

# Ежегодные терапевтические чтения

**25-26** апреля в ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков) состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Ежегодные терапевтические чтения: лечебно-диагностические технологии современной терапии», посвященная памяти академика Любови Трофимовны Малой. С докладами на мероприятии выступили ведущие специалисты стран Европы и СНГ.



В форуме приняли участие 365 ученых и высококвалифицированных специалистов различного профиля: терапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, пульмонологи, нефрологи, эпидемиологи, эндокринологи, клинические фармакологи, а также врачи общей практики - семейной медицины. Спектр обсуждаемых тем характеризовался широтой и многовекторностью: в фокусе внимания участников были медицинские и социальные аспекты внезапной смерти, персонализированная медицина в современной клинической практике, актуальные вопросы гепатологии, новейшие лечебно-диагностические технологии в терапии и др.

Открыл конференцию народный депутат Украины, академик НАМН Украины, руководитель Северо-Восточного научного центра МЗ и НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор А.Н. Беловол, который обратил внимание гостей и участников форума на то, что данное мероприятие посвящено двум очень важным проблемам в медицине – внезапной смерти и гепатопатологии. Кроме того, он сообщил о присвоении Институту терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины статуса национального.

С приветственным словом обратился президент Национальной академии медицинских наук, академик НАМН Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, директор ГУ «Институт гигиены и медицинской экологии им. А.Н. Марзеева НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор А.М. Сердюк. Он сообщил, что в рамках Меморандума о сотрудничестве в области медицинской науки и охраны здоровья между Российской академией медицинских наук и Национальной академией медицинских наук Украины от 3 октября 2012 г. был подписан договор между ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» и ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии» Сибирского отделения РАМН о совместной деятельности в форме творческого сотрудничества. Выступающий отметил большую роль Л.Т. Малой в создании и становлении Института терапии, подчеркнув, что благодаря ей это учреждение за короткое время превратилось в мощный научно-лечебный комплекс, где основное внимание уделялось развитию как медицинской науки в области терапии, так и терапевтической службе. Академик Л.Т. Малая создала авторитетнейшую кардиологическую школу, вклад которой в науку (в частности, открытие механизма развития претеросклеротических поражений кровеносных сосудов и др.) является значительным.

Участников научного форума также приветствовали почетные гости: депутат Верховной Рады Украины, председатель подкомитета по вопросам законодательного обеспечения развития фармацевтики, осуществления фармацевтической деятельности, производства и обращения изделий медицинского назначения, развития современных медицинских технологий, кандидат наук по государственному управлению А.Ф. Шипко, директор департамента здравоохранения и социальных вопросов Харьковского городского совета С.А. Горбунова-Рубан, выдающиеся ученые из разных городов Украины, России, Узбекистана, Германии, директора научно-исследовательских институтов и ректоры высших учебных заведений г. Харькова.

Блок «Медицинские и социальные аспекты внезапной смерти» открыл академик НАМН Украины, Заслуженный деятель науки и техники, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, директор Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор В.Н. Коваленко. Его доклад «Малосимптомный пациент с высоким кардиоваскулярным риском» был

посвящен стратегии предупреждения и стратификации осложнений течения сердечно-сосудистых болезней, снижению уровня внезапной смерти, улучшению качества и увеличению длительности жизни пациентов с кардиальной патологией. Выступающий подчеркнул, что для решения данной проблемы необходимы создание единого медицинского пространства, тесное сотрудничество с нейро- и кардиохирургами; помимо этого, высокоспециализированная медицинская помощь должна оказываться вертикально – начиная с первичного звена (семейные врачи) и заканчивая использованием высокотехнологических методов.

Внимание присутствующих привлек доклад «Взгляд кардиохирурга на проблему внезапной остановки сердца», который представил академик НАН и НАМН Украины, Герой Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, директор Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Г.В. Кнышов. Он сообщил об актуальности проблемы внезапной сердечной смерти в мире, дал определение данному феномену, отметив, что факторами риска внезапной сердечной смерти являются сердечные и несердечные причины. По данным American Heart Association (2002), у лиц, перенесших инфаркт миокарда или острый ишемический приступ, вероятность внезапной смерти в 4-6 раз выше, чем в общей популяции. В основе развития внезапной сердечной смерти при ишемии (хронической и острой) лежат нарушения формирования потенциала действия миокарда, разница потенциалов между нормальной и гипоксической зонами миокарда до 90 мВ при синдроме реперфузии; функциональная блокада проведения возбуждения по различным участкам проводящей системы при острой гипоксии миокарда, возникновение петли ринэтри в области рубцовой зоны.

В заключение выступления докладчик отметил, что на современном этапе развития кардиохирургии основным методом предупреждения и лечения внезапной остановки сердца является имплантация кардиовертера-дефибрилятора.

Академик НАМН Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, ректор Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Г.В. Дзяк ознакомил слушателей с проблемой внезапной смерти у спортсменов. У представителей данной группы возможно возникновение угрожающих жизни состояний на 2-3-й день после интенсивных длительных нагрузок, например, марафонского бега. Остановка сердца и внезапная смерть могут быть первым и единственным симптомом патологических изменений сердечно-сосудистой системы у спортсменов. Докладчик отметил, что существует два типа реакций сердца на нагрузку: сердце стайера (с развитием дилатации полости и умеренной гипертрофией) и сердце спринтера (с развитием гипертрофии).

К признакам патологического спортивного сердца относятся:

- преобладание гипертрофии миокарда (ГМ), а не физиологической дилатации левого желудочка;
- частый пульс (>75 уд/мин в покое) у лиц, тренирующихся выносливостью;
- нарушение диастолической функции миокарда и повышение его жесткости (этот факт можно использовать в качестве критерия при определении физиологической и патологической ГМ).

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – патологическое состояние, представляющее собой одну из наиболее частых причин внезапной смерти спортсменов в возрасте до 35 лет. ГКМП у внезапно умерших спортсменов

встречается в 35% случаев, что в 135 раз выше, чем в общей популяции, и служит причиной смерти в 26,4% случаев.

Резюмируя изложенное, академик Г.В. Дзяк подчеркнул: «Спортивный врач обязан не только сделать все для сохранения жизни и укрепления здоровья спортсмена, но и обеспечить успешную результативность его карьеры. Ни одна блестящая спортивная карьера не стоит человеческой жизни, а сердечная недостаточность – слишком высокая цена этого заманчивого, но очень опасного вида деятельности».

От имени группы исследователей из ГУ «Институт медицины труда НАМН Украины» (директор – первый вице-президент НАМН Украины, академик НАН и НАМН Украины, член-корреспондент РАМН, Заслуженный деятель науки Украины, дважды лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор Ю.И. Кундиев) профессор А.В. Басанец представила доклад «Внезапная смерть на рабочем месте и ее предупреждение». Выступающая отметила, что разрушение системы промышленной медицины имело ряд негативных последствий. Одно из них, возможно наиболее весомое, состоит в том, что работающие на предприятиях не имеют возможности получить необходимое медицинское сопровождение, своевременную и корректную медицинскую помощь при необходимости.

Вопросы эпидемиологического и молекулярно-генетического изучения факторов риска внезапной смерти в популяции России были рассмотрены в докладе члена-корреспондента РАМН, директора Научно-исследовательского института терапии Сибирского отделения РАМН (г. Новосибирск), доктора медицинских наук, профессора М.И. Воеводы.

Было отмечено, что к моногенным синдромам и заболеваниями, предрасполагающим к внезапной смерти, относят:

- синдром удлиненного QT;
- синдром Бругада;
- ГКМП;
- аритмогенную кардиомиопатию правого желудочка;
- катехоламинергическую полиморфную желудочковую тахикардию;
- дилатационную кардиомиопатию.

Для взрослой популяции наиболее часто документируется этиологическая роль кардиоваскулярной патологии. Среди сердечно-сосудистых заболеваний внезапная смерть, как правило, ассоциируется с ишемической болезнью сердца.

Молекулярно-генетическое исследование – наиболее перспективный подход к выяснению причин и механизмов внезапной смерти, поэтому изучение факторов риска последней и связи полиморфизма некоторых генов – кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний с индикаторами электрической нестабильности миокарда крайне актуально.

Суммируя сказанное, докладчик отметил, что полученные данные свидетельствуют о независимых ассоциациях полиморфизма генов – кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний с прогностически значимыми маркерами электрической нестабильности миокарда. Таким образом, дальнейшее изучение молекулярно-генетических основ внезапной сердечной смерти представляется перспективным.

На актуальных проблемах кардиохирургии остановился член-корреспондент НАМН Украины, директор Киевского городского центра сердца, Заслуженный врач Украины, доктор медицинских наук, профессор Б.М. Тодуров. Автор



отметил, что наиболее часто встречающейся проблемой в кардиохирургии является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), частота которой составляет 70 случаев на 100 тыс. населения ежегодно; смертность оценивается в среднем в 20-28%; в структуре госпитальной летальности занимает 10%, притом что ТЭЛА составляет около 1% всех госпитализаций. Прижизненная диагностика проводится в 20-25% случаев, основной угрозой развития ТЭЛА являются флотирующие тромбы.

Применяют следующие методики лечения пациентов с ТЭЛА: установку противоэмболического интравенозного кава-фильтра; тромболитическую терапию; тромбэмболектомию из легочной артерии; тромбэндартерэктомию из легочной артерии совместно с репаративными вмешательствами на трехстворчатом клапане.

Докладчик остановился на показаниях и противопоказаниях к тромболитической терапии. К первым относятся тромбоэмболия ствола и главных ветвей легочной артерии; тромбоэмболия главных ветвей легочной артерии в сочетании с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Противопоказаниями являются острое кровотечение; подозрение на расслоение аорты, острый перикардит, разрыв аневризмы; неконтролируемая артериальная гипертензия; ранний послеоперационный период.

В заключение Б.М. Тодуров отметил, что при остро возникшей массивной ТЭЛА наиболее эффективным методом лечения является тромболитическая терапия; хирургическая коррекция показана при ТЭЛА, существующей более 20 сут, а также при имеющихся противопоказаниях к проведению тромболитической терапии. Выполнение тромбэндартерэктомии из легочной артерии при хронической ТЭЛА с высокой легочной гипертензией должно сопровождаться пластикой трехстворчатого клапана, поскольку недостаточность клапана в данном случае носит органический характер. Операции при хронической ТЭЛА должны выполняться в условиях адекватного экстракорпорального обеспечения, поскольку перфузионные осложнения при полной остановке кровообращения могут быть более катастрофическими, чем хирургические осложнения. Больным с длительно существующим супрасистемным давлением в легочной артерии нельзя проводить тромбэктомию, таким пациентам показано выполнение трансплантации комплекса «сердце – легкие».

Биохимические и генетические нарушения, приводящие к тромбофилическим состояниям, по-прежнему остаются «белым пятном» на карте отечественной медицины, их дальнейшее изучение откроет дополнительные возможности для профилактики и лечения венозного тромбоза.

Пленарное заседание, посвященное вопросам гепатологии, открыл Х. Эрик Домингес-Муньос (Департамент гастроэнтерологии и гепатологии, Университетский госпиталь Сантьяго-де-Компостела, Испания). Его доклад был посвящен современным аспектам диагностики заболеваний гепатобилиарной и панкреатической систем. Современные методы диагностики указанной патологии включают ультразвуковые (в сочетании с эластографией, тонкоигольной биопсией) и эндоскопические методы исследования (холангиоскопия, панкреатоскопия). Ультразвуковая эндоскопия позволяет одновременно получать эндоскопические и ультразвуковые изображения, оценивать просвет органов желудочно-кишечного тракта, состояние их стенок и прилегающих органов и анатомических структур, а также обеспечивает применение сопутствующих технологий, таких как доплер- и эластография. Эндоскопическое ультразвуковое исследование поджелудочной железы используется в диагностике острого и хронического панкреатита, рака и кистозных опухолей поджелудочной железы, в т. ч. с целью оценки операбельности и злокачественности опухоли. Эластография второго поколения позволяет проводить количественный анализ эластичности ткани, что существенно повышает ее возможности в дифференциальной диагностике заболеваний поджелудочной железы. Холангиопанкреатоскопия дает возможность проводить биопсию, однако в ряде случаев требует выполнения сфинктеротомии. Холангиоскопия показана для визуализации и биопсии любой неясной билиарной стриктуры после стандартных процедур визуализации, а также для проведения электрогидравлической литотрипсии. Панкреатоскопия показана для визуализации и биопсии любой неясной стриктуры протока после стандартных процедур, диагностики внутрипротоковой папиллярно-муцинозной опухоли главного панкреатического протока и для раннего выявления рака поджелудочной железы и интраэпителиального новообразования главного панкреатического протока.

На перспективах терапии неалкогольного стеатогепатита остановилась член-корреспондент НАМН Украины, Заслуженный деятель науки и техники, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной академии последипломного образования

им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Н.В. Харченко. Докладчик сообщила, что в последние годы отмечается неблагоприятная тенденция к росту распространенности заболеваний печени, особенно неалкогольной жировой болезни печени. Понятие неалкогольной жировой болезни печени четко очерчено и охватывает спектр поражений печени, включающих жировую дистрофию, жировую дистрофию с воспалением и повреждением гепатоцитов – неалкогольный (метаболический) стеатогепатит и фиброз (с возможностью прогрессии и исходом в цирроз). Причины развития жировой болезни печени разнообразны, причем нередко отмечается их комбинированное воздействие. Наиболее распространены факторы приобретенного характера, в первую очередь нерациональное питание и сопутствующее ему ожирение. Большое значение имеют также нарушения кишечного пищеварения и всасывания, дефицит нутриентов, хроническое злоупотребление алкоголем.

Профессор Н.В. Харченко подчеркнула необходимость своевременных профилактических мероприятий по предотвращению развития неалкогольного стеатогепатита. Терапевтическая тактика заключается в нормализации рациона за счет снижения его калорийности и обеспечения полноценного белкового питания, а также в постепенном снижении массы тела. В медикаментозной терапии большая роль отводится антиоксидантам, положительные данные получены для урсодезоксихолевой кислоты, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, пентоксифиллина. С целью улучшения функции печени рекомендован прием гепатопротекторов.

В докладе Заслуженного деятеля науки и техники Украины, заведующего кафедрой внутренней медицины № 1 и клинической фармакологии Харьковского национального медицинского университета, заведующего отделом заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктора медицинских наук, профессора О.Я. Бабака рассматривались вопросы лекарственного поражения печени. Статистические данные относительно частоты лекарственных поражений печени свидетельствуют об их неблагоприятной медицинской, социальной и экономической значимости. Докладчик подчеркнул, что в ряде случаев дифференциальная диагностика лекарственного поражения печени вызывает значительные затруднения, и представил характеристики групп препаратов, наиболее часто вызывающих эти повреждения. Был также озвучен алгоритм дифференциальной диагностики лекарственных поражений печени. Выступающий акцентировал внимание на том, что важнейшими задачами лечения лекарственных поражений печени являются профилактика фиброза и уменьшение вероятности его трансформации в цирроз и рак печени. Также профессор О.Я. Бабак подробно остановился на существующих подходах к медикаментозной гепатопротекции и перспективных направлениях профилактики лекарственных поражений печени.

Вопросы взаимосвязи патологии печени и кишечного дисбиоза стали основной темой доклада директора ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Г.Д. Фадеенко. Микробиота участвует во всех видах обмена веществ, автор подробно охарактеризовала ее роль в обмене липидов и углеводов. Печень наряду с микрофлорой кишечника относится к основным детоксикационным органам, и нарушение взаимодействия этих систем приводит к взаимным функциональным и структурным изменениям как в них самих, так и в организме в целом. Кишечный дисбиоз не только сопровождает практически все хронические заболевания печени, но и является причиной развития некоторых из них, а также нарушений со стороны желчевыводящих путей. Методы коррекции метаболических нарушений печени зависят от нозологической формы и патогенеза заболевания.

О роли стеатоза как триггерного механизма развития фиброза печени доложил директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепропетровск), доктор медицинских наук, профессор Ю.М. Степанов. Важную роль в развитии и прогрессировании стеатоза играют нарушения жирового обмена, дислипидемии, которые нельзя рассматривать изолированно, злоупотребление алкоголем. Большое значение в формировании жировой болезни печени имеет избыточная калорийность питания. Поражение печени входит в состав метаболического синдрома; кроме того, доказана тесная взаимосвязь между кардиоваскулярным риском, развитием атеросклероза и формированием и прогрессированием неалкогольной жировой болезни печени. В настоящее время большое внимание уделяется роли воспаления, активации звездчатых клеток печени в прогрессировании жирового поражения данного органа. Фармакологическая коррекция этого состояния

предполагает нормализацию липидного обмена. Изучается роль эзетимиба, в т. ч. в комбинации со статинами, в нормализации липидного обмена и жирового поражения печени. Обширную доказательную базу имеют эссенциальные фосфолипиды, препараты урсодезоксихолевой кислоты.

Проблемам портوپульмональной гипертензии уделила внимание заведующая отделом кардиопульмонологии ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук Е.О. Крахмалова. Цирроз печени сопровождается развитием полиорганной дисфункции микроциркуляции, одним из проявлений которой является портوپульмональная гипертензия (ППГ). Скрининговым методом диагностики ППГ является эхокардиография, которая позволяет установить причину гипертензии малого круга и оценить количественно и качественно ее степень. Верификацию диагноза проводят путем катетеризации правых отделов сердца. Специфическая медикаментозная терапия ППГ показана со II функционального класса. Отличительной особенностью является наличие противопоказаний к приему антикоагулянтов, особенно при наличии варикозного расширения вен пищевода. С целью уменьшения вазоконстрикции используют антагонисты кальция. Положительные гемодинамические и клинические эффекты наблюдаются при применении нитратов, которые назначаются комплексно в сочетании с оксигенотерапией и диуретиками. Широко применяются простагландины, изучается безопасность применения блокаторов рецепторов эндотелина, к недостаткам которых, ограничивающим широкое применение, относятся гепатотоксические эффекты.

С докладом о гепаторенальном синдроме выступил заведующий отделом нефрологии ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор И.И. Топчий. Под данным синдромом понимают нарушение функции почек, возникшее на фоне тяжелого заболевания печени с синдромом портальной гипертензии и связанное со снижением скорости клубочковой фильтрации, которая клинически проявляется развитием почечной недостаточности. Была представлена характеристика двух типов гепаторенального синдрома.

О проявлении гепаторенального синдрома можно думать в тех случаях, когда при печеночной недостаточности снижается выделение мочи (<100 мл/сут), нарастает уровень креатинина и мочевины в сыворотке крови. Радиальным методом лечения гепаторенального синдрома является проведение альбуминового диализа при помощи аппарата «Искусственная печень» (MARS-терапия) с последующей аллотрансплантацией печени. Симптоматическая терапия включает в себя борьбу с интеркуррентными инфекциями, коррекцию гипохлоремии, гипонатриемии, электролитных расстройств, анемию, применение энтеросорбентов, гепатопротекторов.

Результатом обсуждения современных проблем внутренней медицины стала резолюция конференции, основные положения которой приведены ниже.

- ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» является учреждением, которое должно разработать единую методологию в оценке внезапной смерти, создать нормативную базу мероприятий, предупреждающих возникновение внезапной смерти, стандарты ранней диагностики и прогнозирования заболеваний внутренних органов, которые могут быть причиной возникновения внезапной смерти.

- Для создания национального алгоритма ранней диагностики и лечения заболеваний печени различной этиологии необходимо сконцентрировать весь научный потенциал на базе ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины».

- С целью интенсивного развития новых направлений исследований в области внутренней медицины, которые, с одной стороны, оценивают все больше параметров состояния органов и систем человека, а с другой – отражают мировые тенденции, такие как персонализированный подход к больному, лекарственный мониторинг, оценку эффективности лечения конкретного пациента, следует шире использовать современные наукоемкие технологии в терапевтической практике.

- Необходимо продолжать проведение фундаментальных исследований с использованием их результатов в прикладных исследованиях, направленных на создание новых медицинских технологий и внедрение их в систему здравоохранения.

- Следует продолжать изучение механизмов развития структурных и функциональных нарушений внутренних органов с применением современных методов их исследования и с учетом особенностей течения сочетанной патологии.