



Для імунокомпроментованих пацієнтів вибір противогрибкового препарату дуже важливий

Допоможіть пацієнтам у боротьбі за їхні життя

МСД допомагає у боротьбі з інфекційними захворюваннями



НОКСАФІЛ®
посаконазол



Кансидаз®
каспофунгін

Коротка інформація по препаратам Кансидаз® та Ноксафіл®

Кансидаз® (каспофунгін) – противогрибковий засіб для системного застосування. 1 флакон містить каспофунгін ацетату 60,6 мг або 83,9 мг, що еквівалентно безводній основі 50 мг або 70 мг відповідно¹. **Показання:** Лікування інвазивного кандидозу, інвазивного аспергілозу в дорослих та дітей при рефрактерності або непереносимості до амфотерицину В, ліпідних форм амфотерицину В та/або ітраконазолу. Емпірична терапія при підозрі на грибкові інфекції (*Candida* або *Aspergillus*) у дорослих та дітей з фебрильною нейтропенією¹. Для дітей (віком від 12 місяців до 17 років) дозування залежить від площі поверхні тіла пацієнта. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату¹. **Виробник:** СЕНЕКСІ НСС – ЕРУВІЛЬ СЕНТ КЛЕР, Франція*.

Ноксафіл® (посаконазол) – противогрибковий засіб для системного застосування. Похідні триазолу. Суспензія оральна. 1 мл суспензії містить посаконазолу (мікронізованого) 40 мг. **Показання:** препарат Ноксафіл® призначають для профілактики інвазивних грибкових інфекцій, спричинених дріжджовими або пліснявими грибами, у дорослих і дітей віком від 13 років, які мають підвищений ризик розвитку таких інфекцій (наприклад у пацієнтів з тривалою нейтропенією або реципієнтів трансплантатів кровотворних стовбурових клітин). **Протипоказання:** Підвищена чутливість до посаконазолу або будь-якого іншого компонента препарату. Одночасне застосування з: субстратами CYP3A4; алкалоїдами ріжків; інгібіторами ГМГ-КоА-редуктази, симвастатином, ловастатином та аторвастатином¹. **Виробник:** Шерінг-Плау, Франція; Шерінг-Плау Лабо Н.В., Бельгія*.

Джерела: 1. Інструкція для медичного призначення Кансидаз®. 2. Інструкція для медичного призначення Ноксафіл®. *Повна інформація про виробників знаходиться в інструкціях препаратів Кансидаз® і Ноксафіл®.

Перед призначенням Кансидаз®, Ноксафіл®, будь-ласка, ознайомтесь з повними інструкціями по застосуванню препаратів. МСД не рекомендує призначати препарати у цілях, які відрізняються від тих, що прописані в інструкції по застосуванню даних препаратів. Даний матеріал призначений для спеціалістів охорони здоров'я і для розповсюдження на спеціалізованих медичних заходах та для публікації в спеціалізованих медичних виданнях.

AINF-1158260-0002

Матеріал виготовлений: липень 2017. Матеріал придатний до: липень 2019.

ТОВ «МСД Україна», адреса: 03038, м. Київ, БЦ «Горизонт Парк», вул. М. Амосова, 12, 3 поверх, тел.: +38 (044) 393-74-80, факс: +38 (044) 3937481.

Якщо у вас з'явилися питання по препаратам компанії МСД, пишіть нам за адресою: medinfo@merk.com, або звертайтеся на www.medical-msd.com Авторські права © [2017] ТОВ «МСД Україна».

Всі права захищені.



Сучасні підходи до подолання проблеми ВІЛ/СНІДу в Україні: погляд фахівця

Незважаючи на те що в боротьбі з ВІЛ-інфекцією в Україні досягнуто значного прогресу, проблема, як і раніше, залишається актуальною. Найбільша поширеність ВІЛ-інфекції спостерігається в таких регіонах, як Дніпропетровська, Донецька, Київська, Миколаївська й Одеська області, а також у Києві. З 2016 року в країні, за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, було зареєстровано понад 15 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції, причому за масштабами її поширення наша держава утримує сумне лідерство у Європі. За оцінками експертів UNAIDS (Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу), на сьогодні кількість хворих на ВІЛ в Україні становить близько 250 тис. (при цьому тільки кожен другий знає про свій діагноз; на обліку перебувають приблизно 133 тис. осіб).



На актуальні запитання, пов'язані з останніми тенденціями в боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Україні, відповів головний лікар КЗ «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради, заслужений лікар України Петро Юрійович Левченко.

? Наскільки ситуація з лікуванням та профілактикою ВІЛ/СНІДу в Україні відповідає світовим тенденціям?

— Епідемія ВІЛ-інфекції в Черкаській області, як і в Україні в цілому, продовжує поширюватися. Зростає кількість нових випадків інфікування ВІЛ та захворювання на СНІД, збільшується число дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Згідно з новими глобальними цілями UNAIDS досягнення показників «90-90-90» дозволить до 2020 року призупинити епідемію ВІД/СНІДу: 90% людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), знають про свій ВІЛ-статус; 90% осіб з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують антиретровірусну терапію (АРТ) і в 90% тих, хто отримує АРТ, досягнуто невизначеного рівня вірусного навантаження.

Ці амбітні цілі передбачають впровадження стратегії Test and Start (англ. «Протестувати і розпочати»), в рамках якої рекомендовано розпочинати лікування ВІЛ-інфекції з моменту встановлення діагнозу, що, своєю чергою, зумовить суттєве зростання кількості тестувань на ВІЛ, а також підвищення попиту на всі послуги, пов'язані з тестуванням, лікуванням, доглядом та підтримкою людей, які живуть з ВІЛ.

Збільшення доступу до тестування та його масштабів, що має на меті встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції в тих, у кого він залишається невідомим, особливо в групах високого ризику інфікування ВІЛ, є пріоритетними профілактичними заходами, спрямованими на подолання негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції в регіоні. Впровадження в практику закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різного профілю, включно з первинним рівнем (центри первинної медико-санітарної допомоги — ЦПМСД), послуг з консультування і тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів безпосередньо впливає на досягнення першого цільового індикатора «90% ЛЖВ знають про свій статус».

Другий цільовий індикатор, якого необхідно досягти, — «90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, отримують лікування». Для його виконання слід призначати АРТ людям, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус. У рамках досягнення цілей стратегії UNAIDS Fast-Track необхідно до 2020 року забезпечити охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих осіб області в межах 90%. Особливо гостро постає проблема формування прихильності до АРТ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом на етапі надання первинної медичної допомоги, зокрема в ЗОЗ міст та районів області при взятті на диспансерний облік, та підтримання комплаєнсу в процесі АРТ за активної участі соціальних працівників неурядових організацій.

Вірусологічна ефективність АРТ — важливий показник моніторингу лікування, що впливає в цілому на перебіг епідемії ВІЛ. Саме тому третім цільовим індикатором, якого потрібно досягти, є «у 90% людей, які отримують лікування, досягнутий невизначений рівень вірусного навантаження».

? Яким чином в Україні реалізується децентралізація надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам?

— З метою наближення медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД безпосередньо до місця їхнього проживання в Черкаській області повністю закінчена (в жовтні 2017 р.) децентралізація послуг шляхом створення сайтів для призначення та проведення АРТ. Упродовж 2017 року було відкрито 8 сайтів АРТ, зокрема в Корсунь-Шевченківській, Шполянській, Чорнобаївській, Лисянській, Драбівській, Христинівській, Жашківській центральних районних лікарнях і КНП «Третій Черкаський ЦПМСД». Всього активно працюють 28 сайтів АРТ, серед них перший в Україні дитячий сайт на базі Черкаської міської дитячої лікарні. На кабінет «Довіра» Смілянської міської поліклініки для дорослих покладено обов'язки міського/районного (для хворих на ВІЛ/СНІД мешканців м. Сміла та Смілянського району). Отже, своєчасна та якісна медична допомога пацієнтам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом забезпечена у всіх містах та районах області.

У разі отримання ВІЛ-позитивного результату пацієнта перенаправляють для диспансерного нагляду до місцевого кабінету «Довіра», який координує надання ВІЛ-послуг населенню району/міста на вторинному рівні.

? Які фактори, на Вашу думку, сприяють якісному наданню медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ?

— Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам передбачає комплексність послуг, а саме: огляди лікарів-спеціалістів, постійне лабораторне обстеження з періодичністю 1 раз на 3-6 міс, а також лікування, яке включає призначення АРТ і подальше медичне спостереження пацієнта в процесі отримання цієї терапії (на сьогодні для ВІЛ-інфікованих пацієнтів є по життєвою), своєчасну діагностику і лікування так званих опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань.

Зважаючи на вищевикладене, для надання якісної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам важливим є:

- доступність лікування (АРТ) та низки діагностичних процедур (загальноклінічні обстеження, визначення імунного статусу за рівнем CD4-клітин, оцінка вірусного навантаження, огляди лікарів-спеціалістів);
- наявність медичного персоналу (лікаря, медичної сестри тощо), які мають підготовку з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу і знаються на особливостях медичного спостереження за пацієнтами цієї категорії;
- наявність соціального супроводу / психологічної допомоги на етапі медичного спостереження ВІЛ-інфікованого пацієнта; оскільки лікування ВІЛ є позитивним і на будь-якому етапі може наступити втома від терапії, на початку лікувального процесу кожен пацієнт потребує формування комплаєнсу;
- зниження та подолання проявів стигматизації і дискримінації в суспільстві щодо цього захворювання загалом і ВІЛ-інфікованого пацієнта зокрема. Саме ця проблема, дотепер усе ще досить значна, мабуть, є однією з головних причин пізнього звернення за медичною допомогою і, як наслідок, пізнього початку лікування ВІЛ.

? З якими проблемами стикаються ВІЛ-інфіковані пацієнти, які отримують АРТ?

— Перш за все ці складнощі пов'язані з позитивним режимом лікування. Пацієнти можуть втомлюватися

від щоденного, без пропусків та запізень, прийому антиретровірусних препаратів. Щодня хворий на ВІЛ/СНІД приймає велику кількість ліків: антиретровірусні препарати, гепатопротектори, засоби для лікування опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ін. Прояви побічної дії препаратів на початку і в процесі лікування можуть стати значним викликом та потребувати додаткового лікування.

Поряд з успіхами в лікуванні ВІЛ-інфекції практикуючі лікарі все частіше стикаються з проблемами супутньої патології у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Це і метаболічні, і хронічні соматичні захворювання, і так звані хвороби віку. У структурі супутніх клінічних порушень у пацієнтів з ВІЛ одне з провідних місць займають кардіоваскулярні захворювання.

Не менш важливим є негативний психологічний вплив ВІЛ-позитивного статусу, великою мірою зумовлений ставленням суспільства до ЛЖВ. Пацієнти можуть побоюватися розголошення свого діагнозу. Рідні та близькі ВІЛ-інфікованої особи не завжди поінформовані нею про її ВІЛ-позитивний статус. Значною проблемою ЛЖВ є страх стигматизації при зверненні за медичною допомогою з приводу інших захворювань, а також прояви дискримінації по відношенню до ВІЛ-інфікованої особи в лікарських закладах та суспільстві в цілому.

? Наскільки вищим є ризик розвитку супутніх захворювань на фоні АРТ порівняно із загальною популяцією?

— За даними міжнародних досліджень, ВІЛ-інфіковані пацієнти частіше помирають від серцево-судинних захворювань (ССЗ) у молодому віці порівняно з неінфікованими особами. Застосування АРТ може призводити до підвищення серцево-судинного ризику, але лише при прийомі окремих антиретровірусних препаратів, наприклад інгібіторів протеази. Розповсюдженість ЦД серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, за літературними даними, вища, ніж у загальній популяції (4,5-12,6 проти 1,55-3,0%). Поряд із ССЗ і ЦД у ВІЛ-інфікованих пацієнтів частіше, ніж у загальній популяції, зустрічаються гіперхолестеринемія та захворювання нирок.

? Відомо, що антиретровірусні препарати, зокрема інгібітори протеаз, можуть спричинити розвиток інсулінорезистентності та ЦД. Наскільки високим є цей ризик?

— З огляду на відсутність подібних спостережень у нашому клінічному центрі в цьому питанні ми можемо спиратися лише на літературні дані, які свідчать, що при певних комбінаціях препаратів такі ускладнення дійсно можуть виникати. На щастя, в нашому центрі практикується тільки виважене й аргументоване призначення препаратів АРТ. Терапевтичні схеми відповідають сучасним стандартам і мають хорошу переносимість.

Що стосується ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які вже хворіють на ЦД, то вимоги до АРТ у них такі:

- відсутність негативного впливу на вуглеводний обмін;
- відсутність взаємодії зі статинами й іншими препаратами для контролю серцево-судинного ризику;
- взаємодія з метформіном.

? Якою, за даними Вашого клінічного центру, є поширеність ЦД чи підвищеного рівня глюкози крові серед пацієнтів з ВІЛ? Яких подальших дій потребують такі хворі?

— За спостереженнями фахівців Черкаського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, наразі захворюваність на ЦД серед ВІЛ-інфікованих в регіоні менша, ніж у загальній популяції. При цьому в 3,3% випадків відзначаються разові показники гіперглікемії серед наших пацієнтів, які отримують АРТ. Цей показник є зівставним з поширеністю епізодичної гіперглікемії в загальній популяції.

Підготував Ігор Кравченко

