

# Научные и практические аспекты хронизации неинфекционных заболеваний внутренних органов

По материалам научно-практической конференции с международным участием

**23-24** апреля в г. Харькове на базе ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» состоялась научно-практическая конференция «Щорічні терапевтичні читання: від досліджень до реалій клінічної практики XXI століття». В рамках конференции состоялись 3 пленарных заседания, 2 симпозиума и постерная сессия, а также выставка лекарственных препаратов и медицинского оборудования.



Открыла работу конференции директор Национального института терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Г.Д. Фадееенко. Темой ее сообщения стали профилактика и контроль неинфекционных заболеваний. Последние десятилетия характеризуются принципиальными изменениями основных причин смерти. Так,

на первый план вышли неинфекционные заболевания, в частности сердечно-сосудистая, бронхолегочная, онкологическая патология, сахарный диабет и др. В Украине сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место по распространенности, составляя около 70% в структуре заболеваемости. Стресс признан одним из главных факторов риска (ФР) развития ССЗ. Последние, в свою очередь, могут стать пусковым механизмом возникновения атеросклероза, инфаркта миокарда (ИМ), инсульта и смерти.

Наибольшее значение для сохранения общественного здоровья имеют профилактические программы, а не внедрение новых, часто дорогих и малодоступных населению методов лечения. В Украине может быть разработан малозатратный, но перспективный проект на основе использования интернет-ресурса по определению ФР. Проект предусматривает интернет-анкетирование, через которого будут происходить ознакомление с методами контроля стресса, консультирование психолога (в онлайн-режиме, через skype); предлагаться рекомендации по здоровому питанию. В течение нескольких лет будет осуществляться мониторинг групп населения с высокими ФР. Для лиц, находившихся в зоне АТО, целесообразно составить единый реестр, осуществить общую диспансеризацию прибывших из зоны конфликта, обеспечить пациентов высокого риска лекарствами и провести необходимое лечение.

Второе сообщение профессора Г.Д. Фадееенко касалось возрастных и гендерных аспектов гастропротекции. К основным лекарственным средствам данного профиля относятся ингибиторы протонной помпы (ИПП), антибактериальные препараты и цитопротекторы.



Вопросу эпидемиологии и клиническим проявлениям предрасположенности к тромбофилии было посвящено сообщение генерального директора Харьковского специализированного медико-генетического центра, члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Е.Я. Гречаниной. Она представила результаты работы, целью которой было оценить эффективность ранней диагностики тромбофилических состояний для профилактики осложнений. Были озвучены частота встречаемости генотипов и распределение частот аллелей генов-кандидатов (MTHFR, MTRR, RFC), ассоциированных с возникновением тромбофилии в украинской популяции, а также рассмотрены клинические примеры и предложены методы лечения (низкие дозы аспирина, антикоагулянты, предотвращение новых агрегаций).

Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) стали темой доклада проректора по научной работе Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктора медицинских наук, профессора А.В. Бильченко. Он отметил, что ФР ССЗ определяют более 50% риска развития когнитивных нарушений. Ведущее место среди ФР принадлежит АГ. По данным исследований, в среднем через год у больных АГ выявляются когнитивные нарушения, причиной которых является

поражение структур головного мозга вследствие повышения артериального давления (АД). Усилия кардиологов и терапевтов должны быть направлены на предупреждение инсульта путем контроля и снижения АД с применением комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и сартанов, обладающих церебропротекторным эффектом.



С докладом «Дисциркуляторная энцефалопатия – миф или реальность» выступила главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Неврология», заведующая отделом сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Т.С. Мищенко. В руководстве по лечению больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ; АНА/ASA, 2014) лечение статинами в дополнение к модификации образа жизни рекомендуется для первичной профилактики ишемического инсульта у пациентов с коронарной болезнью сердца или определенными ФР, такими как СД (класс доказательств I, уровень А). Лечение производными фибриновой кислоты может рассматриваться в случае гипертриглицеридемии (IIb, C). Липидснижающая терапия (производные фибриновой кислоты, препараты, усиливающие экскрецию желчных кислот, ниацин и эзетимиб) может применяться у пациентов, не достигших намеченного уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) на фоне лечения статинами или не переносящих статины; при этом эффективность подобной терапии в снижении риска инсульта не установлена (IIb, C).



О том, нужно ли отказываться от «старых» ИАПФ в пользу «новых», рассуждала ведущий научный сотрудник отдела симптоматических гипертензий ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук А.Д. Радченко. Согласно последнему обзору Кокрановского сотрудничества, при АГ все ИАПФ в одинаковой степени эффективно снижают и систолическое, и диастолическое АД. Достоверных различий между «старыми» и «новыми» ИАПФ не обнаружено, что доказало исследование ALLHAT, проведенное в США. В то же время «старые» ИАПФ способны предупреждать развитие коронарных событий у пациентов с АГ, сердечной недостаточностью и систолической дисфункцией левого желудочка и имеют лучшее соотношение «стоимость/эффективность».

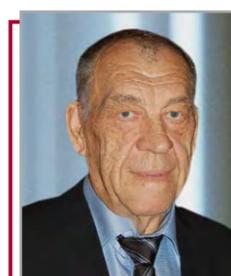


О современных подходах к терапии ферментными препаратами у больных хроническим панкреатитом говорил заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор О.Я. Бабак. К основным причинам неэффективности ферментной терапии относятся нарушение пациентами рекомендованного режима, низкая доза ферментных препаратов, высокая кислотность в кишечнике



и избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике. Необходимо убедиться в том, что пациент соблюдает правильный режим приема препарата; доза фермента должна быть достаточно высокой (минимум 40-50 тыс. ЕД липазы при каждом приеме пищи; при перекусах – 10-20 тыс. ЕД липазы). При недостаточном клиническом ответе следует добавить кислотоснижающий препарат (ИПП), обследовать пациента на наличие избыточного бактериального роста в тонкой кишке и назначить соответствующее лечение.

Старший научный сотрудник отдела атеросклероза и ишемической болезни сердца ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор В.И. Волков в своем выступлении отметил, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти женщин во всем мире. ИБС у женщин имеет свои особенности. Заболевание развивается на 10-15 лет позже, чем у мужчин, основной формой манифестации является стенокардия. Более чем у 40-50% пациенток с ИБС не выявляют значимого стеноза на коронарографии, одновременно имеют место интактные коронарные артерии. Характерны однососудистое поражение и микрососудистая ишемия. Как кардиологи, так и врачи общей практики менее склонны назначать женщинам статины и аспирин, а дозы β-блокаторов и ИАПФ, как правило, значительно ниже целевых.



Результаты клинических многоцентровых рандомизированных исследований противоречивы. Большая часть исследований проведена с участием женщин, уже болеющих ИБС; также недостаточно данных для того, чтобы оценить эффекты заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у молодых пациенток. Однако обновленные рекомендации по ЗГТ (2011) характеризуют комбинацию ЗГТ и статинов как обладающую корригирующим влиянием на обмен липидов и половых гормонов, потенцирующую кардиопротекторные эффекты каждого из компонентов и, возможно, уменьшающую канцерогенное действие ЗГТ. Также ЗГТ снижает сердечно-сосудистый риск, если она начата у женщин в период терапевтического окна (возраст <60 лет, продолжительность после менопаузы <6 лет), а комбинация со статинами существенно повышает кардиопротекторный эффект. Установлено влияние эстрогенов на экспрессию рецепторов к ХС ЛПНП и снижение активности 3-МГКоА-редуктазы (статиноподобный эффект), что позволяет предположить потенцирующие эффекты ЗГТ и статинов на липидный обмен. Выявлено, что совместное применение правастатина и розувастатина с ЗГТ позволяет достичь более оптимального снижения ХС ЛПНП и повысить уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) в отсутствие увеличения содержания триглицеридов (ТГ). В исследовании HERS с участием пациенток, получавших статины, не выявлено повышения частоты сердечно-сосудистых событий в 1-й год ЗГТ. Статины снижают частоту тромбоэмболий, прогрессирование остеопороза и уровень С-реактивного белка. Использование ЗГТ повышает качество жизни женщин старших возрастных групп, снижает риск развития ССЗ на 30-50%, остеопоротических переломов – на 50-70%.

Составляющим кардиометаболического риска, возможностям кардиореабилитационной терапии и профилактики уделит внимание заведующий кафедрой внутренней медицины № 2 с профессиональными болезнями ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор И.П. Катеренчук. Глобальный кардиометаболический риск представляет собой общий риск развития СД 2 типа и/или ССЗ, в т. ч. ИМ и инсульта, связанных с кластером модифицированных ФР, включающих классические (курение, высокий уровень ХС ЛПНП, АГ, повышенный уровень глюкозы в крови) и связанные с абдоминальным ожирением (резистентность



к инсулину, низкий уровень ХС ЛПВП, высокий уровень ТГ и маркеров воспаления). Прием L-аргинина уменьшает в белой жировой ткани экспрессию резистина, уровень которого положительно коррелирует со степенью ожирения и снижением чувствительности к инсулину.

Вопрос определения тактики лечения при обострении бронхиальной астмы (БА) осветила кандидат медицинских наук **Н.Е. Моногарова** (кафедра внутренней медицины им. А.Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького). Основу базисной терапии БА составляют ингаляционные кортикостероиды (ИКС). При 2-й ступени БА добавляются антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР), при 3-й и 4-й –  $\beta_2$ -агонист длительного действия (БАДД). При 5-й ступени назначаются дополнительная терапия и низкие дозы оральных кортикостероидов (ОКС). Во всех случаях для снятия симптомов назначают  $\beta_2$ -агонист короткого действия (БАКД). Начиная с 3-й ступени в качестве первого выбора может использоваться терапия будесонидом/формотеролом в режиме SMART. Комбинация будесонид/формотерол может применяться как для поддерживающей терапии, так и для купирования симптомов.

Для лечения обострений в амбулаторных условиях показаны повторные ингаляции БАКД, контролируемая оксигенация, системные кортикостероиды (СКС). К состояниям, при которых следует с осторожностью назначать СКС, относятся СД, АГ, язвенная болезнь, глаукома, катаракта, беременность и др. Использование СКС при обострениях БА приводит к более быстрому разрешению бронхиальной обструкции и значительно снижает риск рецидивов после выписки из стационара. Пациентам, не принимающим базисную терапию, следует назначить ИКС, а перед выпиской проверить технику ингаляции и комплаенс.

При лечении обострений в отделении скорой помощи рекомендованы оксигенация, повторные ингаляции БАКД, эпинефрин, СКС, высокие дозы ИКС, т. к. их прием в первые часы уменьшает вероятность госпитализации, и неинвазивная вентиляция легких.



Пути преодоления проблем лечения АГ в амбулаторной практике были в центре внимания профессора кафедры клинической фармакологии Харьковского национального медицинского университета, доктора медицинских наук **И.И. Князьковой**. В рекомендациях Европейского общества по артериальной гипертензии основные акценты – оценка сосудистого риска, уровень АД, ФР, бессимптомное поражение органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния. Для определения т. н. домашнего АД рекомендуется суточное мониторирование, целевое значение – <140/90 мм рт. ст., при СД – <140/85 мм рт. ст., у пациентов старше 80 лет <150/90 мм рт. ст. При наличии ИМ в анамнезе, сердечной недостаточности, нарушении функции почек, микроальбуминурии, бессимптомном атеросклерозе, гипертрофии левого желудочка, метаболическом синдроме, СД и др. в комбинированной терапии применяются ИАПФ, подтвердившие свою эффективность в снижении риска сердечно-сосудистой смерти.

Темой сообщения заведующего отделом нефрологии ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора **И.И. Топчия** стали вопросы профилактики прогрессирования атеросклероза при патологии почек. Основные положения доклада заключались в том, что в основе ускоренного развития атеросклероза у больных хронической болезнью почек (ХБП) наряду с метаболическими нарушениями лежит акселерация апоптоза, связанная с изменением структуры и функции эндотелиоцитов и клеток белой крови; трансформация миофибробластов в остеобласты и нарушения в системе «фактор роста фибробластов-23 / фосфорно-кальциевый обмен».

При лечении ХБП одновременно с применением ИАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II и статинов следует корректировать содержание L-аргинина, его метаболитов и, при необходимости, фосфатбиндеров. Больные СД должны обследоваться и наблюдаться как у эндокринолога, так и у нефролога.

Доклад «Ожирение в клинической практике: причины и последствия» подготовила заместитель директора по научной работе ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук **Е.В. Колесникова**. Основными целями лечения ожирения являются достижение стабильного веса без нарастания массы тела; незначительное снижение массы тела на фоне диеты для уменьшения риска развития осложнений и умеренное снижение массы тела (минус 0,5-1,5 кг/нед) с существенным уменьшением влияния ФР (АД, уровень липидов и глюкозы, выраженность стеатоза печени

и поджелудочной железы и т. д.). В качестве медикаментозного лечения ожирения рекомендуются препараты супрессии аппетита, средства, замедляющие абсорбцию жира, а также вызывающие индукцию насыщения.

С сообщением «Печень и метаболический синдром: вариант терапии» выступила заведующая кафедрой внутренней медицины № 3 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор **Л.В. Журавлева**. Основу патогенетической терапии заболеваний печени составляют гепатопротекторы. К сожалению, на сегодня ни один из используемых в медицинской практике гепатопротекторов не удовлетворяет в полной мере всем требованиям, хотя в последние годы арсенал современных гепатопротективных средств расширился за счет появления как синтетических препаратов, так и новых природных средств.

Вопросы профилактики и лечения вирусных инфекций в практике врача-интерниста рассмотрел заведующий кафедрой инфекционных болезней Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор **А.К. Дуда**. Результаты клинических исследований показали, что назначение противовирусных препаратов уменьшает период вирусыведения и образования новых очагов, ускоряет разрешение сыпи и уменьшает тяжесть и продолжительность острой боли у пациентов с опоясывающим герпесом. Так, в контролируемых исследованиях с использованием рекомендуемых дозировок время до полного прекращения болевого синдрома при назначении фамцикловира составило 63 дня, тогда как при приеме плацебо – 119 дней. В другом исследовании была показана большая эффективность валацикловира по сравнению с ацикловиром: болевого синдрома при назначении первого исчезло полностью через 38 дней, а при применении второго – через 51 день. Валацикловир и фамцикловир имеют сходный эффект на герпесассоциированную боль у иммунокомпетентных пациентов. Таким образом, противовирусная терапия показана для скорейшего купирования не только кожных проявлений, но и острой фазы болевого синдрома.

На возможностях органопротекторной терапии в клинике внутренних болезней остановился старший научный сотрудник отдела нефрологии ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук **В.П. Денисенко**. Неспецифическая органопротекция – это комплекс мер адьювантной терапии, направленной на улучшение кровоснабжения и энергетического обеспечения тканей и органов. К средствам неспецифической органопротекции можно отнести антигипоксанты, цитопротекторы, антиоксиданты, витамины, ангиопротекторы, метаболические препараты. Докладчик подробно остановился на свойствах и эффектах некоторых антиоксидантов.

Заведующий кафедрой медицинской генетики Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук **Ю.Б. Гречанина** в качестве темы доклада избрала нарушения функции желудочно-кишечного тракта митохондриальной природы. Проанализировав типы наследования, этиологическую и патогенетическую классификацию митохондриальных заболеваний (МЗ), докладчик отметила, что основным патобиологическим процессом в митохондриях является апоптоз; представила алгоритм диагностики МЗ, их клинические особенности и биохимические проявления. В клиническом примере подробно рассматривались лечение МЗ и генная терапия дефектов дыхательной цепи.

О новых взглядах на ведение легкой БА согласно рекомендациям GINA (2014) сообщила заведующая отделом кардиопульмонологии ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук **Е.О. Крахмалова**. Основой базисной терапии БА являются ИКС, раннее назначение которых приводит к улучшению функции легких. У пациентов с обострением, не принимающих ИКС, имеет место более выраженное снижение функции легких по сравнению с таковым у больных, использующих ИКС. Для улучшения приверженности пациента к базисной терапии необходимо развеять его страхи по поводу побочных эффектов препаратов, научить его пользоваться ингалятором, объяснить, что делать при ухудшении симптомов БА; рекомендовать недорогое и простое в использовании доставочное устройство.

Сообщение «Статины при сердечно-сосудистых заболеваниях: фокус на плеiotропные эффекты» представил заведующий отделом атеросклероза и ишемической болезни сердца ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук **С.А. Серик**. Он отметил, что в настоящее время статины являются препаратом выбора при коррекции атерогенных гиподислипидемий (ГЛП), значимым компонентом первичной и, особенно, вторичной профилактики ССЗ.

Проблематику комбинированной гипотензивной терапии у пациентов высокого кардиоваскулярного риска затронул заведующий отделом популяционных исследований ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», кандидат медицинских наук **А.А. Несен**. Учитывая, что нормализации АД в режиме монотерапии достигают лишь 9-30% пациентов, а применение  $\geq 2$  лекарственных препаратов увеличивает шансы адекватного контроля АД до 70-90%, основными критериями комбинированной антигипертензивной терапии должны являться простота назначения для врача и удобство применения для больного, повышение комплаенса, легкое титрование дозы, потенцирование антигипертензивных эффектов, минимизация побочных реакций и фармакоэкономический эффект.

На новых подходах в диагностике и лечении анафилаксии сфокусировался профессор кафедры внутренней медицины № 2 и клинической иммунологии и аллергологии Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук **В.Д. Бабалджан**. Лечение анафилаксии заключается в устранении, если возможно, триггерного механизма, прекращении введения лекарственного средства, подозреваемого в запуске анафилактической реакции. После анафилаксии, вызванной пищей, не рекомендуются попытки вызвать у пациента рвоту. Важно не задерживать специфическое лечение, если удаление триггерного механизма невозможно.

В рамках конференции состоялись два симпозиума: «Современные стандарты ведения пациентов с острым коронарным синдромом. Фокус на двойную антиагрегантную терапию» и «Тромбоэмболия легочной артерии в терапевтической практике», которые касались актуальных проблем неотложной кардиологии – ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Заведующий отделением кардиохирургии и патологии кровообращения ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» (г. Харьков), кандидат медицинских наук **И.В. Поливинок** коснулся нового метода внутривенной визуализации сосудов – оптической когерентной томографии. Возможности метода включают диагностику рестеноза стента, диссекций коронарных артерий, протрузий бляшек через стент, неприсоединения стента к краям сосуда.

Заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук **Ю.С. Рудык** остановился на проблемах продления двойной антиагрегантной терапии более 12 мес. У пациентов, которые перенесли ОКС, в течение года остается высоким риск повторных ишемических событий, что в отдельных случаях оправдывает продление двойной антиагрегантной терапии. Персонализированный подход к лечению при ОКС является наиболее подходящим и оправданным.

Симпозиум «ТЭЛА в терапевтической практике» открыл доклад доктора медицинских наук, профессора **Л.И. Васильевой** (ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»), посвященный проблемам своевременной диагностики и лечения ТЭЛА. Старший научный сотрудник отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, кандидат медицинских наук **Я.М. Лутай** проанализировал различные методы диагностики и лечения ТЭЛА. Завершил работу симпозиума заведующий отделом острого инфаркта миокарда ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук **Н.П. Козица** сообщением о ведении пациента с одышкой и подозрением на ТЭЛА в условиях блока интенсивной терапии.

По итогам работы конференции принята резолюция, основные положения которой приведены ниже:

- считать важными и своевременными государственные инициативы по профилактике неинфекционных заболеваний внутренних органов;
- разработать и внедрить методические рекомендации по модификации образа жизни для первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов;
- постоянно проводить работу по формированию положительной мотивации у населения в отношении необходимости профилактики и лечения неинфекционных заболеваний внутренних органов;
- рекомендовать врачам практического здравоохранения фармакоинвазивную стратегию лечения ИМ с элевацией сегмента ST с оценкой риска возникновения коронарных осложнений, кровотечений по шкалам GRACE, CRUSADE;
- с целью улучшения диагностики ТЭЛА считать целесообразным применение ранней ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии легких с контрастированием, определение D-димера крови.