



ЛЮДИНА ТА ЛІКИ УКРАЇНА
НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС
www.chil.com.ua

V Национальный конгресс «Людина та ліки – Україна»

21-22 марта в г. Киеве состоялся V Национальный конгресс «Людина та ліки – Україна», во время которого было проведено большое количество научных секций, симпозиумов, лекций и мастер-классов в самых разных областях научной и практической медицины. Врачи получили возможность услышать мнение украинских и зарубежных ученых о наиболее актуальных вопросах и проблемах диагностики и лечения часто встречающихся в повседневной клинической практике патологий.

Директор Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Викторович Безруков представил доклад «Возрастные особенности фармакотерапии и обуславливающие их факторы».



– Устойчивый рост удельного веса лиц старше 60 лет в структуре населения является общемировой тенденцией, и, как свидетельствуют данные международной статистики, именно эта когорта характеризуется наиболее высоким уровнем заболеваемости и высокой частотой обращаемости за медицинской помощью. Это не удивительно, если учесть, что в пожилом и старческом возрасте резко возрастает количество факторов риска развития различных заболеваний. Кроме того, физиологические изменения, наблюдающиеся у лиц данной категории (изменение общей и регионарной гемодинамики, проницаемости капиллярной стенки клеточных мембран, снижение общего содержания белков крови, общего количества воды и т.д.), обуславливают изменения фармакокинетики лекарственных средств – нарушение их всасывания, элиминации, биотрансформации, распределения и транспорта в организме. Назначая медикаментозную терапию пожилым пациентам, следует помнить об опасности полипрагматии и высоком риске взаимодействия лекарственных средств при их одновременном назначении, а также о снижении приверженности пациентов к лечению в случае наличия побочных эффектов и неудобного режима приема препаратов. В связи с этим медикаментозная терапия у пожилых пациентов имеет ряд особенностей:

- лечение следует назначать по поводу основного заболевания, определяющего тяжесть больного, а выбор препарата осуществлять с учетом особенностей его фармакокинетики и фармакодинамики, ожидаемых побочных эффектов и общего состояния пациента;

- начальная доза препарата должна быть минимально эффективной, оптимальная доза достигается путем титрования в течение нескольких недель;

- в связи с возрастным нарушением биорефлекторной регуляции необходимо соблюдать осторожность при назначении препаратов, которые могут вызывать артериальную гипертензию (АГ) (метилдопа, симпатолитики и др.);

- не рекомендуется длительный прием салуретиков в связи с риском развития гипокалиемии с последующим нарушением сердечного ритма;

- необходимо избегать длительного приема препаратов центрального действия, способных вызвать



побочный эффект в виде развития депрессивных состояний;

- для выбора оптимальной дозы препарата и времени его приема у больных с АГ, ишемической болезнью сердца (ИБС), нарушениями сердечного ритма следует предварительно проводить холтеровский мониторинг артериального давления (АД), ЭКГ;

- в процессе лечения необходимо осуществлять контроль функции почек и водно-электролитного обмена, особенно при комплексной терапии;

- следует помнить о возможности развития толерантности к лекарственным препаратам, обусловленной хроническим течением заболевания и длительной медикаментозной терапией, и использовать переход на поддерживающие дозы или другие лекарственные средства с односторонним действием, регулирование количества принимаемых препаратов и другие приемы;

- с целью профилактики лекарственной интоксикации следует осуществлять контроль за пищевым, водным и солевым режимом, а также количеством выделяемой мочи;

- перспективным направлением решения проблемы оптимизации медикаментозной терапии у таких пациентов является использование в комплексной терапии цито- и гепатопротекторов.

Член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Иванович Дядык посвятил выступление хроническому повреждению почек (ХПП), которое является глобальной медицинской проблемой.

– Под термином ХПП понимают существующее на протяжении более 3 мес повреждение почек с патологическими изменениями в анализах мочи (гематурия, лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия)



независимо от того, имеется ли снижение функции почек. Кроме того, вторую группу больных с ХПП составляют лица, у которых на протяжении более 3 мес наблюдается снижение функции почек (скорость клубочковой фильтрации, СКФ <60 мл/мин) независимо от наличия изменений в анализах мочи.

Ведущими причинами ХПП являются АГ, сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), паренхиматозные поражения почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, амилоидоз), острая почечная недостаточность, тубулоинтерстициальный нефрит, поликистоз и врожденные аномалии почек.

О том, что проблема ХПП актуальна во всем мире, свидетельствуют международные статистические данные, согласно которым в 2004 г. около 2 млн пациентов получали заместительную терапию, в 2009 г. частота развития терминальной стадии почечной недостаточности составила 354 случая на 1 млн населения в США и 421-1152 случая на 1 млн населения в Европе (Era-EDTA Registry, 2009). Установлено, что в общей популяции снижение СКФ наблюдается у 10-11% лиц, микроальбуминурия (МАУ)/протеинурия – у 5-7%; предположительно у 10% лиц имеется ХПП. Такая ситуация обусловлена глобальным постарением населения, увеличением распространенности сахарного диабета, ожирения и других заболеваний, способствующих развитию ХПП (Khwaja A. et al., 2007).

ХПП ассоциируется с высоким риском общей и сердечно-сосудистой смертности, а снижение СКФ, наличие МАУ/протеинурии являются независимыми факторами риска развития ИБС и инсультов. У лиц с терминальной стадией почечной недостаточности смертность (прежде всего сердечно-сосудистой) в 10-20 раз превышает таковую в общей популяции (Kokubo V., 2012).

Тесная ассоциация между тяжестью почечной дисфункции и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) обусловила формирование представлений о существовании взаимосвязи между почечной и миокардиальной функциями и появление терминов «кардиоренальный синдром» и «ренокардиальный синдром». Пристальное изучение данной





проблемы позволило сделать выводы о том, что почечная недостаточность является независимым предиктором риска смерти у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Вместе с тем последняя часто является причиной неблагоприятных клинических исходов у пациентов с документированным ХПП. В целом у пациентов с ССЗ, в том числе с острым коронарным синдромом, повышение креатинина плазмы крови является независимым фактором риска негоспитальной смертности.

В крупном исследовании с участием больных с различными ССЗ (n=1609) установлена связь СКФ с существенным увеличением риска инфаркта миокарда (ИМ) и общей смертности, при этом на каждые 10% снижения СКФ наблюдалось увеличение частоты кардиоваскулярных осложнений на 20%, а общей смертности – на 33%.

Данные о тесной ассоциации ХПП с серьезными кардиоваскулярными осложнениями послужили основанием для введения емкого выражения в международной нефрологической практике: «лечить почки – означает защищать сердце». Вполне обоснованной можно считать и другую установку: «лечить сердце – значит защищать почки».

Руководитель отдела системных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Евгения Петровна Свищенко сделала акцент на необходимости профилактики когнитивных нарушений у пациентов с АГ:



– По данным Всемирной организации здравоохранения (2003), различные формы деменции входят в число наиболее распространенных причин инвалидности и смертности у лиц старше 60 лет. Атеросклероз и АГ являются одними из наиболее значимых факторов риска развития сосудистой деменции, актуальностью которой в нашей стране определяется не только постарением населения, но и плохим контролем АД и отсутствием адекватной сердечно-сосудистой профилактики на популяционном уровне.

Известно, что длительное течение АГ обуславливает высокий риск возникновения инсультов, лакунарных инфарктов головного мозга, поражения белого вещества и, как следствие, – развития постинсультной деменции.

Установлено, что каждый дополнительный год лечения АГ в среднем возрасте снижает риск развития сосудистой деменции на 6%, риск болезни Альцгеймера – на 6%. При этом продолжительность



лечения прямо коррелирует со снижением риска возникновения деменции (Pelia et al., 2006).

Накопленные на сегодня данные свидетельствуют о том, что далеко не все антигипертензивные препараты в одинаковой степени влияют на риск развития инсульта и деменции. Так, согласно результатам анализа базы данных врачей общей практики Великобритании за 1997-2008 гг., пациенты с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией в 2 раза реже принимали ИАПФ и блокаторы ангиотензина II (БРА) по сравнению с больными, у которых не развились данные состояния. Однако даже внутри групп этих препаратов существуют значительные различия в плане способности влиять на риск возникновения когнитивных нарушений, поэтому при выборе лекарственного средства для контроля АД у пациентов с высоким риском развития инсульта и деменции следует тщательно анализировать доказательную базу. В настоящее время в нашем распоряжении имеются результаты исследований, показавшие благоприятное влияние БРА лосартана на состояние памяти, циркадные ритмы АД и другие параметры, являющиеся значимыми факторами в развитии когнитивных нарушений.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой



рассказал о взаимосвязи пульмонологической патологии и ССЗ.

– Сочетание ХОЗЛ, бронхиальной астмы (БА) с ССЗ приобретает все большую распространенность, что обусловлено как демографическими факторами, так и рядом отягачивающих механизмов, которые запускаются при наличии ХОЗЛ и БА.

О наличии ассоциации между ХОЗЛ, БА и кардиальной патологией свидетельствуют данные, полученные исследователями в разных странах, согласно которым в популяции пациентов с ХОЗЛ наблюдается широкая распространенность АГ, ИБС, нарушений ритма сердца и других ССЗ. Установлено, что у больных ХОЗЛ с сопутствующими ССЗ уровень смертности выше, чем у пациентов с ХОЗЛ без ССЗ, а наличие ХОЗЛ увеличивает риск смерти у больных ИБС на 50% (Sin D.D., 2005). В целом ССЗ имеют наибольший удельный вес в структуре причин смертности пациентов с ХОЗЛ, и следует отметить, что эти заболевания характеризуются взаимоотягачивающим влиянием.



Установлено, что снижение показателя объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) <73% ассоциируется с увеличением риска ИБС на 26% у мужчин и на 24% у женщин (Hole D.L. 2002), а снижение ОФВ₁ на 10% увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности на 28%, нефатальных коронарных событий на 20%.

Основными механизмами, обуславливающими ухудшение течения ССЗ у пациентов с ХОЗЛ, являются:

- хроническое системное воспаление (уровень С-реактивного белка коррелирует с частотой экстрасистол, гипертрофией правого желудочка, вариабельностью сердечного ритма; концентрация



TNF α коррелирует с толщиной стенки правого желудочка, его диастолическим размером, систолической функцией желудочков);

- хроническая гипоксемия как стрессовый фактор, нарушающий режим функционирования сердечно-сосудистой системы при ХОЗЛ/БА;
- влияние длительного приема β -агонистов на частоту сердечных сокращений и риск развития синусовой тахикардии.

Следует отметить, что пациенты с ХОЗЛ, как правило, имеют большое число факторов кардиоваскулярного риска, таких как курение, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни. ХОЗЛ обуславливает ряд особенностей течения ССЗ. Так, при развитии ИМ у больных данной категории чаще по сравнению с общей популяцией отсутствует или слабо выражен болевой синдром, развивается одышка, и наблюдаемые симптомы расцениваются как обострение ХОЗЛ, что обуславливает задержку в постановке диагноза ИМ и госпитализацию пациентов.



Важным фактором, способствующим снижению риска развития ССЗ у пациентов с ХОЗЛ и БА, является проведение длительной базовой терапии, основной которой служат бронходилататоры длительного действия. Длительный прием базисной терапии ассоциируется со снижением частоты ишемических коронарных событий на 43% (EUROCORP), общей смертности на 56% (INSPIRE). Применение ингаляционных кортикостероидов ассоциируется со снижением риска сердечно-сосудистой смерти на 20% (Lee T.A., 2008). Однако, как показывают данные нашего исследования, большинство пациентов с ХОЗЛ и БА принимают только короткодействующие бронходилататоры, показанные при неотложных состояниях. Базовую терапию, способствующую замедлению прогрессирования снижения показателя ОФВ₁, принимают немногие пациенты, что свидетельствует о недостаточно активной просветительской работе врачей.

Таким образом, при сочетании ХОЗЛ/БА с ИБС, АГ и другими ССЗ формируется ряд принципиально новых клинических состояний, знания о которых и реагирование на них могут существенно улучшить прогноз пациентов.

При выборе препаратов для лечения ССЗ у пациентов с ХОЗЛ/БА следует ориентироваться на такие критерии, как отсутствие влияния на минеральный обмен (калий крови) и ЭКГ-характеристики, а также на наличие доказательной базы в отношении безопасности.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

3