Здоров'я України
Видавничий дім

Здоров'я нації — добробут держави

Здоров'я України XXI сторіччя

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

ISSN 2412-4451

№ 3 (472) лютий 2020 р.
Передплатний індекс 35272

www.health-ua.com

Доктор медичних наук, професор ***Оксана Вітовська***

Підсумки 2019 року: офтальмологія

Читайте в рубриці ***Офтальмологія*** *на сторінці* **15**

Академік НАМН України ***Володимир Коваленко***

Цифрові рішення в медицині – майбутнє чи вже реальність?

Читайте на сторінці **8**

Доктор медичних наук, професор ***Ірина Мазур***

Медичні кадри України: аналіз за 2018 рік

Читайте на сторінці **22**

НОВИНКИ 2020

MoviHealth
Produced in Switzerland

Із Швейцарії, сучасний –
Helpex®
від застуди вчасний!

Хелпекс® Антиколд нео ІМБИР

БЕЗ ЦУКРУ

протизастудний засіб з противірусною* дією
для пацієнтів з цукровим діабетом

Склад:
парацетамолу 500 мг,
левоцетиризину дигідрохлориду 1,25 мг
містить натуральний екстракт імбиру лікарського (6:1)
Відсутні судинозвужуючі компоненти

Хелпекс® Антиколд нео ІМБИР

протизастудний засіб з противірусною* дією
з екстрактом імбиру

Склад:
парацетамолу 500 мг,
фенілефрину гідрохлориду 10 мг,
левоцетиризину дигідрохлориду 1,25 мг
містить натуральний екстракт
імбиру лікарського (6:1)

ТОВ «Мові Хелс»
www.movi-health.com.ua

* Інструкція для медичного застосування відповідного лікарського засобу.
Інформація призначена для спеціалістів в галузі охорони здоров'я.
Повна інформація про лікарські засоби, в тому числі характеристика, лікувальні властивості, побічні дії і протипоказання, міститься в інструкції для медичного застосування відповідного лікарського засобу. Застосовуються з 12 років. Відпускаються без рецепта. РП МОЗ України № UA/17631/01/01 від 21.08.2019; UA/17630/01/01 від 21.08.2019.

* Загальний наклад із 15.08.2014.

33 000 примірників*

ПульмоЛОР® *легке та вільне дихання!*

MoviHealth
Pharmaceutical company, Switzerland

ПульмоЛОР® - *перевірена комбінація амброксолу та лоратадину для симптоматичної терапії органів дихання у дорослих та дітей з 6 років[1], схильних до алергії*

ЛОРАТАДИН [2, 3, 6]

Протиалергічний
Має високу специфічність до Н1-гістамінових рецепторів

Протинабряковий
Зменшує проникність капілярів

Високий профіль переносимості
Відсутність негативного впливу на концентрацію уваги та пам'ять, на в'язкість бронхіального секрету

Попереджує бронхоспазм
Зменшує чутливість бронхів до гістаміну. Послаблює спазм гладкої мускулатури

АМБРОКСОЛ [2, 5]

Мукокінетичний
Стимулює рухливість миготливого епітелію

Сурфактант-зберігаючий
Підвищує вміст сурфактанту та зменшує його розпад

Муколітичний
Стимулює серозні клітини. Відновлюється фаза золь

Протизапальний
Пригнічує виділення прозапальних цитокінів

таблетки №10, №20:
амброксолу гідрохлорид - 60 мг
лоратадин - 5 мг

суспензія готується перед застосуванням
амброксолу гідрохлорид - 30 мг/5 мл
лоратадин - 5 мг/5 мл

ПульмоБРІЗ® - *перевірена комбінація муколітика ацетилцистеїну з мукокінетиком амброксолом для лікування кашлю*

АМБРОКСОЛ [4, 5]

Мукокінетичний
Стимулює рухливість миготливого епітелію

Сурфактант-зберігаючий
Підвищує вміст сурфактанту та зменшує його розпад

Муколітичний
Стимулює серозні клітини. Відновлюється фаза золь

Протизапальний
Пригнічує виділення прозапальних цитокінів

АЦЕТИЛЦИСТЕЇН [4, 5]

Муколітичний
Розриває бісульфідні зв'язки. Відновлюється фаза гель

Антиоксидантний
Зв'язує вільні радикали

Дезінтоксикаційний
Збільшує синтез глутатіону - фактору детоксикації організму

Руйнує біоплівки
Порушує адгезію бактерій. Руйнує позаклітинний матрикс

саше №10, №20, **ацетилцистеїн - 200 мг**
таблетки №20: **амброксолу гідрохлорид - 30 мг**

ПульмоБРІЗ® *сила двох стихій проти кашлю!*

www.movi-health.com.ua

ПульмоЛОР® Лікарська форма. Порошок для оральної суспензії. Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, які застосовують при кашлю та застудних захворюваннях. Відхаркувальні засоби, за винятком комбінованих препаратів, що містять протикашльові засоби. Код АТХ R05C. **Фармакологічні властивості.** Пульмолор® чинить виражену відхаркувальну дію, пом'якшує та заспокоює сухий кашель, полегшує дихання, нормалізує секрецію бронхіального слизу, покращує відходження мокротиння, зменшує запалення дихальних шляхів, чинить протиексудативну дію, послаблює спазм гладких м'язів бронхів та набряк тканин. **Показання.** Симптоматична терапія при гострих і хронічних захворюваннях дихальних шляхів зі спастичним та алергічним компонентом, пов'язаних із порушенням бронхіальної секреції та ослабленням просування слизу. Призначати при гострому і хронічному бронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, пневмонії, при станах, які супроводжуються гіперреактивністю бронхів. У ЛОР-практиці з метою розрідження секрету та зменшення набряку призначати при риніті, в тому числі алергічному, в комплексному лікуванні синуситів та отитів.
Спосіб застосування та дози: Дорослим і дітям віком від 12 років по 1 таблетці або 5 мл суспензії 2 рази на добу. Дітям від 6 до 12 років: по 2,5 мл суспензії 2-3 рази на добу.
Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Р.П. МОЗ України №UA/10378/01/01, UA/10378/02/01 від 16.08.2019.

ПульмоБРІЗ® Лікарська форма. Порошок для оральної суспензії. Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, які застосовуються при кашлі та застудних захворюваннях. Муколітичні засоби. Комбінації. Код АТХ R05C B10. **Фармакологічні властивості.** Амброксолу гідрохлорид чинить виражену відхаркувальну, протизапальну, імуномодулюючу, антиоксидантну і незначну протикашльову дію. Стимулює серозні клітини залоз слизової оболонки бронхів, збільшує кількість серозного секрету і таким чином змінює порушене співвідношення серозного і слизового компонентів. Амброксол підвищує вміст сурфактанту в легенях. Ацетилцистеїн – за рахунок вільної сульфгідрильної групи розриває бісульфідні зв'язки мукополісахаридів мокротиння, що призводить до зниження в'язкості бронхіального секрету. **Показання.** Лікування гострих і хронічних захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються порушенням бронхіальної секреції та евакуації секрету: у т. ч. при гострому і хронічному бронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, пневмонії, бронхоектатичній хворобі, бронхіальній астмі, муковісцидозі, ларингіті, трахеїті.
Спосіб застосування та дози: Дорослим та дітям віком від 12 років: по 1 таблетці 3 рази на добу або по 1 саше 3 рази на добу.
Протипоказання. Підвищена чутливість до амброксолу, ацетилцистеїну або інших компонентів, що входять до складу препарату. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії загострення. Кровохаркання, легенева кровотеча. **Категорія відпуску.** Без рецепта.Р.П. МОЗ України № UA/10212/01/01, № UA/10212/02/01 від 16.08.2019.

1. Таблетки не застосовувати дітям до 12 років. 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПульмоЛОР®. Під амброксолом мається на увазі амброксолу гідрохлорид. 3. Л.В. Хіміон, Т.О. Ситюк, О.Б. Ященко, Ефективність комбінації амброксолу та лоратадину в лікуванні пацієнтів з гострими захворюваннями органів дихання та обтяженим алергологічним анамнезом//Здоров'я України, 2016, №6(379). 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПульмоБРІЗ®. Під амброксолом мається на увазі амброксолу гідрохлорид. 5. Ю.М. Мостовой. Кашель у дорослих. Уніфікований протокол. Клінічна настанова. Актуальність. Дискусійні питання// Здоров'я України, вересень 2016 рік. 6. Г.І. Кочуєв. Кашель: погляд лікаря загальної практики//Здоров'я України, 2019, №7(452).
Інформацію надано у скороченому вигляді. Повна інформація про лікарські засоби, в тому числі характеристика, лікувальні властивості, побічні дії та протипоказання містяться в інструкції для медичного застосування відповідного лікарського засобу. Інформація для фахівців в галузі охорони здоров'я. Для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

ТОВ «Мові Хелс». Київ, пр-т Академіка Глушкова, 12 А. Тел.: (044) 500-71-40.

Т.В. Стоєва, д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії № 2, **Н.Л. Весілик**, к.м.н., **О.В. Тіткова**, к.м.н., **О.В. Решетіло**, кафедра педіатрії № 2 Одеського національного медичного університету;
Л.П. Радюк, Одеська міська дитяча лікарня ім. Б.Я. Резніка

Пневмонії, поєднані з БОС, у дітей: особливості перебігу та терапевтичні підходи

Т.В. Стоєва

О.В. Тіткова

Н.Л. Весілик

О.В. Решетіло

Л.П. Радюк

У сучасній пульмонологічній практиці перебіг респіраторного захворювання в дітей часто ускладнюється бронхообструктивним синдромом (БОС), що не лише зумовлює залучення додаткових патогенетичних механізмів, а й вимагає відповідної медикаментозної корекції.

Серед проблемних аспектів, які сьогодні активно обговорюються на сторінках медичної преси, поряд із дослідженням особливостей перебігу пневмонії залежно від етіологічних факторів, вікових характеристик і несприятливих медико-соціальних факторів [1, 2] окремо постають питання коморбідних станів і нозологій, які можуть модифікувати клінічну картину, спричиняти затяжний або ускладнений перебіг захворювання [3].

Частоту поєднання пневмонії та БОС у дітей остаточно не з'ясовано. За даними Н.В. Банадиги та Т.В. Томашевської, в 48,3% дітей раннього віку позалікарняна пневмонія супроводжується БОС, що обтяжує перебіг захворювання, переважно за рахунок дихальної недостатності [4]. Е.І. Юліш і співавт. вказують, що в дітей раннього віку перебіг позалікарняної пневмонії в 48,5% випадків супроводжується БОС, при цьому 39% таких дітей мають обтяжений за атопією анамнез [5].

Розвиток бронхіальної обструкції в дитини з пневмонією може бути зумовлений певними преморбідними станами, як-от: обтяжений алергологічний анамнез, спадкова схильність до атопії, недоношеність, білково-енергетична недостатність, гіперплазія тимуса, ранній дебют респіраторних захворювань (у віці від 6 до 12 міс) та ін.

Слід зазначити, що в пацієнтів молодшого віку механізми істинного бронхоспазму асоційовані з підвищеною чутливістю інтерорецепторів до холінергічних компонентів вегетативної нервової системи, а блокада β_2-адренорецепторів при запальних процесах бронхолегеневої системи менш виражена, що знижує ефективність β_2-агоністів короткої дії в терапії БОС.

Водночас запальна реакція при БОС у дітей із гострими респіраторними інфекціями ініціюється прозапальними цитокінами, які, своєю чергою, спричиняють вивільнення нейротрансмітерів, зокрема гістаміну, серотоніну.

Отже, спорідненість патофізіології атопічних захворювань і БОС наводить на думку, що поєднання запальних захворювань і гіперактивність дихальних шляхів у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом можуть бути початковими ланками так званого атопічного маршу. Утім, незважаючи на популярність гіпотези атопічного маршу, механізми, які можуть лежати в основі його прогресування із залученням різних систем організму, поки що остаточно не з'ясовані.

Попри тривале і різнобічне вивчення патогенезу БОС дотепер немає загальновизнаних уявлень про механізми його розвитку на фоні пневмонії, що ускладнює діагностичний процес, знижує ефективність лікувальних заходів і спонукає до пошуку оптимальних патогенетично спрямованих схем терапії.

Метою дослідження було вивчити клініко-патогенетичні особливості перебігу пневмоній, поєднаних із БОС, у дітей задля обґрунтування спрямованої терапевтичної корекції і визначення її ефективності.

Матеріали та методи

Проведено порівняльне контрольоване дослідження в паралельних групах, відібраних методом стратифікованої рандомізації за нозоформами. У дослідженні взяли участь 89 дітей із позалікарняною пневмонією, які перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні Одеської міської дитячої клінічної лікарні ім. Б.Я. Резніка. Усім дітям проведений стандартний комплекс клініко-лабораторного обстеження (ЗАК, ЗАС, біохімічне дослідження крові, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, мікроскопія мокротиння), а також додаткове обстеження (визначення індексу алергізації (ІА), вивчення показників зовнішнього дихання за допомогою спірометрії). Критеріями включення в дослідження були: вік дитини (>6 років), діагностована позалікарняна пневмонія. До когорти спостереження не включали дітей із вродженими, спадковими хворобами бронхолегеневої системи, що супроводжуються БОС. Пацієнти були розподілені на 2 групи: А – діти з неускладненою позалікарняною пневмонією (n=47); Б – діти, у яких позалікарняна пневмонія поєднувалася з БОС (n=42).

У дослідженні застосовувалися клінічні та функціональні методи. Статистичний аналіз отриманих даних здійснювався з використанням пакетів програм Statistica 7.0, MedCalc і Microsoft Excel 2016 з інтеграцією AtteStat 13.1. Для оцінки значимості симптомів і лабораторних показників у дітей різних груп спостереження був використаний метод Feature Selection and Variable Filtering модуля інтелектуального аналізу даних (Data mining). Дослідження взаємозв'язку між парами дискретних якісних ознак виконувалося з використанням аналізу парних таблиць спряженості. Також із метою оцінки значимості відмінності між середніми в групах порівняння застосовувався дисперсійний аналіз. Для визначення найефективнішої статистичної моделі терапії був використаний ROC (Receiver Operator Characteristic) аналіз.

Результати й обговорення

Середній вік пацієнтів, хворих на пневмонію, дорівнював 8,17 року (95% ДІ 7,87-8,46). При розподіленні за статтю в загальній когорті дослідження кількість дівчаток становила 33,71% (95% ДІ 0,24-0,44), хлопчиків – 66,29% (95% ДІ 0,55-0,75).

У групі А середній вік хворих був 8,17 року (95% ДІ 7,81-8,52), серед них дівчаток було 19 (40,43%; 95% ДІ 0,27-0,54), хлопчиків – 28 (59,57%; 95% ДІ 0,45-0,72). У групі Б середній вік хворих дорівнював 8,18 року (95% ДІ 7,67-8,68), з них хлопчиків було 31 (52,54%; 95% ДІ 0,40-0,65), дівчаток – 11 (36,67%; 95% ДІ 0,22-0,55). У хлопчиків БОС на тлі пневмонії зустрічався удвічі частіше, ніж у дівчаток (відношення шансів (ВШ) 1,912; 95% ДІ 0,78-4,71).

При вивченні особливостей пневмонії, яка поєднується з БОС, було встановлено, що тяжкий перебіг захворювання зустрічався у 26,97% випадків (95% ДІ 0,19-0,37). Привертає увагу той факт, що в дітей групи Б достеменно частіше реєструвався тяжкий перебіг пневмонії – 54,76% випадків (95% ДІ 0,39-0,69), натомість у групі А лише у 2,13% учасників (95% ДІ 0,01-0,12) мала місце тяжка форма захворювання.

З огляду на роль атопічних реакцій на розвиток гіперактивності бронхів було вивчено особливості алергологічного анамнезу, досліджено відносний рівень еозинофілів у крові та визначено ІА, а також досліджено вміст лейкоцитів й еозинофілів у мокротинні. Наявність алергічних захворювань в анамнезі в групі Б відзначалася в 57,14% дітей (95% ДІ 0,42-0,70), що суттєво відрізнялося від групи А. У структурі алергопатології переважав атопічний дерматит (у 22,54% дітей), кропив'янка реєструвалася в 3,60% учасників, алергічний риніт – у 17,74%, алергічний кон'юнктивіт – у 6,86%; задокументовані епізоди БОС в анамнезі виявлено в 6,4% дітей.

Розрахунок ВШ довів залежність між поєднаним перебігом пневмонії з БОС та алергічними захворюваннями в анамнезі (ВШ 19,56; 95% ДІ 5,23-73,18).

За результатами загального аналізу крові середній уміст еозинофілів у дітей групи А становив 2,61%, в учасників групи Б – 4,02%. У зв'язку з отриманими даними щодо значимості алергічних проявів був обрахований лейкоцитарний ІА в пацієнтів обох груп. Обчислення ІА (співвідношення еозинофілів до решти клітин білої крові; у нормі показник становить 0,79-1,08) проводили за формулою:

$$ІА = (Лі + 10 \times (Е + 1)) / ММ + П + С + Мо + Б,$$

де Лі – лімфоцити, Е – еозинофіли, ММ – метамієлоцити, П – паличкоядерні, С – сегментоядерні, Мо – моноцити, Б – базофіли.

Середнє значення ІА у дітей групи А становило 1,278, натомість у групі Б цей показник дорівнював 2,07 ($p<0,05$).

У ході проведення мікроскопії мокротиння встановлено, що в групі А середня кількість лейкоцитів у полі зору склала 57,68 (95% ДІ 51,89-63,46), а в групі Б – 54,18 (95% ДІ 49,43-58,92), тобто значимої різниці не виявлено. Середня кількість еозинофілів у мокротинні в групі А становила 1,89 ($p<0,01$; 95% ДІ 1,44-2,34), тоді як у групі Б – 8,48 ($p<0,01$; 95% ДІ 7,96-8,98). Дані дисперсійного аналізу підтверджували отримані результати. Встановлено також взаємозв'язок між ступенем тяжкості перебігу пневмонії та рівнем еозинофілів у мокротинні. Так, при тяжкому перебігу захворювання спостерігався значно вищий рівень еозинофілів у мокротинні, ніж при пневмонії середньої тяжкості (рис. 1).

При визначенні особливостей етіологічного фактора було з'ясовано, що в дітей групи А виділено переважно стрептококову флору (*Streptococcus pneumoniae*). У групі Б отримали такі результати: *Streptococcus pyogenes* (у 36±2,02% дітей), *Streptococcus agalactiae* (20±5,83%), *Streptococcus pneumoniae* (16±5,35%), *Staphylococcus aureus* (4±2,86%), *Pseudomonas aeruginosa* (4±2,86%); у 20±5,84% випадків йшлося про змішану флору.

При дослідженні функції зовнішнього дихання у пацієнтів обох груп відмічалися рестриктивні зміни, а обструктивні ознаки реєструвалися тільки за наявних клінічних ознак БОС. У пацієнтів групи А середнє значення форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) дорівнювало 70,19% (95% ДІ 67,64-72,74), у групі Б – 70,24% (95% ДІ 68,74-71,73). У групі А середнє значення об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду ($ОФВ_1$) становило 84,09% (95% ДІ 83,15-85,01), у групі Б – 66,90% (95% ДІ 64,82-68,98; $p<0,05$).

У ході аналізу була встановлена залежність ступеня тяжкості перебігу захворювання від змін показників спірометрії. Тяжкий перебіг супроводжувався нижчими рівнями $ОФВ_1$, що підтверджувалося результатами дисперсійного аналізу (One-way ANOVA). Відносний ризик тяжкого перебігу пневмонії в групі Б склав 2,098 (95% ДІ 0,991-4,444).

Для оцінки значимості окремих клінічних симптомів і лабораторних показників у дітей різних груп спостереження був використаний метод Feature Selection and Variable Filtering. Найбільш значимими предикторами тяжкого перебігу захворювання були зниження показників $ОФВ_1$ (χ^2=38,9859; p=0,0000019), наявність підвищеної кількості еозинофілів у мокротинні (χ^2=33,1732; p=0,0000245), клінічні ознаки БОС (χ^2=31,1996; p=0,000000023), високий ІА (χ^2=20,0148; p=0,0055376).

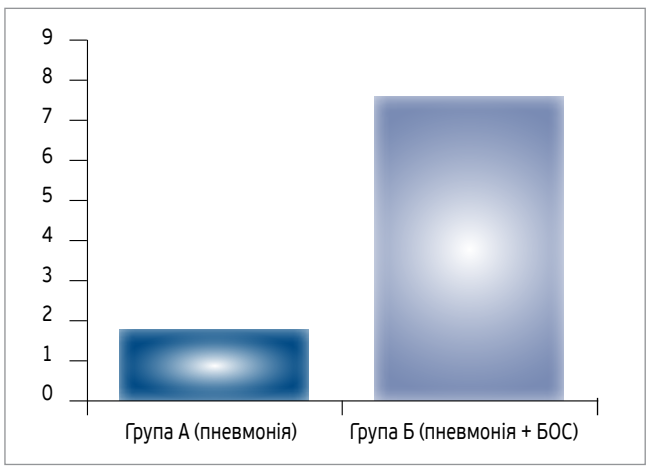


Рис. 1. Середня кількість еозинофілів у мокротинні в досліджуваних групах

З урахуванням отриманих даних щодо значимості алергічних проявів вважали доцільним проведення відповідної патогенетичної корекції із включенням до комплексу лікування препарату ПульмоЛОР® (MoviHealth, Швейцарія). Препарат ПульмоЛОР® – це фіксована комбінація амброксолу гідрохлориду та лоратадину з перевіреним профілем безпеки та сумісності.

Продовження на стор. 4.

Продовження. Початок на стор. 3.

Таблиця. **Оцінка чутливості показників ефективності терапії**

	AUC (площа під ROC-кривою)	Чутливість	95% ДІ
Динаміка ІА	0,710	0,0831	0,550-0,840
$ОФВ_1$	0,531	0,0909	0,371-0,687
Еозинофіли в мокротинні	0,601	0,0997	0,438-0,749
Лейкоцити в мокротинні	0,526	0,0918	0,367-0,682
ФЖЄЛ	0,639	0,0916	0,477-0,782

Фармакологічна дія амброксолу гідрохлориду заснована на розрідженні бронхіального секрету шляхом розщеплення кислих мукополісахаридів і дезоксирибонуклеїнових кислот, активації руху війок миготливого епітелію, стимуляції циліарної активності та пов'язана з відновленням мукоциліарного транспорту. Амброксол має протизапальний ефект: зменшує продукцію прозапальних цитокінів (інтерлейкіну-1 і фактора некрозу пухлини). Важливою особливістю амброксолу є його здатність збільшувати вміст сурфактанту в легенях, блокуючи розпад і підсилюючи синтез і секрецію сурфактанту в альвеолярних пневмоцитах 2 типу. Амброксол чинить імуномодулюючу дію (захист імунітету слизових дихальних шляхів за рахунок підвищення продукції секреторного IgA). При одночасному застосуванні з антибіотиками амброксол підсилює їх проникнення в бронхіальний секрет і слизову оболонку бронхів, підвищуючи ефективність антибактеріальної терапії і скорочуючи її тривалість. Лоратадин як селективний блокатор периферичних H_1-гістамінових рецепторів пролонгованої дії забезпечує протиалергічні властивості препарату, зменшує проникність капілярів, усуває набряк тканин, запобігає розвитку алергічних реакцій та полегшує їх перебіг. Лоратадин купірує спазм непосмугованої мускулатури бронхів, зменшує чутливість бронхів до гістаміну й усуває сухий кашель алергічної етіології.

Відповідно до вікової категорії пацієнтів застосовували ПульмоЛОР® у формі суспензії, 5 мл якої містить 30 мг амброксолу гідрохлориду та 5 мг лоратадину. Задля оцінки ефективності діти були розподілені на дві групи: Б1 – пацієнти з позалікарняною пневмонією та БОС, яким поряд з антибактеріальною терапією для патогенетичної корекції призначався комплексний препарат ПульмоЛОР® (n=16) у стандартних вікових дозуваннях згідно з інструкцією для медичного застосування – по 2,5 мл 2 р/добу; Б2 – пацієнти з позалікарняною пневмонією та БОС, які отримували антибактеріальну та стандартну муколітичну терапію (амброксолу гідрохлорид) (n=26).

У всіх хворих у процесі лікування відмічалася позитивна динаміка клінічних симптомів. При цьому тривалість захворювання була меншою в групі Б1 – 10 днів проти 11 у групі Б2 (p<0,05; рис. 2).

За результатами порівняння ROC-кривих і площі під кривою найчутливішим показником ефективності проведеної терапії виявився ІА (табл., рис. 3). Ми дійшли висновку, що з-поміж усіх досліджуваних показників саме ІА, беручи до уваги його високу чутливість (80,8%) і специфічність (62,4%), може бути використаний для оцінки ефективності терапії пневмоній, що супроводжуються БОС.

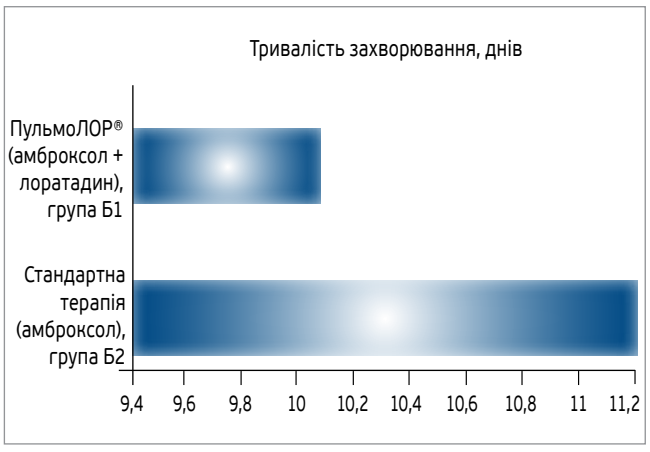


Рис. 2. Тривалість захворювання в дітей у різних групах терапії

Позитивна динаміка була відмічена за показником ІА залежно від отриманої терапії в різних досліджуваних групах до лікування та після: так, у пацієнтів групи Б2 середнє значення ІА при надходженні дорівнювало 1,90±0,66 (95% ДІ 1,55-1,92), після лікування – 1,00±0,19 (95% ДІ 0,90-1,10). Середнє значення ІА в групі Б1 при надходженні становило 2,20±0,62 (95% ДІ 1,90-2,50), після лікування – 0,90±0,15 (95% ДІ 0,80-0,99) (рис. 4, 5).

Ефективність терапії, аналіз та динаміка змін оцінювалися за результатами ROC-аналізу. Найефективнішу статистичну модель демонстрували результати в групі Б1, де показник AUC був вищий.

В основній групі (Б1) площа під кривою дорівнювала 0,679 (95% ДІ 0,405-0,884; чутливість 87,50%, специфічність 62,50%; p=0,0076). У контрольній групі (Б2) цей показник був на рівні 0,55 (95% ДІ 0,346-0,745; чутливість 100,00%, специфічність 0,0%; p=0,6770) (рис. 6). Найбільшу позитивну динаміку ІА спостерігали в групі Б1, де застосовувався препарат ПульмоЛОР® (MoviHealth), що доводить його виражену ефективність, підтверджену показниками AUC. Оцінка ефективності призначеної терапії в різних групах проводилася

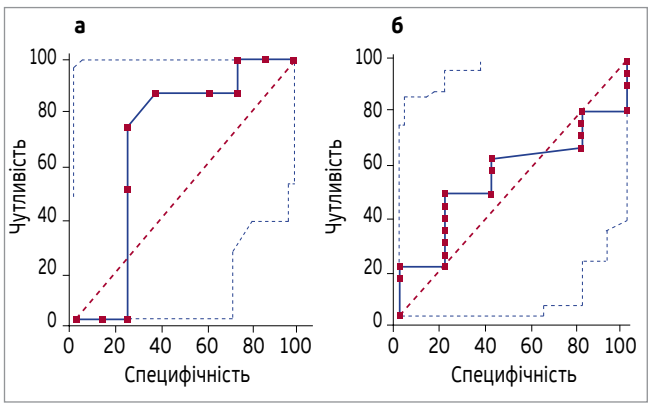


Рис. 6. Оцінка ефективності проведеної в дітей терапії: групи Б1 (ПульмоЛОР® – амброксол + лоратадин) за результатами ROC-аналізу ІА (а); групи Б2 (амброксол) за результатами ROC-аналізу ІА (б)

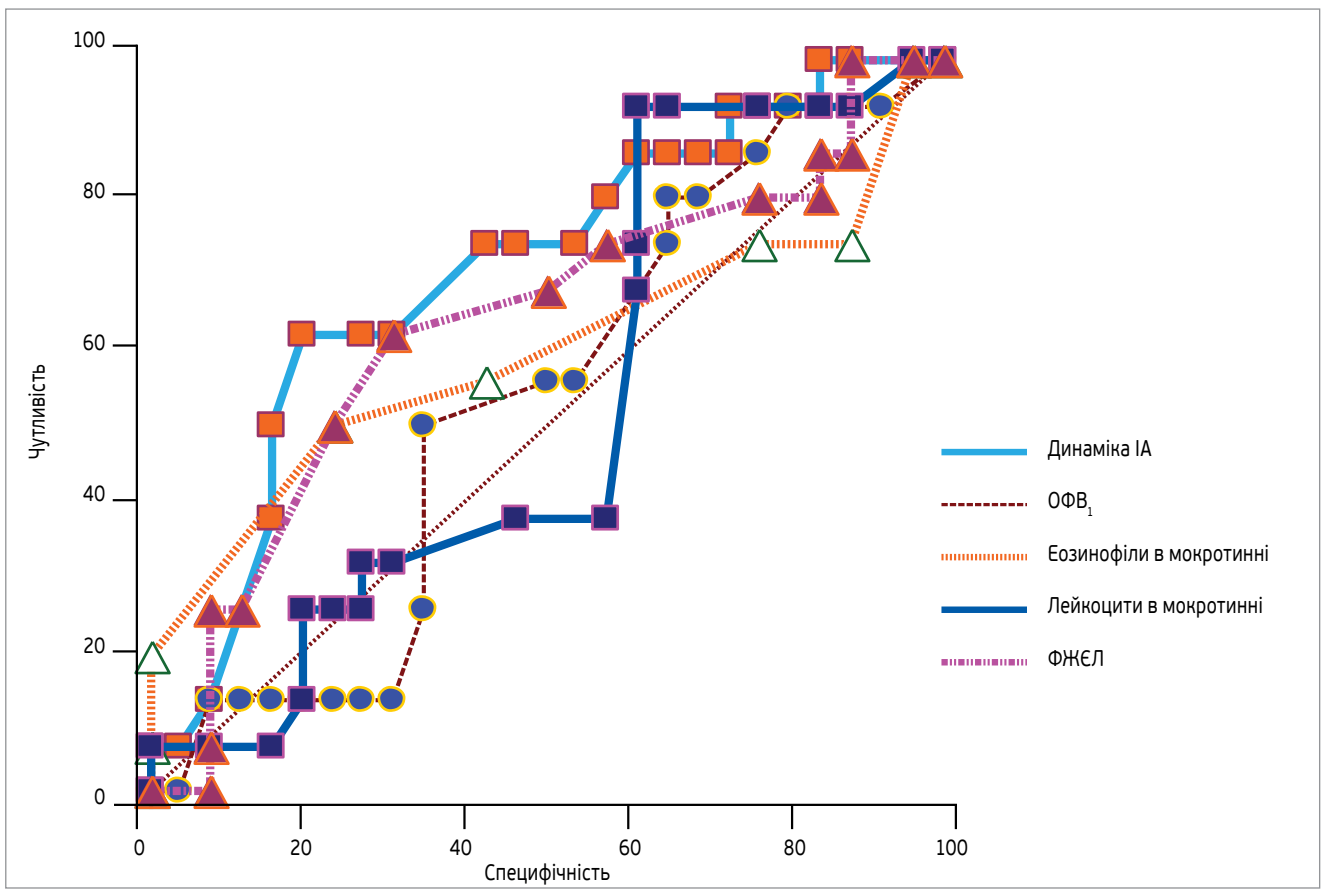


Рис. 3. Результати порівняння ROC-кривих і площі під кривою показників ефективності терапії (найбільш чутливий показник ефективності проведеної терапії в обох групах – ІА)

також методом підрахунку кількості хворих, яких треба було пролікувати (number needed to treat – NNT) для редукування аускультативних симптомів БОС (NNT 2,348; 95% ДІ 1,42-6,777). Цей метод також підтвердив, що більш ефективною статистичною моделлю є група Б1 (ПульмоЛОР®). Відношення ризиків щодо більш сприятливого перебігу пневмонії в поєднанні з БОС при лікуванні препаратом ПульмоЛОР® склало 2,5210 (95% ДІ 1,2525-5,0741; p=0,0096).

Слід окремо відзначити відсутність побічних, токсичних та алергічних реакцій при застосуванні лікарського засобу ПульмоЛОР® у всіх пацієнтів. Прихильність до терапії цим препаратом підвищується завдяки добрій переносимості та хорошим органолептичним властивостям. Усе вищенаведене дозволяє рекомендувати цей препарат для широкого застосування в схемах терапії позалікарняних пневмоній, які супроводжуються БОС.

Висновки

1. Поєднання пневмонії з БОС частіше зумовлює тяжкий перебіг захворювання (54,76%; 95% ДІ 0,39-0,69), частіше зустрічається в хлопчиків (ВШ 1,912; 95% ДІ 0,78-4,71) та в дітей з алергічною патологією (ВШ 19,56; 95% ДІ 5,23-73,18).

2. За результатами Feature Selection and Variable Filtering найбільш значимими предикторами тяжкого перебігу пневмонії були зниження показників $ОФВ_1$ (χ^2=38,9859; p=0,0000019), наявність підвищеної кількості еозинофілів у мокротинні (χ^2=33,1732; p=0,0000245), клінічні ознаки БОС (χ^2=31,1996; p=0,000000023), високий ІА (χ^2=20,0148; p=0,0055376).

3. Ефективність і доцільність застосування комбінованого препарату ПульмоЛОР® (MoviHealth, Швейцарія) у складі комплексної терапії пневмоній у дітей підтверджено результатами ROC-аналізу, зменшенням середньої тривалості захворювання, позитивною динамікою за показниками ІА, бронхіальної прохідності.

4. Оцінка ефективності призначеної терапії в різних групах хворих проводилася також методом підрахунку кількості хворих, яких треба було пролікувати для редукування аускультативних симптомів БОС. Цей метод підтвердив, що більш ефективною статистичною моделлю є група Б1 (ПульмоЛОР®) (NNT 2,348; 95% ДІ 1,42-6,777).

5. Відношення ризиків більш сприятливого перебігу пневмонії в поєднанні з БОС при лікуванні препаратом ПульмоЛОР® становило 2,5210 (95% ДІ 1,2525-5,0741; p=0,0096).

6. ІА може бути використаний для оцінки ефективності терапії пневмоній, що супроводжуються БОС, завдяки його високій чутливості (80,8%) і специфічності (62,4%).

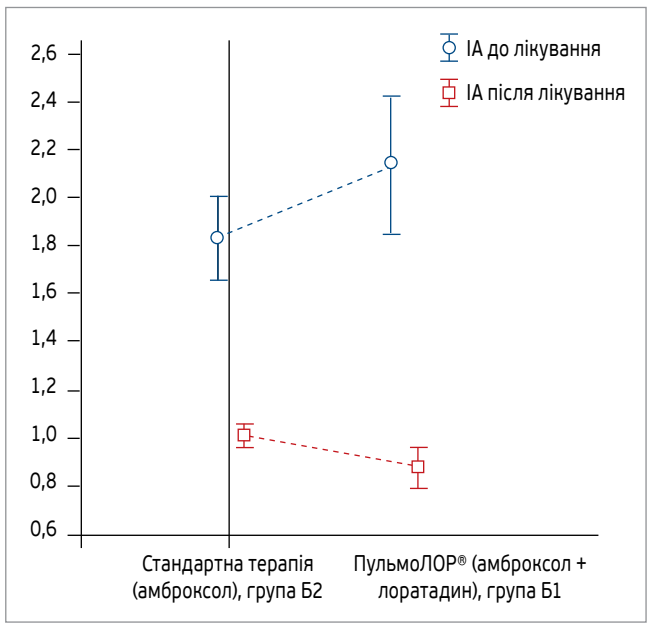


Рис. 4. Порівняльна характеристика динаміки показників ІА до та після лікування в дітей у різних групах терапії

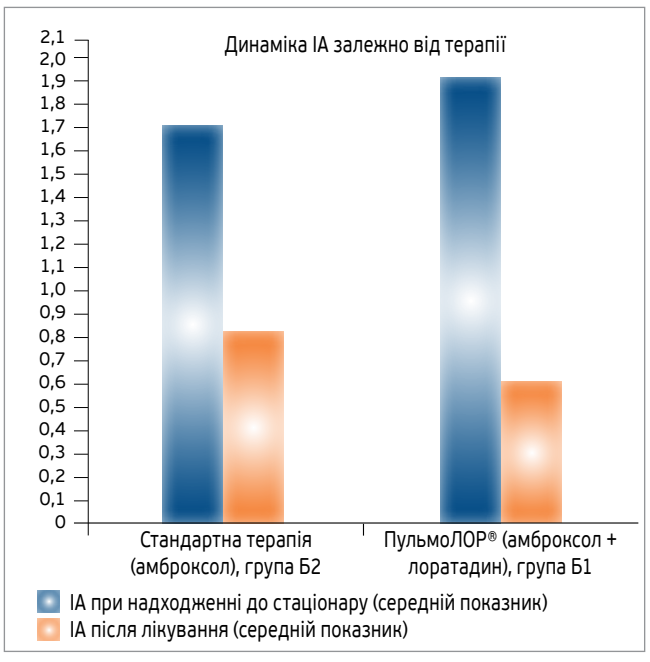


Рис. 5. Динаміка показників ІА в дітей у різних групах терапії

Список літератури знаходиться в редакції.

НОВОСТИ FDA

FDA одобрило первый препарат для лечения эндокринной офтальмопатии

21 января Управление по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств США (U.S. Food and Drug Administration – FDA) одобрило препарат Тепезза (тепротумумаб) для лечения взрослых пациентов с редким аутоиммунным заболеванием, при котором поражаются глазодвигательные мышцы и жировая ткань вокруг глаз, происходит выпячивание глазного яблока (проптоз). Это первый препарат, одобренный для лечения эндокринной офтальмопатии.

«Сегодняшнее одобрение знаменует собой важную веху в лечении эндокринной офтальмопатии. В настоящее время вариантов лечения этого тяжелого заболевания очень мало. Данная терапия может изменить течение заболевания и избавить пациентов от необходимости многократных хирургических вмешательств, предоставив альтернативную опцию – безоперационную терапию», – считает Вайли Чамберс, заместитель директора отдела продуктов для трансплантации и офтальмологии Центра по оценке и исследованию лекарственных средств FDA.

Офтальмопатия щитовидной железы является редким аутоиммунным заболеванием, которое связано с выпячиванием глаз, при этом происходит ухудшение зрения, повышается чувствительность к свету, появляется боль в глазах, затруднено закрытие глаз. Несмотря на то что данная патология является относительно редкой, она приводит к тому, что человек не может выполнять ранее привычную ежедневную работу.

Препарат Тепезза был одобрен на основании результатов 2 исследований, в которых приняли участие 170 пациентов с активным заболеванием щитовидной железы. Участники были рандомизированы в группу терапии исследуемым препаратом или плацебо. Пациенты, получавшие тепротумумаб (71% – в первом исследовании и 83% – во втором), продемонстрировали снижение проптоза более чем на 2 мм, тогда как на фоне приема плацебо подобная динамика имела место у 20% и 10% участников соответственно.

Наиболее частыми побочными реакциями, наблюдаемыми у пациентов, которых лечили препаратом Тепезза, были мышечный спазм, тошнота, алопеция, диарея, усталость, гипергликемия, потеря слуха, сухость кожи, дисгевзия (изменение вкусовых ощущений) и головная боль. Препарат противопоказан беременным.

Препарат относится к средствам для лечения орфанных заболеваний, его производит компания Horizon Therapeutics Ireland DAC.

FDA одобрило первый препарат для лечения эпителиоидной саркомы

23 января FDA одобрило препарат Тазверик (таземетостат) для лечения взрослых и подростков в возрасте от 16 лет и старше с метастатической и местнораспространенной эпителиоидной саркомой, не подлежащей полной резекции.

«Эпителиоидная саркома составляет <1% в структуре всех видов сарком мягких тканей, – отмечает Ричард Паздур, директор Онкологического центра передового опыта FDA и исполняющий обязанности директора Управления онкологических заболеваний при Центре FDA. – До сегодняшнего дня для пациентов с эпителиоидной саркомой не существовало вариантов лечения. Этим одобрением мы предоставляем терапию, которая специально предназначена для данного заболевания. Консультативный комитет по онкологическим препаратам единогласно проголосовал за то, что преимущества препарата превосходят связанные с его применением риски».

Одобрение препарата Тазверик было основано на результатах клинического исследования, в котором приняли участие 62 пациента с метастатической или местнораспространенной эпителиоидной саркомой. Пациенты принимали препарат в дозе 800 мг 2 р/день до момента начала прогрессирования заболевания или появления признаков токсичности препарата. Каждые 8 нед проводилась оценка ответа на терапию. Общий уровень ответа равнялся 15%, при этом у 1,6% пациентов имел место полный ответ, у 13% – частичный. Среди 9 ответивших на терапию у 6 (67%) пациентов продолжительность ответа составила не менее 6 мес.

Наиболее распространенными побочными эффектами у больных, принимающих препарат Тазверик, были боль, усталость, тошнота, снижение аппетита, рвота и запор. Пациенты, получавшие исследуемый препарат, подвергаются повышенному риску развития вторичных злокачественных новообразований, включая Т-клеточную лимфобластную лимфому, миелодиспластический синдром и острый миелолейкоз. FDA рекомендует медицинским работникам рассказывать женщинам репродуктивного возраста об использовании эффективной контрацепции во время лечения препаратом и в течение 6 мес по его окончании. Тазверик противопоказан беременным и кормящим.

Препарат производит компания Epizyme Inc.

Официальный сайт FDA: www.fda.gov

НОВОСТИ ВОЗ

Для реализации глобального плана по обеспечению готовности и реагированию в отношении новой коронавирусной инфекции требуется 675 млн долл. США

Для борьбы с дальнейшим распространением новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в Китае и в мире в целом, а также с целью защиты государств со слабой системой здравоохранения международное сообщество представило Стратегический план по обеспечению готовности и реагированию (СПГР), реализация которого в период с февраля по апрель текущего года потребует финансирования на сумму 675 млн долл. США.

СПГР в отношении нового коронавируса предусмотрены ресурсы, необходимые организациям здравоохранения, включая Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), для осуществления приоритетных мероприятий по оказанию странам поддержки в реагировании на вспышку nCoV-2019 на период с февраля по апрель. Целями плана являются сдерживание дальнейшей передачи вируса от человека к человеку, особенно в наиболее уязвимых государствах, если они столкнутся со вспышкой; раннее выявление и изоляция заболевших, оказание им медицинской помощи; информирование о критических факторах риска и событиях; сведение к минимуму социально-экономических последствий; сокращение риска передачи вируса от животных человеку; восполнение пробелов в научных знаниях.

Борьба с лекарственно-устойчивым туберкулезом в Беларуси

Резистентный к лечению туберкулез (ТБ) является серьезнейшей проблемой во всем мире. Согласно опубликованному ВОЗ Глобальному докладу о борьбе с туберкулезом 2019 г., ТБ, устойчивым к рифампицину – основному противотуберкулезному препарату с 1970-х гг., больны почти 0,5 млн человек. Наибольшая доля больных лекарственно-устойчивыми формами ТБ проживает в Индии (27% от общего числа новых случаев заболевания, регистрируемых во всем мире).

Порядка 390 тыс. человек инфицированы ТБ, устойчивым не только к рифампицину (78%), но и к изониазиду (препарат первой линии с 1950-х гг.). Такая форма заболевания классифицируется как туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

Наряду с РФ и Украиной Беларусь – одна из трех стран Восточной Европы, в которых отмечается наиболее высокая доля больных МЛУ-ТБ среди инфицированных ТБ. Согласно опубликованному ВОЗ Отчету по мониторингу и эпиднадзору за туберкулезом в Европе 2019 г., в 2017 г. в Беларуси отмечалась самая высокая доля больных МЛУ-ТБ среди ранее нелеченых пациентов (629 из 1690, или 37,2%).

Национальная программа Беларуси по борьбе с туберкулезом начала применять схемы лечения на основе бедаквилина в июне 2015 г. Эта работа осуществлялась в соответствии с временным руководством ВОЗ, в том числе содержащимися в нем критериями для назначения бедаквилина и рекомендациями относительно процедуры информированного согласия и активного фармаконадзора за побочными эффектами. С тех пор эффективность бедаквилина была подтверждена несколькими исследованиями. Так, в рамках когортного исследования, проведенного в Беларуси в 2018 г. с участием 181 пациента с различными формами лекарственно-устойчивого ТБ, включая МЛУ-ТБ, был достигнут показатель излечения 93%.

В Беларуси широко применяется экспресс-тест по методу Xpert MTB/RIF, который дает возможность одновременно диагностировать ТБ и выявлять устойчивость к рифампицину. Согласно Глобальному докладу о туберкулезе 2019 г., все диагностические лаборатории, выполняющие тестирование на ТБ в Беларуси, оснащены оборудованием, необходимым для использования этого метода диагностики.

Тем не менее в рамках национальной программы по борьбе с ТБ диагностика по-прежнему осуществляется преимущественно по обращению пациентов, а не в результате активного выявления больных ТБ. Это является проблемой, поскольку многие больные активной формой ТБ на ранних стадиях заболевания не имеют симптомов и, как правило, не обращаются за медицинской помощью.

В сотрудничестве с ВОЗ, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и организацией «Врачи без границ» Беларусь также работает над устранением препятствий для доступа к лечению, одним из которых является высокая стоимость лекарственных препаратов.

Странам, закупающим лекарственные средства через Глобальный механизм закупки противотуберкулезных препаратов и диагностических средств, действующий в рамках управления Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов, держатель патента на бедаквилин компания Johnson & Johnson продает этот препарат по цене 400 долл. США за 6-месячный курс. На свободном рынке стоимость бедаквилина в 3 раза выше, что делает этот препарат недоступным для многих пациентов, в том числе в Беларуси. При этом бедаквилин – только одно из целого ряда дорогостоящих лекарственных средств, входящих в схемы лечения ТБ.

С 2015 г. Министерство здравоохранения Беларуси и «Врачи без границ» также обеспечивают пациентов продуктовыми пайками, а Глобальный фонд совместно с «Врачами без границ» выдают им талоны на проезд в общественном транспорте и оплачивают видеоконтролируемое лечение, включая необходимое для этого подключение к сети Интернет. Такая поддержка позволяет пациентам продолжать лечение на дому, что сокращает риск дальнейшего распространения лекарственно-устойчивого ТБ. На сегодня в Беларуси на видеоконтролируемом лечении находятся около 1 тыс. пациентов.

С начала реализации национальной программы в Беларуси масштабы лечения лекарственно-устойчивого ТБ были расширены и был обеспечен охват практически всех пациентов с МЛУ-ТБ. Из 30 стран с тяжелым бременем МЛУ-ТБ достичь таких показателей охвата удалось только Беларуси и Казахстану.

По оценкам ВОЗ, в 20 из 30 стран с тяжелым бременем МЛУ-ТБ охват лечением составляет менее 50%, а по данным исследования, опубликованного в международном журнале «Туберкулез и легочные заболевания» в январе 2018 г., в 32 государствах в период со II полугодия 2015 г. по I полугодие 2017 г. лечение бедаквилином или деламинидом получили только 15,7% из 69 213 нуждающихся в нем пациентов, не считая тех, кто прошел лечение в контексте клинических исследований или экспериментального применения препаратов.

Согласно данным Глобальной обсерватории ВОЗ по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения, в настоящее время на этапе клинических исследований III фазы находятся 7 новых противотуберкулезных препаратов, в том числе 3 антибиотика и 4 вакцины. Кроме того, в ходе клинических исследований IIb фазы вакцины-кандидата M72/AS01E было установлено, что она обеспечивает высокий уровень защиты от ТБ у лиц с признаками латентной туберкулезной инфекции. Если результаты исследований подтвердятся, появление новой вакцины может произвести настоящую революцию в области профилактики и лечения ТБ.

При этом, какими бы многообещающими ни были новые препараты, их внедрение должно осуществляться в рамках комплексного подхода, аналогичного применяемому в Беларуси. Более того, эту работу потребуется подкрепить проведением более широких социально-экономических реформ, необходимых для борьбы с этим заболеванием. Поэтому по-настоящему комплексный ответ на эпидемию ТБ должен предполагать принятие мер по сокращению масштабов бедности и укреплению социальной защиты населения.

Официальный сайт ВОЗ: www.who.int

Подготовила ***Ольга Татаренко***

ALKALOID SKOPJE

СОРЦЕФ®

ЦЕФІКСИМ

ВІРНИЙ ВИБІР

СОРЦЕФ®

400 мг таблетки
100 мг/5мл гранули для приготування суспензії

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Діюча речовина: cefixime;

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.
Гранули для приготування суспензії

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Бета-лактамні антибіотики. Цефалоспорини третього покоління. Код АТХ J01D D08.

Показання. Інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами:
- інфекції верхніх дихальних шляхів (у тому числі запалення середнього вуха) та інші інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, фарингіт, тонзиліт бактерійної етіології) у випадку відомої або підозрюваної стійкості збудника до інших часто використовуваних антибіотиків, або в разі ризику неефективності лікування;
- інфекції нижніх дихальних шляхів (у тому числі гострий бронхіт і загострення хронічного бронхіту);
- інфекції сечовивідних шляхів (у тому числі цистит, цистоуретрит, неускладнений пієлонефрит).

Спосіб застосування та дози. Прийом їжі не впливає на всмоктування цефіксиму. Зазвичай курс лікування становить 7 дні в, за необхідності – до 14 днів. При лікуванні неускладнених циститів курс лікування становить 3 дні.

Дорослі і діти старше 12 років з масою тіла більше 50 кг рекомендована доза становить 400 мг (одна таблетка) на добу одноразово або 200 мг (половина таблетки) кожні 12 годин залежно від тяжкості захворювання.

Пацієнти літнього віку: призначати препарат у рекомендованій для дорослих дозі. Слід контролювати функцію нирок і скоригувати дозу при тяжкій нирковій недостатності (див. «Дозування при нирковій недостатності»).

Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище 25 °C.
Категорія відпуску. За рецептом.
Виробник. Алкалоїд АД-Скоп'є.
Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.
Бульвар Олександра Македонського, 12, Скоп'є, 1000, Республіка Македонія.

ЗМІСТ

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

Оксидативный стресс и методы его коррекции при офтальмопатологии
О.П. Витовская 10

Пресбиопия: закономерные проявления возрастной инволюции глаза
Л.А. Бруцкая 12-13

Застосування Катіонорму при ХСО: унікальна технологія Novasorb® 14

Підсумки 2019 року: офтальмологія
О.П. Вітовська 15

Шукаючи комфортні лінзи: обираємо найкращі 16-17

Глаукома: фокус на переваги препарату Косопт 18

8th Ocular Oncology Day: украинская онкоофтальмология в контексте европейской науки
Н.Ф. Боброва, Т.А. Сорочинская, Т.В. Романова 19

Цирелакс: препарат для проведення циклоплегії та досягнення мідріазу
Т.В. Баран 20-21

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Рандомізоване багатоцентрове дослідження терапевтичної ефективності, безпеки та переносимості екстракту BNO 1030 у лікуванні гострого небактеріального тонзиліту в дітей віком від 6 до 18 років
В.І. Попович, І.В. Кошель, О.М. Малофійчук та ін. 29-30

Клінічний досвід застосування спрея Спарклін у дітей із гострим післявірусним риносинуситом
Ю.В. Гавриленко 34-35

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Пневмонії, поєднані з БОС, у дітей: особливості перебігу та терапевтичні підходи
Т.В. Стоєва, Н.Л. Весілик, О.В. Тіткова та ін. 3-4

Можливості оптимізації лікування хвороб пульмонологічного профілю 26-27

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Діагностика та лікування респіраторних захворювань у дітей та дорослих. Настанови ICSI
S. Short, H. Bashir, P. Marshall та ін 31-33

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

Цифрові рішення в медицині – майбутнє чи вже реальність?
В.М. Коваленко 8

Роль статинів у профілактиці та лікуванні серцево-судинних захворювань: у фокусі розувастатин
О.О. Ханюков 38-39

Поперекова радикулопатія
G.A. Malanga, C.J. Buttaci, M. Rubbani 40

НЕВРОЛОГІЯ

Неврологія • Дайджест 41

Помірні когнітивні порушення: точка для своєчасного втручання та запобігання деменції 42

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Алергічний риніт у практиці сімейного лікаря
С.В. Зайков 25

Гематурия у детей: что нужно знать педиатру и семейному врачу?
Т.П. Борисова 36-37

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Оперативно про головне 5

Виробничий завод ACINO в Україні отримав сертифікат GMP EU 13

Новини МОЗ 39

ЕКСПЕРТНА ДУМКА

Медичні кадри України: аналіз за 2018 рік
І.П. Мазур, К.О. Надутий, А.В. Ананьєва 22-24

Переваги Стимулотону® в лікуванні депресії та тривожних розладів:

- Сертралін — препарат першого вибору для лікування депресії за співвідношенням ефективності та переносимості[1]
- Стимулотон має показання до застосування у дітей, віком від 6-ти років[2]
- Зручний режим дозування — один раз на добу[2]
- Кращий вибір з СІЗЗС при кардіоваскулярній патології[3]
- Сертралін — оптимальний препарат для лікування перинатальної депресії
- Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну[4]
- Володар Премії за Інновацію 2004 року
- Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах 50 мг і 100 мг

1. Cipriani A et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009 Feb 28;373(9665):746-58. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 3. Hillel W Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. The American Journal of Medicine, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2–8. 4. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000).
Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг блістер, № 30; табл. в/о 100 мг блістер, № 28. **Показання.** Великі депресивні епізоди; запобігання рецидиву великих депресивних епізодів; панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії; обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років; соціальний тривожний розлад; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами МАО. **Побічні реакції.** Фарингіт, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. **Категорія відпуску.** Відпускається за рецептом лікаря. **Р.П.** № UA/3195/01/01–02.
Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина. **Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах 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

EGIS

Мовекс®

MoviHealth
Pharmaceutical company, Switzerland

РЕМІСІЯ

глюкозаміну сульфату 500 мг
хондроїтину сульфату натрію 400 мг

1 таб. 3 р/добу - 3 тижні, далі по
1 таб. 2 р/добу, протягом 3 місяців

ЗАГОСТРЕННЯ

калію диклофенаку 50 мг
глюкозаміну сульфату 500 мг
хондроїтину сульфату натрію 400 мг

1 таб. 3 р/добу

МОВЕКС® КОМФОРТ – ЕФЕКТИВНА КОМБІНАЦІЯ ГЛЮКОЗАМІНУ СУЛЬФАТУ І ХОНДРОЇТИНУ СУЛЬФАТУ З НАЙВИЩИМ РІВНЕМ ДОКАЗОВОСТІ 1А*

МОВЕКС® АКТИВ – ШВИДКЕ ЗНЕБОЛЕННЯ З КЛІНІЧНО ДОВЕДЕНОЮ ХОНДРОПРОТЕКЦІЄЮ*

Мовекс Комфорт. ПОКАЗАННЯ. Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів та хребта; первинний та вторинний остеоартрози, остеохондроз, плечолопатковий періартрит; переломи (для прискорення утворення кісткової мозолі).
Мовекс Актив. ПОКАЗАННЯ. Лікування захворювань опорно-рухового апарату, що супроводжуються ознаками запалення, болем, дегенеративно-дистрофічними змінами хрящової тканини суглобів і хребта, зменшенням рухливості суглобів. Остеоартрити, періартрити (у тому числі колінного, кульшового суглобів, міжхребцевий остеохондроз, спондилоартроз), ревматоїдний артрит. Переломи і травми (для прискорення утворення кісткової мозолі), посттравматичне запалення м'яких тканин і опорно-рухового апарату (внаслідок розтягнення, ударів).
Інформація надана в скороченому вигляді. Повна інформація про лікарський засіб, в тому числі характеристика, лікувальні властивості, побічні дії і протипоказання, міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Інформація для фахівців в галузі охорони здоров'я. Для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. За підсумками конкурсу торгових марок «Фаворити Успіху»2014 року Мовекс® - Фаворит Успішних людей у категорії «Препарат для лікування захворювань суглобів», 2015 року - Фаворит Успішних людей у категорії "Препарат для лікування захворювань суглобів", 2016 Абсолютний Фаворит в категорії "Препарат для лікування захворювань суглобів", 2017 Фаворит Експертів в категорії "Препарат для лікування захворювань суглобів", 2018 Абсолютний Фаворит в категорії "Препарат для лікування захворювань суглобів", та Панацея 2017, 2018, 2019 в категорії "Препарат року" http://panaceja.ua/
Р.П. МОЗ України № UA/10205/01/01 від12.08.2019; Р.П. МОЗ України № UA/9817/01/01 від 26.04.2019.
* рекомендації EULAR, 2003; ESCEO, 2014, 2016, 2019; OARSI, 2009

ТОВ «Мові Хелс», тел.: (044) 500 71 40
Київ, пр-т Академіка Глушкова, 12А

www.movi-health.com.ua

В.М. Коваленко, академік НАМН України, д.м.н., професор, президент Асоціації кардіологів України, директор ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», м. Київ

Цифрові рішення в медицині – майбутнє чи вже реальність?

В.М. Коваленко

Використання цифрових та інформаційних технологій з метою покращення стану здоров'я населення – напрям розвитку медицини в усьому світі. Потенціал, який містять у собі інновації, є ключем до надання більш якісної медичної допомоги пацієнтам із різноманітними хронічними захворюваннями.

За всім цим стоїть людина/громадянин/пацієнт, який розраховує завдяки новітнім технологіям отримати сучасну медичну допомогу, знайти підтримку в боротьбі зі своїми хронічними захворюваннями, що буде більш персоналізованою та доступною в потрібний час у потрібному місці. Також технологічні інновації мають забезпечити кращу міжпрофесійну співпрацю, обмін інформацією, підтримку медичних рішень і гнучкість системи охорони здоров'я.

Саме тому сьогодні в усьому світі провідні політики та діячі охорони здоров'я говорять про важливість диджиталізації системи охорони здоров'я на всіх рівнях. Такою є позиція Європейської асоціації кардіологів та Асоціації кардіологів України.

Цифрові й інформаційні технології сьогодні охоплюють такі напрями інновацій у медицині, як телемедицина, електронні записи пацієнтів, електронні медичні бази даних, електронні рецепти, використання мобільних додатків, використання сенсорів/пристроїв для фіксації різноманітних показників пацієнта, збір та аналіз великих масивів медичних даних, використання штучного інтелекту в медицині.

Сьогодні ми повинні використовувати доступні цифрові рішення, які можуть допомогти зробити лікарську практику ефективнішою, покращити якість життя пацієнтів і відкрити дорогу інноваціям у медицині. Прикладами таких рішень є медичні додатки для пацієнтів із хронічними серцево-судинними захворюваннями, які дозволяють пацієнтам краще розуміти та відслідковувати свій стан, фіксувати свої показники, бути зацікавленими в підтриманні свого стану здоров'я на належному рівні в амбулаторних умовах. Крім того, використання таких мобільних додатків покращує прихильність пацієнтів до терапії, а отже, сприяє підвищенню ефективності лікування.

Прикладами таких додатків є **My BP Control та Angina Control**.

My BP Control – це додаток, розроблений для пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що є однією з найбільш поширених медичних проблем сьогодення.

Додаток пропонує пацієнтам електронний щоденник, у якому вони можуть:

- фіксувати показники артеріального тиску (АТ) при вимірюванні вранці та ввечері;
- відслідковувати динаміку показників АТ протягом тижня, місяця, років;
- встановлювати нагадування про прийом ліків;
- встановлювати нагадування про необхідність планового візиту до лікаря;
- експортувати свої дані за потреби та надсилати їх електронною поштою лікарю.

Використання даного додатку зможе покращити дисциплінованість пацієнтів, зробити їх більш відповідальними у відслідковуванні свого стану, що є дуже важливим при пожиттєвому лікуванні артеріальної гіпертензії.

Інший додаток, що вже деякий час є доступним і використовується пацієнтами в Україні, – **Angina Control**.

Angina Control розроблений для пацієнтів зі стенокардією з метою контролю свого стану та оцінки ефективності антиангінальної терапії.

Цей додаток містить електронний щоденник, у якому пацієнт зі стенокардією дуже легко та зручно може відмічати напади стенокардії, умови виникнення нападу, кількість прийнятих таблеток нітрогліцерину. На основі цих даних пацієнт може будувати звіти для оцінки стану та ефективності своєї терапії, відслідковувати досягнутий прогрес. За потреби дані звіти пацієнт може показати своєму лікарю на візиті, що є більш зручним і сучасним, ніж паперові записнички, які ведуть пацієнти.

Таким чином, зазначені додатки – це допомога не тільки пацієнту, а й лікарю. Лікар має змогу бути краще поінформованим про стан здоров'я пацієнта під час амбулаторного лікування і зможе відслідковувати і коригувати ефективність призначеної терапії.

Дані додатки розроблені за підтримки компанії Servier. Вони безкоштовні для завантаження для платформ Android та iOS і доступні в різних країнах, у тому числі в Україні.

Цього року лікарі ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» вже почали інформувати своїх пацієнтів про дані сучасні та зручні додатки.

Пацієнти середнього та молодого віку охочіше користуються такими додатками. Таких пацієнтів з кожним роком буде все більше. Для них сучасні цифрові технології – це вже звична частина життя, що не може бути осторонь такої важливої сфери, як власне здоров'я. Тому обов'язок сучасного лікаря – бути поінформованим про наявні цифрові технології, бути обізнаним щодо їх застосування в медичній практиці та інформувати своїх пацієнтів про них. Пацієнти з артеріальною гіпертензією та стенокардією повинні знати про ці сучасні інструменти, які вже сьогодні є доступними для них для покращення якості життя та лікування.

Не менш важливою сферою диджиталізації охорони здоров'я є допомога лікарю в щоденних робочих моментах. Тому не меншим попитом користуються спеціальні додатки для лікарів.

Додаток **Компендіум Серв'є** розроблений для професіоналів охорони здоров'я та містить: інструкції для застосування лікарських засобів; АТС-класифікацію; пошук препаратів за міжнародними непатентованими назвами; інформацію про ціну і наявність необхідного препарату в найближчих аптеках; норми показників лабораторних та інструментальних досліджень; адреси та телефони спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів; калькулятор доз Трипліксаму, а також медичні калькулятори за такими напрямами:

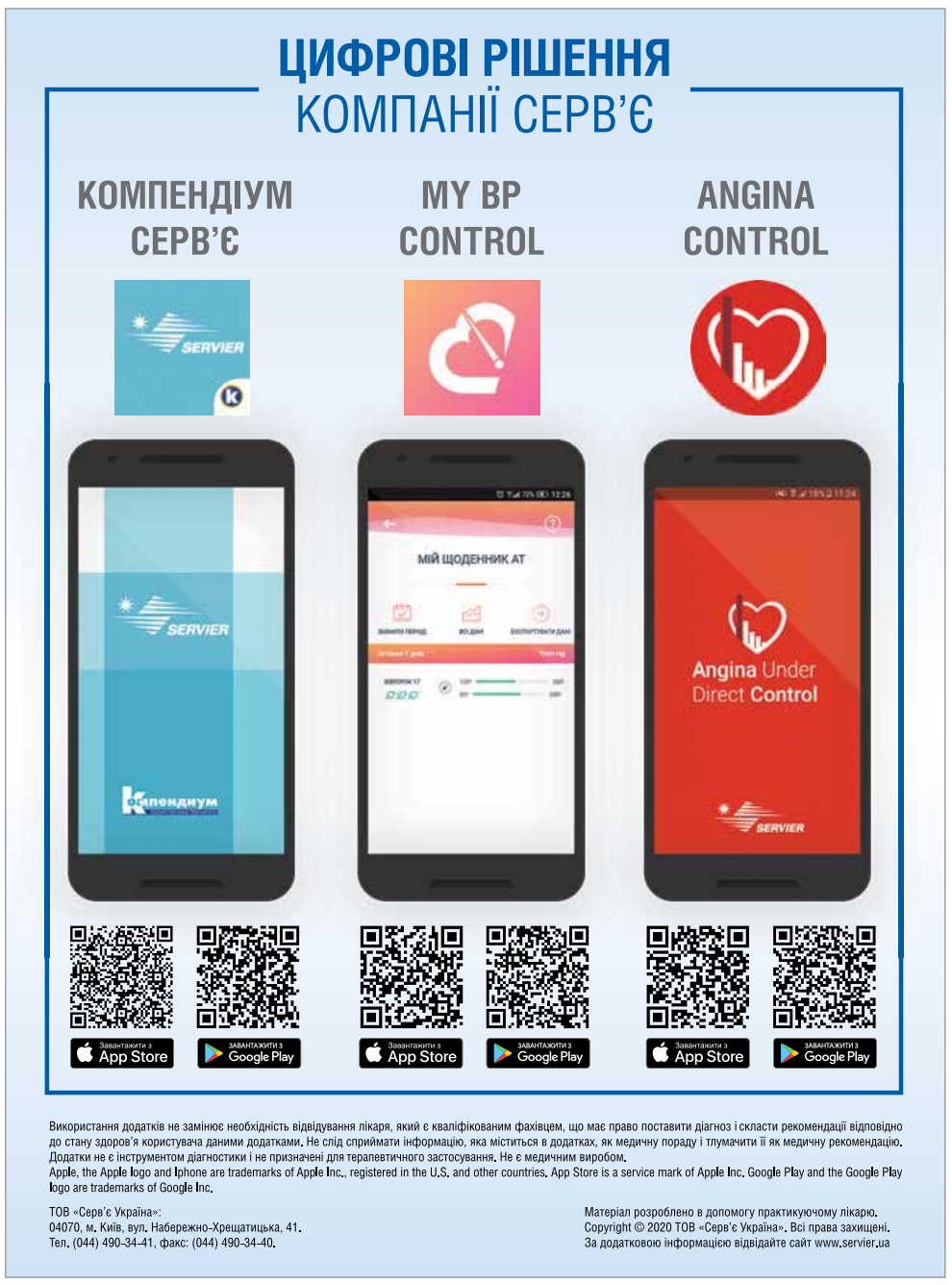
Кардіологія та терапія
- Швидкість клубочкової фільтрації
- Індекс маси тіла
- SCORE
- Шкали при інсульті FAST/NIH
- Шкала коми Глазго
- CHA_2DS_2-VASc
- HAS-BLED
- GRACE
- PESI
- Шкала Падуа
- Розрахунок маси міокарда лівого шлуночка
- DAPT та Presice DAPT

Ендокринологія
- Шкала гірсутизму Ферримана-Голвея
- Оцінка ступеня статевого дозрівання
- Шкала алопеції
- Відповідність HbA_{1c} середньодобовому рівню глюкози плазми

Педіатрія
- Розрахунок дози антибіотиків для дітей
- Розрахунок підтримання водного балансу для дітей
- Оцінка росту і маси тіла в дітей
- Шкала Centor/McIsaac – імовірність стрептококової етіології гострого тонзиліту/фарингіту

Медичні калькулятори широко використовуються лікарями в усьому світі. Вони допомагають швидко, за мінімальний час розрахувати необхідні показники. Відтепер, зібрані в одному додатку, медичні калькулятори стануть у нагоді кардіологам, сімейним лікарям, ендокринологам та фахівцям інших спеціальностей. Також корисною є довідкова інформація стосовно контактів лікувально-профілактичних закладів, лікарських препаратів, норм показників лабораторних та інструментальних досліджень, що допомагає заощадити час лікаря. Зібравши всю цю інформацію у вигляді додатку, маємо зручний і корисний інноваційний інструмент для допомоги лікарям у повсякденній практиці. На сьогодні це єдиний медичний додаток в Україні з такими широкими функціональними можливостями. При створенні цього додатку враховувалася думка практикуючих лікарів, а також наукові рекомендації членів Асоціації кардіологів України.

Додатки, про які йшлося в цій статті, не є медичними виробами, не є інструментами діагностики і не призначені для терапевтичного застосування. Пацієнти повинні пам'ятати, що не слід сприймати інформацію, яка міститься в додатках, як медичну пораду і тлумачити її як медичну рекомендацію. Використання додатків не замінює необхідність відвідування лікаря, який є кваліфікованим фахівцем, що має право встановити діагноз і надати рекомендації відповідно до стану здоров'я користувача цих додатків. Проте дані медичні додатки поряд з іншими інноваціями, які невпинно впроваджуються в медичну галузь, можуть стати ефективними помічниками лікарів у боротьбі з поширеними серцево-судинними захворюваннями вже сьогодні. Тому що завтра на нас чекають ще сміливіші цифрові рішення, які змінюватимуть лікарську практику і наближатимуть її до інноваційного майбутнього.



Використання додатків не замінює необхідність відвідування лікаря, який є кваліфікованим фахівцем, що має право поставити діагноз і скласти рекомендації відповідно до стану здоров'я користувача даними додатками. Не слід сприймати інформацію, яка міститься в додатках, як медичну пораду і тлумачити її як медичну рекомендацію. Додатки не є інструментом діагностики і не призначені для терапевтичного застосування. Не є медичним виробом.
Apple, the Apple logo and Iphone are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc. Google Play and the Google Play logo are trademarks of Google Inc.

ТОВ «Серв'є Україна»:
04070, м. Київ, вул. Набережно-Хрещатицька, 41.
Тел. (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40.

Матеріал розроблено в допомогу практикуючому лікарю.
Copyright © 2020 ТОВ «Серв'є Україна». Всі права захищені.
За додатковою інформацією відвідайте сайт www.servier.ua

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»©®

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України

О.Я. Бабак, д.м.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету

Г.М. Бутенко, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Б.М. Венцківський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця

Ю.В. Вороненко, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика

І.І. Горпинченко, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології

Д.І. Заболотний, д.м.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»

Д.Д. Іванов, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика

В.М. Коваленко, д.м.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»

В.В. Корпачев, д.м.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології та фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

В.Г. Майданник, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця

Б.М. Маньковський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

В.І. Паньків, д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

О.М. Пархоменко, д.м.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. Пасєчнікова, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»

В.В. Поворознюк, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу

І.М. Трахтенберг, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

М.Д. Тронько, д.м.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. Фещенко, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Н.В. Харченко, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика

В.І. Цимбалюк, д.м.н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

В.П. Черних, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Засновник – Ігор Іванченко

ВИДАВЕЦЬ – ТОВ «РЕКЛАМНЕ АГЕНТСТВО «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»©®

Свідоцтво КВ № 15650-4122ПР від 03.09.2009.

Передплатний індекс: 35272

Представлена в базі даних «Наукова періодика України» та індексується Google Scholar

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Тетяна Черкасова**

Контактні телефони

Редакція ..... **+380 (44) 521-86-86**

Відділ маркетингу ..... **+380 (44) 521-86-93**

Відділ передплати..... **+380 (44) 364-40-28**

Адреса для листів

03035, м. Київ, вул. Генерала Шаповала, 2.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Газету віддруковано в ТОВ «Глянец»,
м. Київ, вул. Олександра Довженка, 3.

Підписано до друку 26.02.2020.

Замовлення № 606150. Тираж **33 000** прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи думку автора.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
Передрук матеріалів можливий лише з дозволу редакції.
Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Тираж з 15.08.2014 р. та 10 000 електронних адрес (дата держреєстрації з 02.01.2012).

АНОНС

Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
ГО «Товариство офтальмологів України»

Науково-практична конференція з міжнародною участю

Філатовські читання 2020

21-22 травня, м. Одеса

Програма конференції

- Патологія рогівки ока, кератопластика
- Травми й опіки очей та їхніх придатків
- Патологія кришталика, глаукома
- Новоутворення ока та орбіти, сучасні органозберігаючі методи лікування офтальмоонкології
- Діабетичні ураження очей
- Вітреоретинальна патологія
- Застосування лазера при офтальмопатології, реконструктивна хірургія
- Патологія судинної оболонки, сітківки та зорового нерва
- Офтальмопатологія дитячого віку, аномалії рефракції, патологія окорухового апарату

Оргкомітет

Тел.: +380 (48) 729-84-90

E-mail: filatovinfo@ukr.net

О.П. Витовская, д.м.н., профессор, кафедра офтальмологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Оксидативный стресс и методы его коррекции при офтальмопатологии

О.П. Витовская

В связи со старением населения планеты все большее количество людей окажется в группе риска нарушения зрения вследствие возрастных хронических заболеваний. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в первом Всемирном докладе о проблемах зрения в 2019 году подчеркнула, что более 1 млрд человек во всем мире живут с нарушениями зрения и не получают необходимой помощи при таких заболеваниях, как близорукость, дальнозоркость, глаукома и катаракта.

Основными факторами роста числа людей с нарушением зрения являются старение населения, изменение образа жизни, ограниченный доступ к офтальмологической помощи, особенно в странах с низким уровнем дохода.

«Болезни глаз и нарушения зрения – очень распространенные явления, слишком часто они остаются без лечения, – говорит генеральный директор ВОЗ Тедрос Адханом Гебрейесус. – Люди, нуждающиеся в офтальмологической помощи, должны иметь возможность получать качественные услуги, не испытывая при этом финансовых трудностей. Включение офтальмологической помощи в национальные планы и пакеты базового медицинского обслуживания является важным элементом в работе каждой страны по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения».

80% всех случаев нарушения зрения можно предотвратить или вылечить. Основными глобальными причинами слепоты являются катаракта (65,2 млн, 26%), нарушения рефракции (123,7 млн, 49%), возрастная макулярная дистрофия (ВМД) (10,4 млн, 4%), глаукома (7 млн, 3%), диабетическая ретинопатия (3 млн, 1%) [3]. В то же время, если катаракта и нарушения рефракции приводят к слепоте, которую можно вылечить, то ВМД, глаукома и диабетическая ретинопатия повлекут за собой необратимую потерю зрения. Слепота и слабовидение – не только медицинская, но и социально-экономическая проблема. Так, по данным International Federation on Ageing, затраты, связанные со слепотой, составляют 2,8 трлн долларов, в том числе непрямые затраты – 760 млн долларов [4].

В Украине наибольший удельный вес вследствие офтальмопатологии среди взрослого населения имеют близорукость, катаракта, глаукома, заболевания конъюнктивы. В структуре распространенности офтальмологических заболеваний в 2014 году доля конъюнктивитов и других заболеваний конъюнктивы составляла 12,63%, катаракты – 15,6%, миопии – 12,44%, глаукомы – 7,41%, заболеваний сетчатки – 0,6%. Среди причин инвалидности по зрению в 2015 году первое место занимала глаукома, второе – заболевания сетчатки и третье – травмы органа зрения. Таким образом, несмотря на сравнительно небольшой уровень распространенности этих заболеваний, они являются основными причинами слепоты в Украине и составляют важную медико-социальную проблему [6-8].

Окислительному стрессу отводится важная роль в патогенезе этих заболеваний. Кислород необходим клеткам для образования энергии. Во время химических процессов образуются свободные радикалы, а когда их становится много, запускается цепная реакция, в результате которой гибнут клетки, в первую очередь нервные.

Окислительный стресс проявляется активацией свободнорадикального окисления и поражения белков, нуклеиновых кислот и липидов биологических мембран. С другой стороны, окислительный стресс – это отсутствие равновесия между прооксидантами и антиоксидантами, между процессами окисления и восстановления. Другими словами, окислительный стресс возникает при резком увеличении свободных радикалов или снижении активности антиоксидантной системы. Все факторы, которые способствуют формированию свободных радикалов, называются прооксидантными. Антиоксиданты, а к ним относят витамины, ферменты, белки и др., могут уменьшить или нейтрализовать интенсивность свободнорадикального окисления, которое возникает в результате влияния коротковолновой части спектра, курения, воздействия вредных химических веществ в окружающей среде и т. д.

Антиоксиданты классифицируют на ферментативные и неферментативные [9-11]. Представители основных классов антиоксидантов показаны на рисунке.

К неферментативным антиоксидантам относятся минералы (медь, селен, цинк и пр.), витамины (групп А, В, С, Е), каротиноиды (бета-каротин, лютеин, кантаксантин, зеаксантин, астаксантин и пр.). Каротиноиды относятся к семейству, состоящему из 600 пигментов. Они имеют особое значение для сохранения здоровья сетчатки и профилактики ее заболеваний. Антиоксидантные свойства каротиноидов обусловливают их фотозащитное, радиопротекторное, антиканцерогенное действие [12].

Ряд авторов полагают, что каротиноиды реализуют антиоксидантную защиту двумя путями. Во-первых, будучи максимально сконцентрированными в макулярной области и локализуясь в пигментном эпителии, они непосредственно обеспечивают антиоксидантную защиту. С другой стороны, каротиноиды играют роль фильтра для сетчатки, экранируют ее от повреждающего действия света.

Одним из самых мощных антиоксидантов является астаксантин, который по своей эффективности превышает лютеин и зеаксантин. Астаксантин – красный пигмент – присутствует в морепродуктах (лосось, форель, креветки) и некоторых видах птиц (перепел). Основной источник астаксантина – зеленые водоросли (*Haematococcus pluvialis*), а также красные дрожжи (*Phaffia rhodozyma*).

Астаксантин обладает уникальными химическими свойствами, которые объясняются его химической структурой, а также биодоступностью [13]. Он имеет две карбонильные группы, две гидроксильные группы и 11 конъюгированных двойных этиленовых цепочек. Он может выступать как сильный антиоксидант, являясь донором электронов, и в результате взаимодействия со свободными радикалами способен прерывать их реакции в живом организме [14, 15]. Так, полярные каротиноиды (например, свободный астаксантин), как правило, имеют большую биодоступность, нежели неполярные (например, бета-каротин) [16].

В последние годы проведено множество исследований, результаты которых продемонстрировали антиоксидантное влияние астаксантина in vitro и in vivo [17, 18]. Астаксантин является фотопротектором [20], антиоксидантная активность которого выше, чем у витамина Е и бета-каротина [24, 28]. Исследователи сделали вывод, что у астаксантина антиоксидантная активность в десять раз выше, чем у других каротиноидов (зеаксантин, лютеин, кантаксантин, бета-каротин), и в 100 раз выше, чем у токоферола. Некоторые авторы называют астаксантин супервитамином Е [22].

Кроме этого, известно и о других эффектах астаксантина, включая противоопухолевый, противовоспалительный, антидиабетический, иммуномодулирующий и нейропротекторный [23]. Астаксантин никогда не превращается в прооксидант (в отличие от бета-каротина). В исследованиях на животных было показано, что астаксантин может преодолевать гематоэнцефалический барьер и накапливаться в сетчатке так же, как и лютеин. Nagaki и соавт. [24] продемонстрировали, что 6 мг астаксантина в сутки приводят к уменьшению зрительной утомляемости среди работников, деятельность которых связана с дисплеями, улучшению кровообращения в капиллярах сетчатки. Есть данные о том, что лечение астаксантином значительно угнетает процессы неоваскуляризации [26]. Было выявлено, что астаксантин может обеспечивать защиту бета-кристаллина от оксидативного стресса, а значит, и предотвращать развитие катаракты [27]. Nakajima и соавт. [28] обнаружили, что астаксантин имеет нейропротекторное действие, направленное на защиту ганглионарных клеток сетчатки.

Кроме того, Hussein и соавт. [32] исследовали влияние астаксантина на метаболический синдром, смоделированный на животных, и выявили, что астаксантин значительно снизил уровень глюкозы в крови, триглицеридов, а также повысил уровень холестерина, липопротеинов высокой плотности. Таким образом, авторы сделали вывод о том, что астаксантин нейтрализует инсулинорезистентность и повышает чувствительность к инсулину. Chan и соавт. [33] показали, что астаксантин усиливает стабильность клеточных и митохондриальных мембран. Исследования продемонстрировали, что он имеет протекторное действие при нейродегенеративных процессах и может быть перспективным средством в лечении нейродегенеративных заболеваний, в т. ч. болезни Паркинсона [33, 34].

Чрезмерное влияние солнечного света на незащищенную кожу приводит к солнечному ожогу и может вызывать фотоиндуцированное окисление, воспаление, иммуносупрессию и даже канцерогенез клеток кожи. Результаты некоторых исследований позволяют говорить о том, что астаксантин является потенциально хорошим пероральным солнцезащитным средством. Это вещество также повышает фагоцитарную и бактерицидную активность нейтрофилов и снижает продукцию супероксид-анионов. Park и соавт. [35] обнаружили возможное повышение иммунитета, антиоксидантную и противовоспалительную активность астаксантина.

Hussein и соавт. [36] выявили, что прием астаксантина в течение 14 дней значительно снижает артериальное давление у крыс со спонтанной гипертензией, а длительный прием в течение 5 нед снижает частоту инсульта. Все больше исследований демонстрируют сильные противоопухолевые свойства каротиноидов. Chew и Park [91] предположили, что, хотя астаксантин, кантаксантин и другие каротиноиды тормозят рост опухолей, астаксантин продемонстрировал самую высокую противоопухолевую активность.

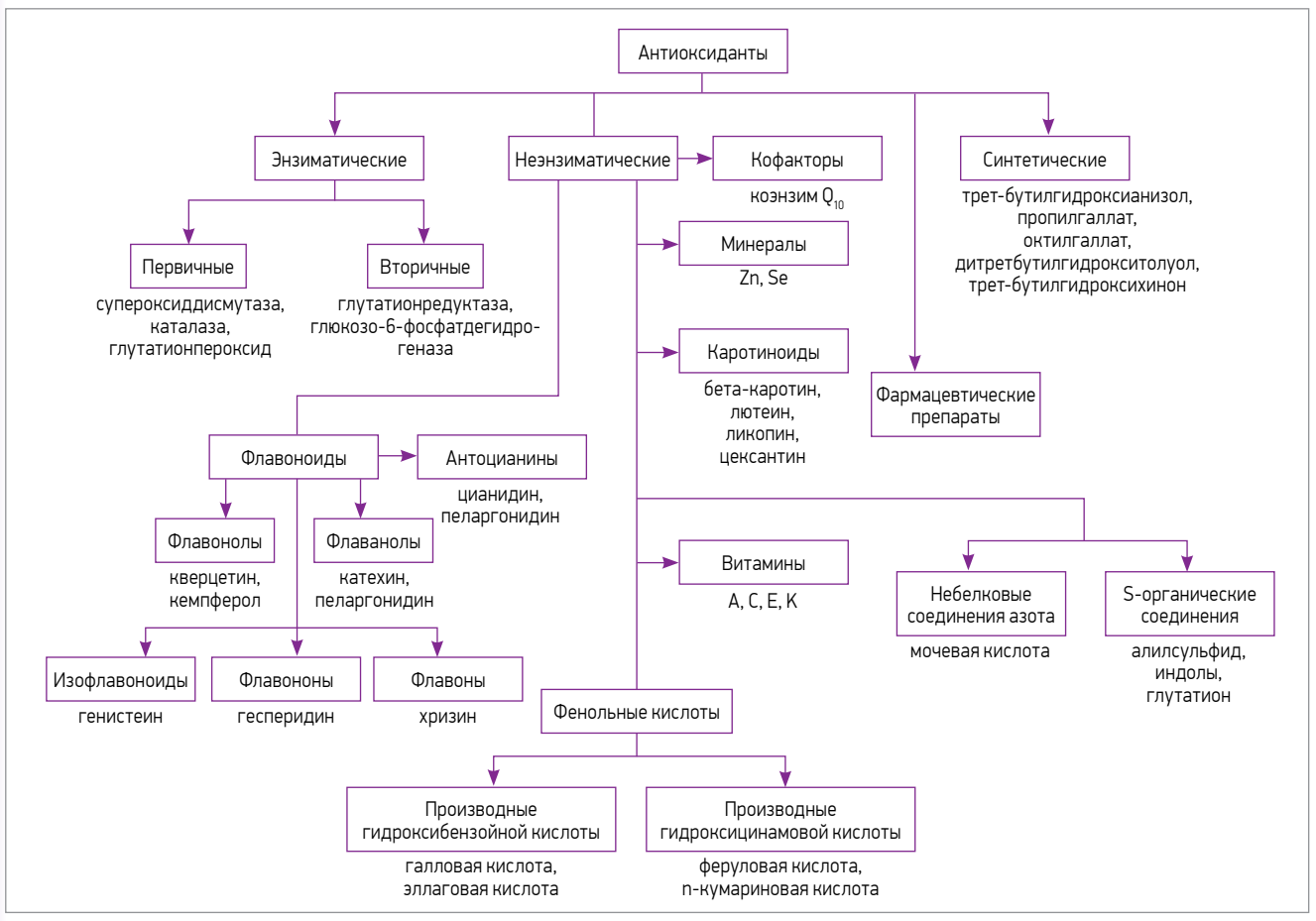


Рис. Основные классы антиоксидантов [10, 12]

Таким образом, исходя из особенностей строения, высокой биодоступности, возможности преодолевать гематоэнцефалический барьер, многогранного механизма действия, в т. ч. противовоспалительного, противоопухолевого, нейропротекторного, противодиабетического, астаксантин может представлять большой практический интерес в рамках стратегий лечения или профилактики заболеваний, вызванных оксидативным стрессом. В Украине астаксантин доступен под торговым названием Офтаксантин (компания «Валартин Фарма»), капсулы которого содержат 10% комплекс астаксантина (40 мг), полученного из микроводорослей *Haematococcus pluvialis*, а также антиоксиданты – альфа-токоферол и аскорбиновую кислоту, которые потенциируют эффект астаксантина.

Список литературы находится в редакции.

ОФТАКСАНТИН

АСТАКСАНТИН-4МГ, ТОКОФЕРОЛ,
АСКОРБІНОВА КИСЛОТА

- ПОКРАЩЕННЯ КРОВООБІГУ В ОРГАНІ ЗОРУ
- ПРОФІЛАКТИКА ЗМІНИ ПРОЗОРОСТІ КРИШТАЛИКА ТА ВІКОВОЇ ДАЛЕКОЗОРОСТІ
- ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Капсули Офтаксантин №60. **Склад:** 1 капсула містить: *активний інгредієнт* 10%-ий комплекс астаксантину - 40мг (астаксантин - 4 мг); антиоксиданти: α-токоферол, аскорбінову кислоту та інші допоміжні речовини. **Рекомендації щодо застосування:** Офтаксантин рекомендований як додаткове джерело природного антиоксиданту – астаксантину (каротиноїду) та вітаміну С і вітаміну Е з метою: запобігання втомі очей, відчуття сухості та стороннього тіла в очах ;під час тривалої роботи за комп'ютером, перегляду телевізора, читанні, використанні контактних лінз; покращення кровообігу в органі зору; профілактики зміни прозорості кришталика; профілактики вікової далекозорості; попередження прогресування ускладнень у хворих на цукровий діабет; захисту організму від негативного впливу вільних радикалів; відновлення після офтальмологічних операцій. **Спосіб застосування та дози:** Дорослим – вживати по 1 капсулі 2 рази на добу після прийому жировмісної їжі, запиваючи 1\2 склянки чистої води. Тривалість застосування визначає лікар індивідуально. Перед застосуванням рекомендована консультація лікаря. **Протипоказання:** індивідуальна чутливість до складових компонентів; вагітність та період лактації. Не є лікарським засобом! Висновок: ТУ У 10.8-38466809-004:2017 **Виробник:** ТОВ «ВАЛАРТІН ФАРМА», Україна, 08130, Київська обл., Києво-Святошинський р-н, с. Чайки, вул. Грушевського, 60. Матеріал призначений для фахівців охорони здоров'я і для розповсюдження під час спеціалізованих медичних заходів та для друку в спеціалізованих медичних виданнях. Перед призначенням продукту, будь ласка, ознайомтесь з повним текстом маркування від виробника.

Valartin pharma | Valeo artis
Мистецтво творити здоров´я

www.valartin.com

Л.А. Бруцкая, к.м.н., ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», г. Одесса

Пресбиопия: закономерные проявления возрастной инволюции глаза

Л.А. Бруцкая

Орган зрения выполняет чрезвычайно важную функцию, так как именно благодаря ему человек получает около 90% всей информации об окружающем мире. Свет через глаз стимулирует выработку гормонов надпочечников, щитовидной железы, половых и других желез.

Пресбиопия, или возрастное ослабление аккомодации, – одно из наиболее распространенных рефракционных нарушений. Значительная распространенность данной патологии и ухудшение зрения определяют актуальность выявления заболевания (особенно под влиянием визуальной нагрузки разного вида) и разработки мер коррекции зрительных расстройств. Поэтому проблема рефракционных нарушений глаза имеет медико-социальное значение.

Чем характеризуется данное заболевание?

Пресбиопия проявляется в возрасте 40-45 лет и выражается в медленно прогрессирующем снижении некорригируемой остроты зрения при работе на близком расстоянии. Качество ретинального изображения определяется полнотой коррекции аметропии с обязательным учетом аномалии рефракции.

Заболевание может сопровождаться астигматизмом, выявляемым у 45-55% населения. Длительное проецирование на сетчатку неясных изображений не дает возможности для полноценного формирования зрительных функций, а также может привести к снижению уже имеющихся. Частыми функциональными осложнениями астигматизма являются нарушения бинокулярного зрения, астенопия в виде быстрой утомляемости при чтении, ощущения подергивания глаза, головной боли и т. д. Астигматизм, нередко приводящий к амблиопии, косоглазию, астенопическому синдрому, выявляют в 37,4% случаев.

Успехи реабилитации пресбиопии (особенно сочетанной с аномалиями рефракции) во многом связаны с назначением полноценной рациональной адекватной коррекции с помощью очков.

Классификация

При рассмотрении возрастных особенностей оптического аппарата глаза следует выделять изменения, представляющие собой закономерные проявления возрастной инволюции глаза, и изменения, обусловленные заболеваниями глаза и общими болезнями, развивающимися в пожилом и старческом возрасте.

К характерным проявлениям физиологического старения глаза можно отнести уменьшение объема аккомодации – пресбиопию.

Причины развития

Известно, что нормальное функционирование целостного механизма бинокулярного зрения зависит от баланса оптических, сенсорных и моторных подсистем, а нарушения в отдельных подсистемах бинокулярного зрения могут негативно влиять на работу целостного механизма.

Рассмотрим строение переднего отдела глазного яблока (рис. 1).

Внутреннее ядро глаза состоит из хрусталика, стекловидного тела, водянистой влаги, заполняющей глазные камеры.

Хрусталик – составная часть аккомодационного аппарата глаза и важная оптическая структура. Патология хрусталика может быть врожденной и приобретенной.

Передняя камера глаза – пространство, ограниченное задней поверхностью роговицы, передней поверхностью радужки и центральной частью хрусталика. Глубина передней камеры у взрослого человека составляет 3,5 мм. Место, где роговица переходит в склеру, а радужка – в цилиарное тело, называется углом передней камеры. В углу передней камеры находится дренажная система глаза, состоящая из корнеосклеральной трабекулы, Шлеммова канала, коллекторных канальцев числом 20-30. Некоторые коллекторные канальцы выходят на поверхность склеры. Эти сосуды получили название водяных вен.

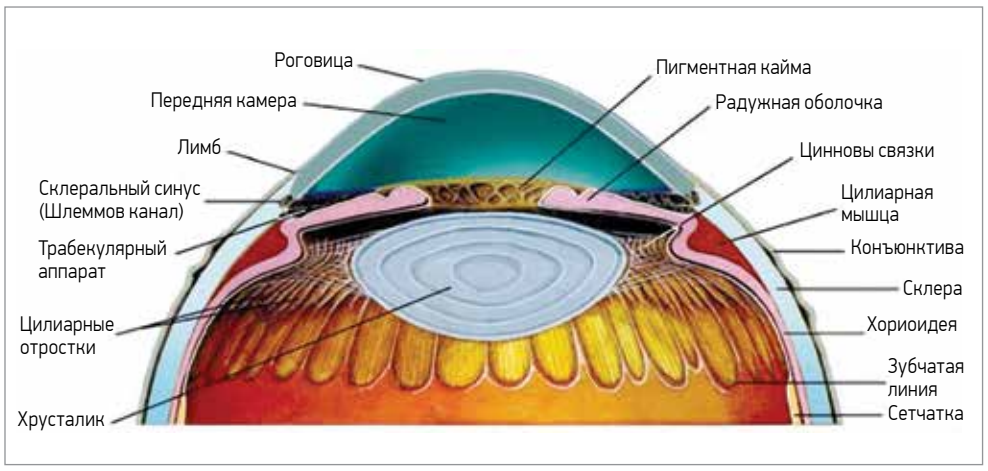


Рис. 1. Строение переднего отрезка глаза

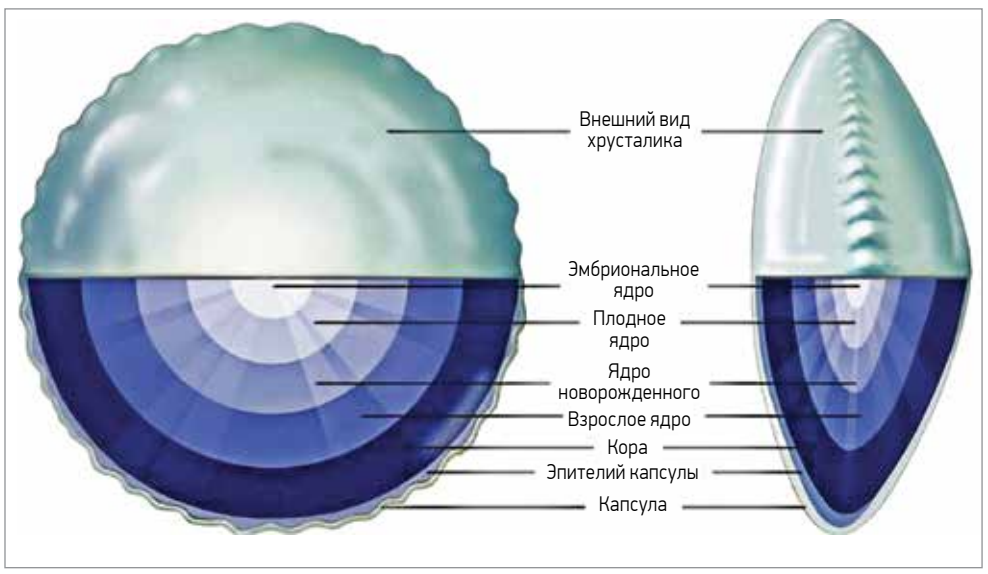


Рис. 2. Строение хрусталика

Задняя камера расположена позади радужки – это ее передняя стенка. Наружной стенкой служит цилиарное тело, задней – передняя поверхность стекловидного тела. Внутренняя стенка – экватор хрусталика.

Камеры глаза заполнены водянистой влагой (внутриглазной жидкостью). Водянистая влага – это прозрачная бесцветная жидкость, которая по химическому составу аналогична спинномозговой жидкости. Водянистая влага на 99% состоит из воды. Дополнительно в ее состав входят белки, глюкоза, витамины B_1, B_2, аскорбиновая кислота, ферменты, микроэлементы, молочная кислота, кислород. Водянистая влага обеспечивает жизнедеятельность бессосудистых образований глазного яблока (хрусталика, стекловидного тела, роговицы) и участвует в поддержании внутриглазного давления.

Хрусталик (lens) расположен между радужкой и стекловидным телом. Это эпителиальное образование (не содержит нервов и сосудов) представляет собой прозрачное, слегка желтоватое, сильно преломляющее свет тело, имеет форму двояковыпуклой линзы (рис. 2). Хрусталик удерживается связками, состоит из хрусталиковых волокон и покрыт капсулой (передней и задней). В хрусталике содержатся белки, аскорбиновая кислота, глюкоза, холестерин, минеральные вещества, витамин B_2, протеолитические ферменты; 65% составляет вода. Хрусталик у людей молодого возраста имеет мягкую консистенцию. С возрастом центральные волокна теряют воду, уплотняются, постепенно в центре образуется плотное и неэластичное ядро, снижается способность к изменению формы, т. е. к аккомодации.

С возрастом пределы аккомодации глаза уменьшаются, что вызывает удаление ближайшей точки ясного зрения и вынуждает рассматривать предметы с расстояния >33 см. При пресбиопии без коррекции невозможно получить на сетчатке четкое изображение близко расположенных предметов.

Формирование пресбиопии сопровождается существенной перестройкой деятельности всего зрительного анализатора и созданием патологической системы зрительного восприятия. Феномен бинокулярной супрессии при формировании пресбиопии – результат дезадаптации организма к процессам старения.

Группа риска

Пациенты после 40-45 лет с нарушением зрения, аномалиями рефракции могут входить в группу риска. У лиц с эмметропией пресбиопия обычно начинает проявляться в возрасте 40-45 лет. При гиперметропии пресбиопия начинается раньше, при миопии – позже. К каждому пациенту необходимо подходить индивидуально в зависимости от профессиональной деятельности. Например, необходимо учитывать расстояние от глаз до монитора при работе за компьютером. Плохое освещение, неправильная поза и т. д. могут влиять на ухудшение зрения.

Симптоматика

После 40-45 лет пределы аккомодации глаза уменьшаются, возникает прищуривание, ухудшается зрительный комфорт.

При пресбиопии наблюдается практически ощутимое снижение остроты зрения вблизи, поскольку удаляется ближайшая точка ясного зрения. Вследствие этого пациент вынужден рассматривать предметы с расстояния >33 см.

При гиперметропии обязательно ношение очков уже со школьного возраста, потому что постоянное чрезмерное напряжение аккомодации приводит к быстрому утомлению глаз, постоянной гиперемии конъюнктивы (к хроническим конъюнктивитам), характерной головной боли в области лба и орбит. У лиц с гиперметропией, не носивших ранее очков для дальнего зрения, жалобы на стремление отодвинуть текст подальше от глаз появляются раньше 40-45 лет.

Обычно выраженный астигматизм приводит к значительному снижению остроты зрения как вдаль, так и вблизи, поэтому рациональная коррекция зрения пациентов имеет очень большое значение. Однако подбор очков при астигматизме вызывает наибольшее затруднение вследствие сложности структуры пучка лучей, преломляющихся в оптическом аппарате глаза.

При выборе оптимальной коррекции для ближнего зрения лицам с миопической рефракцией исходят из степени миопии.

Основной симптом некорригированной пресбиопии – затруднения при рассматривании мелких предметов на близких расстояниях. Распознавание последних улучшится, если их отодвинуть подальше от глаз. Но это происходит до определенного момента. Наступающее при этом утомление цилиарной мышцы, обусловленное ее чрезмерным напряжением, может привести к зрительному утомлению. Все, что вызывает хотя бы кратковременное удаление ближайшей точки ясного зрения от глаз и ухудшает различимость объектов зрительной работы, способствует более раннему проявлению признаков пресбиопии и большей выраженности ее симптомов. У людей с гиперметропической рефракцией это возникает раньше 40-45 лет, поскольку механизм аккомодации включен постоянно (как для дальнего, так и для ближнего зрения).

При решении аккомодационных задач при миопии фокусировка осуществляется с наименьшими затратами аккомодации.

Возможные осложнения

Пресбиопии после 40-45 лет могут сопутствовать астигматизм, гиперметропия, миопия. Первоочередной задачей является правильный подбор коррекции с помощью очков. В процессе подбора необходимо учитывать состояние зрительных функций, положение глаз, характер бинокулярного зрения, наличие астенопии, ее переносимость.

Частыми функциональными осложнениями некорригированной аномалии рефракции являются нарушения бинокулярного

зрения. Важнейшими признаками дезадаптации зрительной системы к аметропиям являются астенопия и рефракционная амблиопия. При этом не только снижается острота зрения, но и нарушаются функции моторно-сенсорной системы, мышечно-аккомодационного аппарата глаза, могут проявляться неврозы и др. Вследствие этого возникает необходимость своевременной рациональной коррекции аметропий. Именно поэтому проблема имеет как медицинское, так и социальное значение.

При астигматизме слабой и средней степени зрение может быть снижено незначительно. При больших же степенях анизометропии зрительная система резко отстает в развитии, а это оказывает влияние на оптомоторный механизм бинокулярного зрения. При астигматизме, превышающем 2.0 дптр, всегда наблюдается практически ощутимое снижение зрения, ухудшается зрительный комфорт.

У людей с гиперметропической рефракцией может возникать аккомодативная астенопия, обусловленная перенапряжением аккомодации при длительной работе на близком расстоянии. При пресбиопии это усугубляется. Пациенты жалуются на быструю утомляемость глаз, характерную головную боль в области лба и орбит. Может наблюдаться постоянная гиперемия конъюнктивы (хронический конъюнктивит).

Если некорригированная аметропия в большей или меньшей степени отражается на остроте зрения вдаль и вблизи, на правильности восприятия окружающих предметов, необходимо обратиться к врачу-офтальмологу как можно быстрее.

При диагностике используют следующие методы исследования: визометрия, рефрактометрия, определение угла косоглазия по Гиршбергу, характера бинокулярного слияния на цветовом приборе, биомикроскопия, офтальмоскопия.

Наиболее эффективные методы коррекции

В настоящее время подходы к коррекции пресбиопии существенно меняются. Помимо традиционной коррекции с помощью очков, внедряются новые методы (как нехирургические, так и хирургические). Вместе с тем, несмотря на многообразие предлагаемых методов, до сих пор остается открытым вопрос о патогенетически обоснованной оптимальной коррекции при пресбиопии.

Существуют три способа коррекции аномалий рефракции: очковая коррекция, контактная коррекция (линзы) и рефракционная хирургия.

Очки – распространенный способ коррекции аметропии. Чтобы объект был четким при пресбиопии, перед глазом ставят положительную линзу. Эта линза (обычно силой от 0,5 до 3,0 дптр) берет сначала часть, а затем всю работу по аккомодации. Пресбиопические очки применяют только для работы на близком расстоянии. Далеко расположенные предметы через эти очки видны нечетко. Для одновременного видения вдаль и вблизи используют специальные линзы, имеющие разную рефракцию в разных частях для дали и близи, – бифокальные, трифокальные, мультифокальные. Особое место занимает проблема целесообразности коррекции миопии на близком расстоянии.

Очки не требуют специального ухода, их в любой момент можно снять и надеть. К их недостаткам относятся ограничение поля зрения рамкой оправы, искажение пространства по периферии стекла, кроме того, очки запотевают при резкой смене температуры окружающей среды. Немаловажную роль играет правильный подбор оптической коррекции.

Основными критериями подбора очковой коррекции являются: степень аметропии, функциональное состояние глаз (острота зрения, положение глаз, характер бинокулярного зрения, влияние коррекции на эти показатели), возраст пациента, динамика рефракции, наличие или отсутствие астенопии, переносимость коррекции и т. д.

Контактные линзы в настоящее время популярны и доступны. Контактная линза изготовлена из специального материала и надевается непосредственно на роговицу. К подбору контактных линз существуют медицинские, профессиональные и косметические показания.

Контактные линзы бывают мягкие и жесткие: мягкие используются в основном для коррекции миопии и гиперметропии, жесткие чаще применяют для коррекции астигматизма. Контактные линзы не вызывают искажения пространства и сужения поля зрения, не запотевают при резкой смене температур, однако требуют особого ухода. При неправильном уходе и использовании у пациентов могут возникнуть осложнения, требующие лечения и отмены ношения контактных линз.

Рефракционная хирургия получила широкое распространение. Во время таких операций изменяют форму, а следовательно, и преломляющую способность роговицы, в результате чего достигается коррекционный эффект. В настоящее время выполняют в основном эксимер-лазерные рефракционные операции. Возможны также операции по замене хрусталика.

Наиболее сложной для достижения совершенных результатов и полной реабилитации пациентов следует считать задачу восстановления и сохранения бинокулярного зрения. Коррекция пресбиопии должна сопровождаться мерами по восстановлению бинокулярного взаимодействия.

В ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» предложено новое направление в лечении нарушений бинокулярного зрения различной этиологии, оптической коррекции зрения.

Пресбиопия, астигматизм, гиперметропия, миопия должны быть выявлены как можно раньше и после назначения очков оптимально откорригированы офтальмологом, поскольку возникает функциональная взаимосвязь как между оптическим и двигательным аппаратами, так и обеими половинами зрительного анализатора. При подборе коррекции учитываются рефракция, острота зрения каждого глаза, фузия, состояние бинокулярного зрения.

Задача семейного врача заключается в как можно более раннем выявлении пресбиопии, аномалий рефракции и направлении пациента к врачу-офтальмологу (например, в ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины»).

Меры профилактики

Профилактика пресбиопии должна состоять в раннем оптимальном назначении оптической очковой коррекции в соответствии с клинической рефракцией.

Вопросы диагностики пресбиопии, аметропии необходимы для проведения эффективных реабилитационных мероприятий и предупреждения инвалидизации пациентов. Аномалии рефракции обусловливают необходимость постоянного использования коррекции, так как при отсутствии дополнительных вспомогательных средств создаются трудности для адаптационного механизма бинокулярного зрения.

Пациентов, пользующихся пресбиопическими очками, рекомендуется обследовать раз в 2-3 года.

ЗУ

ПРЕСРЕЛІЗ

Виробничий завод ACINO в Україні отримав сертифікат GMP EU

На початку грудня 2019 року виробничий завод ACINO в Україні – «Фарма Старт» – успішно пройшов сертифікацію Державної інспекції лікарських засобів Республіки Латвії та підтвердив свою відповідність принципам і правилам Належної виробничої практики Європейського Союзу (GMP EU).

Компанія отримала сертифікат терміном від 3 років, який охоплює виробництво лікарських засобів (тверді капсули, таблетки), первинну та вторинну упаковку й контроль якості (мікробіологічний: нестерильний; хімічний або фізичний). Отже, європейська база EudraGMDP поповнилася новим сертифікатом.

GMP є обов'язковим стандартом сертифікації фармацевтичних виробництв у Європі та загальновизнаним у світі. Він висуває вимоги до системи управління якістю, персоналом, використовуваного обладнання та виробничих будівель, а також ведення документації. В Україні стандарти GMP гармонізовані з чинними на території Європейського Союзу (ЄС).

«Для швейцарської фармацевтичної групи компаній ACINO високі стандарти якості важливі в усіх бізнес-процесах, тому сертифікація виробництва за стандартом GMP ЄС – це вагомий здобуток, якого компанія прагнула протягом останніх років. Від моменту придбання фармацевтичного заводу «Фарма Старт», а це вже майже 5 років діяльності на локальному фармацевтичному ринку, компанія постійно вдосконалює систему якості та впроваджує інноваційні технології у виробництво для гарантування безпеки, ефективності та стабільно високої якості продукції й забезпечення сталості виробництва. Так, у модернізацію виробництва, розвиток R&D напряму, вдосконалення системи якості та впровадження енергоефективних рішень ACINO в Україні інвестувала понад 13 млн євро.

Отримавши цей сертифікат, ми довели, що рівень якості продукції заводу «Фарма Старт» відповідає високим регуляторним вимогам Європейської Співдружності, на ринках якої ми плануємо збільшувати експортний потенціал нашого продуктового портфеля вже найближчим часом. Також відповідність нормам GMP ЄС є запорукою співпраці з підприємствами світового співтовариства», – зазначив **Євген Заїка, генеральний директор ACINO в Україні, регіональний директор ACINO в країнах СНД**.

Окрім того, в червні 2018 року завод «Фарма Старт» отримав сертифікат ISO 22 000 (система менеджменту безпеки харчових продуктів, що об'єднує вимоги ISO 9001 і HACCP), виданий європейською компанією TUV NORD, для таких сфер діяльності: розробка, виробництво, контроль якості, реалізація та транспортування дієтичних добавок.

ACINO прагне стати брендом, який обирають пацієнти та фахівці охорони здоров'я на ринках країн, що розвиваються. Відповідність вимогам стандартів GMP EU та ISO гарантує найвищий рівень якості, ефективності та безпеки продукції ACINO в процесі розробки, виробництва, зберігання, дистрибуції та проведення постмаркетингових заходів.

* * *

Швейцарська фармацевтична компанія ACINO зі штаб-квартирою в Цюриху фокусує свою діяльність на обраних ринках країн Близького Сходу, Африки, СНД і Латинської Америки. Ми пропонуємо високоякісні лікарські засоби для забезпечення доступної медичної допомоги на ринках країн, які розвиваються. Як світовий партнер фармацевтичних компаній, ACINO надає готові рішення, починаючи від розробки та реєстрації препаратів до контрактного виробництва, упаковки та логістики.

ACINO в Україні входить у швейцарську групу компаній ACINO та є сучасною фармацевтичною компанією в галузі розробки та виробництва високотехнологічних генеричних лікарських засобів із додатковими властивостями, котра провадить діяльність на території України. Головний офіс ACINO в Україні розташований у м. Київ і виконує функцію регіональної штаб-квартири для бізнесу ACINO в країнах СНД. Виробничий завод ACINO в Україні – «Фарма Старт», який знаходиться в м. Київ, сертифікований відповідно до стандартів GMP EU та оснащений науково-дослідною лабораторією з розробки генеричних препаратів. На сьогодні в компанії працюють більш як 780 висококваліфікованих співробітників. Портфель лікарських препаратів, дієтичних добавок і виробів медичного призначення ACINO в Україні налічує понад 60 продуктів як власного виробництва, так і на умовах дистрибуційних угод, що використовуються, зокрема, в неврології, психіатрії, кардіології, терапії й ендокринології. Обираючи ACINO, ви обираєте якість, на яку можна покластися. Докладніша інформація про ACINO в Україні розміщена на веб-сайті www.acino.ua.

Служба зв'язків із громадськістю ТОВ «АСІНО УКРАЇНА»
тел.: +38 (044) 281 23 33; e-mail: pr_ua@acino.swiss

Застосування Катіонорму при ХСО: унікальна технологія Novasorb®

Хвороба сухого ока (ХСО) – поширений патологічний стан, що уражає до 34% певних популяцій, передусім жінок та осіб віком понад 65 років (DEWS, 2007; Schaumberg D.A. et al., 2003). Основні симптоми ХСО – нестабільність слізної плівки, розлади зору та біль в очах (Gayton J.L., 2009).

Хронічна природа ХСО передбачає значний негативний вплив на якість життя та економічне навантаження (Baudouin C. et al., 2008; Clegg J.P. et al., 2006). ХСО класифікується на 2 підтипи: вододефіцитний і пов'язаний із посиленим випаровуванням; в обох випадках цей стан являє собою хибне коло різних патогенетичних механізмів, основою якого виступає запалення (Baudouin C. et al., 2007; Lemp M.A., 1995). Незалежно від етіології, ХСО асоціюється із запальними змінами всієї поверхні ока, в тому числі кон'юнктиви та рогівки (DEWS, 2007).

Золотого стандарту лікування ХСО не існує, тому терапія фокусується на усуненні симптомів, зазвичай за допомогою сльозозамінників (Whitcher J.P. et al., 2004; DEWS, 2007; Rieger G., 1990). Останні забезпечують певне покращення шляхом поповнення водянистого компонента слізної плівки, однак їхній ефект є минущим і за умов тяжкої ХСО і ХСО помірної тяжкості може бути недостатнім. Основними причинами цього є швидке дренування сльозозамінників через носослізний канал і нестача ліпідного компонента в більшості таких засобів (Lallemand F. et al., 2012; Shell J.W., 1984).

Сучасні дослідження спрямовані на створення штучних сліз, що більшою мірою відповідають складу природної слізної плівки. На сьогодні наявна низка офтальмологічних лубрикантів із різним електролітним балансом, осмолярністю та в'язкістю (Corrales R.M. et al., 2008).

Кількісні або якісні порушення складу будь-якого компонента слізної плівки (її ліпідного шару (ЛШСП), водянистої складової, поверхні рогівкового епітелію) призводять до зниження стабільності слізної плівки та зменшення часу її розриву. Одним із найважливіших патогенетичних елементів ХСО є дисфункція мейбомієвих залоз, яка відзначається у 86% пацієнтів із цим станом (Lemp M.A. et al., 2012). Оскільки секрет мейбомієвих залоз становить понад 93% ЛШСП (Lam S.T. et al., 2014; Butovich I.A. et al., 2012), це обґрунтовує доцільність застосування ліпідовмісних препаратів у лікуванні ХСО.

Інноваційні ліпідовмісні засоби забезпечують відновлення стабільності слізної плівки та прицільну доставку діючих речовин. Форма «олія-у-воді» дозволяє постачати ліпідний компонент до ЛШСП, нівелюючи його дефіцит. На практиці часто застосовуються безпосередні інстиляції олійних зволожувальних засобів (нерозчинних у воді ліпофільних молекул) (Fogt J.S. et al., 2016), проте вони чинять обмежений сприятливий вплив на стан ЛШСП in vitro та in vivo у зв'язку з поганою змішуваністю екзогенних олій із ЛШСП. Своєю чергою, наноемульсії типу «олія-у-воді» постачають поверхню ока полярними ліпідами, які сприяють рівномірному розповсюдженню олійної фази емульсії та змішуванню її з ЛШСП (Lallemand F. et al., 2012). Ці властивості роблять наноемульсії не лише основою для препаратів циклоспорину чи інших активних інгредієнтів, а й самостійним засобом для лікування ХСО.

Різновидом наноемульсій є катіонні емульсії (КЕ), що містять позитивно заряджені олійні наночастинки, стабілізовані сурфактантом і диспергровані у водній фазі (рис.). Позитивний заряд цих наночастинок дозволяє їм «прилипати» до негативно заряджених муцинових білків епітелію рогівки та кон'юнктиви, створюючи стійкий зволожувальний ліпідний шар, покращуючи розповсюдження засобу по поверхні ока та подовжуючи час перебування на ній (Daull P. et al., 2017). Важливо також те, що нанорозмір масляних крапель в емульсії створює велику площу контакту з клітинами поверхні ока (Lallemand F. et al., 2012).

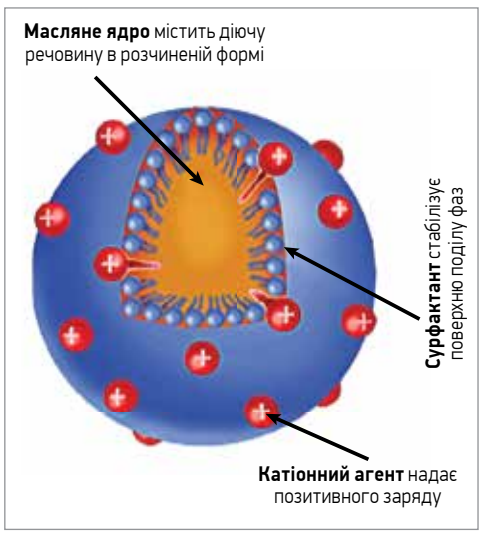


Рис. Схематичний вигляд олійної краплі катіонної наноемульсії (Daull P. et al., 2017)

Засіб для офтальмологічного використання Катіонорм (компанія «Сантен») являє собою безконсервантну КЕ в стерильному монодозовому флаконі. В основі лікарської форми Катіонорм лежить технологія Novasorb® – запатентована основа офтальмологічних крапель, створена для покращення взаємодії КЕ з різними шарами слізної плівки та поверхнею ока (Lallemand F. et al., 2012). Саме за рахунок технології Novasorb® функціональні та механістичні характеристики Катіонорму є дуже схожими на аналогічні параметри слізної плівки здорового ока. Так, Катіонорм містить ізоосмолярну або легкогіпоосмолярну фазу, полярні (цеталконію хлорид) і неполярні (мінеральні олії чи середньоланцюгові тригліцериди) ліпіди, сурфактанти (тилоксапол, полоксамер). Завдяки цьому Катіонорм покращує стан і функції секрету мейбомієвих залоз та ЛШСП, а саме стабільний ЛШСП є запорукою утворення й стабілізації тонкої та однорідної водянистої плівки на опуклій поверхні ока та захисту епітелію рогівки від висихання і пошкоджень (Millar T.J., Schuett B.S., 2015; Yokoi N. et al., 2014).

Значна тривалість перебування КЕ на поверхні ока внаслідок електростатичної взаємодії та покращення характеристик усіх шарів слізної плівки за рахунок наявності олійної і водної фази надає емульсіям, створеним за технологією Novasorb®, сприятливих властивостей навіть за відсутності активної речовини (Lallemand F. et al., 2012). З'являється все більше доказів того, що КЕ здатні забезпечити триваліше зволоження та змазування поверхні ока в порівнянні з іншими сльозозамінниками. Безпека та ефективність Катіонорму при ХСО багато разів доведені в клінічних дослідженнях (Amrane M. et al., 2014; Aragona P. et al., 2011). Так, у пацієнтів із ХСО, які підлягали лікуванню Катіонормом, було виявлено подовження часу розриву слізної плівки та зменшення забарвлення рогівки флуоресцеїном. Слід зауважити, що покращення стану поверхні ока було зафіксовано вже через 7 днів застосування Катіонорму (Robert P.-Y. et al., 2016).

У своєму експерименті G.A. Georgiev і співавт. (2017) продемонстрували, що внесення Катіонорму до секрету мейбомієвих залоз сприяло потовщенню слізної плівки та покращувало її еластичність, компенсуючи ліпідний дефіцит. Катіонорм також легко змішувався з ЛШСП in vivo, покращуючи стан останнього. Сприятливий вплив цієї КЕ на слізну плівку визначають склад і молекулярна структура Катіонорму. Зокрема, хороша змішуваність із секретом мейбомієвих залоз пояснює тривалий час перебування наночастинок засобу на поверхні ока (до 8 год після інстиляції).

P.-Y. Robert і співавт. (2016) порівняли ефективність та безпеку безконсервантної КЕ Катіонорм з відповідними показниками 0,18% розчину гіалуронату натрію в пацієнтів із ХСО (тяжкою та помірної тяжкості) з кератитом чи кератокон'юнктивітом. Через 1 міс вираженість симптомів з боку поверхні ока достовірно зменшилася в обох групах, однак симптоми дискомфорту в оці більш достовірно зменшилися в групі Катіонорму (-14,8±17,3 проти -7,6±14,2; p=0,0469). Зокрема, більш виражено зменшилась інтенсивність свербіння та сухості очей. Через 3 міс біль в очах і труднощі при водінні автомобіля також були достовірно меншими в групі КЕ. На 84-й день лікування частка пацієнтів, результат лікування яких було розцінено як задовільний, була достовірно вищою в групі Катіонорму (87,5% проти 65,0%; p=0,0339). Покращення оцінки забарвлення поверхні ока під дією Катіонорму було помітним вже на 7-й день лікування. Цей ефект був особливо вираженим у ділянці рогівки: через 1 міс лікування приблизно в третини пацієнтів було виявлено повну відсутність флуоресцеїнового забарвлення.

Під час лікування в 19 пацієнтів – 8 (18,2%) у групі Катіонорму та 11 (26,8%) у групі гіалуронату натрію – було зафіксовано несприятливі події (НП), здебільшого легкі або помірної тяжкості. Найчастішою НП був біль у зоні інстиляції, про який повідомили 2 (4,5%) пацієнти з групи Катіонорму та 1 (2,4%) учасник із групи гіалуронату натрію. У 4 пацієнтів НП стали причиною припинення терапії (3 випадки в групі Катіонорму та 1 – у групі гіалуронату натрію). Усі НП, що призвели до відміни лікування, окрім одного (випадок захворювання на грип), мали місцевий характер. У кожній групі було зафіксовано по одному випадку серйозної системної НП, що не була асоційована з лікуванням.

В.О. Соколов і співавт. (2017) показали, що застосування Катіонорму в пацієнтів із вторинною ХСО після аденовірусного кератокон'юнктивіту значно зменшує прояви сухого ока та покращує якість життя, що дозволяє рекомендувати цей засіб у вигляді монотерапії чи в комбінації з іншими препаратами в разі вторинної ХСО. Було також показано, що Катіонорм є ефективним у ліквідації вторинної ХСО після кераторефрактерних хірургічних втручань.

Таким чином, ХСО – поширений патологічний стан, в основі якого лежить хибне коло запалення та нестабільності слізної плівки. Основою лікування ХСО виступає застосування сльозозамінників, які, однак, часто мають недоліки. Катіонна наноемульсія – це інноваційна лікарська форма очних крапель, що демонструє низку переваг: відмінне розповсюдження на поверхні ока, велику площу контакту, хороше зчеплення. Для Катіонорму (компанія «Сантен») характерна оптимізація взаємодії крапель із поверхнею ока за рахунок технології Novasorb®. Катіонорм не лише безпосередньо зволожує поверхню ока, а й бере участь в укріпленні ЛШСП, розриваючи хибне коло ХСО.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***

Підсумки 2019 року: офтальмологія

Зима – час, коли фахівці охорони здоров'я традиційно проводять своєрідний аудит професійного життя, адже, щоб намітити нові цілі й напрями розвитку, слід мати чітке уявлення про поточну картину в цілому.

Про результати минулого року – досягнення та виклики в галузі офтальмології, які поки не вдалося здолати, – кореспонденту нашого видання розповіла **заслужений лікар України, професор кафедри офтальмології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Оксана Петрівна Вітовська**.

Які профільні конференції й інші знакові події відбулися 2019 року?

– Цей рік був дуже насиченим для офтальмологів. В Україні він розпочався з традиційної березневої конференції Ophtalmic Hub, яка зібрала понад 1200 спеціалістів, близько 100 спікерів, у тому числі 23 іноземних, які представляли 15 країн, зокрема США, Німеччину, Францію, Велику Британію, Іспанію, Італію. Під час цього заходу до України вперше завітала делегація Європейського товариства катарактальних і рефракційних хірургів, яка організувала два сателітні симпозіуми для учасників. Також у рамках конференції відбулися 13 майстер-класів і низка тренінгів під егідою Міжнародної ради офтальмології, на яких було проведено тренінг навичок із читання лекцій, спілкування зі студентами та інших аспектів медичної освіти. Окрім цих заходів, у 2019 році відбулося багато інших офтальмологічних науково-практичних проєктів, присвячених окремим нозологічним станам. Завершився минулий рік яскравою подією – конференцією «Ophthalmic Light. Офтальмохірургія».

Чи були у 2019-му впроваджені в практику лікаря-офтальмолога нові діагностичні методики або фармакологічні препарати? Які їхні переваги та недоліки?

– У ході Ophtalmic Hub було представлено нові апарати для діагностики захворювань сітківки – оптичні когерентні томографи зі спеціалізованими програмами, прилади для ранньої діагностики кератоконусу, хвороби сухого ока. Перевагами сучасних візуалізаційних приладів є надзвичайно тонка деталізація, тобто можливість розрізняти всі гістологічні прошарки структури ока. Діагностичний потенціал цих методів революціонізує погляди на патогенез низки офтальмологічних захворювань, зокрема діабетичної ретинопатії, вікової дегенерації макули, хвороби сухого ока.

Велику кількість сучасних апаратів впроваджено і в офтальмохірургію, у тому числі в хірургію катаракти. Нові прилади дозволяють проводити втручання при постійному стабілізованому внутрішньоочному тиску, що дуже важливо, оскільки коливання цього показника спричиняють ускладнення. Офтальмохірургія вражає технологіями 3D-візуалізації. Офтальмохірурги дедалі більше нагадують супергероїв із фантастичних фільмів. Не за горами час, коли хірург дистанційно проводитиме операції. Також з'явилися нові лазерні установки, нові моделі штучних кришталиків. Сучасні кришталики за своїми властивостями наближаються до природного кришталика, забезпечуючи якісний зір не тільки в одному фокусі, а й на близькій, середній і далекій відстані, тобто, власне, акомодацію. Загалом можна сказати, що технологічні можливості української офтальмології зростають.

Як змінилася ситуація в офтальмології у світлі поточної реформи охорони здоров'я?

– Умови роботи лікарів-офтальмологів дійсно дещо змінилися. Нині на передній план виходить тісна співпраця із сімейними лікарями. Оскільки значна кількість офтальмопатологій має підлягати лікуванню саме на первинній ланці, наразі проводиться багато освітніх заходів для сімейних лікарів і міждисциплінарних конференцій. Ці заходи акцентують увагу на скринінгу, профілактиці та правильній організації шляху пацієнта з офтальмологічним захворюванням від первинного до третинного рівня медичної допомоги.

На які офтальмологічні патологічні стани лікарю слід звертати увагу в першу чергу?

– Провідною причиною сліпоти у всьому світі є глаукома, дещо рідше – захворювання сітківки (вікова макулярна дегенерація, діабетична ретинопатія). У зв'язку з пандемією діабету, актуальною й для України, на передній план виходить міждисциплінарна співпраця. Так, якщо в пацієнта уперше виявлено цукровий діабет, його відразу повинен оглянути офтальмолог. Варто зауважити, що існують прості у виконанні тести для самоконтролю стану центральної зони сітківки, наприклад тест Амслера, який дозволяє запідозрити вологу макулярну дегенерацію або набряк центральної зони сітківки. Вчасне лікування цих хвороб дозволяє покращити і стабілізувати зір. Також увагу медичної спільноти сьогодні привертає хвороба сухого ока, тому що порушення з боку передньої поверхні очного яблука мають місце приблизно у 80% офтальмологічних пацієнтів.

Які рекомендації та консенсусні документи з офтальмології були прийняті або оновлені?

– Минулого року було перекладено українською клінічні настанови з ведення макулярної дегенерації, катаракти, глаукоми.

Чи завершилися у 2019-му важливі клінічні дослідження? Якими є їх результати?

– Важливі для України дослідження спрямовані на пошук лікування хвороби сухого ока та макулярного набряку різного генезу, однак вони ще не повністю завершені, тому обговорювати їх результати у відкритих джерелах поки не дозволено.

Якою сьогодні є позиція медичної спільноти щодо лікування глаукоми?

– Я прихильниця профілактичної медицини і вважаю, що завжди краще запобігти розвитку хвороби, ніж її лікувати. Тому першочерговим є скринінг на глаукому, діабетичну ретинопатію. Якщо йдеться саме про терапію, то сучасною тенденцією у світовій офтальмології є персоніфікація лікування. Це добре, що наявні стандарти лікування та рекомендації провідних профільних товариств, проте в центрі уваги має бути пацієнт зі своїми індивідуальними особливостями. На початковому етапі лікування глаукоми застосовуються гіпотензивні препарати, утім, поява інноваційних щадних технологій дозволяє лазерним втручанням (селективна лазерна трабекулопластика) конкурувати з фармакотерапією. Недоліком лазерних втручань є відносно незначна тривалість нормалізації внутрішньоочного тиску.

Якими є сучасні погляди на хворобу сухого ока?

– На жаль, хвороба сухого ока зазвичай діагностується на пізніх стадіях. Наприклад, більшість пацієнтів не розуміє, що сльозотеча при виході на вулицю є компенсаторним симптомом хвороби сухого ока, і тому не звертається до лікаря. В Україні вже з'явилися прилади, які дозволяють визначити форму хвороби сухого ока – дефіцит ліпідного шару та посилення випаровування або ж недостатність сльозопродукції. Це має значення при підборі сльозозамінників. За даними літератури, хвороба сухого ока зустрічається не лише в осіб похилого та старечого віку, а й у молодих людей, у тому числі в дітей, тож при появі відчуття сухості, печіння, дискомфорту в оці слід у будь-якому віці звернутися до лікаря.

Консенсус-мітинг DEWS II, який відбувся у 2017 році, змінив парадигму розуміння хвороби сухого ока. Так, зазнала змін термінологія цього стану (раніше вживався термін «синдром сухого ока») та було визнано, що при хворобі сухого ока страждає не лише слізна плівка, а вся поверхня ока. Основними патогенетичними елементами цього стану тепер вважаються запалення та дисфункція мейбомієвих залоз, а базисним лікуванням – застосування безконсервантних сльозозамінників, які містять гіалуронову кислоту. На пізніх стадіях використовуються протизапальні засоби та циклоспорин А.

Яким має бути скринінг основних офтальмологічних хвороб у вітчизняних умовах?

– Скринінг повинен бути завданням сімейних лікарів, тому зараз активно проводиться їх навчання. Якщо лікар виявляє відхилення від нормального стану, то повинен направити такого пацієнта до офтальмолога для подальшої діагностики. Головний принцип будь-якого скринінгу – це його регулярність. При цьому кожна людина має сама дбати про своє здоров'я, слідкувати за своїм самопочуттям і в разі появи відхилень своєчасно звертатися до лікаря.

Які проблеми сучасної офтальмології дотепер залишаються невирішеними?

– Можна сказати, що в Україні офтальмологічна допомога надається на рівні США, європейських та інших розвинених країн. Лише в Києві є 7 приватних офтальмологічних клінік, які надають повний цикл офтальмологічних діагностично-лікувальних процедур, у тому числі вітреоретинальних хірургічних втручань. Державні заклади значно відстають за матеріально-технічною базою, однак є надія, що поточна реформа вирішить це питання. Важливою проблемою є реімбурсація лікування катаракти, оскільки це стосується виліковної сліпоти старших людей, а також глаукоми та набрякових форм дегенерації сітківки і ретинопатії. Певні труднощі сьогодні пов'язані також зі скринінгом, оскільки навантаження на сімейного лікаря значно зросло.

Чого слід очікувати українській офтальмології у 2020 році?

– Світова офтальмологія розвивається надзвичайно бурхливо. Телемедицина використовується як інструмент скринінгу, своєчасної діагностики багатьох хвороб очей. Штучний інтелект сьогодні залучений до діагностики захворювань сітківки, а завтра – й інших патологій ока. У наш час уже відмовляються від мікроскопів на користь 3D-хірургії (яка, до речі, представлена в Україні). Усе активніше в хірургії глаукоми застосовують дренажні пристрої, різні види лазерних технологій. Конкуренція серед діагностичних пристроїв, інтраокулярних лінз, які з'являються на вітчизняному ринку, інших хірургічних матеріалів лише сприяє підвищенню кваліфікації лікарів, оскільки стимулює їх навчання та безперервний професійний розвиток, а це разом із сучасними інноваційними технологіями покращує якість медичної офтальмологічної допомоги в Україні.

На мою думку, науковий, освітній та практичний прогрес у вітчизняній офтальмології триватиме. Фахівцям у цій галузі варто відвідати конференцію Ophtalmic Hub (www.ophthalmic-hub.com), яка з 2020 року визнана Європейською акредитаційною радою зі сталої медичної освіти. Учасники заходу матимуть можливість дізнатися найактуальнішу інформацію щодо сучасних технологій діагностики та лікування офтальмологічних хвороб, покращити свої практичні навички, набути та поглибити знання з медичного права, маркетингу, психології, а також отримати бали, які враховуються не лише в Україні, а й у світі. Так що до зустрічі 20-21 березня в Києві на Ophthalmic Hub 2020.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***

Шукаючи комфортні лінзи: обираємо найкращі

Стикнувшись із проблемою зниження гостроти зору, багато пацієнтів вивчають можливості корекції, не пов'язані з носінням окулярів, а згодом розпочинають пошук альтернативи задовільним контактним лінзам, прагнучи обрати найкращі. Спробувавши продукцію різноманітних фірм, більшість споживачів звертає увагу на контактні лінзи всесвітньовідомої компанії Alcon, яка була заснована в 1947 р. двома американськими фармацевтами – Робертом Александером і Вільямом Коннером.

Нині компанія Alcon (США) має представництва майже в 75 країнах світу, володіє найпотужнішими системами виробництва, використовує передові технології, завдяки чому різноманітні лінійки інтраокулярних контактних лінз (ІОЛ) отримали заслужене визнання в осіб із проблемами зору. Одним із найвідоміших продуктів цієї компанії є контактні лінзи преміум-сегмента AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA.

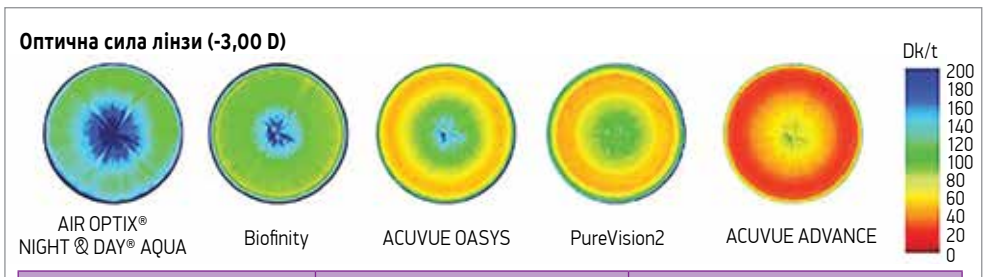
Комбінація силікону та гідрогелю

Революційний спосіб виробництва з використанням унікальної технології стійкої плазми дозволяє надати лінзам AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA суцільну гладку поверхню та забезпечити найвищі показники проникності кисню. Це стало можливим завдяки певним особливостям виробничого процесу, насамперед використанню однієї з найдивовижніших речовин, синтезованих людиною, – силікон-гідрогелю. Силікон – прозора, міцна й еластична речовина, здатна зберігати свої властивості у величезному діапазоні умов і в різних хімічних середовищах. Силікон не зумовлює відторгнення і не спричиняє алергічних реакцій. Деякі його небажані ефекти – гідрофобність (здатність відштовхувати воду може викликати труднощі з достатнім зволоженням) та абсорбування жиру (схильність до забруднення) – компенсуються додаванням іншого штучного матеріалу – гідрогелю. Цей безбарвний неорганічний полімер має високу спорідненість до води, завдяки чому здатний гарно утримувати в собі вологу. Але гідрогель теж має свої недоліки: його ахіллесовою п'ятою є погана здатність пропускати кисень до рогівки ока. Комбінація цих двох матеріалів, яка об'єднала їхні переваги та нівелювала небажані властивості, стала відомою як силікон-гідрогель. Він добре утримує воду і пропускає кисень, що надає силікон-гідрогелевим лінзам здатність «дихати» та довго перебувати у зволоженому стані. Саме такі ІОЛ не подразнюють рогівку та є ідеальними для тривалого носіння: однією парою можна користуватися майже 30 діб. Нині кількість силікон-гідрогелевих матеріалів надзвичайно велика: тефілкон, полімакон, лотрафілкон, галіфілкон, сенофілкон, омафілкон, хілафілкон, нелфілкон, фемфілкон, балафілкон, окуфілкон, метафілкон та ін.

Який матеріал для контактних лінз є найкращим?

Спеціалісти враховують багато параметрів, щоб створити лінзи з оптимальними характеристиками. Нині вважається, що ідеальна лінза має бути:

• оптично прозорою, що необхідно для забезпечення яскравого і контрастного зору;



	Dk/t у центрі лінзи -3,00 діоптрії	Dk відповідно до даних виробника
AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA (лотрафілкон А)	175	140
Biofinity (комфілкон А)	160	128
ACUVUE OASYS (сенофілкон А)	147	103
PureVision2 (балафілкон А)	130	91
ACUVUE ADVANCE (галіфілкон А)	86	60

Рис. 1. Показники пропускання кисню різноманітних лінз
Примітки: Dk – проникність матеріалу лінзи для кисню; t – товщина лінзи в центрі.

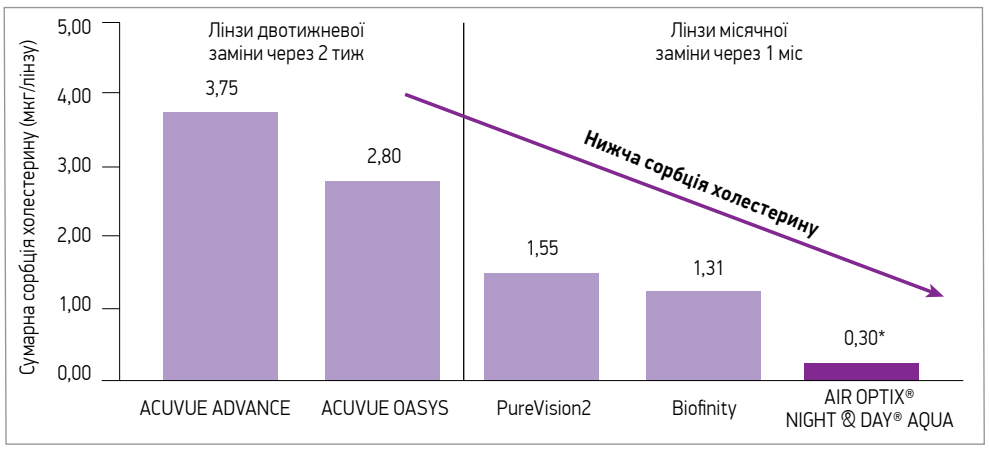


Рис. 2. Сорбція холестерину різними контактними лінзами після їх носіння
Примітки: лінзи носилися щоденно протягом рекомендованого виробником періоду.
Для очистки та дезінфекції застосовувався розчин CLEAR CARE. Дані представлені у вигляді медіан.
** Усі відмінності між AIR OPTIX NIGHT & DAY AQUA та порівнюваними брендами статистично достовірні (p<0,0001).*

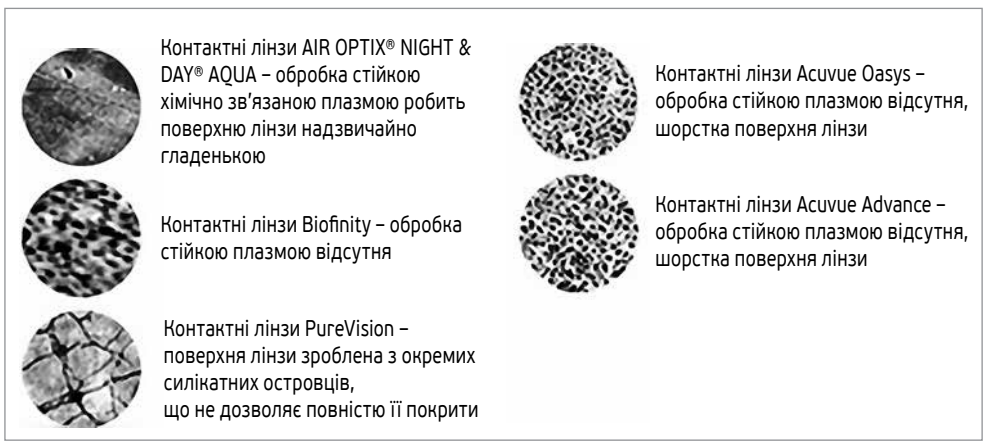


Рис. 3. Особливості обробки поверхні різноманітних контактних лінз

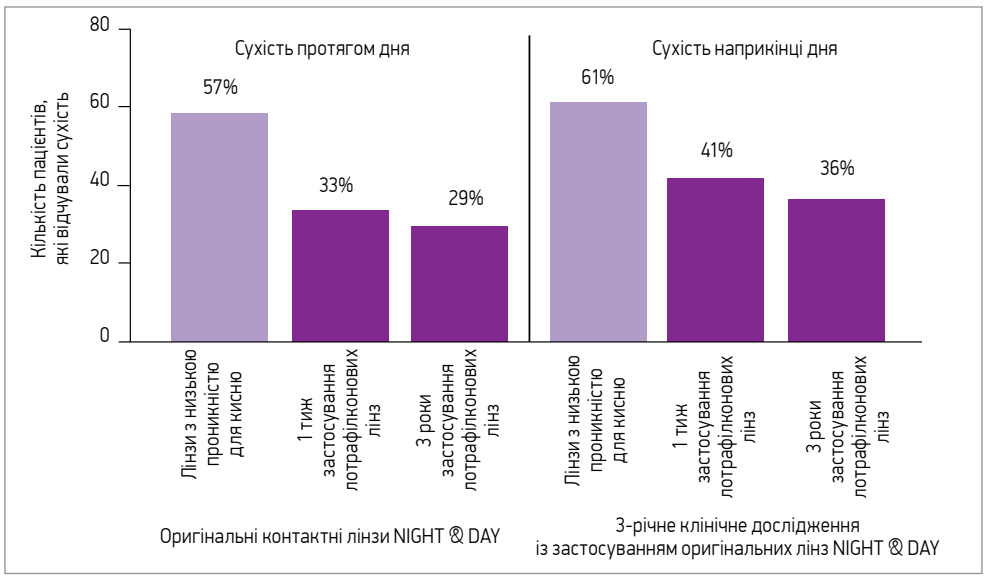


Рис. 4. Зниження інтенсивності початкової сухості через 36 міс використання ІОЛ з лотрафілкону А

• біологічно інертною для забезпечення фізіологічної сумісності з тканинами очного яблука;

• хімічно стабільною з метою тривалого зберігання первинних властивостей;

• механічно стійкою під час активного використання;

• гідрофільною для підтримання та збереження вологи ока;

• еластичною, щоб забезпечити точне прилягання лінзи до рогівки;

• нетоксичною та неканцерогенною.

Поряд із цим ІОЛ повинна забезпечувати максимальну проникність кисню до рогової оболонки ока.

Одним з оптимальних силікон-гідрогелевих матеріалів є лотрафілкон А, який надає виробленим із нього лінзам (AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA) усіх зазначених властивостей. При цьому завдяки сучасному обладнанню та революційним технологіям лінзи AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA не містять залишків стабілізаторів, пластифікаторів або мономерів, які можуть переміщатися в слізну рідину та негативно впливати на сітківку.

Здатність пропускати кисень

Лотрафілкон А, з якого вироблені контактні лінзи AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA, характеризується дуже високим показником пропускання кисню (Dk/t) порівняно з іншими лінзами (рис. 1).

Жирове забруднення

Контактні лінзи AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA мають спеціальний захист від відкладення холестерину, що сприяє більш тривалому використанню. Так, згідно з результатами клінічних досліджень, навіть після щоденного носіння впродовж 1 міс контактних лінз AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA рівень їх жирового забруднення у вигляді об'ємних відкладень значно менший, ніж при використанні інших ІОЛ протягом періоду, рекомендованого виробником (рис. 2).

Комфорт використання

Ультрагладкість поверхні лінз AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA досягнута завдяки використанню спеціальної технології – Permanent Plasma Technology: лінзи очищуються та шліфуються плазмою у вакуумній камері з нейтральним іонізуючим газом (рис. 3).

Завдяки такому способу обробки поверхня AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA не тільки є стійкою до утворення відкладнень, а й регулярно зволожується. Ефект постійного зволоження лінзи забезпечує спеціальна система – AQUA Moisture System. Саме завдяки їй вдається нівелювати схильність до підсушування. Згідно з даними одного клінічного дослідження, учасники якого носили тільки контактні лінзи AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA впродовж 30 ночей та проводили щомісячну заміну лінз протягом усього періоду спостереження (3 роки), використання зазначених ІОЛ сприяло значному зниженню

сухості як удень, так і вночі; цей ефект зберігався протягом 3 років (рис. 4).

Ще однією особливістю AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA є біасферичний дизайн лінз. Асферичність обох поверхонь додає значних переваг: відсутність сферичної поверхні на передній частини лінзи дозволяє зменшити сферичні аберації та покращити якість зору, натомість асферичний дизайн задньої поверхні оптимізує розташування лінзи на оці та підвищує комфорт носіння. Поряд із цим асферичний дизайн не перешкоджає обміну слізної рідини, що також підсилює відчуття комфорту при використанні лінзи.

Обираючи контактні лінзи, зверніть увагу на AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA з лінійки AQUA від компанії Alcon, що мають низку беззаперечних переваг. Рекомендований строк їх планової заміни становить 1 міс. Завдяки зволожувальній системі AQUA Moisture System ці контактні лінзи можуть використовуватися для безперервного носіння протягом 30 днів/ночей.

Підготувала ***Тетяна Можина***

ВІДГУКИ КОРИСТУВАЧІВ

Ці лінзи дуже легко одягати, їх можна не знімати на ніч, вони завжди залишаються вологими. Дуже важлива й ціна. Упевнено можу рекомендувати саме ці лінзи.

Коментар. Зазначена перевага забезпечується фізико-хімічними властивостями лотрафілкону А, з якого зроблені AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA. Високий показник пропускання кисню дозволяє користуватися ними цілодобово, в тому числі й під час нічного сну. Активна дія зволожувальної системи AQUA Moisture System і низький кут змочування – гаранти постійного зволоження лінзи.

Я ношу контактні лінзи близько 15 років. Маю досвід використання декількох брендів, але вже понад 10 років залишаюся вірною AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA. У мене поганий зір, тож мушу постійно носити лінзи. Я сплю у лінзах AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA, і мені подобається, що зранку я зовсім не відчуваю сухості. Завдяки цим лінзам я справді забуваю, що в мене поганий зір.

Коментар. Безболісність використання протягом ночі досягається завдяки біасферичному дизайну лінзи, гарній посадці на очному яблуці та безперешкодному току слізної рідини.

Я дуже погано бачу, й окуляри зовсім не здатні поліпшити периферичний зір. Мої очі надзвичайно чутливі, носіння одноразових контактних лінз з постійною необхідністю знімання, одягання, обробки мені не підходить. Близько 9 років тому оптометрист порадив мені AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA, і жодного разу я не пожалкував про цей вибір. Я ношу їх безперервно протягом 30 діб, не знімаючи на ніч. Очі не висихають, подразнення не виникає, а найголовніше, я не відчуваю лінз! Я завжди гарно та чітко бачу, як протягом дня, так і вночі! Ці контактні лінзи тонкі та гнучкі, їх дуже просто й комфортно одягати. Якщо у вас дуже поганий зір, якщо ви хочете вести активний спосіб життя або вам просто набридло постійно підносити речі собі під ніс, щоб бодай щось побачити, рекомендую лінзи AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA. Насолоджуйтесь життям, як це роблю я!

Коментар. Відсутність неприємних відчуттів під час використання AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA досягається завдяки плазмовій обробці та створенню надзвичайно гладенької поверхні лінзи. Чіткість зображення забезпечує асферичний дизайн передньої поверхні лінзи, що дозволяє уникнути аберацій.

Використовую ці лінзи вже 6 років. Вони дуже зручні. Я не сплю в них постійно, але, буває, інколи відпочиваю в них. Ще одна суттєва перевага AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA – спеціальна позначка, завдяки якій я ніколи не переплутаю, якою стороною потрібно одягати лінзи. Ці лінзи не потрібно щодня чистити. Порівняно з іншими лінзами вони трохи дорожчі, але ж їх можна носити і вдень, і вночі.

Коментар. На лінзу спеціально нанесений індикатор інверсії «ОК», що унеможливлює одягання навиворіт. Завдяки легкому підфарбуванню AIR OPTIX® NIGHT & DAY® AQUA можна швидко знайти в блістері та контейнері.

Глаукома: фокус на переваги препарату Косопт

Глаукома – хронічне захворювання, що характеризується пошкодженням зорового нерва та втратою полів зору, – є однією з провідних причин сліпоти та незворотного погіршення зору в усьому світі (Coleman A.L., 1999). Це захворювання асоціюється не лише з негативними наслідками для зорової функції, а й із тривожністю та депресією (Caceres D., 2012).

Терапія в рамках ведення глаукоми спрямована на зниження внутрішньоочного тиску (ВОТ) для сповільнення швидкості змін поля зору (European Glaucoma Society, 2014). Є три методи зниження ВОТ: фармакологічний, лазерний і хірургічний (Gordon M.A. et al., 2002).

Для досягнення індивідуальних цільових значень ВОТ застосовуються різні топічні препарати та режими їх прийому (Aihara M. et al., 2017). Перешкодами в досягненні цільових значень ВОТ є незручність використання деяких лікарських засобів, низька прихильність до лікування та наявність супутніх захворювань поверхні ока (Hollo G. et al., 2014; Weinreb R.N. et al., 2014). Показано, що 50-75% пацієнтів на тому чи іншому етапі захворювання потребують одночасного застосування двох або більше гіпотензивних препаратів для досягнення цільового ВОТ (Kass M.A. et al., 2002; Lichter P.R. et al., 2001). Однак призначення кількох гіпотензивних препаратів ускладнює режим лікування та негативно впливає на прихильність до терапії, у зв'язку із чим слід розглянути можливість застосування фіксованих комбінацій (ФК) лікарських засобів (Aihara M. et al., 2017; Kashiwagi K., Furuya T., 2014; Newman-Casey P.A. et al., 2015). Порівняно з одночасним призначенням кількох препаратів, ФК характеризуються низкою переваг, серед яких відсутність ризику вимивання; зменшення контакту з консервантами та, відповідно, зниження ймовірності побічних ефектів; зменшення вартості лікування; краща прихильність до терапії та вища якість життя (Dunker S. et al., 2007). Метааналіз S. Bangalore та співавт. (2007) показав, що застосування ФК зменшує частку неприхильності на 24-26% у порівнянні з одночасним застосуванням тих же препаратів окремо.

До комбінацій, що широко застосовуються, належить поєднання інгібітора карбоангідрази (ІКА) дорзоламіду та β-блокатора тимололу (Д/Т). ФК Д/Т добре вивчена в клінічних дослідженнях, у ході яких показала високу ефективність і добру переносимість. Так, N.Y. Lee і співавт. (2016) продемонстрували, що через 4 тиж лікування Д/Т ВОТ знижувався в середньому на 14,4% від вихідного рівня (p<0,001), а J.D. Henderer і співавт. (2005) повідомили, що в пацієнтів із вихідним рівнем ВОТ >30 мм рт. ст. ФК Д/Т через 2 міс лікування знизила його значення в межах 40-49% від вихідного рівня (від 15,4±10,6 до 18,4±7,9 мм рт. ст.; p<0,001). На фармацевтичному ринку України ФК Д/Т представлена препаратом Косопт (компанія «Сантен»).

ІКА дорзоламід уповільнює утворення бікарбонатів, зменшуючи таким чином транспорт натрію та рідини з відповідним зменшенням утворення водянистої вологи. У лікуванні первинної відкритокутової глаукоми чи офтальмогіпертензії дорзоламід є безпечною альтернативою пероральним ІКА ацетазоламіду та метазоламіду. Дослідження виявили, що дорзоламід знижує ВОТ на 15-24% (Yeh J. et al., 2008). Своєю чергою, тимолол є неселективним β-блокатором. Унаслідок прямої дії тимололу на β_2-адренергічні рецептори війчастих відростків зменшується секреція водянистої вологи. Тимолол знижує ВОТ приблизно на 20-30% (Hoyng P.F., van Beek L.M., 2000; Piltz J. et al., 2000).

S. Takeda та співавт. (2014) включили в дослідження пацієнтів із глаукоматозним ураженням щонайменше одного ока (нормотензивна глаукома або первинна відкритокутова глаукома), які попередньо лікувалися аналогом простагландину, β-блокатором та/або ІКА протягом ≥3 міс. У ході дослідження хворих переводили на ФК Д/Т (Косопт, компанія «Сантен») без періоду вимивання. Підставами для переведення на ФК були недостатній контроль ВОТ і прогресування дефектів зорових полів. Загалом 35,7% учасників отримували монотерапію ФК Д/Т, 64,3% хворих потребували комбінованої терапії ФК Д/Т та аналогами простагландину. Стан полів зору визначався щонайменше двічі на рік. Окрім того, всім учасникам було проведено повне офтальмологічне обстеження, у тому числі біомікроскопію переднього сегмента ока, огляд очного дна, рефрактометрію. Під час лікування ФК Д/Т не було зафіксовано побічних явищ або токсичності препарату. Вихідний середній рівень ВОТ становив 14,1±2,6 мм рт. ст., але вже через 3 міс лікування цей показник знизився до 12,6±2,2 мм рт. ст. Протягом подальших візитів рівень ВОТ утримувався в межах 11,6-12,9 мм рт. ст. (при контролі через 3, 6, 18 і 24 міс після зміни лікування на ФК Д/Т; різниця достовірна, p<0,05). Середнє зниження ВОТ від вихідного рівня через 3 міс після включення в дослідження дорівнювало 9,6±11,8%, через 6 міс – 12,2±12,2%, через 12 міс – 6,8±16,8%, через 24 міс – 16,0±11,7%, через 36 міс – 11,4±14,4%. Автори зауважили, що після переходу на ФК Д/Т стан полів зору протягом 3 років спостереження залишився стабільним (вихідне середнє відхилення стандартизованої автоматизованої периметрії становило -5,9±4,8, а через 3 роки – -5,6±4,9). Отже, перехід на ФК Д/Т сприяє запобіганню погіршенню полів зору, імовірно, за рахунок зниження ВОТ. Крім того, можливим поясненням потужної дії ФК Д/Т є покращення кровотоку в сітківці під дією цієї комбінації (Januleviciene I. et al., 2004; Quaranta L. et al., 2008). Було продемонстровано, що ФК Д/Т за своїми сприятливими судинними ефектами перевершує комбінацію тимололу з латанопростом у випадку вперше виявленої глаукоми, хоча гіпотензивна активність порівнюваних комбінацій виявилася однаковою (Martinez A., Sanchez M., 2007). ФК Д/Т покращує перфузію капілярів сітківки та диска зорового нерва, і цей ефект наростає в міру тривалості застосування препарату (Siesky B. et al., 2010).

Одним із ключових механізмів розвитку глаукомної оптиконейропатії є оксидативний стрес. Утворення активних форм кисню, або вільних радикалів, лежить в основі ураження як трабекулярного ендотелію, так і гангліонарних клітин сітківки та їхніх аксонів (Izzotti A., Saccà S., 2009; Watson P., Stjernschantz J., 1996). Вважається, що однією з причин надлишкового утворення вільних радикалів кисню при глаукомі є рецидивна реперфузія внаслідок коливань офтальмотонусу та/або перфузійного тиску. Нейтралізація наслідків окисного стресу дає змогу блокувати цілий каскад патологічних реакцій, які призводять до апоптозу нейронів сітківки (Kumar D.M., Agarwal N., 2007; Saccà S.C. et al., 2005; Tezel G., 2006). У зв'язку із цим слід зауважити, що оптимальний препарат для лікування глаукоми має чинити не лише гіпотензивну дію. Найвищою антиоксидантною активністю характеризуються ФК на основі ІКА (Куришева Н.І. та співавт., 2012).

Ефективність різних антиглаукомних ФК неодноразово порівнювалась. Однаковий результат дії бринзоламіду/тимололу та Д/Т було продемонстровано лише у двох безпосередніх порівняльних дослідженнях (Manni G. et al., 2009; Sezgin Akçay B.I. et al., 2013). Інші випробування, що оцінювали виключно ефективність бринзоламіду/тимололу, виявили однакову ефективність із показниками Д/Т, представленими в попередніх літературних джерелах (Cheng J.W. et al., 2012; Beckers H.J. et al., 2009; Holló G. et al., 2009). Однак M.S. Galose та співавт. (2016) показали, що обидві ці комбінації достовірно знижують ВОТ, але під час кожного візиту на тлі ФК Д/Т спостерігався нижчий середній ВОТ, причому через 2 тиж лікування різниця досягла рівня достовірності. Ці автори порівняли ефективність і переносимість бринзоламіду/тимололу та Д/Т у пацієнтів із первинною відкритокутовою чи нормотензивною глаукомою. ФК Д/Т забезпечувала більш виражене зниження ВОТ від вихідного рівня на кожному контрольному візиті. Середнє зниження ВОТ становило 24,14±4,5 та 29,53±6 мм рт. ст. відповідно (p<0,001), тобто достовірно більше в групі Д/Т. Через 2 тиж лікування середня частка зниження ВОТ дорівнювала 24,35% у групі бринзоламіду/тимололу та 46,33% – у групі Д/Т. Клінічного успіху було досягнуто у 86,5% учасників групи бринзоламіду/тимололу та в 94,4% пацієнтів групи Д/Т (p<0,001). Переносимість Д/Т також була кращою: жодних побічних ефектів не було виявлено у 81,1% хворих групи Д/Т, натомість у групі бринзоламіду/тимололу лише у 29,7% пацієнтів не виникали небажані реакції на лікування. Дискомфорт і біль в оці відзначали пацієнти обох груп дослідження, однак у групі бринзоламіду/тимололу ці скарги спостерігалися частіше. Так, дискомфорт в оці було зафіксовано у 24,3 учасників групи бринзоламіду/тимололу та лише в 11,1% представників групи ФК Д/Т (p<0,001). Біль в оці спостерігався у 24,3% та 2,8% учасників груп бринзоламіду/тимололу та ФК Т/Д відповідно (p<0,001). Розмитість зору мала місце лише в групі бринзоламіду/тимололу (у 21,6% пацієнтів).

Порівняння Д/Т із бримонідином/тимололом також було на користь першої ФК. Обидві комбінації достовірно знижували ВОТ протягом 24 год, однак при безпосередньому зіставленні було з'ясовано, що і піковий, і мінімальний 24-годинний ВОТ були достовірно нижчими в групі ФК Д/Т, ніж у групі бримонідину/тимололу (p=0,003 та p=0,033 відповідно). При цьому ФК Д/Т знижувала ВОТ на ≥0,7 мм рт. ст. У деякі години різниця між проаналізованими препаратами була ще більшою: так, о 18:00 середня відмінність у показниках ВОТ становила 1,0 мм рт. ст., а о 02:00 – 0,9 мм рт. ст. Автори пояснюють цю відмінність відносно короткою тривалістю дії бримонідину та меншою активністю зазначеної діючої речовини в нічний час. У ході цього дослідження не було зафіксовано тяжких побічних ефектів. Пацієнти, які лікувалися ФК Д/Т, частіше відчували гіркоту в роті (18,3%) і печіння (16,7%), ніж хворі групи бримонідину/тимололу (p=0,001 та p=0,12 відповідно). І навпаки, гіперемія кон'юнктиви частіше спостерігалася в пацієнтів групи бримонідину/тимололу, ніж у хворих, які інстилювали ФК Д/Т (16,7 проти 5,0%; p=0,039). Істотних відмінностей за іншими побічними ефектами виявлено не було (Konstas A.G. et al., 2012).

Отже, зниження ВОТ є наріжним каменем лікування всіх видів глаукоми. Для досягнення цільових показників ВОТ значний відсоток пацієнтів потребує застосування кількох гіпотензивних препаратів, однак при інстиляції різних видів крапель виникає низка проблем: вимивання одного засобу іншим, погіршення прихильності до лікування, збільшення навантаження консервантами. Ці проблеми вирішуються шляхом застосування ФК представників різних класів гіпотензивних препаратів. ФК Д/Т Косопт (компанія «Сантен») забезпечує виражене зниження ВОТ, а також характеризується високою антиоксидантною ефективністю, що надає додаткові переваги в нейропротекції.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***

Н.Ф. Боброва, д.м.н., профессор, заведующая отделом офтальмопатологии детского возраста,
Т.А. Сорочинская, к.м.н. заведующая отделением микрохирургического лечения детских заболеваний глаза,
Т.В. Романова, к.м.н., ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», г. Одесса

Н.Ф. Боброва

Т.А. Сорочинская

Т.В. Романова

8th Ocular Oncology Day: украинская онкоофтальмология в контексте европейской науки

Приуроченная к 60-летию Итальянского онкоцентра конференция, проходившая 6-7 декабря 2019 года в г. Сиена (Италия), была посвящена проблеме злокачественных новообразований глаза.

В работе конференции приняли участие офтальмологи из 17 стран – Италии, США, Канады, Финляндии, Швейцарии, Швеции, Дании, Хорватии, Турции, России, Украины и др. На секционных заседаниях были представлены лекции и доклады ведущих мировых офтальмоонкологов, касавшиеся различных аспектов ведения внутриглазных новообразований, в том числе проблем лечения ретинобластомы и меланомы.

Значительное внимание привлекли сообщения, в которых рассматривались вопросы терапии ретинобластомы методом локальной доставки химиопрепаратов. Данный метод на сегодня наиболее широко применяется. Он включает такие опции, как интравитреальная (ИВХТ) и селективная интраартериальная (СИАХТ) химиотерапия в монорежиме или в комбинации с неоадъювантной химиотерапией и фокальной терапией. Перечисленные подходы значительно увеличивают количество сохраненных глаз и позволяют обойтись без применения наружного облучения, которое сопровождается развитием постлучевых осложнений.

В представленных докладах анализировались различные методики ИВХТ и СИАХТ, схемы химиотерапии, дозировки химиопрепаратов (основные химиотерапевтические средства, используемые внутриартериально, – мелфалан как монотерапия или в комбинации с топотеканом и карбоплатином); методы фокальной терапии; непосредственные и отдаленные осложнения лечения ретинобластомы, такие как окулопульмональный рефлекс (бронхоспазм, кардиореспираторный рефлекс), острое нарушение кровообращения головного мозга (инсульт), спазм глазной артерии, синдром верхушки орбиты, отек век, птоз века, гиперемия половины кожи лба, выпадение ресниц, дисфункция глазодвигательных мышц, окклюзия глазной артерии, кровоизлияние в стекловидное тело, оптическая нейропатия, отслойка сетчатки, частичная ишемия хориоидеи и сетчатки, изменения ретинального пигментного эпителия.

Особое внимание участников привлекли вопросы обеспечения анестезиологической помощи в лечении ретинобластомы у детей. Так, профессором Н.Ф. Бобровой представлен устный доклад на тему: «Эффективность первичной сочетанной полихимиотерапии ретинобластомы (интравитреальная химиотерапия мелфаланом + интравенозная хеморедуктация CEV-protocol). Десятилетний опыт». Эта уникальная методика, аналогов которой в Европе нет, разработана в отделе офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины». В течение 10 лет по представленной методике пролечено 67 детей (96 глаз) в возрасте от 2 мес до 6 лет с ретинобластомой различных стадий и различной распространенностью опухолевого процесса. Преимущественно (в 53% случаев) ретинобластома была в далеко зашедшей стадии заболевания T3; 77,3% глаз были сохранены с полным регрессом всех опухолевых очагов, при этом в T1 – 100% глаз, T2 – 95,2%, T3a – 62,5%, T3b – 71,4% глаз. Показано, что разработанная методика первичной сочетанной полихимиотерапии ретинобластомы может быть проведена у детей самого раннего возраста. Применение интравитреальной химиотерапии является эффективным и безопасным, способствует уменьшению количества курсов системной полихимиотерапии с традиционных 6 до 4, а значит, снижению негативного токсического воздействия на организм ребенка. Комплекс интравитреальной химиотерапии и хеморедуктации создает эффект «двойного удара» по опухоли, что обеспечивает системный контроль как над самой опухолью, так и над ее витреальными и ретинальными клонами.

Доклад профессора Н.Ф. Бобровой заинтересовал зарубежных коллег. В рамках общей дискуссии после секции задавались вопросы, уточняющие эффективность отдаленных результатов

Рис. 1. Фотомаска ребенка Г., 2 мес, с первичной двусторонней ретинобластомой. Лейкокория правого глаза

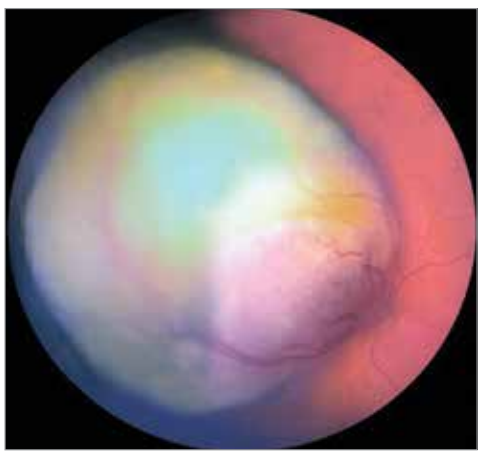


Рис. 2. Фото глазного дна правого глаза ребенка Г. Обширный очаг ретинобластомы в заднем полюсе прикрывает почти весь диск зрительного нерва

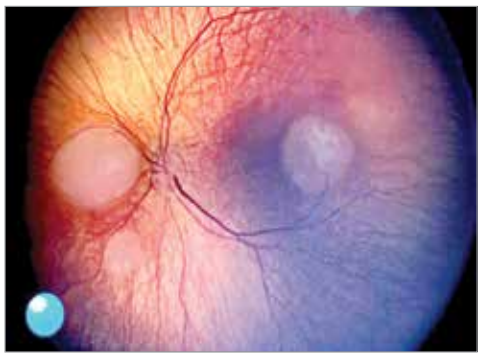


Рис. 3. Фото глазного дна левого глаза ребенка Г. Мультифокальный рост (3 очага) ретинобластомы

разработанной методики и частоту рецидивов витреальных клонов.

В целом сотрудниками отдела офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» на данной конференции было представлено 4 доклада, которые вызвали значительный интерес в аудитории. Наряду с выступлением профессора Н.Ф. Бобровой были подготовлены три стендовых доклада. В ходе конференции состоялся фотоконкурс работ онкоофтальмологов из разных стран. На данном фотоконкурсе отделом офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» во главе с профессором Н.Ф. Бобровой был представлен клинический случай двусторонней ретинобластомы у ребенка в возрасте 2 мес для обсуждения и выбора оптимальной тактики первичного лечения (рис. 1-3).

Следует отметить, что искусство лечения ребенка с внутриглазной злокачественной опухолью – это баланс между жизнью пациента и сохранением глаза как органа и его зрительных функций.

Анализируя прослушанные доклады и дискуссии, можно констатировать, что ретинобластома в настоящее время уже не является инкурабельным заболеванием. Залогом успеха лечения этой грозной патологии являются ранняя диагностика опухоли и комбинированная полихимиотерапия с использованием системной хеморедуктации, локальных хирургических и химиотерапевтических методов воздействия на опухолевые очаги. Это позволяет сохранить ребенку не только жизнь, но и орган зрения. В свою очередь, сохранение зрения гарантирует нормальное психофизиологическое развитие маленького пациента, исключает возникновение у него комплекса неполноценности, помогает адаптироваться к окружающей среде и стать полноценным членом общества.

Т.В. Баран, к.м.н., доцент кафедри офтальмології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Цирелакс: препарат для проведення циклоплегії та досягнення мідріазу

Т.В. Баран

Зниження гостроти зору та, відповідно, нагальна потреба в корекції аномалій рефракції – найпоширеніші причини звернення дітей і дорослих до офтальмологів. На жаль, кількість людей, яким необхідна корекція зору, не лише не зменшується, а навпаки, тільки збільшується. І це не дивно, адже в сучасному стрімкому світі технологій і гаджетів діти вже змалечку опиняються у «візуально агресивному» середовищі й, коли регулярне зорове перенапруження накладається на тло генетичної схильності, розвиток аномалій рефракції стає дуже ймовірним.

Під час обстеження пацієнтів пріоритетним завданням офтальмолога завжди є максимально точне визначення рефракції, що потребує виконання медикаментозної циклоплегії. Нещодавно в розпорядженні українських офтальмологів з'явився препарат для її проведення – очні краплі Цирелакс (циклопентолату гідрохлорид). Цирелакс – це препарат європейської якості, котрий на фармацевтичному ринку України представляє фармацевтична компанія «Ворлд Медицин Офтальмікс Лімітед» (Велика Британія). Пропонуємо до уваги читачів короткий огляд, присвячений практичним нюансам застосування в офтальмології цього лікарського засобу, а також результатам зарубіжних клінічних досліджень з оцінки його клінічної ефективності та безпеки.

Чому важливо виконувати рефрактометрію в умовах циклоплегії

Визначення рефракції без проведення циклоплегії може призводити до отримання помилкових результатів через активну акомодаційну реакцію, й насамперед це стосується дітей. Річ у тім, що в дітей дошкільного та шкільного віку залишається схильність до постійного напруження циліарного м'яза, через що кришталик стає більш опуклим і, відповідно, сильніше заломлює світло. Провідною причиною вказаного порушення функції циліарного м'яза стає тривале зорове перенапруження, а отже, зростання його частоти (зокрема, зумовлене тривалою роботою з комп'ютерною технікою й гаджетами), що впливає на збільшення кількості пацієнтів зі спазмом акомодації серед молодих людей працездатного віку (Бакуткин В.В., 2007; Бакуткин И.В., 2013). Наразі спазм акомодації визнаний одним із факторів, який спричиняє прогресування короткозорості.

Здебільшого при проведенні рефрактометрії без медикаментозної циклоплегії відзначається міопічний зсув рефракційної «помилки» (так звана хибна короткозорість), що зумовлює переоцінювання ступеня короткозорості чи недооцінювання – далекозорості, а отже, неадекватне визначення наявної в пацієнта аномалії рефракції та її ступеня. Це вкотре було підтверджено в ході систематичного аналізу різниці між результатами рефрактометрії в умовах проведення циклоплегії та за її відсутності, що був виконаний у масштабному клінічному дослідженні за участі загалом 6825 дітей віком 4-15 років (Sankaridurg P. et al., 2017). Проведення обстеження без виконання циклоплегії очікувано супроводжувалося достовірно більшою кількістю «міопічних помилок» (парна різниця -0,63±0,65 D; 95% довірчий інтервал -0,612-0,65 D; дані оцінки 6017 правих очей), при цьому вираженіша різниця спостерігалася в дітей молодшого віку та за наявності гіперметропії. За відсутності циклоплегії коректні результати визначення рефракції (міопія, еметропія чи гіперметропія) були отримані лише в 61% учасників. За висновком авторів дослідження, оцінка рефракції в дітей без проведення циклоплегії призводить до гіпердіагностики міопії та досить значної частоти помилок у дітей з еметропічною рефракцією й гіперметропією. Отже, для точного визначення ступеня аномалії рефракції в дітей проведення медикаментозної циклоплегії дійсно має критично важливе значення.

Рефрактометрія в умовах медикаментозної циклоплегії сьогодні, як і раніше, вважається золотим стандартом діагностики аномалій рефракції та підбору окулярів або контактних лінз у дітей (Morgan I.G. et al., 2015).

Із метою проведення медикаментозної циклоплегії в офтальмологічній практиці традиційно використовуються лікарські засоби класу М-холінолітиків, класичним представником яких є атропіну сульфат (0,5 та 1% розчин). При закапуванні в кон'юнктивальний мішок М-холінолітики впливають на циркулярну та меридіональну порції волокон циліарного м'яза – м'язи Мюллера та Брюкке, забезпечуючи виражений циклоплегічний ефект. Однак застосування М-холінолітиків спричиняє парез акомодації для близької відстані, що супроводжується утрудненням читання та писання на досить тривалий час, залежно від конкретного препарату (Проскурина О.В., 2007). Цілком зрозуміло, що це дуже незручно, а подекуди взагалі неприйнятно для школярів і молодих людей працездатного віку. Крім тимчасової втрати здатності до навчання та праці, застосування атропіну також обмежується такими факторами, як необхідність завчасної «атропінізації» (за 3 доби до обстеження) з інстиляцією препарату 2 рази на день і ризик розвитку стійкої циклоплегії й небажаних психосоматичних реакцій (Катаргина Л.А., 2012). До того ж деякі пацієнти взагалі відмовляються від проведення 3-денної атропінізації перед рефрактометрією; згідно з даними досліджень українських офтальмологів (Малачкова Н.В., 2012), основними причинами цього стають неможливість тривалого «виключення» з робочого графіка, побоювання розвитку ускладнень і необхідність очікувати результати. Тому сьогодні офтальмологи дедалі частіше відмовляються від застосування атропіну під час рефрактометрії – перевага віддається сучасним М-холінолітичним засобам із більш «м'якою» та короткочасною дією порівняно з атропіном, зокрема циклопентолату гідрохлориду (Цирелакс). Циклопентолат (1% розчин) є одним із тих циклоплегічних засобів, який наразі найчастіше застосовується саме в дітей (віком від 1 року) – це передусім зумовлено швидким початком циклоплегії після закапування та порівняно низькою частотою виникнення системних реакцій за умови дотримання техніки правильного застосування (Laojaroenwanit S. et al., 2016).

Як саме діє Цирелакс

В 1 мл розчину препарату Цирелакс міститься 10 мг циклопентолату гідрохлориду. Циклопентолат добре всмоктується крізь кон'юнктиву та, блокуючи М-холінорецептори, запобігає дії медіатора холінергічних синапсів – ацетилхіноліну. У результаті блокування холінергічних синапсів, розташованих у сфінктері зіниці й циліарному м'язі, відбувається розширення зіниці за рахунок переважання тонусу відповідного м'яза та розслаблення м'яза, що звужує зіницю. Одночасно через розслаблення циліарного м'яза виникає тимчасовий параліч акомодації – циклоплегія.

Цирелакс порівняно з «класичним» М-холіноблокатором атропіном має більш швидку дію: після одноразового закапування препарату розширення зіниці настає вже через 15 хв, тоді як при застосуванні атропіну – через 30-40 хв.

При цьому мідріаз зберігається протягом 6-12 год, а залишкові явища циклоплегії – протягом 6-24 год. Порівняно з проведенням циклоплегії із застосуванням атропіну це є цілком прийнятним терміном відновлення акомодаційної функції очей і, відповідно, дає змогу швидко повернутися до звичного режиму роботи чи навчання.

Можливості комбінованого застосування циклопентолату з тропікамідом

Деякі дослідники повідомляли про можливість прискорення та підсилення циклоплегічного ефекту в разі поєднаного застосування циклопентолату з тропікамідом, який стає зіставним із таким атропіну (Ebri A. et al., 2007; Owusu-Ansah A., 2013). У 2017 р. S. Kuei та співавт. виконали клінічне дослідження, в ході якого порівняли час початку та тривалість циклоплегічної дії комбінації 1% розчину циклопентолату з 1% розчином тропікаміду. До нього були включені 77 осіб віком 15-24 роки, яким у праве око закапували 1 краплю вказаного комбінованого розчину, а в ліве око (контрольне) – 1% розчин циклопентолату. Здатність читати розташований поблизу до очей текст і діаметр зіниць у кожного учасника дослідження оцінювали з 5-хвилинними інтервалами протягом першої години після закапування препаратів, а потім – кожні 30 хв протягом наступних 7 год. Було встановлено, що в більшості (79,2%) учасників дослідження застосування комбінованого розчину 1% циклопентолату та 1% тропікаміду сприяло швидкому початку циклоплегії (5-10 хв), скороченню часу досягнення максимальної циклоплегії та швидшому відновленню акомодації. При цьому за ступенем глибини досягнутої циклоплегії комбінація циклопентолату та тропікаміду була зіставною з такою при застосуванні монопрепарату циклопентолату.

Циклопентолат: результати дослідження AUSES

У 2018 р. в авторитетному спеціалізованому виданні British Journal of Ophthalmology були опубліковані результати масштабного епідеміологічного скринінгового дослідження AUSES (Anyang University Students Eye Study; Sun Y.Y. et al., 2018). У цьому дослідженні за участі 7971 студента (середній вік – 20,2±1,5 року) університету м. Ан'ян (провінція Хенань, Китай) були документально зафіксовані достовірні відмінності показників рефрактометрії в умовах медикаментозної циклоплегії та без її проведення. Як продемонстрував аналіз отриманих результатів, загалом відзначалася достовірна різниця між сферичним еквівалентом рефракції, визначеним за відсутності циклоплегії та за її наявності (0,83±0,81 D; p<0,01). Різниця становила 1,80±1,11, 1,26±0,93 та 0,69±0,69 D в осіб із циклоплегічною гіперметропією, еметропією та міопією відповідно (p<0,01 для всіх показників). Був виявлений значущий взаємозв'язок між різницею у сферичному еквіваленті та циклоплегічною рефракцією (r=0,33; b=0,11; p<0,01). Без циклоплегії поширеність гіперметропії й еметропії була би недооцінена на 6,2% (1,0 порівняно з 7,2%) та 5,7% (3,8 порівняно з 9,5%) відповідно, а поширеність міопії та міопії високого ступеня – переоцінена на 12,1% (95,3 порівняно з 83,2%) та 6,1% (17,2 порівняно з 11,1%).

Отже, рефрактометрія за відсутності медикаментозної циклоплегії призводитиме до істотної похибки у визначенні та класифікації аметропії (міопії та гіперметропії) в людей молодого віку, тому при проведенні скринінгових обстежень у цій віковій групі медикаментозна циклоплегія є важливою.

Циклопентолат vs атропін у пацієнтів з акомодаційною езотропією

Під акомодаційною езотропією розуміють такий вид збіжної співдружньої косоокості, за якого вона зникає при проведенні максимальної медикаментозної циклоплегії, а також у разі призначення повної оптичної корекції. Найчастіше для досягнення циклоплегії в таких пацієнтів використовують атропін або циклопентолат. Ефективність обох цих препаратів була порівняна в ході дослідження за участі 32 дітей віком 5-10 років з акомодаційною езотропією, виконаного S. Celebi та U. Aykan (1999) із використанням методів ретиноскопії, авторефрактометрії та біометричного дослідження. На підставі аналізу отриманих результатів було зроблено висновок про те, що циклоплегія, досягнута на тлі застосування циклопентолату, є достатньою, й ефект цього препарату аналогічний такому атропіну. Проте завдяки тому, що циклопентолат викликає швидку циклоплегію та має значно меншу тривалість збереження ефекту нечіткості зору, саме він може бути препаратом вибору в дітей з езотропією.

Оцінка безпеки: циклопентолат vs атропін

У 2018 р. японськими офтальмологами (Wakayama A. et al., 2018) були представлені результати проспективного багатоцентрового клінічного дослідження, в ході якого проводилося пряме порівняння частоти виникнення побічних ефектів на тлі застосування атропіну сульфату та циклопентолату гідрохлориду у формі очних крапель із метою досягнення циклоплегії перед виконанням рефрактометрії в дітей віком до 15 років. Медикаментозна циклоплегія шляхом закапування атропіну була загалом

проведена у 811 пацієнтів, середній вік яких становив 4,6±2,2 року – при цьому у 8,8% із них були зареєстровані побічні ефекти. Найчастіше вони спостерігалися в перший день від початку застосування препарату. За винятком пацієнтів віком менш як 2 роки, при застосуванні 1% розчину атропіну відзначалася більша частота побічних ефектів, аніж при використанні 0,25 та 0,5% розчинів. При цьому з-поміж 2238 пацієнтів, яким виконували інстиляцію циклопентолату (середній вік – 5,7±3,0 року), побічні ефекти виникли лише в 1,2% випадків. Отже, частота розвитку побічних ефектів на тлі застосування атропіну була в 7 разів вищою, ніж при використанні циклопентолату. При цьому найчастішими побічними ефектами при використанні атропіну виявилися відчуття «припливів» і жару, а при застосуванні циклопентолату – сонливість. Безумовно, ці дані щодо профілю безпеки варто враховувати при виборі препарату для досягнення циклоплегії з метою виявлення аномалій рефракції в дітей.

Кореляція між реакцією з боку зіниць і часом настання максимальної циклоплегії, а також профіль безпеки циклопентолату

У клінічній практиці більшість офтальмологів чекають на повне розширення зіниць і відсутність їх відповіді на світло й лише після цього проводять рефрактометрію. Це може призводити до необґрунтованого збільшення часу, протягом якого пацієнт очікує на обстеження. Зазвичай після інстиляції 1% розчину циклопентолату час досягнення максимально вираженої циклоплегії варіює від 10 до 60 хв, при цьому він відрізняється між особами з різним кольором райдужної оболонки. Відомо, що особи з темним пігментом райдужки та/або з темною шкірою є менш чутливими до медикаментозної циклоплегії. Час досягнення максимальної циклоплегії після закапування 1% розчину циклопентолату в дітей із коричневою райдужною оболонкою (n=60; вік – від 5 до 14 років) був нещодавно оцінений у ході проспективного клінічного дослідження, виконаного S. Laojaroenwanit і співавт. (2016). Окрім того, в цьому дослідженні оцінювали кореляцію між реакцією з боку зіниць і часом настання максимальної циклоплегії, а також профіль безпеки циклопентолату. Циклопентолат закапували в очі тричі, з 10-хвилинними інтервалами між закапуваннями. Сферичний еквівалент рефракції ока, реакцію зіниць та їхній діаметр вимірювали спочатку перед першою інстиляцією циклопентолату, а після закапування останньої краплі – ще 9 разів із 10-хвилинними інтервалами. Як засвідчив аналіз отриманих результатів, у більшості дітей із темним кольором райдужної оболонки максимальна циклоплегія досягалася вже через 30 хв після першої інстиляції циклопентолату. При цьому була відзначена погана кореляція між реакцією зіниць на світло та часом досягнення максимальної циклоплегії (r= -0,07). Отже, відсутність реакції зіниць на світло не має використовуватись як індикатор максимальної циклоплегії. Через 30 хв середній діаметр зіниць становив 3,7±1,3 мм, і після цього відбувалося їх подальше розширення. Результатом дослідження стало чергове підтвердження високого профілю безпеки циклопентолату при застосуванні в офтальмології – жодних серйозних побічних ефектів не спостерігалося.

Перспективи застосування циклопентолату з метою знеболення після офтальмологічних операцій

Слід зазначити, що наукові та клінічні дослідження з вивчення потенційних можливостей застосування циклопентолату в офтальмологічній практиці вже виходять за рамки використання суто з діагностичною метою й цілком можливо, що вже невдовзі цей препарат зможе призначатися також і з терапевтичною метою. Наприклад, останнім часом інтерес дослідників викликає його аналгетичний і протизапальний потенціал. На сторінках журналу Clinical and Experimental Optometry було надруковано цікаве дослідження (Goktas S. et al., 2017), що мало на меті вивчення ефективності місцевого застосування циклопентолату з метою зменшення інтенсивності післяопераційного больового синдрому в оці в пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з приводу птеригіуму. Учасники дослідження були рандомізовано розподілені на 2 групи: протягом 3 діб після виконання операції пацієнтам основної групи призначали 1% розчин циклопентолату та зволожувальні очні краплі (штучні сльози), а пацієнтам контрольної групи – лише штучні сльози. Інтенсивність болю оцінювали за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою. Аналіз отриманих даних засвідчив, що показники інтенсивності больового синдрому в післяопераційному періоді в пацієнтів основної групи (циклопентолат) достовірно зменшувалися порівняно з показниками в контрольній групі на 1-й, 2-й і 3-й дні лікування ($p<0,05$). Це дало змогу зробити висновок про ефективність і добру переносимість місцевого застосування циклопентолату з метою зменшення болю в оці після хірургічного лікування птеригіуму.

Застосування Цирелаксу

Очні краплі Цирелакс дозволені для застосування в дітей віком понад 1 рік і в дорослих. Із метою досягнення циклоплегії слід закапувати по 1-2 краплі розчину Цирелакс у кон'юнктивальний мішок кожного ока. Для зниження системної абсорбції рекомендується притискати носослізну точку під час процедури та протягом 2-3 хв після неї (особливо в разі застосування в дітей). Після відкриття флакона препарат можна використовувати протягом 28 днів.

***

Звичайно, в реальному світі навряд чи існують будь-які «ідеальні» лікарські препарати. Проте сьогодні можна впевнено стверджувати, що мідріатичний/циклоплегічний засіб циклопентолат (Цирелакс) є зручним і безпечним, а отже, він заслуговує на належну оцінку офтальмологів і широке застосування в їхній повсякденній практиці.

Цирелакс
Циклопентолату гідрохлорид
краплі очні, розчин

- Діагностика — для створення мідріазу
- При запальних захворюваннях переднього відділу ока (епісклерит, склерит, кератит, іридоцикліт, увеїт)[1]
- Під час передопераційної підготовки при екстракції катаракти[1]

WORLD MEDICINE OPHTHALMICS

[1] https://compendium.com.ua/akt/67/493/cyclopentolatum/

Тел.: +38 044 495 25 30 / e-mail: info@wm-marketing.com.ua

ЦИРЕЛАКС. Склад: *діюча речовина:* cyclopentolate hydrochloride; 1 мл розчину містить циклопентолату гідрохлориду 10 мг. **Лікарська форма.** Краплі очні, розчин. **Фармакотерапевтична група.** Мідріатичні та циклоплегічні засоби. Антихолінергічні засоби. Код АТХ S01F A04. **Показання.** Препарат використовується для досягнення мідріазу та циклоплегії. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату; закритокутова глаукома; анатомічно вузький кут передньої камери ока. **Діти.** Препарат не застосовувати дітям віком до 1 року та з особливою обережністю застосовувати дітям молодшого віку (до 3 років), дітям з синдромом Дауна, спастичним паралічем або пошкодження головного мозку. **Побічні реакції.** Місцеві реакції (офтальмологічні порушення): підвищення внутрішньоочного тиску, швидкоминуче відчуття печіння, подразнення, гіперемія кон'юнктиви, фотофобія, затуманений зір, кон'юнктивіт, блефарокон'юнктивіт, точковий кератит, синехії, набряк, біль в очах, мідріаз, сльозотеча. *З боку центральної нервової системи та психіки:* психотичні реакції та поведінкові порушення, у тому числі атаксія, некогерентність мовлення, тривожність, галюцинації, гіперактивність, судоми, дезорієнтація, прозопагнозія, сплутаність свідомості, ажитація; ретроградна амнезія, запаморочення, головний біль, сонливість. У дітей можуть спостерігатися атаксія, епілептичні напади, розлади мовлення, збудження, незв'язне мовлення, галюцинації, дезорієнтація у часі та просторі, порушення впізнавання навколишніх людей, амнезія, дизартрія, церебральні прояви або дисфункції, підвищена активність, тривожність, страх, центральний антихолінергічний синдром, сонливість, плаксивість. *З боку серцево-судинної системи:* тахікардія, брадикардія, що змінюється тахікардією, артеріальна гіпотензія або гіпертензія, тахіаритмія, аритмія, вазодилатація, почервоніння обличчя та кінцівок, відчуття серцебиття (пальпітації). *З боку травного тракту:* нудота, блювання, сухість у роті, зниження моторики травного тракту, здуття живота (у дітей раннього віку), розлади шлунка, непрохідність кишечнику, непереносимість їжі, некротичний ентероколіт, запор, слинотеча. *З боку імунної системи, шкіри та підшкірної клітковини:* реакції гіперчутливості, у тому числі тяжкі анафілактичні реакції, дихальна недостатність; висипання, еритема, кропив'янка (у тому числі контактна), контактний дерматит, відчуття жару та сухості шкіри. *З боку сечовидільної системи:* затримка сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, утруднення сечовипускання. *Інші:* лихоманка, порушення ходи, втомлюваність, зниження секреції слинних і потових залоз, глотки, бронхів та носових проходів. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** К.О. Ромфарм Компані С.Р.Л., Румунія. **Заявник.** УОРЛД МЕДИЦИН ОФТАЛЬМІКС ЛІМІТЕД, Велика Британія. *ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №1655 від 22.07.2019 р. РП №UA/17526/01/01. Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.*

І.П. Мазур

І.П. Мазур, д.м.н., професор,
К.О. Надутий, Національна лікарська рада України;
А.В. Ананьєва, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Медичні кадри України: аналіз за 2018 рік

К.О. Надутий

Продовження. Початок у № 2.

Медичні кадри за спеціальностями «Педіатрія»

До розділу «Педіатрія» належать 25 лікарських спеціальностей, за якими працюють 18 251 особа, зокрема 8981 педіатр (49%) і 9270 високоспеціалізованих фахівців (51%). Співвідношення останніх до лікарів первинної спеціалізації становить 1:1. Водночас, за даними НСЗУ, 4398 педіатрів є лікарями первинної ланки (рис. 5).

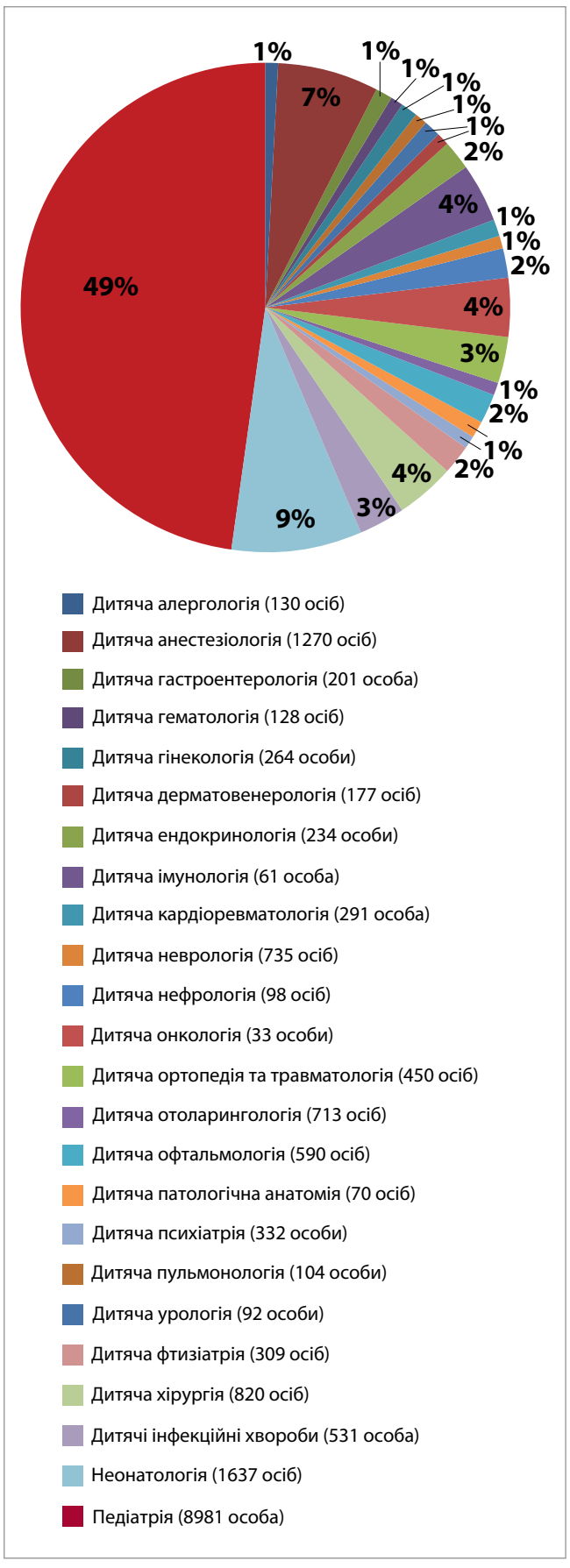


Рис. 5. Розподіл фахівців за лікарськими спеціальностями «Педіатрія»

Медичні кадри за спеціальностями «Стоматологія»

У 2018 році в Україні працювали 25 651 стоматолог, а саме 17 540 лікарів-стоматологів і терапевтів-стоматологів, 1919 дитячих стоматологів, 2113 хірургів, 3331 ортопед і 748 ортодонтів (рис. 6).

Розподіл за внутрішньогалузевою спеціалізацією серед стоматологів найбільше відповідає сучасним вимогам. 68% із них мають спеціалізацію «стоматологія» та «терапевтична стоматологія» й умовно можуть бути віднесені до лікарів первинної ланки надання стоматологічної допомоги. Частка високоспеціалізованих фахівців – ортодонтів, дитячих стоматологів, хірургів – становить 32%, що загалом відповідає внутрішньогалузевому співвідношенню спеціальностей у країнах Європи.

Медичні кадри, віднесені до лікарських спеціальностей «Інші»

Відповідно до затвердженої номенклатури, розділ «Інші» включає 58 спеціальностей, за якими працюють 35 743 фахівці. Найбільшою є кількість спеціалістів з організації й управління охороною здоров'я – 10 360, у тому числі 945 фахівців зі статистики (табл. 3, рис. 7).

Медичні спеціалісти, котрі працюють у лікувально-профілактичних закладах різних форм власності

У 2018 році 156 863 лікарі (84,55%) працювали в закладах Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, 9968 (5,4%) – в інших міністерствах і відомствах, 18 844 (10,1%) – у приватних структурах. Найбільшу кількість спеціалістів, які працюють у приватних закладах, становлять стоматологи – 8079 осіб (31,5%), фахівці терапевтичного профілю – 2659 (7,6%), хірургічного профілю – 1507 (5,5%), акушери-гінекологи – 1051 (9,2%), дерматовенерологи – 568 (17,1%), педіатри – 544 (6,0%), лікарі загальної практики – сімейної медицини – 303 (2,0%).

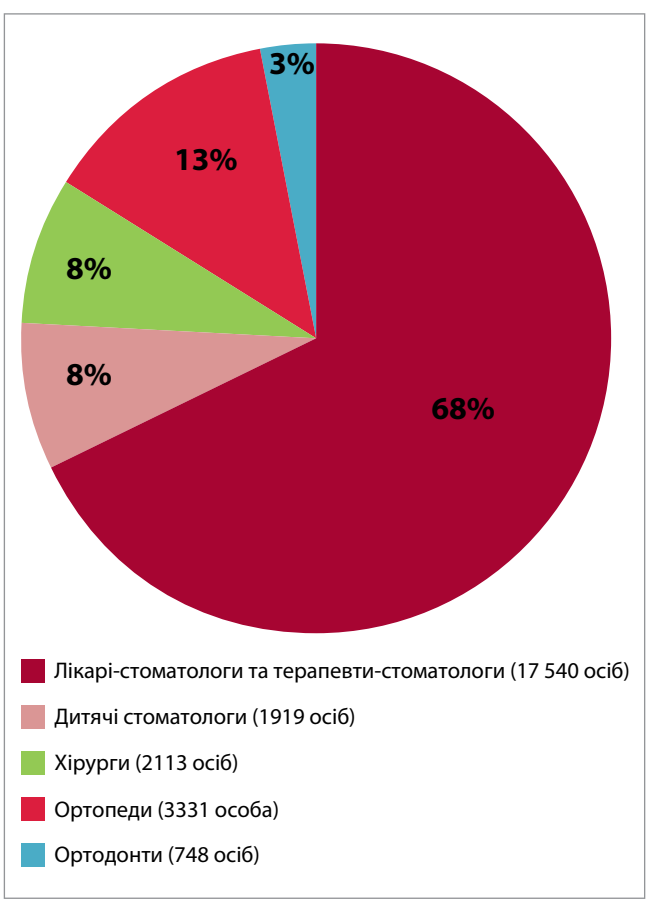


Рис. 6. Розподіл фахівців за лікарськими спеціальностями «Стоматологія», котрі надають медичну допомогу населенню України

Забезпеченість України лікарями

Спостерігається тенденція до зменшення кількості медичних спеціалістів із вищою освітою. У 2010 році в Україні було 224 876 лікарів, і забезпеченість становила 49,3 на 10 тис. населення. У 2014 році – вже 185 945 фахівців, рівень забезпеченості – 43,5. У 2018 році працювали 185 675 лікарів, і показник забезпеченості медичними спеціалістами становив 44,2 на 10 тис. населення (рис. 8).

Забезпеченість лікарями в системі МОЗ

В установах МОЗ України працюють 156 863 лікарі, включаючи співробітників науково-дослідних інститутів (НДІ) та закладів вищої освіти (ЗВО). Забезпеченість лікарями становить 37,36 на 10 тис. населення (у 2017 році цей показник дорівнював 37,8).

У лікувально-профілактичних закладах МОЗ України працюють (за винятком співробітників НДІ та ЗВО) 143 377 лікарів. Рівень забезпеченості кадрами – 34,15 на 10 тис. населення.

Таблиця 3. **Кількість фахівців за лікарськими спеціальностями «Інші»**

Назва спеціальності	Усього
Організація й управління охороною здоров'я	10360
Бактеріологія	642
Вірусологія	
Генетика медична	114
Лаборанти-генетики	31
Гігієна дітей і підлітків	5
Гігієна праці	48
Гігієна харчування	33
Дезінфекційна справа	419
Паразитологія	
Епідеміологія	
Ендоскопія	949
Дієтологія	92
Загальна гігієна	315
Імунологія	183
Клінічна біохімія	–
Клінічна лабораторна діагностика	–
Комунальна гігієна	34
Лаборанти	2513
Лабораторна імунологія	–
Лабораторні дослідження факторів довкілля	–
Лабораторні дослідження фізичних факторів довкілля	–
Лабораторні дослідження хімічних факторів довкілля	–
Лікувальна фізкультура та спортивна медицина	476
Медична психологія	–
Наркологія	1090
Народна та нетрадиційна медицина	–
Патологічна анатомія	1059
Променева терапія	–
Професійна патологія	–
Психіатрія	3290
Психотерапія	239
Психофізіологія	–
Радіаційна гігієна	7
Радіологія	492
Радіонуклідна діагностика	–
Рентгенологія	3864
Рефлексотерапія	–
Санологія	26
Сексопатологія	65
Судова медицина	1169
Трансфузіологія	291
Ультразвукова діагностика	3450
Фізіотерапія	1185
Функціональна діагностика	1533
Інші	1769
Усього	**35743**

Соціально-демографічний профіль кадрового потенціалу

У медичній галузі працюють переважно жінки. Серед лікарів 2/3 працівників – жіночої статі. Серед молодшого медичного персоналу частка жінок становить 90%.

Рік у рік підвищується кількість працівників пенсійного віку. Кожний четвертий лікар, який працює в медичній галузі, досяг пенсійного віку: їх частка становить 24,6%. Така тенденція зберігається протягом останніх 8 років, незважаючи на підвищення пенсійного віку в країні.

Науково-педагогічний і науковий потенціал

Інноваційна, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування хвороб із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або медичних процедур високої складності, здійснюється високоспеціалізованими багатопрофільними або однопрофільними закладами охорони здоров'я. Високоспеціалізована медична допомога надається лікарем закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги та має кваліфікаційну категорію не нижче першої.

До закладів, які надають таку допомогу, можна віднести науково-дослідні установи МОЗ, Національної академії медичних наук (НАМН) України, ЗВО. На сьогодні в цих установах працюють високоспеціалізовані фахівці, котрі використовують інноваційні наукові методики діагностики, лікування та профілактики хвороб.

Співробітники НДІ, підпорядкованих НАМН і МОЗ України, науково-педагогічні працівники ЗВО використовують у своїй практичній діяльності сучасні високоспеціалізовані методи, інноваційні технології, сучасні наукові розробки щодо діагностики, лікування та профілактики захворювань. НДІ мають відповідні умови та кадровий потенціал для надання інноваційної, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Станом на 2018 рік науковий і науково-педагогічний потенціал медичних працівників України вимірювався 16 311 фахівцями.

МОЗ підпорядковано 20 НДІ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу. У цих закладах працювали 970 співробітників. У 2018 році в системі МОЗ України здійснювали підготовку медичних кадрів 15 ЗВО та 3 заклади післядипломної освіти. У ЗВО працювали 11 893 викладачі, серед яких 1886 докторів наук (1485 професорів) і 7188 – кандидатів наук (4150 доцентів). Загалом у цих закладах працювали 13 486 лікарів.

До складу НАМН України входять 36 державних установ – наукових центрів, національних інститутів. Загалом працює 3448 науковців, із них 599 – доктори медичних наук і 1569 – кандидати (рис. 9).

Підготовка лікарів-інтернів в Україні

Підготовка інтернів за всіма спеціальностями здійснюється в 14 ЗВО, підпорядкованих МОЗ, а саме в Буковинському, Вінницькому, Донецькому, Запорізькому, Івано-Франківському, Луганському, Львівському, Одеському, Тернопільському, Харківському медичних університетах, Дніпропетровській медичній академії (м. Дніпро), Української медичній стоматологічній академії (м. Полтава), Національному фармацевтичному університеті (м. Харків), Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця (м. Київ). Підготовку лікарів-інтернів здійснюють два заклади післядипломної освіти МОЗ (Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ; Харківська медична академія післядипломної освіти) й один ЗВО, підпорядкований Міністерству оборони (Українська військово-медична академія, м. Київ). До підготовки лікарів-інтернів залучено два ЗВО Міністерства освіти і науки (МОН) України (Ужгородський національний університет і Сумський державний університет) та один приватний ЗВО (Київський медичний університет).

У 2019 році ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3» складали 8959 інтернів із ЗВО різних підпорядкувань, із них 2027 осіб – за спеціальністю 221 «Стоматологія», 6009 – за спеціальністю 222 «Медицина», 90 – за спеціальністю 224 «Технології медичної діагностики та лікування», 823 – за спеціальністю 226 «Фармація». Переважна кількість інтернів проходили підготовку за контрактною формою навчання – 5685 осіб (63,5%), бюджетним коштом навчалися 3264 особи (36,5%).

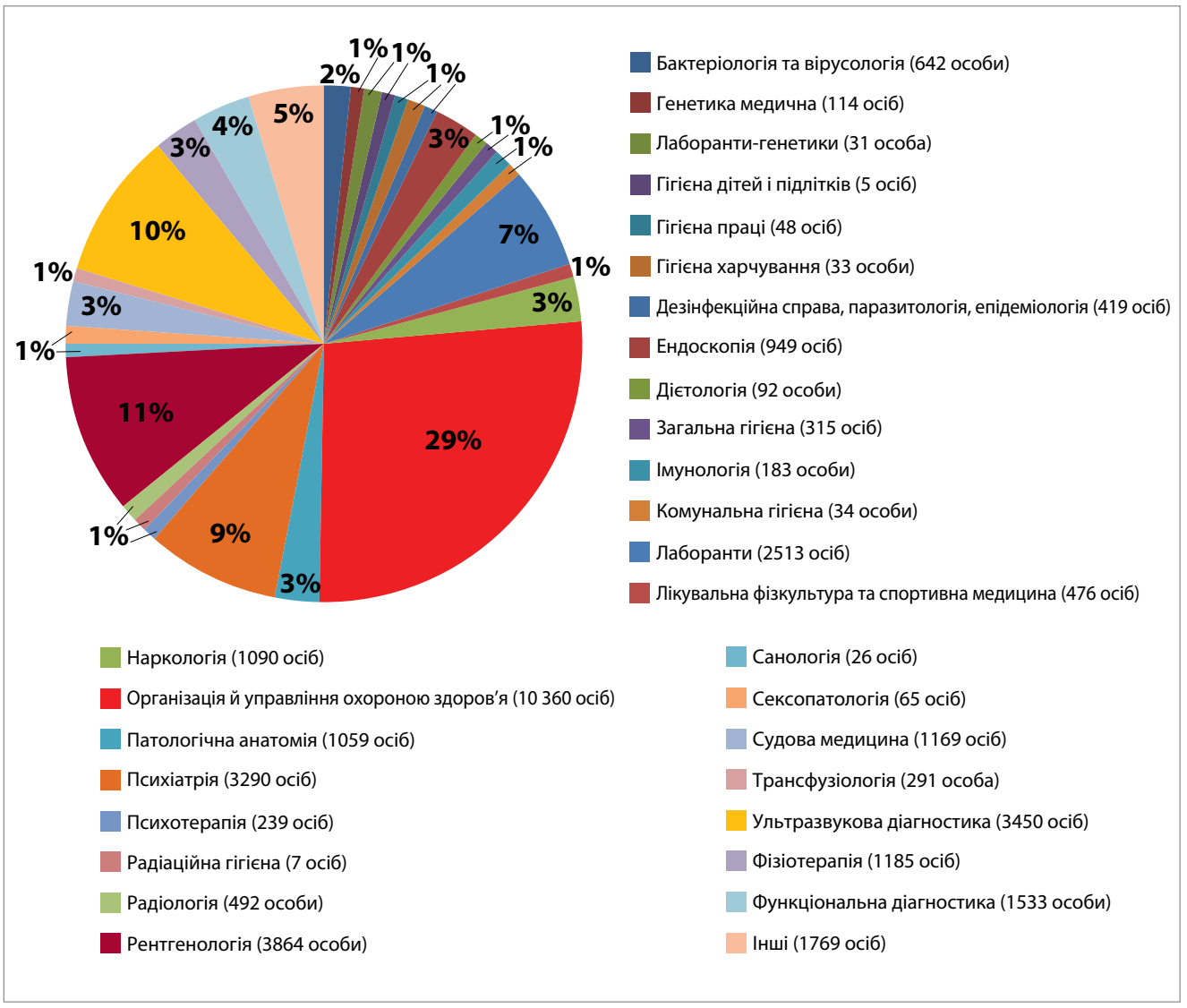


Рис. 7. Медичні кадри, котрі належать до лікарських спеціальностей «Інші» та надають медичну допомогу населенню чи беруть у цьому участь

Кожний п'ятий фахівець (1781 особа; 19,88%) не склав іспит. Найнижча підготовка була в інтернів із лабораторної діагностики (60% мали перескладати іспит) і загальної лікарської підготовки (21,6%). Національний показник був найвищим у провізорів (81,2%) і стоматологів (78,1%).

Аналіз кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України свідчить про стійке зростання щільності лікарів-інтернів за період 2014-2018 років (із 2,5 до 3,1 на 10 тис. населення, середньорічний темп змін становив +0,2%).

Результати іспитів за спеціальностями

Ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» складали лікарі-інтерни, котрі навчалися за 62 спеціальностями. Згідно з аналітичною довідкою Центру тестування, 2019 року цей іспит складали у 20 ЗВО 6009 лікарів-інтернів, з яких 3141 – бюджетної та 2868 – контрактної форми навчання. Іспит не склали 1299 осіб (21,6%). Національний показник за результатами складання ліцензійного іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» становив 75,7%.

Відповідно до аналітичної довідки Центру тестування, 2019 року ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3. Стоматологія» складали у 20 ЗВО (в тому числі в приватному ЗВО – Міжнародний гуманітарний університет, м. Одеса) 2027 лікарів-інтернів, з яких 91 – бюджетної та 1936 – контрактної форми навчання. Іспит не склали 361 особа (17,8%). Національний показник за результатами складання іспиту становив 78,1%.

У 2019 році ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3. Лабораторна діагностика» складали в 7 ЗВО 90 лікарів-інтернів, з яких 2 – бюджетної та 88 – контрактної форми навчання. Не склали іспит 54 особи (60,0%). Національний показник за результатами складання іспиту становив 65,3%.

Ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3. Фармація» 2019 року було проведено в 15 ЗВО, що здійснюють підготовку провізорів-інтернів: 12 ЗВО МОЗ (2 з яких – заклади післядипломної освіти), 1 ЗВО МОН, 1 приватний ЗВО й Українська військова медична академія. Іспит складали 823 провізори-інтерни, з яких 30 – бюджетної та 793 – контрактної форми навчання. Не склали іспит 67 осіб (8,1%). Національний показник за результатами складання іспиту становив 81,2%.

Продовження на стор. 24.

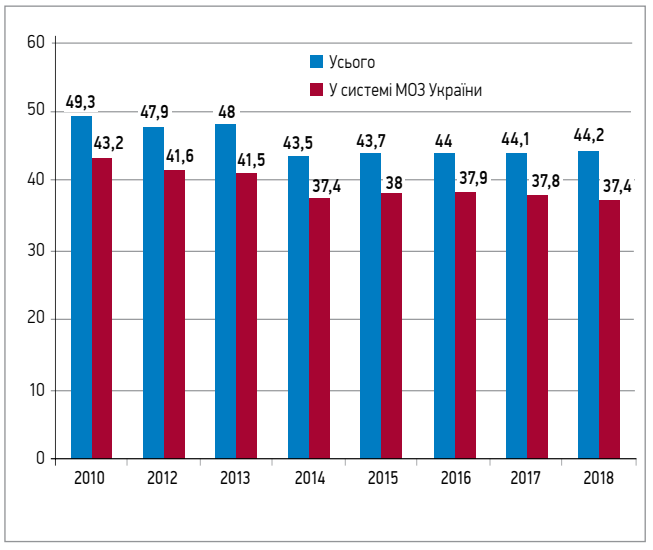


Рис. 8. Кількість медичних спеціалістів із вищою освітою на 10 тис. населення України (2010-2018 роки)

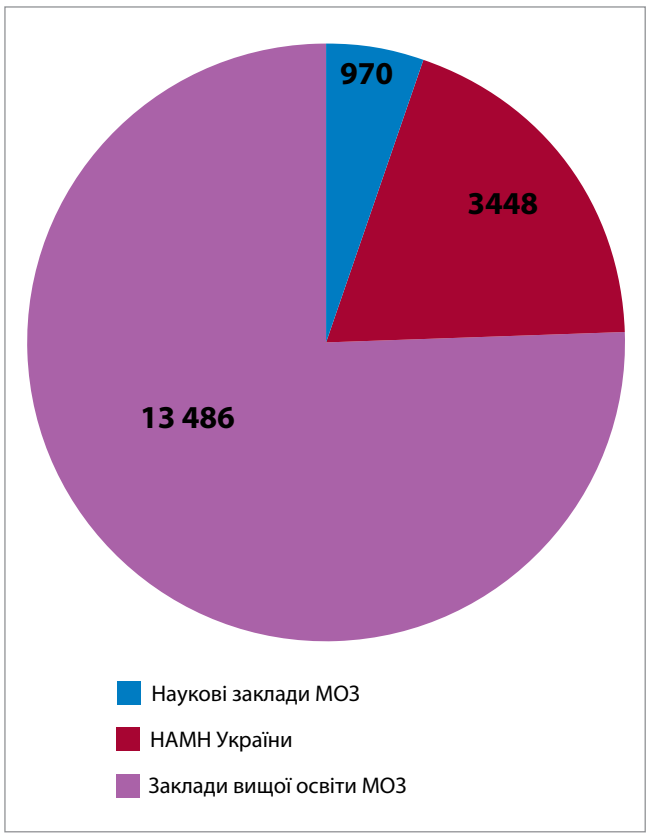


Рис. 9. Розподіл наукових і науково-педагогічних медичних працівників України за закладами

І.П. Мазур, д.м.н., професор, К.О. Надутий, Національна лікарська рада України; А.В. Ананьєва, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Медичні кадри України: аналіз за 2018 рік

Продовження. Початок на стор. 22.

Молодші спеціалісти з медичною освітою

У 2018 році в Україні працювали 345 364 молодші спеціалісти з медичною освітою (середній медичний персонал). Забезпеченість на 10 тис. населення становила 82,3. Переважна більшість із них, а саме 313 412 осіб (90,8%), працювали в закладах МОЗ України (забезпеченість на 10 тис. населення – 74,7). Станом на 2018 рік у закладах МОЗ працювали 30 232 фельдшери, 15 959 акушерок, 229 980 медичних сестер (рис. 10).

Молодші спеціалісти з медичною освітою працювали також в інших міністерствах і відомствах (15 585 осіб; 4,5%) і в приватних структурах (16 367 фахівців; 4,7%).

Спостерігається чітка тенденція до зменшення кількості молодших спеціалістів із медичною освітою в Україні та забезпеченості ними. У 2010 році було зареєстровано 428 667 фахівців (забезпеченість на 10 тис. населення становила 94,1). У 2015 році працювали вже 371 736 осіб (забезпеченість – 87,3), у 2017-му – 360 416 (забезпеченість – 85,4).

Укомплектованість штатних посад середнього медичного персоналу станом на 2018 рік становила 91,1. Серед них 12,7% осіб пенсійного віку, тобто кожний восьмий працівник. Для порівняння: у 2010 році 15,8% кадрів середнього медичного персоналу були особами пенсійного віку, у 2015 році – 13,2%, у 2017-му – 12,9%.

Із 313 412 молодших спеціалістів із медичною освітою, котрі працювали в закладах МОЗ України, кваліфікаційну категорію мали 227 150 фахівців (154 806 – вищу, 42 173 – першу, 30 171 – другу).

Зменшується також кількість середнього медперсоналу, котрі працювали в закладах інших міністерств і відомств: у 2010 році працювали 25 687 спеціалістів, у 2015 році – 15 839, у 2017-му цей показник знизився до 15 733, у 2018-му – до 15 585 осіб.

У приватних структурах, навпаки, за останні 8 років спостерігається тенденція до зростання кількості кадрів. Так, у 2010 році їх кількість становила 12 462 особи, у 2013 році збільшилася до 13 477. У 2015 році показник знизився до 11 862 осіб, а надалі виключно зростав. У 2017 році працювали 14 239 фахівців, у 2018-му – 16 367, що є найвищим показником за всі досліджувані роки (рис. 11).

Кількість фахівців на різних рівнях надання медичної допомоги

Обґрунтування потреби в кадрах має спиратися на певні нормативи. Тривалий час лікувально-профілактичні заклади регулювали штати відповідно до Наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», що нині втратив чинність. У статті 34 (абзац 6) Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено: «Нормативи навантаження лікарів затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я».

Наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504 встановлено вимоги щодо організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги (ПМД). У пункті 4 розділу ІІ Порядку надання ПМД визначено оптимальний обсяг практики: 1800 осіб на 1 лікаря загальної практики – сімейної медицини, 2000 осіб на 1 терапевта; 900 осіб на 1 педіатра.

Згідно з результатами аналізу кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України, частка лікарів спеціалізованої допомоги на 01.01.2019 становила 79%, первинної допомоги – 18%, екстреної допомоги – 4%. Структура кадрового забезпечення системи охорони здоров'я за рівнем надання медичної допомоги майже не змінюється з 1993 року. Співвідношення лікарів ПМД і вторинної медичної допомоги (ВМД) у 1993 році становило 1:5,4, а у 2018-му – 1:4,5. У країнах Європейського Союзу відповідний показник дорівнює 1:3.

Використовуючи дані Центру медичної статистики МОЗ України та НСЗУ, проведено аналіз кадрового забезпечення відповідно до рівня надання медичної допомоги. Фахівці були розподілені за спеціалізацією на групи. Зокрема, управління охороною здоров'я – 10 360 осіб; стоматологія – 25 651 особа, з яких у закладах МОЗ України – 16 852; лікарі-інтерни – 13 317 осіб.

Екстрена медична допомога: медицина невідкладних станів – 4213 фахівців, з яких у закладах МОЗ України працювали 4035.

ПМД: загальна практика – сімейна медицина – 15 197 осіб, з яких у закладах МОЗ України – 14 814; терапія – 3277 осіб, з яких 2069 обіймали посади дільничних терапевтів; педіатрія – 4398 осіб, з яких 3198 обіймали посади дільничних педіатрів. Усього ПМД надавали 22 872 фахівці.

ВМД: фахівці за спеціальностями «Внутрішні хвороби» – терапевти широкого профілю (9190 осіб),

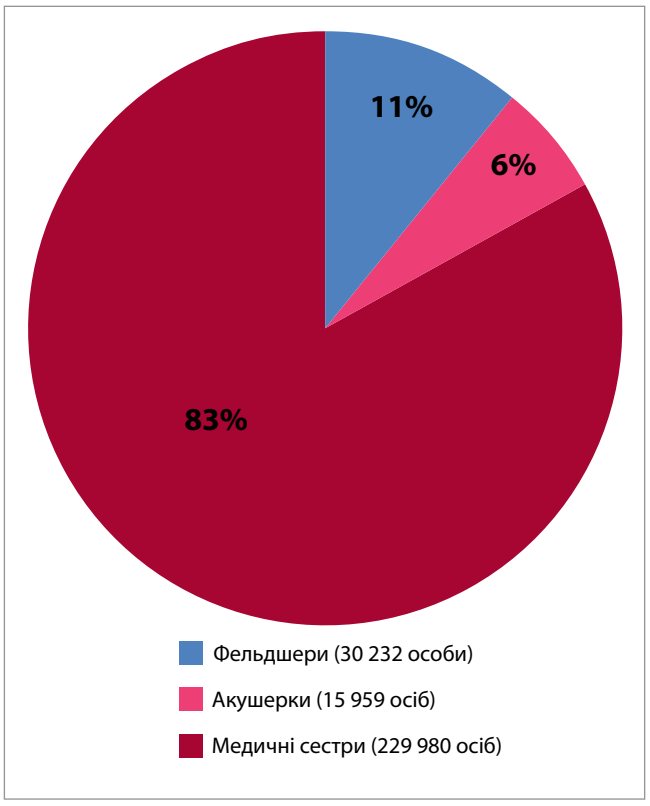


Рис. 10. Молодші спеціалісти з медичною освітою в закладах МОЗ України (2018 рік)

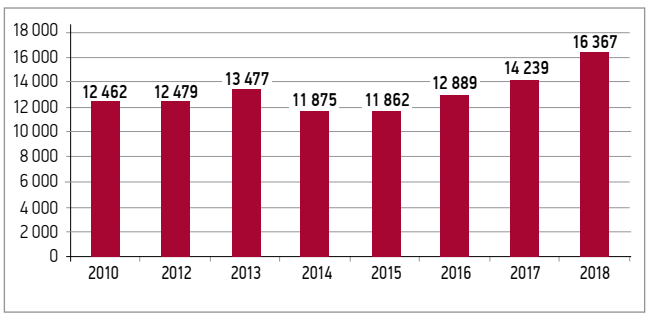


Рис. 11. Кількість середнього медичного персоналу в приватних структурах (2010-2018 роки)

Рис. 12. Розподіл фахівців за рівнем надання медичної допомоги

вузькопрофільні спеціалісти (20 339 осіб); фахівці за спеціальностями «Хірургія» – 40 905 осіб; фахівці за спеціальностями «Педіатрія» – педіатри широкого профілю (4583 особи), високоспеціалізовані (9270 осіб); фахівці за спеціальностями «Інші» – 6662 особи. Усього ВДМ надавали 90 949 лікарів.

Співвідношення лікарів, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, становить 1:3,98 (20,09% – ПМД, 79,91% – ВМД).

Заплановано реформування **третинної медичної допомоги**, що надається у високоспеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, таких як НДІ МОЗ України, національні інститути НАМН, університетські клініки ЗВО. Вітчизняний науковий і науково-педагогічний потенціал представлений 16 311 спеціалістами. Якщо виокремити їх зі вторинної ланки, то кількість спеціалістів становить 74 638, а співвідношення лікарів ПМД до лікарів ВМД дорівнює 1:3,26. За цим показником Україна не суттєво відрізняється від країн з ефективними національними системами охорони здоров'я й наближається до європейських показників (рис. 12).

Отже, реформування системи охорони здоров'я варто проводити з огляду на кадровий потенціал галузі. Через непродумані кроки в кадровій політиці можливі ризики втрати медичних працівників унаслідок трудової міграції та вікового цензу, професійної демотивації. Необхідно прийняття державної програми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних і робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів». Відсутність уваги з боку держави та ретельного аналізу може зумовити втрату трудового ресурсу медичної галузі з подальшим гальмуванням будь-якої реформи. Для вирішення цих питань необхідно створити міжвідомчу групу для проведення системного аналізу стану медичної галузі та її кадрового забезпечення, визначення й підвищення мотиваційної складової професійної діяльності лікарів, подальше фінансування не тільки галузі, а й фахової підготовки та перепідготовки фахівців. Стратегія кадрового забезпечення медичної галузі має бути обов'язковою складовою стратегії безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я як державної соціально-економічної програми.

Література

1. Резолюція Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй від 25.09.2015 № 70/1 Глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/SDGreports/Agenda2030_UA.pdf.
2. Указ Президента України від 30.09.2019 № 722/2019 «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019.
3. Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf.
4. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19.
5. Закон України від 16.01.2020 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12.
6. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18.
7. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2017-2018 роки / Укл. Заболотько В.М., Якименко О.М., Стешенко І.Є., Харкевич Л.Б. – К., 2019.
8. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2017-2018 роки / Гол. ред. Лінчевський О.В. – К., 2019.
9. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Авраменко Т.П. – К.: НІСД, 2012. – 35 с. Електронна версія: www.niss.gov.ua.
10. Надутий К.О., Лехан В.М., Найда І.В. Обґрунтування концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. Український медичний часопис, 2019. doi.org/10.32471/umj.1680-3051.129.138238. УДК: 614.2:001:73(477).
11. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.umj.com.ua/article/138238/obgruntuvannya-kontseptsiyi-bezperervnogo-vdoskonalennya-natsionalnoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini.
12. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html.
13. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік: довідник / Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. – Кропивницький: Поліум, 2019. – 176 с. ISBN 978-966-8559-64-8.
14. Закон України «Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних і робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів» зі змінами, внесеними згідно із Законом України від 05.09.2017 № 2145-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5499-17.

Алергічний риніт у практиці сімейного лікаря

Наприкінці минулого року в Києві відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Компетенції сімейного лікаря в питаннях реабілітації пацієнтів». У рамках заходу особливу увагу було приділено питанням, із якими найчастіше стикаються спеціалісти первинної ланки охорони здоров'я.

Президент Асоціації алергологів України, професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук Сергій Вікторович Зайков розглянув практичні аспекти ведення пацієнтів з алергічним ринітом та риносинуситом. Пропонуємо ознайомитися з основними положеннями його доповіді у форматі «запитання – відповідь».

Чому проблема ринітів дотепер залишається актуальною?

У Сполучених Штатах Америки щорічно реєструється 1 млрд випадків ринітів і 25 млн осіб звертаються по медичну допомогу. У середньому протягом життя людина страждає на риніт від 1 до 2 років; дорослі хворіють від 2 до 5 разів на рік, діти – від 7 до 10, що призводить до відсутності на роботі та в школі в 40 і 30% випадків відповідно. Поширеність лише алергічних ринітів у популяції варіює в межах від 10 до 40%. Алергічний риніт та алергічне захворювання верхніх дихальних шляхів відмічаються в 7-22% населення України, риносинусити – в 15% дорослих і 5% дітей. Прямі економічні збитки лише від алергічних ринітів у США оцінюються в діапазоні від 2 до 5 млрд доларів щороку, непрямі – ще від 2 до 4 млрд доларів.

Які клінічні форми ринітів виділяють у сучасних класифікаціях?

У 2011 р. Європейська академія з алергології та клінічної імунології (EAACI) запропонувала класифікацію ринітів, у рамках якої виокремлюють 3 основні групи: алергічний, інфекційний та неалергічний неінфекційний риніти.

Алергічний риніт – це хронічне запальне захворювання слизової оболонки носа, спричинене IgE-опосередкованою ранньою та пізньою фазою алергічної відповіді; залежно від ступеня тяжкості поділяється на легкий, середньої тяжкості та тяжкий, за характером перебігу – на інтермітуючий або персистуючий (табл.). Американська академія отоларингології 2014 р. запропонувала власну класифікацію алергічних ринітів. Згідно із цією класифікацією, за причинами розвитку алергічний риніт розподіляють на сезонний, цілорічний та епізодичний (при епізодичному контакті з алергенами). У більшості хворих на алергічний риніт виявляється синусит – результат залучення в алергічний процес слизової оболонки придаткових пазух носа (алергічний риносинусит). Унаслідок наявності перехресних симптомів (ринорея та закладеність носа) алергічний риніт може бути помилково віднесений до інших різновидів риносинуситу. Слід зазначити, що у 85-90% випадків алергічного риніту має місце розвиток риносинуситу.

Своєю чергою, риносинусит – це широкий термін, який включає в себе гострий (до 4 тиж), рецидивний та хронічний (понад 12 тиж) риносинусит, в останньому випадку розрізняють 2 підтипи – з поліпозом носа та без нього. Симптоматика цих станів включає порушення прохідності та закладеність носа, тиск або біль в обличчі, передні чи задні виділення з носа, аносмію або гіпосмію різної тривалості.

Інфекційний риніт, відповідно до етіологічного чинника, буває вірусний, бактеріальний, а також спричинений грибковими мікроорганізмами. Неалергічний неінфекційний риніт може бути медикаментозно індукованим (прийом β-блокаторів, вазодилататорів, контрацептивів, аспірину, нестероїдних протизапальних засобів).

Окреме місце відведено неалергічному риніту з еозинофільним синдромом (NARES), можливо з локальною продукцією IgE. Професійні риніти можуть бути спровоковані низькомолекулярними хімічними сполуками. Існує також ідіопатичний риніт і риніт похилого віку.

Яка симптоматика характерна для алергічного риніту?

Алергічному риніту притаманні назальні, очні та системні симптоми. Назальні проявляються свербінням, чханням, водянистими виділеннями з носа та закладеністю носа; очні – свербінням, почервонінням очей, сльозотечею та набряклістю повік. Також хворий може скаржитися на слабкість, утомлюваність, дратівливість, зниження концентрації уваги, погіршення апетиту та порушення сну. Зазначені скарги формують групу системних симптомів. Окрім наведених, існують й інші симптоми, такі як стікання виділень задньою стінкою носоглотки, кашель або покашлювання, дискомфорт у горлі, охриплість голосу, погіршення смакових якостей.

Таблиця. **Класифікація алергічних ринітів за симптоматикою, тривалістю та тяжкістю (Seidman M. et al., 2015)**

Інтермітуючий	≤4 днів на тиждень або ≤4 тиж безперервно
Персистуючий	≥4 дні на тиждень або ≥4 тиж безперервно
Легкий	Не має негативного впливу на сон, щоденну та фізичну активність, дозвілля, роботу. Відсутні симптоми, що викликають занепокоєння
Помірний – тяжкий	Порушує сон, впливає на щоденну та фізичну активність, дозвілля, роботу й навчання. Наявні симптоми, що непокоять. Присутні коморбідні захворювання

Як проводиться діагностика алергічного риніту?

Сімейний лікар при первинному зверненні пацієнта збирає скарги, анамнез та виявляє спадкові фактори, оцінює умови довкілля, наявність супутніх захворювань. Потім проводиться фізикальне обстеження для виявлення коморбідних станів – астми, дерматиту, синдрому обструктивного апное сну, отиту та риносинуситу.

Шкірні та/або лабораторні тести з алергенами, що ґрунтуються на визначенні рівня алергенспецифічних IgE, використовуються для диференціювання алергічного та неалергічного риніту. Також сімейний лікар може провести дослідження функцій зовнішнього дихання для виключення або підтвердження супутньої бронхіальної астми.

Наступний етап діагностики, а саме назальні провокаційні тести з алергенами при сумнівних результатах визначення алергенспецифічних IgE з використанням риноманометрії, проводить алерголог.

Додаткові методи діагностики алергічних та неалергічних ринітів можуть включати цитологічне дослідження мазків-відбитків і змивів із порожнини носа, ендоскопічне дослідження порожнини носа, активну передню риноманометрію та акустичну ринометрію, вимірювання пікової швидкості вдиху через ніс (піковий назальний інспіраторний потік).

У певних випадках також виконуються дослідження порогів нюху і мукоциліарного транспорту, рентгенографія, комп'ютерна томографія порожнини носа і придаткових пазух (при ускладнених формах риніту), бактеріологічне дослідження матеріалу зі слизової оболонки носа.

У рекомендаціях ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma update) пропонується покроковий (поетапний) підхід до діагностики. На першому етапі проводиться анкетування пацієнтів для виявлення симптомів, характерних для алергічного риніту. На другому етапі особам із симптомами, подібними до таких алергічного риніту, пропонуються фізикальне обстеження, передня риноскопія, ендоскопія носової порожнини, пробна терапія антигістамінними препаратами або інтраназальними глюкокортикоїдами, шкірне тестування з алергенами або визначення алергенспецифічного імуноглобуліну в сироватці (доступні на сьогодні шкірні прик-тести та алергенспецифічні імуноглобуліни мають однакову чутливість щодо кліща домашнього пилу, однак шкірні алергопроби більш чутливі до інших респіраторних алергенів, таких як котячий епітелій, цвіль і пилок). На третьому етапі, якщо діагноз алергічного риніту в пацієнта підтверджується, визначаються форма і ступінь тяжкості захворювання. З урахуванням результатів обстеження хворого на четвертому етапі призначається терапія.

Яка специфіка диференційної діагностики ринітів?

Пацієнти з неалергічним ринітом частіше відзначають закладеність носа і нежить, а не чхання і свербіння, які переважають при алергічному риніті. В осіб із неалергічним ринітом симптоми зазвичай розвиваються в старшому віці. Загальними тригерами неалергічного риніту є зміни погоди і температури довкілля, дія продуктів харчування, куріння, парфумів, різких запахів, газів, диму тощо. Контакт з інгаляційними алергенами в пацієнтів з неалергічним ринітом зазвичай не призводить до появи симптомів. У таких осіб рідше відзначаються й менш виражені скарги на очні прояви (свербіння, сльозотеча, почервоніння і набряклість), а також відсутні системні симптоми алергопатології. Багато таких хворих відзначають неефективність антигістамінних препаратів. Такі пацієнти не мають супутніх атопічних захворювань та обтяженого щодо атопії сімейного анамнезу. У разі алергічного риніту мають місце позитивні результати шкірного, провокаційного і лабораторного тестування з причинними алергенами. Такі пацієнти відзначають позитивний ефект алергенспецифічної імунотерапії.

Коли потрібно направити хворого на консультацію до вузького спеціаліста?

Пацієнти з однобічними симптомами, кров'янистими виділеннями з носа або болем потребують консультації отоларинголога. Пацієнти із закладеністю носа, які не відповідають на фармакотерапію, або структурними аномаліями (викривлення носової перегородки), що ускладнюють лікування, повинні бути обстежені хірургом. Пацієнти з показаннями для проведення специфічної алергодіагностики та/або імунотерапії потребують консультації алерголога.

Якими є принципи лікування алергічних захворювань?

У своїх настановах ВООЗ, ARIA (2001, 2017), EAACI (2014), Глобальна ініціатива з бронхіальної астми GINA (2019) обґрунтовують комплексний підхід до лікування риніту, що включає алергенспецифічну імунотерапію, фармакотерапію, елімінаційну терапію та підвищення рівня обізнаності пацієнта. Згідно із зазначеними рекомендаціями, основою фармакотерапії алергічних ринітів є застосування топічних глюкокортикоїдів та промивання порожнини носа гіпертонічним сольовим розчином. Саме ці засоби мають найвищий рівень доказовості.

Золотий стандарт лікування алергічного риніту – інтраназальні глюкокортикоїди. В українських аптеках представником лікарських засобів цього класу є препарат Флікс. До його складу входить 51,8 мкг мометазону фуроату моногідрату (еквівалент 50 мкг мометазону фуроату). Використання Фліксу дозволяє зменшити симптоми у 25% хворих уже через 7-12 год, у 50% – через 35 год. Мометазону фуроат, що входить до складу препарату Флікс, діє значно швидше в порівнянні з іншими групами препаратів.

Сольовий розчин Хьюмер 050 Гіпертонічний містить морську воду, яка завдяки своїм особливостям (наявність у складі 23 г/л NaCl) ефективно усуває закладеність носа, відновлює носове дихання й очищує слизову оболонку носа від алергенів. До складу цього засобу не входять судинозвужувальні компоненти та консерванти, що робить можливим його тривале застосування.

Підготувала ***Ольга Бублієва***

Можливості оптимізації лікування хвороб пульмонологічного профілю

Неінфекційні хвороби, зокрема такі їх основні категорії, як серцево-судинні та хронічні респіраторні захворювання, цукровий діабет і рак, спричиняють 63% смертей у світі (Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016). Частка хвороб дихальної системи серед цих патологічних станів продовжує зростати (Ahmed R. et al., 2017). Не слід забувати й про гострі респіраторні інфекції, що нерідко набувають епідемічного характеру та супроводжуються значною кількістю смертей.

Гострі респіраторні захворювання

Згідно зі статистичними даними, в дорослих фіксується в середньому 2-3 випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) протягом року, а в дітей цей показник є ще вищим (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). ГРЗ є хворобами верхніх дихальних шляхів, які переважно мають вірусну природу та супроводжуються такими симптомами, як нежить, закладеність носа, біль у горлі, чхання, м'язові болі, незначна гарячка, кашель (CHEST Expert Panel Report, 2017). Інтернет-опитування показало, що кашель тривав найдовше серед усіх симптомів у 69% респондентів (Druce H.M. et al., 2016). 52% учасників іншого опитування повідомили, що ГРЗ та/або кашель значно погіршували якість їхнього життя (Dicpinigaitis P.V. et al., 2015).

У дослідженні S. Prabhu Shankar і співавт. (2019) узяли участь 426 пацієнтів із продуктивним кашлем, котрі потребували застосування експекторантів. Учасників було рандомізовано в три групи: використання фіксованої комбінації сальбутамолу 2 мг, бромгексину гідрохлориду 8 мг і гвайфенезину 100 мг (Аскоріл, «Гленмарк Фармасьютікалс Лтд.», Індія); застосування сполучення сальбутамолу 2 мг і гвайфенезину 100 мг; уживання сальбутамолу 2 мг і бромгексину гідрохлориду 8 мг 3 рази на добу. У групі Аскорілу покращення спостерігалося в більшої частини хворих. Окрім того, призначення препарату супроводжувалося більш раннім початком дії (зменшення частоти й тяжкості кашлю), а також покращенням характеристик харкотиння порівняно з іншими двома групами. Ефективність Аскорілу охарактеризували як відмінну 44,4% пацієнтів цієї групи, натомість у другій і третій групах цей показник становив лише 14,6 та 13%. На думку авторів, експекторант на основі сальбутамолу, бромгексину та гвайфенезину (Аскоріл) може бути препаратом вибору в полегшенні продуктивного кашлю, оскільки він продемонстрував переваги над комбінацією сальбутамолу з бромгексином або гвайфенезином щодо ефективності та безпечності.

У міжнародному багатоцентровому неінтервенційному клінічному дослідженні ефективності та безпечності Аскорілу в лікуванні кашлю, проведеному в Казахстані й Узбекистані, взяли участь 16 312 пацієнтів віком 3-78 років із ГРЗ, гострим бронхітом і загостренням хронічного обструктивного захворювання легень. Більшість пацієнтів повідомили про хороший терапевтичний ефект уже через 1 день після застосування препарату (Нургожин Т.С. і співавт., 2013).

Отже, сполучення компонентів різноспрямованої дії надає Аскорілу високої ефективності в лікуванні кашлю. Застосування комплексного препарату на основі трьох активних речовин дає змогу запобігти поліпрагмазії та спростити режим лікування, що сприяє прихильності пацієнтів до терапії.

Алергічний риніт

Алергічний риніт (АР) являє собою захворювання запальної природи. Лікування АР супроводжується значним економічним навантаженням, окрім того, симптоми цього захворювання негативно впливають на якість життя, погіршуючи продуктивність роботи та навчання, порушуючи сон, спричиняючи втомлюваність, дратівливість і депресію (Blaiss M.S. et al., 2010; Marple B.F. et al., 2007; Meltzer E.O. et al., 2016). Хоча нині наявний широкий спектр фармакологічних засобів для лікування АР, у значної частки пацієнтів так і не вдається досягти задовільного контролю симптомів. Так, 47% хворих на АР вживають 2 та більше рецептурних препаратів, а також додаткові безрецептурні засоби (Marple B.F. et al., 2007). Оскільки назальні симптоми (закладеність носа, нежить, свербіж, чхання) й інші прояви АР (сльозотеча, почервоніння очей, свербіж вух і піднебіння) можуть розвинутися впродовж кількох хвилин, оптимальними препаратами є ті, що поєднують негайну та стійку відтерміновану дію на тлі мінімальної кількості побічних ефектів (Marple B.F. et al., 2007). Саме тому сполучення інтраназального антигістамінного препарату (АГП) швидкої дії й інтраназального глюкокортикоїду (ГК) тривалої дії може бути ефективнішим у контролі симптомів АР, аніж монотерапія (Prenner B.M., 2016; Feng S. et al., 2016). Використання фіксованої комбінації цих агентів здатне зменшити витрати на лікування та покращити прихильність до терапії (Harrow B. et al., 2016; Bangalore S. et al., 2007; van Galen K.A. et al., 2014).

На фармацевтичному ринку України сполучення АГП та ГК для інтраназального введення представлено, зокрема, фіксованою комбінацією мометазону фуроату й азеластину гідрохлориду (Гленспрей актив, «Гленмарк Фармасьютікалс Лтд.», Індія). Цей препарат може бути рекомендований як стартова топічна терапія сезонного та цілорічного АР із середньотяжким і тяжким перебігом. Синергетичний ефект мометазону фуроату й азеластину гідрохлориду підтверджений на експериментальній моделі АР (Kim D.H. et al., 2017).

У дослідженні С.О. Карпіщенка та О.М. Колеснікової (2017) взяли участь 60 пацієнтів віком 18-57 років із сезонним АР, розподілені на три групи по 20 осіб (група 1 – фіксована комбінація мометазону фуроату й азеластину гідрохлориду; група 2 – мометазону фуроат інтраназально та пероральний АГП III покоління; група 3 – мометазону фуроат інтраназально). Оцінка ефективності лікування проводилася на 7-му та 14-ту добу. Було встановлено, що комбінований препарат забезпечує вираженіше полегшення назальних симптомів і покращення якості життя порівняно з монотерапією. Сумарна бальна оцінка назальних симптомів АР до лікування в різних групах становила 8,0±0,5; 7,2±0,5 та 7,2±0,6 відповідно. На 7-й день терапії цей показник зменшився в усіх групах, однак вираженіше зниження спостерігалося в групах 1 і 2 (2,2±0,3 та 2,0±0,3 проти 4,5±0,4 у третій групі). Крім того, пацієнти групи мометазону фуроату й азеластину гідрохлориду відзначали вираженіше покращення якості життя порівняно з групою монотерапії. Сполучення інтраназального ГК з пероральним АГП продемонструвало зіставні результати з фіксованою комбінацією для інтраназального застосування, проте аргументом на користь призначення останньої виступає краща прихильність до лікування на тлі застосування меншої кількості медикаментів.

Загалом основними препаратами в лікуванні АР виступають пероральні й інтраназальні АГП, деконгестанти, антагоністи лейкотрієнових рецепторів та інтраназальні ГК. Що стосується АГП, то перевагу слід віддавати представникам II покоління, оскільки на тлі зіставної ефективності вони характеризуються меншою кількістю побічних ефектів порівняно із засобами I покоління (Phan H. et al., 2009; Sur D.K., Scandale S., 2010). Левоцетиризин є потужним антагоністом H_1-гістамінових рецепторів, який ефективно протидіє АР, покращуючи якість життя та сприятливо впливаючи на низку коморбідних станів, і зменшує витрати (Mullol J. et al., 2005). Своєю чергою, монтелукаст являє собою високоселективний антагоніст рецепторів 1 типу до лейкотрієну D_4. Препарати цієї групи мають протизапальні та бронходилатаційні властивості (Kaushik S. et al., 2011). Фіксована комбінація левоцетиризину 5 мг і монтелукасту 10 мг (Гленцет Едванс, «Гленмарк Фармасьютікалс Лтд.», Індія), дозволена до застосування в дітей із 15 років, може застосовуватися в лікуванні як АР, так і коморбідних АР і бронхіальної астми (БА).

У рандомізованому багатоцентровому подвійному сліпому дослідженні M.-K. Kim і співавт. (2016) узяли участь 228 пацієнтів із БА й АР, розподілені в однакові за демографічними показниками групи монотерапії монтелукастом 10 мг на добу та лікування комбінацією монтелукасту 10 мг і левоцетиризину 5 мг на добу протягом 4 тиж. Порівняно з групою монотерапії, в пацієнтів, які приймали монтелукаст/левоцетиризин, спостерігалося вираженіше зниження бальної оцінки назальних симптомів (p=0,045). Перевага комбінації була продемонстрована також і для інших кінцевих точок, у тому числі параметрів спірографії. Монтелукаст/левоцетиризин добре переносився, а профіль побічних ефектів відповідав такому монотерапії монтелукастом. У зв'язку з тим що ефективність і фармакокінетичний профіль призначених окремо монтелукасту й левоцетиризину та їх фіксованої комбінації не відрізняються, обґрунтованим є застосування фіксованої комбінації (Kim S. et al., 2018).

Бронхіальна астма

Оскільки БА є хронічним патологічним станом, наріжним каменем ведення хворих є контроль захворювання. За визначенням, поняття «контроль астми» означає ступінь, у міру якого лікування зменшує/усуває прояви БА в пацієнта (GINA, 2019). Контроль астми передбачає дві складові: контроль симптомів і запобігання ускладненням. Цілями лікування БА є досягнення максимального контролю симптомів, зменшення ризику загострень і смерті, запобігання розвитку обмежень функції зовнішнього дихання. При формуванні мети лікування важливо узгодити ціль і методи її досягнення з пацієнтом. У ході вибору оптимальної терапії необхідно зважати на ступінь та особливості перебігу БА кожного хворого, наявність коморбідних станів, фактори ризику, уміння користуватися призначеним інгалятором, вартість лікування (GINA, 2019).

Однією з ключових рекомендацій GINA (2019) є те, що для контролю симптомів і мінімізації ризику ускладнень слід застосовувати ГК-вмісний препарат щодня чи за потребою (при легкому ступені астми). Регулярне лікування низькодозовими ГК здатне усувати симптоми БА, а також запобігати ускладненням, госпіталізаціям і смерті, пов'язаним з астмою. У разі утримання симптоматики чи продовження загострень на тлі лікування ГК наступним кроком є сполучення ГК із β_2-агоністами тривалої дії (наприклад, комбінація сальметеролу та флутиказону під назвою Аіртек, «Гленмарк Фармасьютікалс Лтд.», Індія). Слід зауважити, що перед підвищенням інтенсивності терапії необхідно перевірити техніку користування інгалятором, прихильність до лікування, потенційний вплив коморбідних станів і дії алергенів.

У разі недостатнього контролю захворювання на тлі постійної монотерапії інгаляційними ГК при періодичному застосуванні β_2-адреноміметика короткої дії фіксована комбінація сальметеролу / флутиказону пропіонату (2 рази на добу) дає змогу покращити функцію легень і зменшити прояви астми вираженіше, ніж інгаляційні ГК (флутиказон), пероральний монтелукаст у сполученні з флутиказоном або у вигляді монотерапії та теофілін пролонгованого вивільнення в поєднанні з флутиказоном. Важливо, що застосування цієї комбінації супроводжується зменшенням потреби в інгаляційних ГК. Сальметерол/флутиказон добре переноситься дорослими, підлітками та дітьми віком 4-11 років (McKeage K., Keam S.J., 2009). Порівняно з підвищенням дози інгаляційних ГК, сполучення їх із β_2-агоністами тривалої дії є ефективнішим у запобіганні загостренням, покращенні функції легень, зменшенні вираженості симптомів і мінімізації потреби в терапії відчаю на тлі аналогічної кількості побічних ефектів (Ducharme F.M. et al., 2010; Shepherd J. et al., 2008). Крім того, A.S. Ismaila та співавт. (2014) показали, що застосування цієї комбінації є більш економічно доцільним, аніж подвоєння дози флутиказону.

Завдяки наявності сучасних препаратів, передусім комбінованих, є можливість ефективно лікувати більшість респіраторних захворювань, присутніх у щоденній практиці лікаря-терапевта, сімейного лікаря, пульмонолога. Підбір активних компонентів за їхнім впливом на різні патогенетичні ланки захворювання дає змогу всебічно протидіяти хворобі та покращувати прихильність до терапії за рахунок зменшення кількості призначених препаратів.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***

Резолюція Ради експертів

13 грудня 2019 року

Щодо підходів до терапії пацієнтів із гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ) на етапі первинної ланки медичної допомоги

1. Важливими принципами терапевтичного підходу при ГРЗ легкої та середньої тяжкості перебігу є симптоматична терапія і запобігання поліпрагмазії.
2. Кашель – важливий захисний механізм та один із найчастіших і найтриваліших симптомів ГРЗ. Виснажливий малопродуктивний кашель при ГРЗ не забезпечує належного очищення бронхіального дерева та суттєво погіршує якість життя пацієнта, отже, потребує медикаментозної корекції.
3. Зважаючи на наявність у патогенезі ГРЗ, що супроводжуються кашлем, гіперсекреції слизу, дисфункції бронхіального епітелію, гіперреактивності бронхів, обґрунтованим є застосування фіксованої комбінації бромгексину, гвайфенезину та сальбутамолу.
4. При ГРЗ та бронхіті в дитячій практиці з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей респіраторного тракту дітей застосування вищезазначеної комбінації бромгексину, гвайфенезину і сальбутамолу є також обґрунтованим із 2-річного віку згідно з інструкцією для медичного застосування.
5. Рекомендувати розглянути питання про можливість включення даної комбінації препаратів у нормативні документи з лікування бронхіту в дітей.

Щодо застосування фіксованої комбінації мометазону фуроату й азеластину гідрохлориду (назальний спрей) у терапії пацієнтів з алергічним ринітом

1. Фіксована комбінація мометазону фуроату й азеластину гідрохлориду для інтраназального введення може бути рекомендована як стартова топічна терапія сезонного та цілорічного алергічного риніту середньої тяжкості та тяжкого перебігу, яку дозволено призначати в дітей із 12-річного віку.
2. Перехід на монотерапію інтраназальним мометазону фуроатом або азеластином може бути розглянутий як позитивний крок ступінчастої базової (контролюючої) терапії алергічного риніту – «крок униз» – для зменшення обсягу лікування після досягнення позитивного ефекту від застосування фіксованої комбінації мометазону фуроату та азеластину гідрохлориду.
3. Рекомендувати розглянути включення даної комбінації до нормативних документів щодо лікування алергічного риніту при наступних переглядах.

Щодо застосування фіксованої комбінації монтелукасту та левоцетиризину в терапії пацієнтів із бронхіальною астмою та алергічним ринітом (БА/АР)

1. Для підвищення комплаєнсу та ефективності контролю симптомів бронхіальної астми й алергічного риніту обґрунтованим є призначення комбінованих препаратів, зокрема фіксованої комбінації монтелукасту 10 мг і левоцетиризину 5 мг, яка дозволена до застосування в дітей із 15 років.
2. Окреме застосування монтелукасту (БА/АР) або левоцетиризину (АР) може бути розглянуто за відсутності протипоказань як позитивний крок ступінчастої терапії коморбідних бронхіальної астми й алергічного риніту – «крок униз» – для зменшення обсягу лікування після досягнення стійкого позитивного ефекту від застосування фіксованої комбінації монтелукасту 10 мг і левоцетиризину 5 мг.

Щодо узгодження з пацієнтом цілей і можливостей базисної терапії БА

1. Базисна терапія хворих на бронхіальну астму для досягнення кращого комплаєнсу і контролю хвороби потребує інформування хворого про цілі та можливості тривалого лікування, включаючи їхні ефективність, безпеку, зручність застосування і вартість (GINA, 2015-2019).
2. Пацієнт має бути поінформованим про підходи до медикаментозної терапії, включаючи інформацію про пріоритетні особливості механізму дії комбінованих препаратів, у т. ч. генеричних засобів (наприклад, комбінації сальметеролу та флутиказону, Аіртек), інформацію про їхню мінімальну кількість прийомів на добу, зручність застосування, а також про помірну вартість такої терапії.

Учасники Ради експертів вважають за доцільне рекомендувати вищезазначену резолюцію до впровадження в практичну діяльність лікарів загальної практики – сімейної медицини, педіатрів, терапевтів, алергологів, пульмонологів, оториноларингологів і дитячих алергологів, пульмонологів, оториноларингологів. Ця резолюція може бути використана при створенні та перегляді нормативних документів для відповідних рівнів надання медичної допомоги населенню України.

Ю.І. Фещенко,
академік НАМН України,
д.м.н., професор, президент Асоціації пульмонологів України

В.Г. Майданник,
академік НАМН України,
д.м.н., професор

Н.Г. Горовенко,
член-кореспондент НАМН України,
д.м.н., професор

Т.О. Перцева,
член-кореспондент НАМН України,
д.м.н., професор

Є.М. Дитятковська,
д.м.н., професор

В.Ф. Лапшин,
д.м.н., професор

С.В. Зайков,
д.м.н., професор, президент Асоціації алергологів України

О.М. Охотнікова,
д.м.н., професор

І.В. Гогунська,
д.м.н.

К.Ю. Гашинова,
д.м.н., професор

Т.Р. Уманець,
д.м.н., президент Асоціації дитячих алергологів України

Д.Д. Заболотна,
д.м.н.

Б.Н. Біль,
к.м.н.

Bionorica®

Захворювання органів дихання?

Імупрет®

7 рослинних компонентів

- перешкоджає поширенню інфекції[1]
- зміцнює імунітет[2]
- захищає від рецидивів та ускладнень[3]

Розкриваючи силу рослин

Імупрет®. Показання до застосування: Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти з 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день, діти з 2 років по 5 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** рідко можуть виникати шлунково-кишкові розлади, алергічні реакції.

1. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) лютий 2004.
2. Імуномодулюючі властивості препарату Тонзилгон Н (О. Мельников) «Здоров'я України» № 5 (136) Лютий 2006; Експериментальне дослідження імуномодулюючих властивостей Тонзилгона Н in vitro (О. Мельников, О.Рильская), ЖУНГБ № 3/2005, (стр 74-76).
3. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) Лютий 2004; саногенетична корекція стану мукозального імунітету у дітей з використанням сучасних рослинних імуномодуляторів (О. Цодікова, К. Гарбар) «Сучасна педіатрія» № 3 (43) / 2012; Здоров'я у сезон застуд завдяки комбінованому рослинному препарату (M. Rimmele) Naturamed 5/2010, Medical Nature № 5/2011.

Імупрет® краплі: Р.П. №UA/6909/01/01 від 28.08.17. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 28.08.17.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

корінь алтея | квітки ромашки | трава хвоща | листя волоського горіха | трава тисячолітника | кора дуба | трава кульбаби

В.І. Попович, д.м.н., професор, **І.В. Кошель**, к.м.н., **О.М. Малофійчук, Л.І. Пилецька, О.О. Семенюк, О.О. Філіппова, Р.М. Орловська**

Рандомізоване відкрите багатоцентрове порівняльне дослідження терапевтичної ефективності, безпеки та переносимості екстракту BNO 1030 зі вмістом кореня алтею, квіток ромашки, трави хвоща, листя волоського горіха, трави деревію, кори дуба, трави кульбаби у лікуванні гострого небактеріального тонзиліту в дітей віком від 6 до 18 років

В.І. Попович

І.В. Кошель

Гострий тонзиліт (ГТ) (J03.0-J03.9) визначається як раптовий початок типових клінічних симптомів, включаючи біль у горлі з утрудненим ковтанням або без нього, гіперемію, збільшення мигдалин з можливою наявністю пробок, збільшення шийних лімфатичних вузлів, лихоманку, загальну слабкість. На таких пацієнтів припадає близько 5% візитів до лікаря, 50% з них мають вік від 5 до 15 років [1]. 70-95% випадків ГТ викликані вірусними інфекціями.

Бактеріальний (Streptococcal) ГТ розвивається в імунокомпетентних дітей у 15-30% випадків, у дорослих – у 5-15% випадків. Так, у більшості випадків ГТ терапія антибіотиками не показана [2, 3]. Дотепер не існує єдиного стандартного параметра для диференціальної діагностики вірусного та бактеріального тонзиліту. На основі комплексної диференціації між вірусною та бактеріальною етіологією для пацієнтів віком від 3 до 14 років було запропоновано шкалу МакАйзека, а шкалу CENTOR – для пацієнтів віком понад 15 років; ці шкали оцінюють наявність або відсутність декількох хронологічних даних та клінічних симптомів і виражають як загальний бал. Оцінка від -1 до 3 балів за шкалою МакАйзека та від 0 до 2 балів за шкалою CENTOR свідчить про високу ймовірність вірусного тонзиліту [1, 4].

У таких випадках для полегшення симптомів успішно використовують парацетамол або ібупрофен [1, 5, 6]. Проте зазначені симптоматичні засоби не охоплюють увесь спектр патогенетичних механізмів ГТ, що є основною причиною рецидиву, незважаючи на хороший швидкий симптоматичний ефект. Виходячи з цього, виникає потреба в лікарських засобах, що мають комплексний ефект на основні ланки патогенезу.

Основним симптомом тонзиліту є біль у горлі, що є рушійною силою як необґрунтованого призначення антибіотиків лікарями, так і готовності до застосування антибактеріальної терапії самими пацієнтами. Проте необґрунтована етіотропна терапія не впливає на динаміку цього симптому. Але вона є однією з основних причин глобальної проблеми резистентності до антибіотиків [2].

Завдяки цим даним використання фітопрепаратів може бути цікавим, оскільки, за даними досліджень, 28% лікарів використовують готові до застосування лікарські засоби рослинного походження для терапії тонзилофарингітів [7]. Препарати ехінацеї є найбільш вивченими в цьому відношенні. Проте рандомізовані дослідження не підтвердили ефективності ехінацеї у пацієнтів з ГТ [1]. Pelargonium sidoides показав ефективність у лікуванні симптомів застуди, але немає даних щодо пацієнтів з тонзилітом [8].

Брак досліджень ефективності фітотерапії, що відповідають вимогам GCP, очевидний; проте ситуація змінилася після видання відповідних рекомендацій [9]. Фітоніринговий водно-спиртовий екстракт BNO 1030, що включає сім лікарських рослин: корінь алтею (Radix althaeae), квітки ромашки (Flores chamomillae), траву хвоща (Herba equiseti), листя волоського горіха (Folia jungladis), траву деревію (Herba millefolii), кору дуба (Cortex quercus) і траву кульбаби (Herba taraxaci), відомий як Імупрет® (також відомий як Тонзилгон® N у деяких країнах). Імупрет®, на відміну від традиційних рослинних лікарських засобів, є офіційним препаратом і дозволений для продажу в аптеках Німеччини, України та інших 16 країн світу. У США цей препарат поки не доступний.

Складники лікарського засобу проявляють антивірусну, антибактеріальну, протизапальну та імуномодулюючу дію [10-16], а показання до його застосування включають лікування захворювань верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт) і профілактику ускладнень і рецидивів при вірусних респіраторних інфекціях. Дотепер клінічні дослідження за участю дітей включали ефективність та профілактичні ефекти у дітей із застудою, а також лікування вірусних респіраторних інфекцій [17-20]. Проте в науковій літературі відсутні звіти про застосовані (з огляду на відповідність стандартам GCP) дослідження ефективності Імупрету для терапії ГТ.

Метою цього дослідження була оцінка ефективності фітоніринговового екстракту BNO 1030 (Імупрет®) порівняно з пацієнтами, які отримували стандартну симптоматичну терапію від ГТ відповідно до рекомендацій національних настанов [21].

Матеріали та методи

Дизайн дослідження

Рандомізоване відкрите порівняльне багатоцентрове проспективне дослідження в паралельних групах проводили з червня 2017 р. по березень 2018 р. у шістьох амбулаторних закладах України. Дослідження проводилося відповідно до стандартів GCP і Гельсінської декларації.

Учасники

Було обрано 250 амбулаторних пацієнтів, а 238 амбулаторних пацієнтів були рандомізовані до дослідження; це пацієнти віком 6-18 років, їм було діагностовано гострий небактеріальний тонзиліт. Пацієнти були розподілені на дві групи залежно від обраної терапії: група лікування – пацієнти, які отримували BNO 1030 – стандартизований екстракт семи лікарських рослин (Імупрет®) – як додаток до стандартної терапії, а також контрольна група, що отримувала стандартну симптоматичну терапію. Група лікування (n=118) включала 52 (44,1%) хлопців і 66 (55,9%) дівчат (середній вік становив 8,67±3,219 року), а контрольна група – 62 (51,7%) хлопців і 58 (48,3%) дівчат (середній вік становив 9,66±3,296 року).

Втручання

Починаючи з рандомізації пацієнтам двох груп призначали сувору дієту, виключення подразників (фізичних і хімічних); парацетамол як жарознижувальний засіб у вікових дозах (за наявності відповідних показань – біль, серйозна гіпертермія), пероральний спрей бензидаміну гідрохлориду: 0,255 мкг бензидаміну гідрохлориду – 1 натискання. Доза становить 4 натискання 3-4 р/добу протягом 10 днів. Пацієнтам групи лікування додатково призначали BNO 1030 (Імупрет®) – пероральні краплі в таких дозах: при гострих проявах захворювання (перші 5 днів): діти віком 6-11 років отримували по 15 крапель 6 р/добу; діти віком 12 років і старші отримували по 25 крапель 6 р/добу. Після полегшення проявів гострого захворювання (дні 5-10): діти віком 6-11 років отримували по 15 крапель 3 р/добу, а діти віком 12 років і старші отримували по 25 крапель 6 р/добу.

Результати

Досліджувана вибірка

Для участі в дослідженні відібрано 250 пацієнтів віком 6-18 років.

12 (4,8%) з 250 пацієнтів були виключені з дослідження. Причинами цього стали невідповідність критеріям включення в дослідження: вік, що перевищує вікові критерії (n=4), і небажання пацієнта та (або) його батьків виконувати вимоги протоколу (n=8). Решта – 238 пацієнтів – були рандомізовані до контрольної групи (n=120) або групи лікування (n=118).

Розподіл пацієнтів обох груп за статтю: у групі лікування 52 (45,6%) зі 114 хворих були хлопцями, а 62 (54,4%) – дівчатами; у контрольній групі 54 (49,1%) зі 110 пацієнтів були хлопцями, а 56 (50,9%) – дівчатами.

Результати й оцінка

Таблиця 1 показує оцінку динаміки симптому «біль у горлі у стані спокою та при ковтанні» у пацієнтів обох груп.

Під час терапії у хворих обох груп спостерігалася регресія симптому «біль у горлі при ковтанні»: з 2,25±0,776 бала до 1,01±0,910 (-55%) на 5-й день та до 0,30±0,544 (-88%) на 10-й день у пацієнтів у групі лікування та з 2,18±0,618 бала до 1,31±0,994 (-40%) на 5-й день і до 0,54±0,709 (-75%) на 10-й день у пацієнтів у контрольній групі. Таким чином, додаткове застосування лікарського засобу Імупрет® у стандартній терапії сприяє регресії симптому «біль у горлі при ковтанні» до 55% порівняно з 40% при стандартній терапії до 5-го дня. Порівняння регресійних показників симптому «біль у горлі при ковтанні» між групами показує достовірні відмінності на 5-й і 10-й дні лікування ($p<0,05$).

При порівнянні динаміки симптому «біль у горлі у стані спокою» регресія цього симптому також спостерігалася у пацієнтів обох груп: з 1,97±0,733 бала до 0,91±0,877 (-53,8%) на 5-й день і до 0,19±0,391 бала (-90%) на 10-й день у групі лікування. У контрольній групі він знизився з 1,93±0,570 бала до 1,07±0,877 (-44%) на 5-й день і до 0,38±0,597 (-80,3%) на 10-й день. Порівняння регресійних показників симптому «біль у горлі у стані спокою» між групами виявляє значні відмінності на 5-й і 10-й дні лікування ($p<0,05$).

Пацієнти щодня оцінювали свої скарги у щоденнику за десятибальною візуально-аналоговою шкалою.

Відповідно до самооцінки у пацієнтів обох груп спостерігалася регресія симптому «біль у горлі при ковтанні»: з 5,90±2,236 до 4,93±2,371 бала (-16,4%) на 2-й день і до 1,33±1,751 бала (-77,5%) на 10-й день у пацієнтів у групі лікування. У пацієнтів контрольної групи він знизився з 5,51±2,021 бала до 4,90±2,368 (-11,1%) на 2-й день і до 2,40±1,765 (-56,4%) на 10-й день.

Подібну динаміку самооцінки спостерігали за симптомом «біль у горлі у стані спокою». У пацієнтів групи лікування симптом знизився з 4,89±2,179 бала до 3,97±2,350 (-18,8%) на 2-й день і до 0,88±1,573 (-82,0%) на 10-й день. Він регресував з 4,50±1,922 бала до 3,98±2,055 (-11,6%) на 2-й день і до 1,93±1,834 (-57,1%) на 10-й день у пацієнтів контрольної групи. Порівняння регресійних показників симптому «біль у горлі при ковтанні» відповідно до самооцінки пацієнтів між групами показує значні відмінності з 2-го до 10-го дня лікування ($p<0,05$).

Продовження на стор. 30.

Таблиця 1. **Динаміка симптому «біль у горлі» залежно від групи**

	Візит	Група лікування (n=114)		Контрольна група		Порівняння груп		
		M±CB	Регрес (%)	M±CB	Регрес (%)	dT	p	Значні відмінності
Біль (при ковтанні)	День 1	2,25±0,776	–	2,18±0,618	–	–	–	–
	День 5	1,01±0,910	-55	1,31±0,994	-40	dT_5	0,001	Значні
	День 10	0,30±0,544	-88	0,54±0,709	-75	dT_{10}	0,003	Значні
Біль (у стані спокою)	День 1	1,97±0,733	–	1,93±0,570	–	–	–	–
	День 5	0,91±0,877	-53,8	1,07±0,877	-44	dT_5	0,002	Значні
	День 10	0,19±0,391	-90	0,38±0,597	-80,3	dT_{10}	0,000	Значні

*Примітка: * висновок зроблено на рівні значущості 0,05.*

В.І. Попович, д.м.н., професор, **І.В. Кошель**, к.м.н., **О.М. Малофійчук**, **Л.І. Пилецька**, **О.О. Семенюк**, **О.О. Філіппова**, **Р.М. Орловська**

Рандомізоване відкрите багатоцентрове порівняльне дослідження терапевтичної ефективності, безпеки та переносимості екстракту BNO 1030 зі вмістом кореня алтею, квіток ромашки, трави хвоща, листя волоського горіха, трави деревію, кори дуба, трави кульбаби у лікуванні гострого небактеріального тонзиліту в дітей віком від 6 до 18 років

Продовження. Початок на стор. 29.

Добре відомо, що наявність такого симптому, як подразнення горла, пов'язане з кашлем, є однією з диференційних ознак вірусного (небактеріального) тонзиліту. Пацієнти обох груп проводили самооцінку тяжкості цього симптому під час терапії. Регресія цього симптому спостерігалася у пацієнтів групи лікування з 3,89±2,175 до 3,32±1,966 бала (-14,7%) на 2-й день, до 1,74±1,800 (-55,3%) на 5-й день і до 0,80±1,600 бала (-79,4%) на 10-й день. У пацієнтів контрольної групи він знизився з 4,02±1,7756 бала до 3,61±1,7767 бала (-10,2%) на 2-й день, до 2,40±1,872 (-40,3%) на 5-й день і до 1,67±1,710 бала (-58,5%) на 10-й день. Порівняння регресійної динаміки симптому «подразнення горла, пов'язане з кашлем» у пацієнтів обох груп показує значну різницю на 5-й день лікування ($p<0,05$). Починаючи з 6-го дня не спостерігалося суттєвих відмінностей у швидкості регресу цього симптому ($p>0,05$). Таким чином, група лікування показує більш швидкий регрес подразнення горла, пов'язаного з кашлем.

ГТ – це захворювання, завжди пов'язане з погіршенням загального стану. Ми провели оцінку динаміки цього показника за результатами оцінки лікаря та самооцінки пацієнта за 10-бальною шкалою.

Оцінка загального стану лікарем у групі лікування показала поліпшення цього показника з 6,36±1,902 бала до 3,09±2,446 (-51,4%) на 5-й день і до 1,04±1,554 бала (-83,6%) на 10-й день. У контрольній групі поліпшення загального стану спостерігалося з 5,68±1,961 бала до 3,29±2,526 (-42,1%) на 5-й день і до 1,52±1,724 бала (-73,2%) на 10-й день лікування. Порівняння динамічних показників поліпшення загального стану пацієнта за оцінкою лікаря показало значну різницю між групами на 5-й і 10-й дні лікування ($p<0,05$).

Аналогічні параметри спостерігалися при самооцінці хворого: з 6,30±1,882 бала на 1-й день до 1,66±1,860 (-73,7%) на 10-й день у групі лікування та з 5,94±1,616 бала на 1-й день до 2,72±1,565 (-54,2%) на 10-й день у контрольній групі. Порівняння параметрів самооцінки показує значну різницю ($p<0,05$) в параметрах між групами починаючи з 2-го дня і до 10-го дня лікування.

Ми провели порівняння між групами за кількістю пацієнтів, які мали відповідь на лікування, порівняно з пацієнтами, які не мали відповіді (зниження сумарного показника за шкалою основних проявів тонзиліту до 4 балів і нижче).

На 10-й день 93 зі 114 пацієнтів групи лікування відповіли на терапію, а 21 не відповіли (81,6% порівняно з 18,4%); серед 110 пацієнтів контрольної групи 72 мали відповідь, а 38 її не мали (65,4% порівняно з 34,6%).

На 10-й день параметри пацієнтів, які мали відповідь, між групами були достовірно різними ($p<0,05$).

Покращення місцевих симптомів і загального стану призвело до зниження рівня застосування жарознижувальних засобів. Ми провели оцінку динаміки застосування нестероїдних протизапальних препаратів – НПЗП (табл. 2). Враховувався день останньої дози цього лікарського засобу.

Значна відмінність спостерігається у частоті потреби застосування жарознижувальних засобів між пацієнтами у групі лікування та контрольній групі починаючи з 4-го дня лікування ($p<0,05$).

Ми провели оцінку в днях терапевтичної користі від застосування BNO 1030 пацієнтами з ГТ. Вона базувалася на порівнянні параметрів динаміки загального стану (виражена у вигляді шкали) (рис.).

Як видно з рисунку, при завершенні дослідження (10-й день) пацієнти контрольної групи оцінили свій загальний стан на рівні 2,72 бала за 10-бальною шкалою. Подібна самооцінка спостерігалася у пацієнтів групи лікування до кінця 5-го дня терапії. Таким чином, терапевтична користь у лікуванні пацієнтів групи лікування становить 4,2 дня порівняно з результатами лікування пацієнтів контрольної групи.

Безпека та переносимість

Оцінка результатів переносимості показала, що терапія переноситься добре або дуже добре у всіх випадках. Жодних небажаних явищ не було зареєстровано у жодного пацієнта під час лікування.

Обговорення

Це дослідження продемонструвало, що застосування фітотерапевтичного лікарського засобу, що містить водно-спиртовий екстракт – BNO 1030 – як доповнення до стандартної симптоматичної терапії, має доведений терапевтичний ефект. Пацієнти групи BNO 1030 продемонстрували значне зниження тяжкості симптомів захворювання до 1 бала і нижче, оцінюваних лікарем за 4-бальною шкалою, на 5-й і 10-й дні лікування. Достовірні відмінності в динаміці самооцінки симптомів тонзиліту у хворих були помічені з 2-го дня до 10-го дня лікування.

Наші результати відображають дані, наведені в літературі [18, 20]. Результати цих досліджень показали, що BNO 1030 (Тонзилгон® N, Імупрет®) ефективний при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій і рецидивуючого тонзиліту в педіатричних пацієнтів. Наші результати також підтверджуються даними, отриманими в дослідженні за даними спостережень, що проводилося у Німеччині, яке продемонструвало ефективність та безпечність лікарського засобу в понад 1100 дітей з рецидивуючими гострими інфекціями верхніх дихальних шляхів [19].

ГТ завжди пов'язаний з вираженим загальним розладом, адже піднебінні мигдалини є одними з основних складових імунної системи, а їхнє запалення пов'язане з вираженими системними ефектами. Дослідження показало достовірно переважну динаміку поліпшення загального стану пацієнтів у групі лікування відповідно до оцінки лікарем і самооцінки пацієнтом. Цей клінічний ефект підтверджує раніше повідомлені дані про імунологічну ефективність BNO 1030 in vitro та in vivo [26-28].

Важливим і цікавим висновком проведеного дослідження є те, що внаслідок вираженого регресу таких симптомів, як біль у горлі та подразнення горла, а також покращення загального стану пацієнти у групі BNO 1030 застосовували менше протизапальних засобів у цілому (парацетамол).

Таблиця 2. **Динаміка застосування жарознижувальних засобів залежно від групи**

Група	День									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Група лікування	87	79	56	18	11	1	2	0	0	0
(n=114)	76,3%	69,2%	49,1%	15,7%	9,6%	0,8%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Контрольна група	88	78	60	38	31	12	3	1	0	0
(n=110)	80,0%	70,9%	54,5%	34,5%	28,1%	10,9%	2,7%	0,9%	0,0%	0,0%
p	0,945	0,867	0,793	0,005	0,002	0,0048	0,665	1,000	1,000	1,000
Висновок*	–	–	–	+	+	+	–	–	–	–

*Примітки: * (–) не існує значних відмінностей між групами з огляду на застосування НПЗП; (+) існують значні відмінності між групами з огляду на застосування НПЗП.*

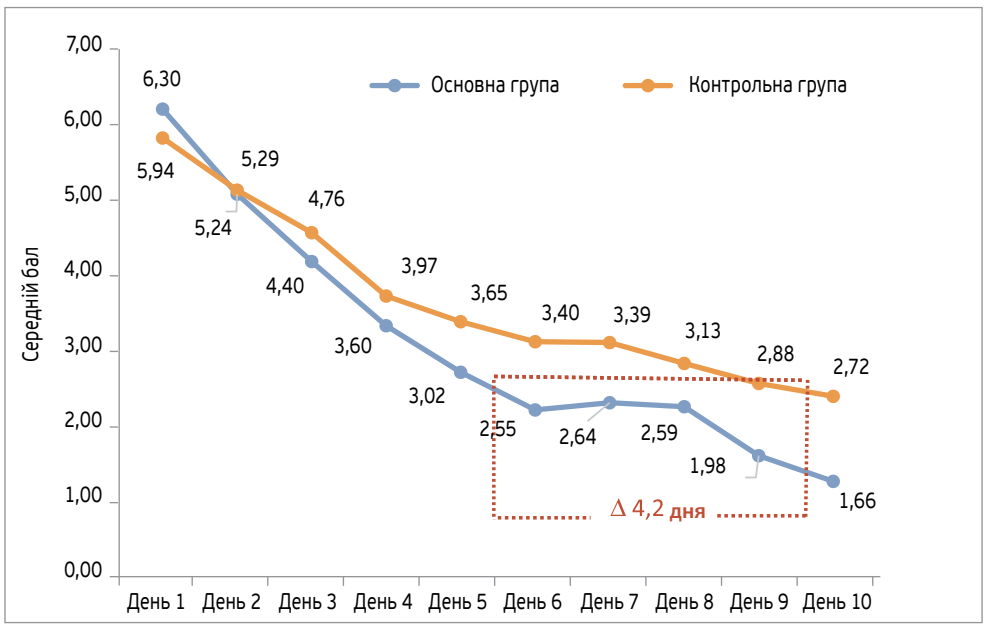


Рис. Оцінка терапевтичної користі застосування BNO 1030

Багато дослідників висловлюють думку, що біль у горлі у хворих на ГТ є рушійною силою як необґрунтованого призначення антибіотиків лікарями, так і готовності самих пацієнтів до застосування антибактеріальної терапії, що є однією з основних причин глобальної проблеми резистентності до антибіотиків [2, 23, 24]. Однією зі стратегій зменшення застосування антибіотиків дорослими і дітьми з неускладненими гострими респіраторними інфекціями є відстрочення призначення антибіотиків [25]. Більш швидкий регрес больового синдрому в пацієнтів, які отримують Імупрет®, показаний у нашому дослідженні, є важливою причиною зниження схильності пацієнтів і лікарів до застосування антибіотиків. У нашому дослідженні призначення антибіотиків було критерієм виключення з дослідження. З цієї причини 14 пацієнтів були виключені з дослідження під час візиту 2: 10 у контрольній групі й 4 у групі лікування. Ці дані не є значущими, проте вони демонструють тенденцію до зниження призначення антибіотиків у групі, що застосовувала BNO 1030.

Ефективність BNO 1030, показана в цьому дослідженні, в цілому підтверджує результати попередніх досліджень за участю пацієнтів з гострими вірусними інфекціями [18-20]. Його сильною стороною є діагноз ГТ (J03), встановлений згідно з ухваленими критеріями. Група рандомізованих пацієнтів, однорідних за діагнозом і клінічними проявами, дозволила зробити обґрунтовані висновки щодо оцінки загального результату лікування. Кількість пацієнтів, які мали відповідь на лікування, була значно вищою в групі лікування порівняно з контрольною групою. Терапевтична користь лікування пацієнтів з групи лікування становить 4,2 дня, що відображає значну перевагу в кількості відповідей на лікування. Це дозволяє зменшити кількість днів відсутності дітей у школі або дошкільних установах.

Дизайн передбачав порівняльне дослідження, яке не дозволило здійснити контроль із плацебо. Проте порівняння проводилося проти терапії відповідно до клінічних рекомендацій, які передбачають обов'язкове призначення симптоматичної терапії лише за допомогою системних і місцевих НПЗП [1, 21]. Завдяки цьому всі відмінності в результатах лікування можна пояснити клінічними ефектами BNO 1030.

Висновки

Додаткове застосування фітоніринового лікарського засобу BNO 1030 (Імупрет®) для лікування ГТ сприяє значному зниженню клінічних симптомів тонзиліту, поліпшенню оцінки загального стану пацієнтів та якості їхнього життя, зниженню частоти застосування жарознижувальних засобів і загальної тривалості лікування без будь-яких небажаних явищ. Включення цього лікарського засобу в схему лікування може бути рекомендоване пацієнтам з гострим небактеріальним тонзилітом.

Перспективи подальших досліджень полягають у дослідженні протирецидивної ефективності препарату в пацієнтів з рецидивуючим тонзилітом.

Стаття друкується в скороченні.
Список літератури знаходиться в редакції.

Popovych V.I. et al. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute non-bacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. Am J Otolaryngol. Doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.10.012.

S. Short, H. Bashir, P. Marshall і співавт., США

Діагностика та лікування респіраторних захворювань у дітей та дорослих

Настанови ICSI

Гострі інфекції дихальних шляхів (ГІДШ) – найчастіша причина призначення антибіотиків (АБ) у дорослих (41% усіх призначень) (Harris, 2016). Нідерландське обсерваційне дослідження встановило, що надмірне використання АБ було найпоширенішим у віковій групі 18-65 років та серед осіб, які скаржилися на біль у горлі (Dekker, 2015).

Симптомами ГІДШ є біль у горлі, нежить, гарячка, головний біль, захриплість голосу, чхання. Невідкладному прийому лікаря підлягають пацієнти з підозрою на обструкцію верхніх (ВДШ) або нижніх (НДШ) дихальних шляхів, сильним головним болем. Ознаками обструкції ВДШ є стридор, відчуття нестачі повітря, респіраторний дистрес, ціаноз і слинотеча. Наявність цих симптомів може свідчити про круп, перитонзилярний/ретрофарингеальний абсцес, епіглотит. Пацієнти з такими ознаками потребують негайної медичної оцінки та, за можливості, сумісного огляду оториноларингологом й анестезіологом в умовах операційної або відділення невідкладної допомоги.

Ознаки обструкції НДШ можуть свідчити про пневмонію, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальну астму (БА), стороннє тіло в дихальних шляхах, кардіоваскулярну патологію. Такі симптоми й ознаки, як задишка, візинг, збільшена частота дихання та втягування міжреберних проміжків на вдиху, вимагають негайного обстеження та можуть свідчити про потребу інтенсивного лікування, застосування кисню та тривалого спостереження.

Сильний головний біль може бути симптомом субарахноїдального крововиливу або ускладнень синуситів (тромбоз кавернозного синуса, сфеноїдний синусит, менінгіт, енцефаліт). Ці симптоми потребують негайної оцінки стану хворого й інтенсивного лікування.

Перебіг ГІДШ можуть ускладнювати такі фактори:

- коморбідні стани (наприклад, застійна серцева недостатність, БА, ХОЗЛ, серпоподібноклітинна анемія, цукровий діабет);
- старечий вік;
- імуносупресивні стани (перебування на хіміотерапії, прийом імуномодулюючих засобів, ВІЛ-позитивний статус тощо);
- вагітність;
- відсутність необхідних щеплень у дітей.

Гострі респіраторні вірусні інфекції

Більшість інфекцій ВДШ мають вірусну природу. Типова гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) є самообмежувальною хворобою, що проявляється ринітом, гарячкою, кашлем, болем у горлі, чханням і закладеністю носа (Zoorob, 2012). У дітей можливі також легка нервовість, дратівливість, зменшення апетиту, розлади сну, помірне почервоніння очей (Szilagyi, 1990). Симптоми ГРВІ зазвичай досягають піку через 3-5 днів після початку та минають упродовж 14 днів. Помірний кашель може утримуватися протягом 2-3 тиж.

ГРВІ є клінічним діагнозом, який не вимагає підтверджувальних тестів. Залежно від симптомів, лабораторні та рентгенологічні обстеження можуть бути використані для виключення інших хвороб чи вторинних інфекцій (грип, фарингіт, мононуклеоз). Для зниження кількості зайвих призначень АБ можуть використовуватися біомаркери бактеріальних інфекцій, а саме прокальцитонін і С-реактивний білок (Aabenhus, 2014; Schuetz, 2013).

Лікування

Немедикаментозні заходи

Відсмоктування слизу з носа для немовлят. Перед відсмоктуванням слід застосовувати сольовий розчин для розрідження виділень. Відсмоктування необхідно проводити перед годуванням та сном.

Парові інгаляції. Систематичний огляд виявив недостатню ефективність цього методу (Singh, 2013b). Потенційні побічні ефекти включають опіки, подразнення слизової оболонки носа й інфікування мікробами, що населяють прилади для інгаляції. У разі застосування інгаляцій методом вибору є прийом гарячого душу або перебування у ванній кімнаті з включеним гарячим душем. Холодні інгаляції дозволяють виключити ризик опіків, але не потенціал мікробного росту в приладах для їх проведення (Macknin, 1990; Tyrrell, 1989; Ophir, 1987).

Зрошування носа. Сольові краплі для носа розріджують секрет, полегшуючи очищення носових ходів (Gadomski, 1992; Szilagyi, 1990). Рандомізоване контрольоване дослідження (РКД) за участю 401 дитини віком 6-10 років із неускладненою ГРВІ чи грипом виявило швидше усунення деяких симптомів із боку носа та рідші рецидиви риніту в групі сольових зрошень (Slapak, 2008).

Мед. Слід уникати застосування меду в дітей віком до 1 року у зв'язку з ризиком ботулізму (Fashner, 2012; Paul, 2007). РКД виявило, що мед ефективно знижував симптоми ГРВІ протягом перших 5 днів захворювання (Waris, 2014).

Льодяники або цукерки-льодяники при болю в горлі або кашлі не рекомендовані для дітей віком до 4 років (Fashner, 2012).

Бальзами для розтирання/інгаляцій. Застосування таких бальзамів у маленьких дітей зменшує симптоми ГРВІ (Paul, 2010). Є повідомлення про ускладнення в разі нанесення таких бальзамів безпосередньо під ніс дитини.

Піднімання головного кінця ліжка.

Достатній відпочинок. Показником необхідного відпочинку має бути самопочуття пацієнта. За відсутності гарячки та в разі нормального самопочуття звична активність не повинна погіршити стан пацієнта.

Ліки (в дітей)

Безрецептурні засоби. Не рекомендовані дітям віком до 4 років.

Деконгестанти й антигістамінні препарати (АГП). Доказів ефективності АГП у дітей немає (De Sutter, 2015).

Зменшення гарячки. Підвищення температури тіла при ГРВІ не є шкідливим і зазвичай самостійно минає через 2-3 дні. Якщо для зменшення дискомфорту пацієнта необхідно знизити температуру тіла, перевагу слід віддавати парацетамолу або ібупрофену. Метааналіз 85 РКД показав, що останній є однаково або більш ефективним, ніж парацетамол, на тлі зіставного профілю безпеки (Pierce, 2010). Аспірин дітям не рекомендований у зв'язку з ризиком синдрому Рея (Li, 2013).

Ліки (в дорослих)

Безрецептурні засоби. Спреї для носа, деконгестанти, сольові краплі й аналгетики можуть забезпечити тимчасове полегшення болю в горлі, нежитю, кашлю та гарячки. Систематичний огляд 29 досліджень (19 – за участю дорослих та 10 – за участю дітей) не виявив ані доказів, ані заперечень ефективності безрецептурних засобів для лікування кашлю (Smith, 2014).

Деконгестанти. Ці препарати поділяються на пероральні (псевдоефедрину гідрохлорид) та назальні (оксиметазолін, фенілефрину гідрохлорид у формі спрея). Топічні деконгестанти слід застосовувати не довше 72 год (Aring, 2016), а оральні деконгестанти – з обережністю призначати пацієнтам з артеріальною гіпертензією чи серцево-судинними захворюваннями (Aring, 2016). Систематичний огляд (n=1838) виявив, що багатократне застосування назальних деконгестантів може мати невеликий позитивний ефект при ГРВІ (Deckx, 2016).

АГП. Огляд 18 РКД виявив ефективність АГП у зменшенні симптомів ГРВІ у порівнянні з плацебо протягом перших 2 днів лікування. Достовірного впливу на закладеність носа, ринорею чи чхання не встановлено (De Sutter, 2015).

Інтраназальні глюкокортикоїди (ГК). Систематичний огляд не виявив доказів на користь застосування інтраназальних ГК при ГРВІ (Hayward, 2015).

Зменшення гарячки. Застосовується ібупрофен або парацетамол. Особам з неправильним харчуванням, анамнезом пептичної виразки чи споріднених хвороб, наявністю аспіриночутливої астми, ішемічної хвороби серця чи дисфункції нирок слід уникати аспірину, ібупрофену та напроксену.

Докази ефективності цинку, вітаміну С та ехінацеї обмежені.

АБ для лікування ГРВІ не рекомендовані.

Кодеїн не ефективніший за плацебо в лікуванні кашлю при ГРВІ і не рекомендований для застосування в дорослих (Fashner, 2012). Використання кодеїну в дітей може бути небезпечним.

Спостереження

Рекомендовано повторно звернутися до лікаря, якщо:

- гарячка триває понад 3 дні, *або*
- симптоми погіршуються через 5 днів, *або*
- з'являються тривожні симптоми (наприклад, наростання симптомів захворювання, сонливість, утруднення дихання), *або*
- покращення симптомів відсутнє через 10 днів.

При цьому помірний кашель і закладеність носа можуть утримуватися впродовж кількох тижнів.

Профілактика

Найефективнішими способами профілактики ГРВІ є миття рук і використання антисептиків для рук. ГРВІ є найбільш контагіозною в момент початку симптомів і під час підвищення температури тіла (Carabin, 1999). Розповсюдження вірусів триває до 2 тиж після початку симптомів (Szilagyi, 1990).

РКД ефективності вітаміну D демонструють суперечливі результати. В одному з них було виявлено меншу частоту респіраторних інфекцій у групі добавок вітаміну D (Laaksi, 2010), натомість інше не показало жодного сприятливого впливу цього вітаміну на частоту чи тяжкість ГРВІ у відносно здорових осіб (Murdoch, 2012).

Доказів ефективності пробіотиків, цинку, препаратів ехінацеї, дріжджів, поліфенолів журавлини та полоскання горла недостатньо для чітких висновків (Hao, 2015; Karsch-Völk, 2014; Auinger, 2013; McFarlin, 2013; Nantz, 2013; Singh, 2013a; Graubaum, 2012; Kurugöl, 2006; Satomura, 2005).

Гострий фарингіт

Більшість випадків гострого фарингіту (ГФ) мають вірусну природу. Віруси можуть зумовлювати фарингіт, який клінічно не відрізняється від стрептококового. Найчастіше ГФ спричиняють такі вірусні патогени: аденовіруси, віруси грипу та парагрипу, риновіруси, віруси простого герпесу 1 та 2, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус Епштейна-Барр, вірус Коксакі А, ентеровіруси, вірус імунодефіциту людини, коронавіруси та цитомегаловірус (Paradise, 1992; Lang, 1990).

Стрептокок групи А (СГА) є причиною 5-15% фарингітів у дорослих та до 30% фарингітів у дітей (Van Brusselen, 2014). Крім СГА, бактеріальними причинами ГФ можуть бути стрептококи груп С і G, змішані анаероби, *Fusobacterium necrophorum*, *Neisseria gonorrhea*, *Corynebacterium diptheriae*, *Yersinia pestis*, *Treponema pallidum*, *Francisella tularensis*, *Mycoplasma pneumoniae* та деякі хламідії (Paradise, 1992; Lang, 1990).

Продовження на стор. 32.

S. Short, **H. Bashir**, **P. Marshall** і співавт., США

Діагностика та лікування респіраторних захворювань у дітей та дорослих

Продовження. Початок на стор. 31.

Симптоми на кшталт слинотечі, дисфонії, приглушеного голосу чи набряку шиї, зокрема в поєднанні з утрудненням ковтання, зумовлюють потребу в пошуку таких хвороб, як епіглотит, перитонзилярний абсцес, інфекції ретрофарингеального та субмандибулярного простору, інфекційний тромбофлебіт внутрішньої яремної вени, дифтерія, гострий ретровірусний синдром.

Типові ознаки та симптоми фарингіту, спричиненого СГА, включають раптовий початок болю в горлі, ексудативний тонзиліт, передньошийну лімфаденопатію з болем у лімфовузлах, гарячку в анамнезі, відсутність нежитю, кашлю та захриплості голосу. Додатково можуть зустрічатися головний біль, біль у животі, блювання, слабкість, анорексія, висипи.

Вірусний ГФ є самообмежувальною хворобою. Відсутність фізикальних ознак та анамнезу, що свідчать про стрептококовий фарингіт, виключає потребу в детальному обстеженні та фокусує лікування на симптоматичних заходах. Для визначення імовірності бактеріальної причини використовуються модифіковані критерії Центора, які включають гарячку в анамнезі, наявність тонзилярних ексудатів, аденопатію передніх шийних лімфовузлів, відсутність кашлю, вік (Kalra, 2016; Choby, 2009). Пацієнти з оцінкою за критеріями Центора <3 та симптомами вірусного захворювання на кшталт нежитю, кашлю, виразок у роті та/або захриплості голосу не потребують обстеження на фарингіт, зумовлений СГА.

Фарингіт, спричинений СГА, є нетиповим у дітей віком до 3 років і рідкісним у дітей до 18 міс. Ревматична гарячка також є нетиповою у дітей до 3 років (Peter, 1992), у зв'язку із чим їм не показаний рутинний аналіз на СГА. Потребу в аналізі слід розглянути в дітей до 3 років із факторами ризику, наприклад із наявністю стрептококового фарингіту в старшого брата/сестри (Shulman, 2012).

Аналіз на СГА проводиться шляхом швидкого тесту для визначення (ШТВА), отримання культури патогенів із горла або полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Негативний результат ШТВА в дітей має бути підтверджений культуральним дослідженням (Shulman, 2012). Позитивний результат ШТВА та будь-який результат ПЛР не потребують підтверджувального культурального дослідження (Shulman, 2012; Pritt, 2016). Титр антистрептококових антитіл відображає інфекції в анамнезі й не рекомендується для діагностики ГФ (Shulman, 2012).

Лікування

Антибіотики

Рекомендації з лікування ГФ, зумовленого СГА, є суперечливими. Керівні вказівки Європейського товариства клінічної мікробіології та інфекційних хвороб стверджують, що АБ не слід застосовувати в пацієнтів з оцінкою 0-2 бали за критеріями Центора. У разі оцінки на рівні 3-4 балів необхідно зважити переваги лікування АБ та супутні недоліки (вплив терапії на мікробіоту, зростання АБ-резистентності, навантаження ліками, зростання вартості лікування) (Pelucchi, 2012). Товариство інфекційних хвороб Америки рекомендує призначати АБ усім дітям і дорослим зі стрептококовим фарингітом (Shulman, 2012). Американська асоціація педіатрії рекомендує АБ-терапію всім дітям із фарингітом, доведено спричиненим СГА (Hersh, 2013).

Емпірична АБ-терапія в разі підозри на фарингіт, спричинений СГА, не рекомендована. Рішення щодо призначення АБ слід приймати разом із пацієнтами та/або особами, які за ними доглядають.

Якщо обрано стратегію відтермінованого призначення АБ, лікар повинен дати пацієнту детальні інструкції стосовно того, при яких симптомах слід почати приймати протимікробні препарати, а при яких – повторно звернутися до медичного закладу.

У випадках підтвердженого культурою стрептококового фарингіту АБ першого вибору є пеніцилін. У дітей і пацієнтів, неспроможних ковтати таблетки, прийнятною альтернативою слугує амоксицилін (Lennon, 2008). У разі алергії на АБ пеніцилінового ряду Товариство інфекційних хвороб Америки рекомендує цефалоспорини I покоління, кліндаміцин, кларитроміцин або азитроміцин.

Для зниження ризику рецидивування необхідне проведення повноцінного курсу АБ. Після початку лікування відповідним АБ покращення симптомів має настати через 3-4 дні. Рекомендована тривалість лікування, за вказівками Товариства інфекційних хвороб Америки, становить 10 днів (5 днів у разі призначення азитроміцину).

Діти з фарингітом, спричиненим СГА, можуть відвідувати школу через 12-24 год після першої дози АБ. Якщо дитина не приймає АБ, доцільно продовжувати відвідування школи через 24 год після нормалізації температури тіла без прийому жарознижувальних препаратів.

Симптоматична терапія

Парацетамол або нестероїдні протизапальні препарати можуть забезпечити швидке й ефективне полегшення болю в горлі (Kenealy, 2011). Додаткове допоміжне лікування може включати льодяники, вживання теплих або холодних напоїв, холодної їжі, полоскання горла солоною водою.

Неінфекційний риніт

Риніт передбачає наявність ≥1 з таких симптомів: закладеність носа, ринорея, чхання та свербіння носа. Алергічний риніт (АР) є запальним захворюванням, що провокується такими тригерами, як пилок, пліснява, кліщі домашнього пилу, лупа тварин тощо. Неалергічний риніт (НАР) характеризується сезонними чи періодичними симптомами, механізм розвитку яких не пов'язаний з імуноглобулінами (Ig) E (Wallace, 2008). Причинами НАР можуть бути гормональні зсуви (вагітність), вазомоторні розлади, регулярне застосування топічних назальних деконгестантів, атрофія слизової оболонки носа.

Ознаками та симптомами алергічної природи риніту є свербіння очей, носа, піднебіння та вух; водянистий нежить; чхання; сезонність симптомів; сімейний анамнез алергій; провокація симптомів специфічними алергенами; наявність БА або екземи. Своєю чергою, характеристики НАР включають чутливість до диму, парфумів, змін погоди; відсутність попереднього анамнезу алергії; надмірне застосування топічних деконгестантів; початок симптомів у дорослому віці; утворення кірок і висихання носа; біль у ділянці обличчя. Обом видам риніту властиві закладеність носа й анамнез інфекцій приносових пазух.

Для діагностики АР застосовуються шкірні тести та серологічні радіоалергосорбентні тести (РАСТ), які виявляють наявність специфічних IgE. Ці тести застосовуються у 2 випадках: при потребі відрізнити АР від НАР і для виявлення специфічних алергенів, що спричиняють АР у конкретного пацієнта. Шкірні тести є швидшими, чутливішими й економічно доцільнішими, ніж РАСТ; перевагами останніх є відсутність ризику анафілаксії та впливу на результат певних ліків (АГП, β-блокатори), можливість застосування в осіб із дерматологічними захворюваннями (Seidman, 2015).

Інші обстеження. Рутинне визначення загального сироваткового IgG та/або IgE, а також мазок з носа з підрахунком еозинофілів не рекомендуються (Wallace, 2008). Ендоскопія носа та/або риноманометрія зарезервовані для окремих ситуацій (Wallace, 2008).

Лікування АР

Симптоматичне лікування передбачає елімінаційні заходи та контроль довкілля з метою зниження рівня алергенів. До початку таких заходів слід провести шкірні тести або РАСТ для виявлення специфічних алергенів пацієнта.

Сольові зрошення не є ефективнішими в зниженні симптомів АР у дітей, ніж інтраназальні ГК. Поєднане застосування цих методів збільшує ефективність інтраназальних ГК у зменшенні симптомів (Madison, 2016).

Хоча необхідні масштабніші дослідження, пробіотики можна розглядати як допоміжне лікування АР (Zajac, 2015; Lin, 2014; Lin, 2013b; Lue, 2012).

Для стартової терапії АР Американська академія алергії, астми й імунології та Американська академія отоларингології рекомендують інтраназальні ГК (Seidman, 2015; Wallace, 2008). Останні зменшують закладеність носа, свербіння, чхання та нежить і при НАР. Для досягнення оптимального результату необхідне регулярне щоденне вживання медикаментів. Найкраще розпочати лікування за 1 тиж до початку сезону алергії. Дослідження інтраназальних ГК продемонстрували відсутність їхнього впливу або незначний вплив на швидкість росту. Разом із тим у дітей, які приймають ГК, слід визначати зріст і вагу при кожному візиті та відзначати показники на спеціальній карті росту.

Для лікування тяжких симптомів риніту або поліпів носа може бути доцільним короткий курс оральних ГК (Wallace, 2008).

Інтраназальні АГП характеризуються коротшою тривалістю дії і меншою ефективністю в усуненні симптомів риніту в порівнянні з інтраназальними ГК, хоча і демонструють перевагу над плацебо (Shah, 2009a; Shah, 2009b; van Bavel, 2009). Можливе застосування комбінованих препаратів інтраназальних АГП та інтраназальних ГК (зокрема, флутиказону пропіонату й азеластину) (Meltzer, 2013; Carr, 2012; Meltzer, 2012).

Пероральні АГП ефективні в контролі всіх симптомів, асоційованих з АР, окрім закладеності носа. Ці препарати є менш дієвими, ніж інтраназальні ГК. Типовими побічними діями пероральних АГП I покоління є сонливість та антихолінергічні ефекти (сухість рота, нечіткість зору, затримка сечі). АГП II покоління погано проникають через гематоенцефалічний бар'єр і тому мають менш виражену седативну дію, у зв'язку із чим слід віддавати їм перевагу над препаратами I покоління (Seidman, 2015; Wallace, 2008).

Блокатор лейкотрієну монтелукаст характеризується ефективністю на рівні лоратадину, однак меншою за показники інтраназальних ГК. Застосування монтелукасту в сполученні з АГП (лоратадин, цетиризин) у деяких дослідженнях продемонструвало результати, зіставні із застосуванням інтраназальних ГК. У пацієнтів з АР і БА лікування монтелукастом забезпечувало значиме покращення з боку обох хвороб (Nayak, 2007).

У деяких пацієнтів інтраназальний кромолін дозволяє контролювати симптоми АР, проте він є менш ефективним, ніж ГК (Wallace, 2008).

Інтраназальні антихолінергічні препарати (іпратропію бромід) здатні зменшувати передню ринорею в пацієнтів з АР і НАР, покращуючи якість життя (Meltzer, 1992).

Для короткотривалого лікування можна розглянути застосування топічних деконгестантів. Їх рутинне щоденне використання не рекомендоване у зв'язку з ризиком розвитку медикаментозного риніту. Що стосується пероральних деконгестантів, то переваг фенілефрину над плацебо в ліквідації закладеності носа не виявлено (Meltzer, 2016; Meltzer, 2015). Комбінація псевдоефедрину та дезлоратадину виявилася більш ефективною в лікуванні закладеності носа при сезонному АР, ніж монотерапія будь-яким із цих препаратів (Chervinsky, 2005; Pleskow, 2005).

Топічні деконгестанти не слід застосовувати довше 72 год (Aring, 2016). Пероральні деконгестанти не призначаються дітям до 4 років.

Імунотерапія. Цей метод застосовується в пацієнтів з АР, у яких елімінаційні заходи та фармакотерапія не дозволяють у повному обсязі контролювати симптоми, а також у тих, хто не переносить фармакотерапію, або в осіб з ускладненнями на кшталт рецидивуючого синуситу. Підшкірна імунотерапія являє собою серію ін'єкцій екстрактів алергенів у зростаючих дозах (раз на тиждень протягом 4-6 міс) із подальшими підтримувальними ін'єкціями максимальної дози алергену раз на 2-4 тиж (Calderon, 2009). Сублінгвальна імунотерапія передбачає щоденне застосування таблетованих алергенів (у сезон цвітіння рослин при алергіях на пилок або цілорічно при алергіях на кліщів домашнього пилу).

Лікування НАР

Для лікування обструктивних симптомів НАР застосовуються інтраназальні АГП, зокрема азеластин, а також топічні й оральні деконгестанти, хоча останні можуть спричиняти стимуляцію центральної нервової системи, гіпертензію та аритмії. Топічні деконгестанти слід використовувати протягом короткого терміну (Wallace, 2008).

Для лікування хронічної закладеності носа можуть застосовуватися інтраназальні ГК (Daramola, 2016). У разі нежитю доцільним може бути застосування інтраназального іпратропію броміду (Wallace, 2008).

Гострий риносинусит

Гострий риносинусит (ГРС) – запалення приносових пазух і порожнини носа, що триває до 4 тиж (Rosenfeld, 2015). Найчастіше гострий синусит має вірусну природу (Aring, 2016); дані щодо поширеності бактеріального синуситу суперечливі. Найчастішими симптомами ГРС є гнійні виділення з носа, гарячка (зазвичай наявна на початку інфекційного процесу, триває приблизно удвічі довше, ніж при ГРВІ) (Wald, 2013; Chow, 2012), закладеність носа, погіршення нюху, біль / відчуття розпирання в ділянці обличчя, біль у верхніх зубах, відчуття розпирання у вусі, втомлюваність. Ознаками потенційно небезпечних захворювань є набряк/почервоніння обличчя над ураженою приносовою пазухою, помітні зміни ока та орбіти (екзофтальм, набряк, почервоніння періорбітальних тканин); симптоми ускладнень з боку центральної нервової системи (зміни психічного стану, поява змін при неврологічному обстеженні, менінгеальні ознаки).

Золотим стандартом діагностики гострого синуситу є пункція й отримання культури патогена, що, однак, незручно в клінічній практиці (Herr, 1991; Gwaltney, 1981; Hamory, 1979). Таким чином, діагноз гострого бактеріального риносинуситу (ГБРС) встановлюється на основі симптомів, анамнезу та фізикального обстеження.

Імовірність ГБРС висока в разі утримання симптомів ГРС упродовж ≥10 днів без покращення або в разі погіршення стану (поява гарячки, головного болю чи збільшення виділень з носа) пацієнта з ГРВІ через 5-6 днів після початку первинного захворювання (повторне погіршення). Тяжкий перебіг і висока температура тіла не є критеріями бактеріальної етіології.

Візуалізаційні тести, у тому числі рентгенографія приносових пазух, для встановлення діагнозу ГРС не рекомендовані. За наявності ускладнень або підозри на інший діагноз слід проводити комп'ютерну томографію цієї ділянки (Rosenfeld, 2015; Wald, 2013; Chow, 2012).

Лікування

Симптоматичне лікування

Доказів переваг АГП, деконгестантів чи сольових зрошень у дітей із гострим синуситом немає (Shaikh, 2014). Що стосується дорослих, то є певні докази застосування топічних деконгестантів (не довше 72 год) (Aring, 2016). Пероральні деконгестанти не рекомендовані більшістю фахових товариств у зв'язку з недостатньою кількістю доказів ефективності. Можуть призначатися інтраназальні ГК як у вигляді монотерапії, так і разом з АБ. Через високий ризик побічних ефектів системні ГК слід призначати лише в окремих випадках.

АГП не рекомендовані для лікування синуситів за відсутності алергічних хвороб, оскільки вони здатні згущувати слиз, погіршуючи його відходження (Willett, 1994).

Оскільки ГРС є самообмежувальним захворюванням, погляди на застосування АБ суперечливі. За підозри на ГБРС слід розпочинати лікування із симптоматичної терапії. Рішення про призначення АБ необхідно приймати спільно з пацієнтом, оцінюючи тяжкість перебігу та наявність коморбідних станів. Товариство інфекційних хвороб Америки рекомендує призначати АБ одразу при встановленні діагнозу ГБРС, натомість Американська академія отоларингології та Американська академія педіатрії радять застосувати тактику очікування та спостереження. Загалом переваги АБ-терапії є незначними, а переконливі докази стосовно такого лікування в дітей із ГРС відсутні.

РКД за участю 405 дорослих пацієнтів із ГІДШ виявило, що тактика відтермінованого призначення АБ забезпечує менший рівень використання цих препаратів (de la Poza Abad, 2016). Як першу лінію лікування Товариство інфекційних хвороб Америки рекомендує амоксицилін/клавуланат. У разі високого ризику резистентності (вік <2 або >65 років, перебування в закладах догляду, стаціонарне лікування впродовж останніх 5 днів, уживання АБ у межах останнього місяця, порушення імунітету, коморбідні стани, місцевий рівень резистентності до *S. pneumoniae* >10%) Американська академія отоларингології та Американська академія педіатрії також рекомендують амоксицилін із клавулановою кислотою або без неї (Chow, 2012). У разі алергії на пеніцилін альтернативою є доксициклін, який, однак, не може бути застосований у дітей. Фторхінолони слід використовувати лише при тяжких бактеріальних інфекціях у випадку відсутності інших можливостей лікування. Можливим є застосування цефалоспоринів II або III покоління у вигляді монотерапії або в сполученні з іншими АБ. Американське товариство інфекційних хвороб не рекомендує монотерапію цефалоспоринами у зв'язку з відсутністю дії на пеніцилін-резистентний пневмокок; натомість радить застосовувати цефалоспорин III покоління (цефіксим або цефподоксим) у поєднанні з кліндаміцином як другу лінію терапії в дітей з алергією на пеніцилін або в мешканців місцевостей із високим рівнем резистентності пневмокока. У дорослих із гіперчутливістю до пеніциліну в анамнезі Американська академія отоларингології рекомендує застосовувати комбінацію перорального цефалоспорину III покоління (цефіксим або цефподоксим) із кліндаміцином. Триметоприм/сульфаметоксазол і макроліди більше не рекомендуються як альтернатива пеніциліновим АБ у зв'язку зі зростанням резистентності.

Текст настанов друкується в скороченні.
Повна версія англійською доступна в електронному вигляді:

Short S., Bashir H., Marshall P., Miller N., Olmschenk D., Prigge K., Solyntjes L. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. Updated September 2017. DOI: https://www.icsi.org/guideline/respiratory-illness

Переклала з англ. ***Лариса Стрільчук***

АНОНС

ГО «Асоціація пульмонологів України»

VIII науково-практична конференція

«Актуальні проблеми лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень»

16 квітня, м. Київ

Місце проведення: конгрес-хол готелю «Інтерконтиненталь»
(вул. Велика Житомирська, 2а).
Початок роботи о 9:00.

У рамках заходу провідні вітчизняні фахівці представлять доповіді з різних аспектів проблематики ХОЗЛ. До участі в конференції запрошуються пульмонологи, терапевти та алергологи.

Оргкомітет
Адреса: Національний інститут фтизіатрії і пульмонології НАМН України, вул. М. Амосова, 10, м. Київ, 03038.

Член-кореспондент НАМН України, професор Володимир Костянтинович Гаврисюк, тел.: +380 (44) 270-35-59; e-mail: gavrysyuk@ukr.net

Професор Олександр Ярославович Дзюблик, тел.: +380 (44) 270-35-61; e-mail: oleksandrd@pulmon.kiev.ua

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Асоціація з вивчення захворювань дитини «Здоров'я дитини – здоров'я нації»

Науково-практична конференція з міжнародною участю

«Складний пацієнт у практиці педіатра»

17-18 березня, м. Київ

Місце проведення: актовий зал НМАПО ім. П.Л. Шупика
(вул. Дорогожицька, 9).

У програмі – доповіді провідних вітчизняних фахівців у галузі педіатрії щодо особливостей використання принципів доказової медицини в цій спеціальності. Запрошені іноземні спікери поділяться досвідом упровадження доказових аспектів у діагностику та лікування дитячих хвороб.

У рамках конференції паралельно з основними доповідями 18 березня будуть проведені майстер-класи, секція молодих учених і молодих спеціалістів.

Учасникам конференції буде надано Сертифікат для отримання відповідної кількості балів для врахування їх при атестації на присвоєння (підтвердження) лікарської категорії, відповідно до наказу МОЗ України № 446 (Додаток 5).

До участі в конференції запрошуються педіатри, сімейні лікарі, лікарі-спеціалісти, наукові співробітники, молоді вчені, молоді спеціалісти.

Оргкомітет
Марушко Тетяна Вікторівна, тел.: +380 (50) 448-15-01
Куріліна Тетяна Валеріївна, тел.: +380 (67) 500-09-64
Глядєлова Наталя Павлівна, тел.: +380 (50) 199-33-71

Ю.В. Гавриленко, д.м.н., кафедра дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Клінічний досвід застосування спрея Спарклін у дітей із гострим післявірусним риносинуситом

Ю.В. Гавриленко

Підтримка оптимального фізіологічного рівня процесів імунологічного захисту й очищення слизових оболонок носа, які потребують елімінаційної терапії від патологічного вмісту, є одним з основних аспектів лікування запальних захворювань порожнини носа в дітей і дорослих. З цією метою використовують щоденний туалет носа, який у дітей рекомендовано проводити як у нормі, так і при різних хворобах носа та приносових пазух [1, 7].

Застосування топічних деконгестантів у дитячому віці при хворобах верхніх дихальних шляхів (ВДШ) обмежене суворими показаннями і пов'язане з виникненням небажаних побічних реакцій (негативним впливом на роботу миготливого епітелію, блокуванням мукоциліарного транспорту та ін.) [2, 3].

Згідно з міжнародними і національними рекомендаціями з лікування гострого та хронічного риносинуситу, промивання носа ізотонічними й гіпертонічними розчинами є важливою лікувальною процедурою [4, 6]. Вона сприяє швидкому очищенню порожнини носа від густого слизового, гнійного або слизово-гнійного вмісту, перешкоджає колонізації мікробних патогенів у ВДШ, а також сприяє зволоженню слизової оболонки носа, покращує роботу мукоциліарного апарату [5]. Виконання цих простих гігієнічних заходів здатне запобігати інфікуванню слизових ВДШ респіраторними вірусами.

Важливим аспектом ефективності зазначеного лікувально-профілактичного заходу є правильність його проведення. Останнє асоціюється з певними складнощами, особливо в дітей. У педіатричній практиці найзручнішою формою використання сольових розчинів для назального зрошування є спрей.

На сьогодні в Україні для лікування запальних захворювань порожнини носа в дітей і дорослих доступний препарат Спарклін виробництва вітчизняної компанії «Фармак». При місцевому застосуванні препарату в дітей важливим є визначення його протизапальної дії на слизову оболонку носа і приносових пазух, а також функціональне очищення, яке забезпечується за рахунок додавання CO_2 до складу засобу.

Знання цих характеристик назального спрея Спарклін поряд із його інноваційними перевагами дозволить розширити показання і модифікувати режим використання препарату з найменшим ризиком для пацієнта. Це послужить підставою для оптимізації програми комплексної терапії та профілактики захворювань респіраторного тракту в дітей і дорослих, а також для їх реабілітації після проведення оперативних втручань при ендоназальній функціональній ринохірургії.

Метою цього клінічного дослідження було оцінити ефективність терапії, загальну та локальну переносимість спрея Спарклін при лікуванні гострого поствірусного риносинуситу (ГПРС) у дітей.

Матеріали та методи

Було проведено порівняльне, в паралельних групах, дослідження клініко-лабораторної ефективності з оцінкою терапевтичного ефекту, загальної та локальної переносимості спрея Спарклін при лікуванні ГПРС у дітей.

Під клінічним спостереженням перебували 30 дітей, які отримували амбулаторне лікування в ЛОР-відділенні дитячої клінічної лікарні № 1 м. Києва, що є базою кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Хлопчиків було 16, дівчаток – 14, віковий діапазон учасників варіював від 8 до 14 років, середній вік дорівнював 11,5±0,7 року. Усі пацієнти були випадковим чином розподілені на 2 групи: 1-ша (основна група; n=18) застосовувала стандартну терапію і препарат Спарклін; 2-га (контрольна група; n=12) – стандартну терапію і назальний деконгестант (ксилометазолін). Режим застосування препарату Спарклін – по 2-3 впорскування в кожну ніздрю 3-4 р/добу протягом 7 днів.

Первинними завданнями дослідження були такі: встановити клініко-лабораторну ефективність назального спрея Спарклін у дітей із ГПРС, оцінити здатність місцевої дії спрея щодо відновлення захисних властивостей слизової оболонки носа і приносових пазух.

Первинною змінною ефективності слугувало процентне співвідношення зміни вихідних (початок дослідження) і кінцевих (7-й день) показників назоцитограми (цитоморфологічного дослідження зі слизової носа) і складу мікрофлори порожнини носа; вторинною – вираженість і тривалість клінічних ознак ГПРС і загальних симптомів захворювання. Перемінна безпеки – небажані явища та побічні реакції на використовувані препарати.

Клінічний метод проведеного дослідження складався з оцінки даних анамнезу, клінічної картини захворювання, загальноклінічних методів дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі). Мікробіологічне дослідження проводилося шляхом взяття стерильним ватним тампоном матеріалу із середнього носового ходу, його посіву на кров'яний агар із подальшою оцінкою отриманих ізольованих колоній.

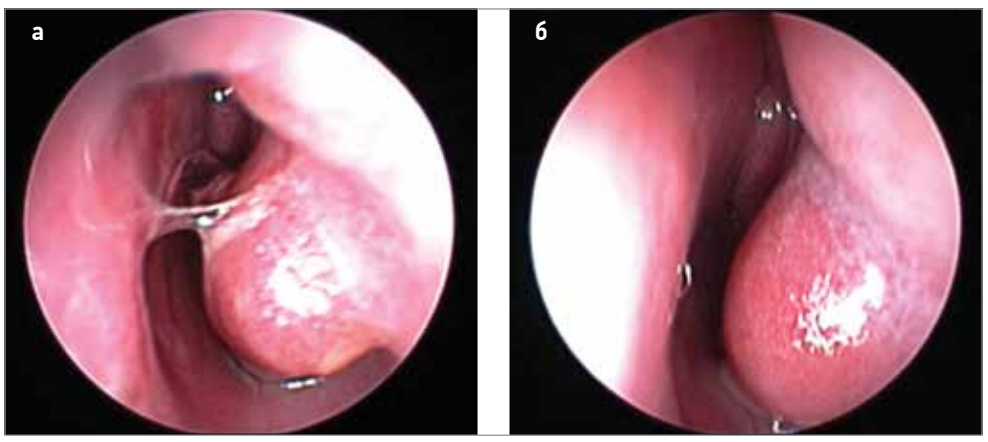


Рис. 1. Риноскопічна картина ГПРС (ліва половина носа) в дитини 7 років за даними відеоендоскопії до початку терапії (а) та на 3-й день лікування спреєм Спарклін (б)

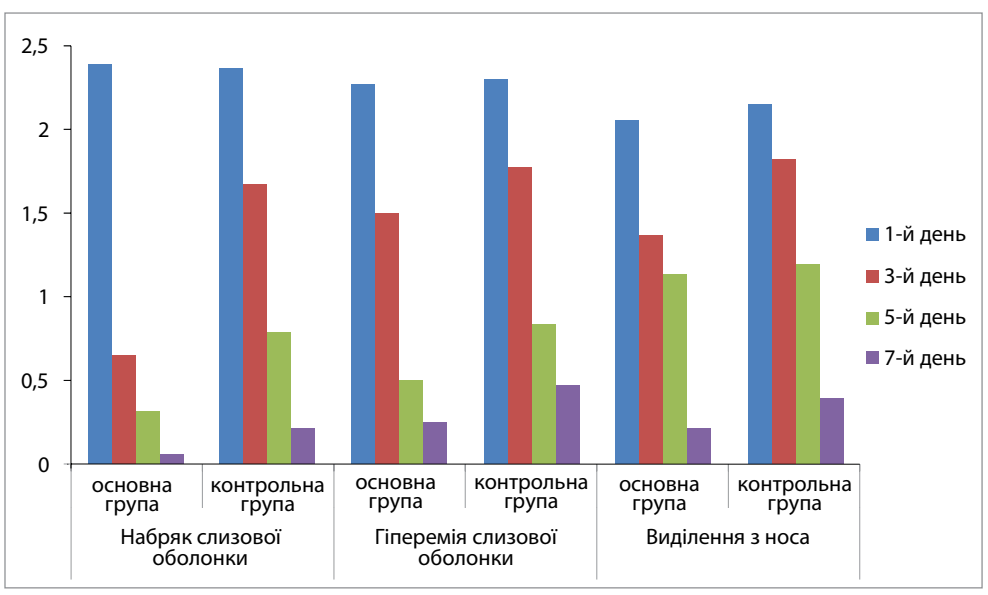


Рис. 2. Риноскопічна картина ГПРС у дітей основної та контрольної груп

Забір матеріалу для цитоморфологічного аналізу зі слизової оболонки носа проводився шляхом взяття мазків ватним тампоном-зондиком і нанесення на предметне скло та, після висушування на повітрі, доставкою в клінічну лабораторію лікарні. Цитологічний висновок надавався на основі оцінки співвідношення клітинних елементів крові, епітелію та мікрофлори в мазку. Отримані результати оброблялися методом варіаційної статистики за допомогою непараметричного критерію U Вілкоксона. У процесі обробки отриманих результатів використовувався персональний комп'ютер із залученням програми Microsoft Excel.

Дослідження було проведено відповідно до етичних принципів медичного дослідження, закріплених Гельсінкською декларацією, і Належної клінічної практики (GCP).

Результати й обговорення

На момент початку клінічного дослідження в пацієнтів обох груп спостереження відмічалися утруднення носового дихання, періодичний кашель, нерідко нічний, похропування під час сну, слизові або слизово-гнійні виділення з носових ходів; періодично непокоїв головний біль при вираженому набряку слизової носа. Підвищена стомлюваність й ослаблення нормальної життєдіяльності були відзначені у 28 пацієнтів, порушення сну – у третини хворих. Перед початком лікування при риноскопічному обстеженні пацієнтів було виявлено виражену гіперемію і набряк слизових оболонок носових раковин, характерні виділення з носа (рис. 1). Статистично значимих відмінностей між середніми значеннями всіх облікових ознак у порівнюваних групах не зафіксовано.

Під час проведеного комплексного лікування порівняльний аналіз динаміки вираженості клінічних симптомів показав їх істотне ослаблення в обох групах. Однак в основній групі, учасники якої використовували препарат Спарклін, раніше відновлювалося носове дихання й усувалися інші прояви ГПРС. Дані клінічного аналізу стану слизової носа при передній риноскопії в динаміці лікування в дітей обох груп спостереження представлені на рисунку 2.

На тлі проведеної терапії в дітей основної групи відзначалося швидше відновлення носового дихання, в учасників контрольної групи цей ефект був досягнутий меншою мірою. У дітей 1-ї групи спостереження мало місце значне поліпшення прохідності носових ходів, що пов'язано

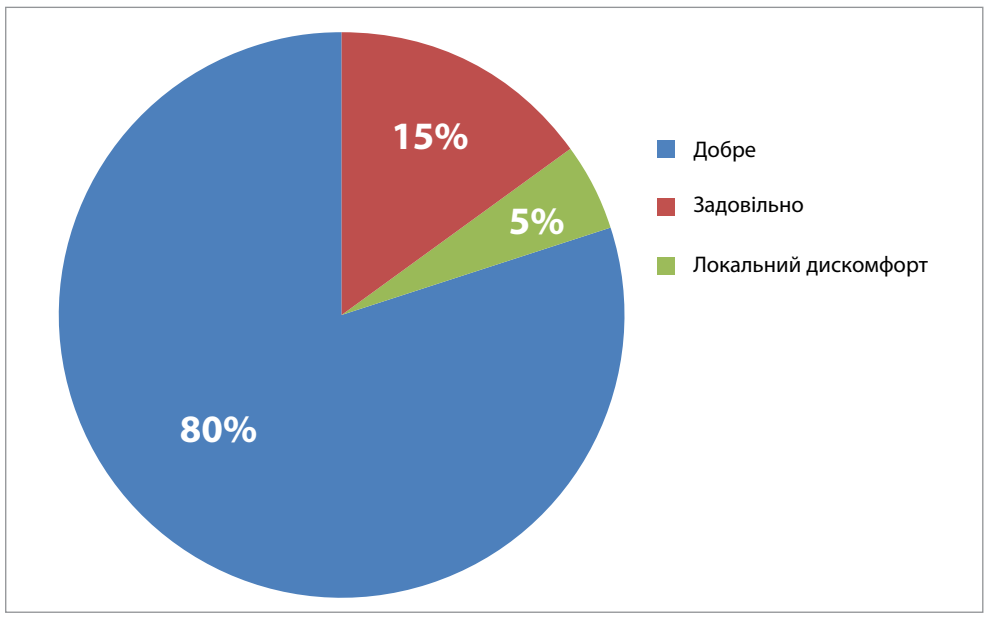


Рис. 3. Локальна переносимість назального спрея Спарклін у дітей із ГПРС

з ефективнішим механічним видаленням серозно-слизового вмісту з порожнини носа за допомогою препарату Спарклін. У результаті досягалася можливість більш повного видалення патологічного вмісту з носових ходів і приносових пазух, що істотно підвищувало ефективність проведеної терапії. Під час лікування хворих основної групи майже не турбувало відчуття сухості й печіння в порожнині носа. Крім того, за рахунок рефлекторної протинабрякової дії позитивні результати при використанні препарату Спарклін досягалися в пацієнтів із відчуттям закладеності носа, пов'язаної тільки з набряком, без обструкції носових ходів патологічним умістом.

Лікування ГПРС із використанням назальних деконгестантів не мало таких властивостей, тому ефект проявлявся тільки в дітей із механічною перешкодою повітряному потоку у вигляді слизових виділень і прямо залежав від ступеня видалення останніх.

Дані цитоморфологічного дослідження слизової оболонки носа (назоцитограми) наведені в таблиці 1.

Як видно з даних, представлених у таблиці 1, застосування препарату Спарклін в основній групі спостереження забезпечувало достовірне зменшення кількості запальних клітин (еозинофілів, нейтрофілів, лімфоцитів) на мукозальній поверхні слизової носа в дітей із ГПРС у порівнянні з учасниками контрольної групи. Крім того, в порівнянні з місцевим використанням назальних деконгестантів регулярне зрошення порожнини носа Спаркліном значною мірою сприяло нормалізації процесів імунного очищення слизової, що проявлялося у вигляді зменшення кількості мікрофлори.

При цьому зниження числа випадків реєстрації дистрофічно зміненого епітелію при використанні препарату Спарклін свідчить про відновлення нормальної цитоархітектоніки мукозального шару слизової носа, чого не відбувалося в контрольній групі при застосуванні деконгестанту.

Посилення процесів імунного кліренсу підтверджується також отриманими результатами мікробіологічного дослідження слизової носа до і після лікування (враховувалися тільки пацієнти з титрами мікрофлори >10×3; табл. 2).

Отже, отримані дані бактеріологічного дослідження свідчать про виражену опосередковану протимікробну дію препарату Спарклін, про що повідомлялося в публікаціях колег зі Швеції, які вивчали вплив цього назального спрея на біоплівки.

Таким чином, ерадикація *Streptococcus pyogenes* і *Staphylococcus aureus*, досягнута у хворих на ГПРС дітей основної групи, дозволяє рекомендувати назальний спрей Спарклін як засіб для ефективної санації порожнини носа і носової частини глотки з метою елімінації бактеріальних збудників.

Отримані дані вказують також на наявність у назального спрея Спарклін позитивного неспецифічного ефекту щодо стимулювання факторів локальної резистентності як клітинних, так і гуморальних. При цьому зазначені ефекти назального спрея збігаються з результатами, отриманими при цитоморфологічному дослідженні зі слизової оболонки носа, тобто зниження числа дистрофічно зміненого епітелію в мукозальному шарі слизової оболонки носа свідчить про виражену протизапальну і регенераторну дію назального спрея Спарклін. Зменшення кількості мікробних клітин при бактеріоскопії й ізольованих колоній при мікробіологічному дослідженні демонструє достовірно виражену антимікробну дію цього назального спрея.

Слід зауважити, що лікування ГПРС із додаванням назального спрея Спарклін в основній групі спостереження всіма пацієнтами переносилося добре, про що свідчать дані локальної переносимості (рис. 3). Вищі ефективність і безпека назального спрея Спарклін у порівнянні з відповідними показниками деконгестантів пояснюються особливостями його складу, що містить 0,04% CO_2.

Що стосується виникнення алергічних реакцій, то випадків небажаних явищ і проявів побічних дій назального спрея Спарклін при проведенні цього клінічного спостереження не відзначалося. При цьому динамічне спостереження за хворими показало швидше та триваліше поліпшення якості життя в пацієнтів основної групи в порівнянні з контрольною, що в сукупності з отриманими даними дозволяє рекомендувати назальний спрей Спарклін для широкого використання в терапії ГПРС й інших запальних захворювань порожнини носа в дітей і дорослих.

Висновки

1. Назальний спрей Спарклін є ефективним і безпечним засобом комплексної терапії для лікування інфекцій ВДШ, у тому числі ГПРС у дітей.

2. На підставі отриманих даних цитоморфологічного та мікробіологічного досліджень слизової носа в пацієнтів із ГПРС вважаємо, що місцеве застосування назального спрея Спарклін продемонструвало хороший протизапальний, опосередкований антимікробний і регенераторний ефекти.

3. Лікування ГПРС у дітей із використанням назального спрея Спарклін сприяє швидшому відновленню носового дихання, зменшенню закладеності, набряку слизової оболонки носа за рахунок ефективного механічного видалення патологічного вмісту з порожнини носа; імунного очищення назальної частини слизової оболонки; рефлекторного, тонізуючого, протизапального та протинабрякового впливу на слизову.

4. Встановлений високий профіль безпеки і переносимості назального спрея Спарклін дозволяє широко рекомендувати його для терапії ГПРС та інших запальних захворювань порожнини носа як у дітей старшого віку, так і в дорослих.

Список літератури знаходиться в редакції.

Таблиця 1. **Результати цитоморфологічного дослідження слизової оболонки носа в учасників дослідження**

Показник	Група спостереження			
	Основна (n=18)		Контрольна (n=12)	
	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)
Епітеліальні клітини	13 (71,5%)	2 (11%)*	11 (91,3%)	7 (58,1%)
Еозинофіли	5 (27,5%)	1 (5,5%)	4 (33,2%)	2 (16,6%)
Нейтрофільні гранулоцити	18 (100%)	3 (16,5)*	12 (100%)	8 (66,4%)
Асоціація еозинофіли/нейтрофіли	5 (27,5%)	1 (5,5%)	4 (33,2%)	1 (8,3%)
Лімфоцити	7 (38,5%)	1 (5,5%)*	6 (49,8%)	4 (33,2%)
Мікрофлора (коки)	15 (82,5%)	4 (22%)*	11 (91,3%)	9 (74,7%)

*Примітка: * p<0,05 у порівнянні з контрольною групою.*

Таблиця 2. **Дані мікробіологічного обстеження слизової носа пацієнтів із ГПРС у динаміці спостереження**

Показник	Групи спостереження			
	Основна (n=18)		Контрольна (n=12)	
	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)
Streptococcus pneumoniae	4 (22%)	2 (11%)	3 (24,9%)	2 (16,6%)
Streptococcus pyogenes	5 (27,5%)	1 (5,5%)*	4 (33,2%)	2 (16,6%)
Staphylococcus aureus	6 (33%)	1 (5,5%)*	3 (24,9%)	1 (8,3%)
Staphylococcus epidermidis	3 (16,5%)	1 (5,5%)	2 (16,6%)	1 (8,3%)

*Примітка: * p<0,05 у порівнянні з контрольною групою.*

Т.П. Борисова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии № 2 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», член Европейского общества педиатров-нефрологов (ESPN), Международного общества педиатров-нефрологов (ISPN)

Гематурия у детей: что нужно знать педиатру и семейному врачу?

Т.П. Борисова

Гематурия является одним из проявлений мочевого синдрома. По данным различных популяционных скринингов, частота гематурии у детей колеблется от 1-4 до 12-18% случаев [2, 11, 19]. Уровень распространенности среди детей школьного возраста составляет 4,1-5,13% на основании только одного анализа мочи [19, 26] и 0,5-2% при исследовании двух и более анализов мочи [11, 19, 26]. Связь гематурии с расой, социально-экономическим статусом, полом и возрастом пациента не установлена [11, 19].

Врачи первого контакта, столкнувшись с пациентом с гематурией, преимущественно делятся на две группы. Одна группа врачей сразу же после обнаружения гематурии без дальнейшего рассмотрения причины направляет ребенка к детскому нефрологу или детскому урологу, другая – применяет ко всем пациентам одинаковый набор лабораторных и инструментальных методов обследования без обращения особого внимания на имеющиеся клинические признаки. Кроме этого, часть врачей необоснованно считают, что наличие гематурии у ребенка предполагает такие диагнозы, как гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, опухоль почек и является угрожающим состоянием для развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Семейный врач и педиатр должны уметь распознать и подтвердить наличие гематурии, установить ее причины, выбрать тех пациентов, которые потенциально могут иметь тяжелое заболевание мочевой системы. Кроме этого, врачу первого контакта важно разграничить нефрологические и урологические причины гематурии, чтобы как можно раньше направить пациента к необходимому специалисту. Одновременно необходимо минимизировать количество диагностических манипуляций у пациентов с доброкачественными заболеваниями, а также исключить необоснованное использование дополнительных исследований относительно каждого ребенка с гематурией.

Современный подход к оценке гематурии

До настоящего времени существуют значительные расхождения и противоречия в отношении диагностики гематурии. Обследование 12 тыс. школьников показало, что патологическим является наличие пяти или более эритроцитов в трех последовательных анализах мочи, полученных с интервалом в 1 нед [11]. Что касается количественной характеристики гематурии в пробе по Нечипоренко, то это более 2×10^3/мл эритроцитов, в пробе Аддиса-Каковского – более 2×10^6/сут.

Гематурию можно разделить на две категории: макрогематурия (видимая невооруженным глазом – ярко-красная, бурая, ржавая окраска и др.) и микрогематурия (выявляемая только при микроскопии мочи). По длительности гематурия может быть транзиторной, интермиттирующей и персистирующей [8].

Роль врача первого контакта в наблюдении ребенка с гематурией заключается в определении и подтверждении наличия гематурии, уточнении этиологии гематурии, отборе пациентов, которые имеют тяжелую болезнь мочевой системы и требуют дальнейшей диагностики, а также направлении к узкому специалисту.

Общеизвестно, что с целью применения стандартизированного подхода к каждому пациенту, алгоритма диагностики необходимо иметь критерии для классификации пациентов по симптомам, которые несложно установить во время первичного обращения за медицинской помощью [10]. Предлагается классификация гематурии по четырем отдельным и легко идентифицируемым клиническим категориям: макрогематурия; микрогематурия с клиническими симптомами (симптоматическая); асимптомная микрогематурия с протеинурией; асимптомная изолированная микрогематурия. Использование такого разделения пациентов позволит определить наиболее частые причины гематурии, представить рекомендации для тактики ведения пациентов, упростить потенциально сложный дифференциально-диагностический процесс.

Макрогематурия

Макрогематурия является нечастым симптомом в педиатрии. Значительное кровотечение из мочевых путей у детей встречается исключительно редко – достаточно 1 мл крови на 1 л мочи, чтобы вызвать изменение цвета мочи [6, 20].

Истинную макрогематурию или гемположительную мочу следует отличать от ложной или гемнегативной, при которой окрашивание мочи связано с употреблением определенных продуктов (свекла, ежевика, красная смородина, ревень, паприка), приемом медикаментов (ибупрофен, нитрофурантоин, сульфаниламиды, препараты железа, рифампицин, делагил), а также появлением в моче метаболитов (желчные кислоты, ураты, меланин, метгемоглобин, порфирин, тирозин, гомогентизиновая кислота при алкаптонурии). Поэтому для пациентов с красной или темной мочой первым шагом в обследовании является подтверждение наличия истинной макрогематурии путем проведения экспресс-диагностики мочи с помощью тест-полосок. Положительный результат данного исследования (изменение цвета индикаторной полоски) соответствует наличию 2-5 эритроцитов в поле зрения [9]. Положительный результат необходимо подтверждать микроскопическим исследованием осадка мочи.

Частота причин макрогематурии у детей, представленная в литературе, варьирует в зависимости от профиля лечебного учреждения, где проводилось обследование пациента. Это иллюстрируют публикации, посвященные макрогематурии у детей в различных клинических ситуациях – отделение неотложной помощи [16], детской урологии [15], детской нефрологии [28].

У детей, обследованных в отделении неотложной помощи, распространенность макрогематурии составила 0,13% [16]. В данном исследовании J.R. Ingelfinger и соавт. установили, что у большинства детей (56%) имела место легко диагностируемая причина макрогематурии, а именно: инфекция мочевых путей (26%), раздражение промежности (11%), травма (7%), стеноз меатуса с эрозией (7%), нарушение коагуляции (3%), уролитиаз (2%).

Таблица. **Взаимосвязь между клиническими симптомами у детей с гематурией и предполагаемым заболеванием**

Клинические симптомы	Заболевания
Отягощенный семейный анамнез (гематурия, уремия, тугоухость, нефролитиаз)	Наследственный нефрит (синдром Альпорта), мочекаменная болезнь
Рецидивы макрогематурии на фоне ОРВИ	IgA-нефропатия
Тонзиллофарингит, стрептодермия (накануне – за 2-3 нед), отеки, артериальная гипертензия	Острый (постстрептококковый) гломерулонефрит
Дизурия, лейкоцитурия, лихорадка	Инфекция мочевой системы
Геморрагическая сыпь, абдоминальный синдром, суставной синдром	Геморрагический васкулит, системная красная волчанка, тромбоцитопатия, коагулопатия
Боль в животе, пояснице	Травма почек, инфекция мочевой системы, мочекаменная болезнь, опухоль почки
Прием нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, цитостатиков	Интерстициальный нефрит

В отделении детской урологии 10-летнее наблюдение за 342 детьми с макрогематурией [15] показало, что она чаще наблюдалась у мальчиков (n=272), из них у 19% диагностирована доброкачественная уретроррагия, у 14% – травма органов таза и почек, еще у 14% – инфекция мочевых путей. В данном исследовании у всех 342 обследованных детей причинами макрогематурии были: у 13% – врожденные урологические аномалии, у 5% – уролитиаз, у 1,2% – опухоль Вильмса и рак мочевого пузыря [15]. Цистоскопия проведена 136 из 342 пациентов, при этом патология выявлена у 55% из них, чаще – уретрит и цистит, иногда – трабекулярный мочевой пузырь, стриктура уретры. Следует указать, что у 34% детей этиологию макрогематурии установить не удалось.

В исследовании, проведенном в детском нефрологическом отделении [28], из 82 детей у 24 (29%) больных обнаружена гломерулярная причина макрогематурии. Два наиболее частых диагноза – IgA-нефропатия (n=13) и синдром Альпорта (n=6). Негломерулярные причины встречались более чем в два раза чаще (56 пациентов – 68%). Наиболее распространенной этиологией в этой группе были гиперкальциурия (n=9), доброкачественная уретроррагия и травма промежности (n=8), геморрагический цистит (n=7). Этиология макрогематурии не была установлена у 28 пациентов, которые в последующем наблюдались на протяжении 4,0±3,2 года. Долгосрочный прогноз практически у всех этих пациентов оказался хорошим. Лишь у трех больных из них были рецидивы макрогематурии.

Таким образом, можно ожидать, что врач первого контакта установит предполагаемый диагноз более чем у половины детей с макрогематурией. Для этого необходимо иметь детальный анамнез, физикальное обследование по органам и системам. При сборе жалоб следует уточнить, в какой из периодов макрогематурия наблюдается у пациента: в течение всего процесса мочеиспускания, в начале или в конце мочеиспускания. В зависимости от окрашивания порций мочи клинически макрогематурию разделяют на инициальную (появление крови в первой порции мочи в начале мочеиспускания свидетельствует о поражении уретры), терминальную (окрашенной является последняя порция мочи, при изгнании которой травмируется измененная слизистая оболочка за счет сокращения мускулатуры мочевого пузыря и вызывается кровотечение), тотальную (равномерное распределение эритроцитов во время всего акта мочеиспускания).

Пациенту с макрогематурией показано простое лабораторное обследование: общий анализ мочи, анализ на соотношение кальция и креатинина в разовой моче, общий анализ крови, креатинин сыворотки, УЗИ почек и мочевого пузыря. Если в результате уточнения жалоб, анамнеза, объективного и дополнительного обследований причина макрогематурии не совсем очевидна, ребенок должен быть направлен к детскому нефрологу.

Симптоматическая микрогематурия

Клинические симптомы у детей с гематурией могут быть общими (лихорадка, недомогание, боль в животе, артериальная гипертензия, отеки и др.), неспецифическими (сыпь, артрит, желтуха, респираторные, желудочно-кишечные симптомы и др.) или специфическими для мочевой системы (дизурия, странгурия, поллакиурия, энурез) [9]. Вероятность постановки диагноза для этой категории пациентов зависит от того, как врач первичного контакта распознает взаимосвязь между жалобами и гематурией [9]. Перечень клинических симптомов и их взаимосвязь с заболеваниями представлены в таблице.

Оценка должна быть направлена на клинические проявления заболевания, при котором гематурия является лишь одним из них. Если врачу первого контакта не удалось идентифицировать причину гематурии, показано проведение ранней консультации детского нефролога.

Асимптомная микрогематурия с протеинурией

Для выделения данной группы пациентов необходимо оценить показатель белка в моче. Асимптомная гематурия с протеинурией редко встречается у детей. Следует отметить, что наличие такого сочетания в мочевом синдроме имеет более высокий риск серьезного заболевания почек [23]. Так, Y.M. Lee и соавт. (2006), проведя морфологическое исследование при участии

163 детей с персистирующей микрогематурией и протеинурией, установили наличие гломерулярных заболеваний у 75% пациентов. Наиболее частыми вариантами были IgA-нефропатия (46%), болезнь тонких базальных мембран (18%). При этом в 25% случаев отклонений в морфологической картине почек не обнаружено.

Несмотря на очевидную обеспокоенность, связанную с сочетанием гематурии и протеинурии, почти 50% таких детей имеют спонтанное разрешение мочевого синдрома в течение 5-летнего наблюдения [11]. У некоторых пациентов с тубулоинтерстициальным заболеванием также наблюдается как гематурия, так и протеинурия.

Алгоритм ведения детей с асимптомной микрогематурией и протеинурией на уровне первичной медико-санитарной помощи заключается в следующем:

1. Оцените уровень креатинина в сыворотке крови.

2. Изучите суточную протеинурию (или белок/креатинин в разовой моче): белок 1 г/сут и более – показана консультация детского нефролога; менее 1 г/сут – показан мониторинг анализов мочи в течение 2-3 нед. Если гематурия и протеинурия ликвидировались, то нет необходимости в нефрологическом обследовании. Если протеинурия сохраняется, то показана консультация детского нефролога.

Асимптомная изолированная микрогематурия

Асимптомная микрогематурия – вариант гематурии, который чаще всего встречается в детском возрасте с распространенностью от 0,4 до 4,1% [6].

Этиология асимптомной микрогематурии у детей разнообразна и зависит от ее длительности (транзиторная или постоянная). Чаще всего причинами транзиторной микрогематурии являются инфекция мочевой системы, травма почек, вирусные инфекции, чрезмерная физическая нагрузка, лихорадка ≥38°С [21, 24].

Y.M. Lee и соавт. (2006), проведя морфологическое исследование почек при участии 289 детей с персистирующей более 6 мес изолированной микрогематурией, установили, что болезнь тонких базальных мембран наблюдалась у 34% пациентов, IgA-нефропатия – у 16%. При этом у 47% пациентов не выявлено морфологических изменений почечной ткани.

Асимптомная микрогематурия у ребенка обычно является доброкачественным процессом. Нарушения функции почек у этих пациентов в долгосрочной перспективе отсутствуют. Несколько популяционных исследований показали преходящий характер гематурии, которая ликвидировалась в течение одного года более чем у 60% больных [11, 26].

Используя эти данные, становится очевидным, что обнаружение микрогематурии у бессимптомного ребенка является лишь указанием на повторное исследование анализов мочи (1 р/нед). Дальнейшее обследование следует проводить только после того, как гематурия сохраняется в течение 2-3 нед.

Если микрогематурия стабильна, назначается несколько дополнительных исследований. Одной из возможных причин может быть идиопатическая гиперкальциурия [4]. Подтверждает данный диагноз увеличение экскреции кальция с мочой в одной из двух методик: кальций/креатинин в разовой моче – более 0,20 у детей школьного возраста, кальций в суточной моче – более 4 мг/кг/сут [14].

Семейная доброкачественная гематурия (болезнь тонких базальных мембран) или наследственный нефрит (синдром Альпорта) может быть причиной асимптомной гематурии у детей. Поэтому обычно рекомендуется исследование анализа мочи членов семьи. Диагностика наследственного нефрита предполагает наличие трех из пяти нижеуказанных признаков:

1. Гематурия или смерть от хронической почечной недостаточности в семейном анамнезе.

2. Гематурия или нефротический синдром.

3. Изменения гломерулярной базальной мембраны по данным электронной микроскопии биоптата почки.

4. Снижение слуха по данным аудиограммы.

5. Патология глаз.

Ребенку, у которого не уточнена причина микрогематурии, может быть установлен предварительный диагноз N02.9 – гематурия неуточненного генеза. В процессе диспансерного наблюдения следует оценивать общий анализ мочи 1 р/мес и на фоне интеркуррентных заболеваний, ежегодно – функциональное состояние почек (креатинин сыворотки, расчетная скорость клубочковой фильтрации), артериальное давление, чтобы убедиться в отсутствии признаков прогрессирующего заболевания почек (появление протеинурии, артериальной гипертензии). При микрогематурии, сохраняющейся более 6 мес, появлении протеинурии, артериальной гипертензии, нарушении функций почек показана консультация детского нефролога.

Детям с асимптомной изолированной микрогематурией не следует ограничивать физическую активность, однако стоит проинформировать ребенка и его родителей о том, что чрезмерные физические упражнения могут увеличить гематурию.

На этапе дообследования и дальнейшего наблюдения ребенка с изолированной микрогематурией оптимальным лекарственным средством является фитонипринговый препарат Канефрон® Н (Bionorica SE, Германия), который оказывает комплексное влияние на мочевую систему, а именно: противовоспалительное, антибактериальное, спазмолитическое, диуретическое, литолитическое, антиоксидантное.

Препарат Канефрон® Н стандартизован по содержанию биологически активных веществ лекарственных растений: травы золототысячника (Herba Centaurii), корня любистока (Radicis Levistici), листьев розмарина (Folia Rosmarini). Выпускается в двух формах: таблетки, покрытые оболочкой (драже), и раствор для приема внутрь. В соответствии с инструкцией по использованию препарата Канефрон® Н (приказ МЗ Украины от 22.12.2016, № 1389, регистрационное свидетельство № UA/4708/02/01) рекомендованная доза для детей старше 12 лет составляет 50 капель или 2 таблетки 3 р/день. Одновременно с назначением препарата необходимо употреблять достаточное количество жидкости. Длительность терапии – 2-4 нед.

Эффективность и безопасность препарата Канефрон® Н доказаны многочисленными научными исследованиями. Следует отметить, что на протяжении многих лет в большинстве стран препарат используется также детьми дошкольного возраста (старше 1 года) в дозе 15 капель 3 р/день, школьного возраста – по 1 таблетке или 25 капель 3 р/день. Подтверждением данного факта являются результаты неинтервенционного проспективного многоцентрового исследования лекарственного средства Канефрон® Н, которое проведено в амбулаторной педиатрической практике [10]. В исследование были включены 636 амбулаторных пациентов с подтвержденным диагнозом различной патологии мочевыделительной системы. Возраст детей составлял от 1 года до 17 лет: 61 пациент – от 12 до 23 мес, 227 – от 2 до 5 лет, 234 – от 6 до 11 лет и 112 – от 12 до 17 лет.

Канефрон® Н был назначен 48% пациентов для лечения острых или хронических заболеваний, 25% детей получали препарат с профилактической целью и 27% – для лечения и профилактики. Монотерапия препаратом проведена более чем у половины пациентов (53%). 66,4% детей использовали раствор для приема внутрь, 33,6% пациентов – таблетки. Фактическая длительность приема препарата Канефрон® Н составила 30,6 дня у пациентов, получавших монотерапию, и 32,5 дня у пациентов, получавших комбинированную терапию с другим лекарственным средством.

Период наблюдения за больными в рамках исследования длился не более 6 нед. По окончании периода наблюдения у 20% пациентов было зафиксировано полное выздоровление, у 65% – улучшение состояния, у 13% изменений не отмечалось, а у 1% наблюдалось ухудшение или рецидив. Наибольшая доля выздоровевших пациентов была отмечена у детей с инфекцией мочевой системы (37,4%).

Исследователи оценили эффективность препарата как высокую или очень высокую у 91% пациентов, получавших монотерапию препаратом Канефрон® Н. Хорошая или очень хорошая переносимость отмечена практически всеми пациентами (99%). Нежелательные лекарственные реакции были зарегистрированы только у 5 пациентов: 3 случая аллергического дерматита, 1 – расстройство пищеварения, 1 – почечная колика.

Таким образом, терапия растительным препаратом Канефрон® Н детей с патологией мочевой системы в возрасте от 1 года до 17 лет является эффективной, безопасной и хорошо переносимой.

Выводы

Гематурия – это наличие пяти или более эритроцитов в трех последовательных анализах мочи, полученных с интервалом в 1 нед.

Алгоритм оказания медицинской помощи при гематурии у детей зависит от легко идентифицируемых клинических вариантов.

Пациенту с макрогематурией показано лабораторное обследование. Если в результате уточнения жалоб, анамнеза, объективного и дополнительного обследований причина не установлена, ребенок должен быть направлен к детскому нефрологу.

Диагностика пациентов с симптоматической микрогематурией направлена на выявление взаимосвязи между жалобами и гематурией.

Наличие гематурии в сочетании с протеинурией чаще всего предполагает гломерулярное происхождение гематурии. Бессимптомные пациенты, у которых обнаружены гематурия и протеинурия в нескольких анализах мочи в течение 2-3 нед, должны быть направлены к детскому нефрологу для дальнейшего обследования.

Наиболее распространенными причинами стойкой асимптомной микрогематурии с длительностью более 6 мес являются IgA-нефропатия, болезнь тонких базальных мембран, менее частыми – наследственный нефрит, гиперкальциурия, инфекции мочевых путей.

Бессимптомная изолированная микрогематурия является наиболее распространенным вариантом гематурии (обычно кратковременным) и, как правило, не связанным с тяжелым почечным заболеванием. Ведение таких пациентов предполагает мониторинг анализов мочи, функционального состояния почек, уровня артериального давления.

На этапе дообследования и дальнейшего наблюдения ребенка с асимптомной изолированной микрогематурией оптимальным лекарственным средством является фитонипринговый препарат Канефрон® Н.

Список литературы находится в редакции.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. **Показання.** Для комплексного лікування запальних захворювань сечовивідних шляхів. Профілактика утворення сечових каменів, у тому числі і після їх видалення. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

*Wagenlehner et al: Неантибактеріальна рослинна терапія (BNO 1045) в порівнянні з антибактеріальною терапією (фосфоміцину трометамол) при лікуванні гострих неускладнених інфекцій нижніх сечовивідних шляхів у жінок: подвійне сліпе, в паралельних групах, рандомізоване багатоцентрове дослідження неменшої ефективності фази III Urol Int. 2018; 101 (3): 327-336. doi: 10.1159 / 00049368. Epub 2018 вер.

Канефрон® Н таблетки, вкриті оболонкою: Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016; **Канефрон® Н краплі оральні:** Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

Виробник: Бионорика СЕ (Німеччина).

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9. тел.: (044) 521-86-00, факс (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Роль статинів у профілактиці та лікуванні серцево-судинних захворювань: у фокусі розувастатин

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються основною причиною захворюваності та смертності у більшості країн світу. Особливо актуальною ця проблема є в Україні, де налічується 10,4 млн хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), 7,7 млн хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та 1 млн пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН). За статистикою, в нашій країні кожні 5 хв виникає інсульт, кожні 10 хв – інфаркт міокарда (ІМ). У загальній структурі смертності частка ССЗ складає 66%, а за темпами скорочення населення Україна посідає перше місце у Європі (Коваленко В.М. і співавт., 2017). Важливу роль у профілактиці та лікуванні ССЗ атеросклеротичного генезу відіграють інгібітори 3-гідрокси-3-метилглутарил-коензим А-редуктази.

Сучасним принципам застосування статинів була присвячена доповідь **завідувача кафедри внутрішньої медицини 3 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктора медичних наук, професора Олексія Олександровича Ханюкова** на XX Національному конгресі кардіологів України, що відбувся у Києві 25-27 вересня 2019 р.

На початку доповіді Олексій Олександрович відзначив, що, за результатами вітчизняного епідеміологічного дослідження, серед факторів ризику ССЗ у жителів міської популяції поширеність дисліпідемії посідає друге місце після надмірної маси тіла (Мітченко О.І., Колесник Т.В., 2018).

На Європейському конгресі кардіологів, який відбувся у Парижі у 2019 р., презентували нові настанови щодо ведення пацієнтів із дисліпідеміями (Mach F. et al., 2019). Для оцінки 10-річного ризику смерті від ССЗ і надалі рекомендовано застосовувати шкалу SCORE, проте для країн Європи високого ризику, до яких належить й Україна, запропоновано використовувати адаптовану шкалу SCORE. Крім того, розроблені модифіковані шкали SCORE як для жінок, так і для чоловіків, що враховують не тільки рівні загального холестерину, а й холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ). За шкалою SCORE виділяють чотири ступені ризику: дуже високий, високий, помірний і низький. Окрім того, визначено низку факторів, які можуть впливати на ризик, визначений за шкалою SCORE, а саме соціальні проблеми; ожиріння, в тому числі абдомінальне; недостатня фізична активність; психосоціальні стреси; обтяжена спадковість за ССЗ (виникнення ССЗ у чоловіків віком <55 років, у жінок – <60 років); автоімунні й інші запальні хвороби; психіатричні розлади; лікування ВІЛ-інфекції; фібриляція передсердь; гіпертрофія міокарда лівого шлуночка; хронічна хвороба нирок; синдром обструктивного апное сну та неалкогольна жирова хвороба печінки.

За умови наявності в пацієнта дуже високого ризику сучасними настановами рекомендовано нові, жорсткіші за попередні, цілі гіполіпідемічної терапії – рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) ≤1,4 ммоль/л і зниження цього показника на ≥50% від початкового (клас доказів I, рівень А для вторинної профілактики, С – для первинної профілактики). Такі самі цільові рівні рекомендовано і для первинної профілактики пацієнтам із сімейною гіперхолестеринемією та дуже високим ризиком (IIa, C). Пацієнтам із ССЗ атеросклеротичного генезу, які впродовж останніх двох років перенесли другу серцево-судинну подію (не обов'язково таку саму, як уперше) на тлі терапії максимально переносимими дозами статинів, можна рекомендувати ще нижчий цільовий рівень ХС ЛПНЩ – <1,0 ммоль/л (IIb, B). Пацієнтам із групи високого ризику рекомендовано зниження ХС ЛПНЩ на ≥50% від початкового рівня та досягнення цільового рівня <1,8 ммоль/л (I, A), пацієнтам із помірним ризиком – <2,6 ммоль/л (IIa, A), пацієнтам із низьким ризиком – <3,0 ммоль/л (IIb, A).

Що стосується фармакологічного зниження ХС ЛПНЩ, то пріоритетною залишається високоінтенсивна терапія статинами з титруванням до максимальної переносимої дози до досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ залежно від ступеня ризику (I, A).

У разі застосування помірних доз статинів можна досягти зниження ХС ЛПНЩ у середньому на 30%, тоді як використання високих доз статинів забезпечує зниження на 50%. У поєднанні з езетимібом інтенсивна терапія статинами дозволяє знизити рівень ХС ЛПНЩ на 65%, застосування PSCK9-інгібіторів як монотерапії знижує рівень ХС ЛПНЩ на 60%, а в поєднанні зі статинами – на 75%. Потрійна терапія, яка включає статин, езетиміб та PSCK9-інгібітор, дозволяє знизити ХС ЛПНЩ на 85%. Хорошого клінічного результату можна очікувати за умови досягнення зниження ХС ЛПНЩ принаймні на 50% від початкового рівня.

Статини рекомендовано також як препарати першого вибору для пацієнтів із високим ризиком та гіпертригліцеридемією (рівень тригліцеридів крові >2,3 ммоль/л) задля зниження ризику серцево-судинних ускладнень (I, B).

У 2019 р. Європейське товариство кардіологів опублікувало також нові настанови щодо ведення пацієнтів із хронічним коронарним синдромом (Knuuti J. et al., 2019). Для попередження ускладнень статини рекомендовані всім пацієнтам із хронічним коронарним синдромом як терапія першої лінії (I, A), адже ці препарати достовірно покращують прогноз.

У настановах щодо ведення цукрового діабету (ЦД), предіабету та ССЗ, які також з'явилися торік (Cosentino F. et al., 2019), підкреслюється, що наявність ЦД суттєво підвищує ризик серцево-судинних ускладнень – коронарної смерті та нефатального інфаркту, ішемічного, геморагічного та некласифікованого інсульту, а також судинної смерті внаслідок інших причин. Пацієнтам із ЦД, які належать до групи дуже високого ризику, рекомендовано цільові рівні ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л та зниження цього показника на 50% і більше від початкового. Хворим на ЦД як препарат першого вибору для гіполіпідемічної терапії рекомендовано статини – вибір молекули та її дози базується на ступені кардіоваскулярного ризику та необхідних цільових рівнях ХС ЛПНЩ (I, A). За відсутності очікуваного ефекту можна додавати езетиміб або інгібітор PSCK9, проте перед призначенням комбінованої ліпідознижувальної терапії доцільно інтенсифікувати статинотерпію (IIa, C).

Статини доцільно призначати не тільки пацієнтам із ЦД 2 типу, а й хворим на ЦД 1 типу з високим ризиком незалежно від початкового рівня ХС ЛПНЩ (IIa, A). Статини можна рекомендувати навіть асимптомним пацієнтам із ЦД 1 типу віком понад 30 років (IIb, C). Натомість статини не рекомендовано призначати жінкам фертильного віку (III, A).

Зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50% забезпечує стабілізацію атеросклеротичного процесу шляхом регресу об'єму атероми та підвищення стабільності атеросклеротичної бляшки внаслідок зменшення інтенсивності запалення (Nissen S. et al., 2006). Такий рівень зниження ХС ЛПНЩ може бути досягнутий завдяки застосуванню лише двох молекул статинів – аторвастатину та розувастатину (Mukhtar R.Y. et al., 2005; Weng T.C. et al., 2010).

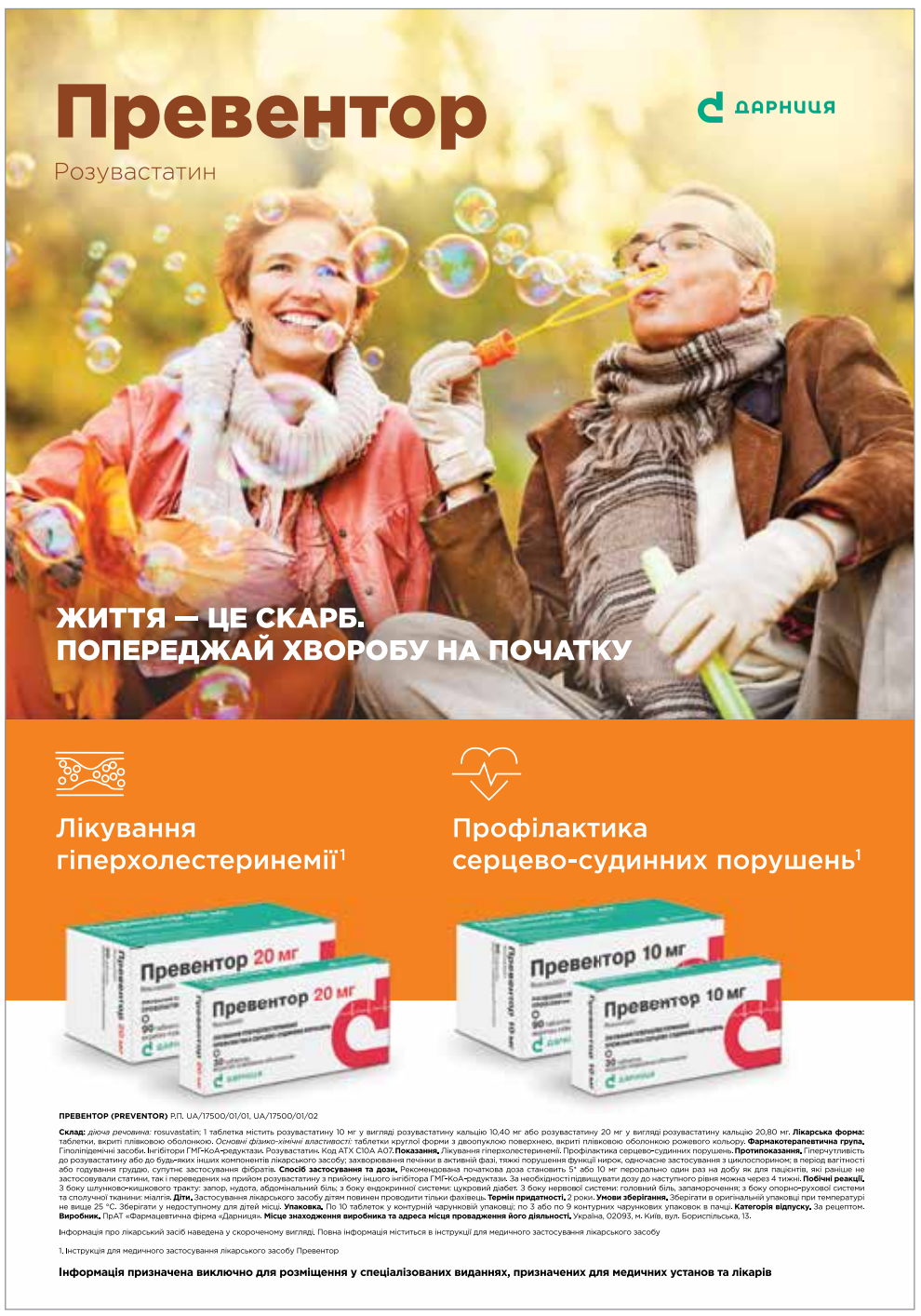
Важливо, що статини не лише знижують рівень атерогенних фракцій ліпідів, а й підвищують рівень ХС ЛПВЩ. Доведено, що зменшення ХС ЛПНЩ на 1% знижує ризик ускладнень ІХС на 1% (Grundy S.M. et al., 2004), тоді як підвищення ХС ЛПВЩ на 1% забезпечує зменшення ризику ускладнень на 3% (Manninen V. et al., 1988; Gordon D.J. et al., 1989; Rubins H.B. et al., 1999; Boden W., 2000). У цьому сенсі найефективнішим з-поміж усіх статинів є розувастатин.

За допомогою дослідження STELLAR (Statin Therapies for Elevated Lipid Levels compared Across doses to Rosuvastatin) було проведено порівняння гіперліпідемічної ефективності розувастатину та інших статинів упродовж 6 тиж терапії. Застосування розувастатину в дозі 10 мг/добу забезпечувало досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ <2,6 ммоль/л у 82% пацієнтів порівняно із 74% хворих, які приймали аторвастатин у дозі 20 мг/добу, та 66% пацієнтів, які отримували симвастатин у дозі 40 мг/добу (Jones P.H. et al., 2004).

У подвійному сліпому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні METEOR (Measuring Effects on Intima-Media Thickness: an Evaluation of Rosuvastatin) за участю 984 пацієнтів із субклінічним атеросклерозом, які приймали 40 мг розувастатину або плацебо впродовж 2 років, була доведена можливість стабілізації атеросклеротичної бляшки на тлі активного лікування (Crouse J.R. 3rd et al., 2007). За результатами дослідження ASTEROID (A Study to Evaluate the Effect of Rosuvastatin on Intravascular Ultrasound-Derived Coronary Atheroma Burden), де використовували внутрішньосудинне ультразвукове дослідження, показано, що застосування розувастатину в аналогічній дозі впродовж 2 років дозволяє зменшити рівень ХС ЛПНЩ у середньому на 53,2% та підвищити рівень ХС ЛПВЩ у середньому на 14,7% (в обох випадках p<0,001), а також сприяє регресу коронарної атеросклеротичної бляшки в 78% пацієнтів зі зменшенням площі атероми від 10,16 до 5,81 мм^2 (Nissen S.E. et al., 2006). Обидва дослідження свідчать про хорошу переносимість препарату.

Під час дослідження SATURN (Study of Coronary Atheroma by Intravascular Ultrasound: Effect of Rosuvastatin Versus Atorvastatin) порівнювався вплив аторвастатину та розувастатину на об'єм атероми. Під впливом аторвастатину об'єм атероми зменшився в середньому на 0,99%, під впливом розувастатину – на 1,22% (в обох випадках p<0,001 порівняно з початковим рівнем). Хоча різниця між групами в ступені регресу бляшки не досягла рівня статистичної значущості (p=0,17), більш виражене зниження рівнів ХС ЛПНЩ (p<0,001) та підвищення рівнів ХС ЛПВЩ (p=0,01) спостерігалися в групі розувастатину.

У дослідженні ORION (Outcome of Rosuvastatin Treatment on Carotid Artery Atheroma: a Magnetic Resonance Imaging Observation), під час якого стан атеросклеротичної бляшки в каротидній артерії оцінювався за допомогою магнітно-резонансної томографії, було чітко продемонстровано, що на тлі застосування розувастатину впродовж 2 років суттєво збільшувалася товщина фіброзної покришки та підвищувався



вміст колагену в атеросклеротичній бляшці (Underhill H.R. et al., 2008). А це і є основною метою лікування, яке приведе до зменшення ризику атеротроботичних ускладнень.

За допомогою міжнародного дослідження JUPITER (Justification for the Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) було вивчено ефективність розувастатину в попередженні первинних серцево-судинних подій в осіб з низьким рівнем ХС ЛПНЩ та підвищеним рівнем високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП). Учасники дослідження – чоловіки віком >50 років та жінки віком >60 років без ССЗ або ЦД із рівнем ХС ЛПНЩ <130 мг/дл та рівнем вчСРП >2 мг/л. Такий показник вчСРП свідчив про наявність хронічного запалення – відомого чинника ризику розвитку та прогресування атеросклерозу. Обидві групи налічували по 8901 учаснику, які приймали розувастатин у дозі 20 мг/добу або плацебо. Комбінована кінцева точка включала ІМ, інсульт, стенокардію, серцево-судинну смерть та необхідність проведення реваскуляризації. Середня тривалість спостереження складала 1,9 року. Розувастатин на 44% зменшував ризик виникнення первинних серцево-судинних подій, до яких належали ІМ, інсульт, реваскуляризація чи серцево-судинна смерть (коефіцієнт ризику 0,56; 95% ДІ 0,46-0,69; p<0,00001). Зменшення ризику спостерігалося й для окремо взятих кінцевих точок – загальної смертності на 20% (p<0,02), серцево-судинних ускладнень на 44% (p<0,00001), комбінованої серцево-судинної точки на 47% (p<0,001), раптової смерті на 54% (p<0,0002), нестабільної стенокардії на 47% (p<0,09), інсульту на 48% (p<0,02) (Ridker P.M. et al., 2008).

Слід відзначити й інші плейотропні ефекти статинів – збереження і відновлення бар'єрної функції ендотелію, судинорозширювальний ефект унаслідок збільшення синтезу окису азоту, протизапальний, антитромботичний, антипроліферативний, антиішемічний та антиаритмічний впливи та попередження розвитку хвороби Альцгеймера.

Ще однією перевагою застосування розувастатину є найменша ймовірність взаємодії з іншими лікарськими засобами порівняно з аторвастатином чи симвастатином у зв'язку з тим, що розувастатин мінімально метаболізується системою ферментів цитохрому Р450 (CYP450) без значного залучення ізоферменту 3А4, що суттєво підвищує ефективність лікування. Розувастатин має хороший профіль безпеки. За всю історію застосування статинів у світі зареєстровано не більше 100 випадків смерті внаслідок рабдоміолізу, які переважно були пов'язані з використанням церивастатину (знятий із виробництва). Це становить приблизно 0,15 випадку на 1 млн призначень. Натомість на 1 млн призначень аспірину припадає понад 1 тис. шлунково-кишкових кровотеч, у тому числі й летальних.

На фармацевтичному ринку України представлений ефективний, безпечний та доступний вітчизняний препарат розувастатину Превентор (фармацевтична фірма «Дарниця»), який випускається в таблетках по 10 та 20 мг (по 30 або 90 таблеток в упаковці).

Отже, статини – обов'язковий компонент комплексного лікування ССЗ атеросклеротичного генезу, які не лише зменшують рівень атерогенних фракцій ліпідів, а й підвищують ХС ЛПВЩ та мають низку плейотропних ефектів, що сприяють стабілізації атероми та зменшують ризик атеротромботичних ускладнень. За відсутності протипоказань непризначення статинів є грубою лікарською помилкою. Доведено, що розувастатин сприяє стабілізації та регресу атеросклеротичної бляшки, достовірно зменшує ризик ССЗ, цереброваскулярних ускладнень, серцево-судинної та загальної смерті. Розувастатин практично не взаємодіє з іншими лікарськими засобами та має сприятливий профіль безпеки.

Підготувала ***Ольга Королюк***

НОВИНИ МОЗ

Другий етап медичної реформи: розпочався інформаційний тур регіонами України

Розпочався спільний регіональний тур Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та МОЗ областями України, присвячений підготовці закладів спеціалізованої медичної допомоги до другої хвилі трансформації системи охорони здоров'я. Передбачено інформаційні заходи для власників закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу, а також головних лікарів і профільних економічних заступників головних лікарів цих закладів у кожній області України. Тур відбувається за підтримки проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я».

Із 1 квітня Програма медичних гарантій запрацює у повному обсязі. Це перелік медичних послуг, які держава гарантує пацієнту безоплатно. Програма медичних гарантій приходить на заміну псевдобезкоштовній медицині. До Програми медичних гарантій увійдуть послуги первинної, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної медичної допомоги, а також екстреної, паліативної допомоги та медичної реабілітації. Спеціалізовані медичні заклади мають бути готові до контрактування із НСЗУ, щоб отримувати кошти з національного бюджету за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Державної субвенції на фінансування ліжко-місць закладів спеціалізованої медичної допомоги з ІІ кварталу 2020 року не передбачено.

«У 2020 році МОЗ України продовжує впровадження змін у системі охорони здоров'я. Ми докладаємо максимум зусиль, щоб із 1 квітня Програма медичних гарантій запрацювала у повному обсязі, тому ефективна комунікація із медичною спільнотою та місцевою владою надважлива. Кожен із нас має свою місію, обов'язки та відповідальність. НСЗУ працює над тим, щоб заклади спеціалізованої допомоги належно підготувалися до укладення договорів із НСЗУ. Завдання МОЗ України – подбати про розробку та затвердження відповідної нормативної бази, впроваджувати новітні інструменти, які роблять стандартні процеси та процедури більш ефективними та прозорими. Ми разом із НСЗУ прагнемо раціонального використання бюджетних коштів, щоб пацієнти отримували якісні послуги та безпечні ліки. Так, у партнерстві держави та громади ми збудуємо міцну систему охорони здоров'я, орієнтовану на пацієнта», – зазначив заступник міністра охорони здоров'я Дмитро Луфер.

Тур розпочався із Дніпра. Дніпропетровська область – одна з лідерів із підготовки до контрактування із НСЗУ – близько 96% закладів спеціалізованої допомоги вже перетворилися на комунальні некомерційні підприємства. З них комп'ютеризовано майже 44%, зареєстровано в електронній системі охорони здоров'я понад 78%, підключено до медичних інформаційних систем (МІС) понад 85%.

«Закон про місцеве самоврядування передбачає, що саме влада на місцях відповідає за медичне обслуговування. Ми розуміємо свою роль у реформі та своє завдання. Робимо все, щоб медицина стала якіснішою та доступнішою для наших мешканців. Зараз активно готуємо спеціалізовані медичні заклади до залучення в реформу – до контрактування із НСЗУ. Працюємо над тим, аби створити спроможну мережу лікарень. Рішення приймаємо, зважаючи на аналітику НСЗУ щодо стану медзакладів регіону та прогнозів їх фінансування. Щодо цього нас консультує Східний міжрегіональний департамент НСЗУ», – прокоментував заступник Голови Дніпропетровської ОДА Дмитро Стригун.

Учасникам регіонального туру детально пояснюватимуть нові правила фінансування медичних закладів та принцип «гроші йдуть за пацієнтом», роль НСЗУ та правила співробітництва, фінансовий план як новий інструмент управління коштами. Окрема увага приділяється відповіді на запитання щодо того, як стати успішним медичним закладом у нових умовах фінансування та заробляти більше.

«Трансформація системи відбувається в інтересах пацієнта. Саме пацієнт із його потребами та інтересами стає у центрі системи охорони здоров'я. Щоб безоплатно скористатися переліком медичних послуг Програми медичних гарантій, пацієнт повинен зробити кілька простих кроків – укласти декларацію із лікарем первинки, отримувати направлення на наступні рівні допомоги. Екстрена допомога буде надана всім, навіть якщо людина не має декларації із сімейним лікарем, терапевтом або педіатром», – зазначила директорка Департаменту комунікацій Тетяна Бойко.

Кожний українець зможе отримати гарантовану медичну допомогу в рамках базового пакета медичних послуг

Кожний українець із 1 квітня зможе отримати гарантовану медичну допомогу в рамках базового пакета медичних послуг. Для цього у нього мають бути підписана декларація із сімейним лікарем, терапевтом або педіатром та направлення від нього або іншого лікуючого лікаря на консультації вузьких спеціалістів, амбулаторні обстеження, госпіталізацію, послуги медичної реабілітації та паліативної допомоги.

Про це на пресконференції «Впровадження Програми медичних гарантій: що зміниться для пацієнтів та лікарів із 1 квітня» повідомив заступник міністра охорони здоров'я Дмитро Луфер.

«Завдяки реформі вторинної ланки керівники закладу отримують більші повноваження щодо управління медичними закладами на місцях. Створюються госпітальні ради, які розробляють майстер-плани своїх медичних потужностей. Вони формують маршрути пацієнтів, у які можуть входити не тільки опорні лікарні, а й будь-які інші, що мають медичну ліцензію та відповідають вимогам.

Медична реформа реалізується у комплексі з іншими. Зокрема, ми співпрацюємо з Укравтодором, аби дороги до лікарень були в пріоритеті, аби швидка мала змогу доставити пацієнта», – наголосив заступник міністра охорони здоров'я.

Тимчасовий виконувач обов'язків голови НСЗУ Оксана Мовчан зазначила, що за Програмою медичних гарантій, яка запрацює у повному обсязі з 1 квітня поточного року, подали заяви вже понад 80% спеціалізованих медичних закладів України.

Вона також підкреслила, що Програма медичних гарантій допоможе вирішити проблему високого відсотка смертності українців.

Директорка Департаменту комунікацій НСЗУ Тетяна Бойко підкреслила, що трансформація системи відбувається в інтересах пацієнта.

«Є 27 пакетів, за якими можуть контрактуватися понад півтори тисячі спеціалізованих медичних закладів. Саме пацієнт із його потребами та інтересами повинен бути в центрі системи охорони здоров'я. Нові правила стосуватимуться не лише медичних працівників, керівників лікарень, а й пацієнтів», – зазначила Тетяна Бойко.

За її словами, пацієнт зможе вільно обирати будь-якого лікаря на всіх рівнях надання медичних послуг, а також вільно обирати лікарню, в якій акцептує свій електронний рецепт. Уже не буде прив'язки ані до прописки пацієнта, ані до конкретного медичного закладу. Головне, щоб лікарня, яку обере пацієнт, мала контракт із НСЗУ.

ВООЗ передала 30 наборів реагентів для тестування на COVID-19 Центру громадського здоров'я України

24 лютого Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) передала 30 наборів реагентів для тестування на COVID-19 до вірусологічної референс-лабораторії Центру громадського здоров'я України.

Набори містять приблизно 3000 реакцій, яких вистачить для дослідження на захворювання понад 950 людей.

Із 2019 року ВООЗ надає підтримку Україні з покращення підготовки до надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я. Ця підтримка з боку ВООЗ здійснюється з метою підвищення спроможностей України підготуватися до появи можливих випадків нової коронавірусної інфекції COVID-19.

У Європейському регіоні посилено заходи з тестування: ВООЗ запровадила механізм передання клінічних зразків пацієнтів (тих, які відповідають епідеміологічному визначенню підозри на інфікування COVID-19) до міжнародних референс-лабораторій. Наразі в Європейському регіоні працюють 6 міжнародних лабораторій для виявлення та перевірки на новий коронавірус.

За матеріалами прессслужби МОЗ України.
https://moz.gov.ua/

G.A. Malanga, C.J. Buttaci, M. Rubbani, Університет медицини і стоматології Нью-Джерсі, США

Поперекова радикулопатія

Однією з основних причин гострого і хронічного болю в попереку (ХБП) є радикулопатія. Однак радикулопатія не є самостійною причиною болю в спині; насамперед його появу можуть викликати защемлення нервового корінця, міжхребцева грижа, артропатія фасеткових суглобів та інші захворювання.

Поперекова радикулопатія, як й інші форми радикулопатії, виникає в результаті защемлення нервового корінця та/або його запалення; прогресування патологічного процесу провокує появу неврологічних симптомів у ділянках, які іннервуються ураженим нервовим корінцем.

Лікування у гострій фазі
Програма реабілітації

Фізіотерапія. Метод, який зазвичай називають «школа здорової спини», включає навчання пацієнтів деяким захисним технікам (належний підйом, корекція постави). Програма стабілізації попереку є ще одним корисним методом, який фізіотерапевти можуть використовувати для лікування пацієнтів із ХБП. Хворого навчають різним технікам контролю болю в спині, він також працює над зміцненням м'язів, що стабілізують поперековий відділ хребта. Це завдання досягається поєднанням різних технік і може включати спеціальну програму фізичних вправ МакКензі (серія вправ, що повторюються, для поперекового відділу хребта з метою лікування ХБП).

Багато реабілітологів підтримують програму зміцнення м'язів тулуба та розглядають її як спосіб поліпшення м'язового контролю за поперековим відділом хребта з метою підтримки функціональної стабільності. Типова програма складається із серії вправ зі зростаючим навантаженням, які, крім зміцнення, сприяють відновленню рухів і рухового режиму.

Хірургічне втручання

Більшість наукових джерел однаково визначають ургентні та остаточні показання для проведення хірургічного втручання при поперековій радикулопатії (значний/важкий і прогресуючий моторний дефіцит, синдром кінського хвоста з дисфункцією кишечнику і сечового міхура). Існують п'ять варіантів хірургічних втручань: проста дискектомія; дискектомія зі спондилосинтезом; хемонуклеоліз; черезшкірна дискектомія; мікродискектомія.

Дев'яноста відсоткам пацієнтів, яким оперують грижу міжхребцевого диска, виконують тільки дискектомію, хоча кількість процедур щодо спондилосинтезу значно зросла. Слід підкреслити, що частота виникнення ускладнень при простій дискектомії складає <1%.

Інші види лікування

Епідуральне введення стероїдів є перспективним методом лікування ХБП, незважаючи на незначну кількість добре спланованих досліджень, які підтвердили його ефективність. В огляді, підготованому Abrams та співавт., наведені результати всього 13 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), в яких оцінювали результативність епідуральних ін'єкцій стероїдів з метою лікування болю в спині. Незважаючи на деякі суперечності у науковій літературі, каудальне епідуральне введення стероїдів або сольових розчинів може бути ще одним варіантом лікування ХБП. У багатоцентровому сліпому РКД, проведеному в Норвегії, вивчали ефективність каудальних епідуральних ін'єкцій стероїдів або сольових розчинів при хронічній поперековій радикулопатії протягом 6, 12 і 52 тиж. Після закінчення лікування спостерігали поліпшення стану всіх обстежених пацієнтів, але вірогідних статистичних або клінічних відмінностей не зафіксували.

Медикаментозна терапія

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є основою первинного лікування ХБП. При використанні будь-яких НПЗП у літніх пацієнтів необхідно моніторити стан шлунково-кишкового тракту та передбачити можливу ниркову токсичність. Контроль болю за допомогою призначення ацетамінофену або наркотичного аналгетику може бути більш доцільним у пацієнтів похилого віку.

НПЗП чинять знеболювальну, протизапальну та жарознижувальну дію. Механізм дії цих препаратів остаточно не вивчено, але відомо, що вони пригнічують активність циклооксигенази і синтез простагландину. Можуть існувати інші механізми їхньої дії, такі як інгібування синтезу лейкотрієну, вивільнення лізосомальних ферментів, активності ліпоксигенази, агрегації нейтрофілів і різних функцій клітинних мембран. Диклофенак пригнічує синтез простагландину за рахунок зниження активності ферменту циклооксигенази, що, своєю чергою, зменшує утворення попередників простагландину.

Напроксен призначений для полегшення легкого і помірного болю. Інгібування запальних реакцій і болю відбувається за рахунок зниження активності циклооксигенази, що призводить до зниження синтезу простагландину.

М'язові релаксанти не є препаратами першої лінії терапії, але вони можуть бути рекомендовані пацієнтам, які страждають від значних спазмів. За результатами досліджень не підтверджено, що препарати цієї групи можуть змінити природний перебіг захворювання. Оскільки м'язові релаксанти здатні викликати сонливість і сухість у роті, доцільно рекомендувати їх приймання не менше ніж за 2 год до сну. Циклобензаприн є релаксантом скелетних м'язів із центральним механізмом дії, який знижує рухову активність тонізуючого соматичного походження, він здатен впливати як на альфа-, так і на гамма-мотонейрони. За своїм складом він схожий на трициклічний антидепресант, тому має деякі притаманні йому побічні дії.

Аналгетики. Контроль болю необхідний для якісного лікування. Аналгетики забезпечують комфорт хворому, вони мають заспокійливі властивості, що сприятливо впливає на пацієнтів, які страждають від болю. Оксикодон призначений для полегшення помірного та сильного болю. Комбінація оксикодону й ацетамінофену також застосовується для купірування помірного та сильного болю. Трамадол інгібує передання нервових імпульсів висхідними больовими шляхами, змінюючи сприйняття болю та реакцію на нього. Він також гальмує повторне захоплення норадреналіну та серотоніну.

Антиконвульсанти. Деякі препарати цієї категорії використовуються для лікування болю. Габапентин стабілізує клітинні мембрани, є структурним аналогом інгібіторного нейромедіатора гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), який, як це не парадоксально, не впливає на ГАМК-рецептори. Дія габапентину опосередкована впливом на альфа2-дельта1 і альфа2-дельта2 субодиниці потенціал-залежних кальцієвих каналів. Використовується габапентин для нівелювання болю та для седації при невропатичному болю.

Спостереження

Хворі на поперекову радикулопатію повинні мати уявлення щодо ймовірної етіології болю. Бажано обговорити з пацієнтом основи анатомії і біомеханіки хребта, причини появи симптомів. Також необхідно розібрати план лікування, включаючи рекомендовані візуалізуючі дослідження, медикаменти, ін'єкції і лікувальні фізичні вправи. Треба зробити акцент на правильну поставу, біомеханіку хребта в повсякденному житті та прості методи зниження інтенсивності неприємних відчуттів. Ці прості інструкції дозволять пацієнтові стати активним учасником лікування по мірі переходу до виконання фізичних вправ у домашніх умовах.

Пацієнти повинні розуміти, що їм слід протягом усього життя дотримуватися спеціальної програми тренувань з підтримки спини, тому що одним із найважливіших факторів ризику виникнення болю в спині в майбутньому є перенесений епізод болю. Навчання пацієнтам необхідно сприймати як безперервний процес, який потрібно постійно вдосконалювати; воно має тривати доти, доки пацієнт самостійно не почне виконувати свою програму фізичних тренувань.

Стаття друкується в скороченні.

Malanga G.A., Buttaci C.J., Rubbani M. Lumbosacral radiculopathy. https://emedicine.medscape.com/article/95025

Переклала з англ. ***Тетяна Можина***

ДОВІДКА «ЗУ»

Додаткові препарати для лікування ХБП

Ще одним ефективним медикаментозним способом лікування ХБП є призначення препаратів, які сприяють відновленню оболонки нервового волокна, зокрема сфінгомієліну. Сфінгомієлін утворюється з цереброзидів та фосфатидної кислоти; вони, своєю чергою, – з моносахаридів та церамідів, але синтез цих речовин неможливий без участі фосфатів. Надходження необхідних фосфатних груп забезпечують піримідинові нуклеотиди – цитидин-5-монофосфат (ЦМФ) та уридин-5-трифосфат (УТФ). Відновлення рівня ЦМФ та УТФ сприяє прискоренню синтезу сфінголіпідів та гліцерофосфоліпідів, швидкому відновленню мієлінової оболонки нервових волокон, регенерації аксонів, поліпшенню проведення нервового імпульсу та трофіки м'язів спини. Необхідно додати, що наявність ЦМФ – це обов'язкова умова утворення ДНК та РНК; УТФ доповнює синтетичну дію ЦМФ, сприяючи утворенню гліколіпідів, нейрональних структур та мієлінової оболонки. Саме ці реакції зменшують активність запального процесу, нівелюють больовий синдром та відновлюють рухливість і чутливість.

Швидко відновити в організмі хворого рівень ЦМФ та УТФ можна завдяки застосуванню препарату Нуклео ЦМФ Форте (фірма-виробник – Ferrer Internacional), який містить саме ці нуклеотиди. Нині науково доведена доцільність використання Нуклео ЦМФ Форте при поперековій радикулопатії (люмбаго), діабетичній нейропатії (Власенко М.В. та співавт., 2019), дегенеративно-дистрофічних змінах хребта (Дзяк Л.А. та співавт., 2015), розсіяному склерозі (Губарєв Ю.Д. та співавт., 2015). Встановлено, що Нуклео ЦМФ Форте має виражений аналгезуючий ефект, сприяє зменшенню больового синдрому та відновленню звичного режиму рухової активності. Так, застосування нуклеотидів УТФ і ЦМФ пацієнтами з компресійними невралгіями у комбінації з вітаміном B_{12} забезпечувало статистично більш виражене зниження больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою порівняно з групою пацієнтів, які отримували тільки вітамін B_{12} (Goldberg H. et al., 2017). У клінічних дослідженнях щодо терапії вираженого больового синдрому, в тому числі викликаного поперековою радикулопатією, курс лікування парентеральною формою препарату складав до 15 діб (1 ампула 1 р/добу). Надалі лікування може продовжуватися із застосуванням пероральної форми Нуклео ЦМФ Форте протягом 1 міс (по 1-2 капсули 2 р/добу).

Роль каннабиноидов в лечении миотонии

Симптоматическое лечение миотонии и миалгии у пациентов с дистрофической и недистрофической миотониями часто является неудовлетворительным. Некоторые пациенты на личном опыте сообщают об облегчении симптомов после употребления каннабиса.

Методы. Комбинация каннабидиола и тетрагидроканнабинола (CBD/THC) была назначена в качестве паллиативного лечения 6 пациентам (4 пациента с миотонической дистрофией 1 и 2 типов и 2 пациента с CLCN1-миотонией) с устойчивой к терапии миотонией и миалгией. Масло CBD/THC применяли в низкой дозе в первые 2 нед и в более высокой – в последующие 2 нед. Еженедельно выполнялась оценка по функциональной шкале миотонии (MBS), времени разжимания пальцев руки, визуальным аналоговым шкалам для миалгии и миотонии, а также по шкалам усталости и тяжести дневной сонливости для мониторинга ответа на лечение.

Результаты. Все пациенты сообщили об улучшении симптомов миотонии, особенно на 3-й и 4-й неделе лечения: оценка по MBS улучшилась по крайней мере на 2 балла у всех пациентов, время разжимания пальцев руки по-разному улучшилось у 5 из 6 пациентов. Хроническая миалгия была зарегистрирована у 2 больных миотонической дистрофией 2 типа в начале исследования, 1 из них испытал значительное улучшение в процессе лечения. Некоторые желудочно-кишечные проявления, такие как боли в животе и диарея, улучшились у 3 пациентов; однако 4 из 6 пациентов сообщили о появлении запора. Никаких других побочных эффектов замечено не было.

Выводы. Первые эмпирические результаты предполагают потенциально полезную роль CBD/THC в облегчении симптомов миотонии. Необходимы дальнейшие исследования в этой области, включая рандомизированные контролируемые в более крупных когортах.

Montagnese F. et al. A role for cannabinoids in the treatment of myotonia? Report of compassionate use in a small cohort of patients. J. Neurol. 2019.

Влияние противоэпилептической монотерапии в детском возрасте на исполнительные функции

Когнитивные и исполнительные функции у детей и подростков являются важными показателями качества жизни, а также академических и социальных достижений. Когнитивные и исполнительные функции часто нарушаются у пациентов с эпилепсией, что может усугубляться судорогами и противосудорожными препаратами.

Целью данного обсервационного ретроспективного исследования было оценить исполнительное функционирование у детей с эпилепсией, которые в настоящее время принимают один противосудорожный препарат.

Методы. В исследование были включены истории болезни 172 детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет (средний возраст – 12±3,4 года) с недавно диагностированной эпилепсией, которые еще не начали противоэпилептическое лечение. Изменения исполнительных функций оценивались при помощи теста EpiTrack Junior исходно, до начала монотерапии, а также на последующих визитах спустя 3 и 9 мес. Все больные начали противоэпилептическое лечение одним препаратом (леветирацетам – 54 пациента; вальпроевая кислота – 52; этосуксимид – 20; окскарбазепин – 22; карбамазепин – 24). Возраст, пол, типы приступов и исходная частота приступов также были учтены.

Результаты. Относительно исходного уровня средние показатели EpiTrack Junior ухудшились к контрольному визиту на 9-й месяц у лиц, принимавших вальпроевую кислоту, этосуксимид и карбамазепин, но это ухудшение было статистически значимым только для пациентов, принимавших карбамазепин. Напротив, средние показатели улучшились относительно исходного уровня к контрольному визиту на 9-й месяц для лиц, принимающих леветирацетам и окскарбазепин, но статистически значимым это улучшение было только для пациентов, принимавших леветирацетам.

Выводы. Леветирацетам был единственным противосудорожным препаратом, который способствовал небольшому улучшению исполнительных функций, тогда как карбамазепин приводил к ухудшению когнитивных функций. Для подтверждения этих результатов необходимы дальнейшие двойные слепые плацебо-контролируемые исследования.

Operto F.F. et al. Effects on executive functions of antiepileptic monotherapy in pediatric age. Epilepsy Behav. 2019.

Факторы риска для дисфагии и влияние на исход после спонтанного субарахноидального кровоизлияния

Несмотря на огромное влияние нарушений глотания на исход после ишемического инсульта, мало что известно о частоте возникновения дисфагии после субарахноидального кровоизлияния (САК) и ее влиянии на госпитальные осложнения, длительность пребывания в отделении интенсивной терапии и функциональный исход.

Методы. Ниже представлен ретроспективный анализ продолжающегося проспективного когортного исследования. Способность к глотанию оценивалась у последовательных пациентов с нетравматическим САК, поступивших в неврологическое отделение интенсивной терапии, с использованием шкалы дисфагии Богенхаузена (BODS). Оценка по BODS >2 баллов указывает на дисфагию. Функциональный исход оценивали через 3 мес после САК с использованием модифицированной шкалы Ренкина. Оценка >2 расценивалась как плохой функциональный исход.

Результаты. 250 последовательных пациентов с САК всех клинических степеней тяжести (средний возраст – 57 лет; межквартильный диапазон – 47-67) были включены в анализ. Дисфагия была диагностирована у 86 пациентов (34,4%). Факторами, независимо связанными с развитием дисфагии, были плохая клиническая оценка при поступлении (оценка по шкале Ханта – Гесса 4-5), САК-ассоциированная паренхиматозная гематома, гидроцефалия, наличие аневризмы и длительная искусственная вентиляция легких (>48 ч). Дисфагия была независимо связана с более высокой частотой пневмонии (коэффициент риска, КР 4,32; 95% доверительный интервал, ДИ 2,35-7,93), инфекцией кровотока (КР 4,3; 95% ДИ 2,0-9,4), более длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии (14 (8-21) дней против 29,5 (23-45) дней; p<0,001) и плохого функционального исхода через 3 мес (КР 3,10; 95% ДИ 1,49-6,39).

Выводы. Дисфагия является частым осложнением нетравматического САК и связана с плохим функциональным исходом, инфекционными осложнениями и длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии. Ранняя идентификация лиц с высоким риском необходима для своевременной стратификации отдельных пациентов для лечения дисфагии.

Keser T. et al. Risk factors for dysphagia and the impact on outcome after spontaneous subarachnoid hemorrhage. Neurocrit Care. 2019.

Инсульт пробуждения (wake-up stroke): тромболизис уменьшает объем ишемического повреждения и неврологический дефицит

Пациентам с «инсультом пробуждения» (wake-up stroke, WUS), как правило, не назначается тромболитическая терапия рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (рТАП) из-за неизвестного времени начала инсульта. Это исследование было направлено на изучение эффектов рТАП у пациентов с WUS в ходе ежедневных клинических сценариев путем измерения объема ишемического поражения и функциональных результатов по сравнению с пациентами, не получавшими рТАП.

Методы. Ретроспективно проанализированы клинические данные и данные визуализационных исследований 149 (75 – с рТАП; 74 – без рТАП) пациентов с острым ишемическим WUS. Объем ишемии рассчитывали по данным контрольного КТ-исследования, а функциональные результаты были оценены по NIHSS (шкала тяжести инсульта Национального института здравоохранения США) и mRS (модифицированная шкала Ренкина) при сравнении групп с и без рТАП. Пациенты отбирались согласно оценке по шкале ранних изменений при инсульте ASPECTS >6 на КТ и/или по наличию зоны ишемической полутени >50% гипоперфузированной ткани на перфузионной КТ.

Результаты. При контрольном КТ-исследовании отмечался меньший объем зоны ишемии для группы рТАП (1 мл, 0-8) по сравнению с группой без рТАП (10 мл, 0-40; p=0,000). Показатель NIHSS через 7 дней после поступления был значительно ниже в группе рТАП (1, 0-4) по сравнению с группой без рТАП (3, 1-9; p=0,015), также отмечался больший процент улучшения (ΔNIHSS) (70 против 50%; p=0,002). В группе рТАП наблюдался более высокий показатель распространения mRS 0-2 (54 против 39%; p=0,060). Многофакторный анализ показал, что исходный показатель NIHSS и лечение рТАП являются важными предикторами хорошего исхода как по показателям NIHSS через 7 дней, так и по объему ишемического повреждения по данным контрольного КТ (p<0,05).

Выводы. Применение рТАП у пациентов с WUS, отобранных по результатам КТ и/или перфузионной КТ, приводило к уменьшению объема ишемического повреждения по данным КТ и улучшению функционального исхода без увеличения частоты внутричерепных кровоизлияний и внутрибольничной смертности.

Furlanis G. et al. Wake-up stroke: thrombolysis reduces ischemic lesion volume and neurological deficit. J. Neurol. 2019.

Эффективность лазерной терапии с низким уровнем излучения для лечения нейропатической орофациальной боли: систематический обзор

Целью данного исследования было оценить эффективность лазерной терапии с низким уровнем излучения (ЛТНИ) для лечения нейропатической орофациальной боли.

Методы. Систематический обзор был проведен в соответствии с руководящими принципами PRISMA. Всесторонний поиск литературы проводился в базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus и Cochrane Library до 8 марта 2018 г. с использованием таких терминов, как «лазерная терапия с низким уровнем излучения», «невропатическая боль», «боль в области иннервации лицевого нерва», «невралгия», «невропатия» и все состояния, описанные в разделе 13 Международной классификации головных болей 3-го издания. Первичным результатом было измерение интенсивности боли.

Результаты. Всего по результатам первичного поиска было отобрано 997 исследований; 13 (8 рандомизированных контролируемых исследований, 2 проспективных и 3 серии случаев) соответствовали критериям включения и были проанализированы на предмет извлечения данных. В 3 исследованиях были отображены данные о лечении невралгии тройничного нерва, в 1 – невралгии затылка и в 10 – синдрома жжения рта. Все исследования продемонстрировали снижение интенсивности боли (большинство из них – значительное). В различных исследованиях ЛТНИ анализировалась изолированно и по сравнению с плацебо, другой тактикой лечения или другими протоколами применения ЛТНИ.

Выводы. ЛТНИ, по-видимому, эффективна в качестве варианта лечения различных нейропатических или челюстно-лицевых болей, таких как невралгия тройничного нерва, невралгия затылочного болевого синдрома и синдром жжения во рту в качестве изолированного или части комбинированного лечения. Однако необходимы более качественные исследования, оценивающие все показатели разрешения хронической боли в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Кроме того, из-за отсутствия стандартизации техники применения требуются более тщательно спланированные исследования для подтверждения результатов этого систематического обзора.

de Pedro M. et al. Efficacy of low-level laser therapy for the therapeutic management of neuropathic orofacial pain: a systematic review. J. Oral. Facial Pain Headache. 2019.

Подготовила ***Дарья Мазепина***

Помірні когнітивні порушення: точка для своєчасного втручання та запобігання деменції

Помірні когнітивні порушення (ПКП) – критична точка між нормальним старінням та деменцією. Їх прогноз включає не тільки виникнення судинної деменції, а й смерть від серцево-судинних захворювань. З метою своєчасного терапевтичного втручання та запобігання подальшому погіршенню стану слід виявляти ПКП якомога раніше (Meguro K., Dodge H.H., 2019).

Загалом причини ПКП поділяються на дегенеративні та судинні. Васкулярні когнітивні порушення (ВКП) можуть бути наслідком ураження великих та/або малих судин. Зміни у великих судинах частіше спричиняють деменцію, а зміни у малих судинах – ПКП (Vasquez B.P., Zakzanis K.K., 2015). Точна поширеність ПКП васкулярного генезу наразі не встановлена, однак два наявні огляди щодо цього питання вказують на показники в межах 21 та 30% (Makin S.D. et al., 2013; van Rooij F.G. et al., 2016). Відповідно до систематичного огляду S.L. Harrison і співавт. (2016) поширеність ВКП варіює від 24 до 75% (у популяції осіб, які перенесли інсульт).

ВКП характеризуються розладами виконавчої функції, сповільненням обробки інформації, погіршенням пам'яті, порушеннями настроєвої сфери та розладами особистості (Leys D. et al., 2003). Головним невропатологічним субстратом судинних ПКП є порушення роботи лобно-субкортикальних зв'язків унаслідок ураження білої речовини. Когнітивні розлади можуть також спричиняти ураження таламуса та базальних ядер (Vasquez B.P., Zakzanis K.K., 2015).

При діагностиці цереброваскулярних уражень особливо важливо здійснювати нейровізуалізаційні обстеження. Найчастіше застосовується магнітно-резонансна томографія (МРТ). МРТ-маркерами ураження малих судин є ділянки гіперінтенсивного сигналу в білій речовині, малі субкортикальні інфаркти, збільшені периваскулярні простори, мікрогеморагії. Показано, що ці маркери корелюють із наявністю когнітивних розладів (Debette S., Markus H., 2010; Patel B. et al., 2013; Vermeer S.E. et al., 2007; MacLullich A. et al., 2004; Silbert L.C. et al., 2009).

Для своєчасного виявлення ПКП слід застосовувати чутливі нейропсихологічні тести та обстежувати великі популяційні вибірки. Інструмент, що найчастіше використовується для скринінгової оцінки когнітивної функції, – шкала MMSE (Mini-Mental State Examination), яка має низьку чутливість до виявлення ПКП (Pendlebury S.T. et al., 2012). Вища специфічність та чутливість до виявлення зазначеного стану властива шкалам Montreal Cognitive Assessment (MoCA) та Addenbrooke's Cognitive Examination (Pendlebury S.T. et al., 2012; Nasreddine Z.S. et al., 2005; Mioshi E. et al., 2006). Спеціально для виявлення судинних ПКП були розроблені також інші скринінгові тести, наприклад Brief Memory and Executive Test (Brookes R.L. et al., 2012) та Oxford Cognitive Screen (Demeyere N., 2015).

Розвитку когнітивних розладів здебільшого сприяють фактори кардіоваскулярного ризику (Gorelick P.B., 2011), насамперед артеріальна гіпертензія – АГ (Yaneva-Sirakova T. et al., 2012; Mancia G. et al., 2013).

У пацієнтів із АГ ризик розвитку ПКП є вищим, ніж у нормотензивної групи осіб. Про це свідчать й висновки нейровізуалізаційних досліджень, які показали, що у пацієнтів із більшою варіабельністю артеріального тиску (АТ) спостерігається більший об'єм уражень білої речовини, ніж у хворих з малою варіабельністю (Gómez-Angelats N. et al., 2004; Kario K., 1996). Можливим поясненням цього факту є те, що в осіб з АГ порушена мікроваскулярна (у т. ч. цереброваскулярна) авторегуляція, що призводить до перенапруження компенсаторних механізмів при значних перепадах АТ. Унаслідок цього періоди гіпоперфузії чергуються з періодами нормального або посиленого кровоплину, що й спричиняє порушення функціонування гематоенцефалічного бар'єра, дисфункцію малих судин, розлади роботи нейронних зв'язків.

З метою з'ясування впливу судинних факторів ризику на розвиток деменції було проведено дослідження MYHAT (Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team) із залученням 2036 осіб віком ≥65 років, які проживали у сім'ях (не в закладах догляду). За пацієнтами спостерігали впродовж 4 років (Ganguli M. et al., 2014). Когнітивна функція учасників оцінювалася на початку дослідження та 1 р/рік за допомогою спеціалізованих тестів, спрямованих на визначення рівня уваги, швидкості обробки інформації, виконавчої функції, пам'яті, мови, зорово-просторових функцій. Фізикальне обстеження учасників передбачало аускультацію серця з метою виявлення аритмій, а також вимірювання АТ, окружності талії та стегон із подальшим розрахунком їх співвідношення (СОТС) – показника центрального ожиріння, який пов'язаний із ризиком кардіоваскулярної смерті (Shlipak M.G. et al., 2005).

Лабораторне обстеження передбачало визначення загального холестерину та його фракцій, генотипу APOE4, ApoA1, ApoB, цистатину С (показник функції ниркових клубочків, який не залежить від раси, статі, м'язової маси чи харчування, а в осіб похилого віку відображає атеросклеротичний тягар), глікованого гемоглобіну, гомоцистеїну та С-реактивного білка (СРБ). Статистичний аналіз було проведено за допомогою визначення кореляційних зв'язків за Пірсоном після стандартизації за демографічними показниками (вік, стать, рівень освіти) з подальшою побудовою моделей лінійної регресії.

Середній вік учасників – 77,65±7,44 року; жінки склали 61,05% учасників дослідження. В отриманих крос-секційних моделях вихідні показники уваги, виконавчої функції, мови, пам'яті та зорово-просторових функцій асоціювалися з низкою судинних факторів. Так, низький рівень уваги був пов'язаний з інсультом та цукровим діабетом (ЦД) у анамнезі, а також високим СОТС. Незадовільна виконавча функція асоціювалася з інсультом в анамнезі, підвищеним діастолічним АТ, зростанням СРБ та СОТС. Гірша мовна функція корелювала з інсультом у анамнезі та підвищеним діастолічним АТ. Незадовільний стан пам'яті був пов'язаний з інсультом та APOE4-статусом, тоді як кращі показники пам'яті супроводжували вищі рівні холестерину.

При оцінці динаміки змін когнітивних функцій було встановлено, що ступінь погіршення тісно асоціюється з вихідним рівнем даних показників, але напрямок зв'язку для різних показників відрізнявся. Так, для виконавчої функції, мови та пам'яті вищий вихідний рівень асоціювався з повільнішим погіршенням стану, а для уваги та зорово-просторової функції – зі швидшим.

Ризик погіршення когнітивних функцій спостерігався у курців, а також у пацієнтів з інсультом, хворобами серця (у т. ч. аритміями та серцевою недостатністю), високим систолічним тиском, гіперхолестеринемією.

Цікаво, що вживання алкоголю виявилося протективним стосовно всіх когнітивних доменів, окрім зорово-просторової функції. Можливим поясненням цього факту є сприятливий вплив на серце та судини незначного/помірного вживання алкоголю (Agarwal D.P., 2002). Крім того, вживання алкоголю може бути показником відсутності тяжких захворювань та вживання ліків, при яких алкоголь протипоказаний (Ganguli M. et al., 2014).

Оскільки значна кількість судинних факторів ризику є потенційно модифікованою, спрямовані на них профілактичні заходи здатні впливати не лише на деменцію, а й на перебіг подальшого зниження когнітивних функцій при старінні (Welsh-Bohmer K.A. et al., 2006).

Вагомою проблемою є те, що популяція, яка лікується щодо ПКП, є лише верхівкою айсберга. Ці пацієнти знають про свій стан та отримують підтримку сімей. На противагу цьому хворі, які не усвідомлюють свого захворювання або перебувають в апатичному стані, часто залишаються недообстеженими, а когнітивні розлади у них – недіагностованими.

У зв'язку з цим було розроблено систему виявлення осіб із ПКП (Takada J. et al., 2014). Суть системи полягає в оцінці щоденної активності пацієнтів під час спостереження за такими характеристиками та симптомами: неможливість виконання рутинної справи у тому самому обсязі чи так само якісно, як і раніше; знижений рівень активності в домашніх умовах; втрата взаємодії з іншими людьми, крім сім'ї; потреба у допомозі стосовно приймання ліків (особливу увагу слід звернути на осіб похилого віку, які лікуються щодо АГ або ЦД та мають низьку прихильність до лікування).

Отже, ПКП – небезпечне захворювання, прогноз якого передбачає не лише розвиток деменції, а й смерть від кардіоваскулярних захворювань (Meguro K. et al., 2012). Фактори ризику ПКП є модифікованими, тому відповідне лікування здатне зменшити поширеність когнітивних розладів та деменції. Запобігання деменції та відтермінування її початку є надзвичайно важливими для зниження поширеності зазначеного стану в цілому світі (Anstey K.J. et al., 2018). ПКП у сполученні з АГ та ЦД часто залишаються недіагностованими та нелікованими, що надалі погіршує прогноз для такого пацієнта.

Важливим завданням сучасної медицини у цьому напрямі є відкриття потенційних терапевтичних мішеней з метою запобігання розвитку деменції, а також активне виявлення груп ризику та осіб із субклінічними формами когнітивних розладів. З метою виявлення таких «прихованих» пацієнтів слід застосовувати спеціалізовані опитувальники, що фокусуються на симптомах ПКП, навчати медичний персонал ретельно оцінювати відповіді пацієнтів у таких опитувальниках та полегшити доступ до МРТ (зменшення вартості, збільшення кількості спеціалізованих центрів). На противагу тактиці лікування лише тих, хто звертається до спеціалізованих медичних закладів, така тактика дозволяє вчасно виявити та модифікувати фактори ризику з метою відтермінування настання клінічно розгорнутої деменції.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***

КОМЕНТАР ЕКСПЕРТА

Ірина Іванівна Князькова, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри клінічної фармакології та внутрішньої медицини Харківського національного медичного університету:

– Пошук нових терапевтичних можливостей корекції ПКП залишається актуальною проблемою. Тенденцією сьогодення як серед пацієнтів, так і серед лікарів є віддання переваги немедикаментозним методам лікування, особливо фітотерапії. Її перевага в тому, що в одному лікарському засобі рослинного походження можуть бути реалізовані всі основні напрями етіопатогенетичної і симптоматичної терапії [1].

На фармацевтичному ринку України представлено трикомпонентну рослинну композицію Віноксин® Форте, до складу якої входять екстракти трави барвінку малого (Vinca minor), стебел із квітками омели білої (Viscum album L.), листя гінкго білоба (Ginkgo biloba; ГБ).

У Vinca minor виділено понад 50 алкалоїдів індольного типу, в т. ч. вінкамін, для якого доведено модулюючий вплив на церебральну гемодинаміку і гомеостаз нейронів, а також антигіпоксичний і нейропротекторний потенціал [2]. Препарати барвінку чинять заспокійливу, гіпотензивну, судинорозширювальну, гемостатичну, протимікробну і в'яжучу дію. Алкалоїд вінкамін сприяє помірному зниженню АТ, має седативні властивості, а також розширює судини мозку. Вінкамін застосовується для профілактики і лікування порушень мозкового кровообігу. Отримано клінічні докази ефективності вінкаміну при симптомах низки захворювань головного мозку в літніх пацієнтів, як-от порушення пам'яті, запаморочення, транзиторні ішемічні атаки, головний біль. Під впливом вінкаміну поліпшуються мозковий кровообіг і мікроциркуляція, посилюються споживання кисню й утилізація глюкози клітинами головного мозку [3].

Найактивнішими речовинами Viscum album L. є фенольні кислоти, фенілпропаноїди і флавоноїди, яким притаманна антиоксидантна, протизапальна й гіпотензивна дія. Інші компоненти омели включають тритерпени із цитотоксичними й апоптотичними властивостями, фітостероли, оліго- та полісахариди. Тритерпенові сапоніни, що входять до складу омели білої, пригнічують синтез холестерину та тригліцеридів [5]. Екстракт омели білої застосовується в комплексній терапії АГ, артриту тощо. Потенційно його також можна використовувати як гепатопротектор або седативний засіб [6].

Ginkgo biloba – одна з найбільш вивчених лікарських рослин. Основні біологічно активні компоненти екстракту ГБ – флавоноглікозиди і терпенлактони [7]. Флавоноїдні глікозиди мають антиоксидантний, антиатеросклеротичний, нейромедіаторний ефекти [8]; терпенові трилактони (гінкголіди і білобалід) – антиоксидантну, протиішемічну активність і, крім того, пригнічують фактор активації тромбоцитів [9]. Вазоактивну дію ГБ пов'язують зі здатністю флавонових глікозидів пригнічувати фосфодіестеразу, що забезпечує зниження тонусу артеріол і збільшення кровотоку. Показано, що ГБ більшою мірою впливає на спазмовані артеріоли і не спричиняє ефекту обкрадання. Продемонстровано сприятливий вплив ГБ на нейропротекцію і когнітивні порушення [10]. ГБ має протинабрякову властивість як за рахунок поліпшення кровообігу і тканинного дихання, так і шляхом венотонічного ефекту [11, 12]. Впливом на ацетилхолінергічну і катехоламінергічну системи пояснюють ноотропний та антидепресивний ефекти екстракту ГБ відповідно. Встановлено поліпшення когнітивних функцій, настрою і самопочуття пацієнтів із ранніми формами хронічних порушень мозкового кровообігу на тлі терапії ГБ [13].

Отже, застосування рослинних засобів із широким спектром фармакологічних ефектів, одночасним впливом на кілька патогенетичних мішеней і відсутністю небажаних реакцій при тривалому застосуванні є перспективним. Віноксин® Форте – трикомпонентна рослинна композиція, фармакологічні властивості якої сприяють підтриманню нормального серцевого, мозкового та периферичного кровообігу, стабілізіції АТ, підсиленню функції пам'яті та концентрації, запобігають запамороченню.

Список літератури знаходиться в редакції.
UA-VINF-PUB-022020-011

ПОКРАЩЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ГОЛОВНОМУ МОЗКУ[1]

ПОКРАЩЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ УВАГИ, ПАМ'ЯТІ ТА МИСЛЕННЯ[1]

СТАБІЛІЗАЦІЯ ТИСКУ ТА ЗМЕНШЕННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ[1,2]

ВІНОКСИН® ФОРТЕ

ПОТРІЙНА СИЛА ДІЇ В ПОКРАЩЕННІ КРОВООБІГУ МОЗКУ

Віноксин® Форте (Vinoxin® Forte)
за ТУ У 10.8-30117001-006:2019

1 капсула містить сухі екстракти: барвінку малого – 10 мг, омели білої – 32 мг, гінкго білоба 80 мг.

Склад: активні речовини: сухий екстракт трави барвінку малого (Vinca minor) 4:1, сухий екстракт стеблів з квітами омели білої (Viscum Album L.) 4:1, сухий екстракт листя гінкго білоба (Ginkgo Biloba) 24/6/5 (містить 24 % гінкофлавонів, 6 % терпенолактонів); допоміжні речовини: наповнювачі: целюлоза мікрокристалічна, натрію кроскармелоза, кальцію карбонат; антизлежувачі: кремнію діоксид колоїдний безводний, кремнію діоксид колоїдний водний, магнію стеарат; оболонка капсули: желатин, барвник: титану діоксид, заліза оксид жовтий, патентований синій V, хіноліновий жовтий. **Рекомендації до споживання:** комплексна дія Віноксин® Форте на систему кровообігу обумовлена сукупним ефектом комбінації натуральних екстрактів барвінку, омели та гінкго білоба. Біологічно активні речовини рослин, що входять до складу Віноксину® Форте, сприяють: підтримці нормального серцевого, мозкового та периферичного кровообігу; стабілізації АТ; оптимальної в'язкості крові, для покращення забезпечення киснем та метаболізму у тканинах головного мозку, серця, кінцівок та внутрішніх органів. Флавоноїди гінкго білоба у складі дієтичної добавки гальмують процеси старіння клітин, сприяють підсиленню функції пам'яті та концентрації, запобігають запамороченню. Перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем! **Спосіб застосування та рекомендована добова доза:** дієтичну добавку рекомендовано приймати дорослим внутрішньо, до їди, не розжовувати та запивати достатньою кількістю води. Добова доза становить для дорослих по 1 капсулі 2 рази на добу, або за рекомендацією лікаря. **Термін вживання:** визначає лікар індивідуально. **Застереження до споживання:** дієтична добавка Віноксин® Форте призначена лише для дорослих. Особи, що приймають будь-які ліки, повинні вживати Віноксин® Форте за умови медичного нагляду. Вживання дієтичної добавки протипоказано при індивідуальній чутливості до її компонентів, у дитячому віці до 18 років, під час вагітності та лактації, при гострій стадії геморагічного інсульту; тяжкої ішемічної хворобі серця; тяжких формах аритмій. З обережністю вживати при схильності до кровотечі, складові продукту зменшують в'язкість крові. Особи з будь-яким захворюванням перед вживанням цього продукту повинні радитися з лікарями. Дієтична добавка Віноксин® Форте не призначена для лікування, не повинна застосовуватися як заміна повноцінному раціону харчування. Перед застосуванням рекомендована консультація лікаря. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Не є лікарським засобом.

1. Фітотерапія в кардіології: навч.посібник / Ю. І. Корнієвський, О. В. Крайдашенко, М. П. Красько, Н. Ю. Богуславська, В. Г. Корнієвська. — Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. — 470 с. **2.** Результаты многоцентрового исследования побочных эффектов комбинированного препарата Цефавора®. Новости медицины и фармации. 2011р. N 388 — С. 21-24.

ТОВ «АСІНО УКРАЇНА», Україна, 03124, м. Київ, бульвар Вацлава Гавела, 8, тел.: +38 (044) 281-23-33.

UA-VINF-IMI-022020-010

АЛЗЕПІЛ

ДОНЕПЕЗИЛ

Збережи важливе

Донепезил — єдиний іAXE, схвалений FDA для використання при всіх ступенях важкості хвороби Альцгеймера*

*FDA-approved treatments for Alzheimer's, 2019 Alzheimer's association®. іAXE — інгібітори ацетилхолінестерази

Показання. Симптоматичне лікування хвороби Альцгеймера з легким або середнім ступенем тяжкості. **Спосіб застосування та дози.** Лікування слід починати з дози 5 мг/добу (прийом 1 раз на добу). Алзепіл потрібно приймати внутрішньо ввечері, безпосередньо перед сном. Дози 5 мг/добу слід дотримуватись протягом щонайменше одного місяця, щоб забезпечити якомога більш ранню клінічну відповідь на лікування за результатами оцінки та досягти рівноважної концентрації донепезилу гідрохлориду. Після клінічної оцінки лікування препаратом у дозі 5 мг/добу протягом 1 місяця дозу донепезилу можна збільшити до 10 мг/добу (прийом 1 раз на добу). Максимальна рекомендована добова доза становить 10 мг. Підтримуюче лікування можна продовжити, поки пацієнт отримує терапевтичну користь. Таким чином, клінічну користь донепезилу слід регулярно оцінювати. Індивідуальну відповідь на донепезил прогнозувати неможливо. При відміні лікування спостерігається поступове зменшення сприятливого ефекту донепезилу. **Протипоказання.** Гіперчутливість до донепезилу гідрохлориду, похідних піперидину або до будь-яких допоміжних речовин препарату. **Побічні реакції.** Діарея, судоми, втомлюваність, нудота, безсоння, головний біль, запаморочення та ін. Відпускається за рецептом лікаря. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Р.П. № UA/10701/01/01–02.

Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод, Угорщина.

EGIS

Контакти представника виробника в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38