



2012

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА
Національний конгрес

5 років в Україні

Київ
20-22 березня
2012Донецьк
24 квітня 2012Дніпропетровськ
17 вересня 2012Харків
16 жовтня 2012Львів
13 листопада 2012Одеса
27 листопада 2012

Реєструйтеся на сайті

www.chil.com.ua

Відеолекції з заходів дивіться на медичному інтернет-ресурсі www.chil.com.ua

Оргкомітет: ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»
Адреса: м. Київ, вул. Боженка, 86-е, 2 під'їзд, офіс 7, тел./факс +38 (044) 200 17 73
Адреса для листування: а/с 72, Київ, 03150, e-mail: office@newvivo.com.ua

ГОЛОВНА ПОДІЯ РОКУ ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

IMF IV МІЖНАРОДНИЙ
МЕДИЧНИЙ ФОРУМ
Інновації в медицині-здоров'я нації

16 - 19 квітня 2013 Україна, Київ, ВЦ «КиївЕкспоПлаза»

За підтримки:

• Кабінету Міністрів України
• Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я• Міністерства охорони здоров'я України
• Державної служби України з лікарських засобів

Організатори:

Національна академія
медичних наук України

MEDICAEXPO – МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

MEDRadiology

MEDRehab&Physio

MEDLab

MEDCleanTech

MEDTech

MEDInnovation

MEDSolutions

MEDEsthetics

PHARMAEXPO – МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ПРОДУКЦІЇ ТА ТОВАРІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

• Науково-практичні програми з усіх
медичних спеціалізацій
• Підвищення кваліфікації, обмін досвідом• Школи та майстер класи на діючому
обладнанні
• Зарубіжні доповідачі-експертиВСЬО СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ,
ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИНОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ
ПРЕПАРАТІВ

ІННОВАЦІЇ ТА ТЕХНОЛОГІЇ

МІЖНАРОДНА УЧАСТЬ

СТАНЬ ЧАСТИНОЮ МАСШТАБНОЇ МІЖНАРОДНОЇ ПОДІЇ!

3 питань участі у Форумі:
3 питань участі у Конгресі:+380 (44) 526-93-09
+380 (44) 361-07-21med@lmt.kiev.ua
marketing@lmt.kiev.ua

www.lmt.kiev.ua

Неврологія • Новості

Ведення болю і дистресса
в дитячих відділеннях
неотложної допомоги

Американська академія педіатрії (AAP) опублікувала рекомендації по веденню болю і дистресса у дітей, поступаючих в відділення неотложної допомоги (ОНП).

В документі вказується, що педіатричні протоколи оцінки і ведення болю повинні бути впроваджені в роботу всіх ОНП, і персонал цих відділень повинен пройти відповідне навчання.

Ведення болю у дітей в умовах ОНП супроводжено з известними труднощами, так як пацієнти в більшості випадків поступають з набором симптомів, але без встановленого остаточного діагнозу; діти часто незнайомі лікарю відділення, мають широкий спектр терапевтичних або хірургічних проблем і рідко поступають натощак. Все це фактори ускладнюють обстеження і вибір оптимального методу знеболювання.

Присутність в ОНП педіатра є ключовим фактором, що допомагає дітям і їх батькам впоратися з болем. Цей спеціаліст також навчає персонал ОНП використанню різних технік, що відволікають увагу дітей до і в час болюзних маніпуляцій.

Присутність батьків або інших членів сім'ї в час болюзних процедур не обов'язково, але бажано, так як зменшує тривогу і дистресс у дитини.

Оцінка інтенсивності болювих відчуттів – непросте завдання навіть у дорослих, а тим більше у дітей, так як біль є суб'єктивним переживанням і може відрізнятися в залежності від соціальних, психологічних і емпіричних факторів. Наприклад, у дітей, страждаючих хронічною болем, можуть відсутнювати мимика і локалізація, що виникає у дітей з новим болювим досвідом.

У дітей в віці 3 років і старше для оцінки болю можна використовувати такі валідовані шкали, як FACES, лицеву шкалу Вонга-Бейкера і 10-см візуально-аналогову шкалу. У новонароджених рекомендується застосовувати шкалу NIPS. У дітей в віці від 1 місяця до 3 років, а також у дітей з когнітивними порушеннями слід використовувати шкалу FLACC.

З метою контролю болю, пов'язаної з уколами і іншими подібними маніпуляціями, автори рекомендують здійснювати профілактику з допомогою місцевих анестетиків. Деякі препарати дозволяють отримати анальгетичний ефект швидше, ніж інші. Наприклад, топічний ліпосомальний 4% крем лидокаїна викликає анестезію через 30 хвилин; в той же час системи доставки, активовані теплом тіла, забезпечують цей ефект через 10-20 хвилин. Крім зменшення болю, топічні анестетики асоціюються з підвищенням точності маніпуляцій і зменшують небажані рухи.

Однією з останніх інновацій вважається вибрируюче пристрій, яке, будучи розміщеним поверх холодної компресії, значно зменшує біль в час венепункції і вакцинації.

Для анестезії при накладанні швів застосовують комбіновані топічні засоби в формі рідини або гелю, що містять анестетик і вазоконстриктор. Ці препарати забезпечують адекватну анестезію на 20-30 хвилин, чого зазвичай достатньо для завершення процедури.

Топічні анестетики довели свою ефективність і безпеку у дітей всіх вікових груп, в тому числі у новонароджених і недоношених дітей.

В декількох нещодавно завершених дослідженнях було продемонстровано, що застосування 12-25% розчину сахарози і використання сосок-пустышек допомагає зменшити дистресс в час болюзних маніпуляцій у новонароджених.

При деяких болюзних процедурах може знадобитися застосування седативних засобів. В останні роки в США відзначається збільшення застосування в педіатричних ОНП пропофолу в монотерапії і в комбінації з кетаміном. По даним ряду досліджень, комбінація пропофолу і кетаміну у дітей є безпечною.

В рекомендаціях вказується, що деякі лікарі проявляють нерішучість при призначенні знеболюючих препаратів дітям з симптомами абдомінальної катастрофи. Тим не менше на сьогоднішній день доведено, що в порівнянні з дорослими у дітей після застосування анальгетиків здатність відчувати біль в животі зберігається.

Висновки авторів керівництва підкреслюють, що своєчасне знеболювання надає величезний вплив на перебіг перебування в ОНП і може мати стійкий ефект на реакцію дитини і його батьків на поточну і майбутню медичну допомогу. Системний підхід до ведення болю і тривоги, що включає навчання персоналу і впровадження протоколів, забезпечує дитині комфортне перебування в ОНП і підвищує задоволеність медперсоналу і батьків.

Fein J.A., Zempsky W.T., Cravero J.P. and The Committee
On Pediatric Emergency Medicine And Section On
Anesthesiology And Pain Medicine. Relief of Pain and
Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical
Systems Pediatrics. 2012; 130: e1391-e140

Депресія погіршує прогноз
у пацієнтів
з серцевою недостатністю

Наявність прогресуючої депресії у хворих з серцевою недостатністю (СН) збільшує ризик пов'язаних з кардіоваскулярними причинами госпіталізацій або смерті – до такого висновку прийшли автори проспективного спостережного дослідження, опублікованого в Journal of the American College of Cardiology. Результати дослідження продемонстрували, що у пацієнтів з СН, у яких має місце прогресуюча депресія, в течение року ризик серцево-судинної госпіталізації і смерті збільшився більш ніж в 2 рази порівняно з такимим же лицем з СН без погіршення депресії або з покращенням симптоматики. «Це було перше проспективне дослідження, в якому оцінювали клінічний вплив змін симптомів депресії у хворих СН; при цьому результати роботи показали, що зміна перебігу депресії дійсно впливає на результати пацієнтів», – зазначив один з авторів, доктор Andrew Sherwood з Університетського медичного центру в г. Дарем (США).

СН є одним з найбільш поширених захворювань серед користувачів страхової системи Medicare і найбільш частим причиною госпіталізації осіб старше 65 років; при цьому симптоми клінічної депресії виявляються у 24-42% хворих даної популяції. В раніше опублікованих дослідженнях вказувалося на наявність взаємозв'язку між несприятливими

клінічeskими исходами и персистируванням депресії у больних СН и лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Тем не менее исследователи отмечают, что до сих пор не было работ, посвященных взаимосвязи между изменениями депрессивных симптомов с течением времени и клиническими исходами СН.

Чтобы изучить этот вопрос, авторы провели испытание, в котором оценивали симптомы депресии в начале наблюдения и через 1 год у 147 амбулаторных больных СН с фракцией выброса <40%. Первичной комбинированной конечной точкой была взаимосвязь между изменениями по шкале депресии Бека и сердечно-сосудистой госпитализацией и смертностью в течение среднего периода наблюдения до 5 лет (от 4 до 7 лет). Под сердечно-сосудистой госпитализацией понимали госпитализацию по поводу ИМ, инсульта, ухудшения течения СН, а также потребность в проведении сердечно-сосудистого хирургического вмешательства. Смертность от всех причин стала вторичной конечной точкой. В начале исследования средний возраст участников (70% – мужчины) составил 57 лет. У 59% пациентов отмечался II функциональный класс СН по NYHA у 37% – III функциональный класс. Большинство пациентов получали β-блокаторы (88%) либо ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (86%); 20% больные принимали антидепрессивную терапию, включая СИОЗС, трициклические или тетрациклические антидепрессанты либо ингибиторы моноаминоксидазы. Средняя оценка по шкале Бека в начале исследования составила 10 баллов.

Ежегодно в течение в среднем 5 лет данные участников анализировали, чтобы определить статус депресии, а также отследить и проанализировать случаи госпитализации, имевшие место на протяжении 12 мес. По сравнению с больными, у которых были отмечены незначительные изменения в прогрессировании депресии (≤2 пункта) по шкале Бека в течение года, у пациентов с увеличением показателей на ≥3 пункта, отражавшим ухудшение депресии, отмечалось повышение риска неблагоприятных исходов более чем в 2 раза (ОР 2,12; 95% ДИ 1,31–3,43; p=0,002). Исследователи также обнаружили, что ухудшение симптомов депресии ассоциировалось с увеличением риска смерти от всех причин. По словам авторов работы, последствия ухудшения депресии не зависели от исходного уровня депресии и тяжести СН. Эти выводы предполагают, что ухудшение симптомов депресии у больные СН может иметь особое значение. «Наши данные подтверждают мнение экспертов American Heart Association, отмечающих необходимость рутинного скрининга больные СН на наличие депресии с целью оптимизации медикаментозной терапии, что позволит улучшить не только качество жизни таких больные, но и их прогноз». В дальнейшем необходимо проведение рандомизированных клинических исследований, в которых можно было бы оценить эффективность антидепрессивной терапии у больные СН, а также ее влияние на исходы.

J Am Coll Cardiol 2011; 57: 418–423, 424–426.

Простая шкала позволяет с высокой вероятностью предсказывать риск инсульта после стентирования сонных артерий

В ходе рандомизированного исследования SAPHIRE осуществлялось сравнение каротидной эндартерэктомии и ангиопластики/стентирования сонных артерий у пациентов, относящихся к группе высокого операционного риска. Тем не менее

низкая частота неблагоприятных событий (n=334) не позволила авторам определить факторы, которые ассоциировались с периперационным риском.

Целью настоящего анализа было на основании данных SAPHIRE разработать простую шкалу, позволяющую предсказывать риск смерти и инсульта на протяжении 30 дней после стентирования сонных артерий.

В анализ включили 10 186 пациентов с ≥1 анатомическим или коморбидным фактором, связанным с повышенным операционным риском.

Общая частота инсульта и смерти в первые 30 дней после стентирования составила

3,6%. Независимыми предикторами неблагоприятного исхода были старший возраст; инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе; недавно перенесенный инфаркт миокарда; необходимость в реваскуляризации и сердца, и сонных артерий; диализ; наличие дуги аорты II или III типа; правосторонний каротидный стеноз; большая протяженность каротидного атеросклероза и большая извилистость каротидной артериальной системы.

Для оценки риска каждому фактору присваиваются баллы, при этом сумма баллов коррелирует с уровнем риска (от <3% при 8 баллах до >10% при ≥16

баллах). Больше всего баллов присваивается наиболее мощным факторам риска, таким как необходимость в одновременной коронарной реваскуляризации, диализ и недавно перенесенный инфаркт миокарда.

Новая шкала успешно прошла предварительную валидацию и, как ожидается, уже в ближайшее время будет широко применяться в клинической практике.

Wimmer N.J., Yeh R.W., Cutlip D.E., Mauri L.
Risk prediction for adverse events after carotid artery stenting in higher surgical risk patients. Stroke.
Опубликовано онлайн 5 ноября 2012 г.

Препарат для лікування всіх стадій ідіопатичної хвороби Паркінсона

СКОРОЧЕНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРЕПАРАТ НЕУПРО®

Реєстраційне посвідчення. UA/9279/01/01, UA/9279/01/02, UA/9279/01/03, UA/9279/01/04.

Склад. 1 пластр містить 2 мг, 4 мг, 6 мг або 8 мг ротиготину.

Лікарська форма. Терапевтична система трансдермальна (пластр).
Фармакотерапевтична група. Стимулятори допамінових рецепторів. Ротиготин. Протипаркінсонічні засоби. Код АТС N04B C09.

Показання. Монотерапія ідіопатичної хвороби Паркінсона на ранній стадії без застосування леводопи або в комбінації з леводопою, в тому числі у випадку лікування захворювання на пізній стадії, коли ефект монотерапії леводопою зникається.

Протипоказання. Печерчутливість до активної речовини або до будь-якого іншого компонента препарату, вагітність, період годування груддю, дитячий вік. Проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) або кардіоверсії.

Спосіб застосування та дози. Препарат застосовують один раз на день. Необхідно використовувати пластр приблизно в один і той же час щодня. Пластр наносять та закріплюють на поверхні шкіри протягом 24 годин, а потім змінюють новим пластром, закріпивши його на інше місце. Монотерапія ідіопатичної хвороби Паркінсона на ранній стадії (без застосування леводопи). Починають з мінімальної одноразової щоденної дози в 2 мг/24 години, потім щотижня підвищують дозування на 2 мг/24 години до досягнення ефективної дози. Для більшості пацієнтів ефективна доза досягається через 3–4 тижні і становить 6 мг/24 години – 8 мг/24 години відповідно. Максимальна доза – 8 мг/24 години. Лікування ідіопатичної хвороби Паркінсона на пізній стадії (у комбінації з леводопою). Мінімумальна одноразова щоденна доза 4 мг/24 години, дозування підвищується щотижня на 2 мг/24 години до досягнення ефективної дози. Для більшості пацієнтів ефективна доза досягається через 3–7 тижнів і становить 8 мг/24 години–16 мг/24 години відповідно. Максимальна доза – 16 мг/24 години. Застосування у людей з печінковою та нирковою недостатністю. Немає потреби у корегуванні дози при легкому або помірному ступені печінкової недостатності, а також у пацієнтів з різним ступенем ниркової недостатності. Не застосовувати у випадку важкого ступеня печінкової недостатності.

Метод застосування. Пластр наносять на чисту, суху, нежужкожену ділянку шкіри передньої ділянки стінки живота, плеча або передпліччя, передньої або зовнішньої поверхні стегна, бокову поверхню поперекової зони. Необхідно уникати повторного нанесення пластру на одне й те ж місце протягом 14 днів.

Побічні реакції. Близько 10% пацієнтів, які отримували лікування препаратом, відмічали такі негативні побічні реакції, як нудота, запаморочення, сонливість, реакції у місці закріплення пластру. Вони зазвичай слабкі або помірні за ступенем вираженості і не потребують відміни препарату, навіть якщо лікування тривале.

Застосування в період вагітності або годування груддю. Препарат не застосовують у період вагітності та припиняють прийом у період годування груддю.

Категорія відпуску. За рецептом.

Повну інформацію про препарат Неупро® містить інструкція для медичного застосування.

Посилання:

1. Інструкція по медичному застосуванню препарату Неупро®.
2. Elshoff J-P, Cawello W, Braun M, Horstmann R. Stable rotigotine plasma concentrations over 24 hours in patients with early-stage Parkinson's disease after once-daily transdermal administration of rotigotine [Neupro®] [abstract]. Neurology. 2006;66(suppl2):A293.
3. Elshoff J-P, Cawello W, Braun M, Horstmann R. Stable rotigotine plasma concentrations over 24 hours in patients with early-stage Parkinson's disease after once-daily transdermal administration. Poster presented at: 58th Annual Meeting of the American Academy of Neurology; April 1, 2006; San Diego, CA.
4. Giladi N, Badenhorst F, Boroojerdi B. Effects of rotigotine transdermal patch on early morning and night time motor function in patients with Parkinson's disease [abstract]. Eur J Neurol. 2007;14(suppl1):P1144.
5. Giladi N, Mair KJ, Badenhorst F et al, for the SP826 Study Group. Effects of rotigotine transdermal patch on early morning motor function, sleep quality, and daytime sleepiness in patients with idiopathic Parkinson's disease. Results of a multicenter, multinational trial. Poster presented at: 10th Congress of the European Federation of Neurological Societies; September 2–5, 2006; Glasgow, UK.
6. Le Witt PA, Lyons KE, Pahwa R, for the SP650 Study Group. Advanced Parkinson disease treated with rotigotine transdermal system: PREFER study. Neurology. 2007; 68:1262–1267.

Інформація для публікації у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.



Отримати додаткову інформацію про препарат Ви можете у Представництві «ЮСБ» в Україні: 04070, м. Київ, вул. Г. Сковороди, 19. Тел. +380 44 492 94 74, Факс +380 44 492 94 75. RTG-PRM-015240_082012



- Підтримує стабільні рівні ротиготину у плазмі крові протягом 24 годин^{2,3}
- У дослідженнях RECOVER та PREFER у хворих на ранніх та розгорнутих стадіях спостерігалось^{4,5,6}:
 - зменшення вранішньої акінезії та поліпшення сну
 - скорочення OFF* періоду та подовження ON*, без інвалідизуючих дискінезій
 - зменшення немоторних проявів хвороби Паркінсона (депресії, апатії, болю)
- Режим дозування 1 раз на день¹

Нанесення пластри на шкіру



* OFF/ON – періоди виключення/включення

Подовжене вивільнення 24 години