

токов до современности» очень живо, образно, и на основе собственных впечатлений и воспоминаний, обрисовал исторический путь развития военной, корабельной, промышленной экспериментальной и клинической токсикологии, деятельности Санкт-Петербургского общества токсикологов, кафедры военной токсикологии и медицинской защиты Военно-медицинской академии, назвав имена и охарактеризовав человеческие качества, большого числа ученых, внесших значительный вклад в создание основ токсикологии, как раздела медицинской науки и практики.

К юбилею института изданы фундаментальные труды: Федеральное государственное учреждение науки

Институт токсикологии 75 лет / Под ред. С.П. Нечипоренко, и А.Н. Петрова. – СПб.: Элби-СПб, 2010. – 160 с.

Труды Института токсикологии, посвященные 75-летию со дня основания / под ред. С.П. Нечипоренко. – СПб.: Элби-СПб, 2010. – 374 с.

Бонитенко Е.Ю., Ю.Ю. Бонитенко, Е.С. Бушуев и др. Острые отравления лекарственными средствами и наркотическими веществами / Под ред. Ю.Ю. Бонитенко и С.П. Нечипоренко. – СПб.: Элби-СПб, 2010. – 440 с.

Празднование 75-летия ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА России стало научным форумом, на высоком уровне обсудившим проблемы химической безопасности России.

Информация об авторе: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Зобнин Юрий Васильевич – к.м.н., доцент, тел. (3952) 387147.

© АНДРИЕВСКАЯ Т.Г. – 2010

НОВОЕ В НЕФРОЛОГИИ – IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕМИНАР ПО НЕФРОЛОГИИ «НЕДЕЛЯ НЕФРОЛОГИИ В МОСКВЕ»

Т.Г. Андриевская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской терапии, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Козлова)

Резюме. На IX Международной школе-семинаре, проходившем в Москве, обсуждались вопросы неотложной терапии в нефрологии, новых данных морфологической характеристики гломерулонефритов, а также тактика ведения пациентов с хронической болезнью почек при нарушениях костно-минерального обмена и анемии. Определенное внимание было уделено вопросам заместительной почечной терапии и болезни отторжения трансплантата.

Ключевые слова: почка, нарушения функции, морфология.

NEW IN NEPHROLOGY – IX INTERNATIONAL SEMINAR ON NEPHROLOGY «WEEK OF NEPHROLOGY IN MOSCOW»

T.G. Andrievskaya

(Irkutsk State Medical University)

Summary. At IX International school-seminar in Moscow questions of urgent therapy in the nephrology, the new data of the morphological character of glomerulonephritis and also tactics of treatment of patients with chronic disease of kidneys in infringements of osteo-mineral exchange and an anemia were discussed. The certain attention has been paid to the questions of replaceable renal therapy and disease of rejection of a transplant.

Key words: kidney, function infringements, morphology.

С 29 мая по 3 июня 2010 года в Москве под эгидой международной организации нефрологов ISN-COMGAN ERA-EDTA, Российского диализного общества (РДО), с участием ведущих специалистов мира и России в области патологии почек и заместительной почечной терапии состоялся IX Международный семинар по нефрологии.

Цель этого семинара была продиктована необходимостью обратить внимание врачей-клиницистов, занимающихся различными разделами внутренней медицины, на частое повреждение почек с развитием почечной недостаточности при не почечных заболеваниях. А также повысить качество знаний специалистов в области нефрологии и врачей других специальностей, как клиницистов, так и морфологов, для улучшения диагностики, лечения и профилактики почечной патологии.

В проведении семинара приняли участие ведущие специалисты мира в области нефрологии: Дж. Брунори (Италия), К. Гупта (Италия), К. Калантар-Заде (США), У. Каузер (США), А. Коэн (США), Ф. Локателли (Италия), Н. Перико (Италия), А. Растигар (США), П. Рутерфорд (США), П. Скена (Италия), а также ведущие нефрологи России: Н.А. Томилина, Л.В. Козловская, Н.Л. Козловская, В.Ю.Шило, Е.В. Захарова, К.Я. Гуревич, А.К. Гуревич и др.

В течение первых двух дней проводилось специализированные курсы – для врачей клинического профиля «Неотложные состояния в нефрологии» и врачей патоморфологов «Патоморфология гломерулярных заболеваний».

Курс «Неотложные состояния в нефрологии» проводил профессор Йельского университетского госпиталя (США) А. Растегар, читающий подобные курсы в России с 1996 года. А. Растегар отметил, что проблема повреждения почек с развитием почечной недостаточности привлекает внимание все большего количества врачей различных специальностей, о

чем свидетельствует значительно увеличившееся количество участников семинара за последние годы. Вся информация о состояниях, требующих неотложной терапии в связи с повреждением почек и нарушением их функции, была представлена на многочисленных клинических примерах. Причем были представлены клинические случаи из различных областей заболеваний внутренних органов: гастроэнтерологии (панкреатиты, заболевания кишечника, циррозы печени), пульмонологии (обструктивные болезни легких, пневмония), кардиологии (артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность), эндокринологии (сахарный диабет, гипотиреоз), а также пациенты с нефрологическими заболеваниями. Во всех представленных случаях основное заболевание сопровождалось развитием острой почечной недостаточности, усугубляющей состояние пациента и требующей неотложных мероприятий по восстановлению нарушенного гомеостаза организма больного.

После каждого представленного клинического случая проводилось обсуждение с участием аудитории слушателей. При обсуждении представленных демонстраций обращалось внимание на необходимость знания врачами всех клинических специальностей возможных нарушений водно-электролитного, кислотно-щелочного состояния, умение врачей оценить и откорректировать состояние внутренней среды организма больного с учетом характера имеющихся нарушений волеми, электролитемии, ацидемии или алкаемии. Своевременная диагностика и терапия этих нарушений, обусловленных в своем большинстве вовлечением в патологический процесс почек с развитием их дисфункции, в том числе гомеостатической, поскольку почки являются основным буферным органом, регулирующим и водно-электролитный баланс и кислотно-щелочное равновесие, позволяет сохранить жизнь пациента. При длительно сохраняющихся нару-

шениях водно-электролитной среды и кислотно-щелочного баланса (СД, АГ, ХСН, хронические обструктивные болезни легких и некоторые другие заболевания), сопровождающихся вовлечением в патологический процесс почек, возможно повреждение структуры и функции головного мозга – миелосклероз, миелодистрофия с развитием тяжелой энцефалопатии. Эти состояния нужно своевременно предупреждать коррекцией нарушенного гомеостаза, своевременно диагностировать (КТ головного мозга) и лечить.

Свои лекции А. Растигар закончил словами «Хочу обратить внимание всех врачей на такой маленький и красивый орган – почку, которая имеет такое большое значение в обеспечении жизнедеятельности всего организма».

А. Козн на протяжении многих лет проводит в России курсы лекций для патоморфологов, работающих в области нефроморфологии, и семинары для врачей нефрологов и специалистов смежных специальностей, занимающихся болезнями почек. Лекции сопровождались великолепными демонстрационными материалами в виде гистологических слайдов, вполне доступных для понимания не морфологам. В рамках курса «Патоморфология гломерулярных заболеваний» обсуждались вопросы морфологической диагностики болезни минимальных изменений клубочков (БМИ), фокально-сегментарного гломерулосклероза (ФСГС), а также мембрано-пролиферативного гломерулонефрита (МППН), его морфологических типов. Представлены данные об идентичности БМИ и ФСГС, фактически это одно и то же заболевание, только разные его стадии. Основным механизмом связан с активацией Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов (CD80), повреждением подоцитов, развитием протеинурии и склеротическими изменениями в клубочках. Для диагностики обязательна биопсия. Основное клиническое проявление – нефротический синдром.

Напротив, первый и второй типы МППН являются разными заболеваниями. Морфологически оба типа характеризуются удвоением базальной мембраны, но при первом типе второй контур образован за счет активации мезангиоцитов, что обусловлено преимущественно иммунологическими реакциями (у взрослых в 90% случаев это гломерулонефрит, ассоциированный с HCV), при втором типе – болезнь плотных депозитов (БПД) – второй контур базальной мембраны образован отложением комплемента (C_3) в результате активации альтернативного пути образования комплемента в связи с дефицитом недавно открытого Н-фактора, в норме блокирующего альтернативный путь образования C_3 . БПД не имеет иммунного механизма, а генетически обусловлена, причем с дефицитом Н-фактора сегодня связывают развитие и таких патологий как макулодистрофия, липодистрофия, гемолитико-уремический синдром, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, с которыми может сочетаться и БПД. Для диагностики необходима не только световая, но и электронная микроскопия, а также определение Н-фактора и фракций комплемента (при БПД снижается только C_3 , при МППН – все фракции С). Основные клинические проявления и МППН, и БПД – нефритический-нефротический синдром.

Клинические лекции по представленным морфологическим заболеваниям клубочков почек читал У. Каузер. В лекциях достаточно подробно обсуждалась тактика лечения больных с учетом современных возможностей. Лечение БМИ и ФСГС направлено на купирование нефротического синдрома и иммунологической активности при иммунообусловленных формах заболеваний. Показана антипротеинурическая диета с ограничением соли и белка. Медикаментозное лечение при неиммунных формах ограничивается использованием диуретиков, ИАПФ, АРА и антагонистов альдостерона. При иммунных формах используется весь арсенал иммуносупрессоров, включая и всем известные глюкокортикостероиды (по общепринятым схемам), цитостатики, ЦсА, и современные иммуномодуляторы: ингибиторы пролиферативного сигнала (такролимус, серолимус, эверолимус), производные микролат-мафетилы (селлсепт, майфортэк), моноклональные антитела (ритуксимаб). В последние годы уже появилась доказательная база в отношении эффективности новых препаратов. Антиагреганты (в основном аспирин и низкомолекулярные гепарины) показаны в ограниченном количестве случаев – постельный режим, альбумин крови <20, быстрый темп снижения отеков. При гиперлипидемии – гиполипидемическая терапия. В противоположность прежнему мнению активно лечить нужно и пациентов с ФСГС (резервные возможности достаточно велики). При БМИ

стойкая ремиссия достигается у 90% детей и 70% взрослых, при ФСГС у 45 – 50%.

В лечении МППН применяется антипротеинурическая диета, антиагрегантная терапия (аспирин, низкомолекулярные гепарины), ИАПФ, АРА, применяются ЦсА и ритуксимаб, но достаточной доказательной базы эффективности этого лечения нет. Лечение БПД не разработано, хотя есть попытки применения замороженной плазмы, (восполнение Н-фактора), моноклональных антител, блокаторов C_3 .

Подробно рассматривались несколько клинических случаев с тромботической микроангиопатией при тромботической тромбоцитопенической пурпуре. В обсуждении приняли участие Н.А. Томилина, Н.Л. Козловская, Е.В. Захарова. Обращалось внимание слушателей на необходимость своевременной диагностики этого заболевания по совокупности таких признаков как анемия, тромбоцитопения, церебральные симптомы, почечная недостаточность, поскольку данная патология достаточно быстро может привести к летальному исходу в связи с повреждением функции мозга (миелосклероз, миелодистрофия, кровоизлияния), почек (развивается БПД, нефроангиосклероз с быстрым прогрессированием почечной недостаточности). У этих пациентов страдает также и зрение (макулодистрофия, кровоизлияния). Диагностические критерии: Н-фактор (низкие значения или отсутствие), фракции комплемента (снижение C_3 при нормальных значениях $C_{1,2,4}$). Лечение с использованием антикоагулянтов (низкомолекулярные гепарины), блокаторов C_3 , замещение Н-фактора.

Обсуждались особенности повреждения почек тактика лечения при некоторых заболеваниях – сахарном диабете, а также поражениях почек, индуцированных контрастными веществами при проведении диагностических исследований.

В нескольких лекциях обсуждались диагностика и лечение синдромов, связанных с хронической болезнью почек (ХБП) в результате хронических почечных заболеваний, а также других заболеваний, при которых имеется повреждение и нарушение функции почек – патология кости, кальциноз сосудов в связи с нарушением кальций-фосфорного обмена, почечная анемия. Развитие этих синдромов связано с неспособностью поврежденных почек в нужной степени активировать витамин D_3 , увеличением в связи с этим продукции паратиреоидного гормона. Это сопровождается вымыванием кальция и фосфора из кости с нарушением костной структуры, повышением в крови кальция и фосфора, развитием кальциноза сосудов (почечных, мозговых, коронарных и других), что в еще большей степени усугубляет нарушения функционирования органов больного. Неспособность почек синтезировать в необходимом количестве эритропоэтин, а также нарушения всасывания железа в кишечнике приводят к развитию анемии.

Обсуждались современные методы лечения этих состояний. Современные стандарты диагностики и алгоритм лечения костно-минеральных нарушений при ХБП были представлены в лекциях К. Калантар-Заде, В.Ю. Шило, А.К. Гуревича, А.Ю. Земченкова. Рекомендуются проводить лечение фосфатбиндерами, применяя препараты кальция, неактивные формы витамина D_3 , активные формы D_3 , севеламер, кальций-миметики (цинакальцет) и, как крайняя мера, паратиреоидэктомия.

О современных алгоритмах лечения анемии при ХБП в своих лекциях говорили Ф. Локателли, В.Ю. Шило. Рекомендовано сочетанное применение современных форм эритропоэтинов с препаратами железа, определены допустимые уровни Hb крови при ХБП (11 г/л). Подчеркнуты преимущества новых препаратов – активаторов рецепторов к эритропоэтину (Мерцера), определены пути поиска более совершенных препаратов.

Обсуждались вопросы эффективности и перспектив заместительной почечной терапии – перитонеального диализа, профилактики и терапии болезни отторжения трансплантата. В своих лекциях Л. Рутерфорд и К.Я. Гуревич подчеркнули, что в ряду методов заместительной почечной терапии перитонеальный диализ имеет временное значение (рецидивы перитонитов, спаечный процесс брюшины) и в дальнейшем требуется либо переход на гемодиализ, либо трансплантация почки. Ограниченность применения перитонеального диализа связана и с дороговизной современных растворов для его проведения. Продемонстрировано несколько случаев успешного лечения болезни отторжения трансплантата, случай успешной повторной трансплантации в раннем после-

перационном периоде.

IX Международная школа-семинар по нефрологии проводилась в старинном уголке Москвы на Пречистинке, в

замечательном здании 18 века – доме Ученых. Завершился семинар пожеланием слушателям успехов в диагностике и лечении болезней почек и концертом классической музыки.

Информация об авторах: 664 001 г.Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, кафедра факультетской терапии ИГМУ, Андриевская Татьяна Григорьевна – доцент кафедры, к.м.н, тел. (3952) 34-19-96.

© КАЛЯГИН А.Н., ВИЗЕ-ХРИПУНОВА М.А., ПРОХОРОВА Л.В. – 2010

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО СОВРЕМЕННЫМ ПОДХОДАМ К ИНФУЗИОННОЙ
ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ «БЕЛЫЕ НОЧИ – РЕМАКСОЛ»
(24-25 ИЮНЯ 2010 Г., САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)**

А.Н. Калягин^{1,2}, М.А. Визе-Хрипунова³, Л.В. Прохорова⁴

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; ²МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач – Л.А. Павлюк; ³Ульяновский государственный университет, ректор – проф. Б.М. Костюшко, кафедра госпитальной терапии, зав. – д.м.н., проф. И.Г. Пашенко; ⁴Уральская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. С.М. Кутепов, кафедра поликлинической терапии, зав. – д.м.н., проф. И.Ф. Гришина)

Резюме. В образовательной программе по инфузионной гепатопротективной терапии, которая проводилась в г. Санкт-Петербурге, участвовали врачи специалисты различного профиля: терапевты, гастроэнтерологи, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, хирурги, токсикологи. Представлен новый инфузионный гепатопротектор «Ремаксол» производства ООО «НТФФ «ПОЛИСАН».

Ключевые слова: заболевания печени, гепатопротекторы, Ремаксол, гепатология, Санкт-Петербург.

**EDUCATIONAL PROGRAM UNDER MODERN APPROACHES TO INFUZIONNOJ HEPATHOPROTECTION
OF THERAPY "THE WHITE NIGHTS – REMAXOL" (JUNE, 24-25, 2010, ST.-PETERSBURG)**

A.N. Kalyagin^{1,2}, M.A. Vize-Khripunova³, L.V. Prokhorova⁴

(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1; ³Ulyanovsk State University; ⁴Ekaterinburg State Medical Academy)

Summary. The report on educational program on infuzion hepatoprotection therapy is presented which was spent to St.-Petersburg with participation of broad specialists (physicians, gastroenterologists, infectiologists, anaesthesiologists-reanimatologov, surgeons). It is presented new and perspective for application infuzion hepatoprotection drugs Remaxol.

Key words: liver diseases, hepatoprotection drugs, Remaxol, hepatology, information, St.-Petersburg.

Образовательная программа по новым средствам гепатопротекторной инфузионной терапии прошла 24-25 июня 2010 года в г. Санкт-Петербурге в рамках традиционных мероприятий под общим названием «Белые ночи». Среди участников специалисты (терапевты, гастроэнтерологи, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, хирурги, токсикологи) из различных уголков России (Москва, Санкт-Петербург, Иркутск, Ульяновск, Екатеринбург, Омск, Ставрополь, Казань и др.).

В докладе главного инфекциониста Центрального и Северо-Западного федеральных округов, профессора **Т.В. Сологуб** была широко освещена проблема вирусных гепатитов в Российской Федерации и мире, имеющих высокую медико-социальную и экономическую значимость. Отмечено, что курс лечения одного больного с вирусным гепатитом С обходится бюджету в 10-15 тыс. долларов. В целом эффективность противовирусных препаратов снижается вследствие высокой частоты квазиразновидностей вируса и их высокой мутагенности. Появление новых антигенных вариантов опережает синтез антител к ним. Применение противовирусных препаратов сопряжено с высокой частотой побочных эффектов (тромбоцитопения, гриппоподобный синдром, депрессия и т.д.). По новым рекомендациям EASL (2009) противовирусная терапия должна включать уже не два (пегилированные интерфероны + рибавирин), а даже три препарата. При этом дискуссия по третьему препарату ещё не завершена: обсуждается возможность применения блокаторов рецепторов вирусного гепатита С, ингибиторов полимераз, ингибиторов α-глюкозидазы, блокаторов процессинга и ингибиторов протеазы. Важными направлениями, которые будут способствовать расширению возможностей противовирусной терапии являются: 1) поиск новых более эффективных схем лечения больных; 2) включение в терапию третьего препарата, усиливающего противовирусный и иммуномодулирующий эффект интерферонов; 3) создание новых противовирусных препаратов с максимальной эффективностью и минимальными побочными свойствами; 4) персона-

лизация терапии. Одним из направлений персонализации терапии является применение гепатопротекторов, которые в идеале должны вызывать полную абсорбцию, иметь эффект «первого прохождения» через печень, связывать высокоактивные повреждающие соединения, уменьшать воспаление, подавлять фиброгенез, стимулировать регенерацию печени и быть нетоксичными. К сожалению, на сегодняшний день ни один из применяемых гепатопротекторов не удовлетворяет в полной мере этим требованиям.

В 2009 г. в Российской Федерации зарегистрирован оригинальный инфузионный гепатопротектор Ремаксол (ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»). Ремаксол является первым гепатопротектором, стимулирующим синтез эндогенного адеметионина. Действующими веществами поликомпонентного сбалансированного инфузионного раствора Ремаксол, являются метионин, янтарная кислота, никотинамид и рибоксин; вспомогательными – соли калия, магния и натрия. Доставка активных компонентов обеспечивается уникальным переносчиком – N-метилглюкамином.

На базе 7 учреждений здравоохранения (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Саратов) было выполнено многоцентровое плацебо-контролируемое исследование с целью оценки фармакотерапевтической эффективности, переносимости и безопасности терапии препаратом Ремаксол у больных с функциональными нарушениями печени (хронический гепатит В и С разной степени активности). В исследовании приняли участие 494 больных с верифицированными диагнозами хронических гепатитов В и С в фазе обострения с умеренной биохимической активностью. Больные были разделены на две группы: 1 группа (294 человека) – получали Ремаксол в течение 12 дней по 400 мл (инфузия со скоростью 60 кап/мин), 2 группа (200 человек) – получала физиологический раствор. В 1 группе было отмечено значимое улучшение субъективной симптоматики (явлений диспепсии, астено-депрессивного синдрома), уменьшение холестаза и гепатомегалии, снижение уровня билирубина, АлТ, АсТ, ЛДГ; во