

Т.А. Лавренко, ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Научные и практические аспекты хронизации неинфекционных заболеваний внутренних органов: программа спасения здоровья нации

По материалам научно-практической конференции с международным участием

6 ноября в г. Харькове состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Научные и практические аспекты хронизации неинфекционных заболеваний внутренних органов», организатором которой выступил ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» совместно с Харьковским национальным медицинским университетом.



Доклад директора ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктора медицинских наук, профессора Г.Д. Фалденко был посвящен роли кишечной микробиоты в развитии неинфекционных заболеваний. В последние годы большое внимание уделяется изучению микробиоты кишечника, проведен ряд исследований, в т. ч. проект MetaNIT, в которых показано влияние кишечной микрофлоры на развитие многих заболеваний. Доказано, что более 150 видов бактерий заселяют организм человека, образуя уникальную, присущую только одному индивиду, кишечную микрофлору.

На сегодня установлена тесная связь микрофлоры кишечника с ожирением. Избыточная масса тела коррелирует с видовыми особенностями кишечной микрофлоры человека, а ожирение и метаболический синдром сопровождаются уменьшением видового разнообразия кишечной микробиоты и изменением пула микробных генов. При избыточной массе тела характерно преобладание в кишечной флоре бактерий рода Firmicutes, способствующих накоплению большего количества калорий.

Профессор Г.Д. Фалденко обратила внимание на то, что печень и кишечник рассматривают как единую систему метаболизма: нарушение одной ее части неизбежно приводит к изменениям в другой. При кишечном дисбиозе происходит транслокация продуктов жизнедеятельности бактерий и бактериальных фрагментов в портальный кровоток, что является непосредственной причиной развития основных хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей. Кроме того, существуют работы, доказывающие тесную взаимосвязь кишечного дисбиоза с сахарным диабетом (СД), аллергией, аутоиммунными заболеваниями, развитием онкологической патологии и др. В связи с этим предложена концепция роли кишечника в поддержании здоровья и развитии неинфекционных заболеваний (НИЗ). Лечение и профилактика наиболее распространенных НИЗ, связанных с обменом липидов, должны включать не только базисную терапию, но и предусматривать коррекцию дисбиотических нарушений (функциональное питание, использование про- и пребиотических средств и, в отдельных случаях, деконтаминацию кишечника).

В выступлении профессора кафедры клинической фармакологии Харьковского национального медицинского университета, доктора медицинских наук Л.Р. Бобриниковой были рассмотрены вопросы совершенствования диагностики и лечения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) при сочетанном течении с СД 2 типа. Максимальный риск развития НАЖБП наблюдается у пациентов с СД 2 типа, инсулинорезистентностью (ИР) и ожирением. Сочетание НАЖБП и СД 2 типа в 2-2,5 раза увеличивает риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Достаточно информативным для выявления и оценки степени прогрессирования процесса является определение показателей сывороточных маркеров воспаления (адипонектина, фактора некроза опухоли, С-реактивного белка, интерлейкина-6), гепатоцеллюлярного апоптоза (фрагментов кератина С-18), оксидативного стресса (продуктов перекисного окисления липидов и компонентов антиоксидантной защиты), уровня трансформирующего фактора роста TGF β , гиалуроновой кислоты, ТИМП-1 и других интрацеллюлярных компонентов матрикса. Получены удовлетворительные результаты использования тест-систем для диагностики некровоспалительной активности (ActiTest, NASH Test,

NASH predictive index), прогрессирования фиброза (Fibrotect, Fibro SURE, NAFLD fibrosis score, ELF panel). Среди инструментальных методик для оценки степени фиброза используют эластографию с Fibrosan и магнитно-резонансную эластографию. С целью верификации диагноза НАЖБП выполняется биопсия.

Лечебных рекомендаций по ведению пациентов с НАЖБП, основанных на данных крупных рандомизированных контролируемых исследований, в настоящее время не существует. Алгоритм ведения пациентов с НАЖБП базируется на снижении ИР, уровня свободных жирных кислот, оксидативного и цитокиноопосредованного стресса, предупреждения сердечно-сосудистых осложнений, а также на воздействии на гормонально-метаболический дисбаланс. Сочетание СД 2 типа с нарушениями функции печени диктует ограничения при выборе сахароснижающей терапии.

В основе лечения НАЖБП в сочетании с СД 2 типа лежит модификация образа жизни. Рекомендуются гипокалорийное питание и снижение массы тела. Вместе с тем результатов контролируемых клинических исследований о влиянии гипокалорийных диет и модификации образа жизни на течение НАЖБП в настоящее время нет. В фармакотерапии НАЖБП в сочетании с СД 2 типа целесообразно применение препаратов, повышающих чувствительность рецепторов к инсулину, – глитазонов, метформина, а также гепатопротекторов, антиоксидантов, препаратов урсодезоксихолевой кислоты, витамина Е, антиапоптотических и антифибротических препаратов.



Президент Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности, научный руководитель отдела сердечной недостаточности ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Л.Г. Воронков остановился на фармакотерапии хронической сердечной недостаточности (ХСН). Он отметил, что тактика ведения больных с острой декомпенсированной СН состоит во внутривенном введении диуретиков, назначении вазодилататоров, инотропов (по показаниям) и коррекции нарушений ритма, тогда как основу лечения больных со стабильной ХСН составляет длительное грамотное применение нейрогуморальных антагонистов (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), β -блокаторов (ББ), антагонистов минералокортикоидных рецепторов – АМР), диуретиков и других лекарственных средств (по показаниям). Были приведены классы фармпрепаратов, применяемых при систолической ХСН. Так, всем больным показаны ИАПФ, ББ и АМР. Отдельным категориям больных назначают ингибиторы If-тока (ивабрадин), дигоксин, диуретики.



Заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор М.Н. Долженко рассказала о реалиях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине. По ее словам, в Украине средний возраст мужчин, перенесших аортокоронарное шунтирование

или стентирование, составляет 62,3 года, а женщин – 59,8 года, при этом артериальная гипертензия (АГ) II и III ст. выявлена соответственно у 43 и 56% больных. Имеет место недостаточный охват диагностическими и лечебными мероприятиями у находившихся под наблюдением. Так, по данным EUROASPIRE IV, только 59,6% пациентов в течение 3 лет после острого инфаркта миокарда была проведена коронарная ангиография, 43,9% – реваскуляризация. Медикаментозная терапия в виде аспирина была назначена только 81% больных, 65% пациентов получали ИАПФ/БРА, а 70% – статины. В результате только в 15% случаев был достигнут целевой уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – 1,8 ммоль/л.



С докладом «Нестероидные противовоспалительные препараты и ингибиторы протонной помпы: старая проблема – новые акценты» выступил заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор О.Я. Бабак. По данным ВОЗ (2013), 10-50% населения земного

шара страдают нарушениями опорно-двигательного аппарата; 70 млн человек получают терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), при приеме которых опасность развития эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка возрастает в 3,9 раза, риск кровотечений – в 8 раз. Единичные и множественные эрозии при эндоскопии выявляются у 50% больных, систематически принимающих НПВП, а язвы (чаще желудочной локализации) – у 25%. Среди госпитализированных пациентов с диагнозом пептической язвы, принимающих неселективные НПВП, смертность составляет 35%. К особенностям течения гастродуоденальных эрозивно-язвенных повреждений на фоне приема НПВП относится бессимптомный или малосимптомный характер. Это может проявляться внезапными острыми кровотечениями, имеющими затяжной характер (до 2-3 нед), что объясняется несвоевременностью обращения за медицинской помощью и поздней госпитализацией (в 95% случаев).

В качестве фармакотерапии при НПВП-гастропатиях из всех ингибиторов протонной помпы предпочтение отдается эзомепразолу, так как комбинация селективных НПВП и эзомепразола характеризуется минимальным риском кровотечения (при использовании цекоксиба в комбинации с эзомепразолом рецидивов кровотечения не зафиксировано). Применение эзомепразола в дозе 20 мг/сут достоверно уменьшает риск развития желудочных и/или дуоденальных язв и симптомов, связанных с непрерывным использованием аспирина в низких дозах.



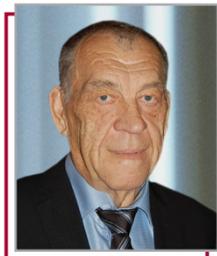
На проблемах рутинной практики догоспитального ведения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST акцентировала внимание присутствующих заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор В.И. Целуйко. Были рассмотрены современные подходы к ведению больных с ОКС, к которым относятся первичная инвазивная стратегия, тромболитическая терапия (ТЛТ) и украинский вариант – консервативное лечение.

Анализ данных оказания помощи на догоспитальном этапе 100 доставленным в клинику больным с инфарктом миокарда выявил серьезные нарушения, в т. ч. некорректные назначения, дозы и пути введения низкомолекулярных гепаринов; 20 больным догоспитально не введены антикоагулянты, 33 пациентам несвоевременно

ввели антикоагулянты (после ТЛТ или только болюс без п/к введения эноксапарина или в/в капельного гепарина). У 15 больных выявлены недостаточные дозы, 14 пациентов получили гепарин в дозе 5-10 тыс. ед. (рекомендованная доза – 4 тыс. ед.), фондапаринукс – 5 мг (рекомендовано болюс 2,5 мг, через сутки 2,5 мг п/к). Отмечены нарушения антитромбоцитарной терапии.

В классификации медицинских ошибок особое место занимают:

- неверный подбор дозы и временных параметров приема препарата;
- некорректное или неоправданное назначение;
- применение препаратов без учета индивидуальных особенностей;
- неназначение необходимого лекарства или ненадлежащий мониторинг терапии.



Доктор медицинских наук, профессор В.И. Волков (отдел атеросклероза и ИБС ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины») назвал свой доклад «Статины: целевые уровни липопротеинов низкой плотности, дозирование, приверженность к лечению». В настоящее время в сфере диагностики и лечения дислипидемии ориентируются на европейские (ЕАО/ЕОК, 2011) и отечественные рекомендации 2012 г., основой которых является терапия статинами до достижения целевого уровня холестерина (ХС) ЛПНП <1,8 ммоль/л в зависимости от исходного сердечно-сосудистого риска (очень высокий, высокий, умеренный). Американские рекомендации (АКК/ААС) 2013 г. классифицируют пациентов, которым требуется лечение статинами, на 4 группы: с клинически проявляющимся атеросклерозом; с первичным повышением уровня ХС ЛПНП >4,9 ммоль/л (190 мг/дл); в возрасте 40-75 лет с СД, уровнем ХС ЛПНП 1,8-4,9 ммоль/л без клинических проявлений атеросклероза или СД с уровнем ХС ЛПНП 1,8-4,9 ммоль/л и риском развития клинических проявлений атеросклероза в течение 10 лет >7,5%. Американские рекомендации также предлагают три уровня доз для терапии статинами: высокие (аторвастатин 40-80 мг, розувастатин 20 (40) мг), их использование приводит к снижению ХС ЛПНП в среднем >50%; умеренные (аторвастатин 10 (20) мг, розувастатин (5) 10 мг, симвастатин 20-40 мг, ловастатин 40 мг) обеспечивают снижение ХС ЛПНП на 30-50%; низкие (симвастатин 10 мг, ловастатин 20 мг) – ≤30%. Следует учитывать, что эффект терапии статинами наступает при длительном применении. В заключение выступающий отметил, что рекомендации – это не закон, это правила, которые помогают практическим врачам принимать правильное решение в тех или иных клинических ситуациях.

Оптимизация лечения хронического пиелонефрита стала темой доклада **заведующей отделением нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, главного внештатного специалиста по нефрологии управления здравоохранения Харьковской ОГА, профессора кафедры урологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Н.М. Андоновой**.

В Украине среди взрослого населения ежегодно регистрируется около 650 тыс. случаев хронического пиелонефрита, из них более 50 тыс. выявлены впервые. Лечебные мероприятия при инфекции мочевой системы должны быть направлены прежде всего на ликвидацию микробно-воспалительного процесса в почках и мочевыводящих путях, снижение интоксикации при высокой активности процесса, нормализацию уродинамики как верхних, так и нижних мочевыводящих путей и повышение иммунологической реактивности организма. Антибактериальная терапия при хроническом пиелонефрите является важнейшим мероприятием, подбор патогенетического лечения проводится с учетом вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, эффективности предыдущих курсов лечения, нефротоксичности препаратов, состояния функции почек, клинико-лабораторных показателей и общесоматического статуса пациента.



Особенностям терапии у больных остеоартрозом (ОА) уделил внимание **заведующий кафедрой внутренней медицины № 2 с профессиональными болезнями ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», доктор медицинских наук, профессор И.П. Катеренчук**. Распространенность ОА в украинской

популяции составляет 6,43%. В возрастной категории старше 45 лет этот показатель соответствует 13,9%, старше 50 лет – 27,1%. В популяции старше 60 лет ОА поражено до 97%. Ожидается, что к 2020 г. число лиц с ОА увеличится до 57%.

Согласно рекомендациям European League Against Rheumatism (EULAR) 2009 г. оптимальное лечение ОА должно включать комбинацию немедикаментозных и медикаментозных методов и индивидуализированную терапию. Все пациенты должны быть обучены принципам защиты суставов от повреждений и применению местных согревающих процедур. При локализации процесса в мелких суставах для предотвращения развития деформаций рекомендовано ношение шин, ортезов. Местное лечение предпочтительнее системного, особенно в случае слабой или умеренной выраженности болевого синдрома. Анальгетическим средством первого выбора в силу эффективности и безопасности является парацетамол. Если ответ на парацетамол недостаточен, следует перорально применять НПВП как можно более коротким курсом.

Пациенты с повышенным риском осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта должны принимать НПВП плюс гастропротекторные средства или селективные ингибиторы ЦОГ-2. Также следует применять симптоматические средства для лечения ОА, обладающие низкой токсичностью (например, глюкозамин, хондроитинсульфат, внутрисуставное введение гиалуроната) и уменьшающие выраженность симптомов. Хирургические вмешательства, такие как интрузивная артропластика, остеотомия, артродез, показаны при тяжелом поражении суставов с выраженным болевым синдромом и/или нарушением работоспособности при неэффективности консервативного лечения.

Второе пленарное заседание было посвящено роли питания в профилактике неинфекционных заболеваний. **Профессор Г.Д. Фадеенко** представила доклад «Диетическое питание больных с сахарным диабетом 2 типа». Пациентам с избыточным весом или ожирением и с СД 2 типа рекомендовано снижение массы тела путем индивидуального уменьшения энергетической ценности рациона при сохранении здорового характера питания. Умеренное снижение веса может обеспечить клиническое улучшение (уменьшение гликемии, артериального давления, коррекция нарушений липидного обмена), особенно в начале процесса заболевания. Для достижения умеренного снижения веса показана интенсивная модификация образа жизни (консультирование по вопросам питания, физической активности, изменение поведения).

Поскольку количество углеводов и доза инсулина являются самыми важными факторами, влияющими на постпрандиальную гликемию, они должны быть учтены при разработке плана питания. Мониторинг потребления углеводов, будь то точный расчет углеводов или приближительная оценка, остается ключевой стратегией для достижения контроля гликемии. Предпочтение следует отдавать углеводам из овощей, фруктов, цельного зерна, бобовых и молочных продуктов; потребление других источников углеводов, особенно содержащих жиры, сахара, натрий, следует ограничить. Пациентам с СД рекомендуется включать в рацион клетчатку как минимум 14 г / 1000 ккал/день, или 25 г/сут для взрослых женщин и 38 г/сут для взрослых мужчин (рекомендация для общей популяции).

Пациент должен быть обучен профессионалом самостоятельно планировать свой ежедневный рацион, что будет способствовать повышению приверженности диете в долгосрочной перспективе.



Значение питания в профилактике злокачественных новообразований рассмотрел **заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», доктор медицинских наук, профессор И.Н. Скрынник**. Он отметил, что в структуре ассоциированной с онкопатологией летальности около 30% случаев связаны с поведенческими и диетическими факторами риска, такими как избыточная масса тела, низкое потребление овощей и фруктов, недостаточная физическая активность, курение и злоупотребление алкоголем.

К основным подходам в канцеропревенции относятся скрининг, позволяющий выявить предраковые состояния или опухоли на ранних стадиях развития, и комплексное влияние на модифицируемые факторы риска (как воздействия внешней среды, так и связанные с образом жизни).



Руководитель Государственного научно-исследовательского центра по проблемам гигиены питания, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Диетология», кандидат медицинских наук О.В. Швец охарактеризовал диетологические подходы к профилактике и контролю АГ. В настоящее время для профилактики и лечения АГ европейские и американские экспертные группы рекомендуют такие изменения в питании, как существенное снижение потребления соли; умеренное употребление алкоголя; снижение избыточного веса; значительное ограничение потребления технологически обработанных продуктов (снеков, кондитерских изделий, мясных изделий, хлеба); увеличение употребления овощей, фруктов, бобовых, орехов, обезжиренных молочных продуктов и продуктов, богатых калием и кальцием; растительных пищевых волокон; омега 3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

Во втором сообщении О.В. Швец коснулся преимуществ и недостатков вегетарианских диет. Основной нутрициологический риск, связанный с вегетарианской диетой, обусловлен неадекватным поступлением пищевых веществ в периоды интенсивного роста и особенных физиологических потребностей организма (у детей, подростков, беременных и кормящих женщин). Чем жестче ограничен набор употребляемых продуктов, тем выше риск дефицита важных пищевых элементов. Вегетарианская диета может обеспечить особые потребности организма, если будет разумно спланирована с учетом профилактики недостатка важнейших нутриентов, таких как белок, железо, цинк, кальций, витамины D и B₁₂, а также омега-3 ПНЖК.

Вопросы комплексной коррекции избыточного веса и лечения ожирения были положены в основу доклада **заместителя директора ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» по научной работе, доктора медицинских наук Е.В. Колесниковой**. Согласно представленным выступающей данным, 38% населения Украины страдает ожирением. Целями лечения ожирения, особенно у пациентов с НИЗ, является стабилизация веса без нарастания массы тела; незначительное снижение массы тела на фоне диеты с целью уменьшения сердечно-сосудистого риска и умеренное снижение массы тела (0,5-1,5 кг/нед) для существенного уменьшения факторов риска НИЗ. В то же время лечение ожирения не требуется у пациентов со средним гиноидным ожирением при отсутствии факторов риска; у желающих снизить массу тела из косметических соображений и у лиц с депрессивным синдромом.

Необходимо создание кабинетов коррекции веса, в которых будут проводиться консультативный прием пациентов с нарушением энергетического обмена, расширенная антропометрия и анализ пищевого дневника, анкетирование и лечение ожирения с применением пошаговой программы снижения веса и психотерапевтической поддержкой как в группах, так и индивидуально.

Использованию специальных продуктов питания для коррекции факторов риска НИЗ было посвящено выступление **А.А. Мартынука (кафедра внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев)**. Перечень специальных продуктов питания данного профиля включает диетические добавки; пищевые продукты для специальных медицинских целей, для специального диетического использования и для контроля веса. Это продукты или компоненты рациона, которые могут улучшить состояние здоровья за счет физиологического действия основных нутриентов; продукты, содержащие биологически активные компоненты пищи, оказывающие конкретные физиологические эффекты; а также продукты, модифицированные путем введения в них дополнительных веществ или удаления/уменьшения содержания нежелательных компонентов. Так, к специальным пищевым продуктам относятся продукты с модификацией белкового, жирового, углеводного компонента и витаминно-минерального состава, а также продукты, обогащенные пробиотиками (бифидо- и лактобактериями) и модифицированные по калорийности.

Широкое использование функциональных пищевых продуктов, имеющих доказанное влияние на здоровье человека, не только позволит улучшить структуру питания населения, но и будет способствовать профилактике наиболее распространенных алиментарно-зависимых заболеваний, таких как сердечно-сосудистая патология, ожирение, СД 2 типа и др.

По итогам конференции принята резолюция, содержащая ряд важных положений касательно оптимизации профилактики, диагностики и лечения неинфекционной патологии.