

**МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ
КОНФЕРЕНЦІЯ**

В.А. Чернышов, д.м.н., Л.В. Богун, к.м.н., С.Н. Пивовар, к.м.н., И.Э. Кушнир, к.м.н., ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики основных кардиологических и гастроэнтерологических заболеваний

24 мая в г. Хмельницком в рамках Школы терапевтов им. академика Л.Т. Малой состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики основных кардиологических и гастроэнтерологических заболеваний», организованная ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков) совместно с Управлением здравоохранения Хмельницкой областной государственной администрации.

В мероприятии приняли участие 196 врачей и научных сотрудников из Хмельницкой, Винницкой, Киевской и Харьковской областей.

Конференцию открыл **главный терапевт Управления здравоохранения Хмельницкой областной государственной администрации, кандидат медицинских наук Виталий Иванович Паламарчук.**

Доклад **ведущего научного сотрудника отдела популяционных исследований ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктора медицинских наук В.А. Чернышова** был посвящен вопросам коррекции вторичной дислипидемии у пациентов с высоким кардиометаболическим риском (КМР), наиболее значимыми составляющими которого являются избыточная масса тела, ожирение, инсулинорезистентность (ИР), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), гиперурикемия, вторичная дислипидемия (ДЛП), артериальная гипертензия (АГ).

Как отметил выступающий, у пациентов с высоким КМР (лица с синдромом ИР и сахарным диабетом (СД) 2 типа) экспертами (ESC/EAS, 2011) выделены следующие важные липидные маркеры сердечно-сосудистого риска: гипертриглицеридемия (ГТГ) натощак и постпрандиальная ГТГ; повышение уровня аполипопротеина В и концентрации мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (ЛПНП); низкие уровни холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и аполипопротеина А1; увеличение окружности талии в сочетании с ГТГ. Особое место среди липидных маркеров отведено ХС не-ЛПВП как маркеру повышенного содержания обогащенных триглицеридами (ТГ) липопротеинов и их ремнантов. Сегодня ХС не-ЛПВП рассматривается как вторичная цель гиполипидемической терапии. Для всех больных СД 2 типа без других факторов риска предпочтительны уровни ХС не-ЛПВП <3,3 ммоль/л (130 мг/дл) или АпоВ <100 мг/дл.

Наиболее популярными гиполипидемическими средствами в коррекции вторичной ДЛП у пациентов с КМР остаются статины, с помощью которых можно снизить уровни общего ХС на 22-40%, ХС ЛПНП на 27-55%, ТГ на 10-37% и повысить содержание ХС ЛПВП на 6-12%. У больных СД 2 типа применение статинов снижает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 25-40% (исследования 4S, CARE, LIPID, MIRACL). Более того, эти препараты способны также снизить частоту возникновения новых случаев СД 2 типа на 30% (исследование WOSCOPS).

Важное место в докладе было отведено рекомендациям по коррекции ДЛП у больных СД (ESC/EAS, 2011).

Доклад «Коррекция высокого кардиоваскулярного риска: акцент на бета-блокаторы» представила **заведующая отделом научно-организационной работы ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», кандидат медицинских наук Л.В. Богун.** По ее словам, бета-блокаторы (ББ) влияют на многие звенья кардиоваскулярного континуума, замедляя или прерывая его прогрессирование: на АГ, гипертрофию и ремоделирование левого желудочка, ишемию миокарда, нарушения ритма, сердечную недостаточность. Исследования последних лет показали также благоприятные эффекты ББ при некардиальных хирургических вмешательствах. Антигипертензивный эффект ББ обусловлен блокадой β₁-адренорецепторов

в клетках юктагломерулярного аппарата почек, что сопровождается угнетением выброса ренина в кровь, уменьшением образования ангиотензина II, снижением сердечного выброса, уменьшением частоты сердечных сокращений и угнетением воздействий на сосудодвигательные центры. В метаанализе L.H. Lindholm и соавт., опубликованном в Lancet в 2005 г., показано, что при АГ терапия ББ достоверно снижает риск инсульта по сравнению с таковым на фоне применения плацебо; при этом сопоставление отдельных ББ показало, что атенолол, изучавшийся во многих рандомизированных клинических исследованиях, превосходит другим ББ как препарат с низкой селективностью и коротким периодом полувыведения. ББ улучшают прогноз и качество жизни больных сердечной недостаточностью, обладают мощным антиаритмическим эффектом и применяются для контроля частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии, профилактики суправентрикулярных тахикардий, при синдроме удлиненного интервала QT, катехоламининдуцированной полиморфной желудочковой тахикардии. ББ также являются антиаритмическими препаратами выбора у больных после перенесенного острого инфаркта миокарда. Эти препараты показаны и при других заболеваниях сердечно-сосудистой системы: гипертрофической кардиомиопатии, митральном стенозе с сохраненным синусовым ритмом, пролапсе митрального клапана, расщепляющей аневризме аорты.

Некардиальные показания к назначению ББ включают тиреотоксикоз, мигрень, тревожные состояния, варикозное расширение вен пищевода, глаукому.

Темой доклада **старшего научного сотрудника отдела клинической фармакологии и фармакотерапии ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», кандидата медицинских наук С.Н. Пивовара** стала резистентная АГ (РАГ). Согласно определению Американской ассоциации сердца, состояние, при котором показатели артериального давления (АД) остаются выше целевого уровня, несмотря на прием комбинации 3 антигипертензивных препаратов, обозначается как РАГ. При этом указывается, что одно из гипотензивных лекарственных средств должно быть диуретиком и все препараты должны быть назначены в оптимальных дозировках.

На сегодня единственным большим исследованием, в котором изучали РАГ, является ALLHAT, в котором принимали участие более 33 тыс. пациентов. В течение 5 лет наблюдения у 34% больных АД оставалось неконтролируемым (при приеме 2 препаратов). В конце исследования 27% пациентов принимали 3 лекарственных средства, 49% больным назначали 1-2 препарата для контроля АД, тогда как 50% пациентов нуждались в приеме 3 и более препаратов.

Факторами, ассоциированными с РАГ, могут быть пожилой возраст больного, высокий уровень систолического АД, ожирение, чрезмерное употребление соли, хроническая болезнь почек, СД, гипертрофия левого желудочка, принадлежность к негроидной расе, принадлежность к женскому полу, генетические особенности. Псевдорезистентность может быть обусловлена неточным измерением АД, несоблюдением назначений врача, феноменом «белого халата», избыточным

потреблением соли, злоупотреблением алкоголем, а также приемом препаратов, негативно влияющих на уровень АД (ненаркотических анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, селективных ингибиторов ЦОГ-2, симпатомиметиков, стимуляторов ЦНС (метилфенидата, декстроамфетамин, амфетамин, метамфетамин, модафинил), пероральных контрацептивов, эритропоэтина, натуральной лакрицы и др.).

Лечение РАГ включает немедикаментозные и медикаментозные методы. РАГ – многофакторное заболевание, поэтому необходимы совместные усилия врача и пациента, направленные на изменение образа жизни, определение диагноза, купирование вторичных причин АГ. Следует рекомендовать изменение образа жизни (снижение массы тела), регулярные физические упражнения, DASH-диету (фрукты и овощи, продукты с низким содержанием насыщенных жиров, богатые калием, магнием и кальцием), уменьшение употребления алкоголя. Обращение к специалисту необходимо при обнаружении или подозрении на наличие вторичной АГ, а также если, несмотря на проводимое лечение, АД остается повышенным в течение 6 мес.

Классификация, диагностика и лечение болезни Крона (БК) с позиций доказательной медицины были рассмотрены в докладе **старшего научного сотрудника отдела заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», кандидата медицинских наук И.Э. Кушнир.** Выступающая акцентировала внимание присутствующих на понятиях «стероидозависимость» и «стероидорезистентность». Под стероидозависимостью понимают невозможность уменьшить дозу кортикостероидов ниже дозы, эквивалентной 10 мг преднизолона в сутки, в течение 3 мес от начала лечения, поскольку при этом усиливаются симптомы активности болезни или имеет место рецидив в течение 3 мес после окончания терапии кортикостероидами. Лечение стероидозависимой БК заключается в применении азатиоприна в дозе 2,5 мг/кг/сут в течение 2-4 лет, затем – в дозе 1,25 мг/кг/сут на протяжении 1-2 лет; применяются также 6-меркаптопурин в суточной дозе 1,5 мг/кг и инфликсимаб в суточной дозе 5 мг/кг внутривенно.

Под стероидорезистентностью подразумевается сохранение активности заболевания при приеме преднизолона в дозе 0,75 мг/кг/сут в течение 4 нед. Лечение этих форм БК аналогично таковому стероидозависимой формы.

В качестве перспективных методов лечения стероидорезистентных форм БК рассматривают применение человеческих моноклональных антител к ФНОα, растворимых рецепторов ФНО, талидомида, интерлейкинов 10 и 11, антител к человеческому интерферону, антител к CD4, иммуносупрессоров (мофетила микофенолата), антибактериальных препаратов (рифаксимина).

Резолюция конференции

1. С целью ознакомления врачей первичного звена оказания медицинской помощи с новыми технологиями в профилактике, диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний внутренних органов и дальнейшего внедрения этих подходов в клиническую практику считать целесообразным



В.И. Паламарчук



В.А. Чернышов



Л.В. Богун



С.Н. Пивовар



И.Э. Кушнир

проведение научно-практических конференций сотрудниками ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ» на базе лечебных учреждений Хмельницкой области.

2. Учитывая данные доказательной медицины и недооценку врачами и больными эффективности применения статинов как основы профилактики прогрессирования атеросклероза и развития его осложнений, рекомендовать при лечении пациентов высокого кардиометаболического риска систематическое применение этих лекарственных средств, отдавая предпочтение препаратам с максимальной эффективностью и безопасностью. С целью улучшения прогноза у больных высокого кардиоваскулярного риска также рекомендовать бета-блокаторы с учетом показаний и противопоказаний к их применению и особенностей отдельных представителей этого класса лекарственных средств.

3. Принимая во внимание затруднения при диагностике и лечении резистентной артериальной гипертензии, неблагоприятный прогноз при рефрактерном течении артериальной гипертензии, акцентировать внимание терапевтов, кардиологов и врачей общей практики – семейной медицины на необходимости применения соответствующих диагностических методов для дифференциальной диагностики этого состояния, индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом ведущих патогенетических механизмов развития заболевания, выбора методов лечения с доказанной эффективностью.

4. В связи с трудностями диагностики хронических воспалительных заболеваний органов пищеварения обратить внимание терапевтов, гастроэнтерологов и врачей общей практики – семейной медицины на необходимости применения надлежащих методов диагностики этих заболеваний, индивидуального подхода к каждому пациенту при выборе методов лечения с учетом данных доказательной медицины.

