

Науково-практична конференція

«Профілактика та лікування неінфекційних захворювань на перехресті терапевтичних наук» в рамках «Школи терапевтів імені Л.Т. Малої»

Вісімнадцятого жовтня 2018 р. у м. Хмельницькому ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» (м. Харків) та Департаментом охорони здоров'я Хмельницької облдержадміністрації була проведена науково-практична конференція «Профілактика та лікування неінфекційних захворювань на перехресті терапевтичних наук».

У конференції приймали участь терапевти, кардіологи, гастроентерологи, пульмонологи, нефрологи, ендокринологи, лікарі загальної практики – сімейної медицини з різних областей та міст України. Усього було зареєстровано 257 делегатів конференції.

Відкрила конференцію начальник відділу лікувально-профілактичної допомоги населенню, головний терапевт Департаменту охорони здоров'я Хмельницької облдержадміністрації *Аліна Миколаївна Костенко*.

До уваги учасників конференції були представлені сучасні дані щодо нових методів діагностики, лікування та профілактики неінфекційних захворювань.

На конференції були розглянуті наступні питання:

1. Гіпотензивна терапія пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику при коморбідній патології (доповідач — д. мед. н., завідувачий відділом популяційних досліджень ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» *Андрій Олексійович Несен*).
2. Сучасні підходи до діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у хворих на цукровий діабет 2 типу (доповідач — к. мед. н., ст. наук. співр. відділу атеросклерозу та ішемічної хвороби серця ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» *Владислав Валерійович Рябуха*).
3. Тактика діагностики та лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (доповідач — наук. співр. відділу кардіопульмонології ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» *Олена Миколаївна Колеснікова*).

У своїй доповіді «Гіпотензивна терапія пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику при комор-

бідній патології» д. мед. н. А.О. Несен зазначив, що на сьогоднішній день поширеність артеріальної гіпертензії займає лідируючі позиції серед неінфекційних захворювань. За даними Всесвітньої ліги серця, Україна посідає одне з перших місць серед країн Європи за рівнем смертності від хвороб системи кровообігу та інсультів. За даними ВООЗ, підвищений артеріальний тиск в Україні зустрічається у 54 % населення. При цьому обізнаність пацієнтів про наявність у них артеріальної гіпертензії становить близько 70 %.

При стратифікації загального кардіоваскулярного ризику базовим показником є рівень артеріального тиску (АТ), наявність ризик-факторів, ураження органів-мішеней та наявність супутньої патології (ожиріння, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок).

Сучасними тенденціями лікування пацієнтів з високими цифрами АТ є не тільки досягнення цільових рівнів АТ, але й максимальне зниження кардіоваскулярного ризику, що досягається корекцією всіх факторів ризику, що модифікуються попередженням і уповільненням темпу прогресування та/або зменшення безсимптомного ураження органів-мішеней. Для досягнення поставлених завдань використовуються базові гіпотензивні препарати: інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту, блокатори рецепторів ангіотензину II, антагоністи кальцію, діуретики і β-адреноблокатори. Усі вони підходять для початкової і підтримуючої антигіпертензивної терапії, як у вигляді монотерапії, так і у вигляді певних комбінацій, особливо у пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику.

У своїй доповіді А.О. Несен зазначив, що перевагу варто віддавати гіпотензивним препаратам, які є метаболічно нейтральними (не впливають на вуглеводний, ліпідний та пуриновий обмін) і мати максимальні властивості з органопroteкції (кардіо-, церебро-, вазо- і нефропротекція). Як приклад, були розглянуті гіпотензивні властивості β-адреноблокатора небівололу і дигідропіридинового антагоніста кальцію – лерканідипіну.

Таким чином, при призначенні гіпотензивної терапії пацієнтам високого кардіоваскулярного ризику

при коморбідній патології, для досягнення цільових рівнів АТ призначається комбінована терапія гіпотензивними препаратами, які не чинять негативного впливу на метаболічний профіль пацієнта і мають виражені органопротекторні властивості, що сприяє не тільки досягненню цільових рівнів АТ, але і зниженню кардіоваскулярного ризику.

Старший науковий співробітник відділу атеросклерозу та ішемічної хвороби серця (ІХС) к. мед. н. В.В. Рябуха у своїй доповіді «Сучасні підходи до діагностики та лікування пацієнтів з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу» акцентував увагу на необхідності ретельного аналізу скарг пацієнта та збору анамнезу, що підвищує діагностичну значимість. Були розглянуті алгоритми обстеження пацієнтів з ІХС з визначенням індивідуальної претестової ймовірності захворювання з урахуванням характеру больового синдрому в грудній клітці, статі і віку, що дозволить стратифікувати хворих за ступенем ймовірності наявності та тяжкості ІХС та визначити подальшу діагностичну стратегію. Особливу увагу було приділено показанням до інвазивних методів обстеження. Лікування пацієнтів з ІХС та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу повинно включати рекомендації щодо зміни способу життя, контроль факторів ризику та індивідуально підібрану оптимальну медикаментозну терапію, важливими складовими якої є антитромбоцитарні препарати, статини, інгібітори АПФ/сартани і бета-блокатори після перенесеного інфаркту міокарда. Така терапія дозволяє зменшити клінічну симптоматику і попередити розвиток серцево-судинних ускладнень. На жаль, у реальній клінічній практиці лікарі первинної ланки недостатньо наполегливо акцентують увагу хворого на важливості такої терапії і нерідкі випадки, коли знижуються дози або скасовується прийом життєво необхідних препаратів, призводячи до незворотних наслідків. Одним з підходів, що підвищує прихильність пацієнтів до лікування, є скорочення кількості таблеток шляхом використання фіксованих комбінацій. Проведення реваскуляризації міокарда у пацієнтів з ІХС і ЦД є ефективною процедурою, яка дозволяє поліпшити якість життя і переносимість фізичних навантажень у пацієнтів з ІХС і ЦД. У своїй доповіді В.В. Рябуха детально зупинився на показаннях до хірургічного лікування ІХС у хворих на ЦД і подальшого ведення пацієнтів після реваскуляризації міокарда. Після виписки хворого зі стаціонару лікар повинен зробити все можливе, щоб переконати пацієнта в необхідності тривалого прийому рекомендованої терапії, що дозволить поліпшити якість життя і прогноз пацієнта з ІХС і ЦД.

Згідно GOLD 2017 «Хронічне обструктивне захворювання легень є поширеним захворюванням, яке



Відкрила конференцію Аліна Миколаївна Костенко, головний терапевт Департаменту охорони здоров'я Хмельницької облдержадміністрації



Доповідь д. мед. н. А.О. Несена «Гіпотензивна терапія пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику при коморбідній патології»



Ст. наук. співр. відділу атеросклерозу та ішемічної хвороби серця, к. мед. н. В.В. Рябуха з доповіддю «Сучасні підходи до діагностики та лікування пацієнтів з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу»

можна запобігти і лікувати, і яке характеризується персистуючими респіраторними симптомами і обмеженням швидкості повітряного потоку внаслідок аномалій дихальних шляхів і/або альвеол, і як правило, викликане значним впливом шкідливих частинок або газів», — визначила у своїй доповіді «Тактика діагностики та лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень» науковий співробітник відділу кардіопульмонології О.М. Колеснікова.

Основними факторами ризику розвитку ХОЗЛ є куріння, забруднення навколишнього середовища, інфекції. При цьому відзначено «омолодження»



Наук. співр. відділу кардіопульмонології О.М. Колеснікова з доповіддю «Тактика діагностики та лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень»

даного захворювання. 50 % пацієнтів з ХОЗЛ знаходяться у віці молодше 65 років. Спостерігається підвищення поширеності ХОЗЛ серед осіб більш молодого віку, особливо у жінок. Старіння – усього лише одна з причин зростання ХОЗЛ. Куріння є незмінно найбільш істотним фактором ризику.

Запалення при ХОЗЛ є системним, що призводить до розвитку супутньої патології з боку серцево-судинної системи, ЦД, онкологічних процесів, депресії, анемії, остеопорозу та ін.

Стратифікація пацієнтів за групами ABCD для подальшого вибору терапії відбувається на основі оцінки симптомів (за допомогою опитувальників САТ або mMRC) та історії загострень. $ОФВ_1 < 50\%$ або ≥ 2 загострень протягом останнього року є індикаторами високого ризику подальших загострень. Дані спірометрії, разом з симптомами та історією загострень, залишаються важливим аспектом діагностики, прогнозу та рішення про інші необхідні терапевтичні підходи.

У світі і в Україні зберігається проблема гіподіагностики ХОЗЛ, причинами якої найчастіше бувають пізні звернення до лікаря (задишка – основний симптом ХОЗЛ, з'являється через 8–10 років від початкових проявів), недостатнє сприйняття пацієнтами тяжкості свого стану (35,7 % пацієнтів з вкрай тяжкою задишкою охарактеризували свій стан як легкий або середнього ступеня тяжкості), недооцінка лікарем факторів ризику у пацієнта (куріння активне і пасивне, приготування їжі на газу, промислові та професійні шкідливості і т.д.), відсутність спірометричної діагностики.

Основними завданнями при лікуванні ХОЗЛ є зменшення симптоматики, поліпшення якості життя, попередження і лікування захворювань,

зниження смертності. Основними препаратами для лікування ХОЗЛ є тривалодіючі бронходилататори (тривалодіючі β_2 -агоністи і тривалодіючі холінолітики, а також їх комбінації). Розглянуто роль інгаляційних кортикостероїдів у терапії ХОЗЛ. Крім того, представлений алгоритм фармакотерапії ХОЗЛ, в якому йде акцент у бік більш персоналізованого підходу зі стратегією ескалації або деескалації терапії в рамках групи пацієнтів.

За результатами обговорювання питань конференція прийняла наступні положення:

1. З метою ознайомлення лікарів первинної ланки охорони здоров'я з новітніми технологіями щодо профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань та подальшого їх впровадження в клінічну практику вважати доцільним проведення науково-практичних конференцій в рамках «Школи терапевтів імені Л.Т. Малої» співробітниками ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» на базі лікувальних закладів Хмельницької області.
2. Для досягнення цільових цифр артеріального тиску та зниження кардіоваскулярного ризику рекомендувати лікарям призначати пацієнтам високого кардіоваскулярного ризику з коморбідною патологією комбінацію гіпотензивних препаратів, які не впливають на метаболічний профіль пацієнта та мають виражені органопротекторні властивості.
3. Враховуючи велику розповсюдженість та прогресуючий перебіг ішемічної хвороби серця у хворих на цукровий діабет 2 типу, велику частоту ускладнень, лікарі практичної охорони здоров'я повинні застосовувати сучасні протоколи лікування даної патології з урахуванням форми та стадії хвороби.
4. Звернути увагу лікарів первинної ланки Хмельницької області на застосування сучасних алгоритмів діагностики та лікування хронічних обструктивних захворювань легень, що буде сприяти підвищенню ефективності діагностики та лікування пульмонологічних хворих.

Резолюцію прийнято одноголосно.

«Школа терапевтів Л.Т. Малої» – це не тільки підвищення рівня професійної освіти лікарів України, але й впровадження новітніх наукових розробок Інституту терапії в роботу лікувально-профілактичних закладів країни, так в Хмельницькій області було впроваджено 33 наукові розробки: з них 20 на базі Хмельницької обласної лікарні та 13 нововведень в Хмельницькому кардіодиспансері, що є важливим напрямком діяльності Інституту.

*Підготували О.В. Колеснікова, А.О. Несен, Н.А. Ярина, В.В. Рябуха, О.М. Колеснікова
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків*