нефрологии №2 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

13:35 – 14:00 **Поражение сердца при COVID-19 у пациентов на ПГД**
д.м.н., проф. ***Зелтынь-Абрамов Е.М***
кардионефрологическая лаборатория ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

14:00 – 14:10 **Терапевтический плазмообмен у пациентов с COVID-19**
Лосс К.Э.
врач-нефролог отделения интенсивной терапии №2 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

14:10 – 14:20 Дискуссия

14:20 – 14:45 Перерыв

14:45 – 17:00 Заседание 3
Современный диализ. Выбор оптимального и эффективного лечения

Председатели: Шило В.Ю., Шутов Е.В.

14:45 – 15:05 **Новые возможности оптимизации гемодиализной программы**
к.м.н., ***Шило В.Ю.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (при поддержке компании ООО «Б. Браун Авитум Руссланд»,баллы НМО не начисляются)

15:05 – 15:10 Вопросы

15:10 – 15:20 **Расширеный гемодиализ в рутинной практике нефролога**
к.м.н., ***Артемов Д.В.***
врач-нефролог, трансплантолог ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, доцент кафедры трансплантологии, нефрологии и искусственных органов ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главный внештатный специалист нефролог Одинцовского медицинского округа Минздрава МО, главный врач центров диализа ООО «МЕДИКАЛ ГРУПП» (при поддержке компании АО Компания «БАКСТЕР», баллы НМО не начисляются)

15:20 – 15:25 Вопросы

15:25 – 15:45 **Возможности эндоваскулярной реконструкции дисфункциональной артерио-венозной фистулы у пациентов на гемодиализе**
к.м.н., ***Ванюков А.Е.***
заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» (при поддержке компании ООО «ЭКСТЕН МЕДИКАЛ», баллы НМО не начисляются)

15:45 – 15:50 Вопросы

15:50 – 16:05 **Дисфункция туннелированных катетеров для диализа**
д.м.н., ***Ильин А.П.***
Заслуженный врач РФ, главный врач FME RF
(при поддержке компании ООО «Астермедика», баллы НМО не начисляются)

16:05 – 16:10 Вопросы

16:10 – 16:30 **Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек**
к.м.н., ***Шило В.Ю.***
доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
(при поддержке компании ЗАО «ФармФирма «Сотекс», баллы НМО не начисляются)

16:30 – 16:35 Вопросы

16:35 – 16:45 **Характеристика качества жизни пациентов, находящихся на лечении в отделениях гемодиализа Москвы и Самары**
Кутейников В.Ю.
аспирант ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

16:45 – 17:00 Дискуссия

Малый конференц-зал

09:30 – 11:30 Заседание 4
Инновационные технологии в организации современной нефрологической службы

Председатели: Каргальская И.Г., Котенко О.Н.

09:30 – 09:50 **Телемедицина: врач-пациент**
Каргальская И.Г.
руководитель комитета Пациентоориентированная телемедицина при Всероссийском союзе пациентов

09:50 – 09:55 Вопросы

09:55 – 10:10 **Теленефроцентр в практике нефролога**
Виноградов В.Е.
заведующий КДНО МГНПЦНиПТП
ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

10:10 – 10:15 Вопросы

10:15 – 10:25 **Теленефроцентр и перитонеальный диализ**
Бердинский В.А.
заведующий отделением перитонеального диализа
ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

10:25 – 10:30 Вопросы

10:30 – 10:50 **Внедрение новых медицинских технологий в контроль, мониторинг и управление качеством лечения и финансовой деятельности медицинских центров с использованием интеллектуальной информационно-аналитическая системы MAXIMUS**
Чемерис А.Н.
медицинский директор Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального образования «Нефросовет»
(при поддержке Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального образования «Нефросовет»,баллы НМО не начисляются)

10:50 – 10:55 Вопросы

10:55 – 11:15 **Контроль эффективности лекарственного обеспечения в отделениях нефрологии и гемодиализа с использованием информационно-аналитической системы MAXIMUS**
Пролетов Я.Ю.
заместитель медицинского директора по нефрологии Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального образования «Нефросовет»
(при поддержке Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального образования «Нефросовет», баллы НМО не начисляются)

11:15 – 11:30 Дискуссия

11:30 – 12:30 Перерыв

12:30 – 14:00 Заседание 5
Частно-государственное партнерство - вклад в организацию городской нефрологической службы

Председатель: Котенко О.Н.

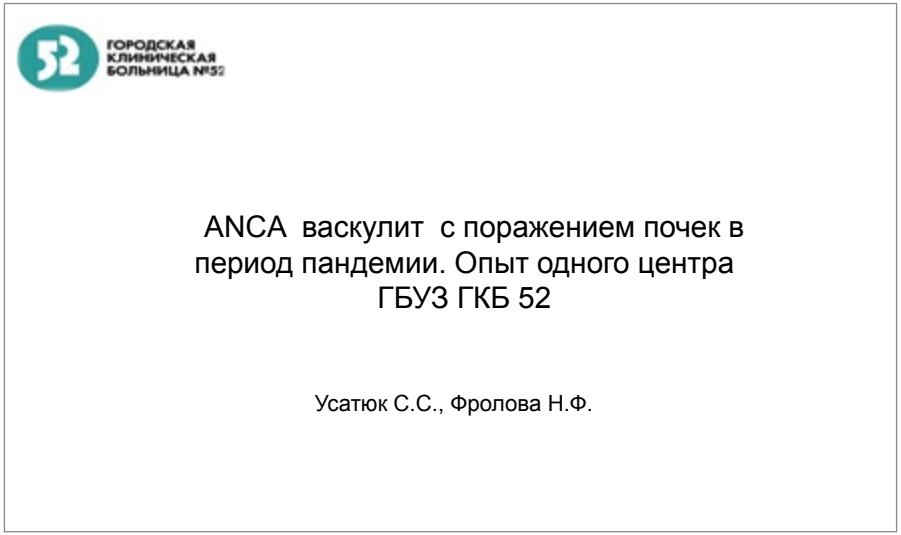
Большой конференц-зал

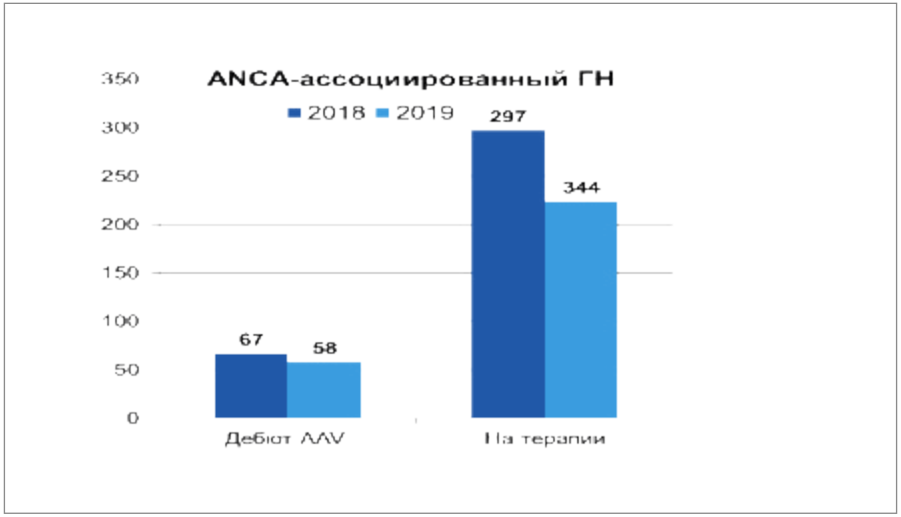
17:00 – 17:10 Закрытие съезда

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

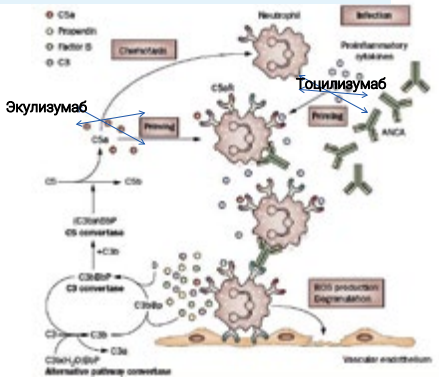
ANCA ВАСКУЛИТ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА ГБУЗ ГКБ 52

Усатюк С.С., Фролова Н.Ф.





Патогенез ANCA-ассоциированного васкулита



M. Chen, C. Kallenberg. ANCA-associated vasculitides—advances in pathogenesis and treatment. Rheumatology 2010

Принципы терапии ANCA-АВ в сочетании с COVID-19

COVID-19

- НМГ в терапевтической дозе под контролем Анти Х ф, фибриногена, АЧТВ
- Плаквенил 200 мг после ГД
- Альфа Д3
- ГД – увеличение диализного времени, строгий контроль за волемическим статусом (контроль НПВ)
- Муколитики
- Cov-rec
- Плазмаобмен при :
  - Сохранение лихорадки
  - Нарастание ЛДГ,
  - Прогрессирование десатурации
  - Кровохарканье

Пациенты с ANCA-АВ (41)

Индукционная терапия (14)

Поддерживающая терапия (27)

Кортикостероиды (2,5-5 мг/сут) или Ритуксимаб (500 мг 1 раз в 6-12 мес

Обоснование терапии

Принимая во внимание значение активации альтернативного пути комплемента в развитии AAV, с одной стороны, и роль активации комплемента в повреждении легких при COVID-19, с другой стороны, мы применили терапевтический подход, предполагающий применение при AAV на фоне COVID-19 **моноклональных антител к С5 (экулизумаб),** с целью одновременного воздействия на воспалительный процесс в почках и легких.

Наряду с этим мы **применяли ингибиторы рецептора к ИЛ-6** играющего ключевую роль в «**цитокиновом шторме»,** путем применения **тоцилизумаба** (рекомбинантного гуманизированного моноклонального антитела к человеческому рецептору ИЛ-6 из подкласса иммуноглобулинов IgG1), который не исследован при СКФ <30 мл/мин

Пациентов с ANCA-АВ в сочетании с COVID-19

41 ПАЦИЕНТ
19 муж/22 жен, возраст 58,9 лет (диапазон 29 - 87 лет)

28 пациентов - МПА
12 пациентов - ГПА
1 пациент – ANCA-негативный (МПА)
СКФ во всех случаях была менее 30 мл/мин
21 (53%) пациентов потребность в ЗПТ

Дебют ANCA-АВ
14 пациентов
4 ГПА, 9 МПА
ANCA-neg-1 (МПА)

ANCA-АВ
27пациентов
поддерживающая терапия
из них 5 с признаками обострения ААВ

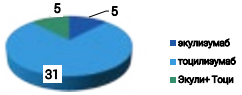
ПГТ терапия

МП суммарно 1500 мг
КС per os - 30 мг
9 пациентов получили ПО от 2 до 5
Плаквенил 200 мг - 5 пац
НМГ 12-16 тыс ЕД.
Ко-тримоксазол 480 мг 2 раза в неделю
АМП–сульб 14 дней, при использовании экулизумаба
4 применен ЦФ суммарно 400-600 мг
1 РТХ

COVID-19 верифицирован методом ПЦР и КТ органов грудной клетки
Поражение легких; КТ 1-2ст (11), КТ 2 ст (22), КТ-3-4 ст (8)
Продолжительность COVID-19 до госпитализации – 5-12 дней
Средний койко-день - 24 дня

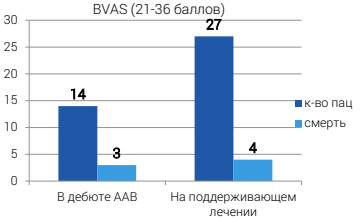
Терапия ANCA-АВ на фоне COVID-19

Индукционная терапия

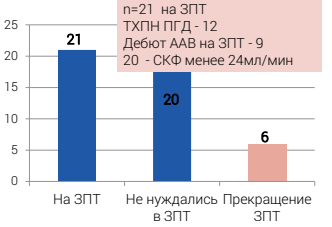


МП суммарно 1500 мг
КС перорально -30 мг
8 пациентов получили ПО от 2 до 5 сеансов
Плаквенил 200 мг -5 пац
НМГ 12-16 тыс ЕД.
Ко-тримоксазол 480 мг 2 раза в неделю
АМП – сульбактам 14 дней при использовании экулизумаба

BVAS (21-36 баллов)



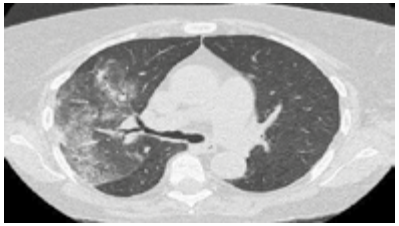
n=21 на ЗПТ
ТХПН ПГД - 12
Дебют ААВ на ЗПТ - 9
20 - СКФ менее 24мл/мин



Пациентка Н. 65 лет.

В течение 16 лет получает лечение программным ГД по поводу тХПН не установленной этиологии.
Поступила с жалобами на повышение Т до 38,2 в течение 3х дней, кровохарканье в течение 2-х суток
Из анамнеза известно, что во время беременности, в возрасте 26 лет, выявлялась протеинурия **Роды в срок, без осложнений**. В дальнейшем не обследовалась и не лечилась.
В 2004 г. обследована по поводу хронического гастрита. При этом выявлены протеинурия, микрогематурия и повышение уровня креатинина сыворотки крови до 322 мкмоль/л/ Через год констатирована т-ХПН, начат программный ГД, на фоне которого, спустя 1 год после его начала диагностировано инфицирование вирусом гепатита С.
В 2018 г проведена терапия препаратами прямого противовирусного действия (софусбувир, даклатасвир) и достигнут устойчивый вирусологический ответ. Тогда же, отметила появление болей в суставах, сыпи на коже голеней, субфебрилитета. Подозревался криоглобуллинемический васкулит в рамках HCV инфекции, однако, при серологическом исследовании :
уровень С3\С4 в норме 112\47мг/дл соответственно, криоглобуллины- отрицательные, РФ 12 ЕД/мл, однако, выявлено повышение титра антител к МПО до 4 норм, в связи с чем, заподозрен умеренной активности рецидив ААВ
(вероятнее всего, микроскопического полиангиита). В связи с этим введен ритуксимаб в дозе 500 мг и назначен преднизолон по 10 мг/сут., что дало положительный эффект и в дальнейшем доза преднизолона была снижена до 2,5 мг в сутки.

Ухудшение состояния с 01.05.2020 года, когда появилась лихорадка максимально до 39,3°С, кашель с эпизодами кровохарканья, в течение двух дней, нарастающая одышка, в связи с чем 05.05.20 г была экстренно госпитализирована.



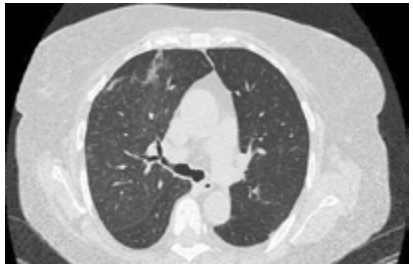
При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела 38,5°С, одышка с числом дыханий до 30 в 1 мин. Кровохарканье. В легких дыхание на всем протяжении жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот пальпаторно без особенностей. Печень и селезенка не пальпируются. Анурия.

ПЦР Covid-19 - положительно

Лабораторно: Hb 91г/л, лейкопения 2,1, лимфопения 0.7, тромбоциты 105, СОЭ 50 мм/ч.
Антитела к МПО 12,0 Ед/мл (норма до 20), CD3/19 -0 10 в9\л, IgG- 832 мг/дл, С3-98, С4-38
фибриноген 6,28 г/л, МНО 1,19 Д димер 1.35 мг/мл,
общий белок 59 г/л, альбумин 30,0 г/л, СРБ 45 мг/л, ферритин 303 мкг/л, ЛДГ 246 ЕД/л. ИЛ 6- 80 пг/мл.

МСКТ (05.05.2020) - выявлены признаки вирусной пневмонии, с высокой вероятностью COVID-19, умеренной (2 ст.) степени тяжести, булла в левом легком, атеросклероз, лимфоаденопатия, камни и кисты в почках. По данным КТ в легких картина вирусного поражения 2 ст COVID-19, дифференциальный ряд с альвеолярным кровотечением

С учетом анамнеза имеются основания предполагать, что пациентка длительно страдает ААВ (наиболее вероятно микроскопически полиангиитом). При этом активность заболевания, судя по серологическим данным в настоящее время отсутствует, но полностью ее исключить нельзя в связи с имеющимся кровохарканьем. Одновременно по клинико-лабораторным данным можно предполагать присоединение к основному заболеванию COVID-19. Учитывая клиническую картину кровохарканья, длительность иммуносупрессии, тяжесть поражения легких принято решение о проведении плазмаобмена, с последующим введением 600 мг экулизумаба и назначением антибактериальной терапии. На фоне этого лечения удалось быстро добиться положительного эффекта: улучшилось общее состояние, исчезла одышка, кровохарканье прекратилось



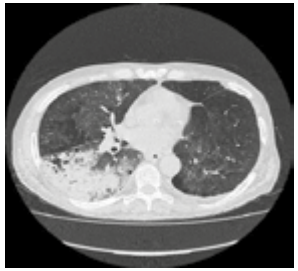
По сравнению с КТ при поступлении существенно уменьшилась зона инфильтрации как в объёме, так и по плотности (КТ от 11.05.2020).

Лабораторно: СРБ снизился до 2,3 мг/л., Hb повысился с 91 до 112 г/л, количество лейкоцитов - до 4.000, лимфоцитов - до 1.100 кл/мкл, уровень СОЭ снизился до 25 мм/ч.

Клиническое наблюдение

- **Пациент М. 78 лет**
- С конца апреля 2020 г. похолодание, онемение 2.3.4 пальцев правой кисти, "летучие боли" в суставах, геморрагическая сыпь с образованием некрозов пальцев рук.
- 10.06.2020 г. ухудшение общего состояния, чувство нехватки воздуха, сжимающая боль за грудиной. С клинической картиной ОКС с подъемом сегмента ST госпитализирован.
- При обследовании: **Hb 107 г/л**, лейкоциты 9,87 тыс., тромбоциты 350 тыс.; **креатинин 207-300 мкмоль/л, мочевина 15 ммоль/л,** калий 3,8 ммоль/л, **общий белок 58 г/л, альбумин 29,2 г/л, СРБ 152.0 мг**/л; в анализах мочи - **белок 1 г/л (+)**, лейцоциты 25/мкл, **эритроциты 17/мкл**.
- Выполнена КАГ с баллонная ангиопластика со стентированием ПА. Диагностирован тромбоз лучевой артерии правой в/к. Консультирован нефрологом - **Контраст-индуцированная нефропатия**, рекомендовано динамическое наблюдение.
- Через 2 нед после выписки повышение t, слабость. При обследовании амбулаторно: **Hb 72 г/л**, лейкоциты 6,8 тыс, тромбоциты 318 тыс. **Мочевина 30 ммоль/л, креатинин 657 мкмоль/л**, калий 3,8 ммоль/л, общий белок 62 г/л, альбумин 23 г/л, холестерин 2,7 ммоль/л, **СРБ 160 мг/л**. ОАМ: белок 1,0 г/л, эритроциты 70/мкл.
- По данным МСКТ ОГК - панлобулярная эмфизема легких, пневмония нижней доли слева, состояние после лобэктомии слева, диффузная мелкоочаговая диссеменация (лимфагенный канцераматоз?). При МСКТ ОБП с контрастным усилением (26.06.2020) очаговые образования не выявлены, обнаружены кисты почек, ДГПЖ.
- **Получен положительный ПЦР COVID19**.
- Учитывая ОПП и коронавирусную инфекцию, госпитализирован в нефрологическое отделение ГКБ №52.

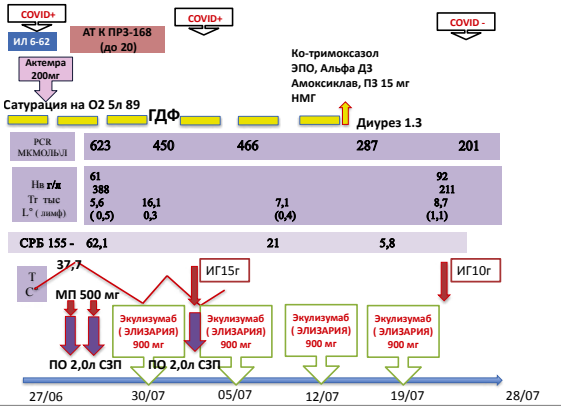
Клиническое наблюдение

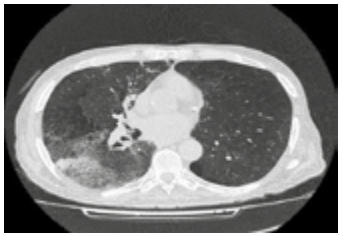


КТ-признаки вирусной инфекции, с высокой вероятностью COVID19, 2-3 КТ-степени тяжести. С элементами геморрагического пропитывания.
Необходимо сопоставление с клинико-лабораторными данными. Эмфизема лёгких. Состояние после лобэктомии слева. КТ от 27.06.2020.

- Нв **61**г/л, Тр. 388 тыс, Лейк. 5,5 тыс, Лимф 0,5, СОЭ **65** мм/ч
- ОАМ – белок - 0.58 г/л, эр - 845 кл/мкл
- Фибриноген 6,5г/Л, ЛДГ **677**Ед/л, ферритин 788мкг/л, общий белок 57 г/л, альбумин 27 г/л, Д- Димер-1200 нг/л
- С3-98 С4-21, крио – отр, СРБ - 198 мг/л, М-компонент- отр Ат МПО - 10, **Ат ПРЗ 168**

УЗИ- почки: 108-106 мм, паренхима 16 мм
УЗДГ сосудов в\к и н\к - без гемодинамически значимых стенозов.
ЭХОКГ - ТМЖП 1.1мм, ТЗС 1,1мм, ФВ 55%, СДЛА 55 мм рт ст
ЭГДС - мелкие эрозии желудка





ЗАКЛЮЧЕНИЕ (КТ от 15.07.2020)
КТ-признаки вирусной инфекции, с высокой вероятностью COVID19, умеренной (2ст) КТ-степени
тяжести. По сравнению с КТ от 06.07.2020 - положительная динамика

Через 5 месяцев- креатинин 167 мкмоль\л,
Нв 134г\л, тромб 230. L-8,5

Заключение

- Механизмы формирования COVID-19 ассоциированного тяжелого респираторного синдрома, опосредованные путем активация системы комплемента, обосновывают терапию путем блокады терминального каскада комплемента
- Лечение пациентов с активным ANCA-AB на фоне COVID-19 представляет значительные трудности в связи с ограниченной возможностью применить общепринятую патогенетическую иммуносупрессивную терапию из-за угрозы увеличения риска фатальных инфекционных осложнений.
- Теоретически одним из подходов к лечению в такой ситуации может быть блокада терминального каскада комплемента, что позволяет воздействовать на ключевое звено патогенеза ANCA-AB.
- Другим подходом к лечению респираторного синдрома признается применение моноклональных антител к рецептору интерлейкина-6 препарата тоцилизумаб.
- В наших наблюдениях использовалось как лечение off-label экулизумабом, так и введение тоцилизумаба, который в отдельных случаях сочетался с экулизумабом.
- При этом заслуживает внимания тот факт, что применение в составе индукционной терапии ANCA-AB ингибитора рецептора интерлекина-6 тоцилизумаба не только не ухудшило функцию почек, а способствовало развитию частичной ремиссии заболевания у 10 из 12 больных, в виде прекращения заместительной почечной терапии, что обнадеживает в отношении возможного успеха такого подхода.

Epub 2017 Jul 21.
Current clinical evidence of tocilizumab for the treatment of ANCA-associated vasculitis: a prospective case series for microscopic polyangiitis in a combination with corticosteroids and literature review

Epub 2015 Feb 20.
Interleukin-6 in ANCA-associated vasculitis: Rationale for successful treatment with tocilizumab

Epub 2016 Apr 21.
Corticosteroid-free treatment of tocilizumab monotherapy for microscopic polyangiitis: a single-arm, single-center, clinical trial

Gralinski LE, Sheahan TP, Morrison TE, Menachery VD, Jensen K, Leist SR, Whitmore A, Heise MT, Baric RS. Complement Activation Contributes to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Pathogenesis. mBio. 2018 Oct 9;9(5). pii: e01753-18. doi: 10.1128/mBio.01753-18.

April 2020
Eculizumab treatment in patients with COVID-19: Preliminary results from real life ASL Napoli 2 Nord experience April 2020
DOI: 10.26355/eurrev_202004_20875 Project: SARS-CoV-2

Complement blockade in ANCA-associated vasculitis: an index case, current concepts and future perspectives .anenti L., Urban M.L., Maritati F. et al. Intern Emerg Med. 2017; 12:727–731.

РАСШИРЕННЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА

Артёмов Д.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва
ООО Медикал групп, Москва

Актуальность проблемы. В последние годы количество больных с хронической болезнью почек V ст. (ХБП) неуклонно растет. Это обусловлено не только старением населения, но и улучшением качества диагностики и наблюдения пациентов с заболеваниями почек, которые имеют прогрессирующий характер и, в конечном итоге, приводят к ХБП 5 стадии, а так же значительным улучшением качества современной заместительной почечной терапии, благодаря чему увеличивается продолжительность жизни данной категории больных. Перспективным на сегодня является новый метод диализной терапии - расширенный гемодиализ (HDx), использование которого возможно в обычной инфраструктуре диализного отделения, не требует дополнительных расходов, связанных с проведением гемодиафильтрации (ГДФ), и обеспечивает более высокое качество диализной терапии, чем при ГД и ГДФ [1, 2, 5, 6]. Использование современных высокопоточных диализаторов – High-flux с высокой биосовместимостью, увеличение их площади, проведение ГДФ (конвективная способность от 20 л. за сеанс) повышают эффективность гемодиализной терапии [1].

Но сложно найти решение главной проблемы: как обеспечить удаление средних молекул (уремические токсины с молекулярной массой в диапазоне 5000– 50000 Да), что в норме фильтруются почками [2]. Средние молекулы являются модуляторами прогрессирования клинических синдромов при ХБП [3]. И все эти соединения эффективно не удаляются при увеличении времени ГД или количества ГД в неделю, а также при ГДФ. Средние молекулы делятся на малые и большие, размером более 15 кДа; на эту подгруппу приходится по меньшей мере 40-50% всех средних молекул. Именно крупные средние молекулы в значительной степени связаны с воспалением и неблагоприятным исходом. Крупные средние молекулы, как правило, не могут быть эффективно удалены высокопоточным ГД. При этом до последнего времени считалось, что высокообъемная ГДФ имеет наибольшее влияние на эту группу уремических токсинов, хотя и такая методика не обеспечивает выведение молекул размером 25-45 кДа[4]. Однако интенсификация

любого из видов ГД сопровождается ростом элиминации альбуминов [5]. Так, потеря альбуминов при проведении перитонеального диализа может составлять ≈ 4 г. в сутки, ГДФ 1-6 г. за сеанс (даже до 12 г.), при расширенном гемодиализе меньше 3 г. на сеанс. Более эффективное удаление этих больших средних молекул в настоящее время может быть достигнуто с помощью расширенного гемодиализа, который использует обычную инфраструктуру гемодиализного центра[6].

Расширенный ГД (HDx) это способ диализа, при котором диффузия и конвекция удобно интегрированы в диализаторе THERANOVA с перекрестным полым волокном с уникальной трехслойной мембраной, максимально приближенной по структуре к гломерулярного фильтра нативной почки, благодаря чему обеспечивается значимо высший клиренс больших средних молекул. Для достижения оптимального клиренса в системе достаточно кровотока 300 мл/мин и потока диализата ≥ 500 мл/мин. В HDx конвекционный поток поддерживается внутренней фильтрацией, но он компенсируется механизмом обратной фильтрации в середине фильтра [8]. Специальная конфигурация мембраны с уменьшенным внутренним диаметром обеспечивает высокие показатели внутренней фильтрации и обратной фильтрации.

Цель исследования. Сравнить эффективность, безопасность применения низкопоточных, высокопоточных диализаторов и метода гемодиафильтрации с методом расширенного гемодиализа у пациентов на программном гемодиализе.

Пациенты и методы. Для поставленных целей были отобраны пациенты, которые ранее получали гемодиализ при помощи низкопоточных, высокопоточных диализаторов и метода гемодиафильтрации. Скорость кровотока, потока диализата, размера диализной иглы и времени проведения процедуры не менялись. Лабораторный контроль проводился в течении 6 мес.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что применение расширенного гемодиализа (HDx) является эффективным и безопасным методом заместительной почечной терапии.

Заключение. Таким образом, применение HDx позволяет проводить сеанс диализа с эффективностью, аналогичной или даже выше не только в сравнении с низко- и высокопточными диализными мембранами, но и в сравнении с методикой гемодиафильтрации [9]. При этом при проведении расширенного гемодиализа отсутствуют негативные тенденции, которые могут быть связаны с использованием обычной ГДФ (особые требования к оборудованию, расходным материалам и контролю качества воды и тому подобное). Диализаторы типа THERANOVA для HDx не должны использоваться для проведения ГДФ из-за вероятности удаления альбумина и других жизненно важных белков в избыточном количестве [10]. Доказательная база применения нового диализатора THERANOVA основана на его сравнении с диализаторами FX CORDIAX. Диализаторы THERANOVA продемонстрировали значимо выше клиренс крупных средних молекул во многих исследования в разных странах [7].

Выводы.

1. Расширенный гемодиализ (HDx) является новым методом диализной терапии с инновационной высокоселективной мембраной, которая образует уникальную трехслойную мембрану, максимально приближенную по структуре к нативной почке, благодаря чему обеспечивается более высокий клиренс крупных средних молекул и высокая эффективность диализной терапии.
2. Применение HDx целесообразно у всех пациентов, нуждающихся в диализной помощи, в том числе у пациентов с осложнениями, связанными с влиянием уремических токсинов.
3. Расширенный гемодиализ может быть использован для пациентов, переходящих с перитонеального диализа на ГД и стоящих в очереди на трансплантацию, что является примером персонифицированного подхода к методам заместительной почечной терапии.

Список литературы:

1. *YuX. The evolving patterns ofuremia: unmet clinical needs in dialysis. Contrib Nephrol. 2017;191:1-7. doi: 10.1159/000479251.*
2. *Neirynck N, Vanholder R, Schepers E, Eloot S, Pletinck A, Glorieux G. An update on uremic toxins. Int Urol Nephrol. 2013 Feb;45(1):139-50. doi: 10.1007/s11255-012-0258-1.*
3. *Desjardins L, Liabeuf S, Lenglet A, et al. Association between free light chain levels, and disease progression and mortality in chronic kidney disease. Toxins (Basel). 2013 Nov 8; 5(11):2058-73. doi: 10.3390/ toxins5112058.*

4. Maduell F, Navarro V, Cruz MC, et al. Osteocalcin and myoglobin removal in on-line hemodiafiltration versus low- and high-flux hemodialysis. Am J Kidney Dis. 2002 Sep; 40(3):582-9.

5. Zickler D, Schindler R, Willy K, et al. Medium cut-off (MCO) membranes reduce inflammation in chronic dialysis patients-a randomized controlled clinical trial. PLoS One. 2017 Jan 13;12(1):e0169024. doi: 10.1371/journal.pone.0169024.

6. Mitra S, Kharbanda K. Effects of expanded hemodialysis therapy on clinical outcomes. Contrib Nephrol. 2017;191:188-199. doi: 10.1159/000479267.

7. Ronco C, Marchionna N, Brendolan A, et al. Expanded haemodialysis: from operational mechanism to clinical results. Nephrol Dial Transplant. 2018 Oct 1;33(suppl_3):iii41-iii47. doi: 10.1093/ndt/gfy202.

8. Hutchison CA, Wolley M. The rationale for expanded hemodialysis therapy (HDx). Contrib Nephrol. 2017;191:142-152. doi: 10.1159/000479262.

9. Heyne N. Expanded hemodialysis therapy: prescription and delivery. Contrib Nephrol. 2017;191:153-157. doi: 10.1159/000479263.

10. Willy K, Girndt M, Voelkl J, et al. Expanded haemodialysis therapy of chronic haemodialysis patients prevents calcification and apoptosis of vascular smooth muscle cells in vitro. Blood Purif. 2018;45(1-3):131-138. doi: 10.1159/000484925.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИДОМ

Волгина Г.В., *д.м.н., профессор*
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) является часто встречающимся тяжелым осложнением прогрессирующей хронической болезни почек (ХБП). Его клинические последствия включают: эктопическую сосудистую и клапанную кальцификацию, изменения в метаболизме костной ткани, приводящие к почечной остеодистрофии и переломам, и, что особенно важно, значительное увеличение риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Развитие ВГПТ при ХБП обусловлено сложным взаимодействием патогенетических факторов. К числу наиболее значимых относятся: ретенция фосфатов, прогрессирующая по мере снижения СКФ, увеличение фактора роста фибробластов 23 (ФРФ23) и снижение ко-фактора Клото, относительный или абсолютный дефицит активных метаболитов витамина D_3 (VD), уменьшение количества рецепторов витамина (VDR), снижение аффинности кальция (Ca) к Ca-чувствительным рецепторам (CaR) паращитовидных желез (ПЩЖ), развитие резистентности скелета к кальциемическому действию ПТГ. Внеклеточный Ca является первичным физиологическим стимулом, регулирующим секрецию ПТГ, с обратной сигмоидальной взаимосвязью между сывороточными уровнями ПТГ и Ca. Основным механизмом, который выступает посредником воздействия Ca2+ на секрецию ПТГ, признаны CaR, локализованные на поверхности паратиреоидных клеток. Как представляется, CaR также играют ключевую роль в чрезмерной пролиферации клеток ПЩЖ.

Фармакологическое лечение ВГПТ в последние годы достигло прогресса. Внедрение двух основных вариантов таргетной терапии, такой как селективные модуляторы VDR и агонисты CaSR (кальцимиметики – КМ), дает больше шансов для надлежащего контроля уровня ПТГ в сыворотке крови. Этелкальцетид (ЭК) представляет собой новый второй генерации КМ, вводимый внутривенно в конце сеанса ГД три раза в неделю, который эффективно снижает секрецию ПТГ через прямое воздействие на CaSR клеток ПЩЖ. Помимо наличия биохимического влияния на минерально-костный обмен, ЭК снижает циркулирующий фосфат и ФРФ-23, оказывает благоприятное влияние на маркеры костного обмена. Дополнительные клинические эффекты ЭК включают снижение уровня ПТГ у пациентов с гиперкальциемией или гиперфосфатемией, получающих активные метаболиты VD, которые повышают циркулирующие уровни ФРФ-23, маркера, связанного с неблагоприятными клиническими исходами, такими как прогрессирование ХБП, кальцификация артерий, гипертрофия миокарда левого желудочка, сердечно-сосудистые заболевания и увеличение смертности. В недавно опубликованном рандомизированном клиническом исследовании установлено, что подавление ФРФ23 ЭК ингибирует прогрессирование ГЛЖ по сравнению с увеличением индекса массы левого желудочка при лечении ВГПТ альфакальцидолом у ГД пациентов. Исходя из полученных результатов, можно прогнозировать, что успешная профилактика нарастающей ГЛЖ может снизить риск внезапной сердечной смерти в этой популяции.

Хотя развитие паратиреоидной гиперплазии, несомненно, связано с исключительно сложным каскадом событий, активация CaR КМ представляется наиболее важным драйвером процесса заболевания и позволяет долгосрочно контролировать ПТГ (в сочетании с традиционными методами лечения) без увеличения плазме Ca2+, фосфата и VD. Результаты многочисленных исследований показали, что КМ могут сдерживать как прогрессирование ГПТ, так и регрессию существующей гиперплазии ПЩЖ, сокращать риск эктопической кальцификации, паратиреоидэктомии и переломов.

Как показали крупные, тщательно проведенные рандомизированные клинические испытания, ЭК является эффективным средством снижения ПТГ, восстановления минерально-костного гомеостаза, повышения приверженности к терапии, и предоставляет нефрологам альтернативу аналогам VD и цинакальцету у пациентов с ВГПТ, находящихся на ГД.

БОЛЕЗНЬ ФАБРИ – КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Давыдова С.С., *д.м.н.,*
врач-кардиолог НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина.

Болезнь Фабри – редкое генетическое, сцепленное с Х-хромосомой, заболевание, характеризующееся накоплением гликосфинголипидов в лизосомах клеток различных органов. Заболевание возникает из-за мутаций в гене GLA, приводящих к полному или частичному снижению активности кодируемого геном фермента - α-галактозидазы А, отщепляющей остатки α-галактозы гликосфинголипидов. Болезнь Фабри приводит к поражению большинства жизненно важных органов - почек, сердца, центральной и периферической нервной системы, кожи, органов зрения, слуха и пищеварения и может проявляться как у мужчин, так и у женщин. Из-за полиорганного характера проявлений и редкой встречаемости заболевания, 50-100 случаев на 1 млн населения, диагностика болезни Фабри крайне затруднена.

В практике терапевта болезнь Фабри следует заподозрить у всех пациентов с вовлечением одного или нескольких органов из следующего списка: орган зрения (вихревая кератопатия), периферическая нервная система (невропатические боли, акропарестезии, кризы Фабри), кожные проявления (ангиокератомы, нарушение потоотделения, тепловая

и холодовая непереносимость), нарушения работы почек (от микроальбуминурии и протеинурии, вплоть до хронической почечной недостаточности), поражение сердца (гипертрофия левого желудочка), ЦНС (инсульты и ТИА в раннем возрасте), лимфатическая система (лимфедема), орган слуха (тугоухость), гастроэнтерологические проявления. Выявить болезнь Фабри помогает полиорганный характер ее симптомов, многие из которых могут быть диагностированы еще в детском возрасте при «классическом» фенотипе, а также наличие сходных или других проявлений болезни Фабри у родственников пациента. Однако системность поражения внутренних органов и раннее проявление характерны не для всех пациентов. Иногда первые симптомы болезни начинают возникать уже во взрослом возрасте или долгое время жалобы пациента могут быть связаны только с одним из проявлений болезни Фабри. В таких случаях необходимо установить наличие или отсутствие других симптомов болезни Фабри, провести консультацию пациента с генетиком и исключить или подтвердить диагноз при помощи лабораторных исследований (биохимического и молекулярно-генетических).

В практике невролога необходимо исключать болезнь Фабри путем проверки на наличие других симптомов заболевания у пациентов с инсультом и ТИА, особенно в возрасте 20 – 50 лет и с семейным анамнезом ранних инсультов, невропатическими болями, акропарестезиями и кризами. У 50,0% пациентов с болезнью Фабри мужского пола и у 38,3% пациентов женского пола инсульт является первым проявлением заболевания. Частота болезни Фабри у молодых (18–55-летних) пациентов с острыми цереброваскулярными явлениями составляет 0,5 – 1,2%.

В практике нефролога болезнь Фабри следует исключать путем проверки на наличие других симптомов заболевания у всех пациентов с микроальбуминурией и протеинурией, в том числе нефротической, снижением скорости клубочковой фильтрации, хронической почечной недостаточностью, артериальной гипертонией и кистах в почках. Частота болезни Фабри у пациентов с терминальной почечной недостаточностью – 0,1 – 0,3%.

Своевременно заподозренный диагноз болезнь Фабри позволяет начать лечение, наиболее эффективное на ранних стадиях проявления болезни. Точный диагноз может быть установлен путем сдачи лабораторных анализов для измерения активности фермента α-галактозидазы А или определения концентрации его субстрата лизосфинголипида LysoGb3 в крови.

РОЛЬ НЕФРОЛОГА В ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХБП

Демьянова К.А., *к.м.н, ассистент кафедры внутренних болезней с курсом функциональной диагностики и кардиологии им. В.С. Моисеева, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». Врач-нефролог центра помощи беременным женщинам с патологией почек ГКБ им. А.К. Ерамишанцева*

Козловская Н.Л., *д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней с курсом функциональной диагностики и кардиологии им. В.С. Моисеева РУДН. Руководитель центра помощи беременным с патологией почек ГБУЗ г. Москвы ГКБ им. А.К. Ерамишанцева*

Коротчаева Ю.В., *к.м.н., доцент кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, врач-нефролог центра помощи беременным с патологией почек ГБУЗ г. Москвы ГКБ им. А.К. Ерамишанцева*

Апресян С.В., *д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ г. Москвы ГКБ им. А.К. Ерамишанцева*

Чегодаева А.Г.*, врач-нефролог центра помощи беременным с патологией почек ГБУЗ г. Москвы ГКБ им. А.К. Ерамишанцева*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения Москвы»

Введение: Беременность у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП) представляет собой важную медико-социальную проблему. Многие женщины вступают в беременность, уже имея признаки ХБП, и нередко узнают об этом только во время беременности. Установлено, что наличие ХБП является фактором риска неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода. Однако разработка подходов к ведению таких беременных и тщательное наблюдение

мультидисциплинарной командой позволяет значительно улучшить исходы беременности, не усугубив нефрологический статус матери.

Цель: Оценить результаты ведения беременных с ХБП в центре помощи беременным женщинам с патологией почек ГКБ им. А.К. Ерамишанцева

Результаты: За время работы центра с 2018 по 2021 гг. проконсультировано более 5 тысяч женщин с почечной патологией. Установлена распространенность поздних стадий ХБП среди беременных (менее 0,8%, n=40). Наиболее частой причиной развития ХБП продвинутых стадий являлись ХГН и ХТИН, реже встречались диабетическая нефропатия, поликистоз почек, аномалия мочевыводящих путей и первичный антифосфолипидный синдром. Подходы к ведению беременности включали мониторирование основных параметров гомеостаза (АД, азотемия, протеинурия), проведение антигипертензивной и антианемической терапии, профилактики преэклампсии, исследование ангиогенного коэффициента в динамике, назначение антикоагулянтов, и, в случае необходимости, лечение мочевой инфекции. Все беременности завершились рождением живых и жизнеспособных детей. Средний срок родоразрешения среди пациенток с ХБП 3а ст. – 38 недель, 3б ст. – 37 недель, 4-5 ст. – 34 недели. Преэклампсия развилась у 10 женщин (25%). Средний вес новорожденных у женщин с ХБП 3а ст. - 2770 г., ХБП 3б ст. – 2745 г, ХБП 4 ст. – 1840 г.

Заключение: Благоприятный исход беременности возможен при постоянном наблюдении мультидисциплинарной командой врачей (акушер-гинеколог, нефролог, уролог, гематолог) и своевременном лечении осложнений (АГ, анемия, инфекция мочевых путей).

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХБП 3-5 СТ (ДО ЗПТ). ОПЫТ МОСКВЫ

Дорофеева Е.Г.*, врач-нефролог ГБУЗ ГКБ №52 ДЗМ*

Введение: Хронические неинфекционные заболевания с каждым годом становятся все более и более распространенными, как вследствие улучшения диагностики, так и за счет увеличения продолжительности жизни людей. Одно из серьезных заболеваний, уносящих жизни

людей – хроническая болезнь почек (ХБП). К сожалению, до настоящего времени, пациент почти в половине случаев попадает на прием к нефрологу тогда, когда он нуждается в заместительной почечной терапии (ЗПТ). Лечение пациентов с ХБП требует огромных экономических ресурсов. Расходы на различные виды ЗПТ составляют внушительную часть всех затрат в здравоохранении, поэтому приоритетной задачей является раннее выявление ХБП, обеспечение полноценного наблюдения, адекватную терапию для снижения прогрессирования почечной функции и лечение осложнений, которые способствуют снижению сердечно-сосудистых рисков. Одно из самых тяжелых осложнений, ухудшающих прогноз заболевания – является нарушение минерально-костного обмена.

Цель: оценить количество пациентов 3-5 ст (до ЗПТ) в Москве, выявить возникновение и количество осложнений на каждой стадии ХБП, оценить объемы получаемой лекарственной терапии.

Материалы и методы: В ретроспективном анализе приняли участие пациенты, наблюдающиеся в МГНПЦ нефрологии и патологии трансплантированной почки. Количество пациентов с ХБП 3-5 ст и лабораторные показатели оценивались с помощью программы Maximus.

Результаты: количество пациентов, наблюдающихся в МГНПЦ нефрологии и патологии трансплантированной почки за период наблюдения 2019-2021 год – 4036 чел. Из них ХБП 3А ст – 1278 чел., 3Б ст – 1353 чел., 4 ст – 1231 чел., 5 ст – 174.

У 67 пациентов с ЗБП 3А ст выявлено повышение ПТГ 80-306 пг/мл, с ХБП 3Б ст у 63 пациентов ПТГ 80-727 пг/мл, ХБП 4 ст – 329 пациентов имеют ПТГ 80-1297 пг/мл. У пациентов с 5 ст 87 чел имеют ПТГ 100-328 пг/мл. Гиперфосфатемия (фосфор > 1,45 ммоль/л) выявлена у 315 пациентов (3Б ст – 39 чел, 4 ст – 97 чел, 5 ст – 179 чел). 19 пациентов получают льготное обеспечение медикаментами, корригирующими минерально-костный обмен, остальные 190 пациентов не имеют льготного обеспечения.

Выводы: Количество пациентов, выявленных с ХБП на ранних стадиях, с каждым годом постоянно увеличивается как за счет возрастающей информированности пациентов о ХБП, так и благодаря широкому внедрению определения концентрации креатинина в плазме крови. Замедление прогрессирования ХБП зависит не только от нефропротективной терапии, соблюдения низкобелковой диеты, но и от своевременной диагностики и коррекции минерально-костных осложнений, появляющихся и усиливающихся по мере прогрессирования ХБП, поскольку гиперфосфатемия и ВГПТ не только ухудшают качество жизни пациентов, но и увеличивают частоту сердечно-сосудистой патологии и общей летальности.

КОНТРОЛЬ МКН ПРИ ХБП В НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В Г. МОСКВЕ

***Виноградов В.Е.**, заведующий консультативно-диагностическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы», ассистент кафедры госпитальной терапии ФГАОУ ВО «РУДН»*

***Дорофеева Е.Г.** , врач терапевт, нефролог консультативно-диагностического отделения ГБУЗ «ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы», аспирант кафедры госпитальной терапии ФГАОУ ВО «РУДН»*

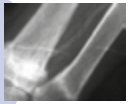
Осложнения ХБП

Анемия

- Нефрогенная анемия широко распространена при всех видах ЗПТ, и наблюдается более, чем 90% пациентов на гемодиализе
- Осложняет течение хронической почечной недостаточности
- Целевой уровень гемоглобина для всех пациентов с ХБП рекомендован в диапазоне 100-120 г/л.

Минерально-костные нарушения

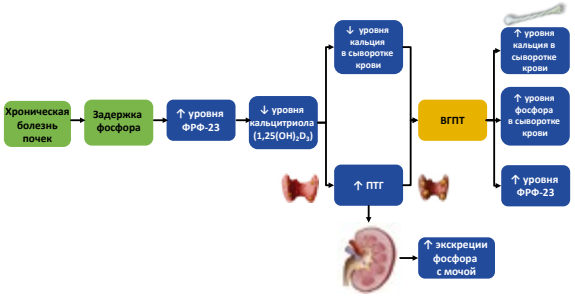
- МКН является многофакторным, прогрессирующим осложнением ХБП
- МКН связаны с возникновением неблагоприятных клинических последствий, включающих ВГПТ, нарушение минерального обмена, почечную остеодистрофию и кальциноз сосудов и мягких тканей



Нарушения нутриционного статуса

- Нарушения нутриционного статуса встречаются у 20%-50% в додиализной стадии, и еще чаще у больных на диализе- до 70%
- Поддержание оптимального нутриционного статуса у больных играет важную роль в результатах лечения

Патофизиология вторичного гиперпаратиреоза



Moe S, et al. Kidney Int 2006;69:1945-1953;Goodman WG. Semin Dial 2004;17:209-216; Goodman WG, et al. Kidney Int 2008;74:276-288; Goodman WG. Med Clin N Am 2005;89:631-647; Cozzolino M, et al. Am J Nephrol 2015;42:228-236; Blaine J, et al. Clin J Am Soc Nephrol 2014;10:1257-1272; Wolf M, et al. Clin J Am Soc Nephrol 2015;10:1875-1885

Что такое МКН-ХБП?

Понятие МКН-ХБП объединяет три взаимосвязанных патологических состояния

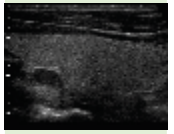
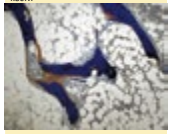
Сердечно-сосудистые заболевания включают ускоренный атеросклероз, гипертрофию левого желудочка и ряд других заболеваний сердца и сосудов у пациентов с ХБП

Отклонения лабораторных показателей свидетельствуют о нарушении костного и минерального метаболизма

Почечная остеодистрофия включает различные типы поражения костной ткани, развивающиеся при ХБП

Приведено с изменениями из: Cozzolini M, et al. Nephrol Dial Transplant 2014;29:1815–1820.

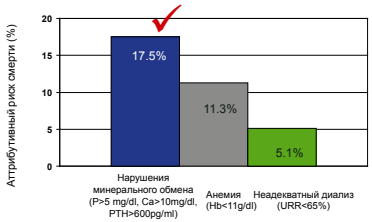
МКН-ХБП: Патологические состояния

ОТКЛОНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТ НОРМЫ	ПАТОЛОГИЯ КОСТИ	КАЛЬЦИФИКАЦИЯ
Отклонение от нормы уровней кальция, неорганического фосфора, ПТГ или витамина D	Нарушение метаболизма, минерализации, объема, линейного роста или прочности кости	Кальцификация сосудов или других мягких тканей
		
Ультразвуковое исследование щитовидной железы: визуализируется правая верхняя околощитовидная железа у диализного больного с неконтролируемым гиперпаратиреозом	Гистологическая картина костной ткани: смешанная уремическая дистрофия характеризуется высокой клеточной активностью с гигантскими клетками (остеокластами) в лакунах резорбции, накоплением остеоида и перитрабекулярным фиброзом*	Выраженная кальцификация аортального клапана с развитием его стеноза; на макропрепарате видны кальцификаты с изъязвлением

*Любезно предоставлено д-ром Gabriele Lehmann, Джена (Jena), Германия (Germany).
Приведено с изменениями из: Cozzolino M, et al. Nephrol Dial Transplant 2014;29:1815–1820.

Проблема

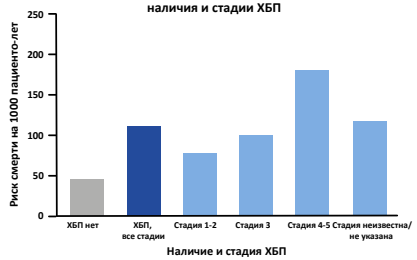
Вклад нарушений минерального обмена в смертность больных ХБП



Block GA, et al. J Am Soc Nephrol 2004;15:2208-2218

У пациентов с ХБП повышен риск общей смертности

Скорректированный показатель общей смертности (на 1000 пациенто-лет) для участников программы «Medicare» в возрасте ≥ 66 лет в зависимости от наличия и стадии ХБП



US Renal Data System. Volume 1: 2016; https://www.usrds.org/2016/view/Default.aspx

Кальцификация артерий и клапанов четко ассоциирована с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью

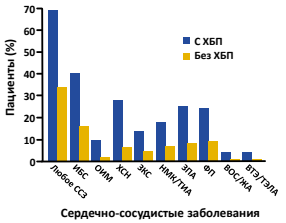
Кальцификация у диализных больных

- **у 70%** больных наблюдается выраженная кальцификация коронарных артерий и аорты[1]
- **у 50%** больных наблюдается кальциноз клапанов[1]
- **50%** смертей от ССЗ могут быть ассоциированы с патологической кальцификацией тканей у больных, получающих диализную терапию[2]

Смертность от ССЗ

- **39%** летальных исходов у диализных больных обусловлены ССЗ[3]

Распространенность ССЗ у пациентов с и без ХБП[4]

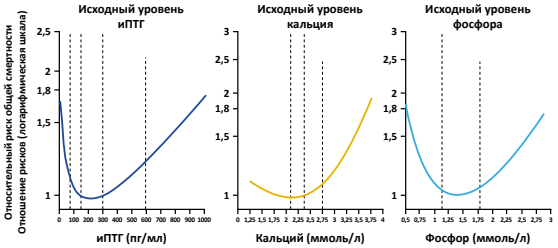


69% пациентов с ХБП страдают ССЗ по сравнению с 34% - без ХБП

1. Moe S. Kidney Int 2006;70:1535-1536;2. Razzaque M, et al. Nephrol Dial Transplant 2005;20:2032–2035; 3. de Jager DJ, et al. JAMA 2009;302:1782–1789;4. US Renal Data System.Volume 1: 2016; https://www.usrds.org/2016/view/Default.aspx

Риск смерти у пациентов с ХБП увеличивается, если сывороточные уровни иПТГ, кальция и фосфора выходят за пределы целевых значений

Анализ основан на данных наблюдательных исследований. Проанализирована ассоциация между маркерами минеральных и костных нарушений и клиническими исходами у 7970 пациентов (медиана наблюдения составила 21 месяц).



Обратите внимание на нули на этом графике
Приведено с изменениями из: Floege J, et al. Nephrol Dial Transplant 2011;26:1948-1955.

РЕКОМЕНДАЦИИ СТОЛИЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НЕФРОЛОГОВ

Целевой диапазон лабораторных показателей МКН при ХБП 5Д стадии

Фосфор сыворотки	Кальций сыворотки (корректированный на альбумин)	ПТГ	Щелочная фосфатаза (ЩФ)
0,87-1,45 ммоль/л	2,1–2,5 ммоль/л	150–300 пг/мл (16,5–33,0 пмоль/л)	М 53–128 ЕД/л Ж 42–98 ЕД/л

Анализ данных
Московского городского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ ГКБ №52 ДЗМ

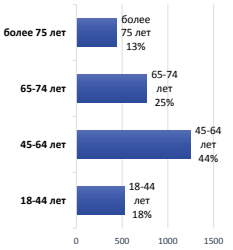
Анализ данных проводился с августа 2018 по январь 2020 по пациентам с ХБП по минерально-костным нарушениям и анемией, находящихся на ГД

Две группы сравнения:
1. Пациенты, включённые в анализ с августа 2018 по декабрь 2018 **(1 690 пац.)**
2. Пациенты, включённые в анализ с января 2019 по январь 2020 **(3 778 пац.)**

Характеристика пациентов, вошедших в анализ в 2019

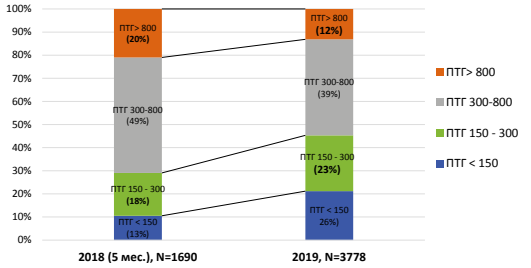
(Кол-во пациентов, получающих терапию по коррекции МКН в 2019 г.= 3 778)

Распределение пациентов по возрасту , 2019

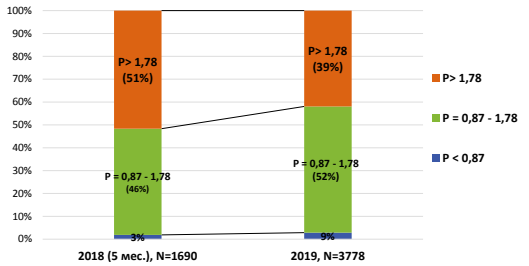


Распределение по полу, 2019:
Муж.- 52%
Жен.- 48%

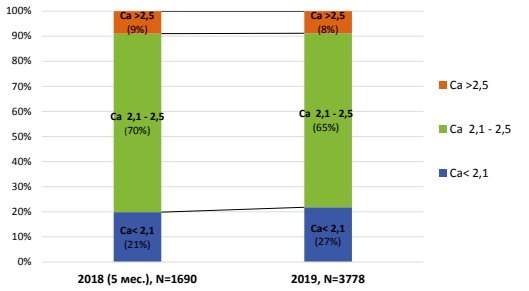
Динамика распределения уровней паратгормона, пг/ мл



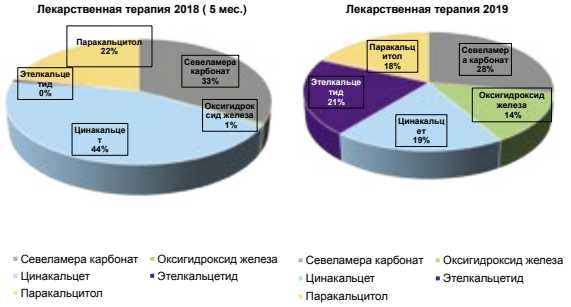
Динамика распределения уровню Р, ммоль/л (фосфора)



Динамика распределения уровней Са, ммоль/л (общий кальций)



Москва: в 2019 г. увеличилось количество новых препаратов в лечении МКН при ХБП

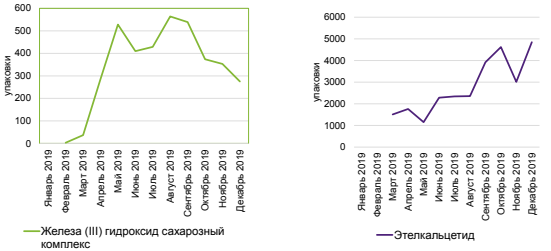


Медикаментозная терапия МКН: динамика реализации в течение 2019

(данные Московского городского регистра пациентов с нефрологической патологией)

Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс (Вельфоро) показан для контроля концентрации фосфора в сыворотке крови у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на гемодиализе или перитонеальном диализе

Этелкальцетид (Парсабив) показан для лечения вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) у взрослых пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), находящихся на гемодиализе.



АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5ДСТАДИИ

Стратегия коррекции вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ)

- При тенденции к нарастанию уровня иПТГ в интервале от **300 до 600 пг/мл** по результатам **2-х последовательных измерений** (с интервалом в 3 мес.) или уровне иПТГ **>600 пг/мл** необходимо ***начать медикаментозную терапию.***
- Лечение ВГПТ должно быть основано **на серийных оценках** уровней фосфора, кальция и иПТГ, рассматриваемых вместе.
- **Первоначальный выбор препарата** для коррекции ВГПТ, его смена или комбинация определяются показателями фосфорно-кальциевого обмена, иПТГ, мониторирования их трендов, профилем безопасности препарата и клиническим вариантом МКН.
- Медикаментозную моно- или сочетанную терапию ВГПТ следует начинать с **минимальных доз** выбранных препаратов с последующей их титрацией, которая продолжается до достижения целевых значений иПТГ и биохимических показателей фосфорно-кальциевого обмена.
- Са (кор.) – концентрацию общего кальция в сыворотке следует корректировать на уровень альбумина в плазме по формуле:
  - Са корр (ммоль/л) = Са общий + 0,02 ммоль × (40 – А[г/л] *или* Са корр (мг/дл) = Са общий + 0,8 ммоль × (4 – А[г/дл])

Заключение

- МКН является многофакторным, прогрессирующим осложнением ХБП
- МКН связаны с возникновением неблагоприятных клинических последствий, включающих ВГПТ, нарушение минерального обмена, почечную остеодистрофию и кальциноз сосудов и мягких тканей
- Нарушение обмена минеральных веществ при ХБП связано с повышением риска заболеваемости и смертности
- Новые терапия расширяет возможности контроля минерально-костных нарушений
- Мониторинг и он-лайн ведение регистра пациентов позволяет оценивать клиническую ситуацию, улучшать контроль и коррекцию МКН. Индивидуальный подход к пациенту
- Введение в практику новых лекарственных средств способствует уменьшению расходов на здравоохранение при повышении качества лечения и оказываемой помощи.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: ОПАСНОСТИ И ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЯ

Князева Л.А., *д.м.н., профессор, заведующая отделением инвазивной ревматологии ООО «Медицинский центр №1» г. Курск, научный эксперт GSK по специальности ревматологии*

Волчаночный нефрит является одним из наиболее частых тяжелых поражений жизненноважных органов при системной красной волчанке, развивающийся у 40-80% пациентов и в 15-20% случаев прогрессирующий до стадии терминальной почечной недостаточности. Для определения терапевтической тактики с применением комбинированной иммуносупрессивной терапии всем пациентам с волчаночным нефритом рекомендовано проведение нефробиопсии для определения морфологического класса волчаночного нефрита.[1] В докладе представлен разбор клинического случая системной красной волчанки с развитием волчаночного нефрита и детальным анализом современной стратегии диагностики и дифференцированных подходов к лечению с учетом актуальных клинических рекомендаций EULAR /ERA-EDTA 2020 года.[2]

1. *Panafidina TA, Popkova TV. General principles in the treatment of lupus nephritis with the prevention of cardiovascular events.Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2018;12(4):4–8.DOI: 10.14412/1996-7012-2018-4-4-8*

2. *Fanouriakis A, Kostopoulou M, Cheema K, et al., 2019 Update of the Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association–European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ ERA–EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis, Ann Rheum Dis 2020;0:1–11, Epub ahead, of print: [please include Day Month Year – 11.06.2020]. doi:10.1136/annrheumdis-2020-216924*

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ В ОТДЕЛЕНИЯХ ГЕМОДИАЛИЗА ГГ. МОСКВЫ И САМАРЫ

Кутейников В.Ю.
Научный руководитель: д.м.н. ***Абольян Л.В.***
ГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение. Заболевания почек, включая хроническую болезнь почек, занимают важное место среди хронических неинфекционных болезней из-за значительной распространенности в популяции, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН) – диализа и пересадки почки. Одним из важных критериев эффективности лечения и профилактических мероприятий при заболеваниях почек является оценка качества жизни пациентов.

Цель. Оценить качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе в отделениях гемодиализа гг. Москвы и Самары, и выявить основные медико-демографические факторы, влияющие на качество жизни этой группы пациентов.

Материалы и методы. Оценка качества жизни пациентов, находящихся на гемодиализе, осуществлялась с использованием опросника SF-36 «Оценка качества жизни», который позволяет оценить состояние здоровья пациентов по 8 шкалам (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психическое здоровье) с последующей группировкой их в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Мы также оценивали основные медико-демографические характеристики пациентов с помощью специально разработанной нами анкеты: возраст, пол, образование, семейное положение, жилищно-бытовые условия, материальное положение, длительность гемодиализа и др. Исследование проводилось на базах отделений гемодиализа двух стационаров г. Москвы и одного стационара г. Самары в период с фев-

раля по апрель 2021 года. Всего опрошено 110 пациентов – 60 в Москве и 50 в Самаре. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы для персонального компьютера IBM.SPSS.22. Вычислялись показатели параметрической и непараметрической статистики: средняя и среднеквадратическое отклонение ($M \pm \sigma$), медиана и интерквартильный размах (Me, IQR), коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r), t-тест Стьюдента и U-тест Манна-Уитни. Различия значений шкал качества жизни считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Средний возраст респондентов составил 57,4±16,1 года (от 21 до 90 лет); доля женщин среди опрошенных – 57,8% (n=63) и мужчин – 42,2% (n=47); медиана длительности гемодиализа была равна 4,7 года (IQR 2,0-10,0). Выявлено, что показатели качества жизни пациентов на гемодиализе достоверно ниже данных популяционных исследований (Санкт-Петербург, 2002; «Мираж», 2005) по таким шкалам, как «физическое функционирование» (46,8±27,2 балла); «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (32,8±42,8 балла) и «социальное функционирование» (47,7+46,6 балла). Качество жизни пациентов в г. Москве было достоверно выше по сравнению с пациентами в г. Самаре по шкалам «психическое здоровье» (p=0,001), «социальное функционирование» (p=0,001) и «суммарный психологический компонент здоровья» (p=0,043).

Корреляционный анализ показал, что «суммарные физический» и «суммарный психологический» компоненты здоровья тесно связаны между собой (r=+0,7, p=0,01). На качество жизни оказывают положительное влияние высокий уровень образования, хорошее материальное положение и хорошие жилищно-бытовые условия, а также отказ от курения и физическая активность (утренняя зарядка и пешие прогулки). При этом «суммарный психологический компонент здоровья» больше зависит от материального положения (r=+0,4, p=0,01) и жилищно-бытовых условий (r=+0,5, p=0,01), а «суммарный физический компонент здоровья» – от двигательной активности пациентов (r=+0,5, p=0,01). С увеличением возраста пациентов снижается их качество жизни (r= -0,3, p=0,01).

Заключение. Качество жизни пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе, ниже по сравнению с данными популяционных исследований. Кроме самого заболевания и проводимой заместительной терапии оно зависит также от медико-демографических факторов и региона проживания пациентов.

Ключевые слова: заболевания почек, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, качество жизни, SF-36

Список литературы:

1) *Арамиджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»). Научно-практическая ревматология 2008; (1): 36-48.*

2) *Иевлев Е.Н., Казакова И.А. Комплексный анализ качества жизни у больных, находящихся на программном гемодиализе в Удмуртской республике. Нефрология 2015; 19 (4): 59-66.*

3) *Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва. 2012. 527 с.*

4) *Шилов Е.М., Смирнов А.В., Козловская Н.Л., редакторы. Нефрология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 856 с.*

5) *Landreneau K., Lee K. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation - a meta-analytic review. Nephrol. Nurs J. 2010. 37 (1): 37–44.*

ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИД В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

***Михайлова Н.А.**, к.м.н., доцент кафедры нефрологии и гемодиализа ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ.*

Минеральные и костные нарушения при хронической болезни почек (МКН-ХБП) являются одним из ведущих уремических синдромов, оказывающих непосредственное влияние на сердечно-сосудистую заболеваемость, инвалидизацию пациентов и смертность от любых причин. Терапия вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ), пока еще наиболее распространенного варианта МКН-ХБП в российской диализной популяции, остается трудной задачей, несмотря на довольно внушительный арсенал применяемых лекарственных средств. Появившийся относительно недавно кальцимиметик I типа (прямой агонист кальций-сенсорных рецепторов) этелкальцетид успел зарекомендовать себя как более эффективный, чем цинакальцет, препарат для терапии ВГПТ, со сходным профилем безопасности в рандоми-

зированных клинических исследованиях (РКИ). Однако, в настоящее время все более востребованной является проверка заявленных в РКИ качеств препарата реальной клинической практикой в более широкой и разнообразной по клиническим характеристикам популяции пациентов. В настоящем докладе будут рассмотрены ключевые качества этелкальцетида, выявленные в РКИ особенности его применения и соответствие этих показателей данным реальной клинической практики. Эффективность препарата будет проиллюстрирована интересными клиническими случаями лечения пациентов со сложной мультиморбидной патологией.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЭРИТРОПОЭЗСТИМУЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ПОЧЕЧНОГО ГЕНЕЗА

Михайлова Н.А., *к.м.н., доцент кафедры нефрологии и гемодиализа ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России*

В настоящее время известно 4 группы эритропоэтин стимулирующих агентов (ЭСА), применяемых при лечении ренальной анемии:

1) эритропоэтины короткого действия, требующие введения 2-3 раза в неделю, опыт применения которых насчитывает 30 лет;
2) первый пролонгированный препарат дарбэпоэтин с возможностью введения 2 раза в месяц, присутствующий в клинической практике более 15 лет;
3) максимально пролонгированный эритропоэтин CERA (мирцера), адекватно действующий при введении 1 раз в месяц и пока не имеющий аналогов;
4) ингибиторы HIF-пролилгидроксилазы, проходящие III фазу клинических испытаний. Каждый из этих препаратов имеет свои преимущества и недостатки в конкретных клинических ситуациях. Выбор ЭСА должен опираться на знания их особенностей, умение правильно оценить потребности пациента и соотнести эти особенности и потребности для выстраивания индивидуального подхода к терапии конкретного больного. В анонсируемом сообщении будут представлены доказанные в РКИ и обсервационных исследованиях преимущества и ключевые принципы назначения пролонгированных ЭСА, а также данные их сравнительных исследований.

ДИАГНОСТИКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пивоваров Д.В.; Михайлова З.Д.*, д.м.н. доцент*
«Городская клиническая больница № 38», г. Нижний Новгород

В последнее десятилетие за счет активного использования чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) удалось значимо снизить риск развития неблагоприятных исходов, но в то же время актуальной остается проблема контраст-индуцированного острого повреждения почек (КИ-ОПП), в том числе у пациентов с онкологическими заболеваниями (ОЗ). Роль биомаркера KIM-1 (молекула почечного повреждения, kidney injury molecule) продолжает изучаться для ранней диагностики и прогнозирования ОПП, в том числе КИ-ОПП.

Цель. Выявление эффективных методов ранней диагностики КИ-ОПП у пациентов с сочетанием ОКС и ОЗ.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе регионального сосудистого центра № 2 (г. Нижний Новгород). В исследование включено 40 пациентов с ОКС и ОЗ (65% мужчин, 35% женщин), средний возраст – 69±9 лет. 37,5% пациентов имели активный онкологический процесс, в анамнезе от 1 до 5 лет – 22,5% больных, от 5 до 10 лет – 40%. Наиболее частыми локализациями ОЗ явились: молочные железы, легкие, толстая кишка, предстательная железа и мочевой пузырь (суммарно 70%). 64,8% пациентов имели ранние стадии ОЗ (Т1-2), 35,2% – поздние (Т3-4) стадии по системе TNM (n=37). У 7,5% пациентов диагностировано онкогематологическое заболевание. Диагностику ОКС и лечение пациентов проводили согласно действующим клиническим рекомендациям. В первые сутки госпитализации после селективной коронарографии производили забор средней порции утренней мочи с целью определения уровня KIM-1 (пг/мл) методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы ENZoLife Scientific KIM-1 ELISA (США).

Результаты. 87,5% пациентам в стационаре проведена селективная коронарография. Реперфузионное лечение выполнено у 75% больных, среди которых первичное ЧКВ проведено у 60% пациен-

тов, тромболитическая терапия без ЧКВ – у 2,5%. Фармако-инвазивный подход применен у 12,5% больных.

ОПП было диагностировано у 47,5% пациентов, ОПП по «базальному» креатинину у 20%, ОПП по динамике креатинина – у 40%, КИ-ОПП – у 30%, ОПП на фоне хронической болезни почек – у 42,5% больных.

По данным ROC-анализа, уровень KIM-1 более 1221,49 пг/мл позволяет проводить раннюю диагностику КИ-ОПП (AUC – 0,728; 95% ДИ 0,552-0,864; p=0,01). В ходе логистического регрессионного анализа выявили две статистически значимые переменные (баллы по шкале R. Mehran, величина KIM-1 (пг/мл) в моче) для диагностики КИ-ОПП. Составлено уравнение логистической регрессии: Y («Mehran-KIM-1») =-5,50756 + (0,099214 × баллы по шкале Mehran + 0,0012466 ×величина KIM-1 (пг/мл). По результатам ROC-анализа значение переменной Y более -3,115273384 позволяет проводить диагностику КИ-ОПП уже в первые сутки госпитализации с чувствительностью 83,33% и специфичностью 82,61% (AUC – 0,822; 95% ДИ 0,656-0,930; p <0,001).

Заключение. Использование биомаркера KIM-1, в том числе в модели «Mehran-KIM-1», позволяет проводить раннюю диагностику КИ-ОПП у пациентов с сочетанием ОКС и ОЗ.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕФРОЛОГИИ И ГЕМОДИАЛИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ MAXIMUS

***Пролетов Я.Ю.**, врач-нефролог; **Чемерис А.Н.**, врач-нефролог, к.м.н.*
Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет», Москва

Интеллектуальная информационно-аналитическая система MaXimus является комплексной автоматизированной системой управления лечебно-диагностическим процессом, разработанной на основе системного подхода. Система разрабатывается компанией SPORA и используется в сети медицинских клиник МЧУ ДПО Нефросовет, которая на сегодняшний день включает в себя 44 подразделения в 21-м регионе Российской

Федерации, находящиеся в подчинении центрального офиса в г. Москве. Обе компании входят в состав медицинского концерна Maximus Alliance.

Лекарственная терапия осложнений терминальной стадии хронической болезни почек — неотъемлемая часть медицинской помощи, оказываемой пациентам, получающим заместительную почечную терапию. Эффективность лекарственного обеспечения подразумевает под собой необходимость соответствия критериям качества, в том числе регламентированным законами, правилами и клиническими рекомендациями, при соблюдении принципов рентабельности. Использование информационно-аналитической системы MaXimus позволяет достичь этих целей за счет осуществления потоковой передачи данных в режиме реального времени и возможности оперировать совокупностью параметров, включающих данные состояния пациентов, процедур гемодиализа, экономических показателей.

Рассматриваются модули системы MaXimus, позволяющие осуществлять управление качеством лечебного процесса в отношении коррекции анемии и костно-минеральных нарушений, ассоциированных с ХБП, у пациентов, получающих гемодиализ. Описывается интеграция в формализованном виде нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи, национальных и международных рекомендаций в структуру системы поддержки принятия решений при назначении лекарственных препаратов. Дано описание возможностям подбора дозировок препаратов на основе технологий BPM (Buisness Process Management) и нейросетевых методов. Показано, как использование отчетов нижнего, среднего и верхнего уровней позволяет сформировать медикаментозную терапию, адекватную текущему состоянию пациентов и его динамике. Описаны особенности управления лечебным процессом региональной сети клиник из центрального офиса компании с использованием системы MaXimus.

Система помогает управленцам проводить многогранную оценку эффективности лекарственного обеспечения на основании систематизированной информации и управленческой отчетности, которую Power BI формирует на основании данных MaXimus не за определенных отчетный период, а постоянно. MaXimus легко обновляется и расширяется в ответ на изменения требований и масштабируется на любую медицинскую организацию независимо от ее формы собственности, размеров и специализации.

НЕФРОПАТИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО СЕГМЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА

Демидов Н.А.

Федеральный регистр больных сахарным диабетом (ФРСД) обеспечивает возможность анализа эпидемиологических и клинических характеристик пациентов с сахарным диабетом (СД), анализа осложнений заболевания и оценки качества оказываемой пациентам медицинской помощи. Структура регистра позволяет анализировать данные как по всей стране, так и по отдельным регионам.

По данным на 1 января 2019 года, в Москве было зарегистрировано 325,1 тыс. чел. с СД 2 типа и 20,0 тыс. чел. с СД 1 типа. За последние 6 лет общее число пациентов с СД в Москве увеличилось на 9,8% - с 314,4 тыс. до 345,1 тыс. чел. При этом прирост числа пациентов с СД 2 типа опережает прирост лиц с СД 1 типа (10,3% и 7,3%, соответственно). По данным анализа, распространенность СД 1 типа (без учета пола) постепенно увеличивается с достижением максимума в 2018 году (162,7 чел. На 100 тыс. чел.). Общее число больных СД 2 типа в регистре с 2013 по 2018 год увеличилось на 10,3% (с 297,4 тыс. до 325,1 тыс. чел.), при этом распространенность СД 2 типа среди женщин значительно выше этого показателя у мужчин (2315,2 и 3819,0 тыс. на 100 тыс. населения соответствующего пола в 2018 г.). Показатель распространенности СД 2 типа выше среди пациентов старших возрастных групп.

Величина средней продолжительности жизни за период с 2013 по 2020 год у пациентов с СД 1 типа находилась в диапазоне от 50,7 до 59,5 лет у женщин и 48,3-54,7 лет у мужчин, у лиц с СД 2 типа – 78,2-79,7 лет у женщин и 71.6-73,0 года у мужчин.

Проанализировано число пациентов, у которых в базу данных внесена информация об уровне гликированного гемоглобина (HbA1c) – с 2016 года наблюдается тенденция к постепенному увеличению данного показателя с 53,2% у СД 1 типа и 42,1% у СД 2 типа в 2016 году до 61,9% у СД 1 типа и 56,9% у СД 2 типа в 2020 году.

Анализ динамики распределения пациентов с СД по уровням HbA1c с 2002 по 2020 год продемонстрировал, что среди больных СД 1 типа

остается относительно стабильной доля лиц с HbA1c <7,0% (21,3-26,9%) и HbA1c 8,0-8,9% (18,4-26,5%), но при этом снижается доля лиц с высоким HbA1c ≥9,0% (с 27,7% до 13,0%) и растет доля пациентов с HbA1c 7,0-7,9% (с 24,5% до 41,1%). Несколько отличается динамика HbA1c у пациентов с СД 2 типа: уровень HbA1c указанных групп с 2002 по 2020 год остается относительно постоянным, поэтому мы приведем данные только за 2020 год: большинство пациентов (44%) имеют HbA1c <7,0%, на долю лиц с HbA1c 7,0-7,9% приходится 39,4%. Пациентов с HbA1c выше 8% в популяции менее 17%: HbA1c 8,0-8,9% - 10,6% пациентов, HbA1c ≥9,0% - 6,0% больных.

Изучена распространенность наиболее частых осложнений СД за период с 2018 по 2020 год. При СД 1 типа наиболее распространенными осложнениями являлись диабетическая нейропатия (42,4-45,5% у лиц разного пола), ретинопатия (30,7-31,3%) и нефропатия (19,2-24,1%). При СД 2 типа – нейропатия (24,5-25,9%), нефропатия (20,8-23,6%), ретинопатия (10,8-11,3%) и ИБС (10,4-10,9%).

Сопоставление диагнозов «диабетическая нефропатия» и ХБП показало, что 75% пациентов с СД 1 типа и ХБП в 2020 году не имели диагноза диабетической нефропатии, у 25% больных такой диагноз присутствовал. Среди пациентов с ХБП отсутствовало указание на стадию заболевания у 20,5%, ХБП С1 имели 4,4%, С2 – 53,1%, С3а 10,8%, С3б 4,0%, С4 – 2,0%, С5 – 5,2% пациентов. По данным на март 2021 года, среди пациентов с терминальной стадией ХБП (С5) лечение гемодиализом получали 59,5%, перитонеальным диализом – 16,2%, трансплантация почки была выполнена 24,3% пациентов. У пациентов с СД 2 типа наблюдалась аналогичная картина – у 75,5% пациентов с ХБП диагноз диабетической нефропатии отсутствовал, у 24,5% - имела место нефропатия. Распределение пациентов с ХБП по стадиям заболевания имело следующий характер: без указания стадии – 5,3%, стадия С1 – 1,1%, С2 – 58,5%, С3а – 23,3%, С3б – 9,2%, С4 – 1,8%, С5 – 0,8%. При этом на стадии С5 в качестве терапии ХБП 83,0% пациентов получали гемодиализ, 9,2% - перитонеальный диализ и 7,8% перенесли трансплантацию почки.

Таким образом, СД 2 типа – это заболевание с относительно высокой частотой развития ХБП, что требует пристального внимания в отношении ранней диагностики и старта терапии ХБП у данной группы пациентов [1,2].

1) *Анциферов М.Б., Демидов Н.А., Калашникова М.Ф., Духарева О.В., Викулова О.К., Шестакова М.В. Динамика основных эпидемиологических показателей у пациентов с сахарным диабетом, проживающих в Москве (2013–2018) // Сахарный диабет. — 2020. — Т. 23. — №2. — С. 113-124. doi: https://doi.org/10.14341/DM11374*

2) *Данные Федерального регистра сахарного диабета.*

ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА НА ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Шестакова М.В.

В настоящее время примерно у 40% пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа есть хроническая болезнь почек (ХБП) [1]. Кроме того, СД во всем мире является лидирующей причиной развития терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН) [2,3]. Для снижения риска развития неблагоприятных почечных исходов и замедления прогрессирования ХБП используют в том числе и препараты ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (иНГЛТ2), которые продемонстрировали эффективность и приемлемую безопасность в этом вопросе [4]. Так, дапаглифлозин в целом ряде исследований доказал возможность применения в широкой популяции на основании изученного профиля безопасности, совместимости со всеми классами сахароснижающих препаратов, наличия инсулин-независимого механизма действия и независимости от инсулин-секреторной активности бета-клеток пациентов [5].

Помимо этого препараты иНГЛТ2 показали дополнительное положительное влияние на сердечно-сосудистые и почечные исходы у пациентов с СД 2 типа. Метаанализ результатов крупных рандомизированных клинических исследований DECLARE-TIMI 58 (дапаглифлозин), EMPA-REG OUTCOME (эмпаглифлозин) и CANVAS (канаглифлозин) продемонстрировал снижение относительного риска значимых сердечно-сосудистых событий (нефатальный инсульт, нефатальный инфаркт, сердечно-сосудистая смерть) на 11%, госпитализации по поводу сердечной недостаточности (СН) на 31% и прогрессирования почечной

недостаточности на 45% при применении данных препаратов. Влияние иНГЛТ2 на частоту госпитализаций по поводу СН не зависело от наличия у пациентов установленных атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ) или предшествующей СН. Замедление прогрессирования ХБП также не зависело от наличия у пациентов АССЗ и наблюдалось у пациентов с легким, умеренным и значительным снижением рСКФ. Но риск развития значимых сердечно-сосудистых событий (MACE) был значимым только у пациентов с АССЗ [6].

Оценка частоты госпитализаций по поводу СН была включена в состав первичных конечных точек только в исследовании DECLARE-TIMI 58 (n=17160), где было выявлено снижение частоты событий сердечно-сосудистой смерти или госпитализации по поводу СН в группе дапаглифлозина по сравнению с плацебо (ОР 0,83; 95% ДИ 0,73-0,95; p=0,005). Это было обусловлено значимым снижением частоты госпитализаций по поводу СН (ОР 0,73; 95% ДИ 0,61-0,88). Кроме того, была установлена тенденция более низкой частоты MACE в группе дапаглифлозина (8,8%) по сравнению с плацебо (9,4%), (ОР 0,93; 95% ДИ 0,84-1,03; p=0,17), не достигшая статистической значимости.

Вне зависимости от наличия или отсутствия установленного АССЗ, а также от степени исходного снижения функции почек в группе дапаглифлозина было продемонстрировано снижение частоты почечной конечной точки, что указывает на положительное влияние в отношении прогноза развития ХБП у пациентов с СД 2 типа. Так снижение относительного риска на 24% выявлено при изучении вторичной почечной конечной точки, которая включала в себя устойчивое снижение рСКФ на ≥40%, развитие терминальной стадии почечной недостаточности или смерть от почечной либо сердечно-сосудистой причины.

На фоне этого ряда положительных эффектов дапаглифлозина также была доказана его безопасность – по сравнению с плацебо реже встречались тяжелые гипогликемии (0,7% против 1,0%, ОР 0,68; 95% ДИ 0,49-0,95; p=0,02), эпизоды острого повреждения почек (1,5% против 2,0%, ОР 0,69; 95% ДИ 0,55-0,87; p=0,002) и рак мочевого пузыря (0,3% и 0,5%, ОР 0,57; 95% ДИ 0,35-0,93; p=0,02). Частота переломов, ампутаций, случаев гиповолемии, а также реакций гиперчувствительности была сопоставима между группами. Но в группе дапаглифлозина была выше частота диабетического кетоацидоза (0,3% против 0,1% в, ОР 2,18; 95% ДИ 1,10-4,30; p=0,02) и генитальных инфекций (0,9%

по сравнению с 0,1% в группе плацебо) (ОР 8,36; 95% ДИ 4,19-16,68; p<0.001) [7].

В России на основании данных этого исследования было зарегистрировано новое показание в инструкции для дапаглифлозина: «сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности». Под факторами риска необходимо понимать: возраст у мужчин ≥ 55 лет или ≥ 60 лет у женщин и наличие не менее одного из следующих состояний – дислипидемия, артериальная гипертензия, курение [6].

Результаты DECLARE-TIMI 58, EMPA-REG OUTCOME и CANVAS были отражены в зарубежных и отечественных клинических рекомендациях по лечению пациентов с СД 2 типа:

- Американская диабетическая ассоциация (*ADA):* рекомендовано использование иНГЛТ2 или арГПП-1 (с доказанной эффективностью в отношении сердечно-сосудистых заболеваний) с учетом факторов, специфичных для пациента, как часть сахароснижающей терапии независимо от уровня HbA1C, использования метформина у лиц с установленным АССЗ или признаками высокого риска АССЗ (лица ≥55 лет со стенозом коронарной артерии, сонной артерии или артерии нижних конечностей> 50% или гипертрофией левого желудочка), а также СН или ХБП. Но при СН с фракцией выброса левого желудочка <45% рекомендован только класс иНГЛТ2. Также предпочтительно применение иНГЛТ2 с доказанными преимуществами в отношении замедления прогрессирования ХБП, либо иНГЛТ2 с преимуществами для ХБП, доказанными в исследованиях сердечно-сосудистых исходов, либо арГПП-1 (при наличии противопоказаний к иНГЛТ2 или их непереносимости) у пациентов с диабетической ХБП и альбуминурией [8].
- Европейское общество кардиологов (ESC) и Европейская ассоциация по изучению диабета (EASD): для снижения риска госпитализации по поводу СН у пациентов с СД рекомендованы препараты иНГЛТ2 (эмпаглифлозин, канаглифлозин и дапаглифлозин). Помимо этого, отмечено, что применение этих препаратов ассоциировано с более низким риском почечных исходов и рекомендовано при рСКФ от 30 до <90 мл/мин/1,73м^2 [9].

- Руководство по клинической практике по лечению диабета при хроническом заболевании почек KDIGO: первая линия медикаментозной сахароснижающей терапии у пациентов с СД2 и ХБП должна включать прием метформина и препаратов иНГЛТ2, а также дополнительную терапию, необходимую для контроля гликемии. Метформин и иНГЛТ2 рекомендуется использовать при ХБП С1-С3б (рСКФ≥30 мл/мин/1,73 м^2). Безопасное добавление иНГЛТ2 в терапию даже при достигнутом целевом гликемическом контроле также возможно для пациентов с СД 2 типа и ХБП. При не достижении индивидуальных гликемических целей при приеме метформина и иНГЛТ2 или при невозможности использования этих препаратов рекомендовано использование арГПП-1 длительного действия [10].
- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (9 выпуск, дополненный): для пациентов с СД 2 типа и множественными сердечно-сосудистыми факторами риска, для пациентов с АССЗ, а также для пациентов с ХБП (С1-С3а) с целью снижения риска прогрессирования и развития кардиоваскулярных событий использование препаратов иНГЛТ2 либо арГПП-1 является приоритетным при возможности использования. Также у больных с ХСН или с высоким риском развития ХСН рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии иНГЛТ-2. [11].

Литература:

1) *Wu B. Et al. Understanding CKD among patients with T2DM: prevalence, temporal trends, and treatment patterns-NHANES 2007-2012. BMJ Open Diabetes Res Care. 2016 Apr 11;4(1):e000154. doi: 10.1136/bmjdrc-2015-000154.*
2) *Molitch ME et al. Diabetic kidney disease: a clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Kidney Int. 2015 Jan;87(1):20-30. doi: 10.1038/ki.2014.128.*
3) *Roscioni SS et al. The effect of RAAS blockade on the progression of diabetic nephropathy. Nat Rev Nephrol. 2014 Feb;10(2):77-87. doi: 10.1038/nrneph.2013.251.*
4) *Neal B. et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2017 Aug 17;377(7):644-657. doi: 10.1056/NEJMoa1611925.*

5) *Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-002596 от 21.08.2014*

6) *Фадеев В.В. Место ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа дапаглифлозина в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9, № 2. С. 59-69. DOI: 10.33029/2304-9529-2020-9-2-59-69*

7) *Wiviott S.D. et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes // N. Engl. J. Med. 2019. Vol. 380. P. 347-357. DOI: 10.1056/NEJMoa1812389*

8) *American Diabetes Association. Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S111-S124. https://doi.org/10.2337/dc21-S009*

9) *European Heart Journal, Volume 41, Issue 2, 7 January 2020, Pages 255–323, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz486*

10) *KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney International (2020) 98, S1–S115.*

11) *Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2019.*

Телемедицинская экспертная многофункциональная система «Теленефроцентр» для мониторинга пациентов получающих заместительную почечную терапию методом перитонеального диализа

Пациенты, получающие лечение программным гемодиализом, имеют возможность 3 раза в неделю контактировать со своим лечащим врачом.

Пациенты находящиеся на перитонеальном диализе, реже могут видеть своего врача, тем более в условиях пандемии.

Средства связи врачей и пациентов на перитонеальном диализе:
-Телефон
-E-mail
-Личные визиты

Проблемы которые могут быть у пациентов:

-Возникновение инфекционных осложнений (инфекция выходного отверстия, туннельная инфекция, диализный перитонит).

-Возникновение механических осложнений (нарушение дренажной функции катетера, болевой синдром, перикатетерные протечки, грыжи, эрозия наружной манжеты, отеки половых органов).

-Вопросы связанные с соблюдением диетических рекомендаций

-Нарушение соблюдения водно-электролитного баланса

Проблемы которые могут быть у пациентов:

-Нарушения приема лекарственных препаратов (усиление артериальной гипертонии, нарастание анемии, декомпенсация сахарного диабета, прогрессирование минерально-костных осложнений ХБП).

-Нарушения функции ЖКТ.

-Пропуск процедуры диализа или отклонение от рекомендованных параметров.

-Нарушение работы циклера.

-Дыхательная недостаточность. COVID-19

г. Москва
Число пациентов на перитонеальном диализе:
На 30 апреля 2021
Отделения перитонеального диализа в г. Москва

ГКБ №52 пациента	162
ГКБ им. С.П. Боткина	90
ГКБ им. С.С. Юдина	33
«Фрезениус»	8

Возможности дистанционного мониторинга:

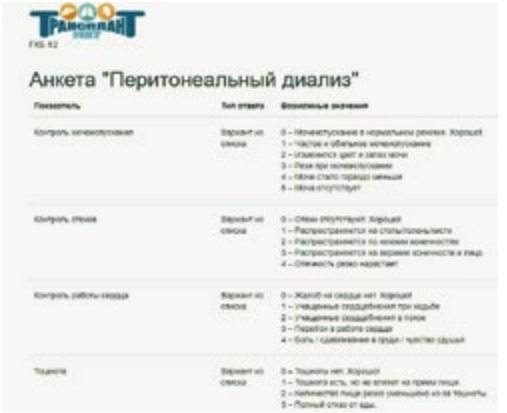
-Ранняя диагностика и своевременное начало лечения инфекционных осложнений

-Дистанционная коррекция режима диализа

-Коррекция артериальной гипертонии, нарушения функции ЖКТ, сахарного диабета.

-Психологическая поддержка пациентов.

-Более ранее выявление COVID-19


Анкета "Перитонеальный диализ"

Телеобразование

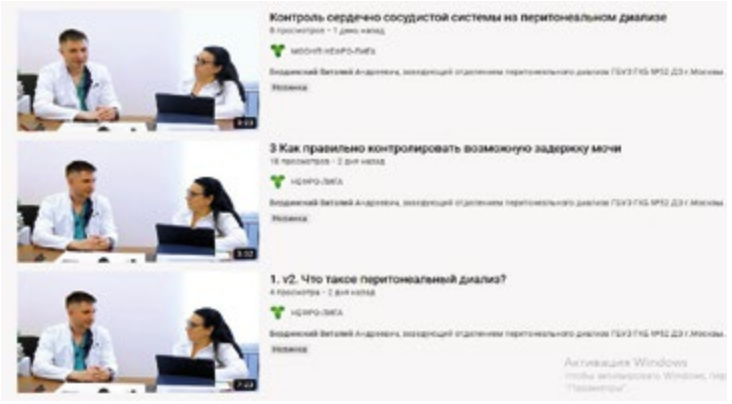
-Проведение обучающих интерактивных онлайн-программ по проведению процедур.

-Вопросы приверженности лекарственной терапии

-Проведение школ правильного питания

-Проведение школ гигиены и ухода за кожей

-Обсуждение вопросов трансплантации почки.



Выводы

Дистанционный мониторинг пациентов позволит:

-Пациенту иметь более доступный контакт со своим лечащим врачом.

-Пациенту иметь психологическую поддержку

-Врачу проводить дистанционную коррекцию назначенной лекарственной терапии и режима диализа.

-Врачу ранее диагностировать и назначить своевременное лечение осложнений.

-Врачу проводить раннюю профилактику развития серьезных осложнений.

ВНЕДРЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ MAXIMUS ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ СЕТЕВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ НЕФРОСОВЕТ

Чемерис А.Н., *к.м.н.;*
Пролетов Я.Ю., *врач-нефролог*
Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет», Москва

Лечебно-диагностический процесс – последовательность действий, которые совершают врачи, руководители, экономисты, медицинский и технический персонал медицинской организации для достижения общей цели — вылечить пациента, действуя при этом в

четком соответствии с законами и правилами. Все они заинтересованы делать это быстро и качественно. А для руководителя важно, чтобы организация, достигая целевого показателя, оставалась рентабельной в рамках бюджета.

С этой целью в 2010 году еще на этапе образования медицинской компании НЕФРОСОВЕТ ее врачи и руководители совместно с российской IT-компанией SPORA приступили к созданию программного обеспечения, которое в процессе разработки апробировалось на практике. Сегодня автоматизированная информационно-аналитическая система MaXimus внедрена во всех 44 медицинских центрах компании НЕФРОСОВЕТ в 21 регионе России. Она объединяет исполнительные механизмы и потоки информации в единой информационной среде (при сохранении всех процессов традиционного лечения), реализует системный подход к управлению лечебно-диагностическим и бизнес-процессами медицинской организации и действует в интересах участников этих процессов — дает необходимые инструменты для эффективной работы.

Все элементы в MaXimus существуют как агрегированные множества параметров, соединенные причинно-следственными связями: данные состояния пациентов, процедур, оборудования, экономические показатели, регулирующие приказы и клинические рекомендации — критерии оценки качества лечения, работы персонала и клиники в целом. Система собирает, структурирует и анализирует актуальные данные, обеспечивая их потоковую передачу в режиме реального времени по назначению, в зависимости от поставленных задач.

К MaXimus подключено лечебно-диагностическое оборудование. В режиме онлайн система фиксирует его выходные параметры: данные об исследованиях пациента, ходе лечения и техническом состоянии медицинских устройств. Все данные телеметрии формализуются, что позволяет отслеживать их не только в фоновом режиме, но и в исторической перспективе. Диагностическая машина MaXimus - экспертная система, которая работает в диалоговом режиме с врачом, главным менеджером лечебного процесса, принимающим клинические решения. Система Поддержки Принятия Решений (СППР) вырабатывает информационно-аналитические справки и подсказки, предполагаемые диагнозы и клинические протоколы (программы лечения), включающие мероприятия-рекомендации по воздействиям и дополнительным исследованиям.

Эффективность лечебно-диагностического процесса оценивается как по качеству и результату лечения, так и по его стоимости. Для этого в MaXimus заложены возможности управления как по медико-технологическим, так и по экономическим показателям и критериям. Контроль исполнения лечебных и бизнес-процессов ведется в режиме онлайн путем мониторинга достижения целевых показателей. Цели и критерии оценки масштабированы и связаны с бизнес-процессами соответствующего уровня детализации.

Телекоммуникационные технологии MaXimus предоставляют онлайн-доступ к данным системы, оперативное подключение к любому персоналу, пациенту, оборудованию, просмотр данных в графическом и видеорежимах, видеонаблюдение. Это позволяет контролировать и управлять лечебным и бизнес-процессами из любой точки мира и создавать виртуально-интегрированное медицинское учреждение, которое не зависит от удаленности его распределенных подразделений.

ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИД ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОБСТВЕННОГО ОПЫТА В КЛИНИКАХ МОСКВЫ

***Шило В.Ю.**, к.м.н., сеть диализных клиник Б. Браун в РФ, Ассоциация медицинских организаций по нефрологии и диализу АМОНД, доцент кафедры нефрологии ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва*

Нарушения минерального и костного обмена (МКН) – широко распространенное осложнение хронической болезни почек (ХБП). Синдром МКН-ХБП проявляется уже на ранних стадиях ХБП, однако особенно широко представлен и ярко манифестирует на поздних стадиях ХБП, в частности, у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии. Клинические проявления ХБП – МКН многообразны и существенно ухудшают клинические исходы у данной категории пациентов, в том числе вследствие костных и кардиоваскулярных нарушений. В Российской Федерации в спектре костно-минеральных нарушений по-прежнему преобладает высокообменная форма ренальной остеодистрофии - вторичный гиперпаратиреоз (ВГТП). Для лечения ВГПТ обычно применяют ряд лекарственных средств: фосфат-биндеры, активные формы витамина D и новый класс лекарственных средств, сенсибилизаторов рецепторов кальция, – кальцимиметики. Лечение вторичного гиперпаратиреоза у

диализных пациентов направлено на предотвращение развития тяжелой стадии заболевания, при которой возможно поражение костной системы, переломы и усугубление кальцификации мягких тканей. Медикаментозное лечение гиперпаратиреоза имеет целью уменьшение потребности в паратиреоидэктомиях. Кальцимиметики воздействуют на рецепторы к кальцию в паращитовидной железе, повышая их чувствительность к ионизированному кальцию, это ведет к подавлению ПТГ, заметному снижению уровня кальция и небольшому снижению фосфора. В отличие от активных форм витамина D кальцимиметики обладают гипокальциемическим и гипофосфатемическим действием. Внедрение кальцимиметиков в начале 21 века существенно расширило возможности терапии ВГПТ, в частности, терапия цинакальцетом достоверно снижала число переломов и потребность в паратиреоидэктомии, уменьшала проявления кальциноза сердечно-сосудистой системы, а также обеспечивала лучший контроль кальция, фосфатов и ПТГ.

Кальцимиметик второго поколения этелкальцитид представляет собой синтетический пептид, который специфически связывается с кальцийчувствительными рецепторами (CaSR) и вызывает их активацию, что приводит к снижению секреции паратиреоидного гормона (ПТГ) главными клетками паращитовидных желез. От кальцимиметика первого поколения этелкальцетид отличается иным механизмом связывания с рецептором, внутривенным путем введения, лучшей фармакокинетикой (увеличен период полувыведения), что позволяет вводить его 3 раза в неделю непосредственно на процедуре гемодиализа. Кроме того, внутривенный путь введения обеспечивает практически 100% комплаетность к лечению, в том время как при использовании цинакальцета она не превышает 60%. Этелкальцитид вызывает снижение концентрации ПТГ независимо от ее исходного значения, продолжительности диализа, предшествующего лечения цинакальцетом, а также применения активных форм витамина Д. В клинических исследованиях этелкальцетид превосходил цинакальцет по эффективности: в группе этелкальцетида количество пациентов со снижением средней концентрации ПТГ >50% за время периода оценки эффективности было выше, чем в группе цинакальцета, при этом профиль безопасности обоих препаратов был сопоставимым.

В докладе представлены собственные данные (сводный анализ) по применению этелкальцетида в группе из 104 пациентов с ВГПТ в 4 крупных амбулаторных диализных клиниках Москвы. Контрольную

группу (группу сравнения) составили 26 пациентов, которые продолжают получать цинакальцет. Конверсия с цинакальцета на этелкальцитид продемонстрировала эффективность и безопасность кальцимиметика нового поколения в реальной клинической практике и позволила дополнительно на 21% увеличить число пациентов с целевыми значениями ПТГ, кальция и фосфатов. Более высокая эффективность этелкальцетида по сравнению с цинакальцетом объясняется иным механизмом воздействия на кальциевые рецепторы, лучшей фармакокинетикой и высокой комплаентностью к проводимому лечению. В докладе затрагиваются практические аспекты назначения этелкальцетида и профилактики гипокальциемии.

МИНЕРАЛЬНО-КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ФОКУС НА ГИПЕРФОСФАТЕМИИ

Шило В.Ю.
Сеть диализных клиник Б. Браун в РФ;
Ассоциация медицинских организаций по нефрологии и диализу АМОНД; кафедра нефрологии ФДПО ФБОУ МГМСУ им. А.Е. Евдокимова, Москва.

У пациентов на диализе имеются системные нарушения минерально-костного обмена. Чтобы понять, как регулировать минерально-костные нарушения (МКН) при хронической болезни почек (ХБП), важно понимать патофизиологию этого процесса. По мере ухудшения функции почки теряют способность поддерживать гомеостаз минеральных веществ и нормальный обмен кости. Основной проблемой становится поддержание экскреции фосфатов, поступающих с пищей. Снижение количества функционирующих нефронов приводит к увеличению нагрузки фосфатами, фильтруемой каждым действующим нефроном. С целью повысить экскрецию фосфата и избавиться от этой дополнительной фосфорной нагрузки возрастает уровень гормона FGF23 (фактора роста фибробластов 23). FGF23, продуцируемый остеоцитами, угнетает функцию клеток почечных канальцев, посредством воздействия на Клото-FGF – рецепторный комплекс. FGF23 стимулирует фосфатурию за счет уменьшения экспрессии и снижения активности натрий-фосфатных котранспортеров в почечных канальцах. Эти транспортеры в норме обеспечивают реабсорбцию профильтровавшегося фосфора, со-

ответственно, их подавление повышает экскрецию фосфора каждым нефроном, снижая перегрузку фосфатами.

В попытках коррекции синдрома МКН-ХБП обычно применяют фосфат-биндеры, активные производные витамина D и кальцимиметики (сенсибилизаторы) рецепторов кальция. Также необходимы диетические ограничения, направленные на уменьшение количества абсорбируемого фосфора. У пациентов на диализе KDIGO рекомендует стараться поддерживать уровень фосфора на нормальном уровне на основании того, что, согласно обсервационным данным, хороший контроль фосфатов улучшает прогноз. Кроме того, данные исследований на животных показывают, что гиперфосфатемия стимулирует гиперпаратиреоз и способствует кальцификации сосудов. В клинической практике большинство врачей стараются поддерживать преддиализный фосфор в пределах 3,0–5,5 мг/дл (1,0–1,8 ммоль/л). Гиперфосфатемия практически неизбежна у диализных пациентов с анурией, поскольку пул фосфора, выводимого 3-разовым диализом, составляет лишь часть фосфатов, поступающих с пищей. По этой причине почти всем пациентам с программой гемодиализа 3 раза в неделю, если они находятся на обычном питании, показаны какие-либо фосфатсвязывающие препараты (фосфат-биндеры) и ограничение фосфора в диете. Для лучшего контроля фосфатов важно обучение пациентов, донесение до них информации обисточниках фосфатов в пище, о необходимости максимального ограничения потребления пищи, содержащей неорганические фосфаты.

Согласно последним обсервационным данным, кроме простого снижения фосфора прием фосфат-биндеров коррелирует с улучшением выживаемости и улучшением статуса питания у пациентов на гемодиализе. Рекомендуется избегать кальций содержащих фосфат-биндеров в лечении пациентов, уже имеющих кальциноз сосудов или входящих в группу риска. Это трудная задача, поскольку большинство диализных пациентов, особенно страдающих диабетом, имеют признаки кальцификации на рентгенограмме брюшной полости или при визуализации клапанов сердца.

В докладе рассмотрены современные подходы к коррекции гиперфосфатемии в комплексном лечении синдрома ХБП-МКН, приведена классификация современных фосфат-связывающих препаратов, приведены риски гиперкальциемии и кальцификации мягких тканей при использовании биндеров на основе солей кальция (карбоната и ацетата кальция). Приведены литературные и собственные данные, демонстрирующие эффективность и безопасность не содержащего кальция и металлов севеламера карбоната, не только эффективно снижающего уровни фосфатов сыворотки, но дополнительно обладающего рядом благоприятным плейотропных эффектов (снижение уровней атерогенных липопротеидов и провоспалительных цитокинов). В отличие от севеламера гидрохлорида, севеламера карбонат (селамерекс) российского производства (ЗАО фармфирма «Сотекс») обеспечивает лучший профиль безопасности, меньше побочных эффектов со стороны ЖКТ и лучшую коррекцию метаболического ацидоза. Помимо традиционных таблеток по 800 мг, в 2021 году ожидается новая лекарственная форма в виде саше по 2400 мг для снижения «таблеточной нагрузки» и повышения комплаентности к проводимому лечению.

РАЦИОНАЛЬНАЯ НЕФРОПРОТЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: НОВЫЕ СТРАТЕГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ. ДИАЛОГ НЕФРОЛОГА И ЭНДОКРИНОЛОГА

Шилов Е.М., *д.м.н., профессор,*
главный внештатный специалист нефролог Минздрава России
Маркова Т.Н.*, д.м.н., профессор кафедры эндокринологии*
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, заведующая отделением эндокринологии
ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Институт профессионального образования ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), кафедра нефрологии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ», Москва

Между кардио- и ренальной системами существует тесная патофизиологическая взаимосвязь – поражение одного органа влечет за собой дисфункцию других. При сахарном диабете 2 типа (СД2) происходит активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), усиливается окислительный стресс, вызванный продукцией активных форм кислорода, воспаление, нарушение опосредованной инсулином

вазодилатации и нарушение экскреции натрия. Это приводит к замкнутому кругу прогрессирования поражения обоих органов. Для профилактики прогрессирования необходимо выбирать препараты, которые обладают многофакторными преимуществами [1].

Согласно международным рекомендациям KDIGO для пациентов с СД2 и ХБП необходимо применять комплексную стратегию лечения с целью снижения риска прогрессирования болезни почек и сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Несмотря на терапию блокаторами РААС для профилактики почечных заболеваний, остаточные почечные риски очень высоки [3]. За последние 20 лет не было разработано ни одного нового специального метода лечения ХБП при СД2.

Первая революция произошла после завершения исследования EMPA-REG OUTCOME, когда было продемонстрировано снижение риска развития или ухудшения нефропатии при использовании ингибитора натрий-глюкозного котранспортера - препарата эмпаглифлозин (иSGLT2) на 39% независимо от исходных характеристик пациента (возраст, лекарственная терапия, статус СН и т.д.) [4].

Согласно рекомендациям KDIGO, помимо модификации образа жизни, раннее назначение сахароснижающей терапии включает применение метформина и раннее использование иSGLT2 для профилактики диализа у пациентов с СД2 и ХБП (> 30 мл/мин/1,73м2), подтверждая возможность безопасно достигать гликемических целей у таких пациентов при одновременной защите почек [2].

Для улучшения исходов пациентов, улучшения качества жизни и ожидаемой продолжительности жизни, необходим междисциплинарный подход, поскольку у одного пациента могут сочетаться мультифакторные риски - диабет, риск ХСН, ИБС и ХБП.

Список литературы:

1) *Ronco et al. J Am Coll Cardiol 2008;52:1527.*
2) *Kidney International (2020) 98, 839–848*
3) *Muskiet MH et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3:367*
4) *Zinman et al. N Engl J Med 2015;373:2117–28. 2*

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИДА ПО СРАВНЕНИЮ С ЦИНАКАЛЬЦЕТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВГПТ

***Шутов Е.В.**, д.м.н., проф., заведующий кафедрой нефрологии ФПДО ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, руководитель Межокружного нефрологического центра ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ*

Лечение вторичного гиперпаратиреоза является одной из главных задач в коррекции минеральных и костных нарушений у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Однако результаты терапии вторичного гиперпаратиреоза до сих пор остаются неудовлетворительными. Проведена оценка эффективности и безопасности этелкальцетида (в/в путь введения) по сравнению с цинакальцетом (прием внутрь). В проспективном рандомизированном контролируемом исследовании оценивалось влияние 26-недельного лечения кальцимиметиками на показатели минерально-костных нарушений (МКН).

В исследуемую группу были включены 50 стабильных пациентов, получающих гемодиализ, с вторичным гиперпаратиреозом (ПТГ > 300пг/мл) и уровнем скорр Са больше 2,2 ммоль/л, которые были рандомизированы в соотношении 1:1 для лечения этелкальцетидом (n = 25) или цинакальцетом (n = 25) в течение 26 недель. У всех пациентов ежемесячно оценивались уровни Р, Са, интактного паратгормона (иПТГ), щелочной фосфатазы(ЩФ). Уровни FGF 23, протеина Клото и склеростина исследовались 1р/3. Доза обоих препаратов корректировалась в соответствии с уровнем сывороточного иПТГ.

Этелкальцетид и цинакальцет являются эффективными препаратами, снижающими уровень ПТГ. Лечение этелкальцетидом в отличие от цинакальцета сопровождалось значимым повышением уровня склеростина и снижением FGF-23, что может благотворно повлиять на исходы и требует дальнейшего изучения.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ЖДА) У ПАЦИЕНТОВ С ХБП

***Михайлова Н.А.**, к.м.н., доцент кафедры нефрологии и гемодиализа ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России*

ЖДА широко распространена как в общей популяции, так и у пациентов с ХБП. Причем ЖДА развивается значительно раньше, чем анемия, связанная с дефицитом эритропоэтина. При этом, влияние на состояние пациента с ХБП при ЖДА не ограничивается только последствиями анемии. Железодефицит оказывает многочисленные дополнительные отрицательные эффекты, в том числе на состояние костной системы, обмен витамина D, функционирование митохондрий кардиомиоцитов и скелетной мускулатуры и пр. Поэтому чрезвычайно важна своевременная диагностика железодефицита и адекватное его восполнение. На поздних стадиях ХБП, в условиях терапии рекомбинантным эритропоэтином (ЭПО), непрерывное снабжение организма железом дает возможность поддерживать процесс созревания эритроцитов в максимально сбалансированном режиме, позволяя избежать резистентности к ЭПО (вследствие неэффективного эритропоэза) и неоправданного повышения его дозировок. В данном сообщении кратко обсуждаются результаты исследований по применению высокодозного железа и алгоритм восполнения железодефицита у пациентов с ХБП на разных стадиях, а также обосновывается выбор наиболее эффективного препарата для этих целей.

КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ

ООО «Амджен»

АО «Астеллас Фарма»

Vascular Access

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»

ООО «Б. Браун Авитум Руссланд

АО Компания «Бакстер»

ООО «Берингер Ингельхайм»

АО «ГЕНЕРИУМ»

АО «ГлаксоСмитКляйн Трейднг»

ООО «КОСМОФАРМ»

ООО «Медтроник»

Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет»

АО «Р-Фарм»

Представительство «Санофи-Авентис Групп»

ЗАО «ФармФирма «Сотекс»

ЗАО «Фрезениус СП»

ООО «ЭббВи»

ООО «ЭКСТЕН МЕДИКАЛ»

ООО «Амджен»
(РОССИЯ)

Адрес: 123317, г. Москва,
Пресненская набережная, д. 8, стр. 1, этаж 7
Телефон: 8 (495) 745-04-78
Факс: 8 (499) 995-19-65
E-mail: borodich@amgen.com
http://www.amgen.ru

Амджен – биотехнологическая компания, занимающаяся разработкой, производством и распространением инновационных лекарственных препаратов, созданных методами генной инженерии. Компания Амджен, основанная в 1980 году, является лидером биотехнологической индустрии и одной из первых раскрыла потенциал нового поколения эффективных и безопасных лекарств и принципиально новых подходов к лечению тяжелых заболеваний.

АО «Астеллас Фарма»
(РОССИЯ)

Адрес: 109147, г. Москва,
ул. Марксистская, д. 16
Телефон: 8 (495) 737-07-56
Факс: 8 (495) 737-07-50
E-mail: Medinfo.Russia@astellas.com
http://www.astellasemea.ethicspoint.com

Астеллас – международная фармацевтическая компания с ясной стратегией: быть в авангарде перемен в здравоохранении, воплотить научные открытия в медицинские решения, приносящие пользу и надежду пациентам. Уже сегодня мы воплощаем наш идеал «ИЗМЕНЯЯ БУДУЩЕЕ» (Changing Tomorrow™) в реальность. Мы стремимся разрабатывать препараты лучшие в своём классе, быть лучшими в тех областях медицины, где существует жизненная необходимость в лечении, продлевающем и улучшающем жизнь пациентов. Фокусные терапевтические направления: онкология, трансплантология, урология, эндокринология.

Vascular Access
(РОССИЯ)

Адрес: 125430, г. Москва,
ул. Муравская, д. 42, к. 2, пом. 4
Телефон: 8 (800) 300-88-81
E-mail: info@vascularaccess.ru
http://www.vascularaccess.ru

Расходные материалы для создания и реконструкции сосудистого доступа – долговременные и кратковременные катетеры для гемодиализа, сосудистые протезы для AV доступа, баллонные катетеры, стенты, ЦВК, ПИК катетеры, растворы для для закрытия и промывки катетеров, фистульные иглы

Проведение мастер классов и конференций по сосудистому доступу. Следующая конференция состоится 10-12 сентября 2021 в Астрахани.

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
(РОССИЯ)

Адрес:123112, г. Москва,
1-й Красногвардейский проезд, д. 21,
стр. 1, 30 этаж
Телефон: 8 (495) 799-56-99
E-mail: Moscow.reception@astrazeneca.com
http://www.astrazeneca.ru

Биофармацевтическая компания.

ООО «Б. Браун Авитум Руссланд» (РОССИЯ)

Адрес: 199178, г. Санкт-Петербург,
18-ая линия В.О., д. 29, литера З, оф. А511
Телефон: 8 (812) 334-06-86
E-mail: valentina.evdokimenko18@gmail.com
http://www.bbraun.com

Компания ООО «Б. Браун Авитум Руссланд» является частью глобальной Группы компаний Б. Браун (B. Braun Group), штаб-квартира которой располагается в городе Мельзунген, Германия. Компания B. Braun – это семейная компания, которая была открыта в 1839 году. Сегодня она управляется представителями шестого поколения семьи Браунов (Braun), и является одним из мировых лидеров в области производства и продаж медицинской продукции.

Braun Avitum (Б. Браун Авитум) – Продукция для экстракорпорального очищения крови производство и поставка оборудования для гемодиализа, острого диализа и афереза, а также необходимых расходных материалов; оказание диализных услуг в собственной глобальной сети диализных центров.

Свыше 350 диализных центров Б. Браун Авитум, расположенных в более чем 30 странах по всему миру, обеспечивают пациентов с хронической болезнью почек необходимой помощью высокого качества. В центрах мы предлагаем всевозможные методы диализного лечения, раннюю диагностику и до-диализные программы. Мы также сотрудничаем с местными организациями, осуществляющую трансплантацию. Огромный выбор центров Б. Браун Авитум предоставляет пациентам возможность путешествовать на различные расстояния и при этом получать качественный диализ, находясь вдали от дома.

Компания ООО «Б. Браун Авитум Руссланд» – дочернее предприятие Группы компаний B. Braun в России, занимающее одну из ведущих позиций на рынке диализной продукции и диализных услуг. Мы поставляем оборудование и расходные материалы для гемодиализа практически во все регионы страны.

Сеть диализных центров Б. Браун Авитум Руссланд. В настоящее время на территории Российской Федерации эффективно работают 78 диализных центров, находящихся под собственным управлением Б. Браун Авитум Руссланд. Все центры спроектированы и оснащены по самым передовым технологиям. Современное надёжное оборудование немецкого производства B. Braun и строгий контроль качества диализной терапии позволяют предоставлять высококачественные медицинские услуги более чем 7000 пациентов. Наши пациенты обслуживаются бесплатно по полису обязательного медицинского страхования.

АО Компания «Бакстер» (РОССИЯ)

Адрес: 125171, г. Москва,
Ленинградское шоссе, д. 16А, стр. 1
Телефон: 8 (495) 647-68-07
Факс 8 (495) 647-68-08
http://www.baxter.com.ru

Компания «Бакстер» – глобальная диверсифицированная компания в сфере здравоохранения. Используя новейшие научные достижения, компания разрабатывает и производит жизненно важные препараты и оборудование. Штаб-квартира Компании располагается в г. Дирфилд, штат Иллинойс.

Уже более 86 лет компания «Бакстер» следует миссии сохранять и спасать жизни пациентов. Каждый день наши продукты помогают тысячам людей во всем мире. В настоящее время в компании «Бакстер» работает около 47000 сотрудников в более чем 100 странах мира.

Компания «Бакстер» является лидером в области заместительной почечной терапии в домашних условиях (перитонеальный диализ), а также в области хронического гемодиализа и методов продленной заместительной почечной терапии для пациентов с острым нарушением функции почек. Компания «Бакстер» также производит ингаляционные анестетики, препараты для парентерального питания, растворы для внутривенного введения, внутривенный бета-блокатор ультракороткого действия, а также ряд специальных устройств для введения растворов и лекарственных препаратов.

ООО «Берингер Ингельхайм»
(ГЕРМАНИЯ)

Адрес: 125171, г. Москва,
Ленинградское шоссе, д. 16А, стр. 3
Телефон: 8 (495) 544-50-44
E-mail: info.ru@boehringer-ingelheim.com
http:// www.boehringer-ingelheim.ru

Берингер Ингельхайм – немецкая фармацевтическая компания, работающая на российском рынке более 25 лет. Основная задача компании – разработка и выпуск инновационных и эффективных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний различного типа.

Основные направления деятельности компании – кардиология, пульмонология, онкология и диабет. Более подробная информация доступна на сайте www.boehringer-ingelheim.com.

АО «ГЕНЕРИУМ»
(РОССИЯ)

Адрес: 123112, г. Москва,
ул. Тестовская, д. 10, п. 2
Телефон: 8 (495) 988-47-94
E-mail: generium@generium.ru
http://www.generium.ru

Производство биофармацевтических препаратов.

АО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг»
(РОССИЯ)

Адрес: 125167, г. Москва,
Ленинградский проспект, д. 37а, корп. 4
Телефон: 8 (495) 777-89-00
E-mail: reception.m.pharma@gsk.com
http://ru.gsk.com

GSK – международная научно-исследовательская фармацевтическая компания, разработчик и производитель инновационных лекарств, вакцин и потребительских товаров для здоровья.

Миллионы людей во всем мире используют наши продукты, которые помогают им делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше. Штаб-квартира GSK расположена в Великобритании. Компания работает более чем в 150 странах мира. Из 100 тысяч сотрудников GSK более 11 тысяч – сотрудники научных лабораторий.

ООО Информационно-выставочное агентство «ИНФОМЕДФАРМ ДИАЛОГ» (РОССИЯ)

Адрес: 127055, г. Москва,
ул. Сущевская, д. 25, корп. 1
Телефон/Факс: 8 (495) 797-62-92,
8 (499) 750-07-47, 750-07-27
(многоканальные)
E-mail: info@imfd.ru
http://www.imfd.ru

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог» более 10 лет является ведущей компанией в сфере организации конгрессно-выставочных мероприятий медицинского и фармацевтического профиля в России и за рубежом.

Основные направления деятельности:

- Комплексное сопровождение мероприятий (изготовление сувенирной и полиграфической продукции, оформление выставочных стендов, подготовка и проведение промо-акций).
- Организация посещения группами специалистов международных выставок, конгрессов, и участия в них российских фармацевтических фирм (Германия, Испания, Китай, Италия, Франция, Австрия и др.).
- Проведение мероприятий в конференц-зале «Диалог», организованном с учетом всех требований для комфортного проведения конференций, презентаций, семинаров, совещаний, торжественных и концертных мероприятий.

ООО «КОСМОФАРМ» (РОССИЯ)

Адрес: 111033, г. Москва,
ул. Золоторожский вал, д. 11, стр. 38, этаж 3
Телефон: 8 (495) 644-00-31
E-mail: office@cosmopharm.ru
http://www.cosmopharm.ru

Фармацевтическая компания. ООО «Медтроник» (РОССИЯ)

Адрес: 123112, г. Москва,
Пресненская наб., д.10, этаж 9, пом. III, ком.41
Телефон: 8 (495) 580-73-77
E-mail: info.russia@medtronic.ru
http://www.medtronic.com

Компания Medtronic — мировой лидер в области медицинских технологий, услуг и решений. На российском рынке компания Medtronic присутствует с начала 1990-х годов. В настоящий момент в портфеле компании есть технологии для лечения более 70 хронических заболеваний. Компания Medtronic активно развивает диализное направление и имеет компетенции в хирургии. В 2015 году компания Medtronic приобрела компанию Covidien.

За последние 2 года в России были зарегистрированы долгосрочные и краткосрочные катетеры с широким ассортиментом и размерным рядом.

Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет» (РОССИЯ)

НЕФРОСОВЕТ

maximus

Адрес: 121170 г. Москва,
ул. Кульнева, д. 3, стр. 1
Телефон: 8 (495) 933-72-42
Факс: 8 (495) 933-72-42, доб. 1
E-mail: info@nefrosovet.ru
http://wwww.nefrosovet.ru

Нефросовет – крупная сетевая компания, работающая в 22 регионах РФ. Сегодня успешно работают 44 наших медицинских центра, оказывая первичную специализированную медицинскую помощь, а также медицинскую помощь в условиях дневных и круглосуточных стационаров в рамках ОМС. Нефросовет пользуется системой управления данными MaXimus, предназначенной для эффективного управления в здравоохранении.

Преимущества АИС MaXimus:

- Все встроенные клинические рекомендации и регламенты помогают руководству медицинским персоналом достигать цели с наилучшим качеством и минимальной стоимостью.
- Систему возможно адаптировать под любые нормативные требования.
- Телемедицина используется для снижения стоимости и повышения качества лечения пациентов.
- «База знаний», встроенная в систему как сервис, помогает медицинскому персоналу управлять бизнес-процессами.
- Полная телеметрия и агрегирование данных в соответствии с бизнес-требованиями позволяет получить необходимую информацию «в два клика».
- В системе используется «интеллектуальный анализ данных» медицинских записей с возможностью обмена сообщениями для быстрой обратной связи.

АО «Р-Фарм» (РОССИЯ)

Р-ФАРМ
Инновационные технологии здоровья

Адрес: 119421, г. Москва,
Ленинский проспект, д. 111, к. 1
Телефон: 8 (495) 956-79-37
Факс: 8 (495) 956-79-38
E-mail: info@rpharm.ru
http://www.r-pharm.com

Группа компаний «Р-Фарм» предлагает комплексные решения для системы здравоохранения, специализируясь на исследованиях, разработке, производстве лекарственных средств, лабораторного оборудования и медицинской техники. Миссия «Р-Фарм» – сделать инновационные методы защиты здоровья более доступными для России и всего мира.

Одним из важнейших направлений деятельности «Р-Фарм» являются исследования и разработки лекарственных средств. Сегодня в портфель группы входит более чем 20 наукоёмких продуктов, многие из которых способны в будущем внести серьёзный вклад в усиление борьбы против ряда социально значимых заболеваний.

Представительство «Санофи-Авентис Групп» (ФРАНЦИЯ)

Адрес: 125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22
Телефон: 8 (495) 721-14-00
Факс 8 (495) 721-14-11
http://www. sanofi.ru
https://www.docsfera.ru

Санофи – глобальная биофармацевтическая компания, миссия которой – оказывать поддержку тем, кто сталкивается с различными проблемами со здоровьем. Широкий диверсифицированный портфель препаратов компании позволяет поддерживать здоровье россиян, начиная с профилактики инфекционных заболеваний современными вакцинами до управления такими серьезными заболеваниями, как диабет, сердечно-сосудистые, онкологические, аутоимунные и редкие генетические болезни, а также рассеянный склероз.

ЗАО «ФармФирма «Сотекс» (РОССИЯ)

Адрес: 115201, г. Москва,
Каширское шоссе, д. 22, корп. 4, стр. 7
Телефон: 8 (495) 231-15-12
E-mail: info@sotex.ru
http://www.sotex.ru

«ФармФирма «Сотекс» – современный производитель лекарственных средств. В продуктовом портфеле компании более 150 позиций востребованных, завоевавших доверие специалистов и потребителей препаратов, применяющихся в социально значимых терапевтических направлениях: нефрология, онкология, ревматология, неврология и др. Ключевая особенность ассортиментной политики «Сотекса» – ориентация на выпуск максимально широкого спектра лекарственных форм, дозировок и фасовок препаратов, позволяющих лечащим врачам оптимизировать и модифицировать лекарственную терапию в зависимости от нужд конкретного пациента.

ЗАО «Фрезениус СП» (РОССИЯ)

Адрес: 115054 г. Москва, ул. Валовая, д. 35
Телефон 8 (495) 789-64-54
Факс: 8 (495) 280-06-68
E-mail: msk.office@fmc-ag.com

Fresenius Medical Care является ведущим мировым поставщиком продукции и услуг для пациентов с хронической почечной недостаточностью. Более 3,5 миллионов пациентов с этим заболеванием во всем мире регулярно проходят процедуру диализа. Диализ - процедура очистки крови, которая заменяет функцию почек в случае почечной недостаточности.

ООО «ЭббВи» (РОССИЯ)

Адрес: 125196, г. Москва,
ул. Лесная, д. 7
Телефон: 8 (495) 258-42-77
Факс: 8 (495) 258-42-77
E-mail: russia.info@abbvie.com
http://www.abbvie.com

Миссия компании AbbVie – разработка и вывод на рынок инновационной терапии для лечения некоторых из самых тяжелых заболеваний и решение медицинских проблем завтрашнего дня. Мы стремимся оказывать значительное влияние на жизнь людей в ключевых терапевтических областях: иммунология, онкология, неврология, офтальмология, вирусология, женское здоровье и гастроэнтерология, а также с помощью продуктов и услуг подразделения Allergan эстетическая медицина. За дополнительной информацией о компании обращайтесь на сайт www.abbvie.com, www.abbvie.ru, а также к аккаунтам в социальных сетях @abbvie on Twitter, Facebook, Instagram, YouTube.

ООО «ЭКСТЕН МЕДИКАЛ»
(РОССИЯ)

Адрес: 107076, г. Москва,
ул. Краснобогатырская, д. 89, стр. 1
Телефон: 8 (495) 646-27-46
Факс: (495) 646-27-46
E-mail: mail@extenmedical.ru
http://www.extenmedical.ru

Расходные материалы для эндоваскулярных вмешательств, продукция для внутрисосудистой эмболизации/химиоэмболизации, расходные материалы и оборудование для открытой кардиохирургии, анестезиологии и реанимации, Ангиодроид - система контрастирования углекислым газом периферических сосудов, рентгенозащитная одежда и обувь, операционное белье, перевязочные средства, продукция для ухода за стопой и лечения ран, средства для “нехирургической” терапии рубцов и шрамов.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика»

Журнал «Поликлиника»

ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»

Журнал «РМЖ»

ООО «ЕЛЛ СИСТЕМС РУ»

ООО Агентство «Профессиональная Медицинская Пресса»

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

OmniDoctor

Общероссийская социальная сеть
«Врачи РФ»
(РОССИЯ)

Адрес: 123007, г. Москва,
ул. 5-я Магистральная, д. 12
Телефон: 8 (495) 249-04-37
E-mail: info@vrachirf.ru
http://www.vrachirf.ru

«Врачи РФ» – первая Российская система е-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 600 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково».

ООО «Медицинское Маркетинговое
Агентство «МедиаМедика»
(РОССИЯ)

Адрес: 115054, г. Москва,
Жуков проезд, д. 19
Телефон: 8 (495) 926-29-83
E-mail: media@con-med.ru
http://www.con-med.ru

Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» представляет информационный портал для врачей и фармацевтов www.con-med.ru

- Вебинары НМО;
- Видеотрансляции с ключевых мероприятий (съездов, конгрессов, конференций);
- Круглые столы и телемосты;
- Анонсы предстоящих мероприятий;
- Дайджесты по материалам симпозиумов;

Быть пользователем портала www.con-med.ru – это значит быть в курсе всех новейших достижений в области современной медицины.

Журнал «Поликлиника» (РОССИЯ)

Адрес: 111524, Россия, г. Москва,
ул. Электродная, 12 стр. 1
Телефон: (495) 723-35-20
E-mail: medpres@mail.ru
http: //www.poliklin.ru

Профессиональный медицинский журнал «ПОЛИКЛИНИКА» издается с 1999 года. Рассчитан на руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ.

Большой раздел номера посвящен рубрике КАРДИОЛОГИЯ. В нашем журнале вы найдете:

- информацию о законодательных, нормативных документах в области здравоохранения, деятельности Минздрава РФ;
- новости науки и практической медицины;
- консультации специалистов для работников ЛПУ;
- статьи о новых лекарственных препаратах, методах их применения и медицинской технике.

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), присвоен Международный стандартный серийный номер ISSN 2311-2441, являющийся уникальным идентификатором журнала, журнал имеет импакт-фактор.

Журнал выходит в формате А-4. Тираж – 11700 тыс. экз.

Форма распространения:

- подписка через каталог агентства «Пресса России»;
- подписка через редакцию;
- адресная рассылка по ЛПУ
- распространение на выставках.

ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ» (РОССИЯ)

Адрес: 105005, г. Москва,
Набережная Академика Туполева, д.15,
корп. 2, офис 411
Телефон: 8 (495) 780-34-25
Факс: 8 (495) 780-34-26
E-mail: remedium@remedium.ru
http://www.remedium.ru

«Ремедиум» предоставляет весь спектр услуг для специалистов в области медицины и фармации. За многие годы работы основными направлениями деятельности ГК «Ремедиум» стали – выпуск специализированных периодических изданий (журналы «Ремедиум» «Российские аптеки», «Медицинский совет», «Атеротромбоз», «Амбулаторная хирургия»), справочной литературы, предоставление электронных баз данных, организация и проведение мероприятий, аренда медицинских представителей, организация рекламной и PR поддержки.

Журнал «РМЖ» (РОССИЯ)

Адрес: 105066, г. Москва,
ул. Спартаковская, д. 16, стр. 1, офис 11
Телефон: 8 (495) 545-09-80
Факс: 8 (499) 267-31-55
E-mail: postmaster@doctormedia.ru
http://www.rmj.ru

Журнал РМЖ – научное издание для практикующих врачей. Издается с 1995 года, входит в перечень ВАК. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – ведущие специалисты в своих областях. Периодичность – до 40 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, на специализированных выставках, конгрессах, съездах, а также по подписке в РФ и странах СНГ. Более подробная информация на нашем сайте для практикующих врачей www.rmj.ru, где в открытом доступе размещены все научные материалы, опубликованные в журнале с 1995 года.

ООО «ЕЛЛ СИСТЕМС РУ»
(РОССИЯ)

Адрес: 241050, г. Брянск,
пл. Карла Маркса, д. 9
Телефон: 8 (495) 668-10-55
Факс: 8 (495) 668-10-55 доб. 1
E-mail: info@yellmed.ru
http://www.yellmed.ru

Yellmed – интернет-портал в сфере оздоровления и красоты. Наша главная цель предоставить достоверную и актуальную информацию о медицине, здоровье и красоте. Разделы портала – это самостоятельные проекты, которые стремятся удовлетворить запросы пользователей: от поиска компаний, чтения новостей до поиска информации о медицинских конференциях.

ООО Агентств «Профессиональная Медицинская Пресса»
(РОССИЯ)

Адрес: 117545, г. Москва,
ул. Подольских курсантов, д. 3,
стр. 2, этаж 3, комн. 35
Телефон: 8 (926) 195-21-37
E-mail: info@pmp-agency.ru
http://www.pmp-agency.ru

Издательство медицинских периодических журналов «Фармакология & Фармакотерапия», «Практическая аллергология», «Поведенческая неврология»

Издательская группа
«ГЭОТАР-Медиа»
(РОССИЯ)

Адрес: 115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон 8 (495) 921-39-07
E-mail: info@geotar.ru
http://www.geotar.ru

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» объединяет организации, предоставляющие полный спектр современных решений для медицинского образования. Сегодня в нашем ассортименте около 1500 наименований книг и электронных систем. Помимо книг, издательство выпускает ряд медицинских журналов, в том числе специализированный журнал, посвященный медицинскому образованию и профессиональному развитию, а также серию журналов для непрерывного медицинского образования.

OmniDoctor

Адрес: 127055, г. Москва,
ул. Новослободская, д. 31, стр. 4
Телефон: 8 (495) 098-03-59
E-mail: info@omnidoctor.ru

Профессиональный портал для врачей, провизоров и фармацевтов. На сайте www.omnidoctor.ru представлена библиотека 17 научных медицинских журналов и газет, медиатека записей вебинаров с ведущими специалистами, актуальные мероприятия, новости медицинского и фармацевтического рынка.

Задача OmniDoctor — предоставлять врачам полную и актуальную информацию по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, что помогает принимать правильные клинические решения.

Команда OmniDoctor с 1999 издает журналы «Consilium Medicum», «Терапевтический архив», «Современная онкология», «Гинекология», «Педиатрия.Consilium Medicum» и многие другие.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА 4

ANCA ВАСКУЛИТ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА ГБУЗ ГКБ 52
Усатюк С.С., Фролова Н.Ф. 19

РАСШИРЕННЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА
Артёмов Д.В. 25

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИДОМ
Волгина Г.В. 28

БОЛЕЗНЬ ФАБРИ – КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
Давыдова С.С. 30

РОЛЬ НЕФРОЛОГА В ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХБП
Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Коротчаева Ю.В., Апресян С.В., Чегодаева А.Г. 32

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХБП 3-5 СТ (ДО ЗПТ). ОПЫТ МОСКВЫ
Дорофеева Е.Г. 33

КОНТРОЛЬ МКН ПРИ ХБП В НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В Г. МОСКВЕ
Виноградов В.Е., Дорофеева Е.Г. 35

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ В ОТДЕЛЕНИЯХ ГЕМОДИАЛИЗА ГГ. МОСКВЫ И САМАРЫ
Кутейников В.Ю. 43

ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИД В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Михайлова Н.А. 45

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЭРИТРОПОЭЗСТИМУЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ПОЧЕЧНОГО ГЕНЕЗА
Михайлова Н.А. 46

ДИАГНОСТИКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Пивоваров Д.В., Михайлова З.Д. 47

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕФРОЛОГИИ И ГЕМОДИАЛИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ MAXIMUS
Пролетов Я.Ю., Чемерис А.Н. 48

НЕФРОПАТИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО СЕГМЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА
Демидов Н.А. 50

ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА НА ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Шестакова М.В. 52

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТНАЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА «ТЕЛЕНЕФРОЦЕНТР» 57

ВНЕДРЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ MAXIMUS ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ СЕТЕВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ НЕФРОСОВЕТ
Пролетов Я.Ю., Чемерис А.Н. 61

ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИД ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОБСТВЕННОГО ОПЫТА В КЛИНИКАХ МОСКВЫ
Шило В.Ю. 63

МИНЕРАЛЬНО-КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ФОКУС НА ГИПЕРФОСФАТЕМИИ
Шило В.Ю. 65

РАЦИОНАЛЬНАЯ НЕФРОПРОТЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: НОВЫЕ СТРАТЕГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ. ДИАЛОГ НЕФРОЛОГА И ЭНДОКРИНОЛОГА
Шилов Е.М., Маркова Т.Н 67

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТЕЛКАЛЬЦЕТИДА ПО СРАВНЕНИЮ С ЦИНАКАЛЬЦЕТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВГПТ
Шутов Е.В. 67

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ЖДА) У ПАЦИЕНТОВ С ХБП
Михайлова Н.А. 70

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЭЛИЗАРИЯ®
ЭКУЛИЗУМАБ

- **Первый биоаналог экулизумаба**[1-3]
- Быстро и стабильно снижает активность терминального комплекса комплемента[1,2]
- Предотвращает внутрисосудистый гемолиз у больных пароксизмальной ночной гемоглобинурией[1,2]
- Улучшает качество жизни пациентов[1]

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Элизария®. Регистрационный номер: ЛП-005395-110319. **Фармакодинамика.** Экулизумаб подавляет активность терминального комплекса комплемента человека, обладая высокой аффинностью к его С5-компоненту, вследствие чего полностью блокируется расщепление компонента С5 на С5а и С5b и образование терминального комплекса комплемента С5b-9. Таким образом, экулизумаб восстанавливает регуляцию активности комплемента в крови и предотвращает внутрисосудистый гемолиз у пациентов с пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ), а также предотвращает избыточную активность терминального комплекса у пациентов с атипичным гемолитико-уремическим синдромом (аГУС), где причиной заболевания является генетически обусловленная дисрегуляция системы комплемента. С другой стороны, дефицит терминального комплекса комплемента сопровождается повышенной частотой развития инфекций инкапсулированными микроорганизмами, главным образом, менингококковой инфекции. При этом экулизумаб поддерживает содержание ранних продуктов активации комплемента, необходимых для опсонизации микроорганизмов и выведения иммунных комплексов. Лечение препаратом Элизария® сопровождается быстрым и стабильным снижением активности терминального комплекса комплемента. **Показания к применению.** Препарат Элизария® показан для лечения пациентов с: пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ). Эффективность экулизумаба подтверждена у пациентов с гемолизом и сопутствующими клиническими симптомами, свидетельствующими о высокой активности заболевания, вне зависимости от потребности в гемотрансфузиях в анамнезе; атипичным гемолитико-уремическим синдромом (аГУС). **Противопоказания для применения.** Повышенная чувствительность к экулизумабу, белкам хомячков или другим компонентам препарата. Период грудного вскармливания. Активная инфекция Neisseria meningitidis. Отсутствие вакцинации против Neisseria meningitidis (если нет соответствующей профилактической антибиотикотерапии в течение 2 недель после вакцинации). **Способ применения и дозы.** Внутривенно капельно в течение 25–45 минут для взрослых и в течение 1–4 часов для пациентов детского возраста. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия: курс лечения для взрослых пациентов (≥ 18 лет) включает 4-недельный начальный цикл с последующим циклом поддерживающей терапии. Начальный цикл: 600 мг препарата Элизария® 1 раз в неделю в течение 4 недель. Поддерживающая терапия: 900 мг препарата Элизария® на 5-й неделе, с последующим введением 900 мг препарата Элизария® каждые 14 ± 2 дней. Атипичный гемолитико-уремический синдром: курс лечения для взрослых пациентов (≥ 18 лет) включает 4-недельный начальный цикл с последующим циклом поддерживающей терапии. Начальный цикл: 900 мг препарата Элизария® 1 раз в неделю в течение 4 недель. Поддерживающая терапия: 1200 мг препарата Элизария® на 5-й неделе, с последующим введением 1200 мг препарата Элизария® каждые 14 ± 2 дней. **Применение в педиатрии.** Для пациентов с ПНГ и аГУС моложе 18 лет доза препарата Элизария® определяется в зависимости от веса ребенка. **Побочные действия.** Наиболее частым нежелательным явлением при лечении экулизумабом являлась головная боль (отмечалась, главным образом, в начальном цикле терапии). Наиболее тяжелым нежелательным явлением являлся менингококковый сепсис. **Организация, принимающая претензии по качеству и сообщения о нежелательных реакциях от потребителей:** АО «ГЕНЕРИУМ», 601125, Владимирская обл., Петушинский район, пос. Вольгинский, ул. Заводская, стр. 273, т/ф +7 (49243) 72-5-20, 72-5-14, pv@generium.ru.
Для получения более подробной информации ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата Элизария® перед его назначением.[3]

1. Kulagin A., Ptushkin V., Lukina E. et al. Phase III clinical trial of Elizaria® and Soliris® in adult patients with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: results of comparative analysis of efficacy, safety, and pharmacological data. Blood. 2019; 134 (Suppl. 1): 3748. (Кулагин А., Птушкин В., Лукина Е. и др. III фаза клинического исследования Элизарии® и Солирис® у взрослых пациентов с пароксизмальной ночной гемоглобинурией: результаты сравнительного анализа эффективности, безопасности и фармакологических данных. Журнал Блад. 2019; 134 (прил. 1): 3748). **2.** Птушкин В.В., Кулагин А.Д., Лукина Е.А. и др. Результаты открытого многоцентрового клинического исследования Ib фазы по оценке безопасности, фармакокинетики и фармакодинамики первого биоаналога экулизумаба у нелеченых пациентов с пароксизмальной ночной гемоглобинурией в фазе индукции терапии. Терапевтический архив. 2020; 92 (7): 77–84. **3.** Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Элизария®, http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

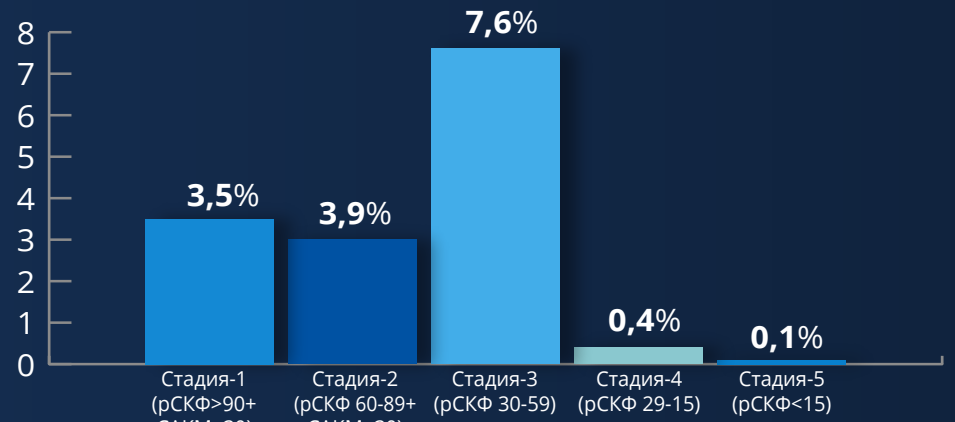
АО «ГЕНЕРИУМ». 123112, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, подъезд 2
Тел./факс: +7 (495) 988-47-94, www.generium.ru

Generium Pharmaceutical

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК (ХБП) – ГЛОБАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

ХБП имеет высокую глобальную среднюю распространенность 11-13%, при этом большинство пациентов находится на 3 стадии заболевания.

Распространенность ХБП по стадиям в популяции[1]



Многие пациенты не доживают до диализа и погибают от сердечно-сосудистых событий. ХБП значительно повышает риск сердечно-сосудистой смерти.[2,3,4]

Своевременная диагностика и ранний старт патогенетической терапии ХБП позволят в наибольшей мере реализовать нефропротективные эффекты лечения и снизить частоту кардио-ренальных событий.[2,5]

Список литературы

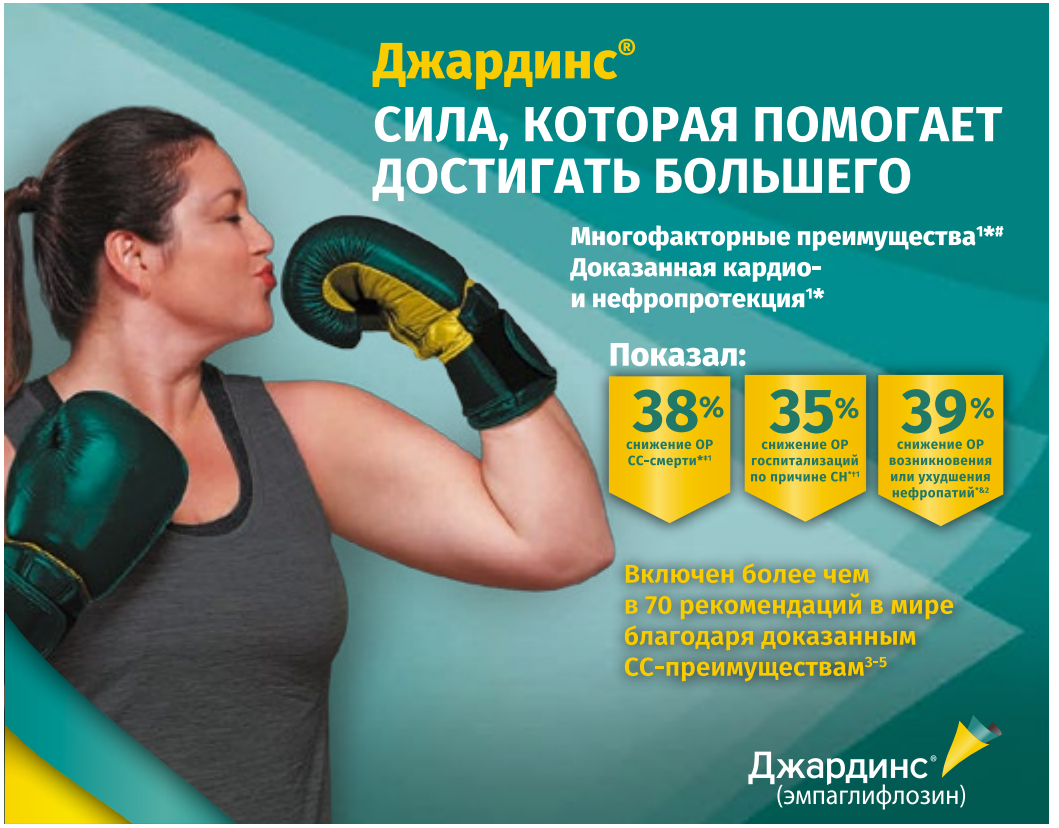
1. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis Nathan R. Hill ,Samuel T. Fatoba,Jason L. Oke,Jennifer A. Hirst,Christopher A. O'Callaghan,Daniel S. Lasserson,F. D. Richard Hobbs Published: July 6, 2016https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765 https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158765
2. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, Клинические рекомендации. Российский кардиологический журнал 2014, 8 (112): 7-37.
3. Matsushita K, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3:514–525
4. Go AS, Chertow GM, Fan D et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med 2004; 351: 1296–1305.
5. KGIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements Volume 3 | Issue 1 | January 2013; doi:10.1038/kisup.2012.48 http://www.kidney-international.org ©2013 KDIGO

Материал предназначен для специалистов здравоохранения

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»,
123100, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд,
дом 21, строение 1, этаж 30, комнаты 13 и 14.
Тел.: +7 (495) 799-56-98, www.astrazeneca.ru

AstraZeneca

Номер одобрения FOR_RU-10243 Дата одобрения: 27.04.2021 Дата истечения: 26.04.2023



* У взрослых пациентов с СД2 и установленными СС-заболеваниями в анамнезе[1]
# Снижение ОР СС-смерти на 38% было достигнуто в общей популяции исследования EMPA-REG OUTCOME® (ОР=0,62; 95% ДИ: 0,49-0,77; p<0,001)[1]
† Госпитализация по причине СН была вторичной конечной точкой исследования EMPA-REG OUTCOME® (ОР=0,65; 95% ДИ: 0,50-0,85)[1]
& Снижение ОР возникновения или ухудшения нефропатий: ОР=0,61; 95% ДИ: 0,53-0,70[2]. Возникновение или ухудшение нефропатии определяется как прогрессирование макроальбуминурии, удвоение сывороточного креатинина, СКФ ≤45 мл/мин/1,73 м²; начало заместительной почечной терапии; смерть по причине хронической болезни почек. Возникновение или ухудшение нефропатии были заранее определенными вторичными конечными точками в исследовании EMPA-REG OUTCOME®[1]
‡ В дополнение к сахароснижающему эффекту, Джардинс® продемонстрировал снижение веса и артериального давления. Джардинс® не показан для снижения веса и артериального давления[6].
СД2 – сахарный диабет 2 типа, СН – сердечная недостаточность СС – сердечно-сосудистый, ОР – относительный риск, ДИ – доверительный интервал, СКФ – скорость клубочковой фильтрации

Реклама

1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. **2.** Wanner C, Inzucchi SE, Lachin JM, et al. Empagliflozin and progression of kidney disease in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016. **3.** Diabetes Care 2019 Dec; dci190066. doi: 10.2337/dci19-0066. **4.** Cosentino F. et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J 2019;00:1-69. **5.** Diabetes Care. 2020;43(Suppl.1):S98-S110. doi: 10.2337/dc20-S009. **6.** Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Джардинс®.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЖАРДИНС®

Регистрационное удостоверение: ЛП-002735. **Торговое наименование:** ДЖАРДИНС. **Международное непатентованное наименование:** эмпаглифлозин. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав.** 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит: *действующее вещество:* эмпаглифлозин – 10,000 мг/25,000 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Гипогликемическое средство для перорального применения – ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа. **Код АТХ:** A10BK03. **Показания к применению.** Для терапии сахарного диабета 2 типа у взрослых пациентов с неадекватным гликемическим контролем в дополнение к диетотерапии и физическим упражнениям: в качестве монотерапии; в качестве комбинированной терапии с другими гипогликемическими препаратами, включая инсулин. Препарат показан пациентам с сахарным диабетом 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском* в комбинации со стандартной терапией сердечно-сосудистых заболеваний с целью снижения: общей смертности за счет снижения сердечно-сосудистой смертности; сердечно-сосудистой смертности или госпитализации по поводу сердечной недостаточности. **Высокий сердечно-сосудистый риск определен как наличие хотя бы одного из следующих заболеваний и/или состояний: ИБС (инфаркт миокарда в анамнезе, шунтирование коронарных артерий, ИБС с поражением одного коронарного сосуда, ИБС с поражением нескольких коронарных сосудов); ишемический или геморрагический инсульт в анамнезе; заболевания периферических артерий (с симптоматикой или без).* **Противопоказания.** Гиперчувствительность к эмпаглифлозину и/или любому вспомогательному веществу в составе препарата. Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз. Непереносимость лактозы, дефицит лактазы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (в состав препарата входит лактозы моногидрат). Почечная недостаточность при СКФ <30 мл/мин/1,73 м². Беременность и период грудного вскармливания. Возраст старше 85 лет. Возраст до 18 лет (в связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности). **С осторожностью.** Пациенты с риском развития гиповолемии (применение гипотензивных препаратов со случаями артериальной гипотензии в анамнезе). При заболеваниях желудочно-кишечного тракта, приводящих к потере жидкости. Возраст старше 75 лет. Применение в комбинации с производным сульфонилмочевины или инсулином. Инфекции мочеполовой системы. Диета с низким содержанием углеводов. Диабетический кетоацидоз в анамнезе. Низкая секреторная активность бета-клеток поджелудочной железы. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания.** Применение эмпаглифлозина во время беременности противопоказано ввиду недостаточности данных по эффективности и безопасности. Данные, полученные в доклинических исследованиях у животных, свидетельствуют о проникновении эмпаглифлозина в грудное молоко. Не исключается риск воздействия на новорожденных и детей при грудном вскармливании. Применение эмпаглифлозина в период грудного вскармливания противопоказано. При необходимости применения эмпаглифлозина в период грудного вскармливания кормление грудью следует прекратить. **Способ применения и дозы.** *Монотерапия или комбинированная терапия.* Рекомендуемая начальная доза составляет 10 мг (1 таблетка дозировкой 10 мг) 1 раз в сутки. Препарат следует принимать внутрь, запивая водой. В случае если суточная доза 10 мг не обеспечивает адекватного гликемического контроля, доза может быть увеличена до 25 мг (1 таблетка дозировкой 25 мг) 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза составляет 25 мг. Препарат ДЖАРДИНС может приниматься независимо от приема пищи в любое время дня. При совместном применении препарата ДЖАРДИНС с производным сульфонилмочевины или с инсулином может потребоваться снижение дозы производного сульфонилмочевины/инсулина из-за риска развития гипогликемии. *Действия при пропуске приема одной или нескольких доз лекарственного препарата.* При пропуске дозы пациенту следует принять препарат, как только он об этом вспомнит. Не следует принимать двойную дозу в течение одних суток. *Применение препарата в особых группах пациентов.* Применение препарата у пациентов с почечной недостаточностью при СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м² противопоказано. Пациентам с СКФ ≥30 мл/мин/1,73 м² коррекции дозы не требуется. Эмпаглифлозин не должен применяться у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у находящихся на гемодиализе. Пациентам с нарушениями функции печени коррекции дозы не требуется. **Побочное действие.** Общая частота нежелательных реакций у пациентов, получавших эмпаглифлозин или плацебо, в клинических исследованиях была сходной. Наиболее частой нежелательной реакцией была гипогликемия, отмечавшаяся при применении эмпаглифлозина в комбинации с производным сульфонилмочевины или инсулином. Нежелательные реакции, наблюдавшиеся у пациентов, получавших эмпаглифлозин в плацебоконтролируемых исследованиях, распределены по системно-органным классам с указанием частоты их возникновения согласно рекомендациям ВОЗ: очень часто (≥ 1/10), часто (от ≥ 1/100 до <1/10), нечасто (от ≥1/1000 до <1/100). **Очень часто.** *Нарушения со стороны обмена веществ и питания* – гипогликемия (при совместном применении с производным сульфонилмочевины или инсулином). **Часто.** *Инфекционные и паразитарные заболевания* – вагинальный кандидоз, вульвовагинит, баланит и другие генитальные инфекции, инфекции мочевыводящих путей (в том числе пиелонефрит и уросепсис). *Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей* – зуд (генерализованный), сыпь на коже. *Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей* – увеличение мочевыделения. *Общие расстройства и нарушения в месте введения* – жажда. *Лабораторные и инструментальные данные* – повышение концентрации липидов в плазме крови. **Нечасто.** *Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей* – крапивница. *Нарушения со стороны сосудов* – гиповолемия. *Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей* – дизурия. *Лабораторные и инструментальные данные* – снижение скорости клубочковой фильтрации, повышение концентрации креатинина в плазме крови, повышение гематокрита. *Полный перечень нежелательных реакций с указанием их абсолютной частоты представлен в инструкции по медицинскому применению.* **Условия хранения.** При температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности.** 3 года. Не следует принимать препарат по истечении срока годности. **Условия отпуска.** По рецепту. ***Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.***

ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3.
Тел. +7 (495) 544 50 44
www.boehringer-ingelheim.com
Информация для специалистов здравоохранения

Boehringer Ingelheim

РС-RU-100914, июнь 2020

НЕФРО СОВЕТ

с 2010 года

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Создает в Российской Федерации сеть многопрофильных и нефрологических центров нового поколения путем внедрения информационных технологий и передовых методов лечения, чтобы гарантировать пациентам экспертную медицинскую помощь в нужное время и в нужном месте.

44 МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРА В 21 РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- Поликлиники
- Диагностическая служба
- Дневные и круглосуточные стационары
- Хирургия
- Амбулаторный диализ
- Оказание медицинских услуг по полису ОМС

maXimus

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПАНИИ

- Единый высокий стандарт лечения в центрах сети
- Персонализированная медицина, основанная на мировом опыте и знаниях
- Внедрение информационно-аналитической системы MaXimus для повышения качества лечения и оптимизации затрат компании
- Телемедицина с использованием данных телеметрии, полученных Онлайн
- Медицинское оборудование и расходные материалы ведущих мировых производителей
- Пациент-ориентированность
- Штат врачей-экспертов

www.nefrosovet.ru info@nefrosovet.ru +7 495 933-72-42

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

OMNI

АППАРАТ ДЛЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

- Гибкость в выборе терапии
- Выполнение всех режимов CRRT
- Контроль баланса жидкости
- Быстрая подготовка к терапии
- Портфолио 360°

- Экран 12 дюймов
- Уникальный OMNIset
- Компактность
- Удобство и безопасность
- Профессиональная поддержка

НА ПУТИ К СОВЕРШЕНСТВУ

Б.Браун Авитум Руссланд | Санкт-Петербург, 18-ая линия В.О., д. 29, литер 3, офис А511
Телефон в Санкт-Петербурге: +7 (812) 334-06-86 | Факс: +7 (812) 334-35-61

www.bbraun.ru

gsk

БЕНЛИСТА
Создана

изменить
жизнь с СКВ[1,2]

Взрослым и детям от 5 лет[6]

Сохраняется активность заболевания, несмотря на стандартную терапию?[1,2,6*]

- ✓ АНФ** > 1:80
- ✓ SELENA-SLEDAI от 7 до 12
- ✓ доза ГКС ≥ 7,5 мг/сут

Добавление препарата БЕНЛИСТА к стандартной терапии обеспечивает[1-5]:

- Выраженное снижение активности СКВ[1,2]
- Снижение частоты тяжелых обострений на 39%[3]
- Снижение дозы пероральных ГКС вплоть до полной отмены[4]
- Достоверное снижение риска органных поражений на 61% на протяжении 5 лет[5]

*комбинация гидроксихлорохина и глюкокортикоидов с/без применения иммуносупрессоров
**антинуклеарный фактор

Текст краткой инструкции
Регистрационный номер: ЛП 001557-310719
Торговое наименование препарата: Бенлиста
Международное непатентованное название (МНН): Белимумаб
Лекарственная форма: Лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий. **Показания к применению:** Для снижения активности заболевания у пациентов в возрасте 5 лет и старше, получающих стандартную терапию, с активной системной красной волчанкой (СКВ) и наличием аутоантител. Противопоказания: гиперчувствительность к белимумабу или одному из компонентов препарата; детский возраст до 5 лет; активные формы инфекционных, иммунодефицитных и опухолевых заболеваний. **С осторожностью:** Тяжелое активное волчаночное поражение ЦНС, почек, ВИЧ-инфекция; гипогаммаглобулинемия; дефицит IgA; пересадка крупного органа, гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга или почек (в анамнезе); одновременное применение с препаратами, направленными на подавление активности В-лимфоцитов и циклофосфамидом. **Применение при беременности и лактации:** Данные по применению белимумаба у беременных женщин ограничены. Белимумаб следует назначать во время беременности только в том случае, если потенциальная выгода оправдывает потенциальный риск для плода. **Способ применения и дозы:** Внутривенно инфузионно. Рекомендуемая доза составляет 10 мг/кг в дни лечения 0, 14 и 28 и в дальнейшем 1 раз каждые 4 недели. Инфузия белимумаба должна осуществляться в течение 1 часа. Препарат следует применять неопределенно долго. Следует рассмотреть возможность отмены лечения препаратом Бенлиста при отсутствии улучшения контроля заболевания после 6 месяцев терапии. **Побочные действия:** взрослые очень часто и часто – реакция гиперчувствительности и системные инфузионные реакции, инфекции, лихорадка, депрессия; нечасто – анафилактические реакции, ангионевротический отек, сыпь, крапивница, суицидальные мысли, суицидальное поведение. Дети – профиль безопасности у пациентов детского возраста был сопоставим с профилем безопасности, наблюдавшемся в клиническом исследовании у взрослых. **Передозировка:** Имеются ограниченные данные о передозировке белимумаба. Нежелательные явления, отмечаемые в связи со случаями передозировки, согласуются с ожидаемыми при приеме препарата. **Взаимодействие с другими препаратами:** В клинических исследованиях у пациентов с СКВ одновременное назначение микофенолата мофетила, азатиоприна, гидроксихлорохина, метотрексата, нестероидных противовоспалительных препаратов, ацетилсалициловой кислоты и ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы не оказывало существенного влияния на действие белимумаба. Препарат несовместим с декстрозой **Особые указания:** инфузионные реакции и реакции гиперчувствительности: При тяжелых реакциях введение белимумаба необходимо прервать и назначить соответствующую медикаментозную терапию. Перед инфузией белимумаба может быть проведена премедикация с применением блокаторов Н1-гистаминовых рецепторов и жаропонижающим средством или без него. **Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ):** Были зарегистрированы сообщения о ПМЛ. Наличие ПМЛ следует исключать у любого пациента с вновь возникшими или прогрессирующими неврологическими жалобами и объективными симптомами. Пациент должен быть осмотрен неврологом или другим соответствующим специалистом. **Депрессия и суицидальность:** в контролируемых клинических исследованиях белимумаба для внутривенного и подкожного введения частота сообщений о нарушениях психики (депрессии, суицидальных мыслях и суицидальном поведении) была выше у пациентов, получавших белимумаб. **Форма выпуска, условия выписки:** Лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий. По 120 мг или по 400 мг во флакон из прозрачного бесцветного стекла. По 1 флакону вместе с инструкцией по применению в пачку картонную. По рецепту. Перед применением следует ознакомиться с полной версией инструкции по медицинскому применению препарата.

Для получения дополнительной информации и если Вы хотите сообщить о нежелательном явлении на фоне применения продуктов GSK, пожалуйста, обратитесь по адресу: 125167, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 37а, к. 4, БЦ «Аркус II» - АО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг»; или телефону: +7 495 777-89-00, факс +7 495 777-89-04; или по электронной почте: EAEU.PV4customers@gsk.com, или в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения по адресу: 109074, г. Москва, Славянская площадь, 4, стр.1, или телефону: +7 495 698-45-38, +7 495 578-02-30, или по электронной почте: pharm@roszdravnadzor.ru.

1. Navarra SV, Guzmán RM, Gallacher AE, *et al.* Efficacy and safety of belimumab in patients with active systemic lupus erythematosus: a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2011;377(9767):721-731; **2.** Furie R, Petri M, Zamani O, *et al.* A Phase III, randomized, placebo-controlled study of belimumab, a monoclonal antibody that inhibits B lymphocyte stimulator, in patients with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2011;63(12):3918-3930; **3.** van Vollenhoven RF, Petri MA, Cervera R, *et al.* Belimumab in the treatment of systemic lupus erythematosus: high disease activity predictors of response. Ann Rheum Dis. 2012;71:1343-1349; **4.** Collins CE, Dall'Era M, Kan H, *et al.*, Response to belimumab among patients with systemic lupus erythematosus in clinical practice settings: 24-month results from the OBSErve study in the USA. Lupus Science & Medicine 2016;3:e000118 doi:10.1136/ lupus-2015-000118; **5.** Urowitz MB, Ohsfeldt RL, Wielage RC, *et al.*, Organ damage in patients treated with belimumab versus standard of care: a propensity score-matched comparative analysis, Ann Rheum Dis 2019;78:372–379. **6.** Бенлиста, инструкция по медицинскому применению.

Бенлиста (белимумаб)

PM-RU-BEL-ADVT-200003 Февраль 2020

ЗАМЕТЬ! ЗАПОДОЗРИ! ИСКЛЮЧИ!

ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ **БОЛЕЗНЬ ФАБРИ**

Несмотря на то, что болезнь **Фабри – редкое заболевание,** она часто встречается среди родственников пациентов[2].

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

ПОЧКИ:[5]
- Микроальбуминурия, протеинурия
- Увеличенная экскреция GL-3 с мочой
- Изменение тубулярной реабсорбции, секреции и экскреции
- Поражение почек, которое может привести к ХПН и необходимости проведения диализа

СЕРДЦЕ:[3,5]
- Гипертрофия миокарда левого желудочка, аритмия
- Сосудистая недостаточность
- Инфаркт миокарда
- Пороки сердца (митральная недостаточность)

КОЖА:[2]
- Ангиокератомы: скопление темно-красных пятен, которые не бледнеют при надавливании, располагаются в основном на ягодицах, в области паха, пупка и верхней части бедер
- Пониженное потоотделение / отсутствие потоотделения

НЕРВНАЯ СИСТЕМА:[1,4]
- Акропарестезии, характеризующиеся онемением, покалыванием, жгучей болью и дискомфортом в ладонях и подошвах стоп
- «Кризы Фабри» – острые приступы, мучительная боль, которая обычно начинается в конечностях и иррадиирует к центру, могут длиться от нескольких минут до нескольких недель
- Непереносимость жары, холода и физических нагрузок
- Снижение слуха и шум в ушах
- Ранние инсульты, гемиплегия, гемианестезия
- Транзиторные ишемические атаки

ГЛАЗА:[2,6]
- Помутнение роговицы в виде завитка, которое не ослабляет зрение
- Повреждение сосудов конъюнктивы и сетчатки

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ:[2,6]
- Метеоризм и боли, возникающие после приема пищи, спазмы, тошнота и диарея
- Другие признаки желудочно-кишечных расстройств

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА БОЛЕЗНЬ ФАБРИ КРАЙНЕ ВАЖНО ПРОВЕСТИ ДИАГНОСТИКУ. ДЛЯ ЭТОГО ВЫ МОЖЕТЕ НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА К ВРАЧУ-ГЕНЕТИКУ ИЛИ ПОЗВОНИТЬ НА ГОРЯЧУЮ ЛИНИЮ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛАБОРАТОРИЙ, ПРОВОДЯЩИХ БЕСПЛАТНУЮ ДИАГНОСТИКУ 8 (800) 100-24-94

GZEA.FABR.17.03.0128

ДАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

1. Arning K., Naleschinski D., Maag R. et al. FabryScan: a screening tool for early detection of Fabry disease. J Neurol (2012) 259:2393–2400. 2. Robert J. Desnick, Roscoe Brady, John Barranger et al. Fabry Disease, an Under-Recognized Multisystemic Disorder: Expert Recommendations for Diagnosis, Management, and Enzyme Replacement Therapy. Ann Intern Med. 2003; 138:338-346. 3. Patel MR, Cecchi F, Cizmarik M, et al. Cardiovascular events in patients with Fabry disease natural history data from the Fabry registry. J Am Coll Cardiol. 2011; 57(9):1093-1099. 4. Sims K, Politei J, Banikazemi M, et al. Stroke in Fabry disease frequently occurs before diagnosis and in the absence of other clinical events: natural history data from the Fabry Registry. Stroke. 2009; 40(3):788-794. 5. Schiffmann R, Warnock DG, Banikazemi M, et al. Fabry disease: progression of nephropathy, and prevalence of cardiac and cerebrovascular events before enzyme replacement therapy. Nephrol Dial Transplant. 2009; 24(7):2102-2111. 6.Mehta A, West ML, Pintos-Morell G et al.Therapeutic goals in the treatment of Fabry disease.Genet Med. 2010 Nov;12(11):713-20

Санофи Джензайм, представительство АО «Санофи Авентис Груп»
125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22. Телефон 8 (495) 721-14-00

SANOFI GENZYME

Селамерекс

севеламера карбонат

Изящество баланса

- Снижает концентрацию фосфора в сыворотке крови [1]
- Замедляет прогрессирование кальциноза [2]
- Помогает снижать выраженность ацидоза у пациентов с ХБП [3]
- Снижает уровень ЛПНП [1]

СОТЕКС

Регистрационный номер препарата: ЛП-002733 от 28.11.2014. Отпускается по рецепту врача. Реклама.

[1] Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения СЕЛАМЕРЕКС®

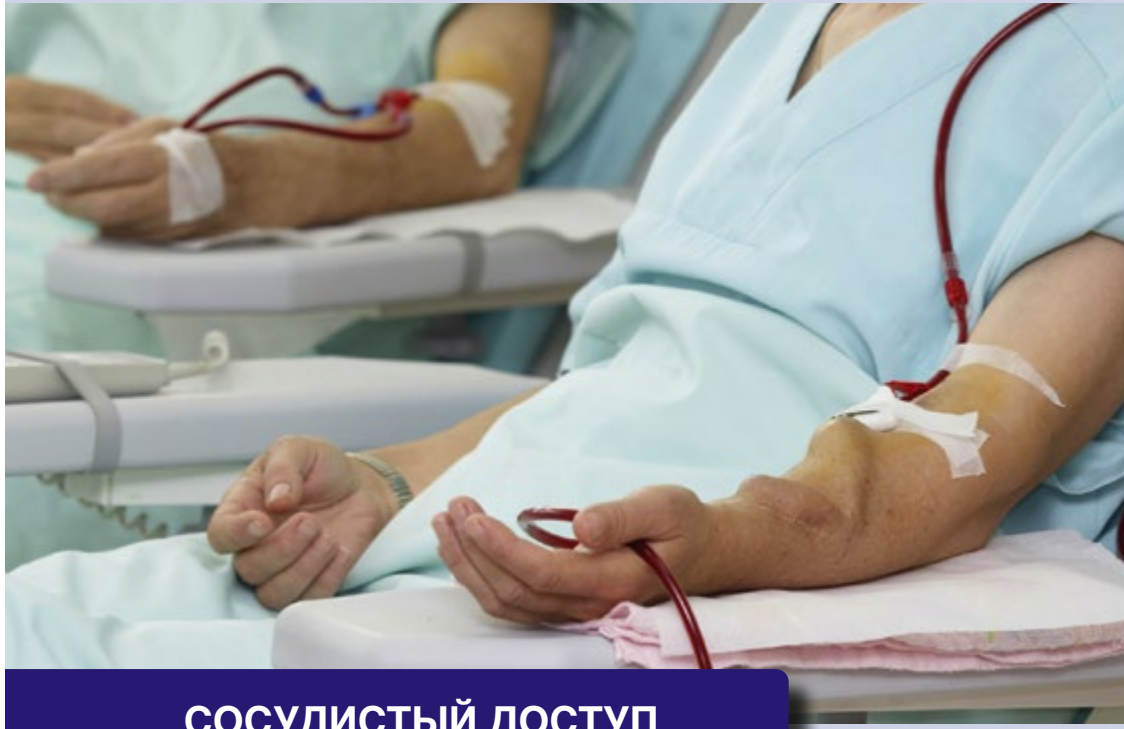
[2] Asmus et al. 2005; Block et al. 2005; Braun et al. 2004; Chertow et al. 2002, 2003; Kakuta et al. 2011; Shantouf et al. 2010

[3] A randomized, double-blind, crossover design study of sevelamer hydrochloride and sevelamer carbonate in patients on hemodialysis. Delmez J1, Block G, Robertson J, Chasan-Taber S, Blair A, Dillon M, Bleyer A.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

EXTEN MEDICAL

Официальный дистрибьютор в России:
ООО "Экстен Медикал",
www.extenmedical.ru



СОСУДИСТЫЙ ДОСТУП ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ

BARD
has joined BD

Полный ассортимент устройств и инновационных решений от компании BARD

- СОЗДАНИЕ
- ВОССТАНОВЛЕНИЕ
- СОХРАНЕНИЕ

Fresenius Medical Care
Организация Диализных Центров

Многолетний успешный опыт в организации медицинского обслуживания и передовая продукция компании Fresenius Medical Care позволяют полностью обеспечить Диализный Центр всей необходимой технической инфраструктурой, что является ключевым фактором для обеспечения качественного лечения пациентов и эффективной работы персонала.

- Компания Fresenius Medical Care предлагает инвестиционные проекты по созданию Диализных Центров, что особенно важно в условиях острейшего дефицита диализных мест.
- Гарантия одинаково высокого уровня лечения в каждом из Центров Fresenius Medical Care во всем мире.

FRESENIUS
MEDICAL CARE

Главный офис: Fresenius Medical Care Deutschland GmbH · 61346 Bad Homburg v. d. H. · Германия
Тел. +49 (0) 6172-609-0 · Факс +49 (0) 6172-609-2191
Россия: ЗАО «Фрезениус СП» · 115054, Россия, Москва, ул. Валовая, д. 35 · Тел./факс (495) 789 6455
e-mail: msk.office@fmc-ag.com, sales.ru@fmc-ag.com · Web: www.freseniusmedicalcare.ru
Филиал в Санкт-Петербурге. Тел.: (812) 449 0484 / 449 0485
Филиал в Новосибирске. Тел.: (383) 355 5871 / 355 4369
Филиал в Казани. Тел.: (843) 297 6621 / 297 6623

Life/2021
NEPHROLOGY CAMPUS

На английском языке

Будущее в лечении заболевания почек - индивидуальный подход

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Prof. Dr. C. Wanner
Университетская клиника Вюрцбурга - Германия
Президент ERA-EDTA

Prof. Dr. P. Stenvinkel
Больница Каролинского университета Нобелевская ассамблея Каролинского института, Стокгольм - Швеция

80 СПИКЕРОВ
ИЗ 20 СТРАН

Присоединяйтесь к нашим вебинарам

Начало
Сентябрь / 2020

Live Streaming

Life/2021 Конгресс
СЕНТЯБРЬ
15 – 18

Добавить в календарь

4 Параллельных программы обучения

- Домашний диализ
- Нефропрактика
- Гемодиализ
- Холистический подход в нефрологии

16 Лекций **24** Заседания **110** Презентаций

Программа стажировки

empowered by
Fresenius Medical Care
Deutschland GmbH

Life/2021 Nephrology Campus endorsed by ERA-EDTA

ERA-EDTA's endorsement is for the promotion of education in general, therefore the specific content of the event/course is the responsibility of the organiser

ИНФОМЕДФАРМ
ДИАЛОГ

Благоприятный климат для делового общения

В нашем профессиональном портфеле

- **Организация научно-практических мероприятий, школ, мастер-классов**
- **Проведение онлайн-мероприятий**
- **Организация деловых поездок и медицинских выставок в России и за рубежом**

Мы гарантируем

- **Типовые формы договоров с учетом запросов клиентов**
- **Строгий контроль работы менеджеров**
- **Надежность субподрядчиков**
- **Высокое качество подготовки печатной продукции (программ, тезисов, приглашений)**
- **Профессиональное техническое сопровождение мероприятий**
- **Продвижение мероприятий в СМИ**

127055, г. Москва,
ул. Сущевская, д. 25, стр. 1
Тел.: 8 (495) 797-62-92
Сайт: www.imfd.ru

Парсабив
этелкальцетид

AMGEN®

ПЕРВЫЙ И ЕДИНСТВЕННЫЙ
КАЛЬЦИМИМЕТИК ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

Парсабив обеспечивает результат, контроль и уверенность в лечении вторичного гиперпаратиреоза

Краткая информация о препарате Парсабив этелкальцетид раствор для внутривенного введения. Пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению перед назначением препарата. **Регистрационный номер:** ЛП-003993. **Фармакологические свойства.** Этелкальцетид представляет собой синтетический пептид, кальцимиметик, который вызывает снижение секреции ПТГ посредством связывания и активации с кальций-чувствительным рецептором и снижение концентрации ПТГ ассоциируется с сопутствующим снижением концентраций кальция и фосфатов в сыворотке крови. **Показания к применению.** Парсабив показан для лечения вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) у взрослых пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), находящихся на гемодиализе. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата. Гипокальциемия. Не следует начинать лечение препаратом Парсабив при концентрации корригированного кальция в сыворотке крови ниже нижнего предела нормальных значений (см. разделы «Способ применения и дозы» и «Особые указания»). Детский возраст до 18 лет. **С осторожностью.** Беременность и период грудного вскармливания (см. раздел «Применение при беременности и в период грудного вскармливания»). **Способ применения и дозы.** *Подробная информация приведена в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.* **Способ применения.** Рекомендуемая начальная доза этелкальцетида у взрослых составляет 5 мг в виде болюсного введения 3 раза в неделю. Перед введением первой дозы, увеличением дозы или повторным назначением после временного прекращения лечения препаратом Парсабив концентрация кальция, корректированного на альбумин, в сыворотке крови должна находиться на уровне нижнего предела нормальных значений или превышать его (см. также коррекция дозы в зависимости от концентрации кальция в сыворотке крови). Препарат Парсабив не следует вводить чаще, чем 3 раза в неделю. ***Подбор дозы.*** Дозу препарата Парсабив следует подбирать индивидуально в диапазоне от 2,5 мг до 15 мг. Для достижения целевой концентрации ПТГ дозу препарата можно увеличивать до максимальной дозы 15 мг 3 раза в неделю с шагом 2,5 или 5 мг, но не чаще чем каждые 4 недели. ***Коррекция дозы в зависимости от концентрации ПТГ.*** Измерение концентрации ПТГ следует проводить через 4 недели после начала применения Парсабив или изменения дозы, и приблизительно каждые 1–3 месяца после определения поддерживающей дозы. В случае снижения концентрации ПТГ ниже 100 пг/мл (10,6 пмоль/л) дозу препарата следует уменьшить или временно прекратить его применение. ***Перевод с цинакальцета на препарат Парсабив.*** Терапию препаратом Парсабив не следует начинать раньше, чем через 7 дней после приема последней дозы цинакальцета и при концентрации кальция, корректированного на альбумин, равной нижнему пределу нормальных значений или превышающей его (см. раздел «Фармакодинамика»). **Побочное действие.** *Подробная информация приведена в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.* **Резюме профиля безопасности.** На фоне лечения препаратом Парсабив очень часто наблюдаются следующие нежелательные реакции: снижение концентрации кальция в крови, мышечные спазмы, диарея, тошнота и рвота. У большинства пациентов эти явления были легкой или умеренной степени тяжести и носили временный характер. Прекращение лечения, обусловленное нежелательными реакциями, происходило преимущественно в связи со снижением концентрации кальция в крови, тошнотой и рвотой. **Передозировка.** Передозировка этелкальцетида может привести к гипокальциемии с клиническими проявлениями или без них и может потребовать лечения. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами** Исследования по изучению лекарственных взаимодействий не проводилось. Отсутствуют данные о риске фармакокинетических взаимодействий с этелкальцетидом. Одновременное применение других лекарственных средств, снижающих концентрацию кальция в сыворотке крови, и препарата Парсабив может привести к повышению риска развития гипокальциемии (см. раздел «Особые указания»). Пациентам, принимающим препарат Парсабив, не следует назначать цинакальцет (см. раздел «Особые указания»). **Фармацевтическая несовместимость.** Данный лекарственный препарат не следует смешивать с другими лекарственными препаратами. **Особые указания.** ***Гипокальциемия.*** Лечение препаратом Парсабив не следует начинать у пациентов, если концентрация кальция, корректированного на альбумин, в сыворотке крови ниже нижнего предела нормальных значений (см. раздел «Противопоказания»). Возможные клинические проявления гипокальциемии включают парестезии, миалгии, мышечные спазмы и судороги. При клинически значимом снижении концентрации кальция, корректированного на альбумин, в сыворотке крови необходимо провести мероприятия, направленные на повышение концентрации кальция в сыворотке крови (см. раздел «Способ применения и дозы»). ***Желудочковая аритмия и удлинение интервала QT, обусловленное гипокальциемией.*** Снижение концентрации кальция в сыворотке крови может привести к удлинению интервала QT, что, в свою очередь, может сопровождаться развитием желудочковой аритмии (см. раздел «Побочное действие»). *Судороги.* Порог судорожной готовности может быть снижен при значительном уменьшении концентрации кальция в сыворотке крови. ***Декомпенсация хронической сердечной недостаточности.*** Снижение функции миокарда, гипотензия и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) могут быть связаны со значительным уменьшением концентрации кальция в сыворотке крови. У пациентов с застойной хронической сердечной недостаточностью в анамнезе, которая может ассоциироваться с уменьшением концентрации кальция в сыворотке крови, необходимо обеспечить тщательный контроль концентрации кальция в сыворотке крови во время лечения препаратом Парсабив (см. раздел «Способ применения и дозы»). ***Одновременное применение с другими лекарственными средствами.*** Препарат Парсабив следует с осторожностью назначать пациентам, получающим любые другие лекарственные средства, снижающие концентрацию кальция в сыворотке крови. Пациентам, получающим препарат Парсабив, не следует назначать цинакальцет. Их одновременное применение может привести к развитию тяжелой гипокальциемии. ***Адинамическая болезнь кости.*** При длительном подавлении концентрации ПТГ ниже 100 пг/мл возможно развитие адинамической болезни кости. При снижении концентрации ПТГ ниже рекомендуемого целевого диапазона необходимо уменьшить дозы или отменить терапию стероловыми формами витамина D и/или препаратом Парсабив (см. раздел «Способ применения и дозы»).

За дополнительной информацией по препарату Парсабив обращайтесь:
ООО «Амджен», 123317, Москва, Пресненская наб., дом 8, корпус 1; 7-й этаж
Тел.: +7 495 745 04 78

RU-P-416-0220-081861

Научный организатор

Столичная Ассоциация Врачей Нефрологов

При поддержке

Московский городской научно-практический центр нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Генеральный спонсор

AMGEN®

Главный спонсор

Generium Pharmaceutical

Официальные спонсоры

astellas

AstraZeneca

Boehringer Ingelheim

НЕФРОСОВЕТ

Ведущие спонсоры

B|BRAUN SHARING EXPERTISE

SANOFI GENZYME

gsk

СОТЕКС

EXTEN MEDICAL

Спонсоры

Vascular Access

Baxter

КОСМОФАРМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Medtronic

Р-ФАРМ Инновационные технологии здоровья

abbvie

Информационная поддержка

Врачи РФ

ОРГЗДРАВ

Журнал Поликлиника

РЕМЕДИУМ

РМЖ

Yellmed

Организационно-технический исполнитель

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

127055, Москва, ул. Сущевская, д. 25, стр. 1
Тел./факс: 8 (495) 797-62-92,
8 (499) 750-07-27, 8 (499) 750-07-47

ИНФОМЕДФАРМ ДИАЛОГ

E-mail: info@imfd.ru
Сайт: www.imfd.ru