

Профилактика. Антиэйджинг. Украина

28–29 сентября 2017 г. в Харькове состоялся VI Конгресс «Профилактика. Антиэйджинг. Украина» (далее — Конгресс). Организаторами мероприятия выступили Всеукраинская общественная организация (ВОО) «Ассоциация превентивной и антиэйджинг медицины» при поддержке Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Харьковского национального медицинского университета, Харьковской медицинской академии последипломного образования, Государственное учреждение (ГУ) «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины».



Открыла работу Конгресса профессор **Ольга Барна**, глава правления ВОО «Ассоциация превентивной и антиэйджинг медицины», заведующая кафедрой общей практики — семейной медицины Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца. Она обратила внимание слушателей на то, что особой тематикой нынешнего Конгресса является сердечно-сосудистый риск (ССР) и профилактика кардиологических заболеваний, что неслучайно, поскольку Конгресс проходит накануне Международного дня сердца. В последнее время все больше внимания уделяют профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а в случае их возникновения — эффективному контролю симптомов и улучшению качества жизни пациентов.

С приветствием к участникам Конгресса обратилась **Галина Сироштан**, начальник Управления здравоохранения Харьковской областной государственной администрации. Она пожелала всем собравшимся медицинским работникам плодотворной работы, приобретения новых знаний и удачного их внедрения в повседневную клиническую практику. Г. Сироштан выразила надежду на то, что полученная информация о новых достижениях науки и практики обязательно будет донесена в коллективы учреждений здравоохранения.



Профессор **Валерий Мясоедов**, проректор по научной работе Харьковского национального медицинского университета, обратил внимание слушателей на актуальность проводимого форума, поскольку профилактика — медицина будущего, это та парадигма, которая должна быть основой в построении системы здравоохранения, медицинского образования и науки. В системе здравоохранения, как нигде, должно быть учтено экспертное мнение не только ученых, но и практических врачей.



Профессор **Сергей Коваль**, руководитель отдела артериальной гипертензии ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», в своем выступлении уделил внимание профилактике инсульта у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП). Он напомнил, что при ФП на электрокардиограмме (ЭКГ) не видно обычного зубца Р, отображающего нормальное сокращение предсердий, вместо этого регистрируются так называемые волны фибрилляции f (мерцания) предсердий. Желудочковые комплексы QRS нерегулярны (разные интервалы Q–Q) за счет



задержки проведения в атриовентрикулярном узле их частота меньше, чем частота предсердных волн f. При ФП возникают такие симптомы, как головокружение, слабость, дискомфорт в области сердца, периодическая потеря сознания, одышка, боль в груди. ФП может приводить к возникновению тромбоза, инсульта (у пациентов с ФП риск развития ишемического инсульта повышен в 5 раз), хронической сердечной недостаточности, а также к повышению частоты госпитализации, инвалидности и смертности. С. Коваль отметил, что ацетилсалициловая кислота (АСК) остается базовым средством профилактики ССЗ. В соответствии с рекомендациями по антитромбоцитарной терапии для профилактики ССЗ Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology — ESC) 2016 г., при остром коронарном синдроме рекомендовано применение АСК и ингибиторов P2Y12-рецепторов на протяжении 12 мес; для длительной профилактики после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) (>12 мес) показано применение АСК. У пациентов, перенесших некардиоэмболический ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, рекомендована монотерапия АСК или комбинация АСК с дипиридамолом или клопидогрелем.

Согласно рекомендациям ESC, пероральная антикоагулянтная терапия показана всем мужчинам с ≥ 2 и женщинам с ≥ 3 факторами риска инсульта по шкале CHADS2-VASC. Необходимо рассмотреть назначение пероральной антикоагулянтной терапии всем мужчинам с одним и женщинам с двумя факторами риска по шкале CHADS2-VASC. Антитромбоцитарная терапия не рекомендована с целью профилактики инсульта у пациентов с ФП независимо от факторов риска.

С. Коваль обратил внимание, что АСК уступает по эффективности варфарину в профилактике инсульта у пациентов с ФП, однако существуют определенные ограничения применения варфаринотерапии (необходимость регулярного мониторинга, постоянной коррекции дозы, побочные эффекты и др.). В настоящее время наиболее эффективным методом профилактики инсульта у пациентов с ФП является антикоагулянтная терапия, высокую эффективность показали пероральные антикоагулянты, в частности ривароксабан. Последний в исследовании ROCKET AF по многим показателям превзошел варфарин в популяции пациентов высокого риска инсульта и кровотечений, значительно снижая риск фатальных кровотечений. Ривароксабан имеет оптимальный кардиоваскулярный профиль и по данным метаанализа — дополнительные преимущества: на 22% снижал частоту сердечно-сосудистых событий, на 19% — ИМ, на 16% — смертность вследствие сердечно-сосудистых событий.

В соответствии с рекомендациями ESC, антикоагулянтную терапию назначают в зависимости от степени риска инсульта по шкале CHADS2-VASC. Так, при ФП, механическом клапане или значительном митральном стенозе оценивают риск инсульта, базируясь на шкалу CHADS2-VASC. При наличии 0 баллов ни антитромбоцитарные препараты, ни антикоагулянты не назначают, при 1 балле следует рассмотреть вопрос о назначении пероральных антикоагулянтов, при ≥ 2 — назначают пероральные антикоагулянты, оценивают противопоказания, корректируют факторы риска кровотечения, которые можно модифицировать (при противопоказаниях можно назначать варфарин).

В соответствии с рекомендациями ESC, антикоагулянтную терапию назначают в зависимости от степени риска инсульта по шкале CHADS2-VASC. Так, при ФП, механическом клапане или значительном митральном стенозе оценивают риск инсульта, базируясь на шкалу CHADS2-VASC. При наличии 0 баллов ни антитромбоцитарные препараты, ни антикоагулянты не назначают, при 1 балле следует рассмотреть вопрос о назначении пероральных антикоагулянтов, при ≥ 2 — назначают пероральные антикоагулянты, оценивают противопоказания, корректируют факторы риска кровотечения, которые можно модифицировать (при противопоказаниях можно назначать варфарин).

В соответствии с рекомендациями ESC, антикоагулянтную терапию назначают в зависимости от степени риска инсульта по шкале CHADS2-VASC. Так, при ФП, механическом клапане или значительном митральном стенозе оценивают риск инсульта, базируясь на шкалу CHADS2-VASC. При наличии 0 баллов ни антитромбоцитарные препараты, ни антикоагулянты не назначают, при 1 балле следует рассмотреть вопрос о назначении пероральных антикоагулянтов, при ≥ 2 — назначают пероральные антикоагулянты, оценивают противопоказания, корректируют факторы риска кровотечения, которые можно модифицировать (при противопоказаниях можно назначать варфарин).

В соответствии с рекомендациями ESC, антикоагулянтную терапию назначают в зависимости от степени риска инсульта по шкале CHADS2-VASC. Так, при ФП, механическом клапане или значительном митральном стенозе оценивают риск инсульта, базируясь на шкалу CHADS2-VASC. При наличии 0 баллов ни антитромбоцитарные препараты, ни антикоагулянты не назначают, при 1 балле следует рассмотреть вопрос о назначении пероральных антикоагулянтов, при ≥ 2 — назначают пероральные антикоагулянты, оценивают противопоказания, корректируют факторы риска кровотечения, которые можно модифицировать (при противопоказаниях можно назначать варфарин).



Профессор **Ирина Головач**, руководитель отделения ревматологии и внутренней патологии Клинической больницы «Феофания», акцентировала внимание на важности персонализированного подхода в лечении остеоартрита (ОА). Она отметила, что на сегодняшний день ОА — это не просто дегенеративное дистрофическое заболевание, болезнь старческого возраста, это патология, связанная с нарушенным метаболизмом всех суставных тканей с последующими анатомическими и физиологическими нарушениями, что приводит к развитию клинически выраженного заболевания, основным симптомом которого является боль, деформации и нарушение функции. ОА рассматривают как органную патологию. Доказано, что в патологический процесс вовлекается не только суставной хрящ, но и синовиальная оболочка, кость, связки, мышцы, жировая ткань и нервные окончания.

Говоря о лечении ОА, И. Головач обратила внимание слушателей на то, что существует >100 клинических комбинаций заболевания, поэтому подходы к лечению у разных пациентов должны быть разными. Действующие международные рекомендации не отвечают на вопрос индивидуального персонализированного подхода к лечению таких пациентов. В настоящее время существует фенотипический (в зависимости от фенотипа) подход к лечению при ОА. Выделяют воспалительный, хрящ-опосредованный, кость-опосредованный и травматический ОА. В зависимости от патогенетического варианта с клиническими проявлениями применяют различные подходы к терапии. Так, при травматическом ОА в начале болезни отмечают высокий уровень металлопротеиназ, вторично разрушающих хрящ — здесь могут быть полезны ингибиторы металлопротеиназ. При воспалительном ОА характерно воспаление синови, в патогенезе которого главная роль принадлежит макрофагам, прослеживается ассоциация с метаболическим синдромом, низкоуровневым воспалением. При таком фенотипе эффективны нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), симптом-модифицирующие препараты замедленного действия (Symptomatic Slow Acting Drugs for treatment of OsteoArthritis — SYSADOA). Хрящ-опосредованный ОА — это преимущественно генерализованные формы ОА, при которых отмечают нарушение функции хондроцитов со снижением синтеза протеогликанов; положительный эффект оказывают SYSADOA. Кость-опосредованный ОА — ведущая патология субхондральной кости с высоким костным оборотом, эффект оказывает антирезорбтивная терапия/стронция рanelат.

В лечении при ОА применяют SYSADOA (симптом-модифицирующие, то есть влияющие на симптомы болезни с отсутствием влияния на структурные изменения) и структурно-модифицирующие (влияют на прогрессию патологических изменений при ОА, могут иметь или не иметь дополнительного влияния на симптомы болезни) препараты. К SYSADOA относят хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат, неомыляемые фракции с авокадо и сои, диациреин, гиалуроновую кислоту.



И. Головач отметила, что сегодня нет единого мнения относительно того, что эффективнее — монотерапия или комбинация SYSADOA. Предполагается, что иммунная терапия и комбинация глюкозамина сульфата и хондроитина сульфата эффективна в профилактике ОА и приостановлении прогрессии заболевания. При применении комбинации хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата через 24 мес отмечена меньшая потеря объема хряща по сравнению с пациентами, не получавшими такой комбинации. Данная комбинация обладает способностью замедлять прогрессирование ОА (то есть обладает структурно-модифицирующим эффектом).

В исследовании MOVES изучали эффективность комбинации глюкозамина гидрохлорида и хондроитина сульфата в сравнении с цефекоксибом. В отношении болевого и функционального индекса при длительном применении SYSADOA и цефекоксиба достоверных различий не установлено.



Лариса Яковлева, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, рассказала о возможности новой комбинации блокатора рецепторов ангиотензина (БРА) в лечении пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Она отметила, что за последние 20 лет возросла смертность, ассоциированная с повышенным артериальным давлением (АД): количество смертей, связанных с систолическим АД ≥ 140 мм рт. ст. увеличилось с 97,9 до 106,3 случаев на 100 тыс. населения. По мнению экспертов, это связано с ростом распространенности АГ (по данным исследования PURE-study, в странах с высоким и средним уровнем дохода 50% трудоспособного населения болеет АГ) и низкой эффективностью антигипертензивной терапии (резистентная АГ, высокая стоимость терапии, побочные эффекты, несоответствие назначения рекомендациям, низкая приверженность терапии, врачебная инерция).

Результаты метаанализа 50 рандомизированных клинических исследований свидетельствуют, что при одинаковом контроле АД ни один из пяти классов антигипертензивных препаратов не продемонстрировал превосходства в снижении общего ССР.

При выборе стратегии антигипертензивной терапии необходимо ориентироваться как на степень повышения АД, так и на ССР у этой категории пациентов. Согласно рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертензии (European Society of Hypertension — ESH) и ESC, при выраженном повышении АД, высоком/очень высоком ССР назначают комбинированную терапию. У большинства пациентов, применяющих монотерапию, достичь антигипертензивной цели не удастся. В таком случае назначают либо комбинацию антигипертензивных препаратов, либо повышают дозу препарата (до максимальной), либо переводят на другой препарат. Следует помнить, что приверженность терапии зависит от частоты изменений в лечении. Так, при изменениях терапии в первые 6 мес приверженность лечению снижается на 25% в последующие 6 мес.

Показано, что снижение АД при переводе на фиксированную комбинацию в 5 раз эффективнее, чем при удвоении дозы препарата. Приверженность лечению фиксированными комбинациями у пациентов выше, чем свободными. Данные реальной клинической практики показывают, что при назначении фиксированной комбинации 60% больных в течение 1 года выполняли рекомендации врачей и эффективно контролировали АД, не прерывали лечения на протяжении этого периода 76% пациентов. Кроме того, высокая приверженность антигипертензивной терапии уменьшает количество неблагоприятных, в том числе фатальных, сердечно-сосудистых событий.

Л. Яковлева обратила внимание на новую комбинацию азилсартана и хлорталидона. Показано, что азилсартан более эффективно, чем кандесартан, олмесартан, валсартан, позволяет контролировать систолическое, диастолическое и суточное АД, оказывает выраженный антигипертензивный эффект в течение суток, позволяет контролировать ночное АД. Хлорталидон, тиа-

зидоподобный диуретик, лучше контролирует АД на протяжении суток в сравнении с гидрохлоротиазидом.

Комбинация азилсартан/хлорталидон более эффективна, чем каждый из ее компонентов, для контроля АД; достичь целевых значений удастся через 8 нед терапии. Докладчик подчеркнула, что эта комбинация более эффективно, чем другое сочетанное применение сартанов и диуретиков, позволяет контролировать АД.

Профессор О. Барна обратила внимание слушателей на изменение парадигмы статинотерапии: от нормализации уровня липидов до стабилизации бляшки и регресса атеросклероза. Она отметила, что повышенный уровень холестерина (ХС), дислипидемия — наиболее значимые факторы ССР, влияющие на сердечно-сосудистую смертность. По мнению профессора Я. Грехема, липиды, возможно, — наиболее фундаментальный фактор ССР. Взаимосвязь между смертностью и липидами, особенно ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), имеет сильную прямую зависимость, а причинно-наследственные отношения между ними не двузначны. Сосудистые, в том числе коронарные события, очень резко развиваются в популяциях с более низким уровнем липидов, даже при высокой частоте курения.

В соответствии с рекомендациями ESC по лечению дислипидемий (2016), уровни липидов необходимо снижать как на популяционном уровне, так и у представителей высоких групп риска. Пациенты с высоким риском должны быть приоритетной группой для врачей. Вместе с тем большинство смертей происходит в когорте лиц с незначительно повышенным уровнем ХС, поэтому практически здоровые люди, имеющие незначительно повышенный уровень ХС без других факторов риска, также должны находиться в поле зрения медиков. Именно для этой категории пациентов важна профилактика, в частности изменение образа жизни.

В Рекомендации ESC по лечению дислипидемий (2016) внесены некоторые изменения. Так, перед скрининговым определением уровня липидов необязателен период голодания, поскольку уровень ХС мало зависит от того, натощак или нет взяты образцы крови. Относительно рекомендаций по питанию — смещен акцент от запрета и ограничения жиров к достаточному употреблению полезных продуктов — овощей, фруктов, рыбы.

Говоря о целях лечения, О. Барна подчеркнула, что ХС ЛПНП является первичной целью, уровень общего ХС следует рассматривать в качестве цели лечения, если другое недоступно. Апо-В следует рассматривать в качестве вторичной цели лечения (только если доступен), уровень ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) не рекомендован в качестве цели лечения.

Целевые уровни ХС ЛПНП для пациентов умеренного риска составляют <3,0 ммоль/л (115 мг/дл), высокого риска — <2,5 ммоль/л (100 мг/дл), очень высокого риска — <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или 50%. У пациентов высокого и очень высокого риска ХС ЛПНП должен быть снижен минимум на 50%.

Терапией 1-й линии при дислипидемии во всех случаях остаются статины, комбинация статина и зетимиба — 2-я линия (дополнительно снижает уровень ХС ЛПНП на 15–20%). Ингибиторы PCSK9 по эффективности значительно превышают другие комбинации, сочетанно со статинами являются 3-й линией терапии и дают настоящий прорыв в лечении. Однако из-за высокой стоимости их применение в стандартных случаях, а также в странах с низким уровнем дохода населения ограничено.

О. Барна отметила, что в клинической практике целевые уровни липидов не достигаются. Результаты исследования PRESTIGE свидетельствуют о том, что целевой уровень липидов достигается только в 23% случаев, основная причина — низкие дозы статинов. Кроме того, украинский рынок лекарств, применяемых в терапии при ССЗ, характеризуется высоким потреблением препаратов метаболического действия, для лечения пациентов с ССЗ в Украине сравнительно редко применяют препараты, улучшающие прогноз.

При достижении целевых уровней наиболее агрессивной и эффективной является терапия с применением розувастатина.

Так, в исследовании ROSU PATH показано, что применение альтернативной схемы титрования (15; 30; 40 мг) розувастатина обеспечивает значительно лучшее снижение уровня ХС ЛПНП уже в начале лечения и более эффективное достижение целевых уровней липидов. Титрование доз розувастатина наиболее обосновано у пациентов высокого и очень высокого риска, поскольку позволяет даже такой тяжелой категории пациентов достичь целевых уровней липидов.



Профессор **Елена Волошина**, заведующая кафедрой общей практики и медицинской реабилитации Одесского национального медицинского университета, на клиническом примере рассказала о лечении пациентов с сосудистой патологией в практике семейного врача. Она отметила, что обязательными обследованиями при АГ и атеросклерозе артерий нижних конечностей являются пальпация артерий верхних и нижних конечностей, измерение АД на плечевых артериях и лодыжках, расчет лодыжечно-плечевого индекса, регистрация ЭКГ, проведение лабораторных исследований (общий анализ крови, мочи, уровень глюкозы, общего ХС, креатинина и др.). В качестве дополнительных методов исследования могут быть назначены дуплексное сканирование сосудов конечностей, компьютерная томография артерий в ангиографическом режиме, рентгеноконтрастная ангиография, лазер-доплероскопия флоуметрия, эхокардиография. При II–III стадии заболевания необходим дополнительный мониторинг состояния сосудистым хирургом.

Лечение при заболеваниях артерий нижних конечностей должно быть направлено на уменьшение выраженности симптомов, сердечно-сосудистых осложнений, улучшение прогноза. Базисная терапия включает отказ от курения, немедикаментозное лечение, гиполипидемическую, антигипертензивную терапию, применение антитромбоцитарных препаратов. На уменьшение выраженности симптомов влияют дозированные физические нагрузки, периферические вазодилататоры, хирургические методы лечения.

Е. Волошина обратила внимание, что дозированные физические нагрузки позволяют уменьшить выраженность симптомов и увеличить дистанцию безболевой ходьбы у пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей, однако они ограничены при III стадии заболевания и противопоказаны при IV стадии. В качестве альтернативных препаратов применяют периферические вазодилататоры. Показано, что цилостазол в сравнении с пентоксифиллином уменьшает выраженность симптомов заболевания, вдвое увеличивает дистанцию ходьбы. Цилостазол — единственный вазодилататор, рекомендованный Американской ассоциацией сердца (American Heart Association — АНА) и Американской коллегией кардиологов (American College of Cardiology — ACC) для лечения пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. Таким больным также необходимо назначать венотонические препараты, поскольку у них высок риск развития венозного тромбоза, инсульта, тромбоза легочной артерии. Сегодня золотым стандартом в лечении при хронической венозной недостаточности, особенно первичного характера, являются флавоноиды диосмин и гесперидин, которые возобновляют реологию крови, улучшают лимфатический дренаж, эффективны в лечении и профилактике тромботических осложнений.



О современных подходах к терапии сахарного диабета (СД) 2-го типа шла речь в выступлении **Геннадия Кочубева**, доцента кафедры семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования. Он отметил, что многие врачи, назначая антигипергликемическую терапию, нормализуя уровень гликемии у больных СД, убеждены в том, что в значительной степени профилактируют ИМ и инсульт. На самом деле коррекция гиперглике-

мии крови оказывает влияние преимущественно на микрососудистые осложнения, в то время как макрососудистые осложнения в большей степени связаны с нарушением липидного обмена. Причем, если микрососудистые осложнения начинают развиваться и прогрессировать при развитии гипергликемии, то макрососудистые — уже в течение преддиабетической фазы, когда диагноз СД еще не установлен.

Согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации (American Diabetes Association — ADA), критериями диагностики СД являются уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) $\geq 6,5$ ммоль/л, глюкозы в плазме крови натощак — $\geq 7,0$ ммоль/л, глюкозы в крови при оральном глюкозотолерантном тесте — $\geq 11,1$ ммоль/л, а также глюкозы в плазме крови — $\geq 11,1$ ммоль/л, выявленный в любое время у пациентов с симптомами СД.

Лечение больных СД 2-го типа включает гликемический контроль, контроль уровня липидов и АД. Стратегия гликемического контроля должна быть направлена на достижение уровня HbA1c $< 7\%$ для большинства пациентов (должен достигаться без развития выраженной гипогликемии).

В соответствии с рекомендациями Американского врачебного колледжа (American Clinical Practice — ACP), медикаментозная терапия показана больным СД 2-го типа, когда модификация образа жизни, включая диету, физические нагрузки и уменьшение массы тела, не позволяет достичь адекватного гликемического контроля. В качестве начала медикаментозного лечения СД 2-го типа для большинства пациентов рекомендована монотерапия метформином. При сохранении гипергликемии на фоне монотерапии метформином и модификации образа жизни рекомендуют добавление второго антигипергликемического препарата.

Метформин является препаратом 1-й линии терапии; он имеет как достоинства, так и недостатки. В то же время, по данным исследования UKPDS, 50% пациентов через 3 года и 75% — через 9 лет необходима комбинированная терапия. Постепенная титрация дозы препарата, применяемого в монотерапии, до максимальной не дает особых преимуществ. По мнению докладчика, наиболее оптимальна комбинация метформина и препаратов сульфонилмочевины, в частности глимегирида.

Подводя итоги выступления, Г. Кочуев подчеркнул, что в настоящее время возрастает роль врача общей практики в диагностике и лечении пациентов с СД 2-го типа. Семейные врачи становятся специалистами 1-й линии в оказании медицинской помощи таким больным и ответственны за выявление данного заболевания среди групп риска, назначение терапии препаратами группы бигуанидов и производных сульфонилмочевины, проведение мероприятий по раннему выявлению осложнений СД 2-го типа.



Большой интерес участников конференции вызвал доклад профессора **Александра Дуды**, заведующего кафедрой инфекционных болезней Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, посвященный антибиотикорезистентности и путям ее преодоления. Он подчеркнул, что антибиотикорезистентность представляет серьезную проблему во всем мире, и если ситуация не изменится, то прогнозируется, что к 2050 г. по этой причине ежегодно будут погибать 10 млн человек.

Причинами возникновения антибиотикорезистентности являются нерациональное применение антибактериальных препаратов (несоблюдение курса лечения, доз), назначение эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) без адекватного выявления возбудителя, трудности своевременной и точной идентификации патогенных микроорганизмов.

В этиологической структуре возбудителей гнойно-септической инфекции доминируют *Acinetobacter baumannii* (резистентность составляет 97,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (95%), *Staphylococcus aureus* (50%), *Staphylococcus epidermidis* (26%), энтерококки и стрептококки.

А. Дуда обратил внимание, что биопленки снижают активность АБТ. При подозрении на формирование биопленки у пациента



необходимо учитывать некоторые моменты. В частности, отслоение биопленок в кровотоке или мочевыводящих путях может приводить к формированию эмболов; бактерии в биопленках могут обмениваться плазмидами резистентности, они не поддаются воздействию иммунной системы хозяина. Биопленки могут снижать чувствительность бактерий к антимикробным агентам, а с грамотрицательными бактериями — продуцировать эндотоксин, что может приводить к инфекционно-токсическому шоку.

В настоящее время широко применяют концепцию деэскалационной терапии — в качестве стартового эмпирического лечения, которое начинают сразу после установления диагноза. Применяют комбинацию антимикробных средств, действующих на все возможные возбудители инфекции.

Наиболее адекватной комбинацией АБТ при внутрибольничных инфекциях является сочетание аминогликозида, карбапенема и ванкомицина (активность $> 90\%$). Стандартом АБТ грамотрицательной госпитальной инфекции являются аминогликозиды (монотерапия или комбинация), наиболее активен из них в отношении *Pseudomonas aeruginosa* — тобрамицин.

Научная программа Конгресса была чрезвычайно насыщенной и актуальной и включила широкий круг проблемных вопросов, связанных с профилактикой и лечением распространенных кардиологических, нефрологических, гастроэнтерологических, неврологических, ревматологических, пульмонологических заболеваний. Участники мероприятия посетили пленарные и секционные заседания «Синдромный подход в общетерапевтической практике», «Превентивная медицина: предупредить или лечить?», «Основы фармакотерапии для практической медицины», «Семейный врач: ключевая роль в первичной и вторичной профилактике», «Практические аспекты контроля симптомов во внутренней медицине». Особое внимание уделено современным методам профилактики и терапии астенических и когнитивных нарушений при черепно-мозговой травме, диарейного синдрома, АГ, вирусных инфекций, церебральных нарушений, железодефицитной анемии, подагры, солевой нефропатии, негоспитальной пневмонии, головной боли, хронической сердечной недостаточности, острого и хронического бронхита, хронических заболеваний вен, острого малопродуктивного кашля, инфекций мочеполовой системы, тревожных расстройств и др.

В рамках мероприятия также прошел экспресс-курс для визиторов и фармацевтов «Лекарства Украины», вызвавший огромный интерес слушателей.

Во время этого масштабного Конгресса каждый желающий смог бесплатно пройти целый ряд скрининговых обследований: определить индивидуальный ССР по модифицированной шкале SCORE, уровень ХС и глюкозы в крови, риск переломов (на основе ультразвукового обследования пяточной кости), а также пройти мастер-класс по юляйзеротерапии.

В завершение Конгресса приятной неожиданностью для участников стал розыгрыш ценных призов.

Марина Колесник,
фото автора