



Открытие конференции

**Научно-практический семинар, состоявшийся 11 марта в Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, был приурочен ко Всемирному дню почки. Участники мероприятия рассматривали актуальные вопросы нефрологии и кардиологии: особенности ведения пациентов с сердечно-сосудистой патологией и диабетической нефропатией, современные возможности снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и др.**



Открыл семинар заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов, который рассказал об актуальных вопросах терапии пациентов с кардиоренальным синдромом (КРС), ассоциированным с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Говоря о КРС, докладчик отметил, что даже незначительные изменения в функции почек являются предиктором неблагоприятного прогноза у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В зависимости от первичного или вторичного поражения почек или сердца выделяют несколько типов КРС, при этом медикаментозной терапии ХСН как одному из наиболее часто встречающихся ведущих патологических состояний при КРС отводится первостепенное значение. Основу лечения ХСН составляют диуретики и препараты, которые блокируют ренин-ангиотензин-альдостероновую систему.

**Необходимо помнить, что применение диуретиков в терапии ХСН теряет свое клиническое значение при сниженной функции почек и наличии гипоперфузии, что требует коррекции спиронолактона и тиазидов. В то же время увеличение дозы рекомендовано для петлевых диуретиков (торасемида — до 200 мг/сут, фуросемида — до 500 мг/сут) и тиазидоподобных препаратов (ксипамида — до 80 мг/сут).**

Помимо диуретиков, одно из лидирующих мест в терапии КРС принадлежит ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и блокаторам рецепторов ангиотензина II (БРА). Так, многочисленные исследования показали эффективность этих препаратов в замедлении развития и прогрессирования диабетической нефропатии. Наличие микроальбуминурии при диабетическом поражении почек, протеинурии при хронических заболеваниях почек требует обязательного назначения ИАПФ. Среди последних предпочтительно применение рамиприла, эналаприла, периндоприла, лизиноприла; среди БРА — лосартана, валсартана; среди β-блокаторов — небиволола, карведилола, метопролола сукцината, бисопролола.

**Из представителей группы ИАПФ убедительно доказана клиническая целесообразность применения в качестве монотерапии КРС эналаприла и рамиприла.**

При недостаточной эффективности монотерапии КРС показано комбинированное лечение. Для достижения рекомендуемого целевого уровня артериального давления (АД) 110/125/75-83 мм рт. ст. в случае поражения почек целесообразно назначение ИАПФ или БРА с современным антагонистом кальция и/или тиазидоподобным диуретиком. В случае резистентной гипертензии показано назначение препаратов центрального действия — моксонидина, эбрантила (в виде ступенчатой терапии) и др.



Выступление научного руководителя отдела симптоматических гипертензий Национального научно-го центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Сиренко было посвящено ведению пациентов с сердечно-сосудистой патологией и диабетической нефропатией. Особое внимание докладчик уделил проблеме сахарного диабета (СД) как одного из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также вопросам, касающимся доказательной базы лечения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с СД и предупреждения диабетического повреждения почек.

По данным зарубежных исследователей, СД приводит к значительному повышению риска сердечно-сосудистых событий и смерти у лиц с АГ. АГ и СД являются причиной 2 из 3 коронарных событий. Закономерно возникает вопрос: чем обусловлен высокий риск у пациентов с АГ и СД? Установлено, что у этой группы пациентов отсутствует феномен ночного снижения АД, что способствует ускорению поражения органов-мишеней: гипертрофии левого желудочка, почечной дисфункции.

По сравнению с лицами без СД у пациентов с СД 2 типа частота сердечно-сосудистых событий при равных значениях АД существенно выше; именно эти пациенты наиболее чувствительны к снижению диастолического АД до целевого значения 80 мм рт. ст.

Среди причин развития почечной недостаточности чаще всего выделяют СД и АГ, причем риск сердечно-сосудистых осложнений при поражении почек (хронической почечной недостаточности или альбуминурии) и ишемической болезни сердца значительно возрастает.

**Одно из важных мест в предотвращении развития осложнений имеет контроль АД у пациентов с СД.**

Тем не менее, согласно исследованиям, в Украине АД <140/90 мм рт. ст. имеют только 6% пациентов с СД. В то же время исследование HOT показало, что уровень целевого АД достижим у большинства пациентов, но при этом 2/3 пациентов нуждаются в комбинированной терапии.

Научный руководитель отдела дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Елена Ивановна Митченко представила последние научные данные по снижению сердечно-сосудистого риска у пациентов с МС и СД.



**повышенного уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и триглицеридов, пониженного — холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), АГ, СД и др.**

Докладчик отметила, что сердечно-сосудистая патология занимает лидирующее место среди причин смерти населения в странах Европы, в том числе в Украине.

**Важное значение имеет устранение модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний — курения,**

Так, по данным многоцентрового эпидемиологического исследования EUROASPIRE III, среди пациентов с ишемической болезнью сердца распространенность ожирения составляет 35%, уровень общего холестерина выше целевого наблюдается у 51% пациентов, АГ выявляется у 56%, СД у — 25%, причем в 90% случаев имеет место недостаточный контроль заболевания.

Согласно современным представлениям МС является кластером четырех кардиометаболических факторов риска: ожирения, дислипидемии, АГ и нарушения толерантности к глюкозе или СД. Лечение МС должно быть комплексным и включать нормализацию массы тела, увеличение физической активности, лечение АГ, применение дезагрегантов (аспирина) и гиполипидемическую терапию. У пациентов с ожирением, имеющих СД 2 типа, АГ или гиперлипидемию, даже небольшое снижение массы тела (около 5% от исходного веса) приводит к улучшению компенсации СД, снижению АД, улучшению липидного профиля, снижению риска преждевременной смерти. По результатам исследования DPP (2002), модификация образа жизни может улучшить прогноз больных СД более существенно, чем использование метформина.

Лечение АГ при СД предусматривает применение таких нефармакологических методов, как снижение массы тела, снижение потребления поваренной соли, увеличение физической активности. Целевой уровень АД составляет 130/80 мм рт. ст., преимущество отдается комбинированной медикаментозной терапии. Рекомендуется использовать эффективные и безопасные антигипертензивные препараты, желательно в комбинации. С целью ренопротекции целесообразно применять ИАПФ при СД 1 типа и БРА при СД 2 типа. Обнаружение микроальбуминурии при СД 1 и 2 типа является показанием для назначения антигипертензивной терапии, блокирующей ренин-ангиотензиновую систему, независимо от уровня АД.

Говоря о гиполипидемической терапии при СД и МС, профессор Е.И. Митченко привела результаты исследования CARDS. Установлено, что лечение статинами обеспечило положительное влияние у пациентов с СД 2 типа без сердечно-сосудистой патологии в анамнезе и с нормальными или слегка повышенными уровнями холестерина, что привело к снижению частоты серьезных сердечно-сосудистых событий на 37%, инсультов — на 48% и смертности от всех причин — на 27%. Докладчик подчеркнула, что устранение резидуального риска очень важно в лечении больных с СД: агрессивное снижение уровня ХС ЛПНП максимальными дозами статинов полностью не устраняет сердечно-сосудистый риск, а в некоторых исследованиях

показано, что снизить остаточный риск у части пациентов могут фибраты.



**Заведующий кафедрой терапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Игорь Геннадиевич Березняков** остановился на современных аспектах лечения пиелонефритов.

По его словам, пиелонефрит представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний инфекционно-воспалительной природы, которое требует обязательного назначения антибиотиков. Для осложненных инфекций мочевых путей характерны высокая частота рецидивирования, широкий круг вероятных возбудителей, нередко устойчивых ко многим антибиотикам, меньшая эффективность коротких курсов антибактериальной терапии.

**Среди факторов риска осложненных инфекций мочевых путей выделяют анатомические нарушения мочевых путей, аномалии развития и расположения почек, тяжелые сопутствующие заболевания (СД и др.), инструментальные (инвазивные) методы обследования, лечения и др.**

Концепция осложненных инфекций мочевых путей позволяет определить, кому из пациентов могут потребоваться дополнительные диагностические исследования, более длительный курс антибиотикотерапии и последующее динамическое наблюдение.

Далее докладчик акцентировал внимание присутствующих на основных этапах организации микробиологических исследований: получении репрезентативного образца, предупреждении контаминации образцов резидентной микрофлорой, заборе материала, особенностях интерпретации результатов микробиологического исследования мочи.

У пациентов с острым пиелонефритом в амбулаторных условиях необходимо получение образца мочи для микробиологического исследования до начала проведения антибиотикотерапии. Небеременным, пациентам с наличием постоянных катетеров и мужчинам рекомендуется назначение ципрофлоксацина по 500 мг 2 р/сут в течение 7 дней; в качестве альтернативы — амоксициллина/клавуланата 625 мг 3 р/сут в течение 14 дней. Беременным, не нуждающимся в госпитализации, показан цефалексин по 500 мг 2 р/сут в течение 10-14 дней.

Лечение пациентов с острым пиелонефритом в амбулаторных условиях подразумевает применение парацетамола (при наличии боли и лихорадки) максимум 4 г/сут, обильное питье ( $\geq 2$  л/сут). Показаниями к госпитализации являются неспособность принимать медикаменты внутрь, признаки сепсиса, беременность, иммунодефицит, инородное тело в мочевыводящих путях, анатомические или функциональные аномалии мочевыводящих путей, СД и др.

Говоря о комбинации цефтриаксона и сульбактама, профессор И.Г. Березняков подчеркнул, что она отличается отсутствием данных о фармакокинетическом взаимодействии компонентов. На антибактериальную активность ингибиторзащищенных  $\beta$ -лактамов оказывают влияние тип и количество вырабатываемых  $\beta$ -лактамаз, а также особенности использованного антибиотика и ингибитора бактериальных ферментов. Кратность приема для ампициллина/сульбактама составляет 4 р/сут, цефтриаксона/сульбактама — 1-2 р/сут.

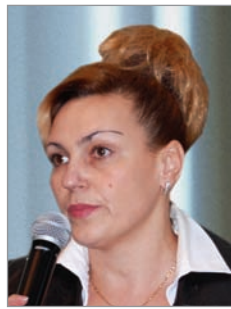
Далее докладчик привел данные по сравнительной эффективности лечения пиелонефритов цефтриаксоном и цефтриаксоном в комбинации с сульбактамом.

**Исследователями сделан вывод, что цефтриаксон/сульбактам — эффективное средство у пациентов с нетяжелыми внебольничными пиелонефритами.**

Профиль безопасности цефтриаксона/сульбактама сопоставим с таковым цефтриаксона.

В заключение выступающий рассказал о предикторах клинической эффективности этиотропной

терапии инфекционных болезней человека, применении высокодозовых кратких курсов левофлоксацина у пациентов с осложненными инфекциями мочевыводящих путей, острым пиелонефритом и др.



**Доклад доцента кафедры нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика, кандидата медицинских наук Стеллы Викторовны Кушниренко** был посвящен основным направлениям антибиотикотерапии в нефрологической практике.

Докладчик отметила, что современная антибиотикотерапия при пиелонефрите подразумевает применение антибактериальных препаратов в виде ступенчатой терапии. Согласно последним рекомендациям EAU (2010) при лечении пиелонефритов предпочтение отдается цефалоспорином III поколения, фторхинолонам (левофлоксацину, моксифлоксацину, ципрофлоксацину). Ступенчатая терапия может подразумевать внутривенное назначение цефепима с последующим переходом на цефиксим.

При подозрении на то, что в качестве этиологического агента выступают грамположительные бактерии, показано назначение амоксициллина в комбинации с клавуланатом или сульбактамом. Цефиксим широко применяется при ряде инфекций, особенно при неосложненных бактериальных инфекциях мочеполовой системы, в том числе у детей старше 6 мес. Кроме антибактериальной терапии, необходимо назначение дезинтоксикационных средств. В случае септического течения заболевания и у пациентов, которые находятся на гемодиализе, показана комбинация аминокислот с фторхинолонами.



В зале заседаний

**Актуальной проблемой современной нефрологии является лечение циститов, которые требуют раннего начала терапии ввиду возможности развития серьезных осложнений.**

При первом эпизоде заболевания клинически целесообразно пероральное назначение цефиксима, ципрофлоксацина на протяжении 3 дней или фуразидина, комбинации триметоприма/сульфаметоксазола в течение 5 дней. При наличии выраженного болевого синдрома применяют различные лекарственные формы спазмолитиков. В случае рецидива заболевания препаратами первого выбора являются цефиксим, нитрофураны, фосфомидин, которые назначаются на протяжении 7 дней. Диагностическая тактика в таком случае обязательно включает диагностику инфекций, передающихся половым путем. У детей до 2 лет профилактические мероприятия при цистите включают назначение низких доз нитрофуранов, триметоприма/сульфаметоксазола; также возможен прием фитопрепаратов.

Говоря об этиотропной антибактериальной терапии гломерулонефрита, докладчик подчеркнула, что последняя заключается преимущественно в применении антибактериальных препаратов из группы цефалоспоринов (цефподоксима, цефуроксима) длительностью 10-14 дней. Однако при повышенном уровне антистрептолизина О необходимо осуществить переход на адекватные формы пенициллина сроком 36 мес. В целом внутривенное введение цефалоспоринов при наличии сосудистого доступа имеет преимущество.



**Старший научный сотрудник отделения сексопатологии и андрологии Института урологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Гурженко** рассказал о терапии дисбактериоза, в том числе у урологических пациентов.

Выступающий подчеркнул, что одной из актуальных проблем медицинской практики является сохранение и предупреждение контаминации кишечной микрофлоры. Говоря о нормальном составе последней, докладчик отметил, что в норме двенадцатиперстная кишка стерильна, в тощей кишке присутствуют стрептококки, лактобактерии, энтеробактерии, стафилококки; в подвздошной — бактероиды, бифидобактерии, стрептококки, лактобактерии, стафилококки, энтерококки и грибы; в толстой — бактероиды, бифидобактерии, эубактерии, клостридии, стрептококки, лактобактерии, стафилококки, энтеробактерии, грибы. К основным функциям нормальной микрофлоры кишечника относят защитную, ферментпродуцирующую, синтетическую и иммунизирующую. Дисбактериоз представляет собой клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и/или количественного состава микрофлоры кишечника с последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений, желудочно-кишечных расстройств. Этиологические факторы дисбактериоза разнообразны: лечение антибиотиками, несбалансированное питание (дефицит в пище балластных веществ), острые кишечные инфекции, хронические заболевания других органов и систем в стадии декомпенсации, хронический стресс, профессиональные вредности и интоксикации, нарушения экологической обстановки и др.

К клиническим проявлениям дисбактериоза у взрослых относят синдром кишечной диспепсии и нарушенного пищеварения, астеновегетативный синдром и проч. Следует помнить о нетипичных проявлениях дисбактериоза: аллергии, головной боли, хронической усталости, суставных болях и т. п. В клинической классификации дисбактериоза выделяют три степени:

- латентную (компенсированную), которая протекает компенсированно и характеризуется незначительными изменениями в составе кишечной микрофлоры, что не сопровождается видимым патологическим процессом;

- местную, которая характеризуется субкомпенсированным течением; при бактериологическом исследовании выявляются снижение концентрации сахаролитических анаэробных симбионтов и

увеличение популяционного уровня условно-патогенных микроорганизмов; нередко имеют место локальные воспалительные процессы;

- декомпенсированную (генерализованную), при которой процесс протекает на фоне значительно сниженной резистентности организма, что может приводить к бактериемиям, генерализации процесса и др.

Целью лечения дисбактериоза является восстановление нормального состава кишечной микрофлоры. Это достигается назначением диетического режима в зависимости от типа диспепсии и основного заболевания, восстановлением процессов гидролиза и всасывания основных ингредиентов пищи, нормализацией моторной функции кишечника, снижением агрессивности кишечного содержимого, назначением пре- и пробиотиков и др. Схема лечения дисбактериоза включает применение пробиотиков (3-4 нед) с последующим назначением пребиотиков (4-6 нед), адсорбентов и ферментных препаратов. Среди пробиотиков возможно применение моно- и полиштамменных препаратов.

Говоря о коррекции дисбактериоза у урологических пациентов, докладчик акцентировал внимание на том, что в данном случае оправданно применение селективных пробиотиков с уроантисептическими свойствами. Так, комбинация живых пробиотических бактерий, биологически активных веществ растительного происхождения и витамина С с успехом применяется для комплексного лечения инфекций мочевыводящих путей.

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**

