

За матеріалами науково-практичної конференції «Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання»

Сьомого листопада 2013 року в Харкові відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання», організатором якої виступила ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України».

У конференції взяли участь понад 300 вчених і висококваліфікованих фахівців різних спеціальностей, науковці з Росії, дев'яти міст України, зокрема з Харкова, та лікарі із 17 районів Харківської області.

Відкрила конференцію директор ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктор мед. наук, професор Галина Дмитрівна Фадеєнко. Вона висловила вдячність усім гостям і учасникам форуму й побажала плідної роботи та активної дискусії.

З вітальними промовами виступили гості конференції: К.Г. Коліушко — заступник директора департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради, начальник управління інновацій галузі охорони здоров'я; М.Г. Щербань — головний лікар Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1, помічник проректора з наукової роботи Харківського національного медичного університету, доктор мед. наук, професор кафедри біологічної хімії; Сергій Анатолійович Бойцов — директор ФДБУ «Державний науководослідний центр профілактичної медицини МОЗ РФ», головний позаштатний спеціаліст МОЗ Росії з профілактичної медицини, доктор мед. наук, професор.

Наукова програма передбачала пленарні доповіді та постерну сесію з обговоренням широкого кола питань стосовно хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), таких як епідеміологічні особливості найбільш поширених ХНІЗ та сучасна стратегія профілактики, мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів з поліморбідною патологією, нові досягнення в діагностиці та розумінні патогенезу найпоширеніших патологій внутрішніх органів.

Директор Інституту професор Г.Д. Фадеєнко відкрила перше засідання доповіддю «Кишкова



мікробіота та захворювання внутрішніх органів». Професор торкнулася змін уявлень про патогенез неінфекційних захворювань та доповіла про результати досліджень таких проектів, як «Мікробіом людини» (Human Microbiome Project), США, 2008р. та MetaHIT (metagenomics of the Human Intestinal Tract): каталог генів мікробіоти кишечника (2010). Так, було встановлено:

- що 150 видів бактерій присутні всюди, мають усесвітнє розповсюдження, утворюють основу кишкової мікрофлори кожної людини;
- решта видів має індивідуальні відмінності (генетичні, культуральні, етнічні, географічні);
- кожна людина володіє унікальною, лише їй властивою мікрофлорою (відмінності зумовлені особливостями режиму харчування, складу сім'ї, захворювань та їх лікування, регіональних характеристик та ін.);
- виявлена залежність кількості мікроорганізмів та складу мікрофлори організму людини від генетичних мутацій;
- у рамках проекту MetaHIT поглиблено досліджуються такі патології, як загальні захворювання кишечника, ожиріння, атеросклероз.

Особливості проекту «Метагеноміка кардіометаболічних порушень» (Metagenomics in Cardio-metabolic Diseases, METACARDIS) 2012 р., полягають у пошуку змін у мікробіоті травного тракту, пов'язаних з виникненням та розвитком кардіометаболічних порушень, таких як серцево-судинні та метаболічні захворювання, ожиріння, а також поєднані з ними стани; пошу-



Професор Галина Дмитрівна Фадєєнко



Професор Сергій Анатолійович Бойцов

ку спільних біологічних мішеней для різних кардіометаболічних порушень та їх оцінці; виявленні біомаркерів мікробіоти кишечника; проведенні молекулярного фенотипування для деталізації клінічних даних пацієнтів; створенні нової комп'ютерної програми для інтеграції даних щодо навколишнього середовища і способу життя пацієнта з клінічною та біологічною інформацією; також передбачається виявлення факторів, що впливають на мікробіоту травневого тракту та розвиток кардіометаболічних порушень (після інтеграції всіх даних, отриманих у проєкті METACARDIS).

Було розглянуто питання зв'язку кишкової мікробіоти із захворюваннями печінки, центральної нервової системи, кишечника, цукровим діабетом, автоімунними захворюваннями та раком. Перелічено причини кишкового дисбіозу та шляхи його корекції, зокрема раціональне харчування та лікування пробіотиками.

Таким чином, фундаментальні аспекти здоров'я абсолютно залежні від мікробіоти людини, а його відновлення — це профілактика та перспектива лікування ХНІЗ.

Із доповіддю «Профілактика неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя населення Російської Федерації» виступив доктор мед. наук, професор С.А. Бойцов (Москва). У доповіді були представлені основні демографічні показники смертності та народжуваності в Російській Федерації за останні 23 роки і здійснено їх порівняльний аналіз із аналогічними показниками США, Франції та Німеччини. Розглянуто вклад чинників ризику в смертність від серцево-судинних захворювань у російській популяції чоловіків і жінок та вплив цих факторів і лікувальних заходів на зниження смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) в різних популяціях.

Задля покращення стану здоров'я росіян зроблено акцент на реалізації трьох стратегій: популяційна (формування здорового способу життя), стратегія високого ризику (диспансеризація) та вторинна профілактика (лікування). У Росії в межах Державної програми «Развитие здравоохранения» були прийняті нормативні правові акти, як-от: «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»; «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012—2017 годы и план первоочередных мероприятий по ее реализации до 2014 года»; «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года и план мероприятий по ее реализации»; «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»; «Комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья работников на производстве на 2012—2015 годы».

Враховуючи те, що диспансеризація є публічною метою МОЗ Росії, відзначено основні особливості сучасної диспансеризації: мета — раннє виявлення ХНІЗ та факторів ризику їх виникнення; диференційований підхід до обстеження з урахуванням статі та віку; мотивування до здорового способу життя та корекція чинників ризику в процесі диспансеризації; двохетапний механізм; широке охоплення населення, починаючи з 21-го року життя, 1 раз на 3 роки (до 23 млн осіб/рік); без шкоди для поточної роботи поліклініки; ділянково-територіальний принцип організації; організація диспансерного спостереження; медико-економічне обґрунтування методів; безкоштовна для населення з повноцінною оплатою через медичне страхування.

Були наведені результати диспансеризації 2013 року. Так, диспансеризація дає змогу виявити на кожні 2000 осіб (середня чисельність терапевтичної ланки):

- 84 хворих на артеріальну гіпертонію та 64 особи, що потребують уточнення;
- 26 хворих на ІХС та 15 осіб, що потребують уточнення;
- 15 хворих із цереброваскулярною патологією та 8 осіб, що потребують уточнення;
- 13 хворих з патологією органів дихання та 11 осіб, що потребують уточнення;
- 3 онкологічних захворювання та 6 осіб, що потребують уточнення діагнозу.

З огляду на все зазначене слід зауважити, що профілактика неінфекційних захворювань сприяє зниженню інвалідності та смертності від ХНІЗ серед осіб, що проходять диспансеризацію, збільшенню кількості громадян, які належать до I групи здоров'я, та зменшенню кількості осіб, котрі належать до II та III групи здоров'я.

Завідувач лабораторії епідеміології та профілактики серцево-судинних захворювань Тюменського кардіологічного центру, доктор мед. наук К.В. Акімова (Тюмень) представила результати дослідження факторів хронічного соціального стресу як психосоціальної складової серцево-судинного здоров'я населення. Метою дослідження було встановити взаємозв'язки поширеності чинників хронічного соціального стресу із серцево-судинними захворюваннями у відкритій чоловічій популяції за даними одномоментного і проспективного епідеміологічних досліджень. Так, за результатами дослідження встановлено:

- У відкритій чоловічій популяції 25–64 років міста Тюмені у чверті чоловіків встановлений стрес на робочому місці, переважно низький і середній індекс близьких контактів, середній і середньовисокий індекс соціальних зв'язків, низький індекс соціальних зв'язків — у старшій віковій групі 55–64 років.
- У чоловічій популяції 25–64 років індекс близьких контактів не залежить від характеру праці, низький індекс соціальних зв'язків встановлений у пенсіонерів і осіб, які не працюють.
- У чоловіків 25–64 років із деякими формами ІХС та ІХС за розширеними епідеміологічними критеріями переважає низький рівень соціальної підтримки, переважно за рахунок низького індексу соціальних зв'язків, спостерігається збільшення стресу на робочому місці.
- У відкритій популяції середньоурбанізованого міста Західного Сибіру (Тюмень) встановлений високий 12-річний відносний ризик (ВР) серцево-судинної смерті в осіб з низьким рівнем освіти (ВР 2,44 у чоловіків, ВР 5,75 у



Доктор медичних наук Андрій Олексійович Несен

жінок), у професійних групах важкої фізичної праці (ВР 2,25 у чоловіків, ВР 9,71 у жінок), керівників (ВР 4,41 у жінок), а також у самотніх (ВР 2,62), овдовілих (ВР 5,67), розлучених чоловіків (ВР 2,90).

- Серед мешканців 25–64 років середньоурбанізованого міста Західного Сибіру (Тюмень) встановлено, що за параметрами соціального градієнта в атрибутивний ризик серцево-судинної смерті найбільший внесок у чоловічій когорті робить група овдовілих (69,2 %), у жіночій когорті — група осіб із низьким рівнем освіти (84,0 %).

Аналізу динаміки поширеності ХНІЗ в Україні була присвячена доповідь доктора мед. наук, завідувача відділу популяційних досліджень ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» А.О. Несена. Було проаналізовано медико-демографічний стан в Україні. Так, за даними Державної служби статистики України, на ХНІЗ страждає до 60 % дорослого й майже 20 % дитячого населення держави. За тривалістю життя Україна посідає 150-е місце серед 223 країн світу і входить у сімку країн Європи із тривалістю життя менше 70 років. Щорічно в Україні вмирає 700 тис. громадян, третина з яких — особи працездатного віку. Смертність в Україні складає 14,5, а в країнах ЄС — 6,7 на 1000 населення тривалість життя за роки незалежності України скоротилася на 4 роки в чоловіків і більш ніж на 1,5 року в жінок. Тривалість життя жінок і чоловіків менша на 8–9 і 12–13 років відповідно від показників провідних країн Європи. За останні 15 років чисельність населення України скоротилася майже на 7 млн — із 52,2 до 45,6 млн, що можна порівняти з населенням таких країн, як Данія, Грузія, Фінляндія, Норвегія. За прогнозами експертів, через 10 років в

Україні мешкатиме 36–38 млн, а через 50 років залишиться тільки 8–12 млн населення. За останні 5 років серед усього населення України зберігається підвищення захворюваності на 0,6 % і поширеності хвороб на 4,7 %, насамперед ХНІЗ. Особливо великими темпами поширюються хвороби системи кровообігу (на 8,5 %) і ендокринної системи (на 8,7 %). Показники поширеності й захворюваності в Україні вищі, ніж у Російській Федерації (особливо за хворобами системи кровообігу (у 2,5 разу), зокрема за артеріальною гіпертензією (у 3 рази)). За даними Всесвітньої ліги серця, Україна посідає одне з перших місць серед країн Європи за рівнем смертності від хвороб системи кровообігу та інсультів: за останні 25 років захворюваність серцево-судинної системи серед населення України зростає в 3 рази, а смертність — на 45 %.

Також було проаналізовано динаміку захворюваності, поширеності та смертності від хвороб системи кровообігу (окремо гіпертонічної хвороби) в регіонах України за останній період. Враховуючи те, що поєднання ІХС та артеріальної гіпертензії зустрічається більш ніж у 60 % пацієнтів, що підвищує ризик розвитку інфаркту міокарда та серцевої недостатності, а сама артеріальна гіпертензія у 2–3 рази підвищує ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, були представлені Державні спрямування із профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні на період із 2012 р.: продовження заходів щодо активного виявлення і профілактики артеріальної гіпертензії; формування комплайєнса пацієнтів і медичних працівників із профілактики й лікування артеріальної гіпертензії із застосуванням інформаційних технологій; продовження забезпечення хворих доступною антигіпертензивною терапією (постанова КМ України від 25.04.2012 р. № 340 і наказу МОЗ України від 28.04.2012 р. № 321); забезпечення 100 % диспансерним спостереженням хворих високого кардіоваскулярного ризику; активне впровадження комбінованої антигіпертензивної терапії, корекція дисліпидемій і антитромбоцитарної терапії у хворих високого кардіоваскулярного ризику; удосконалення і проведення роботи зі своєчасного виявлення й патогенетичного лікування симптоматичної артеріальної гіпертензії; удосконалення заходів щодо активного виявлення атеросклерозу судин головного мозку шляхом УЗ сканування; забезпечення співпраці з неврологами й нейрохірургами з приводу хворих з високим ризиком геморагічного інсульту (мальформації, аномалії та атеросклероз судин мозку, поєднана патологія та ін.).

Наприкінці була наведена концепція розвитку медичної науки та основні напрямки досліджень

у наукових закладах НАМН у 2013–2015 рр., зокрема рання діагностика і прогнозування розвитку ХНІЗ на підставі комплексного вивчення змін показників, що беруть участь у формуванні захворювань і передбачають їх розвиток, з метою індивідуалізації профілактичних і лікувальних заходів; створення й реалізація єдиної програми моніторингу й модифікації чинників ризику основних ХНІЗ (серцево-судинних, хвороб органів травлення, дихання, сечостатевої та ендокринної систем тощо) на рівнях популяції, сімейної та індивідуальної.

Про сучасний погляд на перебіг та лікування артеріальної гіпертензії розповіла доктор мед. наук, професор кафедри терапії Української військово-медичної академії М.М. Селюк (Київ). Вона відзначила, що з 2000 по 2010 р. смертність від серцево-судинних захворювань в Україні зростає на 13 % і склала 66,6 % у структурі загальної смертності. Серед чинників ризику артеріальної гіпертензії відзначають вік, чоловічу стать, куріння, вживання алкоголю, фізичні навантаження, викликана фізичними навантаженнями гіпертензія, гнів, стрес на роботі, ожиріння, діабет, сімейний анамнез гіпертензії, а також стан, коли офісний артеріальний тиск перебуває в межах нормального високого. Наведено схему комбінації різних класів антигіпертензивних препаратів згідно з рекомендаціями (ESH 2013) (тіазидні діуретики, блокатори АТ₁-рецепторів, антагоністи калію, інгібітори АПФ, β-блокатори та ін.).

За даними дослідження DECREASE II, бісопролол на 61 % знижує ризик смерті та інфаркту міокарда в пацієнтів з ІХС порівняно зі стандартною терапією (12 і 32 %), збільшує їх виживаність у 2 рази (фатальні події 11 % у групі бісопрололу і 20 % у групі стандартної терапії), що говорить про його високу ефективність. До того ж зниження ризику розвитку цих грізних ускладнень спостерігалось вже через тиждень постійного прийому бісопрололу. Ці результати підтверджують необхідність обов'язкового введення бісопрололу до складу комплексної терапії ІХС. Дослідження DECREASE I і DECREASE II проводились у пацієнтів з ІХС високого ризику, які перенесли операцію шунтування на серці. Усі хворі були поділені на 2 групи: перша отримувала стандартну терапію (ацетилсаліцилову кислоту, нітрати, та АПФ), друга група, крім стандартної терапії, отримувала бісопролол у дозі 5–10 мг/добу. Дослідження DECREASE I (1351 пацієнт) проводилось 1 міс, потім, у зв'язку з дуже переконливими результатами бісопрололу, було продовжене ще на 3 роки та отримало назву DECREASE II.



Професор Ігор Миколайович Скрипник

Відзначено, що у хворих на артеріальну гіпертензію спостерігаються психосоматичні розлади, а тривале підвищення рівня артеріального тиску потребує призначення нейропротекторів для лікування енцефалопатії. Препаратом вибору рекомендовано «Мексиприм», який має антидепресантну й антигіпоксанта дію та підвищує рівень психічної стійкості й когнітивних властивостей у хворих на артеріальну гіпертензію. Також рекомендовано селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну — «Депривокс», який показано хворим з артеріальною гіпертензією при виявленні депресивного епізоду. Цей препарат полегшує засинання, збільшує тривалість і якість сну, не порушує психомоторні функції (можна вживати водіям), позитивно впливає на когнітивні функції.

Доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» І.М. Скрипник (Полтава) виступив з доповіддю «Діареї різного генезу: тактика ведення хворих та оптимізація лікування». Він зазначив, що синдром подразненого кишечника — найчастіше функціональне захворювання шлунково-кишкового тракту, його поширеність становить 11–35 %. Тактика лікування складається з призначення дієти (рис, макарони), антидіарейних агентів: глини (діоктагідрала смектит, лоперамід), антидепресантів (пароксетин, низькі дози: 10–20 мг), 5-НТЗ-антагоністи (ондансетрон, сілансетрон, тропісетрон). Окремо приділяється увага корекції мікрофлори кишечника: 7-добові курси (фуразолідон, ніфуроксазид, «Інтетрикс», рифаксимін (« α -Нормікс»), пребіотики та про-

біотики. Також була розглянута тактика ведення хворих з нозокоміальними діареями, антибіотикасоційованими діареями, холагенними діареями та ін. Сформульовано висновок, що лікування діареї потребує диференційованого підходу з урахуванням етіологічного фактора.

Лікуванню тютюнової залежності як способу вторинної профілактики ХНІЗ присвятив свою доповідь доктор мед. наук, провідний науковий співробітник ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка Н.Д. Стражеска» НАМН України» О.О. Кваша (Київ). Доповідач зазначив, що куріння підвищує смертність серед хворих на артеріальну гіпертензію у 2 рази, частоту нападів стенокардії у хворих на ІХС у 3 рази та збільшує їх тривалість у 12 разів, підвищує загальну смертність після кардіохірургічних операцій у 2,6 рази, а смертність від серцево-судинних ускладнень — у 4,8 рази, частота повторних операцій з ревазуляризації збільшується в 1,7 рази. Тютюнову залежність охарактеризовано як хронічний розлад, терапія якого потребує тривалого контролю та повторних терапевтичних впливів. Сьогодні надання допомоги пацієнтам, що курять, регламентується Наказом МОЗ України № 601 від 03.08.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів». Серед препаратів першої лінії для лікування тютюнової залежності: препарати НЗТ (пластирі, назальні спреї, інгалятори, жуйки, сублінгвальні таблетки); антидепресанти (бупропіон); частковий антагоніст нікотинних рецепторів («Вареніклін»). Препарати другої лінії: трициклічний антидепресант нортриптілін; клонідин; селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну флуоксетин. Серед інших лікарських препаратів: частковий агоніст нікотину (цитизин); антагоніст нікотину мекатіламін; антагоністи опіоїдів налоксон та налтрексон; інгібітор СYP2A6 метоксален та вакцина.

Доктор мед. наук, професор А.М. Калініна, керівник відділу первинної профілактики хронічних неінфекційних захворювань у системі охорони здоров'я ФДБУ «Державний науковий дослідний центр профілактичної медицини МОЗ РФ», член Європейського товариства кардіологів та Всеросійського наукового товариства кардіологів (Москва), у своїй доповіді «Клініко-організаційні підходи до профілактики хронічних неінфекційних захворювань у закладах первинної медико-санітарної допомоги» приділила увагу профілактичному консультуванню як процесу інформування та освіти пацієнта для підвищення його прихильності до виконання



Професор Анна Михайлівна Калініна



Олександр Миколайович Дружина

лікарських призначень та формуванню поведінкових навичок, що сприяють зниженню ризику захворювання (за відсутності захворювання) та ускладнень захворювання (за їх наявності). Було наведено принцип єдності трьох складових ефективного профілактичного консультування: інформування пацієнта про вже наявні в нього чинники ризику ХНІЗ, методи їх самоконтролю, необхідність виконання рекомендацій з оздоровлення поведінкових звичок, що впливають на ризик захворювання, та інших лікарських призначень; мотивування пацієнта і спонукання до прийняття з його боку активних дій з відмови від шкідливих звичок, оздоровленню способу життя та дотриманню інших лікарських рекомендацій; навчання пацієнта практичним навичкам із застосуванням переважно недирективних порад (рекомендацій) та активних форм їх обговорення з пацієнтом, що важливо під час навчання дорослих. Як рекомендації в технологіях профілактичного консультування запропоновано принципіальну зміну підходу до участі пацієнта — активніше залучення його до процесу лікування та профілактики й перехід від моделі пасивного підкорення лікарю та простого виконання пацієнтом лікарських інструкцій до моделі співпраці й партнерства лікаря і пацієнта. Серед факторів підвищення ефективності профілактики на індивідуальному рівні були розглянуті програми навчання/інформування пацієнта (підвищення медичної грамотності пацієнта/школи здоров'я), підвищення ефективності індивідуального профілактичного консультування та підвищення прихильності до лікування — зміна підходу до терапії (удосконалення препаратів, лікарських форм, терапевтичних стратегій, режимів лікування тощо). Наприкінці доповідки процитувала вислів М.Я. Мудрова: «Зада-

ча врача — не столько лечитъ болезни, сколько предупреждать их, а важнее всего — учить пациентов беречь свое здоровье...».

Про лікування тяжких міокардитів і кардіоміопатій методами еферентної терапії розповів завідувач відділення інтенсивної терапії, штучного кровообігу та екстракорпоральних методів лікування «Київський міський центр серця» О.М. Дружина (Київ).

Нині досить часто доводиться стикатися із задоволеною формою міокардитів і кардіоміопатій та з глибокою тяжкістю серцевої недостатності. Дилатаційна кардіоміопатія як один з варіантів кардіоміопатій посідає друге місце в етіології розвитку застійної серцевої недостатності. За даними ВООЗ, річна летальність від дилатаційної кардіоміопатії становить 35 %, 5-річна — 55 %; 10-річна — 75 %. Стійкої ремісії вдається досягти у 5—10 % пацієнтів. Дилатаційна кардіоміопатія — один з головних чинників розвитку тяжкої серцевої недостатності та основне показання до трансплантації серця. На сьогодні в Київському міському центрі серця на аркуші чекання трансплантації серця перебуває 58 пацієнтів, на жаль, за останні 4 роки загинуло, не дочекавшись трансплантації, 18 хворих. З усіх методів та препаратів, що використовуються, найефективнішими виявилися діуретики, які найбільше впливають на симптоматику й виживаність, і трансплантація серця.

Було представлено результати власного дослідження на 94 пацієнтах, усі знаходилися в IV функціональному класі, мали шлуночкову й предсердну екстрасистолу й подібні клінічні симптоми. Усім призначали стандартну терапію лікування хронічної серцевої недостатності та сеанси гемоімунопреципітації (гемоімуносорбції) які були направлені на різке зниження концент-

рації прозапальних цитокінів. Доповідач представив схему гемоімунопреципітації та відеоролик проведення процедури. Результатом лікування стали такі показники: кінцевий діастолічний об'єм до лікування в середньому становив 285,5 мл, після лікування — 180,3 мл; кінцевий систолічний об'єм до лікування становив 217,3 мл, після лікування знизився до 114,1 мл; фракція викиду з 24,7% зросла до 37,3%; BNP з 4225,8 нг/мл знизився до 235,5 нг/мл (у середньому по групі).

Цей метод потребує детальнішого вивчення та аналізу на достовірно значущих групах пацієнтів, але клінічний результат наглядно свідчить про наявність субстрату захворювання, який може бути видалений фізично, а клінічний ефект має чітку часову залежність від початку захворювання й тісно пов'язаний із патоморфологічними процесами в міокарді.

Сучасним маркерам оцінки ефективності бета-адреноблокаторів при кардіоваскулярній патології було присвячено доповідь доктора мед. наук, професора, головного наукового співробітника Інституту геронтології НАМН України В.Ю. Жарінової (Київ). Тривала некомпенсована гіперсимпатикотонія має руйнівний вплив на міокард, провокує збільшення серцевого викиду, що призводить до системних змін. База одиничних нуклеотидних поліморфізмів Національного центру біотехнологій та інформацій (США) рапортує про наявність 13 одиничних нуклеотидних поліморфізмів (SNPs) гена, що кодують бета1-адренорецептори. З них найретельніше *in vitro* та *in vivo* вивчено два поліморфізми — Ser49Gly та Arg389Gly. В останні роки здобуто важливі дані стосовно спорідненості бета-адреноблокаторів у пацієнтів з Arg389 та Gly389 поліморфізмом. На прикладі декількох досліджень доповідачка довела ефективність метопрололу в пацієнтів з поліморфізмом Arg389Gly та в пацієнтів з поліморфізмом Ser49Gly, а також порівняльну ефективність бета-адреноблокаторів при поліморфізмі гена бета1-АР Arg389Gly. Також зауважено, що аутоантитіла до бета1-адренорецепторів слугують тригерами конфірмаційних змін рецепторів; сприяють інтерналізації рецепторів; їх вплив на рецептори тягне за собою збільшення базальної частоти серцевих скорочень та зниження скорочення міокарда. Наведено ефективність впливу метопрололу на монофункціональний стан міокарда та гуморальні маркери хронічної серцевої недостатності у хворих із хронічною серцевою недостатністю залежно від наявності підвищеного титру аутоантитіл до бета1-адренорецепторів. Приведені дослідження стали важливим кроком до персоналізованої медицини.



Професор Вікторія Юрївна Жарінова

Прокінетикам у лікуванні хворих на кислото-залежні захворювання приділила увагу доктор мед. наук, професор кафедри гастроентерології і дієтології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, заслужений лікар України Г.А. Анохіна (Київ). Відзначено, що рухова активність ШКТ впливає на всі етапи травлення: механічну обробку їжі, змішування її з ферментами, зміну пристінкового шару хімусу, транспорт вмісту по ШКТ. У просуванні їжі по стравоходу має значення градієнт тиску між глоткою і стравоходом, перистальтичні скорочення циркулярних м'язів стравоходу. Їжа зі стравоходу надходить у фундальний відділ шлунка, водночас відбувається розслаблення гладкої мускулатури, тому в нормі навіть при надходженні в шлунок великої кількості їжі тиск у ньому міняється незначно. До порушень рухової активності шлунка призводить: будь-яке гостре або хронічне захворювання шлунка та інших органів травлення (особливо дванадцятипалої кишки); порушення секреторної функції шлунка та інших органів травної системи; порушення харчування; зміни м'язової системи; порушення іннервації; порушення психоемоційного стану; порушення ендокринної регуляції; вікові зміни; хірургічні втручання на шлунку та органах травної системи; інтоксикації та отруєння. Відзначено, що прокінетики — це велика група різноманітних речовин від еритроміцину й до агоністів різноманітних рецепторів: ацетилхоліну («Кординакс»), дофамінових рецепторів (метоклопрамід, домперидон), 5-НТ₁-рецепторів (буспірон, суматриптан), агоністів мотилінових рецепторів (алемцінал, мітемцінал, атилмотин та ін.), мотиліноподібний пептид грелін (агоніст грелінових рецепторів), аналог гонадотропін-

рилізинг гормона леупролід, агоністи каппа-рецепторів (федотоцин, азімадолін) та ін., частина яких через значні побічні дії не використовуються, частина перебуває на стадії вивчення.

До медикаментозних методів лікування диспепсій належать: антихелікобактерна терапія за показаннями; антисекреторні препарати за показаннями — ІПП; регулятори моторики; поєднання ІПП із регуляторами моторики. При функціональній диспепсії зберігається індивідуальний підхід у виборі дози та тривалості лікування. Це зумовлено тим, що на відміну від органічних захворювань органів травлення при функціональній диспепсії відсутні чітко окреслені періоди загострення або ремісії захворювання, також важливим є вибір безпечного середника.

Серед доповідачів слід відзначити повідомлення співробітників ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»; зокрема, питанням удосконалення ранньої діагностики, своєчасного призначення медичної корекції в кардіології були присвячені виступи доктора мед. наук, заслуженого лікаря України М.П. Копиці «Антитромботична терапія гострого коронарного синдрому: проблеми та перспективи»; доктора мед. наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України В.І. Волкова «Ішемічна хвороба серця і цукровий діабет»; доктора мед. наук Ю.С. Рудика «Тактика зниження рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності в крові хворих на гострий коронарний синдром» та доктора мед. наук, професора С.М. Ковалю «Перспективи підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії у світі нових європейських рекомендацій 2013 року». Сучасні проблеми гастроентерології були висвітлені в доповідях доктора мед. наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України О.Я. Бабака «Особливості терапії неалкогольної хвороби печінки»; доктора мед. наук О.В. Колеснікової «Печінка та серце — чи існує взаємозв'язок. Реалії та перспективи» і кандидата мед. наук Т.А. Соломенцевої «Профілактика гастроентерологічних ускладнень у хворих з антитромбоцитарною терапією». Доповідь «Сучасні підходи до лікування легеневої гіпертензії» була представлена доктором мед. наук О.О. Крахмаловою. Профілактиці та лікуванню хвороб нирок присвятили свої доповіді доктор мед. наук, професор І.І. Топчий («Роль адипокінів у процесі ниркового гемостазу і пошкодження») та доктор мед. наук В.П. Денисенко («Профілактика хронічної хвороби нирок»). З доповіддю «Діабетична автономна нейропатія в практиці гастроентеролога»

виступила доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Харківського національного медичного університету Л.В. Журавльова. Доповідь «Сучасна стандартизована лабораторна діагностика медикаментозної алергії» була представлена доктором мед. наук, професором кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології і алергології Харківського національного медичного університету В.Д. Бабаджаном. Доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри рефлексотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, лікар-невролог вищої категорії О.Г. Морозова виголосила доповідь «Диференційований підхід до корекції когнітивних і вегетативно-емоційних порушень у пацієнтів з хронічною церебральною ішемією».

Крім усних доповідей, на конференції були представлені стендові постери вчених і лікарів з Росії та багатьох регіонів України.

Наприкінці конференції було прийнято резолюцію, основними положеннями якої стали такі:

1. Враховуючи той факт, що сучасні умови життя впливають на формування в пацієнтів коморбідної патології, звернути увагу лікарів первинної ланки охорони здоров'я на те, що ведення таких хворих вимагає індивідуального підходу до них з урахуванням результатів доказової медицини та з огляду на спадкоємність.

2. Вважати доцільним створення системного підходу до надання лікарської допомоги, відповідно до якого здоров'ям пацієнта за необхідності займатимуться лікарі різних спеціальностей (ендокринологи, кардіологи, невропатологи, гастроентерологи та ін.) під контролем лікаря загальної практики.

3. Продовжити вивчення епідеміологічних особливостей, патогенезу ХНІЗ, значно поширених і тяжких захворювань внутрішніх органів (інфаркту міокарда, інсульту, цирозу печінки, раку тощо) у різних вікових категоріях хворих.

4. Вважати за доцільне підтримати подальший розвиток діяльності шкіл здоров'я в установах первинної медичної допомоги як напрямку профілактичної діяльності, інструменту профілактики захворюваності та пропаганди здорового способу життя.

Закриваючи конференцію, в. о. заступника директора з наукової роботи ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктор мед. наук Олена Вадимівна Колеснікова відзначила високий рівень доповідей, їх наукову та практичну значущість і подякувала всім за участь у конференції.

*Підготувала Т.А. Лавренко,
Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України*