

Серцево-судинні та респіраторні захворювання в практиці сімейного лікаря: досягаємо цілей, рятуємо життя

Всеукраїнська конференція-вебінар під такою назвою проходила 21 березня 2018 р. У ній взяли участь більше 1240 терапевтів, сімейних лікарів, кардіологів, пульмонологів та отоларингологів із 23 міст України. Темою обговорення стали найактуальніші проблеми сучасної кардіології та лікування інфекційних захворювань дихальних шляхів. Захід був організований компанією Sandoz в Україні

Артеріальну гіпертензію (АГ) визначають у 25% дорослого населення України. Щорічно виявляється близько 400 тис. осіб з підвищеним артеріальним тиском (АТ). Незалежно від наявності симптомів, АГ уражує органи-мішені (серце, нирки, судини мозку тощо), загрожує інвалідністю, скорочує життя. Останнім часом змінилася парадигма в лікуванні АГ. Нові комбіновані ЛЗ дозволяють не тільки ефективно контролювати АГ, а й захистити органи мішені та покращити прогноз.

Про критерії вибору ЛЗ для ефективної комбінованої антигіпертензивної терапії розповіла **Лариса Міщенко, д-р мед. наук, завідувача відділу артеріальної гіпертензії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України**. Вона зазначила, що в Україні лише 15% пацієнтів з АГ у містах та близько 9% у сільській місцевості досягають цільового рівня АТ <140/90 мм рт. ст. Ситуація виглядає ще гірше, якщо взяти до уваги світову тенденцію до зниження значень підвищеного АТ: у США, згідно з рекомендаціями 2017 р., він становить <130/80 мм рт. ст. «Цільовий рівень АТ 130/80 мм рт. ст. — це ідеальна межа між зниженням ризику серцево-судинних ускладнень та безпекою терапії. Але він потребує зміни підходу до терапії, а саме — використання комбінованих антигіпертензивних ЛЗ», — зазначила Лариса Анатоліївна.

Вибір серед п'яти класів антигіпертензивних ЛЗ першої лінії залежить від субклінічних уражень органів-мішеней або наявності супутніх клінічних станів у пацієнта. «Згідно з результатами дослідження HOPE, якщо додавати хворим на цукровий діабет (ЦД) або судинні захворювання до стандартного лікування інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) раміприл, то це може поліпшити їхній прогноз та попередити розвиток серцево-судинних ускладнень», — розповіла Л.А. Міщенко.

«Щодо комбінованої терапії, то рекомендованим є поєднання іАПФ із антагоністом кальцію, які чинять синергічний вплив на рівень АТ, — зазначила Лариса Анатоліївна. — Дана комбінація демонструє кращий ефект у зниженні ризику серцево-судинних ускладнень порівняно із традиційними препаратами, зокрема комбінацією атенололу та тіазидного діуретика».

Про диференціальну тактику ренопротекції залежно від швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) розповів **Дмитро Іванов, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика**. Він зазначив, що діагноз хронічна хвороба нирок (ХХН) ставиться в тих випадках, коли у пацієнта впродовж 3 міс і більше спостерігається альбумінурія або ШКФ <60 мл/хв·м² і додав, що наявність ЦД є причиною ХХН



Завдяки призначенню пацієнтові комбінованого препарату цільовий рівень АТ досягається швидше, ніж при поступовому титруванні дози монопрепарату та додаванні другого антигіпертензивного засобу. Ефективність такого лікування зростає на 24% порівняно з такою у разі призначення вільних комбінацій. Це пояснюється тим, що фіксовані комбінації (зазвичай 1 таблетка на добу) забезпечують значно більшу прихильність пацієнтів до лікування, ніж вільні

у 50% випадків (діабетична нефропатія), а АГ — в 30% (гіпертензивна хвороба нирок).

Профілактику та лікування ХХН проводять в контексті зниження рівня АТ, і препаратами вибору є іАПФ або блокатори рецепторів ангіотензину II. Нефропротекторна дія іАПФ раміприлу при ХХН була доведена в таких дослідженнях як REIN, MICRO-HOPE, MITRAPLUS, APRESS та ін. Ефективність раміприлу щодо ренопротекції зумовлена тим, що він на відміну від інших іАПФ, які переважно виділяються нирками, має два шляхи виведення: нирки (60%) та печінка (40%).

«ІАПФ призначають не тільки хворим з АГ, а і пацієнтам із діабетичною хворобою нирок, в яких ще не підвищений рівень АТ, але відзначається альбумінурія, доцільно призначити раміприл у дозі 2,5 мг на ніч. Така доза не призведе до гіпотензії, проте покращить кровообіг у нирках і забезпечить нейропротекцію. Нормалізація рівня АТ за допомогою іАПФ дозволяє загальмувати, а в деяких випадках зупинити розвиток ХХН, що важливо для зниження ризику серцево-судинних подій та загальної смертності», — зазначив Дмитро Іванов та додав, що нефрологи орієнтуються на цільовий рівень АТ <130/80 мм рт. ст.



Проблемі лікування гострого риносинуситу та раціонального використання антибіотиків було присвячено доповідь **Василя Поповича, д-ра мед. наук, професора, головного державного експерта МОЗ України зі спеціальності «Отоларингологія», завідувача кафедри отоларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету**. Він зазначив, що дотримання затверджених протоколів медичної допомоги є свідченням професіоналізму та належної професійної етики. На жаль, досі лікарі різних спеціальностей встановлюють в однакових випадках різні діагнози та призначають різне лікування. Це стосується зокрема гострого риносинуситу (ГРС). Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Гострий риносинусит» (Наказ МОЗ України 11.02.2016 № 85) треба розрізняти такі поняття, як «вірусний ГРС», «післявірусний ГРС» і «гострий бактеріальний риносинусит» (ГБРС) у дорослих та дітей. Для вірусного ГРС характерні закладеність і виділення з носа тривалістю до 10-ти днів. Погіршення після 5-го дня або стійкість симптомів після 10-го дня від початку захворювання свідчить про наявність післявірусного ГРС. Діагноз ГБРС встановлюють за наявності щонайменше трьох з наступних симптомів: виділення з порожнини носа; значний локальний біль; гарячка >38 °С; підвищення ШОЕ/рівня С-реактивного білка; погіршення після першої, більш легкої фази захворювання. За цією класифікацією призначення пацієнту антибіотиків згідно з принципами доказової медицини можливе лише при ГБРС.

«Показанням до антибіотикотерапії є ГБРС, а препаратами вибору — пероральні форми захищеного амоксициліну. Згідно з даними



Однією з найгостріших проблем сучасної медицини є поширення стійких до антибіотиків патогенних бактерій. Для подолання цієї проблеми організатор конференції — компанія Sandoz в Україні — впровадив ініціативу SARI (Sandoz Antimicrobial Resistance Initiative) зі стримування антибіотикорезистентності



У 2017 р. при ГРС отоларингологи призначали антибіотики у 77% випадків, терапевти — у 54%, педіатри — у 32%. Але відповідно до даних статистики частка ГБРС серед ГРС становить лише 5%

статистики їх ефективність в лікуванні ГБРС становить більше 90%, тоді як ефективність макролідів — менше 80%, — нагадав Василь Іванович. — Важливі кроки в боротьбі з антибіотикорезистентністю — це уніфікація поглядів на захворювання, розуміння сучасної концепції його етіопатогенезу, адекватна діагностика, визначення

чітких показань до антибіотикотерапії та правильний вибір антибіотика».

Продовженням теми попередження антибіотикорезистентності стала доповідь «Раціональна антибіотикотерапія негоспітальної пневмонії» **Миколи Островського, д-ра мед. наук, професора, завідувача кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету**. Він зазначив, що ефективну терапію захворювань дихальних шляхів ускладнюють несвоєчасна діагностика, неправильний вибір етіотропного лікування і розвиток резистентності збудників до загальноприйнятих антибіотиків. А сприяє ефективному лікуванню дотримання національних протоколів, які ґрунтуються на потужній доказовій базі.

Діагноз «негоспітальна пневмонія» — безумовне показання до застосування антибіотиків, вибір яких чітко регламентований відповідним Протоколом (Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128) та залежить від збудника і тяжкості захворювання. За цими ознаками пацієнтів із негоспітальною пневмонією можна умовно поділити на чотири групи.

Зокрема, для I групи (пацієнти з нетяжким перебігом, без супутньої патології та інших модифікуючих факторів) препаратом вибору є або незахищений амоксицилін, або макролід. Альтернативним засобом є фторхінолон III–IV покоління. Для II групи (пацієнти з нетяжким перебігом, із супутньою патологією та/або іншими модифікуючими факторами) препаратом вибору є або амоксицилін-клавуланат або цефураксиму ацетил. Як альтернативу використовують макролід або фторхінолон III–IV покоління, або цефалоспориин III покоління. М.М. Островський нагадав, що дієвість обраного антибіотика слід оцінювати через 48–72 год від початку лікування. На думку професора Островського, відпуск антибіотиків в аптеках виключно за рецептом лікаря та дотримання протоколів лікування при їхньому призначенні допоможуть зберегти ефективність антимікробних ЛЗ.

Всеукраїнська конференція-вебінар стала для лікарів джерелом фахової інформації про сучасні підходи до лікування найбільш поширених серцево-судинних та респіраторних захворювань.

4-16-КОРП-СНД-0418

Інформація призначена для спеціалістів у сфері охорони здоров'я