



С О В Е Т
ГЕПАТОЛОГОВ

Особенности питания при депрессии

Депрессивные расстройства являются одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидности.



Украины «Патология печени: профилактика развития, диагностика, лечение. Актуальные вопросы диетологии. Новости медицины» (5-6 апреля, г. Киев), был посвящен возможности диетической коррекции клинических проявлений депрессии.

В настоящее время в мире насчитывается около 120 млн человек, страдающих депрессией, при этом количество пациентов с этим недугом продолжает неуклонно возрастать. Как правило, больные депрессией принимают различные антидепрессанты, не уделяя особого внимания продуктам, входящим в состав их рациона. Мастер-класс **профессора кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктора медицинских наук Галины Александровны Анохиной**, состоявшийся в рамках XIV Национальной школы гастроэнтерологов и гепатологов

– В своей практической деятельности мы часто сталкиваемся с пациентами, страдающими депрессией, поэтому вопросы правильного питания таких больных чрезвычайно актуальны для врачей различных специальностей.

В основании так называемой пирамиды потребностей, разработанной английским психологом А. Маслоу, лежит удовлетворение физиологических потребностей (чувства голода). И только следующие ступени этой пирамиды отображают потребность человека в любви и уважении, удовлетворении познавательных и эстетических запросов, потребности в самоактуализации. Голодный человек, имеющий выраженный пищевой дефицит, не сможет воплотить ни одну из вышеперечисленных потребностей. Несмотря на то что нервная система не относится к органам пищеварения, ей свойственна высокая интенсивность обмена веществ, поэтому обязательным условием для нормального функционирования центральной (ЦНС) и периферической нервной систем является поступление всех необходимых компонентов (кислорода, глюкозы и др.).

Какой будет реакция мозга на отсутствие некоторых необходимых микроэлементов, аминокислот или витаминов? Мозг как центральный орган, регулирующий активность всех метаболических процессов в организме, будет стараться нивелировать дефицит микронутриентов за счет внутренних резервов, т. е. будут иметь место распад мышечной ткани (что свойственно пациентам с депрессией), стимуляция, а в некоторых случаях – угнетение аппетита, запуск режима экономии и распад жировой ткани. При длительном дефиците питательных веществ и истощении внутренних запасов страдает головной мозг, появляются раздражительность, угнетенность, сонливость, снижение памяти и психоэмоциональные нарушения.

Необходимо отметить влияние некоторых аминокислот на течение психофизиологических процессов, ведь большинство аминокислот являются предшественниками различных нейромедиаторов, которые, в свою очередь, опосредуют деятельность ЦНС.

Наиболее значимыми аминокислотами являются следующие:

- **тирозин (предшественник таких нейромедиаторов, как адреналин и норадреналин);**
- **холин (необходим для синтеза серина и ацетилхолина);**
- **гистидин (источник гистамина);**
- **глутаминовая кислота (предшественник гамма-аминомасляной кислоты – ГАМК);**
- **триптофан (необходим для синтеза серотонина);**
- **фенилаланин (источник тирозина, дофамина, норадреналина).**

Насыщая рацион питания теми или иными аминокислотами, мы можем в некоторой мере влиять на процессы торможения и возбуждения в ЦНС.

Нейромедиаторы условно подразделяют на две группы: опосредующие процессы возбуждения и регулирующие процессы торможения. К медиаторам, вызывающим возбуждение, относят ацетилацетат и глутамат. Чрезмерное поступление ацетилацетата и глутамата в организм часто является причиной нарушения психоэмоционального состояния и неадекватного поведения. Эти аминокислоты содержатся в различных продуктах питания в качестве усилителя вкуса, поэтому, давая детям колбасу, чипсы, мы провоцируем изменение их психики.

Глутамат является источником для синтеза тормозного нейромедиатора – ГАМК. Синтез ГАМК возможен только в присутствии витамина В₆, поэтому дефицит последнего будет содействовать ослаблению процессов торможения. Причины дефицита ГАМК весьма разнообразны: вредные привычки, злоупотребление алкоголем, прием диуретиков, хроническая усталость, воздействие электромагнитного излучения, звуковых эффектов, накопление в организме ртути и свинца, дефицит глутамина в продуктах питания (характерный для вегетарианцев), недостаток витаминов В₁ и В₆, железа, марганца и цинка.

Причиной депрессии может быть дефицит аминокислоты тирозина, которая необходима для синтеза дофамина и тиреоидных гормонов. Дофамин, в свою очередь, нивелирует возбуждающее действие ацетилхолина и нужен для принятия решений; он также играет ведущую роль в возникновении пищевой зависимости. Дефицит дофамина может быть причиной рассеянности, депрессии, склонности к наркомании, в то же время его избыток способствует развитию шизофрении.

Нехватка и избыток нейромедиаторов могут негативно сказаться на деятельности ЦНС. Так, дефицит норадреналина провоцирует появление депрессии, его избыток – ненависть, злобу, чувство вседозволенности и повышение артериального давления; поэтому проведение диетотерапии при заболеваниях ЦНС требует от врача больших знаний и осторожности.

К основным принципам питания больных депрессией относят следующие:

- **пищевой рацион таких пациентов должен быть полноценным в отношении содержания как белков, жиров и углеводов, так и других нутриентов;**
- **необходимо соблюдать режим питания и избегать возникновения эпизодов гипогликемии, поскольку она тоже может быть причиной развития депрессии;**
- **желательно увеличить потребление тех нутриентов, которые предупреждают появление депрессии, и, соответственно, уменьшить количество питательных веществ, провоцирующих ее появление.**

Рассмотрим эти положения более детально.

В настоящее время условно выделяют три вида депрессии. Первый обусловлен избыточным содержанием гистамина; клинические особенности этого вида депрессии заключаются в следующем: пациенты легко возбудимы и эмоционально лабильны, они могут плакать, кричать, бить посуду и одновременно грустить. При данном типе депрессии полезны такие нутриенты, как кальций, метионин, магний, цинк, а также витамины А, В, С, Е и ω_3 -жирные кислоты. Пациентам с первым типом депрессии желательно избегать избыточного потребления фолиевой кислоты, холина, меди, гистидина.

Второй вид депрессии, или так называемая гистопения, возникает при дефиците гистамина (более 20% случаев депрессии). Клинически этот вид депрессии примечателен отсутствием злобы и ненависти, такие пациенты подавлены и угнетены, они плаксивы, тревожны и мечтательны. В этом случае целесообразно употреблять много витаминов РР, В₁₂, С, фолиевой кислоты, холина, магния, цинка, ω_3 -жирных кислот. При этом желательно не превышать нормы потребления таких аминокислот, как метионин, фенилаланин, тирозин, триптофан, а также меди. Необходимо отметить, что пациентам с этим видом депрессии не показан прием лекарственных средств, содержащих зверобой.

Депрессия третьего вида провоцируется дефицитом цинка, витамина В₆ и арахидоновой кислоты (полиненасыщенной жирной кислоты, потребление

которой рекомендуют ограничить пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы). Арахидоновой кислотой богаты такие продукты питания, как свиной жир. Пациентам с третьим видом депрессии полезны витамин В₆, цинк, масло примулы вечерней, арахидоновая кислота и другие ω₆-жирные кислоты; при этом желательно избегать избыточного потребления гистидина, меди, ω₃-жирных кислот.

Необходимо подчеркнуть, что значительный вклад в развитие смешанной депрессии, особенно у лиц женского пола, вносит избыточное содержание меди в продуктах питания. Даже если пациент не страдает болезнью Конослава-Вильсона и у него имеет место лишь незначительное повышение концентрации меди в крови по причине сопутствующей депрессии, ему необходимо рекомендовать увеличить содержание в пищевом рационе магния, цинка, витаминов В₆, С и ограничить поступление в организм меди и эстрогенов.

Таким образом, появление депрессии могут провоцировать различные нарушения питания, поэтому полноценное питание с адекватным содержанием витаминов, аминокислот и минералов позволить поддержать здоровый дух в здоровом теле. Но каким образом распознать маскированные депрессии у гастроэнтерологических больных? Для маскированной депрессии характерны:

- **наличие большого количества разнообразных жалоб;**
- **периодическая сезонность в манифестации симптомов;**
- **ремиттирующее течение;**
- **подчиненность самочувствия дневному ритму с улучшением в вечернее время суток (реже – утром);**
- **упорное обращение за медицинской помощью, несмотря на отсутствие значимых результатов лечения;**
- **многочисленные повторные обследования.**

Маскированная депрессия сопровождается типичными нарушениями пищевого поведения: ипохондрией со стойкой фиксацией на проблеме питания (выборе продуктов, приготовлении и приеме пищи через определенные временные интервалы), что постепенно вытесняет все остальные проблемы пациента. Могут также иметь место тенденция к ограничению приема пищи, появление тошноты и дискомфорта после еды вследствие гипотонии желудка.

Развитие симптоматики на фоне психоэмоциональных нарушений усиливает акцентуацию пациентов на необходимости еще больше ограничить питание, что, соответственно, затрудняет проведение диетотерапии. Таким образом замыкается порочный круг: мозг – желудок – кишечник – мозг; при этом в большей мере страдают два органа – желудок и кишечник. Трудно встретить пациента с депрессией, не имеющего клинических проявлений функциональной диспепсии или синдрома раздраженного кишечника. Больные, страдающие депрессией, часто очень быстро теряют массу тела, а при инструментальном обследовании у них диагностируют гипотонию желудка, гастроптоз.

Современные подходы к лечению депрессии основываются на гипотезе о том, что расстройства настроения связаны с гетерогенными нарушениями регуляции системы биогенных аминов. Основным источником метильных групп в головном мозге является *адеметионин*.

Дефицит адеметионина не может быть компенсирован дополнительным приемом метионина с пищей. У пациентов с заболеваниями печени часто нарушен процесс активации и преобразования аминокислоты метионина в адеметионин вследствие нарушения функции ферментов гепатоцитов.

Единственным препаратом, содержащим идентичный естественному адеметионину, в Украине является Гептрал. Опостредованное адеметионином транسمетилирование играет ключевую роль в синтезе/инактивации в ЦНС нейротрансмиттеров – норадреналина, адреналина, допамина, серотонина, гистамина.

В Европе адеметионин (Гептрал), который мы привыкли использовать у пациентов с заболеваниями печени, применяется в качестве антидепрессанта вот уже более 30 лет.

Гептрал проникает через гематоэнцефалический барьер, стимулирует активность дофаминэргических и серотонинэргических систем, увеличивает чувствительность рецепторов к различным нейромедиаторным воздействиям. Для лечения депрессии Гептрал показан в дозе 800-1600 мг/сут на протяжении 3-6 мес.

Доказано, что антидепрессивная активность адеметионина (Гептрала) в дозе 1600 мг/сут при в/м введении сопоставима с таковой имипрамина в дозе 150 мг/сут при приеме внутрь.

Таким образом, насыщая рацион питания пациента с депрессией продуктами с теми или иными аминокислотами мы можем влиять на процессы торможения и возбуждения ЦНС. Однако при обращении пациента для быстрой коррекции психоэмоциональных нарушений показано применение препарата Гептрал (адеметионин).

Подготовила **Лада Матвеева**



ГЕПТРАЛ®

адеметионин

С заботой о жизни



«**Уже через 7 дней достоверно улучшает клинические и биохимические показатели у пациентов с внутрипеченочным холестазом**»¹

«**Проявляет быстрый антидепрессивный эффект (в течение 3-7 дней)**»²

«**Улучшает выживаемость пациентов с алкогольным циррозом печени**»³

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ГЕПТРАЛ®

Регистрационное удостоверение: № ЦА/6993/01/01, № ЦА/6993/02/01

Состав. 1 флакон с лиофилизированным порошком или 1 таблетка содержат 760 мг адеметионина 1,4-бутандисульфата, что соответствует 400 мг катиона адеметионина.

Лекарственная форма. Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций. Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.

Фармакотерапевтическая группа. Средства, влияющие на систему пищеварения и процессы метаболизма. Код АТС А16А А02.

Показания. Хронический гепатит, внутрипеченочный холестаз (в том числе холестаз беременных), цирроз печени, печеночная энцефалопатия, депрессивные синдромы, абстинентный синдром.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата.

Способ применения и дозы. Лечение может быть начато с парентерального введения препарата с последующим применением препарата в форме таблеток или сразу с применения таблеток. Суточную дозу таблеток можно распределять на 2-3 приема. Лечение депрессивных синдромов. Начальная терапия: по 400 мг в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 15-20 дней. Поддерживающая терапия: по 2-3 таблетки в сутки (800-1200 мг/сутки). Лечение заболеваний печени. Начальная терапия: по 400-800 мг в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 2-х недель. Поддерживающая терапия: по 2-4 таблетки в сутки (800-1600 мг/сутки). Длительность терапии определяется врачом индивидуально.

Побочные реакции. По данным 22-х проведенных клинических исследований лечения адеметионином побочные реакции наблюдались у 7,2% от общего числа пациентов. Наиболее часто сообщалось о тошноте, боли в животе, диарее. В клинических исследованиях сообщалось о развитии следующих побочных явлений, причину связь которых с препаратом не всегда было возможным установить: инфекции мочевыводящих путей; спутанность сознания, бессонница; головокружение, головная боль, парестезии; приливы, поверхностный флебит; вздутие живота, боль в животе, диарея, сухость во рту, диспепсия, эзофагит; метеоризм; желудочно-кишечная боль, желудочно-кишечные расстройства, желудочно-кишечное кровотечение, тошнота, рвота; печеночная колика, цирроз печени; гипертонический криз, кожная сыпь, эритемия, мышечные судороги; астеня, озноб, реакции в месте введения, гриппоподобные симптомы, слабость, периферические отеки, гипертермия. При постмаркетинговом применении наблюдались анафилактические реакции, отек гортани, реакции в месте введения (очень редко с некрозом кожи), сыпь, антигистаминный эффект.

Применение в период беременности или кормления грудью. Применение высоких доз адеметионина в III триместре беременности не вызывало каких-либо побочных реакций. Адеметионин применяют в I и II триместре беременности только в случае крайней необходимости. В период кормления грудью адеметионин применяют только тогда, когда польза от его применения превышает риск для младенца.

Дети. Безопасность и эффективность применения адеметионина у детей не установлены.

Особенности применения. Не следует применять препарат в случае изменения его цвета. Таблетку Гептрала® следует вынимать из блистера непосредственно перед приемом.

Взаимодействие. Было сообщено о развитии серотонинового синдрома у пациента, применявшего адеметионин на фоне приема кломипрамина. Хотя роль адеметионина в данном случае дискутируется, следует с осторожностью применять адеметионин одновременно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами (такими как кломипрамин), препаратами и растительными средствами, содержащими триптофан.

Категория отпуска. По рецепту.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в представительство компании.

¹ Fiorelli G. Current Therapeutic Research, 1999, 60(6): 335-348.

² George I. Papakostas Current Psychiatry Reports 2003, 5:460-466.

³ Mato J.M. Journal Of Hepatology, 1999; 30: 1081-1089.

За дополнительной информацией обращайтесь в представительство компании «Абботт Лабораториз С.А.» в Украине:
01032, г. Киев, ул. Жилианская, 110, 2 этаж
тел.: +38 044 498-60-80, факс: +38 044 498-60-81

Abbott
A Promise for Life

Оригінальний
раміприл

ТРИТАЦЕ®

Раміприл



Тритаце® — більше,
ніж просто інгібітор АПФ



UA-RAM.10.06.02

ТЕПЕР КОМБІНАЦІЯ
З ГІДРОХЛОРТІАЗИДОМ

- Ефективний контроль АТ¹
- Зменшення проявів ушкодження органів-мішеней^{2,3,4}
- Доведене зниження ризику серцево-судинних катастроф⁵

¹ Kaplan NM Clin Ther, 1996; 18: 658–70.

² Lonn EM et al. Circulation. 2001; 103: 919–25.

³ Agabiti-Rosei E et al. J Hypertens 1995; 13: 1325–1334.

⁴ Ruggenenti P et al. The Lancet 1998; 17: 1252–1255.

⁵ The HOPE Study Investigators. N Engl J Med, 2000; 342: 145–53.

Реєстраційне свідоцтво в Україні № UA/10164/01/01, № UA/10165/01/01.

Інструкція для медичного застосування препарату Тритаце Плюс®. Наказ МЗ України № 799 від 03.11.09.

Реєстраційне свідоцтво в Україні № UA/9141/01/02, № UA/9141/01/03.

Інструкція для медичного застосування препарату Тритаце. Наказ МЗ України № 684 від 27.11.08.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Київ, 01033, вул. Жилианська, 48–50а, тел.: 38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

SANOFI

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»»^{© ®}

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. А.А. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України і РАМН, директор Інститута генетичної і регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою паліативної і хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Інститута отоларингології ім. А.І. Коломійченко НАМН України, головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедрою педіатрії № 4 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, ректор НМУ ім. А.А. Богомольця, головний зовнішній спеціаліст МЗ України – координатор групи спеціальностей «Організація і управління здоров'ям»
- Ю.М. Мостовий**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії і трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач відділом реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інститута очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інститута геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута отоларингології ім. А.І. Коломійченко НАМН України
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інститута медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, директор Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- Ю.І. Феценко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Національного інституту фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, головний пульмонолог і фізіатр МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний гастроентеролог МЗ України
- В.І. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Учредитель – Иванченко Игорь Дмитриевич
ИЗДАТЕЛЬ – ООО «ЗДОРОВЬЕ УКРАИНЫ»

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»»^{© ®}

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова
ГЛАВНИЙ РЕДАКТОР	Ельвіра Сабаш
ВИПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	Світлана Сай
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР	Алексей Терещенко
МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ	Оксана Петренко Галина Теркун Алина Паслен
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Андрей Почтаренко
ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Тамара Музыка Сергей Чепур Елена Дудко Тарас Безлюда
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА РЕКЛАМЫ	Наталья Семенова
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	Інна Головка Юлія Башкірова Владимир Жданов Зоя Федирко
АССИСТЕНТЫ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	Анна Покровская
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	Івалин Крайчев
ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР	Николай Дятленко

Свідоцтво КВ №15650-4122П від 03.09.2009 р.
Індекс видання: 35272
Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних названь і інших свідчень відповідають автори. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодатель.

 – матеріали, публікувані на правах реклами.
 – авторські матеріали.

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

Адрес для писем:
03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 1.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:
Редакція **391-54-71, 391-54-77**
Відділ реклами **391-54-72, 391-54-73(74)**
Відділ підписки і розповсюдження **391-54-76**

Газета віддрукована в ГП «Преса України», Київ, пр. Перемоги, 50

Підписана в печать 28.04.2012 г.
Заказ № ##### Тираж **40 000** экз.

Юридически подтвержденный тираж.



Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація кардіологів України
Асоціація аритмологів України
European Heart Rhythm Association
Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМНУ

II науково-практична конференція ІНТЕРВЕНЦІЙНІ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ



17-18 травня 2012 року
м. Київ



Національна академія наук України
Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація кардіологів України
Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України

XIII НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ



26–28 вересня 2012 р., м. Київ



Лоріста – Європейський Сартан від компанії КРКА

- **Лоріста** – представник **Найпопулярнішого у світі** класу антигіпертензивних засобів – **Сартанів** ⁽¹⁾.
- **Лоріста** призначається **Один раз на добу** і відрізняється **Чудовою Переносимістю** ⁽²⁾.
- **Лоріста захищає Серце**, зменшуючи Гіпертрофію міокарда та вірогідність Фібриляції передсердь ⁽³⁾.
- **Лоріста захищає Мозок**, покращуючи Когнітивні функції і знижуючи ризик Інсульту ⁽³⁾.
- **Лоріста захищає Нирки**, зменшуючи Протеїнурію і сповільнюючи прогресування ХНН ⁽⁴⁾.
- **Лоріста захищає Судини**, збільшуючи Еластичність артерій і знижуючи Швидкість розповсюдження пульсової хвилі ⁽⁶⁾.
- **Лоріста покращує Метаболізм**, знижуючи рівень Сечової кислоти в крові та зменшуючи вірогідність розвитку Цукрового діабету ^(3,5).



Наші знання та прагнення присвячені здоров'ю. Рішучість, наполегливість та майстерність в поєднанні з єдиною метою – створення ефективних та безпечних препаратів найвищої якості.