

Терапевтические чтения: от исследований к реалиям клинической практики

Ежегодно весной ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой Национальной академии медицинских наук Украины» (далее — Институт) проводит конференции, посвященные памяти его основателя и первого директора, выдающегося ученого и талантливого врача, академика **Любови Трофимовны Малой**. В этот раз Научно-практическая конференция с международным участием «Ежегодные терапевтические чтения: от исследований к реалиям клинической практики XXI столетия», состоявшаяся 23–24 апреля 2015 г. в Харькове, собрала ведущих кардиологов, терапевтов, гастроэнтерологов, пульмонологов и врачей других специальностей, представивших результаты научных исследований и поделившихся опытом лечения распространенных заболеваний.



Торжественная часть мероприятия началась с поздравлений **Светланы Горбуновой-Рубан**, заместителя председателя Харьковского городского совета по вопросам здравоохранения

и социальной защиты населения, обратившей внимание на высокую значимость проводимой конференции. Она выразила слова благодарности руководству Института за сохранение и продолжение традиций, заложенных еще академиком Л. Т. Малой, а участникам конференции пожелала плодотворной работы, хороших практических результатов, приобретения новых знаний и опыта.



Александр Галацан, директор Департамента здравоохранения Харьковской областной государственной администрации, отметил, что соблюдение традиций присуще всем отечественным медицинским школам, и то, что Институт их поддерживает и чтит память Л. Т. Малой — великопленного организатора, ученого, учителя, внесшей весомый вклад в развитие отечественной медицинской науки и здравоохранения, — заслуживает большого уважения.



Профессор **Владимир Марковский**, проректор по научно-педагогической работе Харьковского национального медицинского университета, напомнил, что Л. Т. Малая всю жизнь посвятила

лечению больных, воспитанию и подготовке молодых кадров. В память о ней сохранены и поддерживаются традиции, заложенные много лет назад и передающиеся из поколения в поколение. В. Марковский выразил надежду, что результаты конференции — представленные научные достижения — способствуют лечению больных и сохранению их здоровья.



Пленарное заседание открыла профессор **Галина Фадеевко**, директор Института, представившая доклад о профилактике и контроле инфекционных заболеваний (НИЗ) как приоритетного

направления отечественной медицины. Последнее десятилетие характеризуется принципиальными изменениями основных причин смерти; в развитых странах на первый план вышли НИЗ, в частности сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические, хронические бронхолегочные заболевания, сахарный диабет (СД).

Научной основой профилактики НИЗ является концепция влияния на факторы риска (ФР), что способствует улучшению состояния здоровья населения. Так, вклад профилактики и коррекции ФР в снижение смертности от ССЗ составляет 45–75%, а различных методов лечения — 25–55%. К наиболее значимым модифицируемым ФР, влияющим на развитие инфаркта миокарда (ИМ), относят нарушение липидного обмена, курение и стресс. Последний сегодня признан одним из главных факторов, влияющих на развитие ССЗ; он приводит к быстрому развитию атеросклероза, является пусковым механизмом возникновения ИМ, инсульта.

В настоящее время выделяют 3 основных стратегических направления профилактики хронических НИЗ:

1. Стратегия профилактики (выявление ФР среди всего населения). Наименее затратна для здравоохранения, но наиболее

долгосрочна; большую роль в ней отводят государственному и негосударственному сектору для создания условий и мотивации к здоровому образу жизни (развитие инфраструктуры, создание спортивных комплексов, разработка общеобразовательных программ по борьбе с курением, пропаганда здорового образа жизни и т.д.).

2. Стратегия высокого риска (выявление лиц с повышенным уровнем ФР и устранение/уменьшение последних). Направлена на активное выявление лиц с повышенным уровнем ФР, проведение мероприятий по устранению последних и профилактического лечения. Главную роль в ней отводят здравоохранению, преимущественно на первичном уровне.

3. Стратегия вторичной профилактики (раннее выявление и предупреждение заболеваний, оценка суммарного риска НИЗ). Наиболее дорогостоящая; направлена на уменьшение прогрессирования уже существующих заболеваний; эффективна, дает быстрый результат.

Как показал опыт зарубежных стран, наибольшее влияние на сохранение общественного здоровья имеют профилактические программы, а не внедрение новых методов лечения, зачастую малодоступных для широких слоев населения. Для Украины на фоне высокой заболеваемости и смертности населения от ССЗ, а также посттравматического стрессового расстройства у отдельных категорий наиболее успешной, по мнению докладчика, является реализация стратегии высокого риска с внедрением отдельных звеньев стратегии профилактики. Для уменьшения последствий стресса, наряду с привлечением психологов, психотерапевтов, необходимо активно общаться (после специальной подготовки) врачей общей практики, терапевтов, изучать отдаленные последствия влияния стресса.

Необходимы разработка научно обоснованной концепции профилактики НИЗ, создание инфраструктуры для осуществления действий по укреплению здоровья, комплектация ее профессиональными кадрами, обеспечение материально-техническими и финансовыми ресурсами.

Сегодня в Украине, к сожалению, не существует регистров оценки распространенности тех или иных ФР, без учета которых невозможно разработать образовательные программы и профилактические мероприятия. По мнению Г. Фадеенко, для нашей страны может быть разработан малозатратный, но перспективный интернет-проект по оценке ФР у молодежи, предусматривающий проведение онлайн-анкетирования, выявление ФР, предложение образовательных программ, ознакомление с методами контроля стресса, консультирование психолога (в online-режиме, по Skype), рекомендации по здоровому питанию, мониторинг в течение нескольких лет лиц с высокими ФР.



Большой интерес участников конференции вызвало выступление профессора **Елены Гречаниной**, члена-корреспондента Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины, дирек-

тора Харьковского специализированного медико-генетического центра, посвященной эпидемиологии и клиническим проявлениям генов приверженности к тромбофилии. Докладчик рассказала об итогах работы генетического центра, поделилась опытом лечения больных с генетической патологией, представила результаты работы по оценке эффективности ранней диагностики тромбофилических состояний.

При повышенном риске тромбоза из рациона исключают жирное мясо, сало, бобовые, твердые сорта сыра, жирное цельное молоко, листовые овощи (шпинат, сельдерей, петрушка), продукты, способствующие снижению свертываемости крови (морепродукты, корнеплоды, ягоды, сухофрукты, морская капуста, имбирь).



Профессор **Александр Бильченко**, проректор по научной работе Харьковской медицинской академии последипломного образования, рассказал о когнитивных нарушениях у пациентов

пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ). В среднем через 1 год с момента диагностирования АГ у всех пациентов развиваются когнитивные нарушения вследствие поражения структур головного мозга (ГМ). Основными механизмами их возникновения при АГ являются атеросклероз, для которого характерны каротидный или вертебральный стеноз, интракраниальный стеноз или окклюзия, болезнь мелких сосудов, проявляющаяся лейкоареозом, лакунарным ИМ,

микроинфарктами, а также накопление β -амилоида (болезнь Альцгеймера).

Поражение крупных артерий приводит к инсульту и не вызывает первичной деменции, в то время как повреждение мелких сосудов служит причиной развития когнитивных нарушений и деменции. При проведении магнитно-резонансной томографии у 23% лиц пожилого возраста выявляют немые лакунарные поражения, у 95% — очаги гиперинтенсивности.

А. Бильченко отметил, что главная задача терапевтов и кардиологов — предупреждение развития первого инсульта, снижение уровня артериального давления (АД) у пациентов с АГ. Согласно рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертензии (European Society of Hypertension — ESH), начинать терапию необходимо с комбинации блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (сартанов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента — иАПФ) с диуретиками или антагонистами кальция.

Докладчик привел результаты мета-анализов, свидетельствующих об эффективности сартанов в лечении пациентов с АГ, когнитивными нарушениями и деменцией. Так, терапия сартанами до инсульта независимо ассоциирована со снижением тяжести инсульта на 60% и уменьшением частоты неблагоприятных исходов — на 59%. При применении сартанов деменция развивалась реже по сравнению с приемом диуретиков на 56%, блокаторов β -адренорецепторов — на 33%, иАПФ — на 63%.



Профессор **Тамара Мищенко**, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Неврология», руководитель отдела сосудистой патологии головного

мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», обратила внимание на то, что в структуре цереброваскулярных заболеваний в Украине 10–12% занимают транзиторные ишемические атаки и мозговой инсульт, 88–90% — дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). К патогенетическим механизмам развития ДЭ относят стенозирующее поражение магистральных артерий головы, диффузное поражение мелких пенетрирующих артерий, нарушение реологических свойств крови, внутрисосудистую активацию гемостатического потенциала, изменения эндотелия, факторы гуморального и клеточного иммунитета.

Для диагностики ДЭ необходимо наличие клинических признаков поражения ГМ (неврологических, когнитивных, эмоционально-аффективных расстройств, подтвержденных психодиагностическими, психопатологическими методами), ССЗ в анамнезе и выявляемой с помощью инструментальных методов причинно-след-

ственной связи между ними, структурных изменений ГМ, по данным нейровизуализации, клинических и параклинических признаков прогрессирования цереброваскулярной недостаточности. Диагностика ДЭ включает: клиничко-неврологическое обследование (аускультация каротидной артерии); психодиагностические обследования (шкала Mini-Mental State Examination (MMSE), таблица Шульце и др.); компьютерную или магнитно-резонансную томографию ГМ; ультразвуковое исследование экстра- и интракраниальных сосудов ГМ; офтальмоскопию; электрокардиографию; мониторинг АД; биохимическое исследование крови; электроэнцефалографию (по показаниям).

Облигатным признаком ДЭ являются когнитивные нарушения, возникающие за счет повторных инсультов, микрокровоизлияний, множественных немых лакунарных инсультов, значительного диффузного и очагового поражения белого вещества ГМ, его атрофического процесса, амилоидной ангиопатии.

Цель лечения пациентов с ДЭ — предотвращение развития мозгового инсульта, деменции, улучшение качества жизни путем купирования неврологических симптомов и синдромов (когнитивных расстройств), что предполагает терапию основного заболевания, ставшего причиной ДЭ, коррекцию ФР ССЗ, улучшение мозгового кровотока, метаболизма ГМ, симптоматическую терапию неврологических расстройств, лечение когнитивных нарушений, профилактику мозгового инсульта.



О современных подходах к терапии ферментными препаратами у больных хроническим панкреатитом шла речь в выступлении профессора **Олега Бабака**, заведующего кафедрой внутренней

медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета. Он отметил, что ферментные препараты поджелудочной железы назначают при хроническом панкреатите (обеспечение функционального покоя поджелудочной железы и кишечника) и в качестве заместительной терапии (восполнение недостающих ферментов, коррекция нарушения переваривания). Ферментные препараты отличаются составом, наличием или отсутствием дополнительных компонентов, формой выпуска. Для снятия болевого синдрома и уменьшения панкреатической секреции предпочтительными являются таблетированные формы ферментных препаратов, при нарушениях пищеварения — капсулы.

Основными причинами неэффективности ферментной терапии являются: нарушение пациентами режима терапии, низкая доза ферментных препаратов, высокая кислотность кишечника, избыточный

бактериальный рост в тонком кишечнике. Для повышения эффективности ферментной терапии необходимо убедиться в соблюдении пациентом режима приема препарата и применении достаточно высокой дозы фермента (40–50 и 10–20 тыс. Ед. липазы при основном приеме пищи и перекусах соответственно). При недостаточном клиническом ответе добавляют ингибитор протонной помпы, при неэффективности — обследуют на наличие избыточного бактериального роста в тонком кишечнике и назначают соответствующее лечение.

Для устранения болевого синдрома и коррекции экзокринной недостаточности при хроническом панкреатите рекомендуются таблетки и капсулы с микропеллетами.



Профессор **Владимир Волков**, старший научный сотрудник отдела атеросклероза и ишемической болезни сердца Института, обратил внимание на то, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) является

основной причиной смертности женщин во всем мире, превышая таковую от рака молочной железы и других онкологических заболеваний. Смертность от всех ССЗ значительно снизилась в последние десятилетия именно в мужской популяции, а в женской — даже несколько возросла. Это связано с тем, что у женщин ИБС начинается позже, чем у мужчин, основной формой манифестации является стенокардия, проявляющаяся в большинстве случаев атипичным болевым синдромом. У женщин реже возникает стенозирующий атеросклероз, чаще выявляют микрососудистую ишемию и однососудистые поражения. Все методы исследования, включая коронарографию, неоднозначны и часто неинформативны. Таким пациенткам реже назначают блокаторы β -адренорецепторов, иАПФ, ацетилсалициловую кислоту, статины в адекватных дозах.

В. Волков осветил проблемные вопросы применения статинов в первичной и вторичной профилактике ИБС у женщин, а также отметил, что результаты клинических исследований заместительной гормональной терапии (ЗГТ) противоречивы, что может быть объяснено некорректным отбором пациентов и длительным периодом постменопаузы. На сегодня ЗГТ является стандартом лечения при умеренных и тяжелых симптомах менопаузы, снижая риск остеопоротических переломов и сердечно-сосудистый риск, если она начата в период терапевтического окна (возраст <60 лет, продолжительность после менопаузы <6 лет). Применение статинов или ЗГТ на фоне их приема существенно повышает кардиопротекторный эффект. Назначать ЗГТ необходимо до начала клинических проявлений атеросклероза.



в своем выступлении уделил внимание составляющим кардиометаболического риска и возможностям кардиореабилитации и профилактики.



слушателей с тактикой лечения при бронхиальной астме (БА), обратив внимание на важность длительного применения базисной терапии ингаляционными кортикостероидами (ИКС). Согласно рекомендациям по диагностике и лечению БА (Global Initiative for Asthma — GINA, 2014), при БА I степени рассматривают возможность терапии ИКС, начиная с III степени в качестве препаратов первого выбора может быть применена комбинация будесонид + формотерол в режиме SMART для поддерживающей терапии и купирования симптомов.

Лечение при обострениях БА включает:

- самостоятельную коррекцию терапии согласно плану лечения БА;
- лечение на амбулаторном этапе;
- лечение в отделении скорой помощи.

При самостоятельном лечении необходимо усиление ИКС-содержащей терапии, повышение доз агонистов β_2 -адренорецепторов короткого действия, добавление высоких доз ИКС или оральных кортикостероидов на период 5–7 дней (по рекомендации врача). Альтернативой может быть терапия будесонидом + формотеролом (в низких дозах) в режиме SMART, которая является эффективной для контроля БА, а у пациентов высокого риска уменьшает число обострений, требующих приема оральных кортикостероидов и госпитализации. Эта комбинация может быть применена до максимальной дозы 72 мкг формотерола в сутки (12 ингаляций).

В амбулаторных условиях проводят повторные ингаляции агонистами β_2 -адренорецепторов короткого действия (через спейсер или небулайзер), контролируемой оксигенации (при возможности), назначают системные кортикостероиды (СКС); антибиотики не рекомендованы. Пациентам, не получающим базисной терапии, следует назначить ИКС-содержащее лечение. Перед выпиской их следует озна-

комить с техникой проведения ингаляции, а также определить комплаенс у таких пациентов, что в будущем будет иметь большое значение для контроля БА. Пациентам при ≥ 1 случае обострения за прошедший год рекомендована альтернативная базисная терапия для снижения риска (например комбинация будесонид + формотерол в режиме SMART).

При обострениях БА в отделении скорой помощи проводят оксигенацию, вторые ингаляции агонистами β_2 -адренорецепторов короткого действия, применяют эпинефрин, СКС, ИКС в высоких дозах (прием в первые часы уменьшает вероятность госпитализации), при необходимости применяют неинвазивную вентиляцию легких. Антибиотики не рекомендованы, седативные препараты запрещены.

Н. Моногарова отметила, что СКС относят к препаратам 1-й линии при обострениях БА, их применение способствует более быстрому разрешению бронхиальной обструкции, значительно снижает риск рецидивов после выписки из стационара. Однако при СД, АГ, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, глаукоме, катаракте, беременности эти препараты следует назначать с осторожностью. Альтернативой СКС являются ИКС, оказывающие более быстрый клинический эффект за счет непосредственного влияния на слизистую оболочку бронхов; они намного безопаснее.

Эффект при применении СКС, особенно при обострении БА, наступает в течение 6–24 ч, в то время как ИКС действуют намного быстрее.

Докладчик перечислила основные преимущества небулайзерной терапии:

- легко и быстро выполняемая техника ингаляции;
- возможность применения у лиц пожилого возраста, детей, пациентов в тяжелом состоянии;
- быстрое купирование симптомов;
- проникновение препарата в трудно-вентилируемые участки легких;
- возможность доставки более высокой дозы ингалируемого вещества;
- оптимальная дисперсность аэрозоля.

Для небулайзерной терапии не применяют масляные растворы, отвары трав, растворы СКС, теофиллин.

В рамках конференции также прошли научные симпозиумы «Современные стандарты ведения пациентов с острым коронарным синдромом. Фокус на двойную антитромбоцитарную терапию» и «Тромбоэмболия легочной артерии в терапевтической практике», вызвавшие большой интерес участников конференции.

В течение 2 дней работы мероприятия рассмотрены и другие актуальные вопросы кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии, терапии. Участники ознакомились с инновационными методами диагностики и лечения заболеваний, встречающихся в повседневной практике, обменялись собственным опытом и почерпнули новую полезную для дальнейшей профессиональной деятельности информацию.

*Марина Колесник,
фото автора*

комить с техникой проведения ингаляции, а также определить комплаенс у таких пациентов, что в будущем будет иметь большое значение для контроля БА. Пациентам при ≥ 1 случае обострения за прошедший год рекомендована альтернативная базисная терапия для снижения риска (например комбинация будесонид + формотерол в режиме SMART).

При обострениях БА в отделении скорой помощи проводят оксигенацию, вторые ингаляции агонистами β_2 -адренорецепторов короткого действия, применяют эпинефрин, СКС, ИКС в высоких дозах (прием в первые часы уменьшает вероятность госпитализации), при необходимости применяют неинвазивную вентиляцию легких. Антибиотики не рекомендованы, седативные препараты запрещены.

Н. Моногарова отметила, что СКС относят к препаратам 1-й линии при обострениях БА, их применение способствует более быстрому разрешению бронхиальной обструкции, значительно снижает риск рецидивов после выписки из стационара. Однако при СД, АГ, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, глаукоме, катаракте, беременности эти препараты следует назначать с осторожностью. Альтернативой СКС являются ИКС, оказывающие более быстрый клинический эффект за счет непосредственного влияния на слизистую оболочку бронхов; они намного безопаснее. Эффект при применении СКС, особенно при обострении БА, наступает в течение 6–24 ч, в то время как ИКС действуют намного быстрее.

Докладчик перечислила основные преимущества небулайзерной терапии:

- легко и быстро выполняемая техника ингаляции;
- возможность применения у лиц пожилого возраста, детей, пациентов в тяжелом состоянии;
- быстрое купирование симптомов;
- проникновение препарата в трудно-вентилируемые участки легких;
- возможность доставки более высокой дозы ингалируемого вещества;
- оптимальная дисперсность аэрозоля.

Для небулайзерной терапии не применяют масляные растворы, отвары трав, растворы СКС, теофиллин.

В рамках конференции также прошли научные симпозиумы «Современные стандарты ведения пациентов с острым коронарным синдромом. Фокус на двойную антитромбоцитарную терапию» и «Тромбоэмболия легочной артерии в терапевтической практике», вызвавшие большой интерес участников конференции.

В течение 2 дней работы мероприятия рассмотрены и другие актуальные вопросы кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии, терапии. Участники ознакомились с инновационными методами диагностики и лечения заболеваний, встречающихся в повседневной практике, обменялись собственным опытом и почерпнули новую полезную для дальнейшей профессиональной деятельности информацию.

*Марина Колесник,
фото автора*