УДК 616.1/.8-084(063)

ISSN 1605-7295 (Print)
ISSN 2522-1175 (Online)

За матеріалами наукового симпозіуму «Українська школа профілактики. Фактори ризику неінфекційних захворювань: від наукових досліджень до клініки»

Дванадцятого жовтня 2017 р. в м. Полтава пройшов науковий симпозіум, організований громадською організацією «Українська Асоціація профілактичної медицини», під назвою «Українська школа профілактики. Фактори ризику неінфекційних захворювань: від наукових досліджень до клініки».

На початку заходу з привітанням до учасників форуму звернулися ректор ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор *В'ячеслав Миколайович Ждан* та президент ГО «Українська Асоціація профілактичної медицини», доктор медичних наук, професор *Галина Дмитрівна Фадєєнко*.

Доповідь директора ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» *Г.Д. Фадєєнко* була присвячена актуальним питанням розвитку метаболічних розладів, що потребують активної профілактики. Галина Дмитрівна наголосила, що печінка відіграє провідну роль не тільки в регуляції різних видів обміну речовин (білковому, вуглеводному, ліпідному), а й у розвитку та прогресуванні низки метаболічних станів, що пов'язані з інсулінорезистентністю: ожиріння, ЦД 2 типу, а також артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, дисліпідемії, захворювання нирок. Одним з патогенетичних механізмів, який пов'язує печінку з метаболічними захворюваннями, є змінений кишковий мікробіом.

Порушення колонізаційної резистентності вважається одним з найбільш імовірних пускових чинників різних захворювань, насамперед печінки, оскільки після всмоктування в кишечнику весь ферментований набір антигенів, гаптенів, поживних і біологічно активних речовин надходять саме в печінку. У людей з хронічними захворюваннями печінки порушення складу нормальної кишкової мікрофлори виявляються практично в 100 % випадків, причому тяжкість клінічних проявів захворювання нерідко прямо пов'язана з вираженістю змін мікробіоти кишечнику. Кишкова мікробіота і печінка є основними органами, при взаємодії яких відбуваються процеси детоксикації організму. Встановлено найважливішу роль мікробіоти в запобіганні інфекційним і неінфекційним ускладненням хвороб печінки. Крім того, є дані щодо більш фундаментальної ролі мікробіоти в етіології неалкогольної жирової хвороби печінки і неалкогольного стеатогепатиту.

У запобіганні розвитку метаболічних захворювань печінки і їх лікуванні важливий комплексний підхід, що включає в себе, окрім уже добре відомих і загальноприйнятих заходів, відновлення нормального балансу мікробіоти кишечнику. Питання про необхідність призначення і вибір гепатопротекторів вирішується в кожному випадку індивідуально — залежно від рівня біохімічних маркерів пошкодження печінки, ступеня фіброзу та супутньої патології. Можливості впливу на кишкову мікрофлору сьогодні активно вивчаються, але поки є досить обмеженими. Більшість досліджень присвячені дієтологічній корекції, впливу пре- і пробіотиків. Великі надії покладаються на методи генної терапії.

Проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», професор *І.М. Скрипнік* у своїй доповіді «Ерадикація *Helicobacter pylori* як ефективний підхід до профілактики раку шлунка: що нового в Маастрихт V?» акцентував увагу на основних поло-

Організатори наукового симпозіуму «Українська школа профілактики. Фактори ризику неінфекційних захворювань: від наукових досліджень до клініки»

У центрі — президент ГО «Українська Асоціація профілактичної медицини», директор ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», д. мед. н., проф. Г.Д. Фадєєнко, *ліворуч* — ректор ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», засл. лікар України, д. мед. н., проф. В.М. Ждан, *праворуч* — проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», проф. І.М. Скрипнік; заст. директора з наукової роботи ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», д. мед. н. О.В. Колеснікова; доцент ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» Г.С. Маслова

женнях консенсусу Маастрихт V щодо профілактики інфекції, сучасних валідних методах діагностики та контролю за ефективністю її ерадикації. Проаналізовано сучасні підходи до тактики вибору ерадикаційної терапії з аналізом ефективності і безпечності послідовної та супутньої схем лікування, а також залежно від ступеня резистентності до кларитроміцину та за наявності алергічної реакції на пеніциліни. Наведено результати ефективності китайської вакцини проти *Helicobacter pylori* та можливі шляхи запобігання канцерогенезу.

Проблемам профілактики кардіометаболічних ускладнень у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) у поєднанні із субклінічним гіпотиреозом приділила увагу заступник директора з наукової роботи ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктор медичних наук *О.В. Колеснікова*. Вона розповіла про те, що триває пошук нових факторів, які б сприяли розвитку кардіометаболічних змін у хворих на НАЖХП. Незалежними факторами визнані вік, жіноча стать, ЦД 2 типу, наявність АГ, генетична схильність — зв'язок з генотипом TM6SF2 і PNPLA3. Цікавим є факт збільшення частоти зустрічальності НАЖХП у популяції в міру зниження функції щитоподібної залози. Показано, що субклінічний гіпотиреоз зустрічається у пацієнтів з НАЖХП удвічі частіше, ніж без неї, а рівень вільного Т4 розглядається як альтернативний фактор ризику розвитку та прогресування НАЖХП.

Незважаючи на те, що не знайдено оптимального препарату як для профілактики, так і для лікування НАЖХП, отримано докази того, що втрата ваги, яка призводить до поліпшення якості життя пацієнтів, запобігає розвитку кардіометаболічних змін у пацієнтів з НАЖХП. Найбільш високі темпи резолюції НАСГ і фіброзу печінки обумовлені втратою ваги не більше 10 % протягом 1 року спостереження.

Важливо усвідомлювати, що НАЖХП на сьогодні належить до епідемій, що насуваються, і, за прогнозами експертів, до 2020 р. посяде лідируюче місце за кількістю трансплантацій печінки. Ключовим для клінічної практики є зміна способу життя пацієнтів. Перспективними методами лікування вважаються ядерні рецептори (FXR, PPARs), GLP-1, а пріоритетною залишається корекція кардіометаболічних змін у пацієнтів з НАЖХП з метою профілактики розвитку ранніх кардіоваскулярних подій.

Повідомлення завідувача відділу клінічної фармакології і фармакогенетики неінфекційних захворювань ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктора медичних наук *Ю.С. Рудика* було присвячене новим Національним рекомендаціям з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (СН). Юрій Степанович зазначив, що СН

залишається однією з найбільш актуальних проблем кардіології, оскільки її поширеність серед пацієнтів з кардіоваскулярною патологією й надалі збільшується. Тому в 2017 р. вийшли нові Національні рекомендації з діагностики та лікування хронічної СН. У порівнянні з попереднім відповідним документом у Національних рекомендаціях 2017 р. більше деталізовані аспекти технології ведення пацієнтів із хронічною СН — від моніторингу ефективності та безпеки конкретних лікувальних підходів до практичних питань, що стосуються модифікації способу життя і самоспостереження пацієнтів. Також у новому документі більше уваги приділено високотехнологічним апаратним методам лікування таких пацієнтів, узагальнено поточні знання щодо клінічних підходів, здатних знижувати ризик розвитку СН у кардіологічних пацієнтів різного профілю.

У доповіді завідувача відділу профілактики і лікування невідкладних станів ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктора медичних наук *М.П. Копиці* зверталася увага на високу частоту (близько 30 тис. випадків) раптової серцевої смерті (РСС) в Україні. У переважній більшості (80—85 %) РСС асоційована з ішемічною хворобою серця, причому більше половини випадків пов'язані з гострим інфарктом міокарда. Знизити частоту фатальних ускладнень в осіб з інфарктом міокарда дозволяє рання реваскуляризація міокарда у вигляді системної тромболітичної терапії та ангіопластики/стентування коронарних артерій. Навіть в осіб із зниженою скоротливою функцією міокарда, що належать до групи високого аритмогенного ризику, частота РСС зменшується майже втричі після проведення реваскуляризації. У відділі профілактики і лікування невідкладних станів проведено дослідження, що дозволили встановити найбільш уразливих пацієнтів. До таких належать хворі з важкою вегетативною дисфункцією, зниженою фракцією викиду лівого шлуночка і підвищенням сучасного біомаркера ST2. Крім проведення реваскуляризаційних процедур у даної категорії пацієнтів рекомендується також комплекс медикаментозних засобів та імплантація кардіовертера-дефібрилятора.

Проблемам оптимізації ініціальної терапії артеріальної гіпертензії з акцентом на фіксовані комбінації антигіпертензивних препаратів приділив увагу завідувач відділу артеріальної гіпертонії ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктор медичних наук, професор *С.М. Коваль*. Сергій Миколайович зауважив, що артеріальна гіпертензія залишається на сьогодні одним з найбільш поширених серцево-судинних захворювань у світі. Саме артеріальна гіпертензія є головною причиною цілої низки важких захворювань, що обумовлюють передчасну смертність населення. До таких захворювань належать: мозковий інсульт, інфаркт міокарда, порушення ритму серця, СН, ураження нирок.

У зв'язку з цим особливу увагу привертає проблема адекватної терапії артеріальної гіпертензії і, особливо, проблема початкової (ініціальної) терапії цих хворих. З урахуванням поліфакторного характеру артеріальної гіпертензії найбільш оптимальною вважається ініціація терапії хворих з комбінації антигіпертензивних препаратів. За останніми Європейськими рекомендаціями, комбінована терапія повинна включати інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту, тіазидоподібний діуретик та дигідропіридиновий антагоніст кальцію. При цьому найбільш доцільно, щоб це була фіксована комбінація вказаних препаратів. Саме раннє призначення фіксованої комбінації антигіпертензивних препаратів сприяє значному підвищенню прихильності хворих до лікування, що й обумовлює високу ефективність лікування та профілактику важких ускладнень артеріальної гіпертензії.

Контролю артеріального тиску фіксованим комбінованим гіпотензивним препаратом, як ключовому фактору профілактики серцево-судинних ускладнень, присвятив свій виступ завідувач відділу популяційних досліджень ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктор медичних наук *А.О. Несен*, зазначивши, що зниження артеріального тиску належить до вторинної, а іноді й до третинної профілактики серцево-судинних захворювань. Призначення трикомпонентної гіпотензивної терапії не є чимось новим у практичній медицині, оскільки до цього в практиці застосовувалися такі препарати, як «Адельфан», «Норматенс», «Кристепін» та інші, до складу яких входили три складові. Однак призначення даних препаратів має залишитися в минулому, оскільки при тривалому їх прийомі в пацієнтів спостерігалися негативні побічні ефекти. Критерієм призначення комбінованої гіпотензивної терапії, безумовно, є високий рівень артеріального тиску і наявність високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику. Стратифікація кардіоваскулярного ризику базується на виявленні факторів ризику в пацієнта із серцевою патологією, визначенні рівня артеріального тиску і наявності супутньої патології, такої як ожиріння, ішемічна хвороба нирок, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок.

Метою лікування пацієнта з високими показниками артеріального тиску є не тільки досягнення його цільових рівнів, а й максимальне зниження кардіоваскулярного ризику, що досягається корекцією всіх факторів ризику, які модифікуються, запобіганням і сповільненням темпу прогресування та/або зменшенням безсимптомного ураження органів-мішеней. Також доповідач навів три клінічних випадки призначення комбінованої гіпотензивної терапії у пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику.

Профілактиці кардіоваскулярних ускладнень у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) та корекції порушень фосфорно-кальцієвого обміну була присвячена доповідь завідувача відділу нефрології ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктора медичних наук, професора *І.І. Топчія*. Доповідач зазначив, що кількість хворих на ХХН у всьому світі вже наблизилась до 500 млн осіб, і основною причиною термінальної стадії ХХН у більшості розвинених країн на сьогодні є цукровий діабет (ЦД). Його поширеність в світі досягла епідемічних розмірів. До 2040 р. передбачається збільшення кількості таких хворих до 642 млн осіб і, згідно з даними Американської діабетичної асоціації, у 40 % хворих на ЦД розвивається діабетична нефропатія. Разом з тим відомо, що пацієнти із ХХН частіше вмирають від серцево-судинних причин. Традиційні фактори ризику кардіоваскулярних подій, такі як високий рівень артеріального тиску і дисліпідемія, зберігають свою значущість і при ХХН, однак при вивченні серцево-судинних факторів ризику враховують три нові ознаки: зміни вмісту фосфору, відхилення у вмісті фактора росту фібробластів 23 (FGF23) і α-Klotho (Klotho) та наявність судинного кальцинозу.

Доповідач навів власні дані, згідно з якими базова терапія хворих на діабетичну нефропатію (ДН) із застосуванням інгібіторів АПФ і антагоністів кальцію приводила до зниження рівня FGF 23 у крові хворих на ДН, а лікування із застосуванням нікотинової кислоти сприяло достовірному зменшенню вмісту фосфору в крові. Тривалі гіпофосфатемічні ефекти нікотинової кислоти у хворих із III стадією ХХН пояснюються блокуванням активного перенесення фосфатів у кишечнику похідними нікотинової кислоти ніцеритролом і нікотинамідом, що індукувало неспроможність ниркових котранспортерів фосфорнокислого натрію (Npt2a і Npt2c). Результати дослідження засвідчили, що профілактика кардіоваскулярних ускладнень в осіб з порушеннями в системі FGF23/Klotho повинна включати корекцію вмісту фосфатів.

У доповіді завідувача відділу кардіопульмонології ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», доктора медичних наук *О.О. Крахмалової* було відображено сучасні погляди на менеджмент пацієнтів з легеневою гіпертензією (ЛГ), згідно з рекомендаціями ERS та ESC 2015 р. Так, особливої уваги заслуговують пацієнти із захворюваннями лівих відділів серця, що ускладнюються синдромом ЛГ. Підвищення середнього тиску в легеневій артерії вище 25 мм рт. ст. є ознакою ЛГ. Факторами ризику виникнення ЛГ при СН є наявність метаболічного синдрому, вік, жіноча стать. Відсутні будь-які генетичні взаємозв'язки між розвитком ЛГ та СН. Тяжкість ЛГ зростає пропорційно тяжкості СН, проте не досягає критичних значень, як при ідіоматичній та тромбоемболічній ЛГ. Серед методів інструментальної діагностики ЛГ при СН перше місце посідає ехокардіографічне дослідження, що дає змогу розрахувати систолічний та середній тиск у легеневій артерії, рівень судинного опору, визначити прогностичні несприятливі гемодинамічні ознаки.

Що стосується лікування синдрому ЛГ, то згідно з рекомендаціями 2015 р., на сьогодні відсутні будь-які докази щодо використання ЛАГ-специфічних препаратів (блокатори ендотелінових рецепторів, інгібітору фосфодіестерази-5, простациклінів) у пацієнтів з ЛГ на тлі СН унаслідок відсутності достатньої кількості багатоцентрових клінічних досліджень. Експерти ERS та ESC стверджують, що основною метою лікування синдрому ЛГ при СН є оптимізація лікування захворювання, що призвело до розвитку ЛГ (ІХС, вади серця тощо), проведення агресивної терапії СН із зменшеною систолічною функцією ЛШ, своєчасна корекція вад серця, використання неспецифічних вазодилататорів, контроль волюмічного стану хворого. Загалом, існує гостра необхідність подальшого вивчення стратегії лікування ЛГ різних груп шляхом проведення масштабних клінічних випробувань.

Доцент ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» *Г.С. Маслова* висвітлила питання ролі та місця урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) у профілактиці медикаментозно-індукованих уражень печінки. Доповідь містила глибокий аналіз епідеміології, причин та патогенетичних механізмів розвитку медикаментозно-індукованих уражень печінки, а також обґрунтування доцільності застосування УДХК з метою їх профілактики. Наведено результати власних досліджень щодо ефективності та безпечності тривалої терапії УДХК з метою превенції розвитку уражень печінки внаслідок цитостатичної терапії у хворих на гострі лейкемії.

Учасники наукового симпозіуму «Українська школа профілактики. Фактори ризику неінфекційних захворювань: від наукових досліджень до клініки»

Закриваючи симпозіум, президент ГО «Українська Асоціація профілактичної медицини», доктор медичних наук, професор *Г.Д. Фадєєнко* наголосила, що проведений науковий захід викликав великий відгук у лікарів практичної медицини. Сьогодні перед вченими постало завдання нести людям знання про профілактику, розробляти стратегії первинної профілактики та виявлення факторів ризику найбільш поширених неінфекційних захворювань, впроваджувати їх у медичну практику для ефективного використання з метою зниження ризику показників загальної смертності, принаймні в Україні.

Матеріал підготувала Т.А. Лавренко,
науковий співробітник відділу науково-організаційної роботи та медичної інформації з бібліотекою ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»