

Сделать все и даже больше, или Оптимизация терапии в практике семейного врача

19 марта в рамках традиционной весенней научно-практической конференции для врачей первичного звена «Терапия 2015: достижения и перспективы» (г. 18-19 марта, Винница) состоялся сателлитный симпозиум, организованный украинской компанией «Юрия-Фарм».

Представленные докладчиками — известными отечественными экспертами в сферах пульмонологии, оториноларингологии, кардиологии и эндокринологии — интересные клинические случаи, последние данные доказательной медицины и практические рекомендации, основанные на собственном опыте, без сомнения, станут ценным дополнением копилки знаний специалистов первичного звена.

Итак, предлагаем Вашему вниманию подходы к оптимизации лечения таких распространенных патологий, как...

...бронхообструктивный синдром



Доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидат медицинских наук Людмила Владимировна Юдина представила интересный клинический случай из собственной практики, посвященный успешному купированию бронхообструктивного синдрома с помощью небулайзерной терапии.

Пациентка 36 лет с детства болеет хроническим бронхитом, также устанавливался диагноз хронического обструктивного бронхита. В анамнезе заболевания — неоднократно проводимые курсы терапии, включавшие широкий ассортимент антибактериальных препаратов (АБП; олеандомицин, ампиокс, гентамицин, ровамицин) и других лекарственных средств, таких как амброксол различных производителей, комбинация бутамирата и гвайфенезина, комбинированный препарат кодтерпин, всевозможные сиропы и растительные противокашлевые сборы; при этом рациональность применения многих из них представляется весьма спорной.

Обратилась с жалобами на появление в ночное время сухого надсадного кашля, свиста в груди, затрудненного дыхания (преимущественно на выдохе); вынужденное пребывание в горизонтальном положении.

«Описанная симптоматика породила у меня подозрения касательно ошибочности предварительного диагноза, т. к. возникновение сухих свистящих хрипов и ночных симптомов типично для обострений бронхиальной астмы (БА), — прокомментировала Л.В. Юдина. — У больной был определен показатель объема форсированного выдоха за 1-ю секунду — ОФВ₁ (один из критериев астмы): он составил 32,4%, что свидетельствовало о крайне тяжелом общем состоянии. После выполнения пробы с сальбутамолом (ранее женщина его не получала) прирост составил 33%, однако проходимость мелких дыхательных путей оставалась нарушенной. На основании имеющихся данных был установлен диагноз персистирующей неконтролируемой БА с тяжелым течением».

В качестве неотложной помощи при обострении БА в данном клиническом случае назначена небулайзерная терапия курсом 7 дней с использованием:

- сальбутамола (Небутамола) 2,0 мг 2 р/сут;
- флутиказона (Небуфлюзона) 2,0 мг 2 р/сут;
- ацетилцистеина (Ингамиста) 3,0 мл 2 р/сут.

Указанное лечение в короткие сроки обеспечило значительное улучшение состояния пациентки: уже на следующий день показатель ОФВ₁ составил 62%, на 3-й день от начала терапии — 78,9%, на 6-й — 80,4%, на 7-й — 89,9%, т. е. ОФВ₁ практически достиг нормальных значений. Через неделю после купирования обострения БА больной была рекомендована терапия согласно рекомендациям GINA (шаг 1). По мнению докладчика, альтернативой использованию АБП при инфекционном обострении БА может служить применение Декасана («Юрия-Фарм») — первого ингаляционного антисептика, зарегистрированного в Украине. При его применении системный эффект отсутствует, препарат подходит для введения с помощью небулайзера.



Л.В. Юдина описала преимущества назначенных препаратов в форме небул и подчеркнула, что небулайзерная терапия очень эффективна и удобна в использовании: ее можно проводить дома, на работе, в карете скорой помощи, в поликлинике, стационаре и реанимации. Несмотря на то что в настоящее время на украинском рынке представлены прекрасные небулайзеры Юлайзер производства компании «Юрия-Фарм», выпускаются наборы для индивидуального использования — «Кит Юлайзер» (небулайзерная камера, загубник, воздушная трубка и 2 воздушных фильтра) и «Юлайзер» (небулайзерная камера, загубник), другие аксессуары, — данный вид лечения используется в практике недостаточно широко. Это сопряжено с финансовыми затруднениями, которые делают невозможной покупку даже сравнительно доступного отечественного устройства.

Решение поддержать соотечественников и существенно уменьшить экономическое бремя, ассоциированное с терапией хронических заболеваний, принял украинский производитель «Юрия-Фарм».

«Приятно отметить, что в нынешней кризисной ситуации на фоне тенденций к повышению цен на лекарственные препараты компания «Юрия-Фарм» нашла возможность для реализации социального проекта «Дыхание жизни». Он направлен на обеспечение пациентов с БА, имеющих финансовые затруднения, небулайзером Юлайзер, препаратами скорой помощи в форме небул и индивидуальным набором по доступной цене», — информировала Л.В. Юдина.

Чтобы присоединиться к проекту и воспользоваться его преимуществами, пациенту необходимо сделать несколько простых шагов:

- проконсультироваться с доктором;
- при наличии показаний получить у врача первичную карточку (для предоставления в аптеку) на приобретение Юлайзера, сальбутамола (Небутамола) и флутиказона (Небуфлюзона) по 2 упаковки, набора аксессуаров «Кит Юлайзер» со скидкой 80%;
- заполнить специальную анкету;
- отправить ее по указанному адресу;
- через 10-15 дней получить 2 карточки на приобретение небул в дальнейшем со скидкой 20%.

Компанией «Юрия-Фарм» также разработан компактный компрессорный небулайзер для мобильного использования Юлайзер Air. Он имеет небольшие размеры, сопоставимые с таковыми шариковой ручки (12,8×6,6 см), может применяться на даче, во время отдыха; работает как от стандартной розетки, так и от прикуривателя в машине. Зарядки достаточно для осуществления 10 ингаляций.

...инфекций верхних дыхательных путей



Профессор кафедры отоларингологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), кандидат медицинских наук Юлия Валериевна Деева предложила способы улучшения диагностики и лечения заболеваний дыхательной системы, что особенно важно для врачей первичного звена, фактически являющихся аванпостом на пути ведения данного контингента пациентов.

Самостоятельное лечение по принципу «куплю лекарство, которое принимала моя соседка» или «хороший препарат, по телевизору видел», нерациональный подход клиницистов (назначение АБП при вирусных заболеваниях) привели к повышению уровня антибиотикорезистентности, что требует пересмотра существующих стратегий в пользу более широкого использования антисептиков, когда это возможно. Местное применение антисептиков

обеспечивает хороший результат на ранних стадиях гриппа (до появления катаральных симптомов) за счет смывания вируса со слизистой оболочки полости рта и глотки и уменьшения его концентрации. Большое значение играет местная терапия дезинфицирующими растворами при патологии носа и носовых пазух, глотки и гортани. Промывание носа антисептиками демонстрирует хорошие результаты при остром риносинусите (на стадии обильных выделений): улучшаются клинические симптомы, снижается риск возникновения бактериальных осложнений и, соответственно, потребность в применении АБП. Как сообщила докладчик, приблизительно в 50-70% случаев острого риносинусита можно ограничиться назначением местной терапии. Промывание носа и выполнение ингаляций препаратом Декасан® («Юрия-Фарм») демонстрирует высокую эффективность, сопоставимую с таковой при заболеваниях легких.

Механизм действия Декасана заключается в нарушении целостности клеточной стенки микроорганизмов (на клетки макроорганизма препарат не действует), угнетении синтеза белков патогенами, инактивации экзотоксинов. Он реализует бактерицидное действие в отношении ряда грамположительных и грамотрицательных патогенов, анаэробов и внутриклеточных возбудителей (хламидий, микоплазм), оказывает фунгицидное и вирусосицидное влияние; имеет ряд дополнительных свойств (противовоспалительное, спазмолитическое и десенсибилизирующее), не вызывает ожогов слизистой оболочки. Использование Декасана повышает чувствительность полирезистентных штаммов к АБП.

Полоскание и орошение глотки дезинфицирующими растворами являются частью лечебных мероприятий, показанных при остром фарингите. Важно, что ни острая, ни хроническая форма заболевания не предполагает назначения АБП.

Что касается заболеваний глотки, докладчик напомнила значимый нюанс: полоскания антисептиками снижают микробную нагрузку в полости рта. Для обеспечения доставки лекарственного средства в очаг воспаления оптимальны орошение аэрозолями либо использование таблеток для рассасывания. «Надеюсь, что один из любимых препаратов оториноларингологов, Декасан® компании «Юрия-Фарм», будет представлен и в аэрозольной форме», — подытожила профессор Ю.В. Деева.

...внебольничная пневмония



На оптимизации лечения внебольничной пневмонии (ВП) в условиях отделения реанимации / интенсивной терапии (ОРИТ) остановился заведующий кафедрой инфекционных болезней НМАПО им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Александр Константинович Дуда.

Пациенты с тяжелым течением ВП, требующие госпитализации в ОРИТ, составляют 4-ю клиническую группу. Этиологическое значение у данного контингента имеют Streptococcus pneumoniae, Legionella spp., Haemophilus influenzae, грамотрицательные энтеробактерии, Staphylococcus aureus, изредка Mycoplasma pneumoniae; при наличии модифицирующих факторов существует риск выделения Pseudomonas aeruginosa.

Антибиотикотерапию (АБТ) пациентам 4-й группы следует назначать безотлагательно. Тактикой № 1 у больных без риска выделения синегнойной палочки является внутривенное введение защищенного аминопенициллина или цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в сочетании с макролидом. Как альтернатива предлагается комбинация фторхинолона (ФХ) III-IV поколения и β-лактама.

При подозрении на P. aeruginosa показаны другие схемы АБТ внутривенно:

- в качестве первой линии назначается комбинация антипсевдомонадного цефалоспорины III-IV поколения



(цефтазидим, цефоперазон, цефепим), аミノгликозида и левофлоксацина или ципрофлоксацина;

- альтернатива: антипсевдомонадный цефалоспориин III-IV поколения (цефтазидим, цефоперазон, цефепим) в сочетании с аミノгликозидом и макролидом.

Летальность при ВП зависит от тяжести заболевания и варьирует от <1% у амбулаторных пациентов до 54% у госпитализированных в ОРИТ. Примерно 10% случаев ВП требуют лечения в условиях ОРИТ, почти у 2/3 больных регистрируется тяжелая сопутствующая патология (респираторные нарушения, сердечно-сосудистые заболевания, почечная или печеночная недостаточность и др.) либо отягощающие факторы (алкогольная, наркотическая зависимость). Учитывая крайне высокий риск осложнений, необходимо тщательно подходить к выбору препарата для стартовой АБТ.

Как подчеркнул докладчик, при необходимости лечения тяжелой ВП в условиях ОРИТ возможно применение АБП широкого спектра действия Грандазол® («Юрия-Фарм»). Он был создан с учетом потребностей ОРИТ, отделений хирургического профиля (абдоминальная хирургия, гинекология) и появился на отечественном рынке несколько лет назад; представлен во флаконах по 100 и 200 мл.

Грандазол® – комбинация 1000 мг орнидазола и 500 мг левофлоксацина (в 1 мл – 5 и 2,5 мг соответственно). Таким образом, эффекты ФХ левофлоксацина, спектр действия которого охватывает типичную и атипичную флору, дополняется влиянием орнидазола, активного в отношении простейших и анаэробов.

Высокий риск выявления анаэробной флоры, при котором может быть показано назначение комбинации левофлоксацина и орнидазола (Грандазол®), имеют пациенты, находящиеся в ОРИТ в связи с инфекционной патологией, больные сахарным диабетом (СД), пожилого и старческого возраста. Именно у данного контингента терапия препаратом Грандазол® обеспечивает максимальный эффект.

Профессор А.К. Дуда представил результаты выполненного на базе кафедры инфекционных болезней НМАПО им. П.Л. Шупика сравнительного исследования Грандазола 200 мг и левофлоксацина 500 мг с участием пациентов с тяжелой ВП. На основании полученных результатов можно сделать вывод о достоверных отличиях сроков нормализации температуры тела (1,8 и 3,1 сут соответственно) в пользу Грандазола. Сроки исчезновения респираторных симптомов, начала улучшения лабораторных показателей, стабилизации клинико-рентгенологических параметров и исчезновения одышки оказались сопоставимыми.

При оценке на 3–5-й день в обеих группах прослеживались нормализация температуры тела, исчезновение адинамии, снижение частоты кашля, значительное уменьшение или ликвидация болевого синдрома, изменение характера мокроты.

...артериальной гипертензии



С учетом высокой актуальности проблемы артериальной гипертензии (АГ) как в мире, так и в Украине (этим заболеванием страдает примерно треть взрослого населения нашей страны – зарегистрировано более 12 млн больных) **научный куратор кардиологического отделения ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Виктория Юрьевна**

Жаринова избрала темой доклада возможности оптимизации терапии АГ. Данная патология предшествует развитию сердечной недостаточности (СН) у 70% пациентов, инсульта у 63%, инфаркта миокарда (ИМ) у 74% больных.

Несмотря на регулярное обновление профильных согласительных документов и широкий ассортимент антигипертензивных препаратов, результаты контроля АГ оставляют желать лучшего: целевых уровней артериального давления (АД) достигают лишь 25% пациентов, что, безусловно, требует оптимизации стандартных терапевтических стратегий.

Профессор В.Ю. Жаринова указала, что одним из важных патологических механизмов большинства сердечно-сосудистых заболеваний является эндотелиальная дисфункция (ЭД), ассоциированная с дефицитом оксида азота (NO). Принципиален тот факт, что если в случае атеросклероза изменены крупные сосуды, при микрососудистой ишемии в процесс вовлекается микроциркуляторное русло, то в случае ЭД патологические нарушения реализуются на всех уровнях, а это имеет особое значение при АГ.

Дефицит NO возникает вследствие ряда причин:

- недостатка субстрата – L-аргинина;
- нарушения активности эндотелиальной NO-синтазы (e-NOS);
- периферической дисфункции NO.

Восполнить дефицит субстрата можно путем назначения L-аргинина (например, Тивортин компании «Юрия-Фарм»). Итоги ряда метаанализов свидетельствуют, что добавление к стандартной терапии перорального L-аргинина способствует дополнительному снижению уровней систолического и диастолического АД. Данные

исследования V.A. Shtanko и соавт., представленные медицинской общественности 16 марта, продемонстрировали созвучные результаты: дополнительные преимущества в отношении контроля АГ и отсутствие значимых метаболических эффектов. Подтверждено более выраженное снижение уровней АД при дополнении комплексной терапии L-аргинином в популяциях пациентов с АГ и СД, а также у больных АГ, находящихся на гемодиализе.

Функционирование e-NOS нарушается в результате дефицита субстрата (L-аргинин стабилизирует структуру и функции фермента), снижения уровня его экспрессии и активности, ускоренного разрушения. «В выполненном нами испытании добавление Тивортина к терапии у пожилых пациентов с хронической СН ишемического генеза позволило устранить ЭД, нормализовать титры антител к e-NOS (образующихся в ответ на разрушение структуры фермента) и обеспечить ряд других положительных эффектов, – охарактеризовала результаты профессор В.Ю. Жаринова. – Кроме того, доказано, что данный препарат усиливает вазодилатирующий эффект ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и статинов».

Докладчик также перечислила причины, проявления и риски микрососудистой ишемии, сопряженной с опасностью развития СН, подчеркнув, что положительное значение в данной ситуации имеет стимуляция комбинаторного ангиогенеза. С этой целью применяются введение рекомбинантных факторов роста (обеспечивают быстрое, но непродолжительное действие), использование стволовых клеток (сопряжено с риском появления опухолей) и влияние на эндотелий (путем регулярных физических тренировок, пассивного увеличения скорости кровотока и назначения средств с эндотелийпротекторным эффектом).

По мнению профессора В.Ю. Жариновой, в комплексной терапии СН целесообразным является применение препарата Тивортин® («Юрия-Фарм»), обладающего способностью повышать уровень фактора роста эндотелия сосудов и активировать физиологический ангиогенез.

...цереброваскулярной патологии



ЭД и цереброваскулярная патология попали в поле зрения **доктора кафедры неврологии № 1 НМАПО им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидата медицинских наук Марины Анатольевны Трешинской**.

Она осветила факторы риска, патогенез и исходы цереброваскулярной патологии, перечислила функции эндотелия и продуцируемых им веществ, подчеркнув, что, воздействуя на эндотелий, возможно регулировать тонус сосудов, их целостность, показатели гемостаза, воспалительные и иммунные реакции. Нарушение работы эндотелия сопровождается изменениями функционирования органов и систем, которые могут стать патогенетической основой для цереброваскулярной патологии.

Любопытно, что эндотелий легочных, почечных, церебральных или коронарных сосудов, хотя и схож анатомически, существенно различается по специфичности, содержанию рецепторов, белков, ферментов и проч., вследствие чего он неодинаково чувствителен к атеросклерозу, ишемии, развитию отека и др. Особенности сосудов головного мозга заключаются в следующем: здесь расположены наиболее мелкие капилляры, их количество строго ограничено (нет резерва нефункционирующих сосудов), слабо развиты коллатерали. Облитерация даже одного сосуда мозга вызывает появление зоны ишемизации, а нарушения функции эндотелия сопряжены с повреждением гематоэнцефалического барьера.

Одним из подходов к коррекции ЭД является введение L-аргинина (Тивортин, «Юрия-Фарм»). Докладчик презентовала результаты испытания, сравнивающего эффективность двух режимов терапии у пациентов с начальными проявлениями цереброваскулярной патологии: L-аргинин (Тивортин®) внутривенно 100 мл в суточной дозе 4 г курсом 10 дней (группа 1, n=47) и физиологический раствор 100 мл в течение 10 дней (группа 2, n=47). Помимо этого, все участники исследования получали базисное лечение АГ и дислипидемии.

У пациентов, принимавших Тивортин® (группа 1), наблюдалась более выраженная положительная динамика основных симптомов: головной боли, головокружения, шума в голове, нарушения концентрации внимания, тревожности, колебаний АД. Терапия Тивортином оказала статистически достоверное нормализующее действие на лабораторные параметры: уровень общего холестерина, триглицеридов, коэффициент атерогенности, систолическое АД. 10-дневное лечение Тивортином способствовало снижению уровня выраженности ЭД (согласно достоверному улучшению показателей манжеточной пробы, уровней эндотелина-1 и нитрита).

«Коррекция ЭД при цереброваскулярной патологии и цереброваскулярных нарушениях должна быть рутинной и обязательной частью терапевтических и профилактических программ, а также жестким критерием их эффективности», – резюмировала М.А. Трешинская.

...осложнений сахарного диабета



В 2013 г. количество больных СД в мире оценивали в 362 млн. По прогнозам экспертов, к 2035 г. данный показатель возрастет до 592 млн. В Украине официально зарегистрировано 1,3 млн пациентов с СД, однако клиницисты уверены: масштаб неинфекционной эпидемии как минимум в 3 раза больше.

На опасном осложнении СД – кетоацидозе – и подходах к его купированию сфокусировала внимание **доцент кафедры диabetологии НМАПО им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидат медицинских наук Ирина Николаевна Кондраккая**.

В норме кетоновые тела присутствуют в сыворотке крови в незначительном количестве. Дефицит углеводов приводит к активации липолиза с образованием кетоновых тел – ацетона, β-оксимасляной и ацетоуксусной кислот (последняя в моче определяется лишь тогда, когда ее концентрация в крови в тысячу раз превышает нормальные величины). Уровень кетоновых тел обязательно следует оценивать у больных СД, имеющих уровень гликемии >13 ммоль/л.

В амбулаторной практике чаще встречается умеренный кетоацидоз – первая стадия кетоацидотической комы. Кетоацидоз имеет несколько клинических вариантов: сердечно-сосудистый (напоминает ИМ, ТЭЛА); абдоминальный (подобен синдрому острого живота); почечный (симптоматика, сходная с таковой при острой почечной недостаточности); энцефалопатический (по проявлениям похож на нарушения мозгового кровообращения, отек мозга). Лечение умеренного кетоацидоза предполагает обязательную госпитализацию в эндокринологический стационар, контроль гликемии 4–5 р/сут, коррекцию диеты (повышение содержания углеводов до 70%), щелочное питье, регидратацию, восстановление электролитного баланса, нормального кислотно-щелочного равновесия и запасов гликогена.

Решить ряд задач позволяет применение инфузионного раствора Ксилат® («Юрия-Фарм»). Входящий в его состав натрий ацетат обладает мягким ошелачивающим действием, ксилитол переключает патологический обмен с образованием кетоновых тел на физиологический, восстанавливает запас гликогена в печени, а комплекс ионов нормализует электролитный профиль.

Докладчик ознакомила аудиторию с результатами собственного исследования, в котором оценивалась эффективность комплексной терапии 35 пациентов с СД (46% – 1 типа, 54% – 2 типа), госпитализированных с кетоацидозом. Уровень гликозилированного гемоглобина на момент поступления составлял 11,5 и 13,1% у пациентов с СД 1 и 2 типа соответственно, что свидетельствовало о выраженной декомпенсации. Комплексная терапия включала инсулинотерапию, введение физиологического раствора 400–800 мл/сут курсом 1–3 дня и Ксилата 200–800 мл/сут курсом 10 дней. Лечение сопровождалось значимым снижением уровня холестерина, триглицеридов и атерогенных фракций липидного профиля, достоверным уменьшением концентрации кетоновых тел (в обоих случаях разница более заметна в случае СД 2 типа). Также была выполнена оценка дозозависимого эффекта и влияния терапии на осмолярность крови: сравнение результатов приема Ксилата 200–400 и 600–800 мл/сут позволило сделать вывод о большей эффективности высоких доз раствора. Препарат не изменял осмолярности крови. По мнению И.Н. Кондраккой, внутривенное введение Ксилата 600–800 мл/сут – действенная стратегия лечения умеренного кетоацидоза у пациентов с СД 1 и 2 типа.

Следует учитывать наличие у Ксилата легкого желчегонного эффекта, что ограничивает его применение при желчнокаменной болезни; препарат не назначают при гиперосмолярной коме и не используют для введения других лекарственных средств.

«Юрия-Фарм» – одна из наиболее прогрессивных компаний нашей страны. Она является инициатором целого ряда социальных инициатив и создателем первых отечественных небулайзеров, проводит гигантскую работу в сфере инфузионной терапии», – подчеркнул организатор конференции, заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук Юрий Михайлович Мостовой во время торжественного вручения компании почетной грамоты.

Компания «Юрия-Фарм» доказала, что новаторство в фармации не ограничивается производством эффективных и безопасных лекарственных препаратов. Не менее важны активная просветительская деятельность, масштабная поддержка образовательных проектов и высокий уровень социальной ответственности, позволяющие клиницистам расширить теоретические познания и, обойдя финансовые барьеры, успешно реализовать приобретенные знания в практической деятельности.

Подготовила **Ольга Радучич**

3