

Место встречи изменить нельзя: врачей первичного звена приглашает Винница!

18-19 марта Винницким национальным медицинским университетом (ВНМУ) им. Н.И. Пирогова при поддержке Департамента здравоохранения и курортов Винницкой областной государственной администрации, Департамента здравоохранения Винницкого городского совета, Ассоциации врачей Подолья в помещении областной филармонии «Плеяда» (г. Винница) была проведена традиционная весенняя научно-практическая конференция с международным участием «Терапия 2015: достижения и перспективы».

Следует подчеркнуть, что данное мероприятие входит в утвержденный Министерством здравоохранения Украины Реестр съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций, запланированных на 2015 г.

Как отметил во вступительном слове организатор мероприятия, заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины ВНМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой, научно-практическая терапевтическая конференция в г. Виннице — единственный региональный проект такого уровня в Украине, в 2015 г. она состоялась 22-й (!) раз подряд.

Терапевтическая конференция в г. Виннице — востребованная площадка для обмена мнениями и практическим опытом. Гостями данного мероприятия в различные годы становились ведущие отечественные ученые в области пульмонологии — академики НАМН Украины Ю.И. Фещенко, Г.В. Дзяк, члены-корреспонденты НАМН Украины Т.А. Перцева, В.З. Нетяженко, Н.Г. Горovenko, профессора А.Я. Дзюблик, Л.А. Яшина, В.К. Гаврисюк; авторитетные кардиологи — члены-корреспонденты НАМН Украины А.Н. Пархоменко, Ю.Н. Соколов, профессора М.И. Лутай, Л.Г. Воронков, О.И. Жаринов, Ю.Н. Сиренко; выдающиеся гастроэнтерологи — профессора О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко и др.

За время проведения конференции в ней неоднократно принимали участие эксперты из Германии, Польши, Израиля, Франции, стран Балтии, Российской Федерации.

Высочайший профессиональный уровень и неизменно актуальная тематика выступлений, нетривиальные подходы к подаче сложной информации и широкий спектр обсуждаемых тем, полезных как для семейных врачей, так и для специалистов узкого профиля, обеспечивают огромную популярность конференции не только в регионе, но и далеко за его пределами. Показательно, что зал областной филармонии был переполнен: в течение 2 дней зарегистрировались 1563 специалиста, среди них врачи общей практики — семейной медицины, терапевты, педиатры, пульмонологи, аллергологи, оториноларингологи, кардиологи, гастроэнтерологи, неврологи из разных уголков Украины. Без сомнения, по посещаемости терапевтическая конференция может составить конкуренцию любому культурно-развлекательному мероприятию.

Партнерами мероприятия традиционно стали фармацевтические компании Sandoz, Boehringer Ingelheim, «Юрия-Фарм», GlaxoSmithKline, KRKA и др.

Блистательное научное созвездие 2015

Насыщенная двухдневная лекционная программа включала более 50 докладов, посвященных актуальным проблемам современной медицины. В течение первого дня были представлены несколько ключевых докладов, базирующихся на данных государственных согласительных документов по лечению инфекций верхних и нижних дыхательных путей и вызвавших огромный интерес у аудитории:

✓ автор отечественных рекомендаций (3 приказов и методических рекомендаций), заведующий отделением неспецифических заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии

и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Александр Ярославич Дзюблик рассмотрел особенности лечения внебольничной пневмонии (ВП) в амбулаторных условиях и перечислил основополагающие моменты, на которых следует сфокусироваться семейному врачу;

✓ главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Оториноларингология», заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Попович остановился на подходах к ведению пациентов с инфекциями ЛОР-органов (в частности, с острыми тонзиллитами) в соответствии с согласительными документами;

✓ принципы лечения бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей осветила заведующая кафедрой педиатрии № 1 НМАПО им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Охотникова;

✓ определил правильные ориентиры, облегчающие выбор бронхолитика при обострениях вирусиндуцированной бронхиальной астмы (БА), заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии с курсом профессиональных болезней Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Николай Николаевич Островский.

Также были проанализированы протоколы обследования и алгоритмы выбора анальгетиков при боли в спине (профессор С.П. Московко, г. Винница); охарактеризованы возможности профилактики и лечения хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ; профессор Ю.М. Мостовой, г. Винница); обсуждались точечные приложения пробиотиков в профилактике и лечении кишечных расстройств (профессор Н.В. Хайтович, г. Киев); презентованы данные касательно использования муколитиков и бронхолитиков в случае БОС, а также в отношении выбора антибиотика для лечения острого бронхита бактериальной этиологии (кандидат медицинских наук Л.В. Юдина, г. Киев); расставлены акценты относительно выявления и лечения депрессивных расстройств в амбулаторных условиях (доктор медицинских наук О.П. Мостовая, г. Винница), назначения СМАРТ-терапии при БА (кандидат медицинских наук С.С. Симонов, г. Киев).

В поле зрения профессора И.Г. Палий (г. Винница) попали способы достижения оптимального баланса между эффективностью и безопасностью нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП); во втором выступлении докладчик привела показательный клинический пример успешного лечения молодого пациента с пищеводом Барретта посредством оптимизации терапии ингибиторами протонной помпы.

Чрезвычайно важной и актуальной для врачей первичного звена была лекция профессора



Е.П. Свищенко (г. Киев) «Ошибки в лечении артериальной гипертензии», предполагавшая разбор и анализ типичных ошибок и неправильных назначений. Артериальная гипертензия (АГ) — одна из наиболее острых проблем современной украинской медицины, поэтому ценность практических советов и лаконичных рекомендаций, прозвучавших в докладе профессора Е.П. Свищенко, сложно переоценить.

Впервые перед винницкой аудиторией выступил член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 1, неонатологии и биоэтики Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Николай Леонидович Аряев. Представляя доклад, посвященный современному направлению в лечении инфекций дыхательных путей у детей, он высказал убеждение, что успех лечения во многом определяется разработкой и своевременным обновлением клинических протоколов, реализацией стратегии Государственного экспертного центра МЗ Украины по созданию Государственного формуляра лекарственных средств и взвешенным назначением антибиотикотерапии (АБТ).

Основными проблемами, по мнению докладчика, на сегодня являются недостаточно частое обновление клинических протоколов, неполный учет принципов доказательной медицины (в частности, ошибочное включение в них гомеопатических и антигемотоксических средств), существование противоречий согласительных документов и международных наработок, в целом недостаточное участие в их разработке профильных ассоциаций (следует подчеркнуть, что Ассоциация педиатров и неонатологов Украины, напротив, ведется активная работа в данном направлении).

На примере отечественного протокола по оказанию медицинской помощи детям с острым бронхитом (2005) профессор Н.Л. Аряев представил расхождения с международными документами. Украинские рекомендации:

✓ указывают на необходимость соблюдения диеты № 5, тогда как международные подходы не предусматривают диетических ограничений;

✓ в отличие от мировой практики допускают применение антигистаминных средств у детей с аллергическими симптомами и поливитаминов в дозах, превышающих физиологические потребности;

✓ рассматривают возможность назначения противокашлевых средств при том, что в зарубежной практике целесообразность их приема при остром бронхите дискутируется;

✓ разрешают широкое использование физиотерапии (УВЧ, микроволновой терапии, электрофореза и др.);

✓ не содержат строгих требований касательно необходимости использования исключительно стандартизированных фитосредств;

✓ включают препараты, не внесенные в Государственный формуляр лекарственных средств.

Заведующий отделом симптоматических гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко, напротив, является постоянным гостем «терапевтической весны» в г. Виннице.

В рамках проблемной лекции он пригласил присутствующих к диалогу на тему ситуации в области контроля АГ и осветил современные достижения в данном направлении. АГ — наиболее распространенное хроническое заболевание и основная причина смерти в мире. Количество пациентов с АГ в Украине оценивают примерно в 12 млн, тогда как кардиологов — всего 3,5 тыс., а семейных врачей — около 30 тыс. Неудовлетворительные показатели контроля АГ обусловлены широкой распространенностью и обширным спектром факторов риска (у 61% пациентов выявляются ≥3 факторов риска, и только у 1% больных они отсутствуют); низкой приверженностью больных к лечению (профессор Ю.Н. Сиренко выразил уверенность, что «работают только те средства, которые принимаются»); неправильным выбором терапевтической тактики врачами (например, одним из лидеров продаж в нашей стране является комбинация каптоприла/гидрохлортиазида, которую нельзя назвать оптимальной) и др.

Как указал докладчик, еще совсем недавно, в 1990-х гг., уровень контроля АГ во многих странах находился на уровне 15-18%. Так, в Англии, где данный показатель составлял всего 9% и существенно уступал таковому даже в территориально близкой Шотландии, значимого прогресса в данном направлении удалось достичь с помощью тактики финансового стимулирования врачей общей практики. За каждый случай достижения контроля АГ специалист получал надбавку к заработной плате, и это способствовало улучшению контроля до 70%.

В Канаде, модель здравоохранения которой функционирует по социалистическому принципу (граждане страны обеспечиваются бесплатным государственным страхованием), в 2009 г. был разработан и внедрен упрощенный и удобный алгоритм STITCH для ведения пациентов с неосложненной АГ врачами общей практики — семейной медицины. Он предполагает следующие этапы:

- шаг 1: стартовая терапия низкодозовой комбинацией ингибитор ангиотензинпревращающего фермента / диуретик или блокатор рецепторов ангиотензина II / диуретик;
- шаг 2 (при неэффективности): повышение дозировки комбинированной терапии;
- шаг 3 (при неэффективности): добавление антагонистов кальция и титрование дозы;

Продолжение на стр. 18.

Место встречи изменить нельзя: врачей первичного звена приглашает Винница!

Продолжение. Начало на стр. 17.

• шаг 4 (при неэффективности): добавление β-блокаторов, α-блокаторов или спиронолактона. Сравнение результативности лечения с помощью стандартных подходов Канадской ассоциации кардиологов (27 поликлинических отделений) и алгоритма STITCH (18 поликлинических отделений), выполненное в 2009 г. с участием более 2 тыс. больных, продемонстрировало преимущества последнего по параметру контроля АГ (65 vs 53%) и более высокую частоту использования комбинированных препаратов (85 vs 15%) через 6 мес терапии.

Профессор Ю.Н. Сиренко поделился собственным любопытным наблюдением: «Замена генерического антигипертензивного препарата на брендовый у пациентов с неадекватным контролем АГ позволяет достичь целевых показателей почти в 50% случаев».

Доктор медицинских наук Ольга Петровна Мостовая, практикующая как психолог, психиатр, психоаналитик и психотерапевт, сфокусировала внимание врачей первичного звена на возможностях выявления и амбулаторного лечения депрессии. Она рассказала, что выделяют 2 основных клинических варианта расстройств настроения (аффективных) – депрессия вследствие перенесенного стресса (смерть близкого человека, авария, карьерный крах и проч. в предшествующие 6 мес; как правило, у людей, которые до этого были эмоционально стабильны и адаптированы) и нарушения регуляции эмоций (крайне сложны в диагностике). Устанавливать диагнозы «депрессия, вызванная стрессом» и «расстройство регуляции эмоций» имеет право как психиатр, так и семейный врач.

При депрессии вследствие стресса назначаются атипичные нейрелептики (например, амитсульприд 100-200 мг/сут курсом 3-4 нед); в качестве второй линии – селективные антидепрессанты (эсциталопрам – при стойкой раздражительности, пароксетин – в случае превалирования тревоги, венлафаксин – на фоне апатии). В случае если семейному врачу известно о возникших у пациента трудностях, но тот, на первый взгляд, реагирует на них нейтрально, следует задумать адаптивную реакцию психической защиты, первый вариант депрессии.

Для пациентов с нарушением регуляции эмоций (биполярным аффективным расстройством, большим депрессивным расстройством, т. н. меланхолической депрессией, оплакивающей жизнь и др.) свойственны необоснованные жалобы, беспричинная грусть, соматизированные симптомы (эмоции, необработанные вовремя, ложатся тяжелым грузом на соматические органы), сочетание с гипоманией, раздражением, возбуждением. Существует множество форм этого нарушения. О.П. Мостовая предупредила, что назначение антидепрессантов этой категории больных не рекомендуется, т. к. чревато возникновением суицидальных мыслей и действий; в первой линии лечения показано использование стабилизаторов настроения (нормотимиков): вальпроатов (при доминировании депрессивных фаз), ламотриджина (когда превалирует раздражительность), карбамазепинов (для смешанных состояний), препаратов лития (правда, в Украине они еще не представлены); во второй – селективных антидепрессантов более длительно (6-8 мес). Ограничено использование вальпроатов в период беременности, высокий риск побочных эффектов характерен для карбамазепина.

«Если существуют трудности и сомнения при проведении дифференциальной диагностики депрессивных проявлений, рационально применить в качестве стартовой терапии нормотимики и направить больного к профильному специалисту, т. к. психотические симптомы – галлюцинации и др. – могут возникнуть вторично», – констатировала докладчик.

Несмотря на продолжительную историю проведения конференции, организаторы в который раз смогли приятно удивить делегатов. Живым

откликом аудитории сопровождалась новаторские форматы подачи информации: так, профессор Ю.М. Мостовой прочитал лекцию «Избранные вопросы БА» в интерактивном режиме с SMS-голосованием. Аудитория могла участвовать в обсуждении темы и высказывать собственную точку зрения на тот или иной аспект, отправив SMS-сообщение на короткий бесплатный номер.

Интересно было наблюдать за дискуссией между тремя грандами отечественной медицинской науки – профессорами А.Я. Дзюбликом, В.И. Поповичем и Ю.М. Мостовым, – проходившей на глазах у зрителей. Необычный формат этого круглого стола удачно сочетался



с интересной тематикой: освещались подходы к АБТ с двух ракурсов – с позиции оториноларинголога и пульмонолога.

Исследователь ↔ семейный врач

В настоящее время продолжаются активные дискуссии, касающиеся реформирования медицинской отрасли. И хотя пока непонятно, совпадут ли грезы о том, какой бы она могла быть, с реальными достижениями, уже сейчас ясно, что взаимодействие частных клиник и государственных медицинских учреждений в ближайшем будущем заметно усилится.

В ответ на требование времени впервые в истории отечественных медицинских форумов один из докладов мероприятия был посвящен обсуждению возможностей участия врачей первичного звена в клинических исследованиях. **Директор частного медицинского центра «Пульс» (г. Винница) Андрей Анатольевич Сидоров** информировал присутствующих о широких возможностях и преимуществах участия в клинических исследованиях (КИ). Он подчеркнул, что в сознании специалистов такая активность ассоциируется с множеством мифов и заблуждений вплоть до возведения уровня ее экспериментальности в абсолют.

КИ представляют собой изучение эффективности и/или безопасности новых лекарственных средств, новых дозировок, форм выпуска препаратов или показаний к использованию уже существующих медикаментов. Пионером в области КИ является Великобритания, где в 1946-1947 гг. было выполнено первое испытание. Начиная с 1990-х гг. в Украине осуществлено более 1 тыс. КИ различной направленности. Следует подчеркнуть, что обязательное условие для проведения какого-либо КИ на территории нашей страны – одобрение ГП «Государственный экспертный центр МЗ Украины». Практика КИ регламентируется ICH GCP, EU Clinical Trials Directive 2001/20/EC, 2005/28/EC, приказами МЗ Украины от 23.09.2009 г. № 690, от 12.07.2012 г. № 523, от 06.05.2014 г. № 304, от 18.12.2014 г. № 966.

Зачастую КИ – отличный шанс для больных получить медицинскую помощь высочайшего уровня, ведь участие в таких программах

предполагает систематическое наблюдение у профильных специалистов; современное инструментальное и лабораторное обследование; ежедневный мониторинг самочувствия; контроль основной патологии и сопутствующих заболеваний; бесплатное предоставление базисной терапии в соответствии с международными подходами (например, флутиказон/сальметерол, будесонид/формотерол, тиотропий, инсулин гларгин в качестве фоновой терапии) и средств неотложной помощи; возможность назначения экспериментальных средств, не имеющих аналогов среди зарегистрированных препаратов. В настоящее время в г. Виннице проходят КИ, включающие пациентов с ХОЗЛ, БА, ишемической болезнью



сердца (ИБС), сахарным диабетом (СД) 2 типа, диабетической нефропатией, ревматоидным артритом, неспецифическим язвенным колитом, АГ, фибрилляцией предсердий, стабильной стенокардией, хронической сердечной недостаточностью.

Значительные преимущества обеспечивает и прием экспериментальных средств: подтверждено, что моноклональное антитело дупилумаб ощутимо снижает количество обострений БА, бенрализумаб уменьшает число обострений БА и ХОЗЛ; оценивается результативность приема фиксированной тройной комбинации – беклометазона дипропионата / формотерола фумарата / гликопиrolата бромид – в одном доставочном устройстве; изучаются свойства рофлумиласта в дозе 250 мг (зарегистрирован в дозе 500 мг), что, как ожидается, обеспечит лучшую переносимость лечения без потерь эффективности.

«Оценка динамики изменений уровня комплайенса за период участия в КИ пациентов с поздними стадиями ХОЗЛ и сопутствующей АГ II ст. показала, что в отношении терапии ХОЗЛ приверженность к лечению увеличилась на 38,7% (достигла 88,9%), АГ – на 40% (показатель

на момент завершения КИ – 84,4%)», – сообщил А.А. Сидоров.

Существует несколько вариантов касательно информирования семейного врача, у которого наблюдается больной: посредством специального письма от исследователя (в произвольной форме, т. к. четко установленных требований нет); пациент предоставляет данные самостоятельно либо отказывается от их распространения.

А.А. Сидоров призвал врачей первичного звена рекомендовать участие в КИ проблемным пациентам, лечение которых согласно стандарту оказалось неэффективным; больным, испытывающим финансовые затруднения или требующим особого подхода.

Простые решения для сложных задач

«Изыюминкой» 2-го дня мероприятия стал сателлитный симпозиум компании TEVA, организованный для провизоров и посвященный вопросам реализации безрецептурных противостудных средств.

Обращает на себя внимание еще одна характерная особенность конференции – уже традиционно в ее рамках состоялся симпозиум кафедры пропедевтики внутренней медицины ВНМУ им. Н.И. Пирогова. В рамках общения с коллегами сотрудники кафедры тезисно и лаконично (в течение 10-минутных блиц-выступлений) осветили базовые вопросы диагностики заболеваний внутренних органов, объединенные в 4 блока – «Кардиология», «Гастро- и нефрология», «Пульмонология», «Общие вопросы терапии». Как отметили организаторы, именно знание врачами общей практики – семейной медицины таких «простых истин» является фундаментом правильной диагностики и результативного лечения различных патологий.

Значимости биохимических маркеров кардиоваскулярной патологии коснулась **доктор медицинских наук, профессор Татьяна Владимировна Константинович**. Диагностическое значение имеют показатели системы гемостаза (протромбиновое время, протромбиновый индекс, протромбиновое отношение, протромбин по Квику, международное нормализованное отношение, D-димер),

уровни энзимов (аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы и их соотношение – коэффициент де Ритиса) и концентрации специфических белков (миоглобина, тропонинов).

Креатинфосфокиназа (МВ-фракция) важна для ранней диагностики инфаркта миокарда (ИМ), мониторинга постинфарктного состояния, повреждения миокарда неишемической природы; позволяет оценить объем поражения, различить ИМ, инфаркт легкого и приступ стенокардии. Показатель в норме <24 Ед/л, на фоне ИМ начинает повышаться уже через 2-4 ч, достигая максимума через 12 ч, и стабилизируется на третьи сутки (более продолжительное сохранение высоких концентраций может свидетельствовать о появлении новых очагов некроза сердечной мышцы). Ранним индикатором ИМ считается **миоглобин**. Если через сутки его уровень не нормализовался, это также признак прогрессирующего поражения миокарда.

Сердечные тропонины I, T, C. Важен тропонин I как наиболее достоверный признак ИМ: уже через 7 ч после ИМ почти у 95% больных его концентрация повышена.

Современные диагностические возможности эхокардиографии (ЭхоКГ) — одного из наиболее распространенных неинвазивных методов обследования, без которого сложно представить терапию пациентов с сердечно-сосудистыми симптомами, — описала доктор медицинских наук, профессор **Леся Викторовна Распутина** (доклад подготовлен совместно с Д.В. Диденко и Н.В. Черепий). ЭхоКГ позволяет выполнить количественную и качественную оценку функционального состояния желудочков сердца, клапанного аппарата, сократительной функции левого желудочка (ЛЖ); выявить признаки гипертрофии и дилатации различных отделов сердца, легочной гипертензии, морфологические изменения в перикарде и наличие жидкости в полости перикарда, изменения магистральных сосудов; определить локализацию внутрисердечных образований (тромбов, опухолей, добавочных хорд). Данный диагностический метод чрезвычайно полезен в случае сердечных шумов, нарушений ритма, лихорадки неясной этиологии (позволяет верифицировать септический эндокардит), синкопальных состояний необъяснимой этиологии, тромбозов легочной артерии, легочной гипертензии; при планировании кардиохирургических вмешательств, подозрении на наличие опухоли сердца, миокардита, перикардита; в рамках обследования больных с ИБС, АГ, пороками сердца; с целью оценки результативности лечения в динамике.

Автор учебного пособия «Синдром недифференцированной дисплазии сполучної тканини: від концепції патогенезу до стратегії лікування», изданного в 2014 г., кандидат медицинских наук **Лариса Петровна Солейко** обобщила огромный массив диагностических и клинических данных, выделив ключевые из них.

Существуют 2 разновидности врожденной патологии соединительной ткани — дифференцированная (синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса, синдром гипермобильности суставов, синдром несовершенного остеогенеза, синдром дряблой кожи) и недифференцированная (сочетание фенотипических признаков не соответствует ни одной из дифференцированных форм). Необходимо обратить пристальное внимание на многочисленные фенотипические маркеры. Их разделяют на 3 группы:

- ❖ наружные (краниоцефальные, глазные (т. н. симптом голубых склер, эндофтальм, радиально расположенные круги на радужке), ушные, изменения строения зубочелюстного аппарата, количества, формы и расположения зубов, особенности конституции и проч.);

- ❖ висцеральные (изменения работы ЦНС, сердечно-сосудистой (пролапс митрального клапана в виде рыболовного крючка), респираторной, пищеварительной (желчный пузырь, напоминающий по форме скобу), мочевого пузыря (множественные кисты почки), репродуктивной систем);

- ❖ биохимические (оценка уровней магния, альдостерона и кортизона в сыворотке крови, определение аминокислотного состава крови позволяет выявить дефицит лизина, серина, треонина).

«Наиболее ярким примером наружного фенотипирования является Ярослав Мудрый (его облик был реконструирован в 1940 г. академиком Михаилом Герасимовым). Внешность князя была достаточно специфичной: лицо — очень узким, нос — непропорционально длинным, а количество зубов, располагавшихся в 2 ряда, составляло 42», — прокомментировала Л.П. Солейко.

Современный алгоритм повторного амбулаторного обследования больных со стабильной ИБС и/или перенесших стентирование либо аортокоронарное шунтирование (АКШ), составленный согласно рекомендациям Американской (2012) и Европейской ассоциаций кардиологов (2013), представила кандидат медицинских наук **Елена Витальевна Денесюк**. Ключевой признана оценка риска осложнений — ИМ и внезапной сердечной смерти — на основании клинических симптомов и неинвазивных методов (велоэргометрии, тредмил-теста, коронарографии, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) и др.). Если он высокий (>3%), показана безотлагательная реваскуляризация; при среднем (1-3%) рекомендуемая частота клинических осмотров и неинвазивных тестов составляет 1 р/год, при низком (<1%) — 1 р/год и 1 раз в 2 года соответственно.

У больных с недавно диагностированной ИБС, после стентирования/АКШ целесообразны: мониторинг симптомов, диспансеризация каждый 4-6 мес на протяжении 1-го года после установления диагноза, осуществление диспансеризации семейным врачом (при необходимости — кардиологом), сохранение терапии без коррекции в течение 2 лет при достаточной ее эффективности.

Пациентам, у которых ИБС выявлена больше года назад, показаны: осмотр 1 р/год (учитывая возможность возникновения сопутствующей патологии — СД, депрессии, хронической болезни почек (ХБП), оценка симптоматики, мониторинг сердечно-сосудистых факторов риска (обязательны определение липидного профиля, электрокардиография в 12 отведениях не реже 1 р/год), определение результативности лечения и фокус на модификацию образа жизни.

Тактика при ухудшении симптомов: исключение остро коронарного синдрома, нагрузочные тесты (если переносит — велоэргометрия или тредмил-тест, ЭхоКГ с нагрузкой, коронарография; если не переносит — ЭхоКГ с фармакологической пробой или радионуклидное исследование перфузии миокарда). Для оценки проходности стентов/шунтов применяется МРТ.

Дополнила коллегу, детально рассмотрев значение стресс-ЭхоКГ при диагностике ИБС, кандидат медицинских наук **Оксана Григорьевна Обертникова**.

Кандидат медицинских наук **Галина Ивановна Томашкевич** расставила точки над «i» в докладе «Эзофагогастродуоденоскопия и диагностика Н. руйогі: когда, кому и зачем?». Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) может назначаться при желудочно-кишечном кровотечении с профилактической (визуализация источника и верификация Н. руйогі) и лечебной (эндоскопический гемостаз) целью; при подозрении на малигнизацию (получение материала для биопсии, верификация Н. руйогі, лечебная полипэктомия); в случае неэффективности лечения функциональной диспепсии, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (для исключения органической патологии, верификации Н. руйогі); на фоне патологии печени и желчевыводящих путей (определение варикозно расширенных вен, конкрементов, лечебные манипуляции); НПВП-гастропатии (выявление Н. руйогі, эрозивных поражений).

С целью выявления Н. руйогі при ЭФГДС Г.И. Томашкевич порекомендовала использовать цитологическое или гистологическое исследование либо сочетать их с быстрым уреазным тестом, результат можно получить уже через 20 мин. В мире с этой целью применяются дыхательный тест с мочевиной и определение антигенов Н. руйогі в кале.

Также в рамках гастроэнтерологического блока выступили кандидат медицинских наук **Наталья Владимировна Ткаченко**, интерпретировавшая результаты сонографии органов брюшной полости на показательных примерах, и доктор медицинских наук **Наталья Александровна Пенюк**, представившая доклад, посвященный контролю функции почек у больных терапевтического профиля. При ХБП необходимо установить ее причину (СД, АГ и проч.), определить скорость клубочковой фильтрации (наиболее точна формула СКД-ЕРІ, также информативны электронные калькуляторы) и уровень альбуминурии (суточная экскреция, соотношении альбумин/креатинин в случайной порции мочи). В настоящее время такие термины, как макро-, микро- и нормоальбуминурия, считаются устаревшими, т. к. не отражают прогрессирования патологии.

Консультация нефролога требуется при появлении у пациента с ХБП анемии, нарушений минерализации костей, при развитии тяжелых побочных эффектов, гиперкалиемии, рефрактерной к антигипертензивной терапии протеинурии, резистентной АГ, резком снижении скорости клубочковой фильтрации (на 30% за 4 мес).

В плоскость пульмонологии перенесла присутствующих кандидат медицинских наук **Наталья Степановна Слепченко**. Она поделилась любопытными историческими фактами об ингаляторах (в частности, создателем первого устройства такого рода для терапии БА был британский изобретатель, разработчик многих видов оружия, в т. ч. пулемета «Максим»), наглядно продемонстрировала технику использования доставочных устройств (ингаляторов) различного типа,

проанализировала типичные ошибки и напомнила клиницистам, что при назначении такого вида лечения они обязаны провести практический мастер-класс для пациента по правильному использованию доставочного устройства, а затем — регулярно контролировать адекватность проведения ингаляций.

Кандидат медицинских наук **Александр Константинович Откаленко** избрал темой выступления грыжу Шморля. Это не болезнь и не диагноз, а рентгенологический признак, описанный в 1927 г. и представляющий собой продавливание межпозвоночного диска в тело позвонка; чаще отмечается у детей и лиц пожилого возраста. В большинстве случаев не сопровождается клинической симптоматикой, иногда проявляется болью в спине при физической нагрузке и в положении стоя, дискомфортом в области ног. Если болевой синдром не купируется в течение 6 нед, показаны КТ или МРТ.

Возможные осложнения — возникновение межпозвоночных грыж и компрессионных переломов тел позвонков. Ведение пациентов с грыжей Шморля осуществляется неврологом или вертебрологом, при отсутствии клиники не требует специального лечения и ограничивается массажем, лечебной гимнастикой, вытяжением позвоночника, рефлексотерапией; терапия, направленная на купирование боли, включает НПВП, миорелаксанты, диуретики.

В поле зрения кандидата медицинских наук **Аллы Георгиевны Степанюк** попали ультразвуковое исследование (УЗИ) и денситометрия, а также их роль в диагностике патологии опорно-двигательной системы. УЗИ выполняется при суставной патологии, а денситометрия показана при приеме системных кортикостероидов дольше 2 мес, перед началом лечения остеопороза, в случае тяжелых гормональных нарушений, при подготовке к эндопротезированию, мужчинам старше 50 лет, которые курят или имеют низкую массу тела. Важно, что денситометрия менее информативна, но более безопасна в сравнении с традиционной рентгенографией (доза облучения значительно меньше). Для скрининга остеопороза подходит ультразвуковая денситометрия.

Трактовку результатов лабораторного исследования и УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) предложила кандидат медицинских наук **Мария Валентиновна Овчарук**. Она представила статистические данные по распространенности патологии ЩЖ во всех районах Винницкой области. При подозрении на наличие нарушений данной локализации определяют гормональный профиль (тиреотропный гормон (ТТГ), свободный Т4, свободный Т3, антитела к тиреопероксидазе, антитела к рецепторам ТТГ), назначают УЗИ органа (норма для женщин — 18 см³, для мужчин — 24 см³).

При диффузном нетоксическом зобе гормональные показатели в пределах нормы, при УЗИ выявляется увеличение долей ЩЖ.

Первичный гипотиреоз сопровождается повышением уровня ТТГ и снижением концентраций свободных Т3 и Т4, УЗИ выявляет уменьшение или увеличение размеров ЩЖ.

Вторичный гипотиреоз: снижение ТТГ, свободного Т4, свободного Т3, размеров органа при УЗИ.

Для субклинического гипотиреоза типично снижение ТТГ на фоне нормальных Т3 и Т4, при УЗИ размер ЩЖ изменен.

Диффузный токсический зоб: маркер заболевания — высокий титр антител к рецепторам ТТГ; уровень ТТГ снижен, концентрации свободных Т3 и Т4 повышены, при УЗИ — увеличение размеров ЩЖ, отмечается ее неоднородность, чередование гипер- и гипозохогенных участков.

Аутоиммунный тиреоидит: маркер патологии — высокий титр антител к тиреопероксидазе; могут наблюдаться признаки гипотиреоза, тиреотоксикоза или эутиреоза. Выделяют 3 формы: атрофический, гипертрофический и узловой. Размер узла >10 мм — показание к прицельной пункционной биопсии ЩЖ.

Кандидат медицинских наук **Оксана Александровна Вильцанюк** внесла ясность относительно диагностики наркотических состояний в амбулаторной практике. В настоящее время на учете в МВД состоит более 150 тыс. лиц с наркотической зависимостью. Однако, по оценкам ВОЗ и UNAIDS, их число гораздо больше: предполагается, что в нашей стране

проживают свыше 400 тыс. инъекционных наркоманов. МЗ Украины представлены данные, указывающие, что 550 тыс. жителей страны употребляют т. н. тяжелые наркотики. Ежегодно эта категория увеличивается на 8-10%.

На наличие наркотической зависимости косвенно могут указывать особенности внешнего вида (предпочтение одежды с длинными рукавами даже в знойное время года), изменения зрачков, нечеткая замедленная речь, дискоординация движений, раздражительность, неопрятный вид, отеки кисти, множественное разрушение зубов. Установить факт употребления наркотических веществ можно с помощью реакции пассивной гемагглютинации (в крови выявляются антитела); метода Фолля; химико-токсикологического тестирования мочи, ногтей, волос, крови; квартального теста; иммунохроматографии (слюны или мочи, что сопоставимо по точности). Иммунохроматография (погружной и капельный метод) позволяет выявить молекулы большинства наркотических веществ и их метаболиты в моче или слюне в течение 5-7 дней после употребления. Тест-полоски имеют контрольную (верхняя) и тестовую (нижняя) зоны. Появление двух полосок говорит о негативном результате, одной полоски в контрольной зоне — о позитивном результате; одна полоска в тестовой зоне или отсутствие полосок — свидетельство недействительности теста. Иммунохроматография — первый качественный скрининговый метод верификации наркотической зависимости или факта употребления наркотиков. Такие тест-полоски широко представлены на фармацевтическом рынке и очень популярны среди родителей. Стоимость варьирует от 25 до 250 грн в зависимости от количества субстанций, которые можно выявить с их помощью (максимум — 10). Токсико-химический анализ волос обнаруживает изменения даже через 3 мес, анализ крови на антитела — через 4 мес.

Храп и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС): как правильно и быстро их диагностировать? В проблематике вопроса разбиралась **Ольга Владимировна Бугайчук**.

Физиологические апноэ (дыхательные паузы во время сна) имеют длительность <10 с и кратность <5 в час. Наличие громкого храпа, остановок дыхания во сне и чрезмерной дневной сонливости с вероятностью 90% свидетельствует в пользу СОАС. Он диагностируется у 70% людей, страдающих храпом; у 83% пациентов с резистентной АГ; в 77% случаев при ожирении. Диагностика СОАС включает использование специальных опросников (STOP BANG, шкала сонливости Эпворта и проч.), скрининговых систем (SOMNOcheck micro), кардиореспираторного теста, полисомнографии, sleep-эндоскопию (в Украине пока недоступна).

Новаторство + профессионализм = успех

Приятным бонусом для студентов старших курсов и молодых специалистов, посетивших конференцию, стала возможность приобрести по сниженной цене новый учебник «Сучасні класифікації та стандарти лікування».

Во время фармацевтической выставки врачи смогли ознакомиться с широким ассортиментом современной диагностической аппаратуры OMRON; приобрести первый отечественный небулайзер «Юлайзер» производства «Юрия-Фарм»; оставить заявку на участие в образовательных программах по продуктам Heel; испытать удачу в познавательной викторине от Glenmark; получить специализированную литературу и новейшую информацию от представителей GlaxoSmithKline, Sandoz, KRKA, Sanofi, TEVA, AstraZeneca, Takeda, Bayer и Astellas; увидеть интересные арт-объекты из акрила и оптоволокна, символизирующие активацию рецептора и строение нервных клеток, украшавшие стенд компании Boehringer Ingelheim.

Отчет о весенней терапевтической конференции продолжится на страницах «Медичної газети «Здоров'я України» и тематических выпусков: отдельные публикации будут посвящены сателлитным симпозиумам компаний Sandoz, GlaxoSmithKline и «Юрия-Фарм».

Весна идет, весне дорогу!

Подготовила **Ольга Радучич**

