



№ 1 (66)
2024 р.
12 750 примірників
Передплатний індекс 37631

Пульмонологія

Алергологія

Риноларингологія



Кандидат медичних наук

Світлана Оліух

Міжнародні дні
респіраторного здоров'я:
календар заходів
на 2024 рік

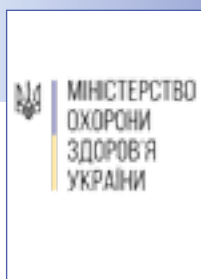
Читайте на сторінці 12



Національна служба
здоров'я України

Програма
«Доступні ліки» в Україні

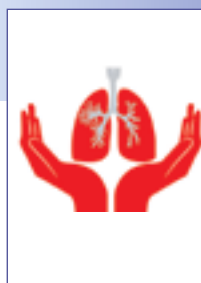
Читайте на сторінці 26



Уніфікований клінічний
протокол первинної
та спеціалізованої
медичної допомоги

Гострий риносинусит

Читайте на сторінці 7



Актуальна тема

Лікування туберкульозу
в Програмі
медичних гарантій

Читайте на сторінці 27



НІКСАР[®]

Оригінальний біластин — неседативний антигістамінний препарат для усунення симптомів сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки 1+, 2, ++, 3

Тепер доступний
у таблетках,
що диспергуються
в ротовій порожнині!



1
таблетка
НА ДОБУ
10 мг¹

1
таблетка
НА ДОБУ
20 мг²

Ніксар[®] 10 мг

Призначений для застосування дітям віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг (kg).
Біластин
10 таблеток,
що диспергуються в ротовій порожнині
для перорального застосування

від 6 до 11 років¹

Ніксар[®]

Біластин
10 таблеток
для перорального застосування

з 12 років²

Біластин «Уособлює еволюцію досліджень антигістамінних препаратів стосовно їхньої як ефективності, так і безпеки»⁴

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Ніксар[®]. Склад. 1 таблетка містить біластин 20 мг. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. Показання. Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. Дорослі та діти (віком від 12 років). Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини (біластин) або до будь-якої з допоміжних речовин. Побічні реакції. У відмінних дослідженнях у пацієнтів, які страждали від алергічного ринокон'юнктивіту або кропив'янки (цілорічного), побічні дії на тлі застосування біластину в дозі 20 мг виявилися подібними з тією ж частотою, що й на тлі застосування плацебо (12,7% та 12,8% відповідно). Повний перелік побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. Спосіб застосування та дозування. Дорослі та діти (віком від 12 років). 20 мг біластину (1 таблетка) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнтам із середньоміжними або тяжкими порушеннями функцій нирок біластин одночасно з інгібіторами Р-глікопротеїну застосовувати не слід. Будь-яка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препарату. Виробник. Менаріні-Фон Хілден ГмбХ, А. Менаріні Мануфактурінг Лімітедс енд Сервісес С.Р.Л. Місце знаходження. Вай Калмо ді П'єве, 67100 П'єве Авіа (АК), Італія. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату Ніксар[®] 10 мг, затверджена Наказом МОЗ від 16.05.2022 № 88 РП. ІНУА/13866/01/01. Ніксар[®] 10 мг. Склад. 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластин 10 мг. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. Показання. Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, зазначених у розділі «Склад». Побічні реакції. Відомі дії (2–11 років), у яких спостерігалися побічні реакції після лікування алергічного ринокон'юнктивіту або кропив'янки (цілорічного), побічні дії на тлі застосування біластину в дозі 10 мг подібні до тих, що спостерігалися при застосуванні плацебо (12,7% та 12,8% відповідно). Повний перелік побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. Спосіб застосування та дозування. Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. 10 мг біластину (1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнтам із помірними або тяжкими порушеннями функцій нирок слід уникати одночасного застосування біластину та інгібіторів Р-глікопротеїну. Будь-яка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препарату. Виробник. А. Менаріні Мануфактурінг Лімітедс енд Сервісес С.Р.Л. Місце знаходження. Вай Калмо ді П'єве, 67100 П'єве Авіа (АК), Італія. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату Ніксар[®] 10 мг, затверджена Наказом МОЗ від 16.05.2022 № 88 РП. ІНУА/13866/02/01.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар[®] 10 мг, затверджена Наказом МОЗ від 16.05.2022 № 88 РП. ІНУА/13866/01/01. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар[®] 10 мг, затверджена Наказом МОЗ від 12.01.2023 № 88 РП. ІНУА/13866/01/01. 3. <https://biastina.com/en/biastine-works/>. Дата виходу: 07.07.2023. 4. Bado A, et al. Biastine: New insight into antihistamine treatment. Clin Med (Lond). 2015;13(1): 1-6. doi:10.1093/cme/abaa011. 5. Берлін-Хемі/Менаріні Україна ГмбХ. Звернення 31.10.2023.

Представництво «Берлін-Хемі/Менаріні Україна ГмбХ» в Україні: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел: (044) 494 33 88.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи

Резолюція Міжнародного медичного форуму
від 15.12.2023



У Львові 13-15 грудня 2023 року відбувся міжнародний медичний форум (ММФ) «Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи», присвячений 150-річчю Наукового товариства ім. Шевченка (НТШ), 125-річчю Лікарської комісії НТШ (ЛК НТШ), а також 25-річчю кафедри та центру клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. На заключному засіданні після обговорення учасниками заходу були прийняті положення резолюції ММФ.

Положення резолюції міжнародного медичного форуму

1. Максимальна увага військовій медицині щодо нових засобів лікування та реабілітації, її імплементації в стандарти НАТО.
2. Впровадження результатів наукових досліджень у практичну медицину України, Європи, світу.
3. Розробка наукових проєктів (грантів) українських учених і лікарів зі світовими фаховими спільнотами та створення міжнародних консорціумів.
4. Співпраця з міжнародними та українськими партнерами щодо організації медичних досліджень у сфері клінічних наук (трайли).
5. Відстоювання змін у додипломній і післядипломній освіті лікарів з імплементацією її в міжнародну систему медичної освіти.
6. Проведення спільно зі СФУЛТ (Світова федерація українських лікарських товариств), ВУЛТ (Всеукраїнське лікарське товариство) та УЛТ (Українське лікарське товариство) у Львові щорічних міжнародних і фахових конференцій під егідою НТШ.
7. Розвиток партнерства ЛК НТШ з фаховими науковими товариствами України та світу для організації науково-практичних заходів.
8. Активна підтримка друкованого органу ЛК НТШ «Праці НТШ. Медичні науки»: запрошення провідних учених для друку їхніх наукових доробків; публікація інноваційних розробок у фундаментальній та клінічній медицині, актуальних оглядових статей, інформаційних матеріалів тощо.
9. Подальше вдосконалення журналу щодо вимог наукометричних баз PUBMED, MEDLINE та Web of Science.
10. Підтримка молодих учених: стипендіальна підтримка, грант «Реактиви для молодіжної науки», пільговий друк кращих статей молодих науковців у журналі «Праці НТШ. Медичні науки», проведення молодіжних фахових зимових і літніх шкіл.
11. Подальший розвиток української термінології в медицині та розширення вивчення професійної англійської мови.
12. Подальше заохочення до вступу в члени лікарської комісії провідних науковців галузі медицини, біології, IT-технологій, іноземних учених.
13. Популяризація історичних постатей ЛК НТШ та написання наукових праць, присвячених історії лікарської комісії.
14. Популяризація проблем громадського здоров'я в соціумі.

За резолюцію проголосували всі учасники заключного засідання ММФ.

Голова президії професор **Орест Чемерис**
Голова оргкомітету професор **Валентина Чопяк**

Участь у ММФ «Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи» взяли 998 осіб, онлайн зареєстровано 1282 особи. Було проведено 15 пленарних засідань, 18 симпозіумів, 11 майстер-класів, 2 практикуми, 29 круглих столів, із заключним міжнародним «Потреби української медицини після війни». На симпозіумі виступили: 375 українських учених, 39 зарубіжних – зі США, з Канади, Польщі, Німеччини, Австрії, Іспанії, Італії, зі Швейцарії, з Нідерландів, зі Швеції, з Данії, Норвегії, Хорватії та зі Словаччини. Відбулася молодіжна секція, в якій узяли участь 25 молодих науковців із різних областей України (Львівщини, Тернопільщини, Полтавщини, Івано-Франківщини).

Чому пацієнти з хронічною кропив'янкою часто залишаються недолікованими і як виправити ситуацію?

Результати онлайн-опитування DERMLINE

Хронічна кропив'янка (ХК) – це захворювання шкіри, яке характеризується повторюваною появою пухирів або уртикарних висипань з ангіоневротичним набряком (АНН) або без нього протягом понад 6 тиж [1, 2]. Це складно прогнозоване виснажливе захворювання виявляє виражений негативний вплив на якість життя пацієнтів [1]. ХК може знижувати продуктивність праці [3], порушувати сон і повсякденну активність [4], а також значуще підвищувати рівень тривоги та психологічного дистресу [5-7]. Крім того, непередбачуваний характер АНН, пов'язаного з ХК, який характеризується раптовим набряком дерми, підшкірної клітковини або підслизової оболонки, може супроводжуватися страхом пережити епізод, що загрожує життю [8]. Викликає тривогу й те, що АНН спостерігають приблизно в 40% пацієнтів із кропив'янкою [9], а поєднання АНН і пухирів – у 67% пацієнтів [8]. Незважаючи на те, що настанова Європейської академії алергології та клінічної імунології (The European Academy of Allergy and Clinical Immunology – EAACI), Глобальної європейської спілки алергії та астми (Global Allergy and Asthma European Network – GA²LEN), Європейського дерматологічного форуму (The European Dermatology Forum – EDF) і Всесвітньої алергологічної організації (WAO) – EAACI/GA²LEN/EDF/WAO щодо лікування кропив'янки рекомендують використовувати специфічний алгоритм ескалації лікування до досягнення повного контролю симптомів, в умовах реальної клінічної практики значна частка пацієнтів із ХК залишаються недолікованими.

Ключові слова: хронічна кропив'янка, ангіоневротичний набряк, якість життя, пухирі, DERMLINE, біластин, антигістамінні препарати II покоління.

Результати всесвітнього обсерваційного дослідження ХК в умовах реальної клінічної практики AWARE показали, що перебіг хронічної спонтанної кропив'янки (ХСК) в пацієнтів, резистентних до H₁-антигістамінних препаратів (H₁-АГП), характеризується поганим контролем захворювання, АНН, коморбідною хронічною індукованою кропив'янкою (ХІК), неповним вилікуванням, низькою якістю життя і значною залежністю від ресурсів охорони здоров'я [10]. Дійсно, численні глобальні звіти демонструють, що пацієнти з ХК недостатньо лікуються і не отримують рекомендованої терапії [4, 11, 12], таким чином наголошуючи на необхідності більшої обізнаності та дотримання міжнародних настанов.

Нещодавно проведено онлайн-опитування (DERMLINE) також оцінювало тягар ХК, однак із позиції окремого пацієнта, з метою висвітлення важливих незадоволених клінічних потреб у цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи

Критеріями включення були діагностована ХК та наявність симптомів протягом 3 міс до початку дослідження. Різні групи дослідження охоплювали: демографічні дані; характеристики захворювання; аналіз симптомів залежно від ураженої ділянки тіла; вплив на повсякденне життя; емоційне навантаження; поточне і попереднє лікування; задоволеність медичним обслуговуванням і лікуванням; ступінь контролю захворювання, який визначався за допомогою контрольного тесту на кропив'янку (UCT). UCT ретроспективно оцінює контроль захворювання за попередні 4 тиж; якщо учасники мають оцінку ≥ 12 балів (діапазон 0-16), кропив'янка вважається контрольованою [13].

Результати

Загалом у дослідженні було включено 1037 пацієнтів із діагностованою ХК; учасники заповнили онлайн-опитувальник. Середній вік (\pm стандартне відхилення

[SD]) учасників становив $33,4 \pm 11,0$ року (діапазон 18-67 років), більшість учасників були жінки (89,2%; 925/1037). Середня тривалість захворювання становила $10,0 \pm 9,3$ року ($n=1006$), хоча 34,9% (351/1006) учасників повідомили про наявність симптомів ХК протягом >10 років (діапазон 1-53 роки). У середньому учасники мали симптоми кропив'янки протягом $3,0 \pm 4,3$ року до встановлення діагнозу. Протягом 3 міс, що передували опитуванню, у 86,3% респондентів на різних ділянках тіла спостерігали пухирі, а в 43,1% – АНН. Середній бал UCT становив $7,9 (\pm 3,9)$, причому 79,6% учасників мали оцінку за UCT <12 , що вказує на недостатній контроль симптомів упродовж попередніх 4 тижнів. Частина тіла, які найчастіше вражалися пухирями або АНН, зображено на рисунку 1 (а, б). Більшість учасників опитування вважали, що їхні симптоми посилювалися під впливом зовнішніх чинників, повний список яких подано на рисунку 1, с. Основними тригерами були стрес через проблеми в особистому житті (68,5%) і стрес, пов'язаний із роботою (63,3%).

Під час оцінки впливу активності захворювання на повсякденне життя, результати якої наведено на рисунку 2 (а, б), було виявлено, що більшість учасників уникали стресових ситуацій через страх спровокувати симптоми захворювання, часто відчували депресію, смуток, емоційну втому або безнадійність протягом останнього місяця (67,5%) і відчували значно менше задоволення від діяльності, яку зазвичай любили (55,8%).

Препарати, які отримували учасники дослідження, і рівень задоволеності результатами терапії відображені на рисунку 3 (б, с).

Загалом 22,6% учасників вважали, що їхнє попереднє лікування не допомогло, але теперішнє допомагає; 62,7% вказали, що попереднє лікування не допомогло і вони наразі взагалі не отримують жодних препаратів для контролю симптомів кропив'янки. Менше половини (48,8%) учасників були задоволені або дуже задоволені своїм лікуванням, а 52,8% учасників, які отримували лікування на момент опитування, вважали, що ліки їм не допомагають. Ці та інші параметри

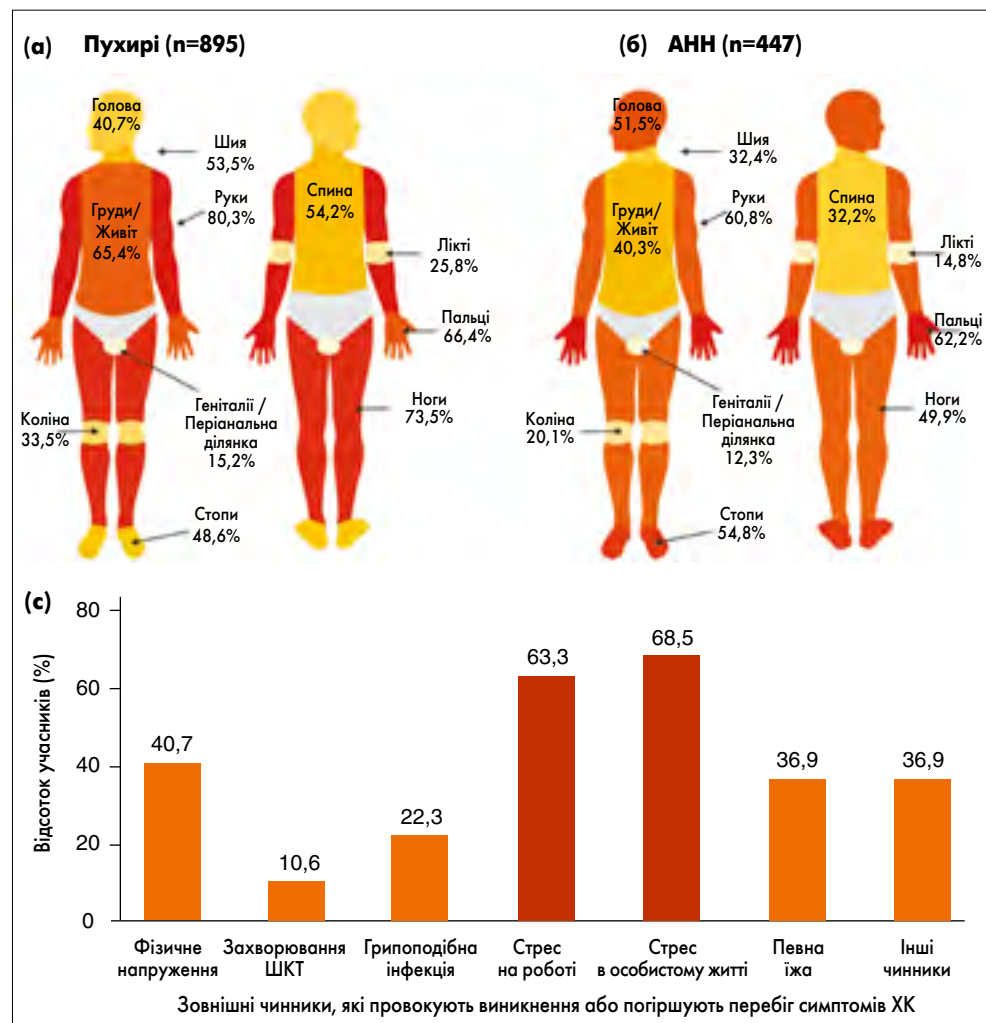


Рис. 1. Під час опитування учасників запитували: «На яких частинах вашого тіла переважно з'являються пухирі?» (n=895; а); «На яких частинах тіла переважно виникає кропив'янка (АНН)?» (n=447; б); «Який із наведених нижче зовнішніх чинників погіршує симптоми кропив'янки: фізичне напруження, захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ), грипоподібна інфекція, стрес на роботі, стрес в особистому житті, певна їжа чи інші чинники?» (n=762; с). Відсотки для кожного запитання розраховували від загальної кількості респондентів

Продовження на стор. 4.

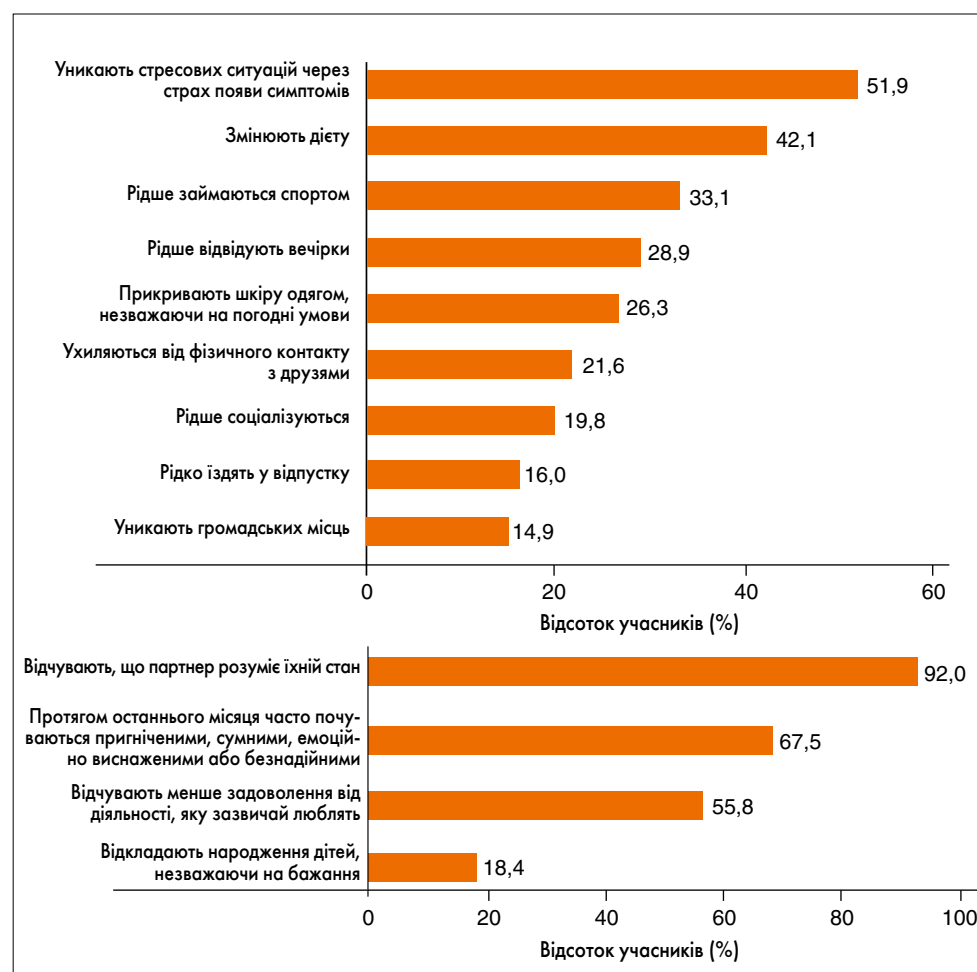


Рис. 2. Під час опитування учасників (n=1037) запитували про вплив кропив'янки на їхнє життя і про те, як вони змінили свій спосіб життя через захворювання (а), а також про вплив кропив'янки на їхні емоції та бажання (б)

Чому пацієнти з хронічною кропив'янкою часто залишаються недолікованими і як виправити ситуацію?

Продовження. Початок на стор. 3.

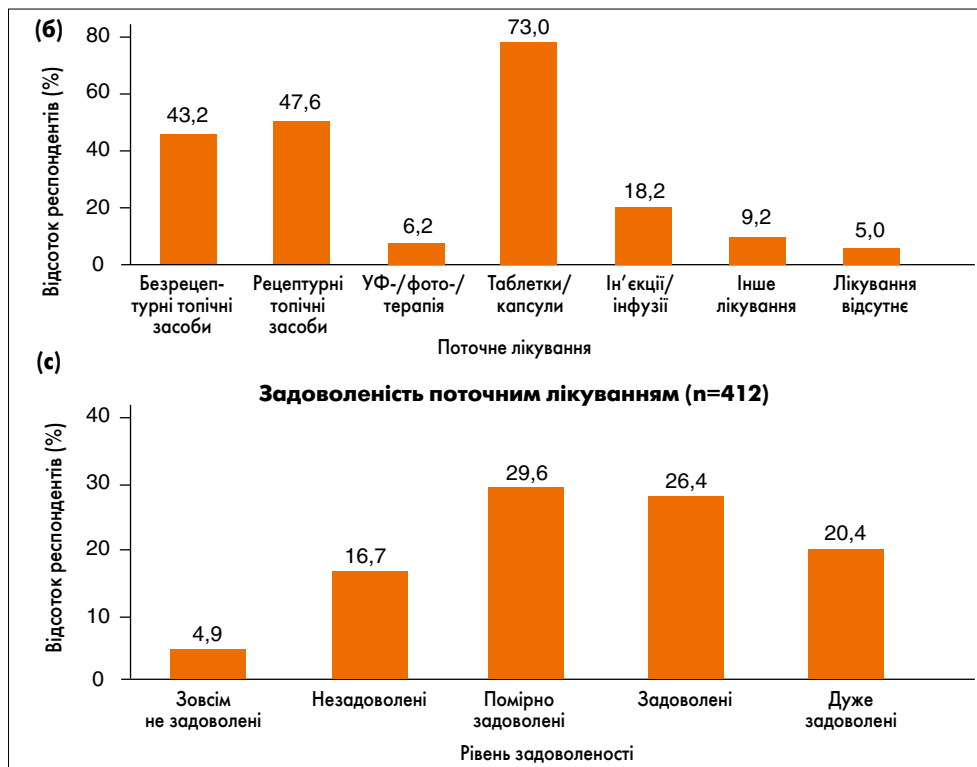


Рис. 3. Учасники повідомили про своє поточне лікування, використовуючи попередньо сформульовані відповіді, наведені на графіку (б), і про задоволення поточним лікуванням, використовуючи попередньо визначені відповіді на графіку (с) (n=412).

задоволеності лікуванням наведено на рисунку 4.

Обговорення

Як зазначено в літературі, кропив'янка може виникати на будь-якій ділянці тіла [14, 15], але конкретної інформації про ділянки, на яких найчастіше виникають пухирі та АНН, опубліковано мало.

Згідно з результатами цього опитування, пухирями найчастіше вражалися руки, ноги, кисті/пальці та грудна клітка / живіт, тоді як АНН найчастіше виникав на кистях/пальцях, ногах, голові та руках. Багато з цих ділянок важко приховати одягом. Крім того, було встановлено, що пік активності захворювання припадає на найактивніший період життя людини (середній вік – 33,4 року), піквічний час для народження дитини та високої продуктивності праці, що чинить значний вплив на якість життя [16].

Як і очікували, більшість учасників (73%) для контролю симптомів ХК, імовірно, приймали пероральні АГП (таблетки або капсули) першої лінії, хоча активна діюча речовина додатково не уточнювалася. 47,6% осіб використовували місцеві, а 43,2% – безрецептурні препарати.

Це стало несподіванкою, оскільки не існує схвалених місцевих методів лікування ХК, хоча воно може передбачати застосування для усунення свербіжних рецептурних топічних засобів, що містять, наприклад, кортикостероїди (КС), АГП, полідоканол, місцеві анестетики, ментол, камфору або водні розчини з цинком чи тальком [17].

Опитування також виявило, що багато осіб із ХК не лікувались у лікарів і намагалися впоратися зі своїм станом самостійно.

Учасники повідомили про високий тягар захворювання, причому багато хто вказав, що ХК суттєво вплинула на якість їхнього життя. Ці висновки узгоджуються з результатами попередніх досліджень, які показали, що пацієнти з ХК зазнають недооціненого емоційного та психологічного навантаження, що впливає на сон і повсякденну діяльність і обмежує їхню здатність працювати та спілкуватися [1, 3, 12, 18-20]. Більшість учасників зазначили, що поява або погіршення симптомів їхнього захворювання були спровоковані психологічними чинниками, такими як стрес на роботі чи в особистому житті. Дійсно, пацієнти з ХК продемонстрували значно вищий рівень стресу порівняно з контрольною групою [21], і було показано, що стрес загострює перебіг кропив'янки [22].



Рис. 4. Причини незадоволення пацієнтів лікарями (пацієнти, які отримують лікування, n=211; пацієнти, які не отримують лікування, n=509).

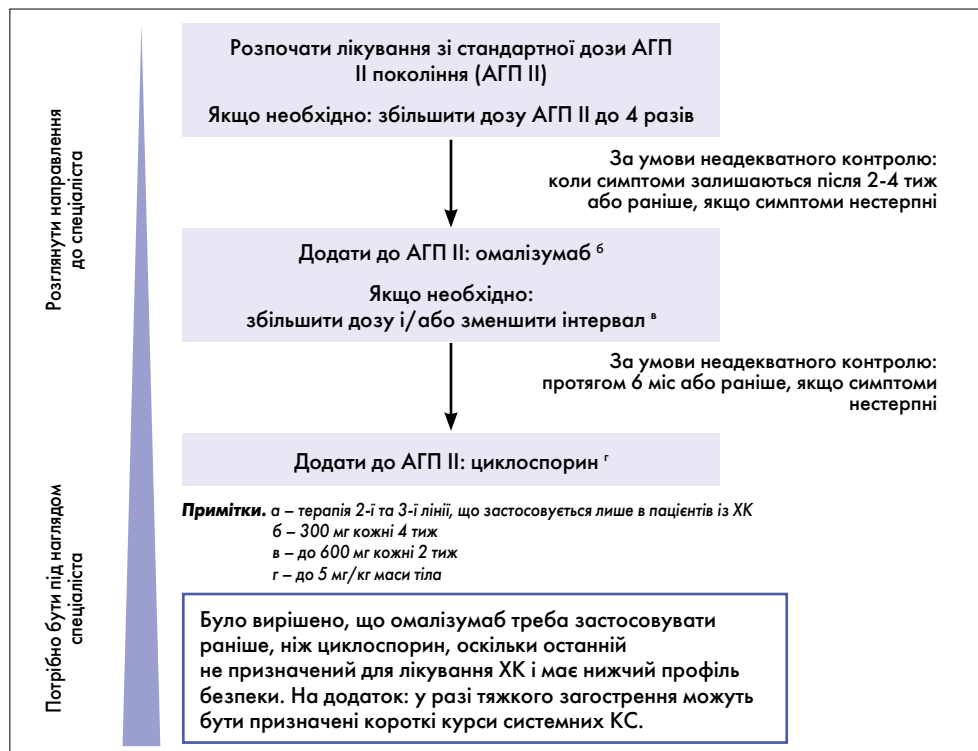


Рис. 5. Алгоритм підходу до лікування та його ескалації в разі ХК

Отримані висновки підкреслюють актуальність менеджменту стресу і використання механізмів його подолання в лікуванні пацієнтів із ХК.

Частина учасників опитування підтвердили, що вони уникають стресових ситуацій через страх спровокувати симптоми ХК, тоді як інші повідомили, що обмежують свою соціальну діяльність і модифікують спосіб життя, у тому числі дієту. Усвідомлення пацієнтом потенційних чинників, здатних спровокувати симптоми ХК, розширюють можливості пацієнта і можуть допомогти в розробці індивідуальних стратегій лікування, тим самим полегшуючи симптоми ХК та поліпшуючи якість життя [23].

Це дослідження наголошує на високій вірогідності того, що пацієнт із ХК буде недостатньо задоволений результатами лікування, і підтверджує потребу в більшій обізнаності щодо тягара хвороби. Необхідно ретельно оцінити варіанти лікування і/або його ескалацію для досягнення контролю симптомів.

Однак інтерпретувати ці результати потрібно обережно, оскільки пацієнти можуть вважати, що їх лікування неефективне, якщо симптоми повністю не зникли протягом кількох тижнів терапії; вони можуть припинити прийом ліків через неефективність і/або неналежне виконання рекомендацій лікаря. Таким чином, лікар має обговорити з пацієнтом природу ХК, можливу подовжену тривалість захворювання та варіанти ескалації лікування.

Раніше повідомляли, що велика кількість пацієнтів не отримують лікування ХК в обсязі, рекомендованому міжнародними настановами, незважаючи на активність захворювання [10]. Це дослідження показало низький рівень успіху або розчарування лікуванням у реальних ситуаціях, оскільки більшість учасників вважали, що попередні терапевтичні методи не допомагали і такі пацієнти більше взагалі не отримували лікування.

Основні принципи лікування хронічної кропив'янки

Основною метою менеджменту пацієнтів із ХК є лікування захворювання до повного зникнення симптомів. Терапія має бути

якомога більш ефективною і безпечною, що дає змогу досягти повного контролю захворювання та нормалізації якості життя.

Оптимальний терапевтичний підхід до лікування пацієнтів із ХК має охоплювати:

- пошук і, за можливості, усунення основних причин захворювання;
- уникнення впливу тригерних чинників;
- індукування толерантності;
- фармакологічне лікування для запобігання вивільненню медіаторів мастоцитів і/або дії останніх.

Під час ведення пацієнтів критично важливо використовувати методику «крок уверх – крок униз» з метою корекції алгоритму лікування відповідно до перебігу захворювання за принципом «оцінка, корекція, дія, повторна оцінка», що відображено на рисунку 5. Пацієнти потребують адекватного консультування щодо безперервного лікування і використання валідованих показників його ефективності.

Загалом, основним завданням симптоматичної фармакотерапії в пацієнтів із ХК є усунення симптомів, доки захворювання не перейде у фазу спонтанної ремісії. Для цього фармакологічне лікування має тривати доти, доки в ньому не зникне потреба.

Наприклад, для запобігання виникненню уртикарних висипань та АНН неседативні АГП II покоління потрібно застосовувати щодня регулярно, а не за потреби. Доцільність застосування такої схеми лікування підтверджується профілем безпеки цієї групи лікарських засобів, результатами рандомізованих контрольованих досліджень і випробувань, проведених у реальних умовах [24, 25], а також їхнім механізмом дії, а саме зворотними агоністичними ефектами на H₁-рецептор і стабілізацією неактивного стану останнього. Деякі пацієнти з ХК можуть мати користь від короточасного профілактичного застосування АГП перед імовірним впливом відповідного тригерного чинника.

Результати досліджень демонструють, що деякі пацієнти з ХК, в яких спостерігають недостатню відповідь на лікування стандартними дозами АГП II покоління, можуть отримати користь від підвищення дози, і це є кращим варіантом, ніж комбінувати різні АГП II покоління. Відповідно,

таким пацієнтам рекомендують збільшити дозу до 4 разів. Пацієнти мають бути поінформовані про те, що не рекомендується збільшувати дозу АГП II покоління більш ніж учетверо, оскільки це донині не було досліджено. Поки не надходило повідомлень про серйозні побічні ефекти, пов'язані із застосуванням високих доз АГП та їх довгостроковим прийомом.

Вибір антигістамінного препарату

Під час вибору АГП необхідно мати на увазі, що АГП I покоління виявляють виражену антихолінергічну й седативну дію. Крім того, ця група препаратів має високий потенціал фармакокінетичних міжлікарських взаємодій (зокрема, з алкоголем і деякими лікарськими засобами, такими як анагетика, снодійні, заспокійливі та антидепресанти). Також застосування АГП I покоління може порушувати фазу швидкого сну і впливати на навчання і продуктивність.

Відповідно до позиції GA²LEN [26] настійно рекомендується більше не застосовувати АГП I покоління для лікування симптомів алергії як у дорослих, так і в дітей. Цю думку підляють рекомендації BOOZ ARIA [27]. На основі переконливих доказів щодо потенційно серйозних побічних ефектів АГП I покоління (повідомляли і про смертельні випадки внаслідок передозування) останні не можна рутинно використовувати для лікування пацієнтів із ХК як засоби першої лінії.

Саме тому для менеджменту ХК треба призначати сучасні АГП II покоління, які чинять мінімальний седативний або неседативний ефект і не виявляють антихолінергічної активності [28]. Два представники АГП II покоління, а саме астемізол і терфенадин, продемонстрували кардіотоксичну дію в пацієнтів, які отримували інгібітори ізоформи цитохрому P450 (CYP) 3A4 (кетоконазол або еритроміцин). Саме тому астемізол і терфенадин більше не доступні в більшості країн і не рекомендуються до використання.

Ефективність і безпеку більшості, однак не всіх, АГП II покоління було досліджено серед пацієнтів із ХК. Отримані дані підтверджують доцільність застосування біластину, цетиризину, дезлоратадину, ебастину, фексофенадину, левоцетиризину, лоратадину та рупатадину.

У кількох дослідженнях було продемонстровано переваги застосування в пацієнтів із ХК вищих доз АГП II покоління [29-31]. Наявні дані підтверджують доцільність щоденного застосування доз, що в 4 рази перевищують стандартні дози для біластину, цетиризину, дезлоратадину, ебастину, фексофенадину, левоцетиризину і рупатадину [29, 30, 32-35].

Сьогодні відсутні добре розроблені клінічні дослідження, в яких порівнювали би

ефективність і безпеку всіх сучасних АГП II покоління серед хворих на ХК. Саме тому варто обирати препарати, які відповідають вимогам ARIA і EAACI щодо сучасних АГП. Одним із таких засобів є оригінальний препарат біластину – Ніксар® виробництва компанії «Берлін Хемі».

Перевагами препарату є:

- належний профіль ефективності й безпеки, що було доведено низкою клінічних досліджень [36, 37];
- швидке настання ефекту та тривалий період дії – симптоми зникають уже через годину після прийому препарату Ніксар®, а ефект зберігається протягом 24 год;
- зручність використання – тривалий період дії дає можливість використовувати препарат лише 1 раз на добу, що підвищує прихильність пацієнтів до лікування [40];
- відсутність седативної дії та негативного впливу на когнітивні функції [41];
- безпечно застосовувати в дітей і пацієнтів літнього віку із супутньою патологією [37];
- відсутність впливу на здатність керування автотранспортом [42];
- відсутність впливу на психомоторні функції в разі одночасного прийому з алкоголем [43].

Ще однією важливою перевагою Ніксар® є його оригінальність. Обираючи препарат біластину, лікарю-практику необхідно розуміти, що згідно з рекомендаціями ЕМА (Європейського агентства з лікарських засобів) біоеквівалентність (біодоступність) генеричного препарату по відношенню до референтного має становити від -20% до +25% [38]. Різниця в біодоступності препарату на $\pm 20\%$ може супроводжуватися ризиком обмеженої ефективності терапії та підвищеним ризиком розвитку побічних реакцій [39]. На жаль, обираючи генеричний біластин, лікар чи пацієнт не можуть бути впевнені у відповідності препарату значним вимогам, що може стати перешкодою на шляху досягнення контролю хвороби.

Доказова база ефективності біластину при хронічній кропив'янці

Проведені на сьогодні численні дослідження демонструють високий рівень ефективності та належну безпеку застосування біластину в лікуванні ХК. Так, у ході порівняльного дослідження М.К. Church (2011) було доведено, що біластин у дозі 20 мг демонструє швидший початок дії порівняно з цетиризином на прикладі гальмування появи пухирів (89 ± 3 проти $44 \pm 14\%$; $p=0,011$) і висипань (85 ± 4 проти $45 \pm 14\%$; $p=0,016$), індукованих гістаміном. Через 1,5 год основні симптоми кропив'янки в групі біластину були інгібовані на 70% ($p=0,003$).

Дослідження R. Antonijoaн та співавт. (2017) було проведене з метою порівняння ефективності біластину, дезлоратадину і рупатадину в усуненні симптомів

кропив'янки, індукованої підшкірним введенням гістаміну здоровим добровольцям. На підставі результатів було встановлено, що біластин ліпше гальмував утворення нових пухирів, аніж дезлоратадин і рупатадин, у часовому діапазоні від 1 до 12 год (обидва $p<0,001$).

Необхідно також згадати результати відомих досліджень ефективності біластину при хронічній спонтанній кропив'янці (ХСК). Зокрема, дослідження Zuberbier та співавт. (2010; $n=525$), у рамках якого протягом 28 днів пацієнти отримували: біластин у дозі 20 мг на добу ($n=173$), левоцетиризин 5 мг на добу ($n=165$) або плацебо ($n=184$). У результаті в групі біластину відбулося поліпшення симптомів захворювання за даними загальної оцінки симптомів (TSS), дерматологічного опитувальника якості життя (DLQI), а також відомостей щодо загального дискомфорту і порушення сну в порівнянні з плацебо ($p<0,001$ для всіх). Біластин також продемонстрував безпеку і хорошу переносимість.

М. Hide та співавт. (2017) у своєму дослідженні вивчали ефективність і безпеку біластину в лікуванні ХСК. Учасників випробування ($n=304$) було рандомізовано на 3 групи: перша група ($n=101$) приймала біластин у дозі 20 мг, друга ($n=100$) – у дозі 10 мг, третя ($n=103$) отримувала плацебо. У результаті біластин у дозуванні 20 мг і 10 мг поліпшив TSS, оцінку висипань і свербіж і дані DLQI проти плацебо ($p<0,001$ для всіх), також препарат продемонстрував сприятливий профіль безпеки і хорошу переносимість. Автори дійшли висновку, що лікування ХСК біластином, навіть у невеликих дозах (10 мг), ефективніше, при цьому спостерігається ранній початок дії препарату.

Podder та співавт. у своєму дослідженні (2020) за участю 58 пацієнтів із ХСК помірного і тяжкого перебігу порівнювали ефективність і безпеку біластину в дозі 20 мг на добу ($n=31$) або левоцетиризину в дозі 5 мг на добу ($n=27$) впродовж 42 днів. Обидва АГП значно поліпшили, порівняно з вихідним рівнем, показники 7-денної оцінки активності кропив'янки (UAS7), дані DLQI та загальні симптоми, спричинені ХК, на 41-й день ($p<0,001$ для всіх). Показник UAS7 на 42-й день був значно нижчим у разі застосування біластину порівняно з левоцетиризином ($p=0,03$), натомість сонливості спостерігали частіше в групі левоцетиризину, ніж біластину (63 проти 12,9%; $p=0,002$).

На сьогодні є велика кількість досліджень, що демонструють безпеку використання біластину в умовах тривалого застосування чи збільшеного дозування. Наприклад, рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване 12-тижневе дослідження К. Krause та співавт. (2013) демонструє ефективність і безпеку застосування біластину в більших дозах при холодовій кропив'янці. Двадцять пацієнтів із холодовою кропив'янкою отримували плацебо, біластин у дозах 20, 40 або 80 мг щоденно протягом 7 днів із подальшою 14-денною перервою. Біластин у дозі 20 мг виявився високоефективним ($p<0,0001$) засобом для зниження критичних температурних порогів. Збільшення дози до 80 мг ще більше ($p<0,04$) підвищило ефективність препарату. При цій дозі 19 із 20 (95%) пацієнтів відреагували на лікування. Автори дослідження зазначають, що всі дозування біластину пацієнти добре переносили, а випадків підвищеної седації в разі збільшення дози встановлено не було.

Отже, підвищення дози біластину забезпечує ще більшу його ефективність, але при цьому профіль безпеки препарату залишається незмінним.

У дозах 40 і 80 мг препарат значує поліпшував результати лікування пацієнтів із кропив'янкою. До того ж, оскільки біластин не проникає крізь гематоенцефалічний бар'єр, збільшення його дози в 4 рази під час лікування тяжкої ХК не призводитиме до появи сонливості. Вплив високих доз біластину досліджували в пацієнтів із ХСК та холодовою кропив'янкою в численних клінічних випробуваннях. Одне з найвідоміших із них – метааналіз M. Sanchez-Borges та співавт. (2014), у рамках якого аналізували дослідження, в яких для контролю симптомів ХК підвищували дозування неседативних АГП – таких як біластин, дезлоратадин, левоцетиризин. Виявилось, що підвищення стандартної добової дози для біластину вдвічі або навіть учетверо достовірно корелює з ефективністю, чого не можна сказати про 2 порівнюваних препарати. Застосування біластину в дозі 80 мг було ефективним у 60%, левоцетиризину – у 21,7% і дезлоратадину – у 27,1% випадків (рис. 6). Таке підвищення доз неседативних АГП, і біластину зокрема, не супроводжувалося розвитком небажаних явищ.

Висновки

Таким чином, результати дослідження DERMLINE дали можливість отримати дані стосовно клінічного перебігу, порушення якості життя та ефективності лікування і задоволеності учасників опитування медичною допомогою у великій групі пацієнтів в умовах реальної практики, у тому числі в тих, хто зараз не перебуває під наглядом лікаря.

Отримані дані перегукуються з результатами попередніх досліджень і показують, що в значній частині пацієнтів із ХК (79,6% у дослідженні DERMLINE) не вдалося досягти належного контролю захворювання. Значуща частка учасників були незадоволені якістю свого життя, уникали соціалізації, часто відчували депресію, смуток, емоційну втому або безнадійність і отримували значно менше задоволення від діяльності, яку зазвичай любили. Більшість пацієнтів були незадоволені своїм лікуванням або взагалі його не отримували. Тобто, попри те що настанови EAACI/GA²LEN/EDF/WAO рекомендують використовувати специфічний алгоритм ескалатору лікування до досягнення повного контролю симптомів ХК, в умовах реальної клінічної практики значна частка пацієнтів із ХК так і залишаються недолікованими.

Важливими складовими для досягнення цілей лікування є дотримання контактів із пацієнтом за схемою «лікар-пацієнт» і вибір зручної та ефективної схеми лікування. Варто обговорити з пацієнтом адекватні очікування від терапії, наголосити на необхідності регулярного прийому АГП з метою запобігання виникненню уртикарних висипань та АНН, а також розповісти про можливість посилення терапії в разі недостатнього контролю симптомів шляхом підвищення дози АГП, що вчетверо перевищують стандартні.

Препаратами першої лінії для контролю симптомів ХК, згідно із сучасними настановами, є АГП II покоління. Одним із таких препаратів, доступних на ринку України, є біластин, оригінальний препарат якого Ніксар® підтвердив свою ефективність та безпеку в контрольованих клінічних дослідженнях. Зручність використання препарату Ніксар® забезпечується тривалою дією препарату, що дає можливість приймати його лише 1 раз на добу, підвищуючи тим самим прихильність пацієнтів до лікування.

Список літератури – у редакції.

За матеріалами: Wagner N., Zink A., Hell K. et al. Patients with Chronic Urticaria Remain Largely Undertreated: Results from the DERMLINE Online Survey. SpringerLinc. 2021. V.11, p. 1027-1039. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13555-021-00537-5>

Підготувала Ганна Кирпач

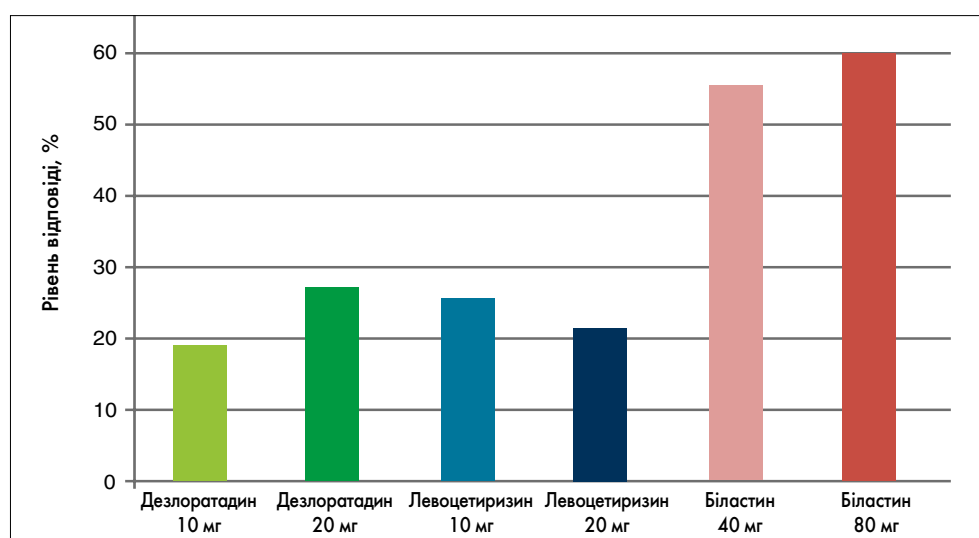


Рис. 6. Порівняльна ефективність підвищених доз неседативних АГП у пацієнтів із ХК (Sanchez-Borges M. та співавт., 2014)

З М І С Т

АЛЕРГОЛОГІЯ

Чому пацієнти з хронічною кропив'янкою часто залишаються недолікованими і як виправити ситуацію?

Результати онлайн-опитування DERMLINE

Хронічна кропив'янка складно прогнозоване виснажливе захворювання виявляє виражений негативний вплив на якість життя пацієнтів. Нещодавно проведене онлайн-опитування (DERMLINE) оцінювало тягар ХК із позиції окремого пацієнта і з метою висвітлення важливих незадоволених клінічних потреб у цієї категорії пацієнтів. 3-5

Ефективність і безпека підвищення дозування антигістамінних препаратів II покоління в лікуванні неконтрольованої хронічної спонтанної кропив'янки

Стаття має на меті переглянути ефективність і профіль безпеки підвищених доз АГП II, базуючися на доказах, щоб сприяти раціональнішому їх використанню. ... 17

Діагностика та лікування алергічного риніту в дітей-астматиків

Метою огляду є надання оновленої інформації щодо епідеміології алергічного риніту та його діагностики, з урахуванням зв'язку з бронхіальною астмою. Розглядаючи педіатричних пацієнтів із БА, АР, мабуть, є найважливішим чинником ризику та позабронхіальним показником контролю БА.

Laura Tenero, Rachele Vaia, Giuliana Ferrante та ін. 24-25

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Гострий риносинусит

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги

Документ призначений забезпечити організацію надання медичної допомоги пацієнтам із ГРС на всіх етапах медичної допомоги для своєчасного виявлення, профілактики та лікування ГРС. 7-11

Призначення антибактеріальних препаратів при гострому риносинуситі відповідно до сучасного підходу протидії розвитку антибіотикорезистентності

Всесвітня організація охорони здоров'я застосувала прагматичний підхід до розробки практичних рекомендацій із використання антибактеріальних препаратів. 11

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи

Резолюція Міжнародного медичного форуму «Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи» 2

Міжнародні дні респіраторного здоров'я: календар заходів на 2024 рік

Медичні інформаційні кампанії спрямовані на поширення важливих знань про охорону здоров'я серед населення. Глобальні дні громадського здоров'я пропонують великі можливості для підвищення обізнаності та розуміння проблем здоров'я і мобілізації підтримки дій від місцевої громади до міжнародної спільноти.

С.Г. Опімах 12-15

Програма «Доступні ліки» в Україні 26

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»

Продовження. Початок у № 3-4(64-65) 2023 р., с. 24-27

Стандарти медичної допомоги розроблені на основі Клінічної настанови «Туберкульоз», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій і підходів. 20-23

Лікування туберкульозу в Програмі медичних гарантій 27

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Ехінацея Композитум С – багатокomпонентна дія на імунну систему

Є механізми, які допомагають ефективно усувати «поломки» в організмі людини і нормалізувати його стан. Така здатність називається «біорегуляція». Основою біорегуляційної медицини є комплексні біорегуляційні препарати, серед яких одним із найвідоміших є Ехінацея Композитум С. 19

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Ппульмонологія, алергологія, риноларингологія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України
О.Я. Бабак, д. мед. н., професор, Харківський національний медичний університет
О.М. Біловол, академік НАМН України, д. мед. н., професор кафедри внутрішньої медицини № 1 і клінічної фармакології Харківського національного медичного університету
Г.М. Бутенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
Б.М. Венцківський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
Ю.В. Вороненко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
С.І. Герасименко, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
І.І. Горпинченко, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології
Д.І. Заболотний, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
В.М. Коваленко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
В.В. Корпачов, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
Б.М. Маньковський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
Ю.М. Мостовой, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України
В.І. Паньків, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
О.М. Пархоменко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
Н.В. Пасечнікова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
С.С. Страфун, д. мед. н., професор, головний ортопед-травматолог МОЗ України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
М.Д. Тронько, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
Ю.І. Феценко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
Н.В. Харченко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
В.І. Цимбалюк, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України
В.П. Черних, д. фарм. н., д. хім. н., професор, член-кореспондент НАН України
Л.О. Яшина, д. мед. н., професор, завідувач відділення діагностики, клінічної фармакології і терапії захворювань легень ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Видавець ТОВ «Медичний журнал «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Ппульмонологія, алергологія, риноларингологія»
Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Сергій Черкасов**
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР **Анна Артюх**

Свідоцтво КВ №14875-3846Р від 15.01.2009 р.
Передплатний індекс 37631

Адреса для листів:
вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Контакти:
Редакція artyukh.kiai@gmail.com
Відділ маркетингу v.koroleva@health-ua.com
Відділ передплати та розповсюдження podpiska@health-ua.com
Підписано до друку: березень 2024.
Газету віддруковано: ТОВ «ПРИНТ-ІНК»
Офіс 1, вул. Зодчих, 50-а, м. Київ, 03162
Замовлення № 0141
Загальний наклад **12 750** прим.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Ппульмонологія, алергологія, риноларингологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.

Гострий риносинусит

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги

Проблема гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів (ВДШ), гострого риносинуситу (ГРС) зокрема, є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині. Останніми роками спостерігають зростання частоти захворювань носа і приносних пазух, що проявляється збільшенням як абсолютних (захворюваності та поширеності), так і відносних (частка в структурі оториноларингологічної патології) показників. В Україні поширеність гострих ринітів, риносинуситів та ринофарингітів сягає 489,9 випадку на 10 тис. населення, а захворюваність – 5-15 випадків на 1 тис. населення залежно від сезону. Такі хворі становлять 60-65% амбулаторних пацієнтів лікарів-оториноларингологів.

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) призначений забезпечити організацію надання медичної допомоги пацієнтам із ГРС на всіх етапах медичної допомоги для своєчасного виявлення, профілактики та лікування ГРС.

I. Паспортна частина

Діагноз: Гострий риносинусит

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

J01 Гострий синусит

J01.0 Гострий верхньощелепний синусит

J01.1 Гострий фронтальний синусит

J01.2 Гострий етмоїдальний синусит

J01.3 Гострий сфеноїдальний синусит

J01.4 Гострий пансинусит

J01.8 Інший гострий синусит

J01.9 Гострий синусит, неуточнений

При ідентифікації збудника необхідно зазначити додатковий код (B95-B97).

II. Загальна частина

Більшість звернень пацієнтів із проблемами, пов'язаними з інфекціями ВДШ (ІВДШ) можуть бути класифіковані як звичайна застуда, що визначається як гострий вірусний РС (ГВРС) із тривалістю симптомів <10 днів (але менше 12 тиж). Якщо симптоми посилюються через 5 днів або тривають понад 10 днів, але <12 тиж, тоді це – гострий післявірусний РС. Невелика частка ГРС спричинена бактеріями та визначається за наявності щонайменше трьох із п'яти симптомів/ознак: безбарвні слизові виділення; гострий локальний біль (переважно однобічний); гарячка (температура тіла >38 °C); підвищення рівня С-реактивного білка / ШОЕ; погіршення наявних симптомів.

За наявності в пацієнта супутньої патології враховують взаємний обтяжувальний вплив патологічних процесів і, відповідно, планують тактику ведення пацієнта. У такому разі обсяг і порядок проведення діагностичних процедур і методів лікування може відрізнитися від вимог цього протоколу.

III. Основна частина

Первинна медична допомога

Діагностика

Положення протоколу. Діагноз ГРС встановлюють на підставі клінічних даних, анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних фізикального обстеження, диференційної діагностики, з урахуванням суб'єктивної оцінки тяжкості хвороби самим пацієнтом згідно з алгоритмом (рис. 1).

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на супутню патологію, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування, пацієнт має бути скерований до закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Алгоритм ведення пацієнтів (дорослих і дітей) із ГРС лікарями, які надають первинну медичну допомогу, наведено на рисунку 2.

У пацієнтів із рецидивним ГРС треба враховувати наявність анатомічних аномалій латеральної та медіальної стінок носа, обтурації хоан аденоїдною тканиною або одонтогенних джерела інфекції.

Обґрунтування. ГРС є поширеною проблемою, точну частоту виникнення якої важко визначити. Захворюваність на ГВРС (звичайна застуда) дуже висока. Є дані, що дорослі переносять від 2 до 5 епізодів, а школярі – від 7 до 10 епізодів ГВРС (застуди) на рік.

Рецидивний ГРС визначається в разі розвитку ≥4 епізодів на рік з інтервалами без симптомів. Кожен епізод має відповідати критеріям гострого післявірусного (або бактеріального) риносинуситу. За американськими рекомендаціями – бактеріального.

Вірусний риносинусит (або звичайна застуда) – це гострий риніт, спричинений респіраторними вірусами, такими як риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус грипу, коронавірус, вірус парагрипу, аденовірус та ентеровірус. При цьому на риновірус і коронавірус припадає приблизно 50% діагностики ГВРС у дорослих.

ГРС діагностують за гострим початком із розвитком типових симптомів, як-от: закладеність носа, виділення з носа, біль або тиснення в ділянці обличчя і погіршення нюху.

В умовах первинної медичної допомоги ГРС діагностують на підставі симптоматики без детального обстеження ЛОР-органів або візуалізації. ГРС визначають за наявності відповідних симптомів протягом 12 тижнів. Рекомендований метод оцінки тяжкості симптомів передбачає використання візуальної аналогової шкали (ВАШ), що має вигляд 10-сантиметрового відрізка, на якому пацієнт ставить оцінки від 1 до 10 (див. панель).

Симптоми ГРС неспецифічні, тому необхідно проводити диференційну діагностику з низкою інших станів, зокрема вірусною інфекцією ВДШ (ІВДШ), алергічним ринітом (АР), захворюваннями зубошелепної системи, рідкісними спадковими хворобами, синдромом болю в ділянці обличчя, васкулітом, гострим інвазивним грибковим риносинуситом, назальною ліквореєю.

Продовження на стор. 8.

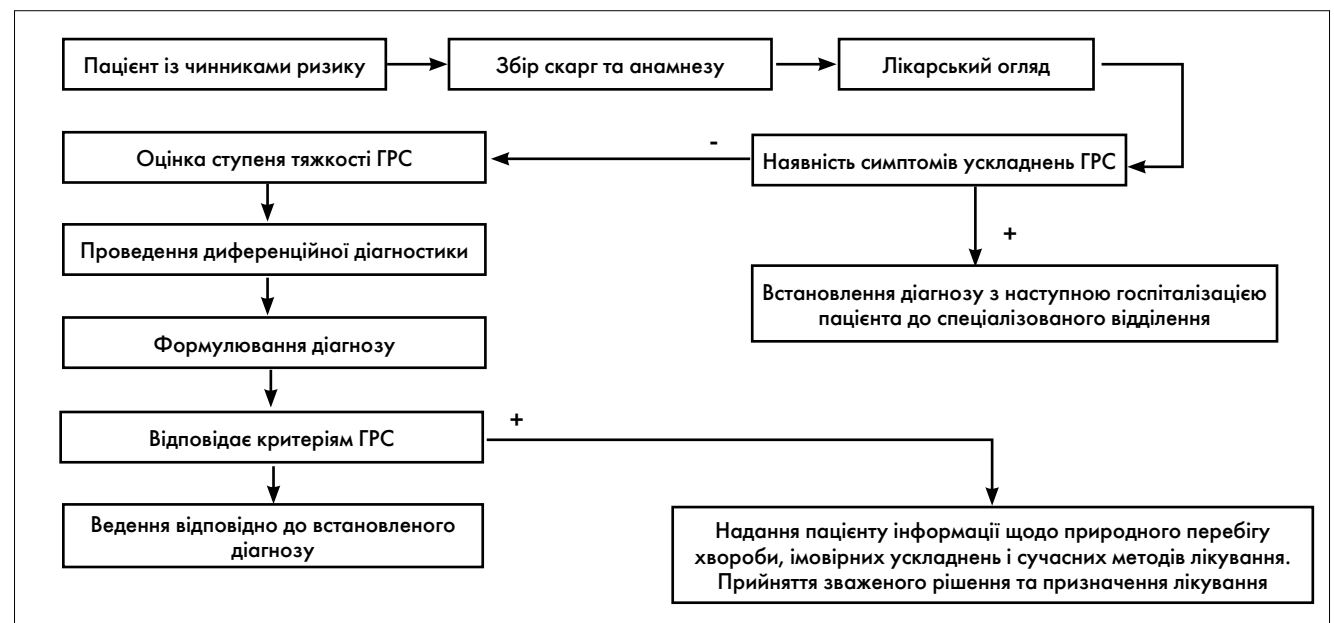


Рис. 1. Алгоритм первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС

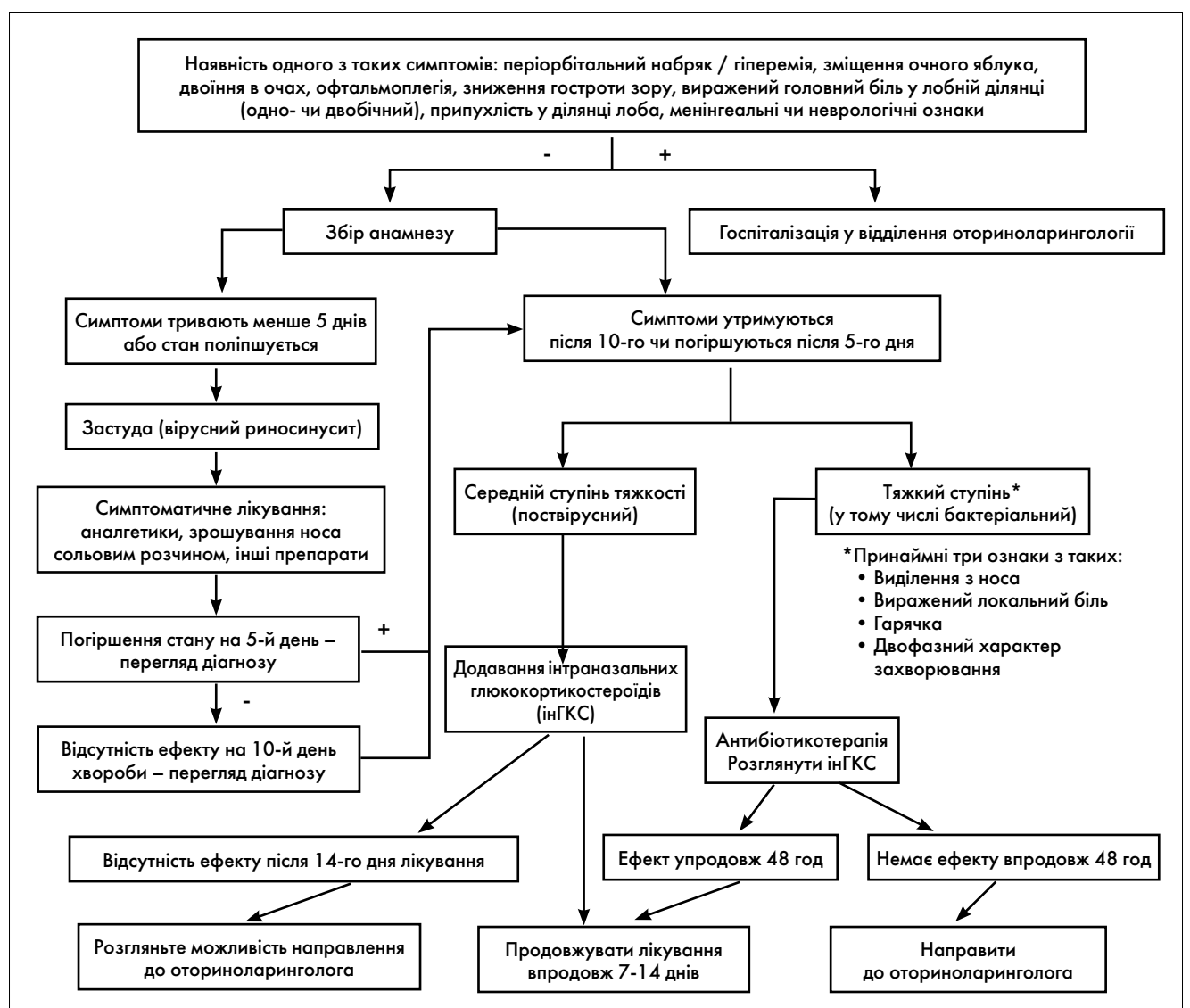


Рис. 2. Алгоритм ведення дорослих і дітей із ГРС лікарями, які надають первинну медичну допомогу

Гострий риносинусит

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 7.

Панель 1

Візуальна аналогова шкала оцінки тяжкості хвороби в дорослих (від 18 років)

10 см

Не завдає труднощів

Завдає неймовірних труднощів

Для оцінки загального ступеня тяжкості за ВАШ (відрізок 10 см) пацієнта просять указати на шкалі суб'єктивне відчуття того, наскільки симптоми риносинуситу завдають йому труднощів. Пацієнту пояснюють, що початок відрізка (ліворуч) відповідає гарному, а кінець (праворуч) – найгіршому стану. При цьому пацієнт не має знати шкалу інтерпретації тяжкості. Після того як пацієнт зробив оцінку свого стану, лікар проводить інтерпретацію самооцінки ступеня тяжкості: легкий (0-3 см), помірний (3-7 см) і тяжкий (7-10 см). Оцінка за ВАШ >5 см впливає на якість життя пацієнта.

Необхідні дії

Обов'язкові

У пацієнта з ознаками гострої респіраторної інфекції проводять оцінку відповідності клінічної картини критеріям ГРС, та за результатами оцінки призначають необхідні обстеження, наведені на рисунку 1.

Пацієнти з тривалістю епізоду ГРС >4 тиж мають отримати консультацію лікаря-отоларинголога /лікаря – отоларинголога дитячого для виключення супутньої патології.

Пацієнти з рецидивним ГРС мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога / лікаря-отоларинголога дитячого для виключення анатомічних аномалій внутрішньоносових структур.

Пацієнтам із ГРС, яким антибактеріальна терапія призначається більш як 3 рази протягом року, мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога / лікаря-отоларинголога дитячого для проведення забору біологічного матеріалу для мікробіологічного дослідження з метою проведення диференційної діагностики з одонтогенною інфекцією, імунодефіцитним станом або виключення патології інших органів.

Лікування

Положення протоколу. ГРС є захворюванням, при якому одужання в більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії; деякі випадки ГРС потребують патогенетичного та симптоматичного фармакологічного лікування. Інколи ГРС трансформується в бактеріальний ГРС (ГБРС) і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

У разі виявлення тривожних ознак, що можуть вказувати на наявність супутньої патології, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень, лікування призначає лікар-отоларинголог / лікар – отоларинголог дитячий.

Обґрунтування. Щодо симптоматичного лікування ГРС, є дані про недоцільність застосування інГКС для полегшення симптомів звичайної застуди, тобто ГВРС. Їх можуть призначати, коли зменшення симптомів гострого післявірусного риносинуситу вважається необхідним. Антигістамінні препарати (АГП) виявляють обмежений короткостроковий (1-й і 2-й дні захворювання) позитивний вплив на вираженість загальних симптомів у дорослих, але не в середньо- і довгостроковій перспективі. Багаторазові дози деконгестантів можуть чинити незначний позитивний вплив на суб'єктивні показники закладеності носа в дорослих зі звичайною застудою (ГВРС). Назальне зрошення сольовим розчином, можливо, має переваги в полегшенні симптомів гострих ІВДШ. Крім того, відомо, що парацетамол може сприяти полегшенню закладеності носа та ринореї, але не деяких інших симптомів застуди (у тому числі болю у горлі, загального нездужання, чхання і кашлю). Інші нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) можуть допомогти послабити дискомфорт або біль, спричинені звичайною застудою. Застосування комбінації АГП, анальгетиків і деконгестантів має загальну перевагу в зменшенні симптомів захворювання в дорослих і дітей старшого віку.

Рутинне застосування антибіотиків при ГВРС не рекомендується, оскільки відсутні докази їхньої користі в разі

звичайної застуди, до того ж вони спричиняють значні побічні ефекти, якщо їх призначають у разі вірусної етіології захворювання. Антибіотики ефективні в пацієнтів із симптомами та ознаками, які вказують на ГБРС.

Регулярні фізичні вправи середньої інтенсивності можуть позитивно впливати на профілактику звичайної застуди.

Необхідні дії

Обов'язкові

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС здійснюють за необхідності, відповідно до наявної клінічної картини і стану пацієнта, призначають такі лікарські засоби: анальгетики, НПЗП, сольові розчини для інтраназального застосування, деконгестанти, інГКС, препарати комплексної дії.

Антибіотикотерапію призначають емпірично тим пацієнтам, які відповідають критеріям ГБРС, або з тяжким перебігом хвороби.

Призначення антибактеріальних лікарських засобів здійснюють згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Пацієнту необхідно надавати інформацію щодо ГРС, хронічного РС (ХРС), алергічних захворювань і негативних наслідків, до яких може призвести неналежне лікування, необхідності уникання або зменшення впливу чинників ризику, що сприяють розвитку ГРС, на основі інформації для пацієнта.

Спеціалізована медична допомога

Діагностика

Положення протоколу. Діагноз ГРС встановлюють на підставі клінічних даних, анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних об'єктивного обстеження ЛОР-органів, диференційної діагностики, з урахуванням суб'єктивної оцінки тяжкості хвороби самим пацієнтом згідно з алгоритмом (рис. 3).

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на супутню патологію, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування, пацієнт має бути скерований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу.

У пацієнтів із рецидивним ГРС потрібно брати до уваги наявність анатомічних аномалій латеральної та медіальної стінок порожнини носа, обтурації хоан аденоїдною тканиною або можливих одонтогенних джерел інфекції. У клінічно складних випадках, у разі рецидивних і нетипових ГРС, ускладнень діагностика потребує проведення додаткових обстежень.

Обґрунтування. Вірусний РС (або звичайна застуда) – це запалення слизової оболонки носа та навколососових пазух, спричинене респіраторними вірусами, такими як риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус грипу, коронавірус, вірус парагрипу, аденовірус та ентеровірус. При цьому на риновірус і коронавірус припадає приблизно 50% випадків встановлення діагнозу ГВРС у дорослих.

ГРС діагностують за гострим початком типових симптомів, таких як закладеність носа, виділення з носа, біль або тиснення в ділянці обличчя і погіршення нюху. Рекомендований метод оцінки тяжкості симптомів передбачає використання ВАШ, що має вигляд 10-сантиметрового відрізка, на якому пацієнт виставляє оцінки від 1 до 10 (див. панель).

Симптоми ГРС неспецифічні та можуть перекриватися низкою інших станів, від яких його треба відрізнити: ІВДШ, АР, захворюваннями зубощелепної системи, рідкісними спадковими хворобами, синдромом болю в ділянці обличчя, васкулітом, гострим інвазивним грибковим РС, назальною ліквореєю.

ГБРС є поширеним у відділеннях інтенсивної терапії (чинниками ризику стають назогастральні зонди, механічна вентиляція, ушкодження імунних механізмів і положення лежачи), інфекція може вражати декілька пазух, і для підтвердження діагнозу та визначення лікування може знадобитися проведення КТ, а пункція пазухи може надати важливу діагностичну мікробіологічну інформацію.

Пацієнти зі зниженим імунітетом схильні до ускладнень ГБРС та потребують детальнішої діагностики; грибковий РС є серйозною хворобою з високими показниками летальності та частоти ускладнень, що потребує швидкого встановлення діагнозу та лікування, яке може передбачати

радикальну хірургію або функціональну ендоскопічну синус-хірургію (ФЕСХ), діагноз зазвичай є гістопатологічним, тому в разі сумнівів доцільними є ранні ендоскопічні дослідження з відкритою біопсією.

Необхідні дії

Обов'язкові

У пацієнта з ознаками гострої респіраторної інфекції лікар проводить оцінку на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГРС та обстежує відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС (див. рис. 1).

У пацієнта, направленого лікарем загальної практики – сімейним лікарем із діагнозом рецидивний ГРС, проводять оцінку щодо наявності анатомічних порушень, які створюють сприятливі умови для рецидивів. З пацієнтом обговорюють можливі шляхи усунення таких чинників, на підставі чого приймають зважене рішення.

Направленим лікарем загальної практики – сімейним лікарем пацієнтам, яким антибактеріальну терапію призначають більш як 3 рази протягом року, проводять диференційну діагностику з одонтогенною інфекцією, імунодефіцитним станом або виключення патології інших органів.

Діагностичні заходи охоплюють: збір скарг, збір анамнезу захворювання, спеціальне фізикальне ЛОР-обстеження, мікробіологічне дослідження зразка біологічного матеріалу (за відсутності результату дослідження), диференційний діагноз.

У клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових ГРС, за наявності ускладнень відповідно до клінічної ситуації проводять додаткові обстеження, необхідні для встановлення діагнозу.

Додаткові методи обстеження: радіологічні (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ – рентгеномографія принососових пазух), визначення рівня С-реактивного білка, ШОЕ, оцінка прохідності носових шляхів, оцінка функції нюху.

Під час лікування в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, необхідно виявити осередок хронічного запалення і, за його наявності, призначити відповідне лікування.

Лікування

Положення протоколу. ГРС є захворюванням, при якому одужання в більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії; деякі випадки ГРС потребують патогенетичного та симптоматичного лікування. Інколи ГРС трансформується в бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

Лікування клінічно складних випадків, рецидивних і нетипових риносинуситів або ускладнень передбачає комплексний підхід з урахуванням тяжкості стану та супутньої патології, яка впливає на носове дихання.

Обґрунтування. Щодо симптоматичного лікування ГРС, є дані про недоцільність застосування інГКС для полегшення симптомів звичайної застуди; вони можуть призначатись, коли зменшення симптомів гострого післявірусного РС вважають необхідним. АГП виявляють обмежений короткостроковий (1-й і 2-й дні захворювання) позитивний вплив на вираженість загальних симптомів у дорослих, але не в середньо- і довгостроковій перспективі. Багаторазові дози деконгестантів можуть чинити незначний позитивний вплив на суб'єктивні показники закладеності носа в дорослих зі звичайною застудою. Назальне зрошення сольовим розчином, можливо, має переваги в полегшенні симптомів гострих ІВДШ. Крім того, відомо, що парацетамол може сприяти полегшенню закладеності носа та ринореї, але не інших симптомів застуди (у тому числі болю у горлі, загального нездужання, чхання і кашлю). НПЗП можуть допомогти послабити дискомфорт або біль, спричинені звичайною застудою. Деякі препарати комплексної дії показали свою ефективність при вірусному та післявірусному РС, застосування комбінації АГП, анальгетиків і деконгестантів мають деяку загальну перевагу в дорослих і дітей старшого віку.

Рутинне застосування антибіотиків при ГВРС не рекомендується, оскільки відсутні докази користі антибіотиків при звичайній застуді. Антибіотики ефективні в пацієнтів із симптомами та ознаками, які вказують на ГБРС. Бактеріальна інфекція може виникати при ГРС, але в більшості випадків антибіотики мало впливають на перебіг хвороби.

Регулярні фізичні вправи середньої інтенсивності можуть стати хорошою профілактикою звичайної застуди і бути корисними.

Необхідні дії

Обов'язкові

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС призначають за необхідності, відповідно до наявної клінічної картини і стану пацієнта шляхом призначення лікарських засобів: анальгетики, НПЗП, АГП, розчини натрію хлориду для інтраназального застосування, деконгестанти, фітопрепарати з доведеною ефективністю, інГКС.

Антибіотикотерапію призначають емпірично пацієнтам, які відповідають критеріям ГБРС, або з тяжким перебігом хвороби.

Антибактеріальні лікарські засоби призначають згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Неефективність емпіричної антибактеріальної терапії; тяжкий перебіг ГРС із загрозою виникнення ускладнень; наявність ускладнень, ГБРС у пацієнтів з імуносупресією є показаннями для пункції синусів.

Наявність у пацієнта ускладнень ГРС є показаннями до проведення хірургічних утручань, таких як функціональні ендоскопічні втручання на приносних пазухах, трепанопункція лобної пазухи, гайморо-фронтотомодосфенотомія.

За необхідності хірургічного лікування перевагу віддають малоінвазивним органозберігальним методикам.

Пацієнту необхідно надавати інформацію про ГРС, ХРС, алергічні захворювання та негативні наслідки, до яких може призвести неналежне лікування цих захворювань, необхідність уникнення або зменшення впливу чинників ризику, що сприяють розвитку ГРС, на основі інформації для пацієнта.

IV. Опис етапів медичної допомоги

Чинники ризику розвитку риносинуситів

Чинниками ризику є: активне та пасивне куріння; вдихання подразнювальних речовин; порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносних

пазух (викривлення носової перегородки, атрезія хоан, аденоїдні вегетації, гіпоплазія синусів, пухлини, сторонні тіла, бульозна деформація середньої носової раковини), захворювання, пов'язані з порушенням мукоциліарного кліренсу; ІВДШ, імунодефіцити, муковісцидоз, атопія, АР, БА, одонтогенні інфекції, стоматологічні втручання, аномальна вологість повітря в приміщенні, зміни клімату, психічні розлади, тривога і депресія.

Діагностика

ГРС діагностують на підставі гострої появи типових симптомів, до яких належать закладеність носа, виділення з порожнини носа, біль або тиснення у ділянці обличчя, зниження або втрата нюху.

Оцінка має враховувати загальну клінічну картину (табл.).

Скарги

Основними скаргами є: закладеність носа; виділення з порожнини носа чи постназальне затікання; відчуття тиснення, переповнення та болю в ділянці проекції пазухи; загальна слабкість; зниження чи втрата нюху; відчуття закладеності у вухах; зубний біль, що віддає у верхню щелепу; біль у горлі.

Збір анамнезу захворювання

В анамнезі захворювання має бути така інформація: чи мають місце постійні виділення з носа (чи кашель) і впродовж якого часу; чи був зазначений двофазний характер захворювання – початок захворювання з ІВДШ, потім поліпшення стану з наступним погіршенням (виділення з порожнини носа, кашель чи гарячка); наявність тяжких симптомів, як-от гарячка $\geq 38^{\circ}\text{C}$ та гнійні виділення з порожнини носа більш як 3 дні поспіль; дані щодо перенесених травм, ІВДШ, алергії (АР), БА, імунодефіцитів; куріння і пасивного куріння.

Іншими ознаками є: гнійні виділення з порожнини носа; наявність гнійного секрету в порожнині носа; слабка відповідь на деконгестанти та АГП; односторонній біль над проекцією пазухи.

Про те, що це може бути ГБРС, свідчать: односторонній біль у ділянці обличчя та зубний біль у проекції верхньої щелепи, поєднання односторонніх виділень із порожнини носа з болем (переважно з одного боку) (табл.).

Фізикальне обстеження

Обов'язковий огляд охоплює: обстеження та пальпацію щелепно-лицевої зони, огляд ротоглотки та зубів, за можливості – передню риноскопію.

Гарячка не має діагностичного значення, але температура тіла $>38^{\circ}\text{C}$ може вказувати на тяжкість хвороби та необхідність проведення активнішого лікування.

До типових симптомів та ознак ГРС належать: закладеність носа; виділення (гнійні виділення не є ознакою ГБРС, оскільки спостерігаються і при ГВРС) з порожнини носа; біль чи тиснення в ділянці обличчя; зниження чи втрата нюху. Іншими симптомами можуть також бути: набряк і гіперемія слизової оболонки порожнини носа чи набряк тканин над залученою пазухою; наявність носового слизу чи гною, що стікає по задній стінці глотки; кашель, гугнявість; підвищена больова чутливість (під час пальпації) над проекцією пазух чи підвищена больова чутливість щокви чи верхніх зубів (при перкусії); ознаки залучення підшкірної клітковини в ділянці орбіти, екзофтальм чи порушення очорухових функцій; ригідність потиличних м'язів; неприємний запах із рота; гарячка (не є діагностичною ознакою).

На користь ГРС (як у дорослих, так і в дітей) можуть свідчити (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) риноскопичні (у тому числі ендоскопічні) дані: слизово-гнійні виділення (переважно із середнього носового ходу) і/або набряк чи обструкція носового ходу слизом (переважно середнього). Окрім того, про цю патологію (як у дорослих, так і в дітей) можуть свідчити (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) зміни на КТ: зміни слизової оболонки в остеомаєтальному комплексі (ОМК) і/або пазухах.

Рецидивний ГРС в анамнезі (у дорослих) не є ознакою бактеріальної етіології ГРС.

Додаткові методи обстеження

Додаткові методи обстеження потрібно розглядати в клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових риносинуситах, ускладненнях, зокрема у виділеннях реанімації та інтенсивної терапії (чинниками ризику є назогастральні зонди, штучна вентиляція легень, пошкодження імунних механізмів і положення лежачи). До цих методів належать: бактеріологічне обстеження (мазки, змиви, аспірат), радіологічні методи обстеження (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ – рентгеномографія приносних пазух), визначення рівня С-реактивного білка, ШОЕ, оцінка прохідності носових шляхів (проба з ваткою; за можливості – проведення ринопневмоманометрії), оцінка функції нюху. Рівень С-реактивного білка $>10\text{ мг/л}$ та ШОЕ $>10\text{ мм/год}$ свідчать на користь гострого бактеріального синуситу.

Симптоми ускладнень гострого риносинуситу

За наявності ознак ускладнень ГРС пацієнта впродовж 3 год направляють/госпіталізують до відділення оториноларингології. До цих симптомів належать: періорбітальний набряк чи гіперемія, екзофтальм, двоїння в очах, офтальмоплегія, зниження гостроти зору, виражений одно- чи двобічний головний біль, набряк м'язів тканин обличчя, менінгеальні ознаки, неврологічна симптоматика, втрата свідомості.

Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу ГРС визначає лікар відповідно до клінічної картини та результатів обстеження пацієнта.

Ступінь тяжкості будь-якого із симптомів ГРС чи загального стану в дорослого пацієнта, у ситуаціях, коли пацієнт не погоджується з оцінкою ступеня тяжкості, визначеною лікарем, оцінює сам пацієнт за допомогою одного з методів: ВАШ (відрізок 10 см) або оцінюючи свій симптом як «відсутній», «легкий», «помірний» чи «тяжкий».

Обтяжуючими симптомами в дітей, що свідчать про тяжкість захворювання, є: респіраторний дистрес-синдром (має симптоми обструкції ВДШ, утруднене ковтання, вдихання стороннього тіла в анамнезі), психічні розлади (втрата апетиту, порушення свідомості); знижений діурез чи наявність блювання, що призводить до дегідратації; головний біль чи ригідність потиличних м'язів, що може вказувати на менінгіт; висип; біль у горлі >5 днів поспіль; симптоматика коклюшу.

Продовження на стор. 11.

Таблиця. Клінічні критерії діагностики

| Термін | Визначення | Симптоми/ознаки | | Тривалість хвороби |
|--|---|--|---|---------------------------|
| | | Великі (основні) симптоми | Малі (додаткові) симптоми | |
| ГРС* (у дорослих) | Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких великий | Закладеність / обструкція носа | Біль і/або відчуття тиснення в проекції приносних пазух | До 4 (12) тиж |
| | | Виділення з носа (переднє або заднє затікання) | Зниження або втрата нюху | |
| | | Великі (основні) симптоми | Малі (додаткові) симптоми | |
| ГРС†* (у дітей) | Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких великий | Закладеність / обструкція носа | Біль в проекції пазухи, головний біль | До 4 (12) тиж |
| | | Виділення з носа (переднє або заднє затікання) | Кашель | |
| ГВРС (у дорослих і дітей) | ГРС тривалістю до 10 днів, за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання | Дивись ГРС | | До 10 днів |
| Гострий поствірусний РС (у дорослих і дітей) | Погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання або стійкість симптомів після 10-го дня від початку захворювання | Дивись ГРС | | Від 5 (10) днів до 12 тиж |
| ГБРС | Діагностують за наявності щонайменше трьох із таких симптомів/ознак | Виділення з порожнини носа (переважно з одного боку) і одночасна наявність слизових чи гнійних виділень у носовій порожнині (при риноскопії) | | До 12 тиж |
| ГБРС | Діагностують за наявності щонайменше трьох із таких симптомів/ознак | Значний локальний біль (переважно односторонній) | | До 12 тиж До 12 тиж |
| | | Гарячка ($>38^{\circ}\text{C}$) | | |
| | | Підвищення ШОЕ / рівня С-реактивного білка** | | |
| | | Двофазність захворювання (погіршення після першої, легшої, фази захворювання) | | |
| Гострий рецидивний РС | Наявність щонайменше чотирьох задокументованих епізодів ГРС, за умови, що кожний із цих епізодів тривав не менш ніж 7 днів | Дивись ГРС | | До 12 тиж |
| | | Дивись ГРС | | |

Примітки. * – якщо епізод ГРС триває довше чотирьох тижнів, лікар повинен усвідомлювати, що має справу з нетиповим перебігом хвороби, тому спрямовує свої зусилля на пошук імовірної фонові причини такого перебігу хвороби (наприклад, порушення архітектоніки носової порожнини та приносних пазух, захворювання лімфатичного глоткового кільця, одонтогенні процеси, імунодефіцитні стани, метаболічні хвороби тощо); ** – ці лабораторні тести проводять лише у клінічно складних випадках, у разі рецидивних або нетипових риносинуситів, ускладнень.



АМОКСИЛ АМОКСИЛ-К ПРОФЕСІЙНИЙ ВИБІР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ



АМОКСИЛ-К 1000. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. 1 таблетка містить амоксициліну (у формі амоксициліну тригідрату) 875 мг, клавуланової кислоти (у формі калію клавуланату) 125 мг. **АМОКСИЛ-К 625.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. 1 таблетка містить амоксициліну тригідрату у перерахуванні на амоксицилін 500 мг та суміш калію клавуланату і мікрокристалічної целюлози у співвідношенні (1:1) у перерахуванні на клавуланову кислоту 125 мг. **Показання¹.** Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими до препарату мікроорганізмами, таких як: гострий бактеріальний синусит; гострий середній отит; підтвержене загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; цистити; пієлонефрити; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. целюліти, укуси тварин, тяжкі дентоальвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеомієліти. **Протипоказання¹.** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів. Наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчутливості (в т.ч. анафілаксії), пов'язаних із застосуванням інших β-лактамних агентів (у т.ч. цефалоспоринів, карбапенемів або монобактамів). Наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату. **Побічні реакції¹.** Інфекції та інвазії: кандидоз шкіри та слизових оболонок. Кровоносна та лімфатична системи: оборотна лейкопенія, тромбоцитопенія, оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія. Імунна система: ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт. Нервова система: запаморочення, головний біль. Травний тракт: діарея, нудота, блювання. З боку гепатобілярної системи: помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ; гепатити та холестатична жовтяниця. Шкіра та підшкірні тканини: шкірні висипання, свербіж та кропив'янка, поліморфна еритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий екfolіативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустульоз. Нирки та сечовидільна система: інтерстиціальний нефрит, кристалурія.

АМОКСИЛ. Таблетки. 1 таблетка містить амоксициліну тригідрату, у перерахуванні на амоксицилін – 250 мг або 500 мг. **Показання.** Інфекції органів дихання, сечостатевої системи, травного тракту (у тому числі у комбінації з метронідазолом або кларитромцином застосовують для лікування захворювань, асоційованих із *Helicobacter pylori*), шкіри та м'яких тканин, спричинені чутливими до лікарського засобу мікроорганізмами. **Побічні реакції.** Інфекції та інвазії: тривале або повторне застосування препарату може призвести до розвитку суперінфекції і надмірного росту нечутливих мікроорганізмів або дріжджів, що спричиняють кандидоз шкіри та слизових оболонок. З боку системи крові: еозінофілія, гемолітична анемія, лейкопенія (включаючи важку нейтропенію та агранулоцитоз), тромбоцитопенія, панцитопенія, мієлосупресія, гранулоцитопенія, збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу. З боку імунної системи: тяжкі алергічні реакції, включаючи анафілаксію, ангіоневротичний набряк, набряк гортані, сироваткову хворобу, алергічний васкуліт, анафілактичний шок, енантема, гіперемія, лихоманка, реакція Яриша-Герксгеймера. З боку травного тракту: діарея, нудота, блювання. З боку гепатобілярної системи: дуже рідко – гепатит, холестатична жовтяниця, помірне і короточасне підвищення рівня печінкових ферментів (АСТ, АЛТ). З боку нирок та сечовидільної системи: гострий інтерстиціальний нефрит, кристалурія. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату та/або до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів. Наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчутливості (у т.ч. анафілаксії), пов'язаних із застосуванням інших β-лактамних агентів (у т.ч. цефалоспоринів, карбапенемів або монобактамів). Інфекційний мононуклеоз та лейкоїдні реакції лімфатичного типу. **Виробник:** АТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 139). **Категорія відпуску:** Відпускається за рецептом лікаря.

1. Вказані показання, протипоказання по побічні реакції відносяться до препаратів Амоксил-К 1000 та Амоксил-К 625.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в інструкціях для медичного застосування лікарських засобів Амоксил-К 1000; Амоксил-К 625; Амоксил. Інформація про лікарські засоби виключно для медичних, фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності. Р.П.: № UA/10915/01/01 необмежений з 20.08.2015 р.; № UA/15934/01/01 необмежений з 09.12.2021 р.; № UA/1081/01/01 необмежений з 26.04.2019 р.; № UA/1081/01/02 необмежений з 26.04.2019 р. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 05.03.2024 р.

Гострий риносинусит

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 7.

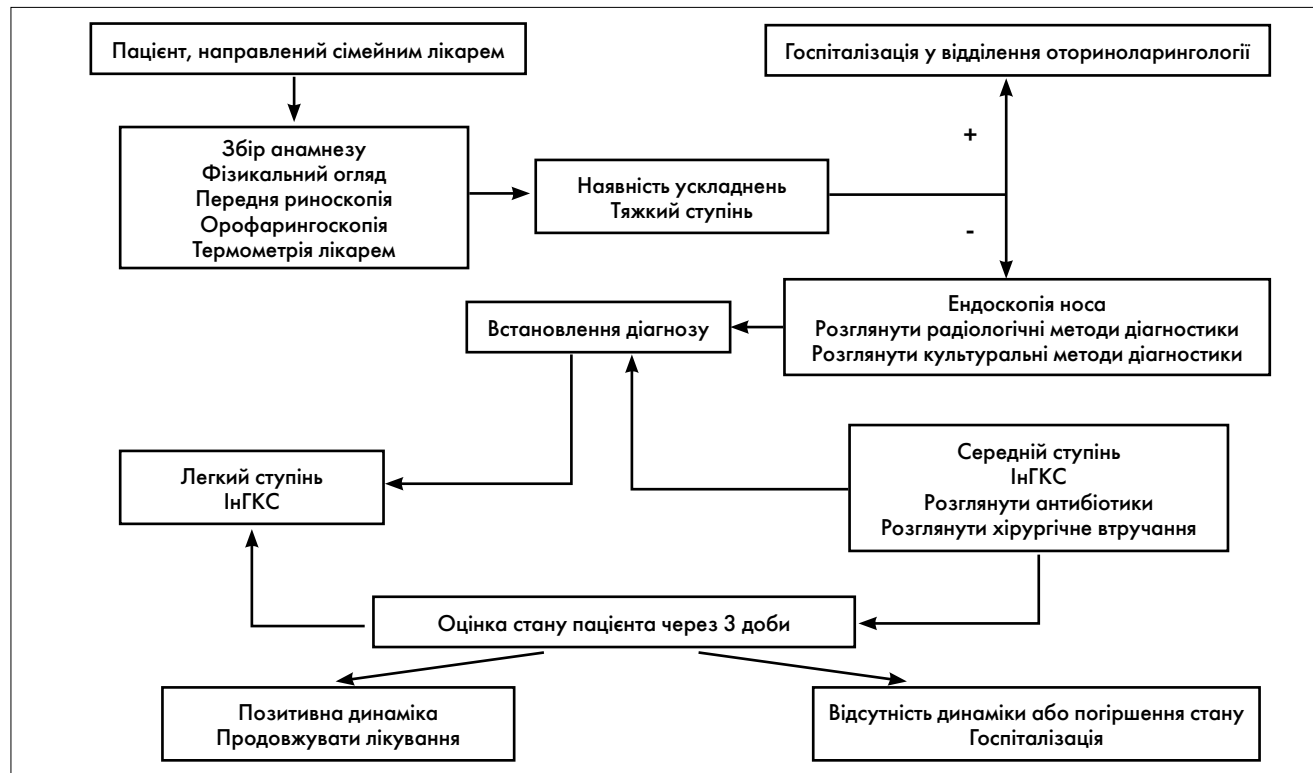


Рис. 3. Алгоритм амбулаторного ведення дорослих і дітей із ГРС оториноларингологом

Цю інформацію враховують під час встановлення діагнозу та прийняття рішення щодо тактики лікування.

Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводять із назофарингітом, аденоїдитом, АР, мігренню, наявністю сторонніх тіл у носовій порожнині, патологією зубів. У складних випадках треба проводити диференційну діагностику з рідкісними станами: ураження центральної нервової системи, патологія кісток черепа, синдром болю в ділянці обличчя, васкуліт, інвазивний грибковий синусит, назальна лікворея.

Деякі симптоми можуть вказувати на неінфекційний риніт, наприклад: свербіж у ділянці очей, носа, рота, піднебіння, вух; водянисті виділення з порожнини носа, чхання, закладеність носа, постназальне затікання слизу.

Лікування

Патогенетичне та симптоматичне лікування гострого риносинуситу

Використовують НПЗП, інтраназальні та пероральні ГКС, сольові розчини для носа, інші препарати; пероральні та топічні деконгестанти, препарати комплексної дії; антибіотикотерапія може бути використана в разі підтвердженої бактеріальної інфекції.

Антибактеріальні лікарські засоби

Антибіотикотерапію призначають емпірично тим пацієнтам, чий симптоми відповідають критеріям ГБРС.

Призначення антибактеріальних лікарських засобів із профілактичною метою за наявності в пацієнта тяжких супутніх хвороб, що супроводжуються

імунодефіцитними станами (наприклад, муковісцидоз), здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Хірургічне лікування

Показання для пункції синусів: неефективність емпіричної антибактеріальної терапії; тяжкий перебіг ГРС із загрозою виникнення ускладнень; наявність ускладнень, ГБРС у пацієнтів з імуносупресією; за неможливості проведення ФЕСХ у пацієнтів з ускладненнями.

Наявність у пацієнта ускладнень ГРС є показаннями до проведення хірургічних втручань, таких як дренаж функціональні ендоскопічні втручання на приносних пазухах, трепанопункція лобної пазухи, гайморо-фронтотомія.

Ускладнення ГРС

Ускладнення виникають украй рідко – приблизно 3 на 1 млн пацієнтів упродовж року. Це приблизно 1 на 12 тис випадків ГРС у дітей та 1 на 36 тис – у дорослих. Частота ускладнень не залежить від застосування антибіотиків. За частотою вони розподіляються таким чином: очні – 60-75%, внутрішньочерепні – 15-20%, кісткові – 5-10%.

Очні ускладнення: реактивний набряк та абсцес повік, набряк клітковини та флегмона очниці, субперіостальний та інтраорбітальний абсцес.

Внутрішньочерепні ускладнення: епідуральний або субдуральний абсцес, абсцес головного мозку, менінгіт, енцефаліт, тромбоз верхнього сагітального та кавернозного синусів.

До кісткових ускладнень належить остеомієліт кісток лицевого черепа.

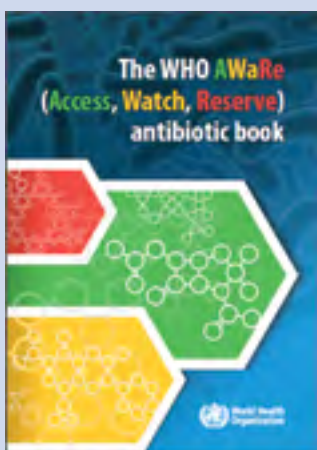
Дата перегляду протоколу: 2028 рік.

Подано у скороченні.

Текст адаптовано та уніфіковано відповідно до стандартів Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».

Електронна версія документа за посиланнями: <http://www.moz.gov.ua> та <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>

Призначення антибактеріальних препаратів при гострому риносинуситі відповідно до сучасного підходу протидії розвитку антибіотикорезистентності



Антибіотикорезистентність (АБР) визнано загрозою для глобального здоров'я, яка щороку спричиняє мільйони смертей в усьому світі. Невідповідне та надмірне використання антибіотиків (АБ) зумовлює підвищення стійкості мікробних збудників і негативно впливає на ефективність цих дуже важливих лікарських засобів. Завдяки Глобальному плану дій щодо АБР Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) працює над поліпшенням нагляду за резистентністю до протимікробних препаратів і скороченням нераціонального використання АБ.

Сьогодні всі національні системи охорони здоров'я відчувають потребу у високоякісних інформаційних джерелах задля поліпшення адекватного призначення АБ. Щоб задовольнити цю потребу, ВООЗ застосувала прагматичний підхід до розробки практичних рекомендацій з емпіричного використання АБП. Цей документ був опублікований 2022 року в книзі ВООЗ AWaRe (Access, Watch, Reserve), у рамках якої подано стислі, засновані на доказах рекомендації щодо вибору АБ, доз, шляхів введення та тривалості лікування понад 30 найпоширеніших клінічних інфекцій у дітей і дорослих на етапі як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги. Усі наведені в книзі рекомендації щодо антибіотикотерапії відповідають класифікації АБ ВООЗ AWaRe [1]. Нагадаємо, що у 2017 р. Комітет експертів ВООЗ з вибору та використання основних лікарських засобів представив медичній спільноті нову класифікацію АБ – AWaRe: групи Access (Доступ), Watch (Спостереження), Reserve (Резерв).

Група Доступу – Access: АБ, активні проти широкого спектра поширених чутливих патогенів, які також демонструють нижчий потенціал формування резистентності, ніж АБ інших груп. Вибрані АБ групи Access рекомендовані як основні препарати першого або другого вибору для емпіричного лікування.

Група Спостереження – Watch: АБ, які мають вищий потенціал формування резистентності. Ця група охоплює більшість найпріоритетніших засобів серед критично важливих протимікробних препаратів для медицини людини і/чи АБ, які мають відносно високий ризик резистентності. Вибрані АБ групи спостереження рекомендовані як основні варіанти емпіричного лікування першого або другого вибору для обмеженої кількості специфічних інфекцій.

Група Резерву – Reserve: АБ та класи АБ, які потрібно використовувати для лікування підтверджених або підозрюваних інфекцій, спричинених мультирезистентними мікроорганізмами. АБ резервної групи треба розглядати в останню чергу [2].

Представники класів АБ, які увійшли до груп нової класифікації, наведено в таблиці. Щодо лікування гострого риносинуситу відповідно до оновлених даних книги AWaRe (2022), то він може бути запідозрений за наявності симптомів протягом 10 днів

Таблиця. Класифікація АБ AWaRe*

| A (Access) Доступ | Wa (Watch) Спостереження | Re (Reserve) Резерв |
|---|--|---|
| Амоксицилін Амікацин Ампіцилін Амоксицилін-клавуланат Бензилпеніцилін Цефазолін Хлорамфенікол Кліндаміцин Клоксацин Доксіциклін Гентаміцин Метронідазол Нітрофурантоїн Феноксиметилпеніцилін Прокаїн пеніцилін Спектиномицин Сульфаметоксазол-триметоприм | Азитроміцин Цефдинір Цефіксим Цефтріаксон Цефотаксим Цефтазидим Цефуроксим Ванкоміцин (пероральний і внутрішньовенний) Ципрофлоксацин Меропенем Піперацилін-тазобактам | Фосфоміцин внутрішньовенний Лінезолід Колістин Поліміксин В Цефтазидим-авібактам Меропенем-ваборбактам Плазоміцин |

Примітка. * – детальніше в Стандарті медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів із лікувальною та профілактичною метою» (додаток №3), Наказ МОЗ України від 23.08.2023 р. №1513

без поліпшення або в разі значного погіршення симптомів після нетяжкого перебігу на початку. Відповідно, якщо постає питання про призначення антибактеріальної терапії, препаратом вибору є **амоксицилін**, який демонструє активність проти *Streptococcus pneumoniae* як до найбільш імовірного збудника гострого бактеріального синуситу і належить до групи А (Access) згідно з новою класифікацією АБ [3].

Література

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>
- <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/infekciyniy-kontrol/administruvannya-amp/aware>
- The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book, 2022, p. 61.

С.Г. Опімах, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення діагностики, терапії і клінічної фармакології захворювань легень ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Міжнародні дні респіраторного здоров'я: календар заходів на 2024 рік



С.Г. Опімах

Медичні інформаційні кампанії спрямовані на поширення важливих знань про охорону здоров'я серед населення. З урахуванням потреб і інтересів понад семи мільярдів людей у світі міжнародні організації шукають способи етичного обміну важливими відомостями, без упередженості та несправедливості. Обізнаність у сфері охорони здоров'я має вирішальне значення для кожного, оскільки хвороби та інфекції можуть вразити будь-кого в будь-який час. Таким чином, важливо поширювати відомості про охорону здоров'я за допомогою зрозумілих кожному усних, письмових і візуальних засобів. Ця інформація має сприяти соціальному здоров'ю і не містити дискримінаційного контенту. Заходи з підвищення обізнаності про здоров'я допомагають пацієнтам краще розуміти стан свого здоров'я, а також можливі варіанти та методи лікування. Кампанія з підвищення обізнаності відрізняється від маркетингу товарів для здоров'я, оскільки не спонукає купувати той чи інший продукт, а намагається сприяти свідомішому ставленню до свого здоров'я. Глобальні дні громадського здоров'я пропонують великі можливості для підвищення обізнаності та розуміння проблем здоров'я і мобілізації підтримки дій від місцевої громади до міжнародної спільноти.

Хронічна патологія органів дихання є однією з найпоширеніших неінфекційних захворювань в усьому світі, переважно через повсюдність шкідливого впливу довкілля, куріння і професійних чинників. Окрім хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальної астми (БА) хронічними хворобами органів дихання є інтерстиційні захворювання легень, саркоїдоз, пневмоконіоз, наприклад силікоз і азбестоз, і багато інших. На жаль, до хронічних захворювань органів дихання прикуто менше уваги громадськості, а на їх дослідження виділяють менше фінансування порівняно з іншими хворобами, такими як серцево-судинна патологія, рак, інсульт, діабет і хвороба Альцгеймера. Майже 545 млн людей у світі мають хронічні респіраторні захворювання, найпоширенішими з яких є ХОЗЛ (3,9% у загальній популяції) і БА (3,6%) [1]. Проблеми респіраторних захворювань стосуються як діагностики, так і лікування недуг. Наприклад, досліджували діагностичні помилки, що призводять до гіпердіагностики або гіподіагностики БА та ХОЗЛ лікарями загальної практики. Було показано, що частота помилок під час встановлення діагнозу астми варіювала від 54% гіподіагностики до 34% гіпердіагностики, тоді як для ХОЗЛ ці показники коливалися від 81% випадків гіподіагностики до 86,1% випадків гіпердіагностики [2]. Серйозними є і наслідки недостатньої прихильності до терапії у разі хронічних респіраторних захворювань, що, безсумнівно, впливає на результат лікування. Наприклад, поганий комплаєнс при лікуванні туберкульозу (ТБ) є дуже важливою медичною проблемою, тому що відсутність прихильності до лікування може спричинити серйозні проблеми зі здоров'ям людини та суспільства і, мабуть, є головною перешкодою для ліквідації ТБ. Подібним чином, важливий вплив на результати має погане дотримання призначеного лікування в разі БА. Ці наслідки можуть варіювати від посилення симптомів і порушення якості повсякденного життя до небезпечних для життя нападів і смерті [3].

Тому заходи з популяризації знань щодо респіраторного здоров'я є цікавими та корисними і для лікарів, і для пацієнтів та їх оточення. Щороку у світі проводять дні обізнаності з проблем БА, ХОЗЛ, ТБ, але є багато і більш загальних заходів, де висвітлюються теми, які безпосередньо стосуються здоров'я легень.

Січень

26 січня — Міжнародний день чистої енергії (The International Day of Clean Energy)



Зміна клімату становить серйозну загрозу для респіраторних пацієнтів унаслідок прямих і непрямих впливів, як-от підвищення температури та пов'язане з цим збільшення впливу озону, тривалі сезони наявності аероалергенів та поширення ареалів аероалергенів на нові райони, а також збільшення частоти екстремальних погодних явищ, таких як спека, посухи, лісові пожежі, вітрові та пилові бурі, сильні опади та повені. Непрямими впливами є стрес для суспільства, зумовлений міграцією, конфліктами та економічним навантаженням із несприятливими наслідками для систем охорони здоров'я, екосистем та освіти. Європейське респіраторне товариство (European Respiratory Society, ERS) визнає масштаб впливу зміни клімату на планету та здоров'я людини, який нині є незворотним, і закликає до термінових дій і повної підтримки політики щодо зміни клімату та зменшення забруднення повітря. Політика нульових викидів має бути основою стратегій пом'якшення наслідків зміни клімату, оскільки завдяки значним додатковим перевагам через зниження рівня забруднення повітря забезпечить швидке поліпшення здоров'я легень і запобігання новим респіраторним захворюванням. Нарешті, ERS закликає лікарів та інших медичних працівників бути «сразком для наслідування» та об'єднатися в цій важливій справі, щоб захистити нашу планету та здоров'я людей, які живуть на ній і залежать від неї [4].

Наука робить однозначний висновок: щоб обмежити зміну клімату, нам потрібно відмовитися від залежності від викопного палива та інвестувати в чисті, доступні та надійні альтернативні джерела енергії. Відновлювані джерела енергії доступні навколо нас у великій кількості, забезпечуються сонцем, вітром, водою, відходами та теплом із Землі, поповнюються природою, а їх використання майже не супроводжується викидом у повітря парникових газів чи забруднювальних речовин. Міжнародний день чистої енергії

26 січня є заклик до підвищення обізнаності і мобілізації дії для переходу до чистої енергії на благо людей і планети.

Лютий

1 лютого — Всесвітній день боротьби з аспергільозом (World Aspergillosis Day)



Аспергільоз — це група станів, спричинених цвіллю під назвою *Aspergillus*. Ця родина пліснявих грибів зазвичай вражає дихальну систему (дихальні шляхи, носові пазухи та легені), але може поширюватися будь-де в організмі пацієнтів з ослабленим імунітетом. Тяжкість аспергільозу визначається різними чинниками, але одним із найважливіших є стан імунної системи людини.

Типи захворювань, спричинених *Aspergillus*, різноманітні, починаючи від захворювань алергічного характеру до небезпечних для життя генералізованих інфекцій.

Розрізняють три форми аспергільозу (табл. 1) [5].

Таблиця 1. Клінічні форми аспергільозу

| Хронічні інфекції | Алергічні стани | Гострі інфекції |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Хронічний легеневий аспергільоз Кератит Отомікоз Онхіомікоз Синусит | <ul style="list-style-type: none"> Алергічний бронхолегеневий аспергільоз Тяжка астма з грибковою сенсibiliзацією Астма, асоційована з грибковою сенсibiliзацією Алергічний грибковий синусит | <ul style="list-style-type: none"> Гострі інфекції, такі як інвазивний аспергільоз, є небезпечними для життя та виникають у людей з ослабленою імунною системою Рідко люди з нормальною імунною системою хворіють на аспергільозну пневмонію |

29 лютого — День рідкісних захворювань (Rare Disease Day)

Найцікавішим днем здоров'я цього року можна визнати 29 лютого — день рідкісних захворювань, адже дата і суть події дуже пасують одне одному. День рідкісних захворювань відзначають щороку 28 лютого (або 29-го у високосні роки — найрідкісніший день у році). Це всесвітньо скоординований рух, присвячений рідкісним захворюванням,

метою якого є рівність соціальних можливостей, охорони здоров'я та доступу до діагностики й лікування для людей, які живуть із рідкісними захворюваннями.

Існує низка рідкісних захворювань, які називають орфанними (від англ. orphan — сирота). За різними епідеміологічними методиками, середній поріг визначення рідкісних захворювань коливається від 5 до 76 випадків на 100 тис осіб із середнім глобальним показником 40 випадків на 100 тис осіб [6]. В Європі рідкісне (орфанне) захворювання визначається як хвороба, яка вражає менш ніж одну людину на кожні 2 тис населення. Це начебто невелика цифра, але в Європі проживає 700 млн людей, тож одна «рідкісна» хвороба може вражати до 350 тис європейців. Є чимало рідкісних легеневих захворювань, тому на них страждають мільйони людей. Це актуальна проблема, оскільки багато орфанних захворювань є генетично зумовленими, серйозними та хронічними і часто можуть загрожувати життю. Ця патологія не є широко дослідженою, для неї здебільшого немає специфічного лікування, і вона може становити лише обмежений інтерес для вчених і лікарів. У США рідкісне захворювання визначається поширеністю менш ніж 1 випадок на 200 тис. населення. Існує приблизно 7 тис рідкісних захворювань, які вражають приблизно 25-30 млн жителів США, у 5-10% із цих людей діагностовано ураження легень. Незважаючи на останні наукові досягнення в розумінні патогенезу рідкісних захворювань легень і хворобомодифікувальної терапії, ці захворювання і в США, і в усьому світі залишаються важливою проблемою громадської



охорони здоров'я через високу захворюваність і смертність. Окрім трансплантації легень, від більшості рідкісних легневих захворювань немає ліків, а раннє розпізнавання захворювань залишається обмеженим [7].

День рідкісних захворювань, з моменту свого заснування у 2008 р., відіграє вирішальну роль у розбудові міжнародної спільноти рідкісних захворювань, яка є глобальною та різноманітною, але об'єднана однією метою. День рідкісних захворювань є рушійною силою та координаційним центром, який сприяє поширенню знань про рідкісні захворювання на місцевому, національному та міжнародному рівнях [8].

Про які стани згадують пульмонологи в цей день? Прикладами орфанних захворювань є первинна циліарна дискінезія, множинні кістозні захворювання легень та ідіопатична еозинофільна пневмонія, муковісцидоз і дефіцит альфа-1 антитрипсину, легневий васкуліт, синдром альвеолярних крововиливів, бронхіоліт, ідіопатична еозинофільна пневмонія, легневий альвеолярний протеїноз, ідіопатичні трахеопатії, торакальний ендометріоз і колапс легень (катаменіальний пневмоторакс) [9].

Березень

4 березня — Всесвітній день боротьби з ожирінням (World Obesity Day)



Ожиріння є значущою та все більш поширеною причиною порушення дихання. Цей стан негативно впливає на фізіологію дихання, спричиняє зменшення легневих об'ємів, обмеження повітряного потоку, підвищення реактивності дихальних шляхів і ризику розвитку легеневої гіпертензії, легеневої емболії, інфекцій дихальних шляхів, обструктивного апное сну та синдрому ожиріння/гіповентиляції. Фізіологічні зміни, зумовлені ожирінням, з часом призводять до гіпоксичної або гіперкапнічної дихальної недостатності [10]. Ожиріння негативно впливає на перебіг БА, що формує окремий фенотип захворювання з поганим контролем симптомів, частими загостреннями та недостатньою відповіддю на лікування [11].

Всесвітній день боротьби з ожирінням має на меті просування науково обґрунтованої політики щодо боротьби з ожирінням, профілактики, лікування, освіти та об'єднання зацікавлених сторін у боротьбі з ожирінням в усьому світі для формування лідерства та спроможності як на національному, так і на місцевому рівнях, моніторингу та стимулювання глобального прогресу [12].

15 березня — Всесвітній день сну (World Sleep Day)

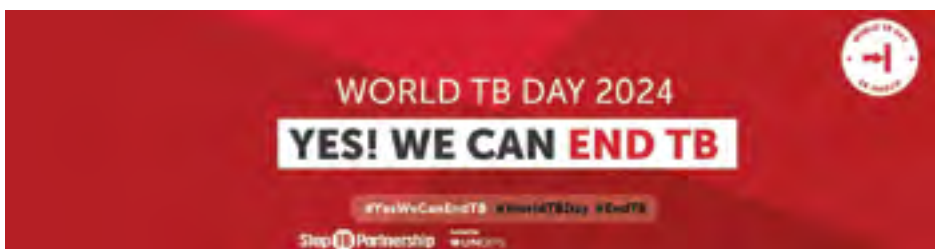
World Sleep Day
2024 Slogan!



Проблема сну є цікавою для респіраторної медицини темою. По-перше — патологію пов'язаних зі сном розладів дихання (порушення вентиляції під час сну аж до її припинення) поділяють на 5 основних груп: обструктивне апное сну, центральне апное сну, пов'язана зі сном гіповентиляція, пов'язана зі сном гіпоксемія та ізольовані симптоми і варіанти норми. При цьому центральне апное сну охоплює 8 нозологічних одиниць, а пов'язана зі сном гіповентиляція — 6 [13]. По-друге, зазначені дихальні розлади під час сну вкрай негативно впливають на перебіг легневих захворювань.

Сьогодні синдром обструктивного апное/гіпопное сну (СОАГС) визнано важливою, дуже поширеною супутньою патологією таких захворювань органів дихання, як ХОЗЛ, БА та інтерстиційні захворювання легень. Співіснування названих патологічних станів призводить до підвищеної захворюваності та смертності порівняно з наявністю одного основного розладу [14]. Невідповідність між науковими досягненнями і їх практичним впровадженням є основною проблемою, пов'язаною з дихальними розладами під час сну, в усьому світі. Всесвітній день сну — це можливість разом із тисячами інших спеціалістів сприяти здоровому сну.

24 березня — Всесвітній день боротьби з туберкульозом (World TB Day)



Всесвітній день боротьби з туберкульозом, який щороку відзначають 24 березня, покликаний привернути увагу громадськості до того, що сьогодні в більшості країн світу ТБ визнано епідемією, яка щороку стає причиною смерті майже 1,5 млн людей, переважно в країнах із низьким рівнем доходів. Дату 24 березня було обрано не випадково — саме 24 березня 1882 року доктор Роберт Кох вразив наукову спільноту, оголосивши, що він відкрив причину ТБ — туберкульозну бацилу. На момент заяви Коха ТБ лютував у Європі

та Америці, спричиняючи смерть кожної 7-ї людини. З відкриттям Коха розпочався шлях до діагностики й лікування ТБ. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) приділяє особливу увагу 11 дням і 2 тижням, які країни — члени ВООЗ визнали «офіційними» глобальними днями охорони здоров'я. Серед них є і Всесвітній день боротьби з туберкульозом. Поширення ТБ є світовою проблемою, і жодна нація не застрахована від неї. Сьогодні мережа організацій, партнерство «Зупинити туберкульоз» і країни, що борються з ТБ, організують Всесвітній день боротьби з туберкульозом, щоб висвітлити масштаби захворювання і способи його профілактики та лікування [15].

Квітень

13 квітня — Всесвітній день поширення інформації про саркоїдоз (World Sarcoidosis Awareness Day)

Щороку 13 квітня Всесвітній день поширення інформації про саркоїдоз привертає увагу до цього запального захворювання. Цей день також заохочує хворих на саркоїдоз підтримувати один одного та навчати інших, як жити з цим захворюванням. Хоча саркоїдоз вважають доволі рідкісною патологією, він уражає тисячі людей в усьому світі. У США налічують приблизно 200 тис осіб, в яких діагностовано саркоїдоз. У Великій Британії таких осіб приблизно 108 тисяч. Саркоїдоз характеризується утворенням в одному або кількох органах гранулом (крихітних скупчень запальних клітин). Коли імунна система перенапружена та утворюється занадто багато цих скупчень, вони можуть заважати структурі та функціонуванню органа. Якщо хронічне запалення не зупинити, воно здатне призвести до фіброзу, прогресуючого рубцювання тканини органа. Цей розлад уражає легені приблизно в 90% випадків, але може вражати практично будь-який орган тіла. Незважаючи на зростаючий прогрес у дослідженнях, саркоїдоз важко діагностувати, а можливості його лікування обмежені. Прояви захворювання та його тяжкість у різних пацієнтів сильно відрізняються. У деяких випадках захворювання проходить самостійно. В інших випадках хвороба може не прогресувати клінічно, але люди все одно страдатимуть від деяких симптомів, які погіршують якість їхнього життя. Решта пацієнтів (до третини осіб, в яких виявлено захворювання) потребуватимуть тривалого лікування. Саркоїдоз вважають хронічним, якщо хвороба залишається активною понад 2-5 років, у цій популяції саркоїдоз може бути виснажливим і загрожувати життю [16].



Травень

7 травня — Всесвітній день боротьби з астмою (World Asthma Day)



Всесвітній день боротьби з астмою — це щорічна подія, організована Глобальною ініціативою з боротьби з астмою (Global Initiative for Asthma, GINA), організацією, що була заснована в 1993 р. та співпрацює з ВООЗ. Всесвітній день боротьби з астмою проводять з 1998 року в перший вівторок травня з метою поліпшення обізнаності про астму та допомоги хворим в усьому світі. БА можна розглядати під різними кутами. З одного боку — це невиліковне захворювання. З іншого — астму можна лікувати та досягти контролю симптомів, запобігти її загостренню і зменшити ризик ускладнень. Щороку Всесвітній день боротьби з астмою зазвичай присвячується якійсь окремій темі. Темою Всесвітнього дня боротьби з астмою 2019 року було «STOP for asthma» («Зупинити астму»). Суть заходу відображена в аббревіатурі STOP, де S означає Symptom evaluation (оцінка симптомів), T — Test response (підтвердження за допомогою тестів), O — Observe and assess (спостереження і контроль), P — Proceed to adjust treatment (підбір оптимального лікування). У 2020 р. темою Всесвітнього дня боротьби з астмою було запобігання смертям унаслідок БА — «Enough Asthma Deaths» («Досить смертей від астми»), адже сьогодні на астму страждає майже 340 млн світової популяції, щороку 420 тис хворих помирають від неї (а це понад тисячі осіб кожного дня). 2021 року Всесвітній день боротьби з астмою проходив під гаслом «Uncovering Asthma Misconceptions» («Розкриття помилкових уявлень про астму»), який закликав до дій та заходів з спростування поширених міфів і хибних уявлень щодо астми, які стають на заваді отриманню оптимальної користі від лікування БА [17]. 2022 року Всесвітній день боротьби з астмою було присвячено усуненню прогалин у лікуванні захворювання («Closing Gaps in Asthma Care»). У 2023 р. GINA обрала темою заходу «Asthma care for All» — «Лікування астми для всіх». Нині у світі існує невідповідність між поширеністю астми і рівнем надання медичної допомоги хворим. В економічно розвинених країнах досягнуто значних успіхів у лікуванні БА. Найбільший тягар захворюваності та смертності від БА припадає на країни з низьким

Продовження на стор. 14.

Міжнародні дні респіраторного здоров'я: календар заходів на 2024 рік

Продовження. Початок на стор. 12.

і середнім рівнем доходу. GINA прагне зменшити цей тягар, заохочуючи керівництво систем охорони здоров'я забезпечити хворим на БА доступ до ефективних ліків із гарантованою якістю [18].

13-19 травня — Тиждень поінформованості про харчову алергію (Food Allergy Awareness Week)



Харчова алергія вражає приблизно 2,5% від загального населення планети, але розкид даних про поширеність є широким і коливається від 1% до 10%. В останні десятиліття харчова алергія викликає все більше занепокоєння в населення, клініцистів і організаторів охорони здоров'я. Це ключовий компонент «атопічного маршу» — природної історії проявів алергічних захворювань, які часто прогресують від алергічної сенсibiliзації в ранньому дитинстві до atopічного дерматиту, харчової алергії, алергічного риніту

та астми. Незважаючи на різноманітність харчової алергії, вона вражає людей різного віку, раси / етнічної приналежності та соціально-економічних прошарків — і тому вона стала проблемою громадського здоров'я глобального значення. Тиждень поінформованості про харчову алергію надає унікальну можливість підвищити обізнаність щодо харчової алергії та анафілаксії, у тому числі з потенційно смертельними станами, і поділитися інформацією про те, що ми можемо зробити для поліпшення безпеки людей, які живуть із харчовою алергією [19].

31 травня — День боротьби з курінням (World No Tobacco Day)

Куріння тютюну є основною причиною смерті в Європейському союзі (ЄС), щороку від наслідків цієї шкідливої звички тут помирає майже 700 тис. людей. Приблизно 50% курців помирають передчасно, що призводить до втрати в середньому 14 років життя. В ЄС 13 млн людей мають хронічні захворювання, зумовлені курінням. Багато форм раку, серцево-судинних і респіраторних патологій пов'язані з курінням, яке спричиняє більше проблем, ніж алкоголь, наркотики, високий кров'яний тиск, надмірна вага чи високий рівень холестерину. Пасивне куріння становить значну небезпеку для здоров'я дітей і дорослих, які не палять, оскільки спричиняє надмірну кількість випадків синдрому раптової дитячої смерті, астми, інфекцій середнього вуха. Тому запобігання курінню залишається ключовим пріоритетом охорони здоров'я.



День боротьби з курінням є одним з 11 днів і 2 тижнів, які країни — члени ВООЗ визнали «офіційними» глобальними днями охорони здоров'я. Цей щорічний захід інформує громадськість про наслідки вживання тютюну, бізнес-практику тютюнових компаній, боротьбу ВООЗ з тютюновою епідемією, а також про те, що люди в усьому світі можуть зробити, щоб вимагати свого права на здоров'я і здоровий спосіб життя та захистити майбутні покоління. Держави — члени ВООЗ заснували Всесвітній день боротьби з курінням у 1987 р., щоб привернути увагу всього світу до тютюнової епідемії та спричинених нею смертей і хвороб, яким можна запобігти [20].

Червень

5-11 червня — Всесвітній тиждень поінформованості про алергію (World Allergy Awareness Week)



У 2005 р. вперше відзначали Всесвітній день боротьби з алергією. Після тривалих обговорень організатори дійшли висновку, що для досягнення всіх цілей Всесвітнього дня боротьби з алергією потрібно більше часу, тому в 2011 р. було засновано Всесвітній тиждень поширення інформації про алергію. Цьогоріч Всесвітній тиждень боротьби з алергією відбудеться 5-11 червня. Ця щорічна ініціатива Всесвітньої алергологічної організації (World Allergy Organization, WAO) разом з її товариствами-членами спрямована на підвищення обізнаності про алергічні захворювання та пов'язані з ними розлади,

підтримку навчання і надання ресурсів для діагностики, лікування та профілактики цих захворювань і БА, поширеність яких зростає в усьому світі. WAO заснувала ініціативу з баченням об'єднання лікарів, медичних педагогів, захисників пацієнтів, політиків, широкої громадськості та органів охорони здоров'я для комплексного підходу до задоволення потреб пацієнтів, які страждають на алергічні захворювання та астму, а також тих, хто за ними доглядає. WAO щороку надає ресурси щодо глобальної теми для своїх товариств-членів

Серпень

1 серпня — Всесвітній день боротьби з раком легень (World Lung Cancer Day)



За останнє століття рак легень став найчастішою причиною смерті чоловіків, а в деяких частинах світу й жінок (Північна Америка, Східна Азія, Північна Європа, Австралія та Нова Зеландія). У 2012 р. від раку легень померли понад 1,6 млн людей. Причинно-наслідковий зв'язок між курінням тютюну та розвитком раку легень було доведено в багатьох дослідженнях, як екологічних, так і клінічних. У глобальній перспективі можна побачити тенденцію до зростання споживання тютюну, за якою слідує тенденція до зростання смертності від раку легень, особливо в країнах, що розвиваються. У деяких більш економічно розвинених країнах, де тютюнова епідемія поширювалася з початку ХХ ст. і досягла піку в його середині, тенденція захворюваності на рак легень серед чоловічої популяції змінилась або вирівнялась. Незважаючи на прогнозоване подальше зниження захворюваності, абсолютна кількість смертей у цих країнах і далі зростатиме. В інших частинах світу тютюнова епідемія все ще набирає обертів, що призводить до стрімкого збільшення кількості нових випадків раку легень і смертей. Очікують, що до 2035 року кількість смертей від раку легень у світі зросте до 3 мільйонів. Цифри подвоються як серед чоловіків (з 1,1 млн в 2012 р. до 2,1 млн в 2035-му), так і серед жінок (з 0,5 млн до 0,9 млн відповідно). Збільшення абсолютної кількості смертей від раку легень у країнах із високим рівнем доходу здебільшого зумовлене старінням населення, а в менш економічно розвинених країнах — переважно курінням [22].

Починаючи з 2012 року Всесвітній день боротьби з раком легень відзначають щороку 1 серпня, щоб підвищити обізнаність щодо проблеми раку легень, особливо про необхідність збільшення фінансування досліджень. Прориви в дослідженнях за останнє десятиліття сприяли поліпшенню показникам виживаності, але цього недостатньо [23].

Вересень

8 вересня — Всесвітній день боротьби з муковісцидозом (World Cystic Fibrosis Day)

Муковісцидоз — аутосомно-рецесивне захворювання, що характеризується недостатністю підшлункової залози та хронічною ендобронхіальною інфекцією дихальних шляхів. Остання ознака призводить до формування бронхоектазів і, зрештою, до дихальної недостатності, яка є основною причиною смерті пацієнтів. Іншими ускладненнями є синусит, цукровий діабет, кишкова непрохідність, гепатобілярна хвороба, гіпонатріємічна дегідратація і безпліддя. Діагноз підтверджують за допомогою виявлення підвищеного вмісту хлоридів поту. Більшість випадків муковісцидозу виявляють під час скринінгу новонароджених. Ця хвороба обмежує діяльність пацієнта протягом усього життя, але організована мережа центрів лікування з мультидисциплінарним підходом, ініціативами щодо поліпшення якості та дослідженнями сприяла помітному збільшенню виживаності та розвитку програм лікування дорослих із муковісцидозом. За останні кілька років були розроблені ліки, безпосередньо націлені на основний дефект у разі муковісцидозу, і це має сприяти ще більшому подовженню тривалості життя хворих [24].



26 вересня — Всесвітній день поінформованості про мезотеліому (Mesothelioma Awareness Day)

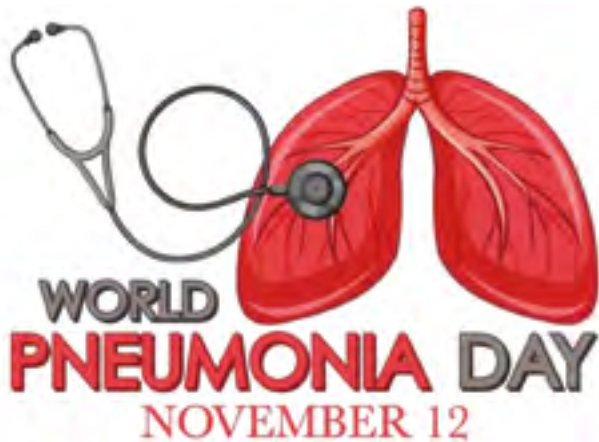


Злоякісна мезотеліома — це пухлина, яка походить із клітин (мезотелію), що вистилають плевральну та черевну порожнину, а також перикард та оболонки яєчка. Злоякісна мезотеліома плеври є найпоширенішою формою мезотеліоми. Вона переважно вражає осіб похилого віку, які зазнали професійного впливу азбесту. Гло-

бальні показники захворюваності та смертності невідомі, оскільки немає даних щодо країн, що розвиваються, які продовжують використовувати в будівництві велику кількість азбесту. Рівень захворюваності на мезотеліому знизився в Австралії, США і Західній Європі, де в 1970–80-х роках використання азбесту було заборонено або суворо регламентовано, що демонструє корисність цих профілактичних заходів. Однак загальна кількість смертей від мезотеліоми в цих країнах не зменшилась, оскільки збільшилася кількість населення та відсоток людей похилого віку. Нові імуногістохімічні та молекулярні маркери підвищили точність діагностики, однак приблизно від 14% (у країнах із високим рівнем доходу) до 50% (у країнах, що розвиваються) діагнозів мезотеліоми є неправильними, що призводить до неадекватного лікування та ускладнює епідеміологічні дослідження [25].

Листопад

12 листопада — Всесвітній день боротьби з пневмонією (World Pneumonia Day)



Пневмонія — це форма гострої респіраторної інфекції, яка вражає легені, ускладнюючи дихання та обмежуючи надходження кисню. Пневмонію в усьому світі справедливо називають справжнім убивцею дітей віком до 5 років: майже кожна 5-та дитяча смерть є наслідком пневмонії. Але це захворювання, якому можна запобігти за допомогою вакцин і в разі розвитку якого можна уникнути смерті завдяки лікуванню антибіотиками та поліпшенню якості санітарних умов. Організація Об'єднаних Націй (ООН) уперше відзначила Всесвітній день боротьби з пневмонією 12 листопада 2009 року.

Щороку Всесвітній день боротьби з пневмонією нагадує про те, що пневмонія може вразити будь-кого та будь-коли та є серйозною легеневою інфекційною хворобою, яка потенційно загрожує життю. Збудниками пневмонії є віруси, бактерії або грибки, які передаються від однієї людини до іншої. Найпоширенішим типом бактеріальної пневмонії є пневмококова пневмонія. У пацієнтів віком ≥ 65 років ризик бути госпіталізованими після пневмококової пневмонії в 13 разів вищий, ніж у дорослих віком від 18 до 49 років. У тяжких випадках пневмонія може призвести до смерті. Літні пацієнти і люди з ослабленою імунною системою або певними хронічними захворюваннями, як-от БА чи ХОЗЛ, особливо схильні до розвитку пневмонії. Фактично, у дорослих віком ≥ 65 років, які живуть із ХОЗЛ, ризик захворіти на пневмококову пневмонію у 7,7 раза, а у хворих на БА — у 5,9 раза вищий, ніж у здорових людей [26].

20 листопада — Всесвітній день боротьби проти ХОЗЛ (World COPD Awareness Day)



Хронічне обструктивне захворювання легень — це прогресуючий і виснажливий респіраторний стан, який до того ж є значущим медичним і фінансовим тягарем. Мільйони людей в усьому світі страждають на ХОЗЛ, що спричиняє значну захворюваність і смертність. Найбільш детальна інформація щодо поширеності, захворюваності та смертності надходить із країн із високим рівнем доходу, але 90% смертей, пов'язаних із ХОЗЛ, припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу. Куріння є основним чинником ризику розвитку ХОЗЛ, але є й інші, і їх необхідно визнати. Більшість випадків захворюваності та смертності, а також витрат на охорону здоров'я виникають через гострі стани при ХОЗЛ із відомим фенотипом пацієнтів, а саме «з частими загостреннями». Витрати на охорону здоров'я, зумовлені

ХОЗЛ, пов'язані не лише з лікуванням загострень, наприклад госпіталізацією, але й із витратами на медикаменти для підтримувальної терапії та амбулаторного лікування. ХОЗЛ пов'язують із багатьма супутніми захворюваннями, що зумовлює значний тягар захворювання [27].

Всесвітній день боротьби проти ХОЗЛ організовує глобальна ініціатива з ХОЗЛ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) у співпраці з медичними працівниками та групами пацієнтів із ХОЗЛ в усьому світі. Його мета — підвищити обізнаність, поділитися знаннями та обговорити шляхи зменшення тягаря ХОЗЛ. Щороку GOLD обирає тему та координує підготовку та розповсюдження матеріалів і ресурсів до Всесвітнього дня боротьби з ХОЗЛ. Заходи з нагоди Всесвітнього дня боротьби з ХОЗЛ організовують у кожній країні медичні працівники, освітяни та представники громадськості, які прагнуть допомогти вплинути на місцеве та світове бачення проблеми. Перший Всесвітній день боротьби з ХОЗЛ було проведено у 2002 році, і відтоді його щороку відзначають у більш як 50 країнах, що дає підстави вважати цей день одним із найважливіших у світі заходів для підвищення обізнаності та освіти щодо ХОЗЛ [28].

Грудень

1 грудня — Всесвітній день боротьби зі СНІДом (World AIDS Day)



Щороку 1 грудня світ відзначає Всесвітній день боротьби зі СНІДом. Люди з багатьох країн світу об'єднуються, щоб висловити підтримку тим, хто живе з ВІЛ і постраждали від нього, а також згадати тих, хто втратив життя через СНІД. Дефіцит фінансування, політичні та регуляторні перешкоди,

обмеження потенціалу і репресії проти громадянського суспільства та прав людини маргіналізованих спільнот перешкоджають розвитку послуг із профілактики та лікування ВІЛ-інфекції. Якщо ці перешкоди буде усунуто, організації під керівництвом громади зможуть дієвіше та активніше допомогти глобальній протидії ВІЛ, просунувшись до фіналу епідемії СНІДу [29].

ВІЛ-інфекція характеризується низькою легеневою ускладнень, які з появою антиретровірусної терапії (АРТ) стають менш поширеними. Інфекційним ускладненням ВІЛ є пневмонія, легенева інфекція залишається основною причиною госпіталізації ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Ризик пневмонії частково може бути пов'язаний із неповним охопленням АРТ навіть у регіонах із високим доступом до неї. У США до 14% ВІЛ-інфікованих не знають про свою інфекцію і в надто низького відсотка (30%) вдається досягти пригнічення вірусу. Навіть у добре пролікованих осіб легеневий імунітет не є повністю нормальним, що може призвести до підвищеного ризику пневмонії, незважаючи на відновлення кількості CD4-клітин. Таким чином, легенева інфекція продовжує загрозувати людям із групи ризику. Бактеріальна пневмонія, зумовлена типовими інфекційними мікроорганізмами (*S. pneumoniae*, *Haemophilus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* і *Klebsiella*), є найчастішою причиною інфекції нижніх дихальних шляхів у ВІЛ-інфікованих. До чинників ризику, як і очікувалося, належать низька кількість CD4-клітин, відсутність АРТ, а також куріння, вживання ін'єкційних наркотиків і хронічний інфекційний гепатит. Менш типові інфекції, які значною мірою зумовлені недостатністю клітинно-опосередкованого імунітету, продовжують виникати в пацієнтів із ВІЛ-інфекцією, особливо в тих, у кого вперше діагностовано СНІД, або в тих, у кого відсутній оптимальний вірусний контроль. Це пневмоцистна пневмонія, криптококоз та ендемічні мікози (*Histoplasma*, *Coccidioides* і *Blastomyces*), що можуть спричинити пневмонію в осіб із ВІЛ-інфекцією. Тяжкого перебігу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів набуває також і ТБ [30].

Злоякісні пухлини легень є основним джерелом захворюваності та смертності серед ВІЛ-інфікованих. Рак легень, не пов'язаний із ВІЛ-інфекцією (переважно недрібноклітинний рак легень), наразі є основною причиною смерті від раку серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Фактори, пов'язані з ВІЛ, здається, впливають на ризик раку легень і можуть негативно вплинути на лікування та наслідки захворювання. Зумовленими СНІДом злоякісними пухлинами легень є легенева саркома Капоші та легенева лімфома, обидві патології менш поширені завдяки широкому впровадженню АРТ [31].

У світі приділяють багато уваги питанням здоров'я органів дихання. Усі зазначені заходи не є вичерпними, адже ще багато подій так чи інакше стосуються різних аспектів легеневого захворювання. Що означають дні респіраторного здоров'я для працівників охорони здоров'я і для всіх нас взагалі? Те, що поруч із нами є люди, які не мають можливості вільно вдихнути на повні груди або втомилися від постійного надсадного кашлю. Хтось із них має недиагностовану астму, і достатньо одного лікарського засобу, щоб вони почувалися значно краще. Хтось пройшов багато обстежень, але таємниця його рідкісного захворювання не розкрита. Що можна зробити? Лікарі, звісно, займаються діагностикою, лікуванням і моніторингом хворих. А всі ми загалом можемо щоденно дбати про своє респіраторне здоров'я за допомогою принципів здорового способу життя і підтримувати тих, хто потребує нашої уваги і турботи.

Список літератури — у редакції.



Алерзин

левоцетиризин

ВІДЧУВАЙ БАРВИ ЖИТТЯ!

ПОКАЗАННЯ*

- Алергічний риніт
- Кропив'янка

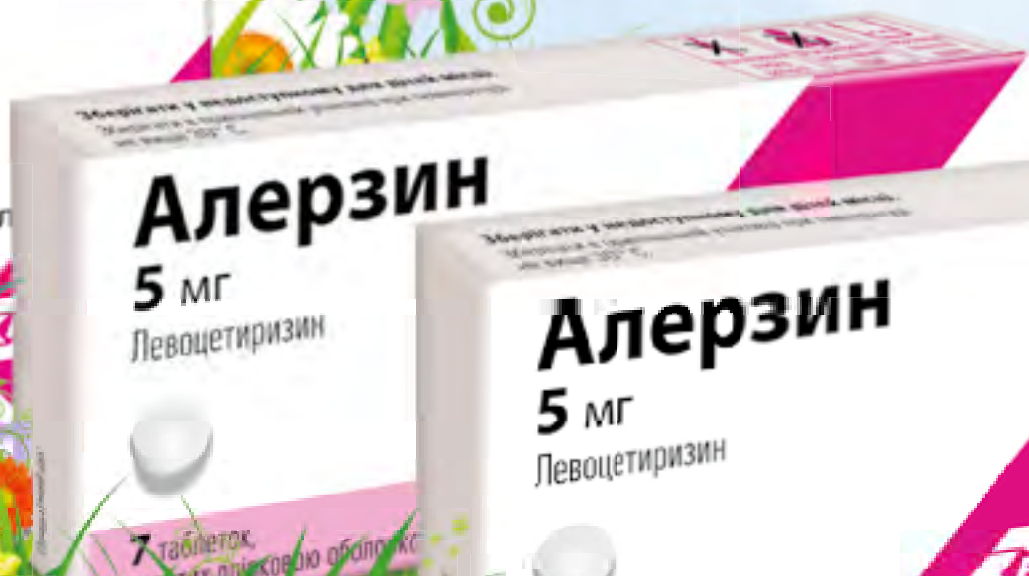
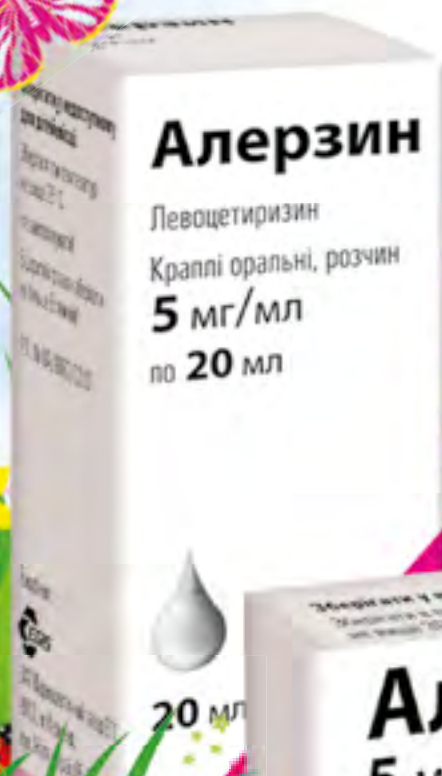
СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ*

Діти 2–6 років:

5 крапель (1,25 мг)
2 рази на добу

**Дорослі та діти
старші 6 років:**

20 крапель (5 мг) або
1 таблетка 1 раз на добу



*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин. Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01. Умови відпуску: без рецепта. Діюча речовина: левоцетиридину дигідрохлорид. Протипоказання. Підвищена чутливість до левоцетиридину або до будь-якої іншої складової даної лікарської форми, або до будь-яких похідних піперазину. Тяжка форма хронічної ниркової недостатності (кліренс креатиніну) < 10 мл/хв). Побічні реакції. Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно. Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Ефективність і безпека підвищення дозування антигістамінних препаратів II покоління в лікуванні неконтрольованої хронічної спонтанної кропив'янки

Хронічна кропив'янка (ХК) – це патологія, яка характеризується рецидивними нестійкими висипаннями з/без ангіоневротичного набряку, які виникають мало не щодня впродовж більш як 6 тиж [1]. Розрізняють два варіанти ХК – хронічна індуквана кропив'янка (ХІК), або фізична кропив'янка, зумовлена певними фізичними подразниками, такими як тиск, тепло або холод, і більш поширена хронічна спонтанна кропив'янка (ХСК), яка розвивається у 80-90% випадків і характеризується відсутністю відомих екзогенних чинників і причин [2]. На це захворювання страждає від 0,5 до 1% населення світу, переважно особи жіночої статі [3]. Повторні симптоми часто призводять до порушень сну та чинять виражений негативний вплив на якість життя (QoL) [4].

Ключові слова: хронічна спонтанна кропив'янка, антигістамінні препарати II покоління, підвищення дозування, ефективність, безпека, левоцетиризин.

Попри те що точний механізм розвитку ХСК залишається нез'ясованим, відомо, що в патогенез захворювання залучені опасті клітини і гістамін як основний медіатор запалення. Отже, антигістамінні препарати (АГП) є препаратами першої лінії терапії цього стану, а АГП II покоління (АГП II) рекомендовані завдяки мінімальним антихолінергічним і седативним властивостям, відсутності міжлікарської взаємодії, а також довшому періоду напіввиведення [1]. Однак майже в 60% пацієнтів за допомогою стандартної дозволеної дози АГП II не вдається досягти контролю захворювання (табл. 1) [3, 5]. У цій категорії пацієнтів відповідно до міжнародних рекомендацій із лікування ХК рекомендовано підвищення дози АГП II учетверо вище стандартної, з тривалістю очікування відповіді на призначення такої дози впродовж від 2 до 4 тиж [1, 6]. Необхідність такого режиму лікування потребує більше ретельного перегляду профілю безпеки високих доз АГП II, оскільки два з перших на ринку АГП II – астемізол і терфенадин – були вилучені з продажу через потенційну кардіотоксичність [7].

| sgAH | Максимально дозволена добова доза, мг |
|---------------|---------------------------------------|
| Левоцетиризин | 5 |
| Цетиризин | 10 |
| Фексофенадин | 180 |
| Дезлоратадин | 5 |
| Ебастин | 20 |
| Біластин | 20 |
| Рупатадин | 10 |

Ця стаття має на меті переглянути ефективність і профіль безпеки підвищених доз АГП II, базуючися на доказах, щоб сприяти раціональнішому їх використанню.

Методи дослідження

В рамках аналізу даних доказової бази, було проведено комплексний пошук літератури щодо підвищення дози АГП II у багатьох базах даних (PubMed, EMBASE, MEDLINE та Google scholar) за допомогою ключових слів (окремо і в комбінації) та елементів MeSH (Medical Subject Headings; медичні предметні рубрики), а також термінів, що не належать до MeSH, такі як «хронічна спонтанна кропив'янка», «хронічна ідіопатична кропив'янка» та «збільшення дози», «антигістамінні препарати другого покоління», «цетиризин», «фексофенадин», «левоцетиризин», «дезлоратадин», «ебастин», «біластин», «рупатадин». Використовували всі типи статей, крім тих, що не були опубліковані англійською мовою. Переліками використаної літератури послуговувалися для пошуку додаткових статей.

Дані за системою SORT (Strength of Recommendation Taxonomy; класифікація рівнів доказовості), розроблену редакторами журналів сімейної медицини та первинної медичної допомоги США (такими як American Family Physician, Family Medicine, Journal of Family Practice та British Medical Journal USA), оцінювали за трибальною шкалою на основі якості методології, а саме: рівень I – орієнтовані на пацієнта докази високої якості; рівень II – орієнтовані на пацієнта докази обмеженої якості; рівень III – інші докази, у тому числі консенсусні рекомендації, думки чи тематичні дослідження [9]. Клінічний рівень рекомендацій був розроблений на основі найкращих доступних доказів і класифікувався таким чином: А – рекомендація на основі послідовних доказів рівня I; В – рекомендація базується на послідовних

дослідженнях рівня 2 або 3 або екстраполяції досліджень рівня I; С – рекомендація на основі досліджень рівня 4 або екстраполяції досліджень рівня II або III; D – рівень доказів 5 або неопослідовні та непереконливі дослідження на будь-якому рівні [8]. Для клінічного застосування на основі консенсусу рівні рекомендацій можна розцінювати так: А – рекомендовано; В – може бути рекомендовано; С – може бути рекомендовано; D – може бути розглянуто.

Обговорення

Було проведено декілька досліджень з оцінки користі та профілю безпеки АГП II при застосуванні доз, вищих за рекомендовані, з різними результатами. У рамках цієї публікації зупинимося більш детально на такому представнику АГП II, як левоцетиризин. Отже, результати досліджень, що стосуються конкретно левоцетиризину, наведено в таблиці 2 [3, 10-21].

Ефективність і безпека левоцетиризину

Дехто з авторів зазначали поліпшення клінічної картини та якості життя на тлі застосування підвищеної дози левоцетиризину (до 4 разів, тобто 20 мг/добу) при послідовному призначенні пацієнтам, в яких не вдалося досягти контролю за допомогою стандартної дози препарату [16-18]. Sharma та співавт. повідомили, що в разі підвищення дози в 4 рази відсутність суттєвого поліпшення стану спостерігали лише в 30% пацієнтів [18].

Крім того, було встановлено, що левоцетиризин є ефективнішим ($p < 0,05$) у порівнянні з дезлоратадином у разі збільшення стандартної дози в 4 рази (20 мг/добу) [17]. Результати метааналізу і нещодавно проведеного систематичного огляду також підтвердили більшу ефективність вищих доз левоцетиризину [3, 12].

В усіх дослідженнях седативний ефект підвищених доз левоцетиризину був помірним і виявлявся лише в невеликого відсотка осіб. Staevska та співавт. повідомили про відсутність змін/зменшення седатії у 75% осіб, що, імовірно, пояснюється поліпшенням якості сну і бадьорості вдень, толерантністю до седативних властивостей препарату [17]. Безпеку з боку серцево-судинної системи було продемонстровано при збільшенні стандартної дози шестеро, при цьому не спостерігали будь-якого подовження інтервалу QT або розвитку аритмії [7].

Існує рекомендація ступеня А, згідно з якою рекомендовано підвищення дози левоцетиризину при рефрактерній ХСК. Згідно з низкою міжнародних рекомендацій із лікування ХК, дозу препарату можна безпечно збільшити в 4 рази (20 мг/добу) без розвитку будь-яких виражених побічних ефектів.

Підвищення дози в особливих групах пацієнтів

Донедавна не було даних літератури щодо застосування підвищених доз АГП II для лікування ХСК в особливих груп населення, таких як педіатричні хворі та пацієнти літнього віку. Однак нещодавно Gabrielli та співавт. і Sarita та співавт. задокументували ефективність і безпеку підвищених доз АГП II у дітей [35, 36].

Висновки

Хоча було проведено декілька досліджень із застосування підвищених доз АГП II при неконтрольованій ХСК, результати не є однозначними для різних препаратів. Щодо підвищення доз левоцетиризину, цетиризину, фексофенадину і біластину наявні рекомендації ступеня А, тоді як для дезлоратадину і ебастину – рекомендації ступеня В. Застосування високих доз, імовірно, чинить значний вплив на свербіж, але не на кількість пухирів [12]. Окрім підтримання контролю ХСК вказані препарати також поліпшують якість життя та сну в пацієнтів. Згідно з рекомендаціями дозу левоцетиризину і біластину дозволено безпечно підвищувати до 4 разів, а дозу фексофенадину – до 3 разів. Підвищення дози цетиризину може призвести до посилення дозозалежної седатії. Застосування жодного препарату, навіть у високих дозах, не пов'язане із системними ускладненнями, у тому числі з кардіотоксичністю.

Статистичної різниці в частоті розвитку небажаних ефектів і седатії в разі прийому стандартних або вищих доз не виявлено. Однак пацієнти часто негативно сприймають підвищення дози АГП II, оскільки стурбовані через можливі довгострокові шкідливі наслідки, втрату ефективності та розвиток залежності [37]. Таким чином, необхідне адекватне консультування, щоб обґрунтувати збільшення доз АГП II у пацієнтів цих груп за відсутності контролю на тлі застосування стандартних доз. Щоб підтвердити або спростувати запропоновані нами рекомендації, засновані на доказах, необхідні подальші широкомасштабні та добре сплановані випробування з дотриманням поточних рекомендацій із лікування.

Реферативний огляд статті I. Podder et al. Efficacy and Safety of Up-dosed Second-generation Antihistamines in Uncontrolled Chronic Spontaneous Urticaria: A Review, J Clin Aesthet Dermatol, 2023.

Підготувала **Дарина Павленко**



| Автори, рік | Тип дослідження | Кількість пацієнтів із неконтрольованою ХСК | Результати дослідження | | Рівень доказовості | |
|------------------------------------|--|---|--|---|--------------------|-------|
| | | | Ефективність | Безпека | SORT | OCEMB |
| Левоцетиризин | | | | | | |
| Godse K., 2010 [16] | Нерандомізоване відкрите дослідження зі збільшенням дози | 20 | Симптоми зникли в 60% (12/20), 75% (6/8) і 100% (2/2) пацієнтів (UAS7=0) при щоденному прийомі 5 мг, 10 мг і 20 мг левоцетиризину відповідно | 1 пацієнт скаржився на легкий седативний ефект у разі застосування левоцетиризину в дозі 10 мг і 20 мг. Значущих побічних реакцій (ПР) не виявлено | II | 3 |
| Staevska et al., 2010 [17] | Рандомізоване подвійне дослідження (левоцетиризин проти дезлоратадину) | 40 | Симптоми зникли у 22,5% (9/40) пацієнтів на тлі застосування дози 5 мг, у 25,8% (8/31) – 10 мг і у 21,7% (5/23) – 20 мг | 18 пацієнтів (45%) не реагували на підвищену дозу левоцетиризину. Збільшення дози поліпшило якість життя. Дозозалежного збільшення частоти ПР (седатії) не спостерігали | I | 2 |
| Sharma et al., 2017 [18] | Відкрите поздовжнє дослідження/когорта, одна гілка | 113 | Симптоми зникли у 18,6% пацієнтів у разі прийому дози 5 мг, кількість пацієнтів без симптомів зросла удвічі при подвоєнні стандартної дози та втричі – у разі її збільшення в 4 рази. Майже в 30% було відсутнє суттєве поліпшення після чотириразового збільшення дози левоцетиризину | Не виявлено виражених ПР, дозозалежного підвищення їх частоти | II | 3 |
| Guillen-Aguinaga et al., 2016 [12] | Систематичний огляд і метааналіз | 20-418 | Підвищення дози левоцетиризину було ефективним у 55,26% (95% ДІ 39,82-73,19) пацієнтів із ХСК, які не реагували на лікування згідно інструкції. Підвищення дози значно зменшувало свербіж | Не виявлено дозозалежного збільшення частоти ПР | I | 1 |
| Iriarte et al., 2020 [3] | Систематичний огляд | 20-439 | Левоцетиризин продемонстрував ефективність при підвищенні дози (у разі потреби) | Не виявлено дозозалежного збільшення частоти ПР | I | 1 |

Омікрон-специфічна вакцина проти COVID-19: оновлені рекомендації МОЗ щодо щеплень

МОЗ оновив рекомендації щодо проведення щеплень двовалентною омікрон-специфічною вакциною проти COVID-19 для первинної вакцинації. «Двовалентна» означає, що вакцина містить мРНК двох варіантів – «оригінального» та «Омікрон».

Це є оновлена версія вакцини «Comirnaty» від американської компанії Pfizer, адаптована спеціально для захисту проти штаму «Омікрон» коронавірусу SARS-CoV-2. Раніше ця вакцина була схвалена лише для проведення бустерних щеплень.

Тепер українці, які не мають щеплень проти COVID-19, не завершили первинну вакцинацію, чи пацієнти, яким лікар рекомендує додаткове «бустерне щеплення», зможуть отримати щеплення омікрон-специфічною вакциною.

Зміни затверджені наказом МОЗ від 29 лютого 2024 року № 346. Йдеться про рекомендації Національної технічної групи експертів з імунопрофілактики (НТГЕІ) щодо використання омікрон-специфічної вакцини виробництва фармацевтичної компанії Pfizer (США) для проведення первинного вакцинального комплексу.

Зокрема, щодо щеплення омікрон-специфічною вакциною діють такі рекомендації:

- Діти віком 12-17 років можуть бути щеплені двовалентною омікрон-специфічною вакциною (на мРНК платформі, що містить BA.4/5) як для первинної вакцинації, так і для бустерної дози.
- Дітям старше 12 років і дорослим, яким розпочато первинну вакцинацію з використанням моновалентної оригінальної вакцини, можна завершити курс омікрон-специфічною вакциною (двовалентною на мРНК платформі, що містить BA.4/5).

• Дорослі віком від 18 років можуть бути щеплені двовалентною омікрон-специфічною вакциною на мРНК платформі, що містить BA.4/5, як для первинної вакцинації, так і для бустерної дози.

Наразі всі області забезпечені вакциною проти COVID-19. Медики використовують вакцини «Comirnaty» (виробник – Pfizer). Також доступна вакцина проти COVID-19 для дітей із 5-річного віку (вакцина «Comirnaty» для дітей) та омікрон-специфічна вакцина (виробник – Pfizer), яка раніше використовувалася для бустерних щеплень.

Щеплення проти COVID-19 у 2024 р. залишаються безоплатними для всіх українців. Вакцинуватися можна через запис у свого сімейного лікаря або в пункті щеплень у медзакладах. Після початку повномасштабної війни робота центрів масової вакцинації, які працювали в ТРЦ та інших пристосованих приміщеннях для масових щеплень, з міркувань безпеки була зупинена.

Мережа пунктів щеплень, які працюють в амбулаторіях, лікарнях, центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) – чинна. Інформацію про найближчі пункти вакцинації, їхні адреси та графік роботи можна знайти, зателефонувавши до контакт-центру МОЗ за номером 0 800 60 20 19.

За статистикою, на початок березня 2024 року в Україні зафіксовано понад 5,5 млн випадків захворювання на коронавірус. Від початку вакцинальної кампанії проти COVID-19, станом на 29.02.2024, проведено 35 830 644 щеплення.

За матеріалами <https://moz.gov.ua>

2024
Львівський медичний форум
21-23 травня
ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)
28
МЕДИЧНА ВИСТАВКА
«ТамМЕД»

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ ВИСТАВКИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання;
- Медичні прилади та інструменти;
- Лабораторна медицина;
- Засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями;
- Офтальмологічне обладнання та оптика;
- Фармацевтичні препарати;
- Сучасна косметика та послуги;
- Стратегічна медицина;
- Медичний одяг, засоби санітарії та дезінфекції.

В РАМКАХ ВИСТАВКИ:

- VІ спеціалізована виставка з реабілітації.

В РАМКАХ ФОРУМУ:

- науково-практична конференція;
- факелі школи;
- майстер-класи;
- демонстрації нових технологій, матеріалів за участю провідних спеціалістів академії та відомих фірм-виробників.

Гал-ЕКСПО
АДЖУСТОВАНЕ ТОВАРИСТВО

www.galexpo.com.ua/galmed
www.facebook.com/LvivMedicalForum/

АНОНС

Науково-практична конференція
за участю міжнародних спеціалістів

**VI Національний форум
імунологів, алергологів,
мікробіологів
та спеціалістів
клінічної медицини**

15-16 травня 2024
м. Харків, Київ

МОДЕРАТОРИ ЗАХОДУ

Мінухін Валерій Володимирович,
д. мед. н., професор, завідувач кафедри клінічної імунології та мікробіології ХМАПО, директор ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»

Курченко Андрій Ігорович,
д. мед. н., професор, завідувач кафедри клінічної та лабораторної імунології, алергології та медичної генетики НМУ імені О.О. Богомольця, віце-президент ВГО «УТІАІФ»

До участі запрошуюються фахівці всіх лікарських спеціальностей.

Докладніше: <https://yuston.info/description/event-id91.html>

Ехінацея Композитум С – багатокomпонентна дія на імунну систему

Організм людини – це складна жива система, функціонування якої визначається безліччю змінних і задіює величезну кількість механізмів. Зовнішні і внутрішні чинники здатні порушувати регуляцію її діяльності. Однак є механізми, які допомагають ефективно усувати «поломки» в організмі і нормалізувати його стан. Така здатність має назву біорегуляції. Основою біорегуляційної медицини є комплексні біорегуляційні препарати, серед яких одним із найвідоміших є Ехінацея Композитум С.

Ключові слова: біорегуляційна медицина, комплексні біорегуляційні препарати, Ехінацея Композитум С.

Біологічна регуляція властива всім живим організмам і забезпечує злагоджену його діяльність, а в разі виникнення будь-яких порушень система може самостійно повертатися в стан рівноваги. Причому біологічна регуляція здійснюється на різних рівнях організму, охоплює всі структурні елементи: клітини, тканини, органи і системи.

Біорегуляційний підхід у медицині

Відповідно на вплив несприятливих чинників можуть бути запалення, імунна реакція, що з часом може привести до хронізації патологічних процесів і виникнення захворювань. Класичний підхід до лікування хвороб часто не дає лікарю можливості врахувати причини виникнення патологічних процесів і брати до уваги всі особливості стану пацієнта. Протокольна медицина спрямована на те, щоб усунути симптоми. При цьому лікар часто не в змозі вплинути на глибокі процеси, що відбуваються в організмі. Однак якщо використовувати принципи біорегуляції, можна підібрати більш ефективне лікування, яке допоможе оздоровити весь організм. Згідно з принципами біорегуляції, людина розглядається як єдина система, в якій усе взаємопов'язано. Лікування підбирають таким чином, щоб задіяти власні механізми організму, активувати відновлювальні сили, нормалізувати роботу імунної системи. Методи біорегуляції спрямовані не на пригнічення симптомів, а на боротьбу з проблемою як такою. При цьому регуляція стану здійснюється за допомогою персоналізованого підходу.

Засобом біорегуляційної медицини з вагомим клінічним досвідом застосовується, у тому числі в європейських країнах, є препарат Ехінацея Композитум С, який впливає як на специфічний, так і на неспецифічний імунітет. Препарат має унікальний склад, адже містить нозиди бактеріального і вірусного походження, що робить його ефективним у разі як бактеріальної, так і вірусної інфекції, а саме: *Streptococcus haemolyticus-Nosode D18* (нозод стрептокока); *Staphylococcus-Nosode D18* (нозод стафілокока); *Influenzium-Nosode D13* (нозод грипу); *Pirogenium-Nosode D198* (пірогенний нозод).

До складу також входять імуноактивні рослинні компоненти, які крім впливу на імунну систему при інфекційних захворюваннях безпосередньо впливають на систему антиоксидантного захисту: *Echinacea angustifolia D3* (Ехінацея вузьколистна); *Aconitum napellus D3* (Борець ріповидний);

Sanguinaria D4 (Сангвінарія канадська); *Baptisia tinctoria D4* (Індиго дикий); *Bryonia D6* (Переступень білий); *Eupatorium perfoliatum D6* (Посконник прокленолоистий); *Pulsatilla pratensis D8* (Простріл луговий); *Thuja occidentalis D8* (Туя західна); *Phytolacca americana D6* (Лакнонос американський); *Gelsemium sempervirens D6* (Жасмин вічнозелений); *Toxicodendron quercifolium D4* (Сумах висівковий); *Arnica montana D4* (Арніка гірська); *Euphorbium D6* (Молочай солононосний).

Крім того до складу Ехінацеї Композитум С входять і важливі мінеральні компоненти: сірка (D8) – складова однієї з найважливіших захисних систем SH-групи – глутатионова ланка антиоксидантного захисту; двохлориста ртуть, сулема (D8); білий фосфор (D8); металевий цинк (D10); нітрат срібла (D8). А також тваринні компоненти: отрута змії сурукуку (D10) і вапняна сірчана печінка (D10) та потенційний алопатичний засіб кортизон-21-ацетат (D13). Останній сприяє стимуляції і виділенню стрес-обмежувальних гормонів і нівелює системні ефекти стероїдної терапії.

Імунологічні механізми дії

Механізм дії комплексних біорегуляційних препаратів, зокрема Ехінацеї Композитум С, був доведений і запатентований у 1998 р. в Німеччині. Зазначені препарати сприяють диференціюванню певного різновиду Т-клітин – тобто при потраплянні в організм розпізнають ситуацію і регулюють виділення трьох класів Т-лімфоцитів, які спрацьовують там, де потрібно, і в потрібних дозах. Ініціальні Т-хелпери за різних станів (хронічне запалення, алергія) диференціюються на Th1, Th2, Th3, які, своєю чергою, виділяють різні біологічно активні сполуки (рис. 1).

Подвійна дія препарату Ехінацея Композитум С на імунітет

Препарат впливає як на неспецифічний, так і на специфічний імунітет. Дію на неспецифічний імунітет забезпечують рослинні, тваринні та мінеральні компоненти препарату. Вплив на специфічний імунітет реалізується завдяки наявності в складі препарату вірусних і бактеріальних нозодів.

Таким чином, Ехінацея Композитум С являє собою універсальний препарат із мультитаргетною дією, який регулює і гармонізує стан імунної системи.

Нозоди – «родзинка» біорегуляційного препарату Ехінацея Композитум С

Нозоди виготовляють за допомогою гомеопатичного методу з убитих культур мікроорганізмів або продуктів розпаду органів чи секретів організму. Ці компоненти організм сприймає як антигени, вони активують специфічну імунну відповідь. У потенційованому вигляді нозоди сприяють виведенню гомотоксинів, депонуванням у матриці та клітинах після перенесених захворювань; активують блоковані захисні реакції в разі хронічних інфекційних захворювань. Саме така м'яка дія на специфічний імунітет забезпечує високу ефективність і безпеку

препарату, на відміну від класичних імуномодуляторів та імуностимуляторів, які поряд з ефективністю характеризуються наявністю побічних ефектів, у низці випадків – серйозних.

Отже, з огляду на вищезазначене, можна виокремити 4 основні дії Ехінацеї Композитум С:

- Структурна підтримка (завдяки наявності мінералів).
- Імуномодулювальні ефекти (завдяки наявності ослабленого патогенного матеріалу).
- Протимікробні ефекти (рослинні компоненти).
- Протизапальні ефекти (рослинні компоненти) (рис. 2).

Препарат Ехінацея Композитум С – це унікальна комбінація натуральних інгредієнтів, які діють синергічно (при використанні самостійно або в комбінації з антибіотиками та іншими препаратами). Його застосовують для тривалої багатозильової терапії, а також для профілактики. У комплексі з іншими біорегуляційними препаратами Ехінацея Композитум С підвищує клінічний ефект лікування хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), сприяє зниженню дози антибактеріальних препаратів, інгаляційних бронхолітиків і глюкокортикостероїдів. Також Ехінацея Композитум С знижує частоту розвитку побічних ефектів фармацевтичних препаратів. У разі нетяжких форм ХОЗЛ, зумовленого респіраторними вірусами, препарат може навіть застосовуватися у вигляді монотерапії.

Показання та режим застосування препарату Ехінацея Композитум С

- ЛОР-патологія, хвороби легень: риніт, синусит, отит, ангіна, фарингіт, бронхіт, пневмонія, інфекційно-алергічна бронхіальна астма, абсцес і гангрена легень, емпієма плеви.
- Інфекційні захворювання: мононуклеоз, дисфункція імунної системи, менінгіти, енцефаліти.
- Дерматологічні захворювання: фурункул, карбункул, панарицій, абсцес, флегмона, свищі (у тому числі і при остеомиєліті).

• Гінекологія: кольпіт, аднексит, неспецифічні та специфічні запальні процеси жіночих статевих органів, мастит.

• Нєфрологія: цистит, пієліт, гломеруло-нефрит.

• Терапія/хірургія: вторинні бактеріальні інфекції, інтоксикації, підготовка до оперативних втручань і лікування їх ускладнень.

Таким чином, Ехінацея Композитум С – це універсальний препарат з імунокоригувальною, дезінтоксикаційною і протизапальною дією.

Препарат Ехінацея Композитум С представлений у вигляді розчину для ін'єкцій, який можна призначати і *per os* у дозуванні, ідентичних ін'єкційним. Приймає препарат потрібно натщесерце, деякий час потримавши його в роті для кращого всмоктування. Разова доза, що одночасно є добовою, для дорослих і дітей віком від 12 років – 2,2 мл; дітям віком від 1 до 3 років – 0,6 мл, від 3 до 6 років – 1,0 мл, від 6 до 12 років – 1,5 мл. Застосовувати 1-3 рази на тиждень у вигляді внутрішньом'язових, підшкірних, внутрішньошкірних ін'єкцій.

Під час гострого стану застосовують ініціюючий режим: дози, що відповідають віку пацієнта, приймають щодня. У гострих випадках, за тяжкого перебігу захворювання, препарат треба приймати через день. Не рекомендується приймати препарат, якщо температура тіла >38,5 °С. У разі появи слинотечі препарат необхідно відмінити або збільшити інтервал між ін'єкціями. При появі лихоманки після внутрішньовенного введення препарату необхідно зробити перерву на 2-3 дні.

Протипоказаннями до застосування препарату (через відсутність доведених клінічних даних) є підвищена чутливість до його компонентів; туберкульоз, колагеноз, лейкомія, СНІД, ВІЛ; аутоімунні захворювання, розсіяний склероз, захворювання системи крові.

Ехінацея Композитум С – унікальний лікарський засіб, який впливає на всі ланки імунної системи, може бути використаний як у складі комплексного лікування, так і у вигляді монотерапії запальних захворювань різних органів і систем. Препарат характеризується високою ефективністю і безпекою.

Підготувала Ірина Чумак

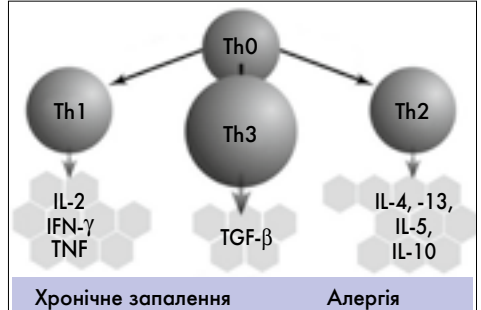


Рис. 1. Фізіологічна біорегуляційна дія

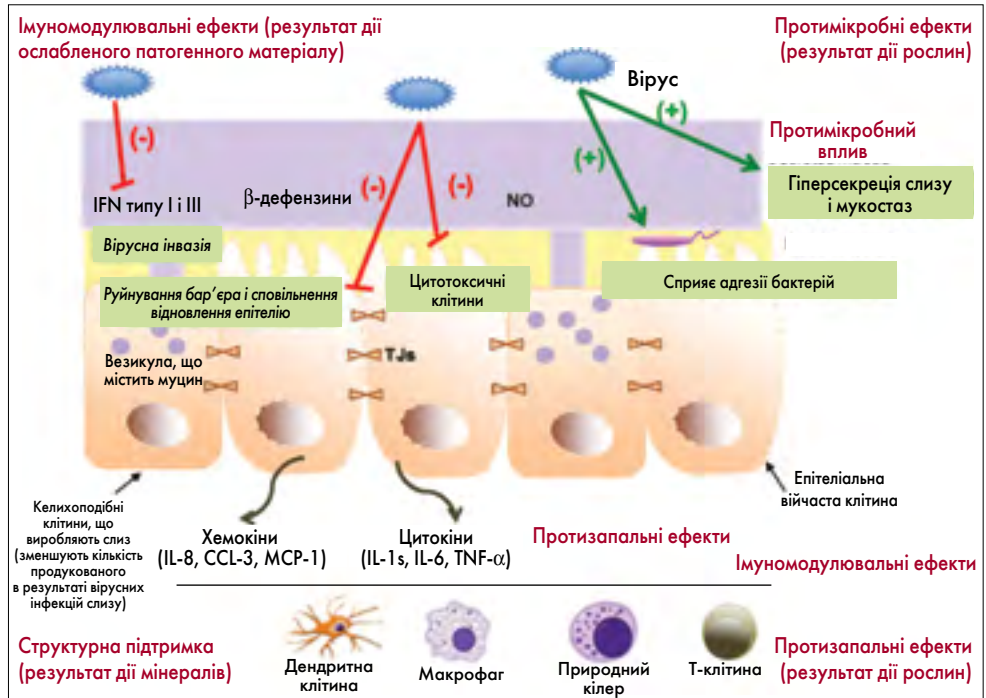


Рис. 2. Ефекти Ехінацеї Композитум С (M. Varelle et al., 2011; J.V. Hudson, 2012)

ЕХІНАЦЕЯ КОМПОЗИТУМ С
Лікарський засіб

Міцний імунітет – запорука здоров'я!

Дія:

- Імуномодулююча
- Протизапальна
- Дезінтоксикаційна

Показання:

Комплексне лікування гострих та хронічних запальних та гнійно-інфекційних захворювань слизових оболонок, внутрішніх органів і шкіри, що перебігають з вираженою інтоксикацією та частими рецидивами

Інформація про складові часті препарату: Вірусна інвазія (результат дії ослабленого патогенного матеріалу); β-дефензини; Цитотоксичні клітини; Сприяє адгезії бактерій; Епітеліальна війчаста клітина; Келихоподібні клітини, що виробляють слиз (зменшують кількість продукованого в результаті вірусних інфекцій слизу); Хемокіни (IL-8, CCL-3, MCP-1); Цитокіни (IL-1s, IL-6, TNF-α); Дендритна клітина; Макрофаг; Природний кілер; Т-клітина.

Здоров'я України

19

Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»

Продовження. Початок у № 3-4 (64-65) 2023 р., с. 24-27

Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз» розроблені на основі Клінічної настанови «Туберкульоз», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій і підходів щодо профілактики, систематичного скринінгу, діагностики та лікування туберкульозу (ТБ) (у тому числі серед дітей і підлітків), відображених у клінічних настановах. Ознайомитися з клінічною настановою «Туберкульоз» можна за посиланням <https://www.dec.gov.ua/mtd/tuberkuloz/>.

Стандарт IV. Лікування ТБ, у тому числі з лікарською стійкістю

Положення Стандарту

Лікування ТБ здійснюють за людино-орієнтованим підходом з урахуванням індивідуальних особливостей, протипоказань і за результатами визначення чутливості МБТ до лікарських засобів.

Загальна мета лікування ТБ полягає в досягненні одужання без рецидивів для всіх пацієнтів, припиненні передачі МБТ та запобіганні набуттю (або розширенню) додаткової медикаментозної резистентності. Для профілактики поширення інфекції лікування ТБ призначають якомога раніше. Перед початком лікування обов'язково визначають чутливість МБТ до АМБП, що застосовують для лікування.

Усі послуги з лікування надають відповідно до принципів, рекомендованих ВООЗ, у тому числі людино-орієнтовану медичну допомогу та підтримку, інформовану згоду, принципи належної клінічної практики та регулярний моніторинг пацієнтів щодо ефективності та безпеки схеми лікування.

Для підвищення ефективності лікування та запобігання розвитку й поширенню резистентності необхідне впровадження заходів щодо формування прихильності пацієнтів до лікування, а також навчання пацієнтів, осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом, заходам інфекційного контролю.

Інтегрована людино-орієнтована допомога спрямована на забезпечення всім пацієнтам із ТБ доступу до високоякісних медичних послуг відповідно до потреб пацієнтів, індивідуальних вподобань і цінностей та заохочення до активної ролі самих пацієнтів і їхніх сімей у прийнятті рішень щодо процесу лікування.

Переважною є децентралізована модель лікування ТБ в амбулаторних умовах. Підтримка лікування надається в контексті пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, ґрунтується на потребах, прийнятності та перевагах окремого пацієнта та охоплює аспекти підтримки, мотивації та розуміння пацієнта без примусу.

Обґрунтування. З огляду на широкий спектр доступних АМБП і схем лікування, отримання результатів ТМЧ є вирішальним для обрання відповідної лікувальної тактики. Впровадження рекомендованих ВООЗ інноваційних молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ, що також дають можливість отримати результати ТМЧ до R, H і фторхінолонів, надає можливість швидко підтвердити діагноз і вчасно призначити ефективне лікування.

Надання пацієнт-орієнтованої медичної допомоги та соціальної підтримки має важливе значення під час лікування ТБ і має на меті захист прав людини, підтримання етичних цінностей, зменшення соціальних та економічних витрат пацієнтів та їхніх сімей. Людино-орієнтована медична допомога і соціальна підтримка також сприяють поліпшенню результатів лікування і підвищують якість життя пацієнтів.

Етичні цінності, рекомендовані для дотримання під час організації лікування ТБ, це – справедливість, загальне благо, солідарність, взаємність, принцип користі та шкоди, довіра і прозорість, обов'язок доглядати, доцільність, ефективність, приватність і конфіденційність. Забезпечення прихильності до АМБТ – один із важливих викликів для досягнення успішних результатів лікування, особливо для пацієнтів із ЛС-ТБ. Це зумовлено великою кількістю препаратів, частими і серйозними ПР на АМБП та соціальними й фінансовими витратами пацієнтів, пов'язаними з лікуванням захворювання.

Існують серйозні наслідки для громадського здоров'я в разі неефективного лікування ТБ, особливо його лікарсько-стійких форм, тому важливо, щоб усі пацієнти з ТБ отримували необхідну підтримку відповідно до індивідуальних потреб.

Обов'язкові критерії якості

1. Практикуючий лікар, який здійснює лікування хворого на ТБ, бере на себе важливу професійну відповідальність за громадське здоров'я щодо запобігання передачі інфекції та розвитку стійкості до лікарських засобів. З огляду на це, лікар має:

- якомога раніше призначити відповідний режим лікування, керуючися результатами мікробіологічних досліджень, даними анамнезу попереднього використання АМБП, та в разі виділення культури МБТ – із обов'язковим визначенням ТМЧ до АМБП за допомогою молекулярно-генетичних і фенотипових методів дослідження зразка, отриманого до початку лікування. Якщо пацієнт мав результати ТМЧ МБТ попередніх курсів АМБТ, для призначення адекватного лікування потрібно повторювати ТМЧ МБТ свіжої виділеної культури до початку лікування (не більш як 3-місячної давності);

- брати участь у відстеженні та обстеженні контактів відповідно до Порядку епідеміологічного нагляду за ТБ;

- оцінювати та сприяти прихильності пацієнта до лікування, використовуючи людино-орієнтований підхід у співпраці, за згодою пацієнта, з членами сім'ї, представниками громад, спільнот, НУО, соціальних служб;

- здійснювати/організовувати контрольоване лікування;

- проводити активний моніторинг, профілактику та лікування ПР, що виникають під час прийому АМБП;

- забезпечувати виявлення, діагностики та лікування супутніх захворювань із залученням інших спеціалістів або направлення пацієнта для отримання відповідних медичних послуг;

- впроваджувати заходи інфекційного контролю;

- контролювати проміжні та остаточні результати лікування.

2. Для кожного пацієнта розробляють орієнтований на людину підхід до лікування, який базується на потребах пацієнта та взаємовізі між пацієнтом і лікарем:

- проводять просвітницькі заходи та консультування щодо хвороби й формування прихильності до лікування для пацієнтів, які проходять курс терапії ТБ/ЛС-ТБ, – з моменту встановлення діагнозу і протягом курсу. Просвітницькі заходи та консультування мають надаватися на доступному пацієнту рівні, урахувати вікові, гендерні та культурні особливості;

- здійснюють комплекс утручань із формування прихильності до лікування пацієнтів, які проходять курс терапії ТБ/ЛС-ТБ, разом із вибором способу прийому лікарських засобів. Зокрема, пацієнтам або надавачам медичних послуг пропонують один або декілька з таких заходів щодо формування та сприяння комплаєнсу:

- контроль прийому лікарських засобів, у тому числі із застосуванням цифрових технологій (наприклад, смс, телефонні дзвінки, відеодзвінки, самостійний запис на відео процесу прийому препаратів пацієнтом тощо);

- соціальна підтримка пацієнта, що передбачає комплементарні та не взаємовиключні послуги: інформаційна, психологічна (емоційна), матеріальна (наприклад, нутритивна) підтримка, забезпечення приязного до пацієнта середовища спілкування тощо. Соціальна підтримка має бути доступною для пацієнтів незалежно від віку та забезпечуватись як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапах лікування;

- консультування персоналу з питань діагностики, лікування та профілактики ТБ, організації заходів інфекційного контролю тощо.

- застосовують один із варіантів контролю прийому пацієнтом лікарських засобів:

- підтримка лікування на рівні громади або за місцем проживання (має переваги над підтримкою лікування в ЗОЗ або лікуванням без нагляду);

- підтримка лікування під наглядом надавачів медичних послуг, які пройшли відповідне навчання (має переваги над підтримкою лікування під наглядом членів сім'ї або лікуванням без нагляду);

- підтримка лікування за допомогою відеозв'язку і/або інші цифрові технології (смс, телефонні дзвінки тощо) можуть використовуватись як інструменти контролю прийому лікарських засобів у разі доступності відповідних технологій, якщо можливо належним чином організувати та забезпечити все необхідне для такого нагляду надавачами медичних послуг і пацієнтами. Підтримка лікування за допомогою відеозв'язку і/або інші цифрові технології (смс, телефонні дзвінки тощо) не мають підміняти спілкування віч-на-віч, коли це більш доречно.

- вибір утручань щодо формування та сприяння прихильності до лікування здійснюють на основі індивідуальної оцінки потреб пацієнта, наявних ресурсів надавачів медичних послуг і з урахуванням доступних у територіальній громаді програм підтримки осіб із ТБ. Для кожного пацієнта обирають один вид соціальної підтримки або комбінацію різних її видів відповідно до індивідуальних потреб;

- впроваджуються децентралізовані моделі лікування пацієнтів із ТБ/МЛС-ТБ: вони мають лікуватися переважно амбулаторно, а не за моделями, що передбачають госпіталізацію.

3. Ризик резистентності МБТ до АМБП визначають на основі вивчення контактів пацієнта з можливим джерелом інфікування (вихідним або індексним випадком), у разі повторного курсу АМБТ – анамнезу попереднього лікування, даних щодо поширеності лікарської стійкості за результатами епідеміологічного нагляду в разі неможливості проведення ТМЧ до АМБП для окремих пацієнтів (наприклад, випадки ТБ без бактеріологічного підтвердження). Обов'язково потрібно вжити заходів щодо з'ясування ТМЧ МБТ індексного пацієнта.

Для зменшення ризику передачі інфекції лікар-практик проводить навчання та консультування хворого на ТБ та членів сім'ї пацієнта щодо виконання їм заходів інфекційного контролю як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапах лікування. Контактним особам рекомендують пройти обстеження для активного виявлення можливого інфікування або захворювання на ТБ та навичкам самоспостереження стосовно симптомів, що можуть свідчити про ТБ. Спостереження і самоспостереження контактних осіб триває протягом двох років.

4. Лікування ТБ/ЛС-ТБ необхідно починати якомога раніше, з урахуванням результатів гТМЧ і/або фТМЧ, і/або гістологічного дослідження біологічного матеріалу пацієнта, проте очікування результату не має затримувати початок лікування. У виняткових випадках ТБ без бактеріовиділення тактика ведення пацієнта визначається рішенням лікарського консилиуму (якщо виключені інші захворювання, що могли спричинити подібні до ТБ прояви захворювання, і представлені результати відповідних обстежень і/або консультацій інших вузьких спеціалістів, детально зібрано анамнез та інформацію щодо контактів й оцінені результати тест-терапії АБП широкого спектра, якщо таку призначали).

5. У дорослих пацієнтів із уперше діагностованим випадком ЧТБ легень незалежно від ВІЛ-статусу застосовують стандартизовану 6-місячну схему лікування з рифампіцином (R) 2HRZE/4HR (а саме: інтенсивна фаза складається з 2 міс Н, R, піразинамиду (Z) та E; фаза продовження має складатися з H та R протягом 4 міс).

У дорослих пацієнтів із уперше діагностованим випадком ЧТБ легень незалежно від ВІЛ-статусу застосовують стандартизовану 4-місячну схему 2НРМfхZ/2НРМfх (а саме: інтенсивна фаза складається з 2 міс Н, Р, Mfх та Z; фаза продовження складається з Н, Р та Mfх протягом 2 міс) за відповідності критеріям призначення. Призначення режиму лікування ЧТБ легень у дітей і підлітків здійснюється відповідно до критеріїв 13-16 Стандарту VI.

Для визначення схеми лікування ЧТБ легень у кожному конкретному випадку лікар оцінює клінічні

критерії (тяжкість захворювання, лікування ТБ в анамнезі, результати гТМЧ до АМБП першого ряду, ВІЛ-статус, наявність супутніх захворювань, як-от: печінкова або ниркова недостатність, неконтрольований ЦД тощо), доступність конкретних АМБП, що входять до складу схеми. Якщо після оцінки всіх критеріїв пацієнту підходять декілька варіантів схем лікування, лікар урахує вибір пацієнта під час призначення режиму терапії.

6. Якщо після завершення інтенсивної фази (60 доз) за схемою 2HRZE/4HR або 2HRMfxZ/2HRMfx у хворих на ЧТБ легень зберігається бактеріовиділення за мазком, продовження інтенсивної фази не рекомендується. У таких випадках, особливо якщо стан пацієнта не поліпшується клінічно і/або рентгенологічно і є підозра на потенційну невдачу лікування, подальшу тактику лікування визначають залежно від комплексної оцінки результатів посіву, гТМЧ і/або фТМЧ до АМБП першого ряду, проведеного зі зразка, взятого наприкінці 2-го міс лікування.

Молекулярно-генетичний тест Xpert MTB/Rif (Ultra) не використовують для моніторингу ефективності лікування, тому призначають повторно тільки за підозри про невдачу лікування через імовірну лікарську стійкість МБТ.

У пацієнтів із важкими формами захворювання (поширені і/або деструктивні форми легеневого ТБ) затримка бактеріологічної відповіді на лікування може бути зумовлена великим бактеріальним навантаженням від початку лікування.

До отримання результатів контрольних мікробіологічних досліджень лікування триває у фазі продовження за попередньою схемою (2HRZE/4HR або 2HRMfxZ/2HRMfx). Після отримання результатів посіву, гТМЧ і/або фТМЧ до АМБП першого ряду, проведеного зі зразка, взятого наприкінці інтенсивної фази (60 доз), необхідно провести повторну клінічну оцінку стану пацієнта для виявлення можливих чинників ризику невдачі лікування і, у разі потреби, змінити стратегію лікування.

Позитивний результат мікроскопії мазка з негативним результатом посіву (виконані з одного зразка) може бути спричинений наявністю нежиттєздатних МБТ і, отже, не обов'язково свідчить про невдачу лікування.

7. До призначення лікування пацієнтам, які відповідають критеріям повторного лікування ТБ внаслідок рецидиву, невдачі попереднього курсу або відновлення лікування після переривання, необхідно терміново отримати результат гТМЧ МБТ (як мінімум до R) і фТМЧ МБТ. У разі збереженої чутливості до R за даними гТМЧ призначають стандартизований 6-місячний режим 2HRZE/4HR із повторною корекцією схеми лікування за результатами фТМЧ МБТ за потреби. У разі виявленої стійкості до R призначають схему лікування МЛС/Риф-ТБ за одним із рекомендованих режимів АМБТ.

Якщо питання про початок повторного курсу вирішується стосовно особи, в якій не виявлено бактеріовиділення за результатами контрольних обстежень, але є клініко-рентгенологічне прогресування, потрібно провести додаткове обстеження на виключення інших захворювань, що можуть зумовити подібні прояви (передусім – онконастороженість). На період дообстеження лікування ТБ не припиняють і проводять за попередньою схемою.

Усі пацієнти зі встановленим діагнозом ТБ легень (незалежно від бактеріологічного підтвердження) завершують повний курс відповідної схеми лікування. Якщо встановлено альтернативний діагноз, а діагноз ТБ виключено, можна розглянути питання про припинення прийому АМБТ.

8. Пацієнтам із ЧТБ рентгенологічне дослідження проводять на початку лікування, наприкінці ІФ та наприкінці АМБТ. Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (печінкові проби), моніторинг гостроти зору та кольоросприйняття здійснюють на початку лікування, наприкінці ІФ, наприкінці АМБТ та за клінічними показаннями.

Оцінку симптомів, опитування щодо супутніх станів, що можуть вплинути на вибір/корекцію режиму лікування ТБ, оцінку нутритивного статусу (контроль ваги), потенційних лікарських взаємодій і здійснення активного моніторингу та управління безпекою

застосування АМБП в процесі лікування та оцінку прихильності до лікування проводять під час кожного контакту пацієнта та медичного працівника.

Рекомендована кратність огляду лікарем дорослих пацієнтів із ЧТБ:

- протягом інтенсивної фази: щодня протягом перших тижнів для госпіталізованих пацієнтів і щотижня – для амбулаторних (до стабілізації стану та адаптації до лікування), у подальшому – щомісяця;

- протягом підтримувальної фази: щомісяця, якщо немає медичних показань для частішого огляду.

Відсутність клінічної, рентгенологічної або бактеріологічної відповіді на лікування через щонайменше 3 міс повної прихильності до АМБТ, що вважалась ефективною, препаратами гарантованої якості є ознакою високого ризику невдачі лікування та підставою для подальшого клінічного обстеження (підтвердження прихильності, оцінка відповідності дозування АМБП до ваги пацієнта, пошук невиявлених супутніх захворювань, виключення лабораторної контамінації або помилки, виключення мальабсорбції / порушень всмоктування АМБП, оцінка ризику МЛС/Риф-ТБ).

Рекомендована кратність огляду лікарем дітей і підлітків із ЧТБ регламентована критерієм 17 Стандарту VI.

9. У дорослих пацієнтів із чутливим до АМБП позалегеновим ТБ (за виключенням ТБ нервової системи та ТБ кісток і суглобів) незалежно від ВІЛ-статусу застосовують стандартизовану 6-місячну схему лікування з R – 2HRZE/4HR.

У дорослих пацієнтів, які хворіють на ТБ нервової системи, застосовують схему лікування тривалістю 9-12 міс: 2HRZE/7-10HR (а саме: інтенсивна фаза складається з 2 міс Н, R, Z та E; фаза продовження має складатися з Н та R протягом 7-10 міс).

У дорослих пацієнтів, які хворіють на ТБ кісток і суглобів, застосовують 9-місячну схему лікування: 2HRZE/7HR, що може бути продовжена до 12 міс (2HRZE/10HR) у разі залучення нервової системи (ТБ хребта).

У дорослих пацієнтів, які хворіють на ТБ-менінгіт, проводять початкову терапію із застосуванням ад'ювантних кортикостероїдів, дексаметазону або преднізолону протягом 6-8 тижнів. У людей, які хворіють на ТБ перикарду, може застосовуватися початкова ад'ювантна терапія кортикостероїдами.

Вибір режиму лікування чутливого до АМБП позалегенового ТБ у дітей та підлітків здійснюється відповідно до критеріїв 19-20 Стандарту VI.

10. Дози застосовуваних АМБП мають відповідати Клінічній настанові, заснованій на доказах, «Туберкульоз».

Для лікування дітей і дорослих із ЧТБ перевагу потрібно віддавати КПФД на відміну від однокомпонентних лікарських форм із метою забезпечення зручнішої форми введення лікарських засобів, запобігання допущенню помилок при призначенні лікування, унеможливлення виключення пацієнтом деяких АМБП із призначеної схеми лікування.

Для всіх схем лікування ЧТБ рекомендовано щоденний прийом препаратів; інтермітуючий (переривчастий) режим не рекомендовано до застосування, проте допускається як виняток в окремих випадках за рішенням консилиуму.

За відсутності ефекту від призначеного лікування вивчають причини неефективності і/або проводять додаткове обстеження на наявність інших супутніх захворювань. Але в жодному разі не додають до АМБП першого ряду інші АМБП.

11. Пацієнтам із чинниками ризику розвитку периферичної нейропатії (ВІЛ, ЦД, дефіцит харчування, зловживання алкоголем та ін.) та які отримують лікування з приводу чутливого до АМБП ТБ рекомендований щоденний або щотижневий прийом піридоксину в профілактичних дозах.

12. У пацієнтів із підтвердженим Нрез-ТБ незалежно від віку та ВІЛ-статусу лікування проводять із застосуванням R, E, Z та Lfx протягом 6 місяців. У схемі лікування пацієнтів із підтвердженим Нрез-ТБ ін'єкційні препарати не додають.

Для лікування Нрез-ТБ допускається застосування чотирикомпонентного КПФД (H)REZ у поєднанні з Lfx. Перед призначенням схеми (H)REZ-Lfx необхідно виключити резистентність до R та фторхінолонів за допомогою гТМЧ МБТ і/або фТМЧ МБТ для запобігання виникненню додаткової медикаментозної

резистентності. Додавання Lfx до (H)REZ рекомендовано в усіх випадках Нрез-ТБ, за винятком протипоказань.

Якщо призначення Lfx неможливе через наявність протипоказань, пацієнту може бути призначена схема 6(H)REZ. Для всіх пацієнтів із Нрез-ТБ рекомендовано щоденний прийом препаратів; інтермітуючий (переривчастий) режим не рекомендовано до застосування, проте допускається як виняток в окремих випадках за рішенням лікарського консилиуму.

13. У пацієнтів із тяжкою формою Нрез-ТБ доцільність пролонгації схеми (H)REZ-Lfx до 9 міс розглядають в індивідуальному порядку за рішенням лікарського консилиуму на основі індивідуалізованої оцінки співвідношення користь/ризик, а також за наявності клінічного обґрунтування.

Наявність задокументованого набуття резистентності до R або фторхінолону в разі застосування схеми лікування Нрез-ТБ є підставою для перереєстрації випадку, повного перегляду клінічного і мікробіологічного статусу пацієнта та відповідної корекції схеми лікування.

Пацієнтам із Нрез-ТБ рентгенологічне дослідження проводять на початку лікування, через 3 міс лікування за схемою (H)REZ-Lfx та після завершення повного курсу лікування – через 6 (9) міс лікування за схемою (H)REZ-Lfx. Клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (печінкові проби) проводять щомісяця, моніторинг гостроти зору та кольоросприйняття здійснюють на початку лікування, у подальшому – кожні 2 міс лікування та за клінічними показаннями. У пацієнтів із ризиком подовження інтервалу QT здійснюють щомісячний моніторинг ЕКГ.

Оцінку симптомів, опитування щодо супутніх станів, що можуть вплинути на вибір/корекцію режиму лікування Нрез-ТБ, оцінку нутритивного статусу (контроль ваги), оцінку потенційних лікарських взаємодій і здійснення активного моніторингу та управління безпекою застосування АМБП в процесі лікування й оцінку прихильності до лікування проводять під час кожного контакту пацієнта та медичного працівника.

14. Проаналізувати рекомендовані схеми лікування пацієнтів (діти та дорослі) з монорезистентним ТБ або ПР-ТБ і тривалість лікування.

15. Для визначення схеми лікування МЛС/Риф-ТБ легень у кожному конкретному випадку лікар має оцінити клінічні критерії (вік пацієнта, локалізацію і тяжкість захворювання, лікування ТБ в анамнезі, результати гТМЧ/фТМЧ МБТ до АМБП першого та другого ряду, ТМЧ МБТ близьких контактів), доступність конкретних АМБП, що входять до складу схеми.

Для таких категорій: дорослі та діти віком від 14 років із підтвердженим МЛС/Риф-ТБ зі збереженою або невідомою чутливістю до фторхінолонів, із підтвердженим легеновим і/або позалегеновим ТБ (за винятком ТБ ЦНС, кістково-суглобового та дисемінованого (міліарного) ТБ), з анамнезом прийому бедаквіліну (Bdq), лінезоліду (Lzd), претоманіду (Pa), даламаніду (Dlm) менш ніж 30 днів (за відсутності підтвердженої чутливості до даних АМБП другого ряду) та незалежно від ВІЛ-статусу як пріоритетну застосовують схему лікування ВРАLM зі стандартизованою тривалістю 6 міс (26 тиж).

У разі ймовірної резистентності до фторхінолонів (наприклад, анамнез застосування фторхінолонів понад 4 тиж або наявність близького контакту з особою, інфікованою резистентним до фторхінолонів штамом) рекомендовано розпочинати лікування випадків МЛС/Риф-ТБ за режимом ВРАLM із подальшим переглядом лікарської тактики за результатами гТМЧ/фТМЧ МБТ до фторхінолонів та урахуванням даних анамнезу лікування пацієнта:

- у разі МЛС/Риф-ТБ з невідомою чутливістю до фторхінолонів і за відсутності даних щодо їх прогнозованої неефективності режим ВРАLM продовжують до завершення основного курсу;

- у разі отримання даних ТМЧ від початку або в процесі лікування з доведеною стійкістю до фторхінолону і/або в разі прогнозованої неефективності фторхінолонів призначають або продовжують режим ВРАL тривалістю 6-9 міс (26-39 тиж).

Наявність підтвердженої або підозрюваної резистентності до Bdq, Lzd або Pa є підставою для припинення лікування за режимами ВРАLM/ВРАL та призначення

Продовження на стор. 22.

Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»

Продовження. Початок на стор. 20.

індивідуалізованого режиму АМБТ. Пацієнтам, які не відповідають вимогам ВРaLM/ВРaL (наприклад, діти віком до 14 років, вагітні та жінки, які вигодовують груддю немовля), із підтвердженням МЛС/Риф-ТБ зі збереженою чутливістю до фторхінолонів (або за наявності близького контакту з особою, інфікованою чутливим до фторхінолонів штамом) і за умови нетяжкого перебігу легеневого або позалегенового ТБ, з анамнезом прийому Vdq, фторхінолонів, клофазіміну (Cfz), етіонаміду (Et) або Lzd менш ніж 30 днів (або за наявності підтвердженої чутливості до цих АМБП другого ряду), незалежно від ВЛ-статусу може бути призначено стандартний короткостроковий пероральний режим лікування на основі Vdq (сКРЛ) тривалістю 9-11 міс, який складається з початкової 4-місячної фази, що може бути подовжена до 6 міс, і підтримувальної фази протягом 5 міс: 4-6 Vdq(6)-Lfx (Mfx)-Cfz-Z-E-Nh-Eto /5 Lfx (Mfx)-Cfz-Z-E або 4-6 Vdq(6)-Lzd(2)-Lfx (Mfx)-Cfz-Z-E-Nh/5 Lfx (Mfx)-Cfz-Z-E.

Вибір конкретної схеми сКРЛ (з Eto або Lzd) має ґрунтуватися на індивідуалізованій оцінці співвідношення користь/ризик: призначення сКРЛ, що містить у складі Lzd (замість Eto/Pto), можливе пацієнтам, які відповідають вищезазначеним критеріям, а також не мають ознак тяжкої анемії, тяжкої периферичної нейропатії або будь-яких ознак чи симптомів неврити зорового нерва на початку лікування. Вагітним і жінкам, які вигодовують груддю немовля, можна призначити сКРЛ, що містить Lzd, але протипоказаний сКРЛ з Eto (Pto).

Критерії призначення схеми лікування МЛС/Риф-ТБ (ВРaLM, ВРaL, сКРЛ) за віковими категоріями, локалізацією та тяжкістю захворювання. Якщо після оцінки всіх критеріїв пацієнту підходять декілька схем лікування, лікар має врахувати вибір пацієнта після обговорення ризиків і переваг конкретного режиму АМБТ.

16. Призначення будь-яких інших – модифікованих короткострокових режимів лікування (мКРЛ), що не відповідають вимогам критерію 15 Стандарту IV, можливе винятково в умовах реалізації відповідних операційних досліджень.

17. Наявність протипоказань до режиму ВРaLM/ВРaL або сКРЛ у пацієнтів із МЛС/Риф-ТБ від початку лікування або їх поява в процесі лікування, неефективне лікування за режимом ВРaLM/ВРaL або сКРЛ і/або отримання даних ТМЧ пацієнта, що відповідає випадку ШЛСТБ, є підставою для призначення лікування за індивідуалізованими режимами АМБТ.

Індивідуалізований режим формується таким чином:

- додають усі три АМБП групи А та як мінімум один АМБП групи В, тобто як мінімум чотири АМБП з доведеною або прогнозованою ефективністю протягом 24 тиж;

- якщо в режимі АМБТ використовують лише один або два препарати групи А, обидва АМБП групи В мають бути додані до АМБТ. Якщо не можна скласти повноцінний режим з АМБП груп А та В (не можна додати до режиму чотири АМБП з доведеною або прогнозованою ефективністю), призначають АМБП групи С за низхідним порядком пріоритетності препаратів та враховуючи індивідуальні характеристики пацієнта;

- після припинення прийому Vdq у складі АМБТ має залишитися принаймні три ефективних АМБП. У разі припинення застосування одного з трьох АМБП через токсичність його треба замінити на інший АМБП групи В (за винятком випадків, коли і Cfz, і циклосерин (Cs)/теризидон (Trz) вже призначено) або з групи С за низхідним порядком пріоритетності АМБП та враховуючи індивідуальні характеристики пацієнта;

- допускається продовження прийому Vdq понад 6 міс і/або комбінація Vdq із Dlm за клінічними показаннями та з проведенням ретельного моніторингу безпеки лікування;

- окрім оцінки ефективності вибір АМБП також визначається: перевагою пероральних АМБП проти ін'єкційних, результатами ТМЧ, достовірністю наявних методів ТМЧ, рівнем лікарської стійкості в популяції, використанням АМБП в анамнезі пацієнта, індивідуальною переносимістю АМБП.

За наявності неоднозначного прогнозу щодо ефективності застосування певного АМБП його можна додати до схеми як додатковий для досягнення цільової кількості необхідних АМБП, враховуючи дані клінічного порівняння переваг додавання АМБП над ризиком розвитку додаткової токсичності, кількості таблеток або інших чинників.

Узагальнений алгоритм призначення індивідуалізованого режиму лікування МЛС-ТБ у поширених ситуаціях, а також можливі варіанти індивідуалізованих режимів лікування МЛС-ТБ для дітей і підлітків залежно від чутливості до фторхінолонів і тяжкості захворювання.

Індивідуалізований режим лікування МЛС/Риф-ТБ-менінгіту формують з урахуванням результатів гТМЧ/фТМЧ МБТ і фармакокінетики АМБП та їхньої здатності проникати крізь гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ). Схема лікування МЛС/Риф-ТБ менінгіту, за можливості, має містити щонайменше три АМБП з належним проникненням крізь ГЕБ; до них потрібно додати додаткові АМБП із дотриманням вищезазначених принципів і врахуванням тяжкості захворювання.

18. Емпіричні режими лікування МЛС/Риф-ТБ або пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ застосовують у виняткових випадках у пацієнтів зі встановленим діагнозом ТБ без бактеріологічного підтвердження, в яких є підтверджений контакт із людиною, що хворіє на МЛС/Риф-ТБ або пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ (лікування призначають за профілем резистентності індексного випадку, водночас треба докласти зусиль для підтвердження діагнозу за допомогою мікробіологічних досліджень).

Якщо в процесі лікування клінічно діагностованого випадку МЛС/Риф-ТБ отримано ТМЧ зі збереженою чутливістю до АМБП першого ряду, лікарський консилиум розглядає питання корекції лікування і призначення схеми терапії чутливого до АМБП ТБ з урахуванням індивідуалізованої оцінки співвідношення користь/ризик.

19. Схему лікування планують з урахуванням відносних переваг і ризиків для пацієнта, зокрема взаємодії між АМБП (наприклад, перевагу віддають Lfx над Mfx для обмеження ризику сукупного подовження інтервалу QT на електрокардіограмі пацієнта). Починати АМБТ з п'яти АМБП доцільно в таких випадках:

- застосування двох із чотирьох препаратів, імовірно, буде припинено до кінця лікування, наприклад Vdq – через 6 міс, а Lzd – достроково через токсичність;

- відсутність надійного ТМЧ МБТ для одного або декількох АМБП, що додані до режиму лікування, якщо за досвідом загальний рівень резистентності до цього/цих АМБП у популяції є високим;

- АМБП, що входять до схеми, малоімовірно призведуть до одужання (наприклад, лише два препарати з групи А та В входять до схеми лікування);

- частину АМБП груп А та В використовували протягом попередніх курсів лікування, особливо якщо вони не завершилися вилікуванням;

- тяжкий перебіг захворювання – додатковий п'ятий АМБП може бути корисним принаймні на початку лікування.

20. Дозування препаратів для лікування МЛС/Риф-ТБ у дорослих і дітей із урахуванням діапазону маси тіла.

Пацієнтам із нирковою недостатністю необхідно ретельно розраховувати дозування АМБП відповідно до показника кліренсу креатиніну та забезпечити щотижневий моніторинг рівня креатиніну та електролітів, а також достатню гідратацію пацієнта.

21. Тривалість індивідуалізованого режиму визначають:

- відповідно до реакції пацієнта на лікування;
- для більшості випадків рекомендована загальна тривалість лікування 18-20 міс;

- після культуральної конверсії загальна тривалість лікування може бути скорочена до 15-17 міс;

- у разі застосування амікацину (Am) або стрептоміцину (S) в більшості випадків рекомендовано

проведення інтенсивної фази АМБТ протягом 6-7 міс; тривалість може бути змінена відповідно до реакції пацієнта на лікування. Якщо Vdq або інші АМБП (наприклад, Lzd або Dlm) застосовують лише в початковій частині схеми, цей період не є тотожним «інтенсивній фазі», якщо не призначено супутній ін'єкційний препарат;

- у дітей віком <15 років тривалість лікування може бути скорочено до 9-12 міс за умови нетяжкого перебігу захворювання.

22. Моніторинг ефективності лікування випадків ЧТБ/ЛС-ТБ проводять відповідно до календаря моніторингу.

Важливим методом моніторингу ефективності лікування з метою своєчасного визначення конверсії/реверсії мокротиння є мікроскопічне та культуральне дослідження мокротиння. У хворих на ЧТБ із бактеріовиділенням, що встановлено після завершення інтенсивної фази (60 доз), проводять: посів на рідкому живильному середовищі, гТМЧ та фТМЧ до АМБП першого ряду і до АМБП другого ряду в разі виявленої резистентності до R або МЛС-ТБ.

Молекулярно-генетичний тест Xpert MTB/RIF® (Ultra) не використовують для моніторингу ефективності лікування ЧТБ, тому повторний тест проводять лише за підозри на невдачу лікування через імовірну лікарську стійкість МБТ. У хворих на Нрез-ТБ із бактеріовиділенням, що встановлено за допомогою методу мікроскопії після 60 доз за відкорегованою схемою, проводять: посів на рідкому живильному середовищі, гТМЧ та фТМЧ МБТ (до всіх АМБП першого та другого ряду). Молекулярно-генетичний тест Xpert MTB/RIF® (Ultra) не використовують для моніторингу ефективності лікування Нрез-ТБ, тому повторний тест проводять лише за підозри на невдачу лікування через імовірну лікарську стійкість МБТ.

У пацієнтів, в яких діагноз ТБ не підтверджений за допомогою мікробіологічних методів, а також у дітей і пацієнтів із позалегеновим ТБ відповідь на лікування оцінюють за результатами променевої діагностики (R ОГК чи інших методів візуалізації) та клінічними показниками. У таких пацієнтів обов'язково проводять дообстеження для виключення інших захворювань, що могли спричинити подібні прояви (клініко-рентгенологічне прогресування). У разі МЛС/Риф-ТБ і пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ моніторинг ефективності лікування проводять щомісяця на основі мазка мокротиння та культури.

23. За індивідуальними показаннями хірургічне лікування в поєднанні з відповідною до- та післяопераційною АМБТ дає можливість підвищити ефективність лікування легеневої форми ТБ.

24. У пацієнтів на будь-яких схемах лікування ПР-ТБ, МЛС/Риф-ТБ і пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ застосовують активний моніторинг та управління безпекою застосування АМБП (система ВООЗ аМБЛ), що передбачає систематичний і цілеспрямований клінічний і лабораторний моніторинг стану пацієнтів, своєчасне виявлення і лікування ПР і/або НЯ, внесення даних про ПР і/або НЯ в медичну документацію пацієнта і даних про клінічно значущі ПР і/або НЯ в установленному порядку до автоматизованої інформаційної системи з фармако-нагляду (АІСФ) та електронних медичних інформаційних систем (ЕМІС).

Опитування щодо супутніх станів, що можуть вплинути на вибір/корекцію режиму лікування МЛС/Риф-ТБ, пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ і ПР-ТБ, оцінку потенційних лікарських взаємодій, здійснення аМБЛ у процесі лікування та оцінку прихильності до лікування проводять під час кожного візиту пацієнта до лікаря.

25. Повідомлення про ПР і/або НЯ на АМБП здійснює лікар-практик в установленому чинним законодавством порядку. Інформація про розвиток НЯ особливого інтересу (периферична нейропатія, психіатричні розлади, захворювання і стани центральної нервової системи, нейропатія зорового нерва, ретинопатія, ототоксичність, мієлосупресія, подовження

інтервалу QTcF, лактоацидоз, гепатит, гіпотиреоз, гіпокаліємія, гіпомagneмія, панкреатит, гостре порушення функції нирок) подається до АІСФ та ЕМІС незалежно від серйозності, ступеня тяжкості та наявності причинно-наслідкового зв'язку з прийнятим новим і/або перепрофільованим АМБП, у тому числі у складі короткострокових режимів лікування. Навчання пацієнта або його батьків чи інших законних представників навичкам розпізнавання патологічних симптомів є складовою частиною АМБП.

26. ПР і/або НЯ, що виникли після призначення АМБП другого ряду, треба вести відповідно до міжнародних рекомендацій для обмеження ймовірності втрати ефективного препарату.

27. Жінкам репродуктивного віку, які отримують АМБТ з приводу ТБ, особливо ЛС-ТБ, необхідно надавати рекомендації щодо планування вагітності з використанням бар'єрних або інших засобів контрацепції.

Вагітність, грудне вигодовування не є протипоказаннями для лікування ЧТБ/ЛС-ТБ. У вагітних і породіль лікування ЧТБ призначають за стандартизованою 6-місячною схемою 2HRZE/4HR; лікування ЛС-ТБ має ґрунтуватися на індивідуалізованій оцінці співвідношення користь/ризик (режим ВРaLM/ВРaL не рекомендований до застосування у вагітних і жінок, які годують груддю, через відсутність даних щодо безпеки Ра; пацієнткам, які завагітніли під час лікування за режимом ВРaLM/ВРaL, рекомендована корекція терапії та призначення альтернативної схеми АМБТ; застосування ін'єкційних препаратів (Am) у схемі лікування вагітних протипоказано через ототоксичний вплив на плід; застосування Eto (Pto), PAS не рекомендовано через ризик розвитку небажаних реакцій (нудота, блювання) та потенційний тератогенний ефект).

Лікування ЧТБ/ЛС-ТБ у вагітних починають відразу після встановлення діагнозу. За умови задовільного стану пацієнтки і за відсутності клінічних ознак прогресування захворювання лікування ЛС-ТБ відтермінують до другого триместру вагітності. Рішення про відтермінування приймає лікарський консилиум спільно з акушером-гінекологом і пацієнткою. Усім вагітним пацієнткам під час лікування ЧТБ/ЛС-ТБ призначають піридоксин у профілактичному дозуванні.

Повне роз'єднання матері і дитини не потрібне за умови, якщо мати отримує ефективне лікування (щонайменше 2-3 тиж з моменту призначення ефективної схеми АМБТ, що підтверджується даними гТМЧ/фТМЧ МБТ), прихильна до нього і дотримується правил інфекційного контролю (носіння медичної маски під час догляду за дитиною; нічний сон у різних приміщеннях). Своєчасна й ефективна схема АМБТ зі включенням не менше чотирьох ефективних АМБП є найкращим методом запобігання передачі МБТ від матері до дитини.

28. Узгодження або корекція призначеного лікарем-практиком режиму АМБТ, у тому числі через виникнення виражених ПР на АМБП або їх непереносимості, що потребують відміни окремих препаратів або усього режиму АМБТ, здійснюють за рішенням лікарського консилиуму (регіональної ЦЛКК ЛС-ТБ).

29. Паліативну допомогу можна призначати в будь-якому віці, на будь-якому етапі лікування ТБ, її можна надавати одночасно з АМБТ.

Критерії визначення пацієнта (у тому числі дитячого віку), що потребує паліативної допомоги, регламентовані Порядком надання паліативної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 4 червня 2020 р. № 1308, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 1 липня 2020 р. за № 609/34892 (далі – Порядок надання паліативної допомоги).

Рішення про припинення лікування МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ і переведення пацієнта на паліативний нагляд приймає лікарський консилиум за умови збереження в пацієнта бактеріовиділення за результатами культурального методу за 6-й міс лікування і/або за неможливості призначення курсу АМБТ із додаванням не менш ніж чотирьох ефективних АМБП, особливо – на тлі погіршення клінічного стану пацієнта зі втратою ваги і прогресуючою дихальною недостатністю та за умови, якщо всі можливі заходи з корекції лікування або досягнення

прихильності пацієнта до лікування були застосовані та не існує інших додаткових ресурсів (у тому числі хірургічного втручання) длявилікування.

Лікування МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ припиняють лише тоді, коли вичерпані всі можливості АМБТ і продовження лікування призводить до погіршення якості життя пацієнта, є ризиком щодо розширення лікарської стійкості, що збільшує ймовірність зараження оточуючих осіб невиліковними формами ТБ.

Паліативна допомога не запобігає настанню смертельного результату і спрямована на підвищення якості життя пацієнта з ТБ.

Пацієнта, який становить епідемічну небезпеку для оточуючих, необхідно забезпечити за рахунок паліативної допомоги з дотриманням заходів інфекційного контролю.

30. Основними принципами паліативної допомоги є: полегшення фізичних страждань, у тому числі надання симптоматичної медичної допомоги; створення для пацієнта психологічно комфортних умов життя (у стаціонарних умовах, вдома); соціальна допомога (у тому числі надання соціальної послуги паліативного догляду); духовна підтримка.

Організовуючи паліативну допомогу вдома, необхідно забезпечити регулярне відвідування пацієнта медичним спеціалістом, щоб надавати необхідну медичну допомогу і контролювати виконання заходів інфекційного контролю.

Паліативне лікування передбачає такі заходи:

- знеболювання і полегшення симптомів захворювання. Парацетамол або кодеїн із парацетамолом полегшує помірний біль, зменшує кашель;
- лікування дихальної недостатності: оксигенотерапія;
- продовження прийому симптоматичних/патогенетичних препаратів;
- оцінка та лікування психологічних симптомів або психічних захворювань, таких як тривога, депресія, галюцинації та ін. У пацієнтів із депресією застосовують лікарські засоби відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- оцінка та лікування розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин або алкоголю;
- консультування щодо пом'якшення соціальної стигматизації та дискримінації;
- гігієнічні процедури (гігієна порожнини рота, купання і миття волосся, своєчасне гоління, стрижка нігтів тощо);
- харчування: часте, маленькими порціями;
- симптоматичне лікування нудоти;
- регулярні медичні візити в разі організації паліативної допомоги на дому (кратність відвідування та обсяг заходів, що здійснюватимуться за місцем проживання/перебування пацієнта визначають індивідуально та фіксують у плані спостереження пацієнта);
- якщо пацієнту загрожує погіршення стану – планування подальшої медичної допомоги заздалегідь з урахуванням побажань пацієнта і варіантів лікування;
- психологічна допомога / консультування членів сім'ї пацієнта в разі його смерті.

Допомога наприкінці життя може надаватися або в стаціонарних умовах (хоспіс / профільний стаціонар) або вдома залежно від вибору пацієнта, наявності умов для забезпечення паліативного догляду вдома, наявності показань до стаціонарного лікування, можливостей належної організації інфекційного контролю вдома або в ЗОЗ.

Перебування пацієнтів в умовах хоспісу / профільного стаціонару має переваги над домашнім доглядом через доступнішу медичну допомогу (знеболення, догляд, лікувальна фізкультура, масаж, кваліфікована профілактика пролежнів, м'язових контрактур тощо).

У разі виникнення гострої супутньої патології пацієнту надають екстрену медичну допомогу, у тому числі спеціалізовану.

31. Надаючи паліативну медичну допомогу, надавачі медичних послуг забезпечують моніторинг стану пацієнта, складання і перегляд плану спостереження з урахуванням змін стану та потреб пацієнта і/або його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом, а також застосування необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів у разі зміни стану пацієнта.

Надаючи паліативну медичну допомогу, рекомендована кратність обстеження пацієнтів:

- мікроскопія мокротиння – це дослідження регулярно таким пацієнтам не проводять, але воно може бути призначено за рекомендацією лікарського консилиуму;

- дослідження мокротиння на МБТ за допомогою методу посіву та ТМЧ – це дослідження регулярно таким пацієнтам не проводять, але воно може бути призначено за рекомендацією лікарського консилиуму;

- рентгенологічне дослідження, вимірювання маси тіла, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, інші лабораторні та інструментальні обстеження – за призначенням лікаря.

32. Незалежно від місця надання паліативної медичної допомоги (у стаціонарних умовах, на дому) пацієнту і членам його сім'ї необхідно забезпечити психологічну та соціальну підтримку. У разі смерті пацієнта членам його сім'ї необхідно забезпечити консультування. Ефективна підтримка наприкінці життя передбачає залучення медичних спеціалістів, фахівців різних спеціальностей (соціальних співробітників, психологів, волонтерів, юристів, священнослужителів та ін.) для надання паліативної допомоги пацієнту та членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють догляд, у складі мультидисциплінарної команди згідно з Порядком надання паліативної допомоги.

33. У пацієнтів, які отримують лікування з приводу тяжкого позалегеневого ЧТБ/ЛС-ТБ (ТБ менінгіт, ТБ кісток і суглобів) і/або тяжкого легеневого ЧТБ/ЛС-ТБ, наприкінці ефективного курсу АМБТ необхідно забезпечити проведення функціональної та, у разі потреби, нейрокогнітивної оцінки з використанням мультидисциплінарного підходу (за показаннями – залучення невропатолога, фізіотерапевта/ерготерапевта, терапевта, пульмонолога, хірурга, логопеда та ін.) з метою визначення загальних потреб пацієнта в подальшій медичній допомозі після завершення АМБТ та організації заходів довгострокового медичного нагляду та систематичного скринінгу на ТБ у лікаря загальної практики–сімейного лікаря.

34. Для всіх пацієнтів здійснюють облік із веденням передбачених законодавством для цих випадків форм первинної облікової документації, усіх призначених медикаментів, клінічний і бактеріологічний моніторинг лікування, побічних реакцій і результатів лікування.

У ході першого контакту з кожним пацієнтом потрібно зібрати повний клінічний і соціальний анамнез захворювання на ТБ та внести дані в медичну документацію. Також документують наявну інформацію про попередній діагноз, лікування (схему, дози, тривалість, зміни режиму тощо) та прихильність до нього, а також повну інформацію щодо результатів бактеріологічного обстеження від початку захворювання та в процесі лікування. Таку інформацію треба також навести в документації, яку видають пацієнту (виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого) для полегшення безперервного нагляду, якщо пацієнта переводять до іншого ЗОЗ.

35. Визначити принципи формулювання діагнозу випадків ТБ.

36. Визначення результатів лікування в пацієнтів із ЧТБ (із Нрез-ТБ включно), МЛС/Риф-ТБ і пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ має відповідати визначенням ВООЗ щодо результатів лікування ТБ від 2021 року.

Усіх пацієнтів з ефективним результатом лікування («вилікуваний» або «лікування завершено») знімають із диспансерного обліку в лікаря-фтизіатра.

ВІЛ-позитивним пацієнтам, які успішно завершили курс лікування ЧТБ (з результатом «вилікуваний» або «лікування завершено»), може бути призначено ПЛ ТБІ лікарем, який веде випадок ВІЛ-інфекції.

Бажані критерії якості

Використання інструментів для оцінки якості життя в дорослих, пов'язаної зі здоров'ям і впливом медичних втручань (наприклад, опитувальник EQ-5D).

Текст подано в скороченні.

Текст адаптовано та уніфіковано відповідно до стандартів тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».

Повний текст протоколу: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/05/protokol-covid2023.pdf>

Діагностика та лікування алергічного риніту в дітей-астматиків

Алергічний риніт (АР) є поширеним запальним захворюванням верхніх дихальних шляхів (ВДШ), особливо серед педіатричних пацієнтів. Ця патологія може знижувати якість життя, погіршувати сон та щоденну продуктивність. Метою наведеного огляду є надання оновленої інформації щодо епідеміології АР та його діагностики, з урахуванням зв'язку з бронхіальною астмою (БА). Справді, розглядаючи педіатричних пацієнтів із БА, АР, мабуть, є найважливішим чинником ризику та позабронхіальним показником контролю БА. Враховуючи ці дані, завжди слід розглядати проведення алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ), яка надає унікальну можливість специфічно впливати на імунологічне підґрунтя АР, що поліпшує контроль як АР, так і БА, а також запобігає розвитку атопічного маршу. У першу чергу в усіх дітей з АР кожен лікар має оцінювати можливість проведення АСІТ, особливо у випадку його поєднання з БА.

Алергічний риніт: нетривіальна проблема

Для риніту характерні такі типові назальні симптоми, як закладеність/обструкція носа, ринорея, чхання і свербіж. Ці симптоми є проявами запалення та або/дисфункції слизової оболонки носової порожнини [1]. Загалом виділяють 3 підгрупи (фенотипи) риніту: АР, інфекційний риніт і неалергічний (неінфекційний) риніт. В окремих пацієнтів певні фенотипи можуть перехресуватися, поєднуватися та динамічно змінюватися з часом [1, 2].

АР клінічно відображає ІgE-опосередковану реакцію на алергени, яка спочатку виникає на слизовій оболонці носової порожнини [3, 4]. Відповідно до рекомендацій ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Алергічний риніт та його вплив на астму), за тривалістю АР можна поділити на інтермітуючий чи персистуючий, а за тяжкістю симптомів – на легкий, середньої тяжкості та тяжкий.

До тригерів навколишнього середовища, які можуть спричинити АР, належить білок пилку, кліщів домашнього пилу, фекалій комах, шерсті тварин та цвілі, які містяться в повітрі [5]. Клінічні прояви захворювання є результатом складного біохімічного каскаду та біохімічних подій. Після потрапляння до дихальних шляхів алергени спочатку обробляються антигенпрезентуючими клітинами слизової оболонки та передаються CD4⁺-Т-лімфоцитам. Останні виробляють так звані Т2-цитокіни (наприклад, інтерлейкін-3 (ІЛ-3), -4, -5, -13, гранулоцитарно-макрофагальний колоніестимулювальний фактор), які активують диференціацію В-лімфоцитів у плазматичні клітини, а потім – продукцію антигенспецифічного ІgE, який зв'язується з Іg-рецепторами на поверхні опасистих клітин і базофілів. Після повторного контакту з алергеном чужорідні пептиди розпізнають специфічні ІgE, які зв'язують опасисті клітини та базофіли.

Наступний етап полягає у з'єднанні молекул ІgE та активації внутрішньоклітинного сигнального каскаду. Це призводить до дегрануляції біоактивних медіаторів (наприклад, гістаміну, лейкотрієнів, простагландинів, фактора активації тромбоцитів) [2, 6]. Уповільнене чи персистуюче запалення носа підтримується вивільненням хемокінів та інших хемоатрактантів, які призводять до міграції Тh2-клітин, активованих еозинофілів та опасистих клітин до назального епітелію, де вони вивільняють додаткові медіатори, які підтримують алергічне запалення [7]. Комплексний імунологічний фон підтримує системне запалення, яке лежить в основі АР. Це пояснює роль АР як основного чинника ризику виникнення БА.

Поширеність АР у світі становить 10-30% [8], хворіють приблизно 400 млн осіб [9]. АР є дуже частою патологією, яка значно впливає на якість життя та працездатність пацієнтів. АР також є чинником виникнення інших патологій дихальної системи в дорослих (особливо БА) та зумовлює труднощі в навчанні, погану поведінку і психологічні розлади у дітей [10]. У таких пацієнтів поширені супутні респіраторні захворювання, що пов'язано зі спільним імунологічним патогенезом, фізичним і біологічним зв'язком між ВДШ та нижніми ДШ (НДШ), що узагальнено в концепції спільних захворювань дихальних шляхів [11].

Як у дітей, так і в дорослих часто спостерігаються розлади сну. Закладеність носа є дуже частим неприємним симптомом риніту, який вважають головною причиною порушення сну. Ступінь розладів сну прямо пов'язаний із тяжкістю захворювання [12, 13]. Назальна обструкція зазвичай спричиняє деяке збудження, фрагментацію сну та виступає незалежним чинником ризику виникнення обструктивного апное під час сну (ОАПС) [14]. Систематичний огляд статей за останні 25 років виявив статистично значущий зв'язок між АР у дітей і порушенням дихання під час сну, у тому числі хропінням та ОАПС [15]. Також розлади сну є детермінантами погіршення якості життя пацієнтів (QoL) із ринітом [10, 16].

В осіб з АР часто виникають депресивні розлади. Відповідно до нещодавнього огляду, який охопив 14 досліджень

та 19,36±1,1 млн учасників, зв'язок між АР та депресією зазначався з 1,54 ВШ (відношення шансів; 95% ДІ 1,24 до 1,90; p<0,05) [17]. Поряд із психологічними розладами, пов'язаними з впливом АР на якість життя, у пацієнтів з алергією появи депресії можуть сприяти інші механізми, зокрема психопатологія може бути одним із проявів нейрозапалення, що зумовлено системним поширенням запальних цитокінів у таких пацієнтів [17, 18].

Крім того, складність АР та його зв'язок із супутніми захворюваннями – це певний економічний тягар. Витрати, пов'язані з АР, можна розподілити на 2 категорії: прямі витрати, зумовлені економічними ресурсами, які витрачаються на лікування та проведення АСІТ [1, 10]; непрямі, «приховані», витрати через пропущені робочі дні та зменшення продуктивності, а також витрати, пов'язані з лікуванням таких супутніх патологій, як синусити чи БА [19].

Поширеність АР у дітей-астматиків

АР є поширеним серед педіатричних пацієнтів в усьому світі, його частота коливається від 0,8 до 14,9% у віці 6-7 років і від 1,4 до 39,7% у віці 13-14 років [19]. Згідно з даними III фази дослідження ISAAC, поширеність АР зростає з 8,5% у дітей віком 6-7 років до 14,6% у дітей 13-14 років. Особливо це спостерігали в країнах із низьким і середнім рівнем доходів, тоді як зміни в країнах Західної Європи були мінімальними [20]. У 80% випадків симптоми АР виникають у віці до 20 років, причому 40% цих випадків дебютують у віці до 6 років [21].

АР часто асоційований із такими атопічними захворюваннями, як БА, алергічний кон'юнктивіт та екзема. Зокрема, більшість пацієнтів із БА мають супутній АР, а приблизно третина пацієнтів з АР мають БА [22]. Так, дані епідеміологічних досліджень свідчать, що майже у 30% пацієнтів із АР протягом життя виникає БА та майже у 80% осіб із персистуючою БА є супутній АР [24]. Варто зазначити, що зв'язок між цими захворюваннями залишався стійким протягом років, незважаючи на зміни в загальній поширеності [25].

Загалом, із віком захворюваність на АР в осіб із БА зростає. Нещодавно отримані дані показали, що в підлітків із БА частота супутнього АР вища (p=0,02; ВШ=2,07), ніж у дітей молодшого віку [26]. Узгоджуючись із цим, розширені проспективні дані подальшого нагляду за дослідження MAS показали, що у віці 20 років БА частіше виникає разом з АР, ніж окремо [27]. Враховуючи профіль сенсibiliзації пацієнта (незважаючи на раніше опубліковані дані частішої асоціації АР з БА, ніж неалергічного риніту і БА [28]), нещодавнє дослідження MeDALL (Mechanisms of the Development of ALLergy), яке охопило дані 12 когортних європейських груп, показало, що риніт співіснує з БА частіше, ніж очікували (незалежно від наявності ІgE-сенсibiliзації). Це свідчить, що в основі цих захворювань лежать механізми, що відрізняються від атопічної сенсibiliзації [29].

Є дані щодо впливу АР на БА, що було показано у великому когортному дослідженні за участю дітей шкільного віку. Повідомляли, що більшість дітей з АР мали вищий ризик розвитку БА. На відміну від дітей без АР, особи з БА та супутнім АР мали менше безсимптомних днів (p<0,001), більше симптомів протягом доби (<0,001), більшу кількість застосування медикаментів для невідкладної допомоги (<0,01) та сильніше обмеження активності через БА (<0,001) [30].

Отримані дані свідчать, що дітей і підлітків з АР треба регулярно обстежувати з метою виявлення осіб із БА для оптимізації терапії та досягнення кращого контролю БА, а також для розрішення симптомів АР.

Об'єднані захворювання дихальних шляхів: вплив риніту на контроль БА

Концепція об'єднаних захворювань дихальних шляхів (United airways disease, UAD) чітко визначає, що ВДШ

і НДШ є частиною одного органа. Захворювання ВДШ і НДШ часто виникають одночасно, що відображає наявність спільного імунологічного підґрунтя. До UAD належать риніт, хронічний риносинусит, поліпоз носа та супутні/коморбідні захворювання НДШ: БА, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхоектатична хвороба, муковісцидоз і ОАПС [11].

З епідеміологічної точки зору, існує чіткий перехресний зв'язок між АР та БА. АР є значним чинником ризику виникнення БА (ВШ 3,5). Ризик БА в осіб з АР є очевиднішим у дітей, ніж у дорослих (ВШ 4,1 проти 3,4) [31, 32]. Залучення до процесу як ВДШ, так і НДШ призводить до більшого навантаження на системи охорони здоров'я та потребує складнішого діагностичного й лікувального плану дій [11]. Потрібно зазначити, що навіть за відсутності симптомів БА в пацієнтів з АР є гіперреактивність дихальних шляхів (визначена за допомогою позитивного інгаляційного провокаційного тесту та зворотністю обструкції дихальних шляхів). У пацієнтів з АР без БА також наявні запалення дихальних шляхів та певний ступінь їхнього ремоделювання [33, 34].

В основі підвищеної бронхіальної гіперреактивності при порушенні назальних функцій лежать різні механізми. Втрата назальних функцій через набряк слизової оболонки та ретенція носових порожнин утруднює потік повітря через ВДШ на користь дихання ротом, що пов'язано з вищим ризиком виникнення бронхоспазму [35].

Насправді під час дихання ротом порушується функція носової порожнини, що полягає в зігріванні та зволоженні повітря. Через це повітря досягає бронхів холоднішим і сушішим. Крім того, слизова оболонка носової порожнини та мукоциліарний апарат фільтрують частинки і газоподібні речовини вдихуваного повітря, перш ніж вони досягають НДШ; із функціонального боку носова порожнина містить елементи як вродженої, так і специфічної, імунної системи, які разом призначені для запобігання надходженню інфекційних агентів до НДШ [36, 37]. Таким чином, назальна обструкція призводить до того, що алергени чи холодне повітря, які надходять безпосередньо до дихальних шляхів, сприяють виникненню їхньої гіперчутливості.

Інший механізм, який лежить в основі гіперреактивності бронхів у пацієнтів з АР, – це так званий назобронхіальний рефлекс. Він є частиною пірального рефлексу, який фізіологічно призводить до пригнічення дихання, ларингоспазму та звуження бронхів тоді, коли голова під водою [36]. У цьому разі провідні шляхи блукаючого і трійчастого нервів та аферентні рецептори сприяють виникненню бронхообструкції. Проте достовірність цього механізму в розвитку бронхіальної гіперреактивності в пацієнтів з АР залишається суперечливою [37].

Нарешті, підвищена реактивність НДШ при АР може пояснюватися наявністю Т2-запалення. Добре відомо, що під час проведення назального провокаційного тесту з алергеном у пацієнтів з АР запальна відповідь супроводжується підвищенням кількості еозинофілів у слизовій носової порожнини так само, як і в периферичній крові. Еозинофіли можуть селективно інфільтрувати різні тканини, у тому числі стінку бронхів. Там вони можуть порушувати цілісність епітелію, що призводить до зменшення кількості війкових і щіточкових клітин, секретії опасистими клітинами та впливу нервових закінчень, які зрештою сприяють розвитку бронхіальної гіперреактивності та бронхоконстрикції [38-40].

Sedgwick та співавт. в одному з ключових досліджень показали, що рідина, отримана за допомогою бронхоальвеолярного лаважу в осіб з АР, містить значно підвищений рівень гістаміну та триптази в наступні 12 хв після зустрічі з антигеном, потім підвищується концентрація ІЛ-5, яка корелює з наявністю еозинофілів та еозинофільного гранулярного білка протягом 48 год після контакту. Рівні еозинофілів і розчинних медіаторів еозинофілів не були підвищеними у групі здорових осіб [41].

Враховуючи механізми, наведені вище, значення АР у виникненні БА не є сюрпризом. Наявність АР є раннім значущим предиктором погіршення функції легень до 6-го десятиліття життя [42]. Пацієнти з АР схильні до розвитку бронхіальної гіперреактивності та БА. Також субоптимальний контроль АР вказує на гірший контроль БА у таких пацієнтів [43]. Зростаюча кількість доказів



Рис. 1. Ведення пацієнтів з АР

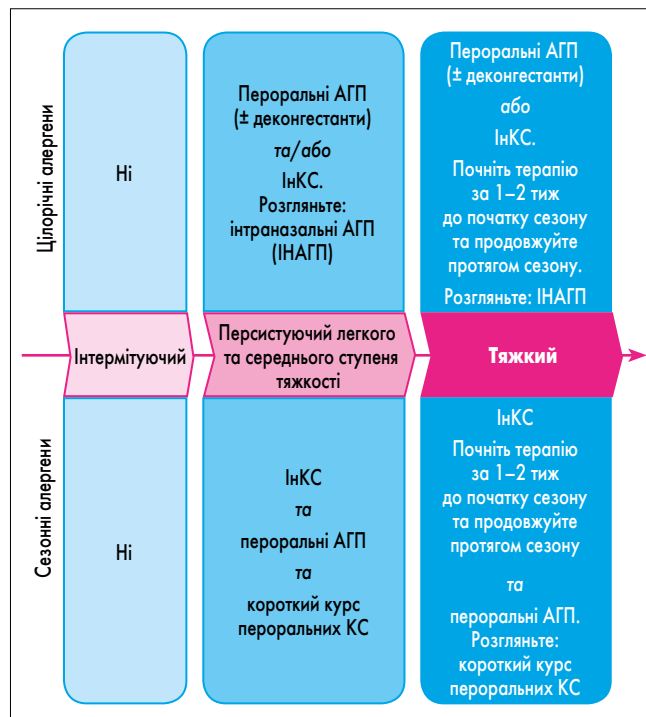


Рис. 2. Підхід до лікування АР залежно від тяжкості та зворотності симптомів

вказує, що поганий контроль БА та більше використання медичних ресурсів (у тому числі під час загострень БА, звернень до відділень невідкладної допомоги, планових чи позапланових візитів до лікаря і призначення ліків) частіше виникають у пацієнтів із супутнім АР, ніж в осіб без нього [13, 43-45].

Можливості фармакологічної терапії

Протягом останніх років фармакологічне лікування дітей з АР суттєво не змінилося. Незважаючи на це, сьогодні все ще спостерігаються неправильні підходи до терапії, і найчастіше це відбувається в разі самолікування. Декілька міжнародних консенсусів рекомендують стандартизований підхід, який базується на тяжкості захворювання, гостроті процесу чи відповіді на терапію. Пацієнти з легкими короткочасними інтермітуючими симптомами мають користь від короткочасної періодичної терапії, тоді як пацієнти зі стійкими проявами потребують довготривалого регулярно лікування. Алгоритм ведення пацієнтів з АР наведено на рисунках 1 і 2.

Навчання пацієнтів та уникнення алергенів є першочерговим завданням, однак більшість пацієнтів потребують покрокового підходу для контролю симптомів, підтримки якості терапії та уникнення побічних проявів медикаментів.

Пероральні антигістамінні препарати

У клінічній практиці пероральні АГП застосовують як засоби 1-ї лінії терапії протягом останніх 50 років. Пероральні АГП поділяють на I та II покоління, що переважно залежить від їхньої здатності проникати крізь гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ). Н₁-АГП завдяки своїй ліпофільності здатні проникати крізь ГЕБ і спричинювати седативну дію. У дітей Н₁-АГП I покоління не рекомендовані до застосування через здатність порушувати цикли сну та знижувати продуктивність у школі.

Н₁-АГП II покоління (лоратадин, цетиризин, терфенадин та астемізол) є ефективними й безпечними у дітей з АР (табл. 1). У дітей із легким та середньотяжким сезонним

| Препарат | Рекомендований вік | Педіатрична доза | Початок дії (год) | Седативний ефект | Взаємодія з їжею та препаратами |
|---------------|--------------------|--|-------------------|------------------|---------------------------------|
| Біластин | ≥ 6 років | 10 мг (6–11 років) у вигляді сиропу чи таблеток 20 мг (≥ 6 років) | < 1 | Ні | Так |
| Цетиризин | ≥ 2 роки | 2,5–5 мг (2–5 років), 5–10 мг (6–11 років) у вигляді сиропу чи таблеток | 0,7 | Мінімальний | Так |
| Дезлоратадин | ≥ 6 міс | 1,25 мг (1–5 років), 2,5 мг (6–11 років) | 1 | Ні | Ні |
| Фексофенадин | ≥ 2 роки | 30 мг, 1 таблетка 2 рази на добу | 2 | Ні | Так |
| Левосетиризин | ≥ 6 міс | 5 мг (> 6 років) 1 раз на добу, 1,25 мг (2–6 років) 2 рази на добу | 1 | Ні | Ні |
| Лоратадин | ≥ 2 роки | 10 мг у вигляді сиропу чи таблеток | 1 | Ні | Так |

| Препарат | Рекомендований вік | Педіатрична доза | Початок дії | Вплив на ріст |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------|---------------|
| Беклометазон | ≥ 6 років | 1–2 впорскування 2 рази на добу | Декілька днів | Так |
| Будесонід | ≥ 6 років | 1–2 впорскування 2 рази на добу | Протягом 10 год | Так |
| Флутиказону фураат | ≥ 2 роки | 1–2 впорскування 2 рази на добу | Протягом 8 год | |
| Флутиказону пропіонат | ≥ 4 роки | 1–2 впорскування 2 рази на добу | Протягом 12 год | |
| Мометазон | ≥ 2 роки | 1 впорскування 1 раз на добу | Протягом 12 год | Ні |
| Триамцинолон | ≥ 2 роки | 2 впорскування 1–2 рази на добу | Декілька днів | |

і легким цілорічним АР пероральні АГП рекомендовані як засоби 1-ї лінії терапії. За відсутності ефекту (після 2–4 тиж лікування) треба розглянути застосування ІНКС окремо чи разом з АГП.

ІНКС з/без ІНАГП

Як зазначалося вище, запальні клітини та медіатори слизової оболонки носової порожнини після впливу алергену сприяють виникненню імунологічного фону для розвитку АР. У цьому запальному каскаді можна виділити 2 фази: першу, що характеризується свербжем і ринореєю, та другу, яка проявляється закладеністю носа.

ІНКС прямо діють на обидві фази запальної відповіді. Вони мають хороший профіль безпеки з високою афіністю до рецепторів назальних клітин, а їх застосування не супроводжується системним впливом. ІНКС окремо можна використовувати для всіх категорій осіб з АР, тоді як ІНКС у комбінації з ІНАГП рекомендовані для пацієнтів, які не відповідають на монотерапію ІНКС [68]. Комбінація ІНКС/ІНАГП була ефективнішою за окреме застосування ІНКС, що можна пояснити їх синергічною дією. Комбінація ІНКС/ІНАГП рекомендована для застосування при АР середнього чи тяжкого ступеня, а також пацієнтам із гіперреактивністю НДШ чи рецидивними ускладненнями [50, 59].

ІНКС є ефективнішими за пероральні АГП у лікуванні ринореї, свербжу, обструкції та постназального затікання, а також у разі супутнього алергічного кон'юнктивіту та БА. Терапія ІНКС може супроводжуватися появою таких місцевих побічних проявів, як утворення кірок, печіння, носові кровотечі, сухість у роті, подразнення горла або чхання. Застосування комбінації ІНКС/ІНАГП може супроводжуватися відчуттям сухості та гіркого присмаку. Також дуже важливо призначити ІНКС дітям із дозволеного віку та в рекомендованих дозах, як зазначено в таблиці 2. Призначення ІНКС необхідно уникати в пацієнтів із глаукомою. Правильна техніка застосування інтраназальних спреїв і прихильність до лікування є надзвичайно важливими для досягнення користі від терапії.

Топічні та пероральні деконгестанти

Деконгестанти діють на α-адренорецептори, що стимулює вазоконстрикцію кровоносних судин і зменшує запалення слизової оболонки носової порожнини, приносних пазух та ВДШ. Ці препарати можна застосовувати як місцево, так і перорально. Деконгестанти в пероральній формі спричинюють більше побічних ефектів, ніж форми для місцевого застосування. Використання препаратів довше 10 днів протипоказане через ризик виникнення медикаментозно зумовленого риніту. Пероральні деконгестанти протипоказані в дітей молодшого віку [71] і загалом не рекомендовані для рутинного використання, що пояснюється високою частотою побічних проявів і відсутністю специфічної дії на процеси запалення, які лежать в основі АР.

Антагоністи лейкотрієнових рецепторів

Лейкотрієни відіграють важливу роль у патогенезі АР, сприяючи виникненню запалення, закладеності носа та назальної обструкції. Монтелукаст є найвивченішим антагоністом лейкотрієнових рецепторів (АЛР) у разі риніту та показаний при захворюваннях середнього і тяжкого

ступеня [72]. АЛР є ефективними за назальної обструкції у вигляді додаткової терапії до ІНКС і пероральних АГП, особливо в пацієнтів з АР та БА, які мають назальні симптоми вночі. АЛР можна призначати як додаткову терапію до комбінації ІНКС+пероральні АГП за неефективності лікування. Їх призначення також можна розглянути при АР з нічними симптомами та значною закладеністю носа [64].

Важливо підкреслити, що FDA (Food and Drug Administration, USA) попереджує про нейропсихіатричні побічні прояви, зумовлені застосуванням монтелукасту, та рекомендує його лише пацієнтам з АР, рефрактерним до іншого лікування.

Кортикостероїди системної дії

Застосування КС системної дії в клінічній практиці значно зменшилося через побічні прояви, пов'язані з їх тривалим прийомом. Показання до призначення цих препаратів в умовах вторинної медичної допомоги обмежені тяжкими формами хвороби та симптомами, стійкими до іншої терапії.

АСІТ є єдиним доступним методом модифікації алергічних захворювань. Цей вид лікування забезпечує формування імунологічної толерантності в сенсibilізованих пацієнтів. Проте АСИТ все ще недостатньо застосовується, особливо в пацієнтів із супутньою БА.

Існують 2 шляхи застосування АСИТ: підшкірний і сублінгвальний. Вони мають однакову ефективність, проте сублінгвальний шлях безпечніше. Побічні прояви виникають рідко й у більшості випадків полягають у виникненні місцевих реакцій (свербж або набряк у місці ін'єкції чи в ротовій порожнині). Сублінгвальний шлях – більш оптимальний варіант для дітей, оскільки неінвазивний і краще переноситься.

Ефективність і безпечність АСИТ у пацієнтів з АР було підтвержено в багатьох дослідженнях, де спостерігали значне зменшення симптомів і поліпшення якості життя, зменшення застосування медикаментів і витрат системи охорони здоров'я, адже цей метод запобігав переходу АР у БА.

Висновки

АР має значне епідеміологічне значення, особливо в педіатричній популяції. Це захворювання може негативно впливати на якість життя, погіршувати сон і знижувати щоденну працездатність. АР є важливим чинником виникнення БА і найважливішим позабронхіальним показником контролю БА.

Фармакологічне лікування без належного контролю може збільшувати тягар захворювання. Через це необхідно контролювати виникнення можливих місцевих і системних побічних ефектів, особливо в разі застосування КС.

В усіх пацієнтів потрібно розглянути можливість застосування АСИТ, яка надає унікальну можливість впливати на імунологічне підґрунтя АР, поліпшувати контроль як АР, так і БА, а також запобігати прогресуванню й еволюції алергічних захворювань.

Tenero L., Vaia R., Ferrante G. et al. Diagnosis and Management of Allergic Rhinitis in Asthmatic Children. *Journal of asthma and allergy*. 2023. N. 16, 45-57. <https://doi.org/10.2147/JAA.S281439>.

Адаптований переклад з англ. Валерія Палька

Програма «Доступні ліки» в Україні

Реімбурсація – це повне або часткове відшкодування аптечним закладам вартості лікарських засобів або медичних виробів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Серед громадськості програма реімбурсації відома як програма «Доступні ліки». Вона робить для українців лікування хронічних захворювань доступнішим.

Пацієнти, які через стан здоров'я потребують постійного прийому певних ліків, можуть отримати такі препарати безоплатно або з невеликою доплатою завдяки реімбурсації (відшкодуванню) вартості таких препаратів аптеці з боку Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

Програму було впроваджено у 2017 р. для зменшення фінансового навантаження на пацієнтів та збільшення доступності ліків.

3 1 квітня 2019 року програму «Доступні ліки» адмініструє НСЗУ. Відтоді пацієнти почали отримувати потрібні їм лікарські засоби за електронним рецептом у будь-якій аптеці, що за договором співпрацює з НСЗУ.

У 2023 р. програмою реімбурсації «Доступні ліки» скористалися понад 2,2 млн пацієнтів на суму 3,9 млрд гривень! НСЗУ здійснює реімбурсацію лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв і форм випуску) і медичних виробів для лікування хронічних захворювань в амбулаторних умовах у межах ПМГ-2024, які входять до переліку, наведеному в постанові КМУ від 22 грудня 2023 р. № 1394.

Які захворювання підпадають під програму «Доступні ліки»?

У 2024 р. в програму «Доступні ліки» входять понад 500 торгових назв лікарських засобів і медвиробів за такими напрямками:

- серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, у тому числі первинна і вторинна профілактика інфарктів та інсультів;
- цукровий і нецукровий діабет;
- хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів;
- розлади психіки та поведінки;
- епілепсія;
- хвороба Паркінсона;
- лікарські засоби для забезпечення лікування осіб у посттрансплантаційному періоді;
- лікарські засоби для паліативних хворих, які потребують знеболення.

Також із жовтня 2023 року в межах програми медичних гарантій НСЗУ здійснює реімбурсацію медичних виробів для визначення в амбулаторних умовах рівня цукру в крові пацієнтами з діабетом першого типу (тест-смужок).



6 КРОКІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ЛІКІВ ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

1. Зверніться до відповідного лікаря

За наявності встановленого діагнозу сімейний лікар може виписати е-рецепт за всіма напрямками. Виписати рецепт на деякі види ліків сімейний лікар може лише на підставі призначення відповідного лікаря-спеціаліста.

2. Отримайте смс з е-рецептом

Після виписування лікарем е-рецепту система відправить на телефон смс із кодом, який налічує 16 символів. Це і є код е-рецепту. Цей код можуть також видати роздрукованою.

3. Дізнайтеся, чи буде препарат безкоштовним або з доплатою

Дізнатися, чи вартість необхідних вам ліків відшкодовується повністю або буде потрібна доплата, ви можете, вивчивши інформацію в інтернеті або зателефонувавши до контакт-центру НСЗУ за номером 16-77. Про необхідність доплати ви також можете дізнатися в самій аптеці.

4. Знайдіть найближчу аптеку, яка уклала договір із НСЗУ

Отримати ліки можна в аптеках, які уклали договір із НСЗУ. Аптеки, які беруть участь у програмі реімбурсації «Доступні ліки», мають на дверях відповідні наліпки «Тут є «Доступні ліки» і/або «+Інсуліни».

5. Зверніться до аптеки та назвіть код із смс

Повідомте працівнику аптеки 16-значний номер рецепта будь-яким доступним шляхом: продикуйте усно, надайте надруковану довідку, покажіть смс у своєму телефоні тощо. Якщо в аптеці немає потрібних пацієнту ліків, він не повинен називати код підтвердження рецепта і може звернутися до іншої аптеки або замовити ліки на майбутнє.

6. Придбайте ліки з доплатою чи без

Отримайте ваші ліки безоплатно або після внесення певної доплати. Ви можете скористатися е-рецептом протягом 30 днів. Після отримання ліків е-рецепт погашається. Щоб отримати ліки наступного разу, вам необхідно знову звернутися до лікаря особисто або за телефоном.

Знайти медзаклади можна на дашборді НСЗУ «Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»: <https://cutt.ly/ww25fg2k>, перелік медичних виробів, які підлягають реімбурсації: contracting.nszu.gov.ua; перелік лікарських засобів, які особа може отримати безоплатно або з невеликою доплатою: contracting.nszu.gov.ua, найближчі аптеки з договором із НСЗУ – через чат-бот «Спитай Гриця». Або зателефонуйте до контакт-центру НСЗУ за номером 16-77.

За матеріалами Національної служби здоров'я України

Лікування туберкульозу в Програмі медичних гарантій

24 березня – Всесвітній день боротьби з туберкульозом.

За даними Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), у 2023 році в Україні 98 773 пацієнти мали встановлений діагноз туберкульозу (ТБ), 22 379 пацієнтам діагноз ТБ було встановлено вперше.



Основні симптоми захворювання:



- кашель понад 2 тижні;
- підвищена температура тіла понад 7 днів;
- утруднене дихання;
- біль у грудях;
- поганий апетит, постійна слабкість;
- безпричинна втрата ваги;
- підвищена пітливість, особливо вночі;
- кровохаркання (наявність крові у мокротинні, що виділяється при кашлі).

Діагностика та лікування ТБ як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах за Програмою медичних гарантій безоплатні. Зокрема, для хворих на ТБ передбачено два пакети медичної допомоги:

- Діагностика і лікування дорослих і дітей, хворих на ТБ, у стаціонарних і амбулаторних умовах.
- Супровід і лікування дорослих і дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги.

До кого звертатися за наявності ознак туберкульозу?



За наявності зазначених симптомів пацієнт має відвідати свого сімейного лікаря, який проведе скринінг та оцінить ризик захворювання. За необхідності відправить на дослідження мокротиння (чи інший біологічний матеріал) на молекулярно-генетичній системі, а також на радіологічне обстеження. Якщо виникне потреба – дасть направлення до фтизіатра для дообстеження.

Діагноз «туберкульоз» встановлює фтизіатр. Звернутися до фтизіатра можна і без направлення.

Госпіталізація необхідна зазвичай тим пацієнтам, які виділяють мікобактерію ТБ. Після лікування в стаціонарі, коли мікобактерія ТБ перестає виділятися і це підтверджується лабораторно, пацієнт може продовжити лікування на первинному рівні медичної допомоги.

Як покриває послуги з лікування туберкульозу Програма медичних гарантій

З чого складається пакет «Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних і амбулаторних умовах»?

- консультування, амбулаторна та стаціонарна медична допомога;
- лабораторні й інструментальні дослідження;
- розробка індивідуального плану лікування;
- призначення протитуберкульозної терапії та корекція лікування з урахуванням чутливості/резистентності мікроорганізмів до медикаментів тощо;
- виявлення, діагностика і лікування супутніх захворювань із залученням інших спеціалістів або направлення пацієнтів для отримання відповідних медичних послуг;
- забезпечення ліками тощо.



З чого складається пакет «Супровід і лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги»?

- визначення разом із пацієнтом моделі підтримки лікування;
- динамічне спостереження за станом здоров'я;
- забір і транспортування біоматеріалу пацієнтів для бактеріологічних досліджень;
- призначення пацієнтам необхідних методів обстеження тощо.



Повний перелік безоплатних послуг – на сайті Національної служби здоров'я України (НСЗУ) в розділі «Вимоги ПМГ 2024» (п. 31, 32): <https://cutt.ly/aw25m3ro>

Скільки НСЗУ сплачує за лікування туберкульозу?

Для пацієнтів послуги з лікування ТБ є повністю безоплатними, їх оплачує медзакладам НСЗУ. За діагностику і лікування дорослих і дітей, хворих на ТБ, у стаціонарних і амбулаторних умовах НСЗУ сплачує за одного пацієнта 49 620 грн. За супровід і лікування дорослих і дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги НСЗУ сплачує 835 грн. За 2023 рік НСЗУ виплатила медзакладам понад 853 млн гривень за лікування ТБ в межах Програми медичних гарантій. З початку 2024 року – понад 88 млн гривень.



Як знайти медичний заклад, який уклав договір із НСЗУ?



У кожній області є спеціалізований медзаклад із лікування ТБ, який уклав договір із НСЗУ на відповідний пакет. Нині послуги з лікування ТБ надає 21 заклад спеціалізованої медичної допомоги. Також послуги пацієнтам, хворим на ТБ, надають 646 закладів первинної медичної допомоги (з них 11 – приватні). Пацієнти зі встановленим діагнозом ТБ можуть звернутися до лікарні без направлення, тобто за самозверненням. Також підставами для отримання лікування є направлення сімейного лікаря або лікаря клінічної практики та переведення з іншого медичного закладу.

Знайти медзаклади та їх адреси можна на дашборді НСЗУ «Укладені договори про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій»: <https://cutt.ly/ww25fg2k>. Або зателефонуйте до контакт-центру НСЗУ за номером 16-77.

За матеріалами Національної служби здоров'я України

ВІСНИК

online

щомісячний дайджест
для лікарів



Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!

