



Здоров'я нації — добробут держави

Здоров'я України[®]

М Е Д И Ч Н А Г А З Е Т А

www.health-ua.com

№ 11-12 (360-361) червень 2015 р.

33 000 примірників*

Доктор медичних наук, професор
Владислав Поворознюк



**Новейшие тенденции
в диагностике и терапии
заболеваний
костно-мышечной системы**

Читайте на сторінці **36**

Доктор медичних наук, професор
Борис Пухлик



**Аллергия —
мультидисциплинарная
проблема**

Читайте на сторінці **17**

Доктор медичних наук, професор
Юрий Степанов



**Новейшие технологии
в теоретической и клинической
гастроэнтерологии**

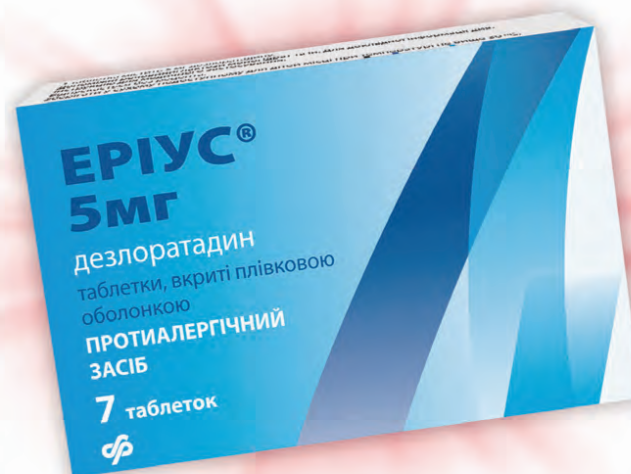
Читайте на сторінці **12**

Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС[®]



НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ



✓ **ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА¹**
усуває різні симптоми алергії

✓ **ДІЄ ВЖЕ**
через 30 хвилин¹

✓ **АКТИВНИЙ**
протягом 24 години¹

Інформація про лікарський засіб. Інформація призначена для медичних установ та медичних або фармацевтичних працівників.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Еріус, затверджена наказом МОЗУ №46 від 25.01.2012.

Р.п.: таблетки — наказ МОЗ України №46 від 25.01.2012 № UA/5827/01/01; сироп — наказ МОЗ України №77 від 01.02.2013 № UA/5827/02/01.

Інформація, яка розміщується у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів.

ТОВ «Байер» 04071, Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б. Телефон: +38(044) 220-33-00. Факс: +38(044) 220-33-01. www.bayer.ua



Шановні іпаци, лікарі, колеги, вітаємо Вас з Днем медичного працівника!

Трагічні події, що відбулися в Україні протягом останніх років, укотре довели: у медицині не буває «випадкових» людей. Ця складна і водночас надзвичайно благородна сфера діяльності поєднує лише відповідальних, чесних, порядних і чуйних спеціалістів, справжніх професіоналів, готових зробити все можливе й неможливе, у прямому і переносному значенні йти у вогонь і воду задля порятунку хворих.

Мужні, відчайдушні, терплячі, самовіддані та відважні українські лікарі стали надійним тилом, найгуманнішою армією нашої країни, активною скрізь: на полі бою, у госпіталях, пологових будинках, районних поліклініках та наукових інститутах.

Бажаємо кожному із Вас миру, сімейного затишку, прагнення та можливостей для самовдосконалення, добробуту, творчої реалізації, сприятливого клімату та дружньої атмосфери на роботі, безлімітного депозиту щастя у банку під назвою «Життя»...

Завжди зберігайте вірність обраному шляху, яким би нелегким він не виявився; щедро діліться мудрістю і примножуйте кількість радості на планеті; будьте здоровими, оптимістичними, впевненими у завтрашньому дні, відкритими світу, щирими у прагненнях та нестримними у мріях.

І пам'ятайте: **ЛІКАР – ЦЕ ЗВУЧИТЬ ГОРДО!**

*З найтеплішими побажаннями,
колектив «Медичної газети
«Здоров'я України»*

Компания «Здоровье»: лидерство со знаком высокого качества

Профессионализм украинских врачей и их труд высоко ценит флагман фармацевтического рынка с одним из самых высоких темпов развития в отрасли – компания «Здоровье» (г. Харьков). Накануне Дня медицинского работника генеральный директор ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье» Александр Доровской рассказал об открытых диалогах с врачами, бизнесе с европейскими инвестициями и нестандартных социальных проектах.

— Александр Викторович, спасибо Вам за теплые слова в адрес медицинских работников. Расскажите, пожалуйста, в каком формате чаще всего происходят встречи коллектива компании «Здоровье» с врачами?

— Дружественные диалоги с врачами мы поддерживаем, участвуя в различных научно-практических форумах и конференциях. Представители компании «Здоровье» — активные участники симпозиумов, выставок и других мероприятий. Также стали доброй традицией встречи с харьковскими врачами на нашем предприятии. Они проходят в формате открытого диалога фармацевтов, врачей первичного звена и узких специалистов. Мы обсуждаем развитие национального фармацевтического рынка, импортозамещение и другие актуальные проблемы, проводим экскурсии по нашим производственным площадкам, чтобы врачи могли увидеть достижения украинской фармации. Мы считаем, что взаимоотношения с коллегами-медиками должны выстраиваться исключительно на основании знаний. К примеру, мы демонстрируем врачам современный ампульный цех компании «Здоровье», который имеет одну из лучших линий по производству ампулированной продукции в Украине. После реконструкции этой линии производство ампул с препаратами увеличилось с 8 до 25 млн штук в месяц, что позволило компании занять лидирующие позиции в стране по объему выпуска ампульных лекарственных средств. Здесь строго соблюдаются условия высокотехнологичного производства, соответствующего всем требованиям Надлежащей производственной практики (GMP). Это стало возможным благодаря европейским инвестициям. Ведь мы с инвесторами заинтересованы в том, чтобы вывести продукцию компании «Здоровье» на самый высокий уровень качества.

— Каковы достижения Вашей компании после прихода европейского акционера?

— Мы получаем постоянные инвестиции в производство и новые технологии. За три года мы полностью модернизировали производство согласно требованиям GMP, и теперь вся выпускаемая продукция соответствует европейским стандартам. Сегодня наше предприятие производит более 320 наименований лекарственных средств всех фармакотерапевтических групп. Только на протяжении двух последних лет выведено на рынок более 30 новых медикаментов. В среднем ежегодно компания «Здоровье» регистрирует 10-15 генериков и 1-2 оригинальных препарата, которые по качеству не уступают импортным аналогам. Мы являемся одним из лидеров по продажам в Украине и экспортным поставкам. Осуществляется регистрация препаратов в европейских государствах. В сложных для страны условиях мы строим будущее украинской фармации. Доля отечественных препаратов на рынке будет расти и дальше, а это доходы в бюджет страны. Поэтому

на примере нашей компании могу сказать, что инвестиции дают не только развитие, новые рынки сбыта, но и в корне меняют подход к ведению бизнеса. Мы осознаем, что без постоянного движения вперед наступает упадок. Именно благодаря

инвестирует в оборудование, идет работа по строительству новых участков для производства высокотехнологичных лекарственных форм, планируется выведение на рынок новых оригинальных препаратов. Быть первопроходцем всегда сложнее.

Уважаемые медицинские работники и ветераны здравоохранения!
Примите самые искренние и сердечные поздравления
с профессиональным праздником!

С днем медицинского работника!

Вы связали свою судьбу с самой благородной и нужной профессией – дарить людям жизнь и здоровье.
С первого момента появления на свет человек окружен вниманием и заботой людей в белых халатах.
В самые трудные минуты именно Вы приходите на помощь!

Вы спасаете людей, лечите их заботой и добрым словом.
Среди наивысших ценностей для человека – его жизнь и здоровье, жизнь и здоровье родных и близких.
Без здоровья невозможна счастливая и полноценная жизнь, поэтому Ваш труд всегда востребован и благороден.

Выражаем слова благодарности всем медицинским работникам за отзывчивые сердца, милосердие и сострадание к чужой боли.

Профессионального роста и новых достижений в медицине, взаимопонимания и благополучия в Ваших семьях, счастья и неиссякаемой энергии, достатка и крепкого здоровья!

С уважением,
генеральный директор
А.В. Доровской



Здоровье
фармацевтическая компания

инвестициям в это экономически тяжелое время нам удалось провести комплексную модернизацию производства и получить международную сертификацию, что свидетельствует о высоком качестве наших лекарственных средств.

— Как Вы завоевываете доверие потребителей?

— Наши лекарства произведены в соответствии со стандартами GMP, эффективны и доступны по цене. Это дает возможность пациентам с разным уровнем дохода пройти полный курс лечения.

— Какие основные инновационные направления работы компании?

— Мы всегда с энтузиазмом осваиваем новые направления. Компания активно

Разработка оригинальных лекарственных средств — процесс длительный, требующий больших интеллектуальных, финансовых и организационных ресурсов.

Несомненно, я вижу перспективу в том, чтобы делать ставку на инновации, ноу-хау, препараты с элементами оригинальности. Это позволит обеспечить стабильное существование компании, укрепить ее положение на рынке. Но разработка оригинальных препаратов является дорогостоящей, поэтому не менее приоритетны отслеживание сроков действия патентов на бренды и производство генериков, которые являются более доступными по цене в связи с гораздо меньшими инвестициями в их разработку.

— Где за рубежом можно купить лекарственные препараты производства фармацевтической компании «Здоровье»?

— Продукция компании «Здоровье» экспортируется во все страны СНГ: Молдову, Узбекистан, Азербайджан, Беларусь, Россию, Казахстан, Армению, Грузию, Кыргызстан, Таджикистан и Туркменистан. В каждой из них мы известны на рынке, принимаем активное участие в фармацевтических выставках национального уровня. Приятно, когда на таких мероприятиях к нашему стенду подходят медработники и фармацевты из разных стран и говорят, что знают наши препараты и рекомендуют их своим пациентам. Помимо этого, мы экспортируем свою продукцию во Вьетнам, Эстонию, Польшу, Ливан, ОАЭ. Ведутся переговоры с рядом европейских компаний об экспорте нашей продукции в страны Евросоюза.

— В сложное для страны время Вы ищите новые возможности для развития как бизнеса, так и социальных проектов.

— В этом году, невзирая на кризис в стране, мы как социально ответственная компания продолжили все свои благотворительные инициативы. Я не имею морального права отложить до лучших времен помощь воспитанникам Комаровского детского дома-интерната. Мы помогаем детям с ДЦП уже 15 лет!

Харьковские спортсмены и талантливая молодежь также нуждаются в поддержке. Это же наше будущее! Весной компания «Здоровье» инициировала проведение в г. Харькове первого в истории Украины чемпионата по вольной борьбе среди мужчин, женщин и по греко-римской борьбе одновременно в одном зале. Мы оказали поддержку сотруднице нашей компании — чемпионке мира 2014 года, двукратной чемпионке Европы по вольной борьбе Юлии Ткач на Первых Европейских играх в Баку. Юлия блестяще выступила и заняла второе место, выиграв серебряную медаль. Харьковских борцов мы поддерживаем на протяжении уже многих лет.

Ежеквартально компания «Здоровье» оказывает материальную помощь более чем 400 неработающим пенсионерам предприятия. Особое внимание и заботу компания уделяет также ветеранам Великой Отечественной войны. Для незащищенных слоев населения мы запустили дисконтную программу по приобретению лекарственных средств компании «Здоровье» со скидкой 20%.

Пятнадцать лет компания «Здоровье» поддерживает Свято-Петро-Павловский храм. Ко Дню города в живописном уголке г. Харькова — возле Зеркальной струи — планируется завершить строительство уникального храмового комплекса Святых Жен-Мироносиц. Мы восстанавливаем одну из красивейших старых церквей города, которая имела много прихожан и была разрушена в 1930 г. Это вклад нашей компании в настоящее и будущее города.

— В Украине непростая конкурентная среда в фармации. Что помогает компании «Здоровье» сохранять ведущие позиции?

— Хочешь быть в выигрыше — обеспечить развитие и высокое качество лекарств! Это залог нашего лидерства в стране и путь к узнаваемости бренда в Европе и мире.

НОВИНИ МОЗ



У Сумах підбили підсумки акції «Серце до серця»

У Сумській обласній державній адміністрації відбувся брифінг, на якому підбили підсумки акції «Серце до серця». Захід відбувся за участі начальника управління молоді та спорту Сумської обласної державної адміністрації Дмитра Лантушенка, заступника головного лікаря з медичної частини обласної дитячої клінічної лікарні Ольги Гапієнко та керівника Сумського обласного відділення Всеукраїнського благодійного фонду «Серце до серця» Крістини Сахно.

Десята благодійна акція «Серце до серця» проходила з 1 по 30 квітня під гаслом:

«Врятуй життя дитини!». Цього року метою акції був збір коштів на придбання якісного медичного обладнання у відділення анестезіології та інтенсивної терапії дитячих лікарень.

Завдяки співпраці комітету благодійного фонду, волонтерів та державних структур у 2015 р. вдалося зібрати рекордну суму коштів – 117 621,25 грн.

В акції взяли участь близько 800 волонтерів, медичні установи, вищі навчальні заклади, коледжі, заклади культури. Також скриньки для збору коштів були розміщені у громадських місцях.

Найкращим волонтером у м. Суми була визнана студентка кооперативного технікуму

Юлія Авер'янова, яка матиме нагоду у 2015 р. відвідати благодійну акцію у Польщі, зустрітися з місцевими волонтерами та обмінятися з ними досвідом.

Головний військово-медичний клінічний госпіталь отримав статус національного

Президент України Петро Порошенко привітав військових та медичних працівників Головного військово-медичного клінічного госпіталю (найстарішого державного медичного закладу України) з 260-річчям, зазначивши, що в госпіталі отримували лікування ще поранені у війні

1812 р., яку російські історики назвали вітчизняною.

«Тепер у нас триває перша, і мені б дуже хотілося вірити, що й остання наша вітчизняна війна, де Україна та український народ захищає свою незалежність, суверенітет, територіальну цілісність, свободу, демократію і саме своє існування», – наголосив Петро Порошенко.

Глава держави повідомив, що підписав указ про надання Київському військово-медичному госпіталю статусу національного і відтепер він матиме назву «Національний військово-медичний клінічний центр».

«Це – справжня нагорода одному з найкращих медичних колективів України», – підкреслив Петро Порошенко.

Президент України вручив державні нагороди 10 працівникам Київського військово-медичного госпіталю та 6 військовослужбовцям, які перебувають там зараз на лікуванні.

Перший заступник Міністра охорони здоров'я України Олександра Павленко привітала присутніх з професійним святом – Днем медичного працівника: «Невипадково, що святкування 260-річного ювілею збігається з Днем медичного працівника, який цього року відзначається 21 червня. Хто, як не ви, є плоть від плоті, кров від крові гідними представниками найгуманнішої, найдемілітаризованої у світі армії – армії медицини».

На Житомирщині відзначили почесних донорів

На базі Житомирського інституту медсестринства відбулись урочистості з нагоди Всесвітнього дня донора крові, яке відзначається 14 червня. Цього року свято проходило під гаслом: «Дякую за порятунок мого життя!».

«Донор – не професія і не робота, але цими людьми пишається країна, адже вони дарують людям найцінніше, що не можна виготовити за допомогою найсучасніших технологій, не можна купити за найбільші гроші, – свою кров», – наголосив заступник голови обласної державної адміністрації Ярослав Лагута. Він вручив посвідчення «Почесний донор України» Сергію Ничипоруку та Оксані Копитиній.

«У боротьбі за здоров'я та життя людини використовують ліки, яких нічим не замінити, – кров та її препарати. Ніщо не може зрівнятися з нею за силою зцілення, ніхто не може з такою категоричністю наказати людині: «Живи!» та змусити організм боротися з недугами. Невипадково донорів називають союзниками лікарів», – зазначив головний спеціаліст, лікар відділу медицини катастроф та організації медичної допомоги населенню управління організації медичної допомоги населенню та медицини катастроф департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації Віктор Лучків.

Волонтерам донорського руху були вручені подяки департаменту охорони здоров'я, а також Почесні грамоти обласної організації Товариства Червоного Хреста України.

У Житомирській області протягом 2014 р. було здійснено 13 324 донорії крові та її компонентів, у закладах охорони здоров'я проведено 15 797 гемотрансфузій компонентів та препаратів крові. Також завдяки плідній співпраці з волонтерськими молодіжними рухами вищих навчальних закладів м. Житомира та громадськими організаціями протягом 2014 р. відбулося 10 акцій з підтримки та розвитку добровільного безоплатного донорства. Під час таких акцій 1125 осіб, у тому числі 600 студентів, виявили бажання стати донорами.

На Житомирщині звання «Почесний донор СРСР» та «Почесний донор України» мають більше 2 тис. осіб. Донор А.І. Самсонова нагороджена орденом княгині Ольги III ступеня; почесні донори К.В. Рафікова, А.І. Камінський, І.В. Каушан, Н.Г. Адамова мають звання «Заслужений донор України».

З ДНЕМ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА!

Від імені компанії Санофі в Україні дозвольте висловити найкращі побажання всім медичним працівникам з нагоди вашого професійного свята!



Щоденна робота медиків заслуговує на глибоку повагу та щирі вдячність, адже ви захищаєте та рятуєте людські життя. Ваша постійна турбота про здоров'я людей з метою покращення якості життя пацієнтів та розвитку сфери охорони здоров'я в Україні є надзвичайно важливою для всієї нації.

Пацієнт завжди знаходиться в центрі уваги Санофі. Тому ми особливо пишаємося нашим партнерством з медичною спільнотою для реалізації благородної місії – працювати разом задля покращення здоров'я українців. Як глобальний фармацевтичний лідер Санофі в Україні спільно з представниками охорони здоров'я долає нові виклики, забезпечуючи пацієнтів доступом до якісних інноваційних рішень та надаючи повсякденну підтримку. Ефективна реалізація наших численних програм була б неможливою без активної участі медичних працівників.

Ми цінуємо ваш професіоналізм, турботливість і готовність віддано виконувати свої обов'язки, особливо в складній ситуації, в якій сьогодні опинилася наша країна. Я щиро бажаю вам здоров'я, успіху і натхнення для виконання своєї місії заради життя пацієнтів.

Жан-Поль Шоєр,
Генеральний директор Санофі в Україні та Білорусі

SANOFI



З М І С Т

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Новини МОЗ України 4, 9, 11

Улучшение качества жизни и признание талантов: церемония
награждения победителей VI Всеукраинского конкурса
рисунка среди детей с диабетом 6

Министерство здравоохранения Украины и Санофи в Украине
подписали Меморандум о взаимопонимании 7

Оперативно о главном 32
Хроника ключевых событий в медицине

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Екзамен для учителя, или Кто научит детей быть здоровыми?
С.В. Страшко 26
По итогам семинара Ассоциации семейных врачей г. Киева и Киевской области, 30 апреля, г. Киев

IV З'їзд сімейних лікарів України: актуальні проблеми
і перспективи галузі
Л.С. Бабінець 27
За підсумками з'їзду, 11-12 червня, м. Полтава

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ГЕПАТОЛОГІЯ

Пангрол: инновационная формула комплекса панкреатических
ферментов
М.К. Kolodziejczyk, М.М. Zgoda 10-11
Задача современной фармакологии – разработать лекарственную форму, которая будет отвечать
целому ряду критериев

Новейшие технологии в теоретической и клинической
гастроэнтерологии
Ю.М. Степанов, А.Э. Дорофеев, В.П. Шипулин 12-13
По итогам научной сессии, 18-19 июня, г. Днепропетровск

Билиарный рефлюкс в патогенезе ГЭРБ: терапевтическое
значение урсодезоксихолевой кислоты
М.Б. Щербинина 14-16
Признание кислотного рефлюкса центральным звеном патогенеза ГЭРБ сделало его основной
мишенью терапевтической тактики

АЛЕРГОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ

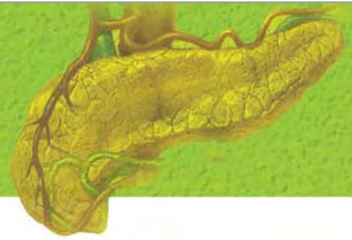
Аллергия – мультидисциплинарная проблема
Б.М. Пухлик 17
Представляем взгляд на проблему ведущего специалиста-аллерголога

Аллергический ринит: клинические рекомендации 21-22
В феврале 2015 г. опубликовано клиническое руководство по оптимизации подходов
к диагностике и лечению АР Американской академии отоларингологии

Нові аспекти лікування та профілактики алергічних ринітів
А.З. Бандрівська 24
За підсумками НПК «Актуальні питання виявлення і лікування алергічних захворювань»,
20-21 травня, м. Вінниця

Дифференциальная диагностика и вопросы рациональной
терапии аллергического ринита
С.В. Зайков 25
По итогам XII Съезда оториноларингологов Украины, 18-20 мая, г. Львов

Пангрол® 10000
Пангрол® 25000
Порошок з підшлункових залоз свиней



«Ефективний ферментний препарат,
який відповідає сучасним вимогам»¹

Сучасний поліферментний
препарат¹

Високий вміст панкреатичних
ферментів в оптимальному
співвідношенні¹

Містить свинячий панкреатин²

Без жовчі²

UA_Pangrol-04-2015_V1_Рит. Затверджено до друку 20.04.2015.



Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників

Інструкція для медичного застосування препарату (скорочена) ПАНГРОЛ® 10000/ПАНГРОЛ® 25000

Склад лікарського засобу: діюча речовина:
Пангрол® 10000 має ліполітичну активність 10000 ОД 6-Ф., аміполітичну активність 9000 ОД 6-Ф., протеолітичну активність 500 ОД 6-Ф.;
Пангрол® 25000 має ліполітичну активність 25000 ОД 6-Ф., аміполітичну активність 22500 ОД 6-Ф., протеолітичну активність 1250 ОД 6-Ф.

Лікарська форма. Капсули тверді з кишковорозчинними міні-таблетками.

Показання для застосування. Недостатність екзокринної функції підшлункової залози у дорослих і дітей, яку спричиняють різні захворювання, у тому числі нижченаведені: хронічний панкреатит; муковісцидоз; панкреатектомія; гастроентерит; рак підшлункової залози; операції з накладанням шлунково-кишкового анастомозу (наприклад гастроентеро-стомія за Білльотом II); обструкція панкреатичної або загальної жовчної протоки (наприклад пухлиною); синдром Шахмана-Даймонда; гострий панкреатит з моменту переведення хворого на ентеральне харчування та інші захворювання, що супроводжуються екзокринною недостатністю підшлункової залози.

Протипоказання. Підвищена чутливість до панкреатину, виробленого з підшлункових залоз свиней, або до інших компонентів препарату. Відомо гіперчутливість до м'яса свиней.

Спосіб застосування та дози (скорочена, дивись повну інструкцію з медичного застосування).

Дозування препарату визначається індивідуально для кожного пацієнта залежно від ступеня порушення травлення та складу їжі. Для індивідуального підбору дози існує два види дозування препарату – Пангрол® 10000 та Пангрол® 25000. Рекомендована початкова доза становить 10000-25000 ОД 6-Ф. на прийом їжі, для чого застосовують 1-2 капсули препарату Пангрол® 10000 (10000-20000 ОД 6-Ф. ліпази) або 1 капсулу препарату Пангрол® 25000 (25000 ОД 6-Ф. ліпази).

Побічні ефекти. Розлади травного тракту. Часто: метеоризм, блювання, запор.

Повний перелік побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату від 20.11.14 № 873

Р.Л. № UA/6763/01/01 Пангрол® 10000, № UA/6763/01/02 від 20.11.14 № 873 Пангрол® 25000.

Виробник: BERLIN-CHEMIE AG, Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина

Адреса: м.Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-3388, факс: (044) 494-3389

Категорія відпуску. Без рецепта

За детальную інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування препарату від 20.11.14 № 873 Р.Л. № UA/6763/01/01 Пангрол® 10000, № UA/6763/01/02 від 20.11.14 № 873 Пангрол® 25000.

Представництво виробника в Україні – «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ»

Адреса: м.Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-3388, факс: (044) 494-3389

1. Адаптовано з Text S.M. Современные стратегии ведения больных с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. // Здоровье Украины. Вересень 2013. 32-34

2. Инструкция для медичного застосування препарату Пангрол® 10000/Пангрол® 25000



АНОНС

XVII щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція

«Актуальні питання педіатрії»
(Сідельниковські читання)

23-25 вересня, м. Дніпропетровськ



На конференції будуть розглянуті такі питання:

- сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною та її вигодовування;
- проблеми діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку.

У межах роботи XVII Сідельниковських читань відбудеться науково-методична нарада з актуальних питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах.

До участі у Всеукраїнській конференції запрошуються завідувачі, співробітники кафедр педіатрії та кафедр сімейної медицини вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти, науковці профільних науково-дослідних установ МОЗ та НАМН України, педіатри, лікарі зі спеціальностей «Загальна практика – сімейна медицина», «Дитяча кардіоревматологія», організатори охорони здоров'я.

Заявки на участь (автори, назва доповіді, установа, місто, прізвище доповідача, телефон, поштова та електронна адреса) просимо надсилати на адресу: 02660, м. Київ, просп. Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2, завідувачу кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, члену-кореспонденту НАМН України, професору Волосовцю Олександр Петровичу до 29 травня або на електронну адресу: krivopustov@voliacable.com.

Іногородніх учасників конференції просимо заздалегідь потурбуватися про місце проживання у м. Дніпропетровську та квитки на проїзд.

ПРЕСС-РЕЛИЗ



Улучшение качества жизни и признание талантов: церемония награждения победителей VI Всеукраинского конкурса рисунка среди детей с диабетом

Через детские рисунки к миру взрослых — создан мультфильм об особенностях жизни с диабетом и важности раннего диагностирования

29 мая, г. Киев. Санофи в Украине, ведущая компания в области лечения диабета, объявила победителей VI Всеукраинского конкурса рисунка среди детей с диабетом. Конкурс, организованный при поддержке Ассоциации детских эндокринологов Украины в рамках долгосрочной программы Санофи «Диабет. Поможем вместе», направлен на улучшение качества жизни детей с этим заболеванием.

Жиль Лерно, старший вице-президент по корпоративной социальной ответственности Санофи: «Пациент находится в сердце всего, что мы делаем в Санофи. Мы хорошо понимаем обстоятельства, в которых украинцам приходится жить сегодня, и осознаем важность оказания поддержки людям с диабетом. В эти тяжелые времена миссия нашей компании не изменилась: мы продолжаем обеспечивать пациентов доступом к инновационному лечению, а также поддерживать их в повседневном контроле заболевания».

Наталья Зелинская, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская эндокринология», президент Ассоциации детских эндокринологов Украины: «Мы рады быть частью этой чрезвычайно важной социальной инициативы и благодарны Санофи за плодотворное сотрудничество. Участие в конкурсе помогает детям с диабетом реализовывать свой потенциал посредством рисования и чувствовать со стороны общества поддержку, в которой они сейчас нуждаются больше, чем когда-либо. Важно, чтобы дети с диабетом помнили, что болезнь — это не препятствие для нормальной полноценной жизни».

В этом году организаторы конкурса получили около 500 рисунков от маленьких художников с разных уголков Украины, а общее количество работ, присланных на конкурс с момента его основания в 2010 г., составляет более 3500.

Торжественная церемония состоялась в парке им. Тараса Шевченко в г. Киеве накануне Всемирного дня защиты детей, который ежегодно отмечается 1 июня. Во время мероприятия были награждены авторы лучших рисунков, которые были отобраны жюри в составе генерального директора Санофи в Украине и Беларуси Жан-Поля Шоера, главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Детская эндокринология», президента Ассоциации детских эндокринологов Украины Натальи Зелинской и генерального директора музыкальной премии YUNA Павла Шилько.

Четвертый год подряд пользователи социальной сети Facebook выбирают одного дополнительного победителя путем голосования на специальной странице конкурса: <https://www.facebook.com/DopomozhemoRazom>. Страница была создана в 2012 г. для того, чтобы делиться советами с детьми с диабетом и их родителями, предоставлять информацию о заболевании и его профилактике, а также популяризировать здоровый образ жизни. В этом году победителем голосования в сети Facebook стал рисунок **Ольги Буний** из г. Надворная (Ивано-Франковская обл.).

Жан-Поль Шоер, генеральный директор Санофи в Украине и Беларуси: «Санофи в Украине стремится менять качество жизни людей с диабетом к лучшему, прежде

всего — жизни детей, которые нуждаются в особой заботе. В сложных условиях, которые сегодня переживает наша страна, мы должны сделать все для того, чтобы эти дети вели нормальную жизнь, осуществляя свои мечты и надежды. Шестой год подряд счастливые лица участников доказывают, что наш конкурс — должданное и важное событие для детей. Совместно с Ассоциацией детских эндокринологов Украины мы продолжаем работать для улучшения качества жизни детей с диабетом».

Авторы лучших рисунков по версии жюри и пользователей Facebook получают возможность пройти курс отдыха и реабилитации в специализированном санатории «Березовый гай» в г. Миргороде при поддержке Ассоциации детских эндокринологов Украины.

В этом году организаторы конкурса, воодушевленные историями, которые рассказывают дети с диабетом с помощью своих рисунков, презентовали мультфильм «История о мечте. От детей с диабетом к миру взрослых». Мультфильм был создан известным украинским художником-мультипликатором Степаном Ковалем на основе работ, которые маленькие художники присылали на конкурс в течение 5 предыдущих лет. Через историю маленькой девочки с диабетом, которая находит в себе мужество контролировать болезнь, мультфильм поднимает актуальные для украинского общества проблемы ранней диагностики и лечения диабета, особенно среди взрослых, склонных к развитию сахарного диабета 2 типа. Мультфильм доступен на странице конкурса в Facebook по ссылке: <https://www.facebook.com/DopomozhemoRazom>.

Степан Коваль, художник-мультипликатор, главный режиссер анимационной студии «Новаторфильм»: «Мне было очень приятно присоединиться к конкурсу и работать над созданием анимационного обращения от детей с сахарным диабетом к миру взрослых. У каждой работы есть своя эмоция, опыт или надежды, которыми наши юные художники искренне делятся. Через детские рисунки, которые оживают в мультфильме, мы передаем их видение мира, чем стремимся привлечь больше внимания к этой важной для общества болезни».

После церемонии награждения победители посетили анимационную студию, на которой был создан мультфильм, и смогли погрузиться в мир мультипликации, увидев процесс создания анимации собственными глазами.

О Санофи

Санофи, интегрированный глобальный лидер в сфере здравоохранения, открывает, разрабатывает и предоставляет терапевтические решения, ориентированные на потребности пациентов. В сфере здравоохранения Санофи специализируется на 7 платформах роста: решения для диабета, вакцины для людей, инновационные препараты, забота о здоровье потребителей, развивающиеся рынки, ветеринария и Джензайм. Санофи зарегистрирована на фондовых биржах в гг. Париже (EURONEXT: SAN) и Нью-Йорке (NYSE: SNY).

Контакты для получения дополнительной информации:

Людмила Бабич, директор по корпоративным коммуникациям Санофи в Украине и Беларуси
Тел.: + 38 (044) 354-20-00
E-mail: lyudmyla.babych@sanofi.com

• Номинация «Братья наши меньшие»



Алиса Алексеева
(г. Полтава)



Никита Степченко
(г. Одесса)



Виктория Колядко (г. Сарны, Ровенская обл.)

• Номинация «Мой край»



Ульяна Феняк
(с. Нижний Вербиж, Ивано-Франковская обл.)



Андрей Мищенко
(г. Сумы)

• Номинация «Мои фантазии»



Надежда Ропчан
(с. Молодия, Черновицкая обл.)



Ирина Степина (г. Днепропетровск)

• Номинация «Мое будущее»



Евгений Лазаретный (г. Черновцы)



Богдан Чикаленко (г. Чернигов)

• Номинация «Моя семья»



Артем Антонюк (с. Тальянки, Черкасская обл.)



Ирина Миргород (г. Одесса)

• Номинация «Мои друзья»



Богдан Фурманец (г. Казатин, Винницкая обл.)

ЗМІСТ

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ

Рациональная антибиотикотерапия: пути достижения цели

А.Я. Дзюблик, Ю.М. Мостовой, В.И. Попович и др. 28-29

По итогам заседания комиссии по контролю рационального использования антибактериальных
и противовирусных препаратов в Украине, 28 апреля, г. Киев

Антибиотикотерапия. Дайджест 29

Современная антибиотикотерапия в практике педиатра 31

Современная стратегия лечения инфекционных заболеваний основывается на выделении
возбудителя с дальнейшим определением его чувствительности к антибактериальному препарату

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

Новейшие тенденции в диагностике и терапии заболеваний

костно-мышечной системы

J.-Y. Reginster, J. Payer, В.В. Поворознюк и др. 36-39

По итогам первого международного симпозиума, 5-7 мая, г. Львов

MEDICAL NATURE

Эффективность флебопротекторов у пациентов с ХВН

и трофическими язвами нижних конечностей 35

ФАРМКОМПАНІЯ

Компания «Здоровье»: лидерство со знаком высокого качества

А.В. Доровской 3

ФАРМПРЕПАРАТ

«Такеда Україна» підтверджує статус препарату Актовегін

як лікарського засобу

Н. Заго, А. Сороколєтова, Є.Г. Педаченко та ін. 8

Питання дотримання правових норм обговорювалися у рамках прес-конференції компанії «Такеда Україна»

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Биомаркеры для диагноза и прогноза рака предстательной железы

А.А. Мельник 47-48

Шлях до здорового сердца лежит через печінку?

Г.А. Анохіна 49-50

ЮРИДИЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ

Відносини «лікар – пацієнт» у правовому полі

На запитання читачів відповідає медичний адвокат, керівник Юридичного

бюро Олена Бабич 48

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Андрей Петрович Ромоданов: трепетная душа, неповторимые руки,

смелый разум 44-45

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Министерство здравоохранения
Украины и Санофи в Украине подписали
Меморандум о взаимопонимании

Киев, 29 мая 2015 г. Министерство здравоохранения Украины и Санофи в Украине подписали Меморандум о взаимопонимании, который будет действовать до 2017 г. Цель меморандума – усиление сотрудничества между МЗ и Санофи в Украине для улучшения предоставления медицинского обслуживания населению Украины. Меморандум о взаимопонимании был подписан Александром Квиташвили, министром здравоохранения Украины, и Жан-Полем Шоером, генеральным директором Санофи в Украине и Беларуси.

Продолжение сотрудничества МЗ Украины и Санофи в Украине, которое началось в 2011 г. и было официально закреплено в Меморандуме на следующие три года, демонстрирует готовность сторон к объединению усилий для улучшения качества лечения и поиска решений для удовлетворения потребностей пациентов.



Александр Квиташвили, министр здравоохранения Украины: «Главная задача МЗ Украины сегодня заключается в реформировании системы здравоохранения, чтобы обеспечить украинским пациентам более широкий доступ к качественным лекарственным средствам и медицинским услугам; повысить уровень осведомленности общества о болезнях с целью их предупреждения и улучшения показателей ранней диагностики. Мы поддерживаем активную позицию мировых лидеров фармацевтической отрасли, которые содействуют эффективному внедрению реформ ради здоровья и жизни украинских пациентов и стремятся расширить спектр оригинальных лекарств на украинском рынке».

Жан-Поль Шоер, генеральный директор Санофи в Украине и Беларуси: «Мы поддерживаем стремление МЗ Украины изменить систему здравоохранения к лучшему. Подписанный меморандум охватывает сотрудничество в таких актуальных для Украины отраслях, как борьба с сахарным диабетом, раком грудной железы, редкими заболеваниями, а также содействие развитию фармакоэкономического направления обоснования лечения пациентов с хроническими заболеваниями. Санофи, глобальный лидер в сфере здравоохранения, имеет многолетний опыт и готовность делиться им с украинской властью, поскольку миссия Санофи заключается в решении важнейших вопросов, связанных со здравоохранением и обеспечением доступа к качественным лекарственным препаратам и медицинским услугам. Уверен, что вместе мы сможем внести положительные изменения в систему здравоохранения, способствующие улучшению доступа к лечению и поддержанию здоровья населения на высоком уровне. Это общая цель, к которой мы все стремимся».



Подписание Меморандума о взаимопонимании предшествовало торжественной церемонии награждения победителей VI Всеукраинского конкурса рисунка среди детей с сахарным диабетом. В мероприятии приняли участие Ален Реми, Чрезвычайный и Полномочный Посол Франции в Украине, и Жиль Лерно, старший вице-президент по корпоративной социальной ответственности Санофи.

Санофи в Украине и МЗ Украины определили основные направления сотрудничества:

- повышение качества лечения сахарного диабета у детей и взрослых;
- улучшение показателей обнаружения рака грудной железы на ранних стадиях;
- поддержка развития украинской системы здравоохранения в выявлении редких заболеваний путем внедрения инновационных методов диагностики;
- развитие и популяризация фармакоэкономического направления в Украине.

О компании Санофи

Санофи, интегрированный глобальный лидер в сфере здравоохранения, открывает, разрабатывает и поставляет терапевтические решения, ориентированные на потребности пациентов. В сфере здравоохранения Санофи специализируется на семи платформах роста: решения для диабета, вакцины для людей, инновационные препараты, забота о здоровье потребителей, развивающиеся рынки, ветеринария и лекарственные средства для терапии редких заболеваний. Санофи зарегистрирована на фондовых биржах в Париже (EURONEXT: SAN) и Нью-Йорке (NYSE: SNY).

Контакты для получения дополнительной информации:

Людмила Бабич, директор по корпоративным коммуникациям Санофи в Украине и Беларуси
Тел.: + 38 (044) 354-20-00
E-mail: lyudmyla.babych@sanofi.com

«Такеда Україна» підтверджує статус препарату Актовегін як лікарського засобу

Останнім часом однією з головних тем обговорення у фармацевтичному та медичному колі став несподіваний обшук представниками слідчих органів МВС і СБУ головного офісу ТОВ «Такеда Україна» та звинувачення компанії щодо неправомірності реєстрації препарату Актовегін як лікарського засобу.

Наскільки обґрунтованим є подібний тиск з боку правоохоронців? Що насправді стало передумовою слідчих дій? І хто — досвідчені клініцисти чи представники закону — має право давати оцінку терапевтичній ефективності та безпеці лікарських засобів?

Ці та інші неоднозначні питання обговорювали представники мас-медіа та профільні спеціалісти у рамках прес-конференції, яку було організовано ТОВ «Такеда Україна» з метою підтвердження реєстраційного статусу препарату Актовегін як лікарського засобу.

Директор компанії «Такеда Україна» **Наталія Заго** зазначила, що висунуті звинувачення є абсолютно безпідставними, адже Актовегін — це рецептурний препарат, який зареєстрований в Україні як лікарський засіб уже понад 26 років.

Актовегін зареєстрований як лікарський засіб у 21 державі (у т. ч. в Австрії, Латвії та Румунії, країнах Азії та Близького Сходу. — *Прим. авт.*); його ефективність і профіль безпеки доведені багаторічним досвідом застосування у лікуванні мільйонів пацієнтів по всьому світу.

Перша реєстрація на території нашої країни була здійснена Міністерством охорони здоров'я СРСР ще у 1989 році, і з того часу реєстраційний статус препарату перевірявся та підтверджувався кожні 5 років шляхом державної перереєстрації Міністерством охорони здоров'я України.

У своїй діяльності «Такеда» чітко дотримується найвищих етичних принципів, стандартів якості та правових норм; повною мірою це стосується і статусу реєстрації препарату Актовегін як лікарського засобу в Україні. Використовуючи можливості світового рівня та вітчизняний досвід, «Такеда» й надалі задовольнятиме потребу пацієнтів у лікарських засобах, що підвищують результативність терапії пацієнтів та покращують якість їх життя в цілому.

Регуляторну інформацію про лікарський засіб Актовегін та хронологію подій, пов'язану з його реєстрацією, презентувала директор із медичних та регуляторних питань, а також питань фармакологічного нагляду компанії «Такеда Україна», кандидат медичних наук **Алла Сороколотова**.

— Актовегін використовується в міжнародній клінічній практиці близько 40 років. Уперше він був зареєстрований як лікарський засіб у Німеччині в 1976 році. У травні 1979 року Актовегін було зареєстровано як лікарський засіб і схвалено до медичного застосування в Австрії, а в 1989 році — в СРСР. В Україні перереєстрація препарату була здійснена у 1999 році відповідно до діючих на той момент юридичних вимог і законодавчих норм. У подальшому, до теперішнього часу, лікарський засіб Актовегін проходив планову перереєстрацію в Україні у періоди (раз на 5 років), встановлені відповідними нормативними актами законодавства України.

Протягом 40 років реєстраційне dossier, яке містить юридичну і фармацевтичну інформацію щодо доклінічних та клінічних випробувань препарату, регулярно проходило спеціалізовану експертизу в регуляторних органах різних країн світу. Хочу акцентувати увагу на тому, що експертиза реєстраційного dossier лікарського засобу Актовегін здійснювалася в країнах, де застосовуються високі стандарти якості Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Ще 1980 року Генеральна асамблея ВООЗ затвердила основні критерії, яким повинен відповідати лікарський засіб:

- якість;
- ефективність;
- безпека.

В Україні схвалені до використання такі лікарські форми Актовегіну: таблетки, покриті оболонкою; розчин для внутрішньом'язових /

внутрішньовенних ін'єкцій і розчин для внутрішньовенних інфузій.

Фармакотерапевтичні властивості Актовегіну підтверджені міжнародними дослідженнями, які містять ґрунтовні докази безпеки та ефективності даного лікарського засобу. В лікувальній практиці Актовегін застосовується при ішемічному інсульті, залишкових явищах геморагічного інсульту, черепно-мозкових травмах (ЧМТ), енцефалітах різної етіології, діабетичній полінейропатії, порушеннях артеріального та венозного кровотоку, ангіопатіях (у тому числі діабетичного генезу).

Показово, що в усіх країнах світу, де зареєстровано Актовегін, він отримав рецептурний статус і зберігає його дотепер.

Законодавство України у сфері реєстрації лікарських засобів здебільшого гармонізоване з основними нормами, затвердженими європейським товариством. Усі препарати, які претендують на державну реєстрацію, підлягають спеціалізованій кваліфікованій експертизі на предмет відповідності вимогам до лікарських засобів. Законодавчі норми у сфері реєстрації лікарських засобів визначаються наступними нормативними актами: закон України «Про лікарські засоби», постанова КМУ № 376, наказ Міністерства охорони здоров'я України № 426 (зі змінами).

Основним критерієм класифікації продукту в Україні є його статус у країні походження. Останній підтверджується сертифікатом фармацевтичного продукту (СРР), виданим уповноваженим регуляторним органом у країні походження у форматі, затвердженому ВООЗ. Умови випуску продукту в Україні визначаються регуляторним компетентним органом під час експертизи реєстраційного dossier, яке містить обґрунтовані дані щодо ефективності, безпеки та якості лікарського засобу

Варто підкреслити, що всі препарати для ін'єкційного введення (як у Європейському союзі, так і в Україні) класифікуються винятково як рецептурні лікарські засоби.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Нейрохірургія», академік НАМН України, директор ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», доктор медичних наук, професор **Педаченко Євгеній Георгійович** зазначив:

— Препарат Актовегін зареєстрований в Україні як лікарський засіб уже понад чверть століття; наразі його реєстрація є чинною. Згідно із Законом України «Про лікарські засоби», зокрема відповідно до статей 9, 17 та 20 цього закону, Актовегін може ввозитися на територію держави, реалізовуватися та застосовуватися в медичній практиці. На запитання, чи не є Актовегін біологічно активною добавкою, існує лише одна відповідь: ні, оскільки він характеризується двома суттєвими відмінностями: є рецептурним препаратом та має лікарську форму «розчин для внутрішньовенного застосування».

Коли йде мова про лікарські засоби, доцільно спиратися на підтвердження їх головних характеристик: якість, ефективність, безпека. У випадку Актовегіну це багатоцентрові клінічні дослідження та багаторічний досвід застосування у медичній практиці.

Існують переконливі свідчення доцільності застосування Актовегіну у пацієнтів із синдромом діабетичної стопи, когнітивними порушеннями на тлі судинної патології головного мозку.

Фахову думку також озвучив завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медичних невідкладних станів ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького,



член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Черній Володимир Ілліч**.

— Я вивчаю проблему лікування гострої церебральної недостатності як лікар-реаніматолог та спеціаліст у сфері інтенсивної терапії понад 20 років, керую центром інтенсивної терапії значну частину пацієнтів якого становлять хворі з ЧМТ та інсультами.

Нами було досліджено властивості практично всіх наявних на вітчизняному ринку нейропротекторів, включно з Актовегіном. Використовувалися методи ретроспективної оцінки результативності застосування лікарських засобів (аналіз даних історій хвороб пацієнтів із тяжкою ЧМТ з рівнем летальності близько 43% за період з 1992 по 2004 рік) та інтегрального кількісного аналізу електроенцефалограми. У ретроспективному дослідженні хворих розподілили на 2 групи — ті, що проходили лікування згідно з протоколом та стандартної терапії, та тих пацієнтів, лікування яких було доповнено нейропротекторами. Починаючи з 1999 р., коли до схеми лікування було додано Актовегін була відмічена цікава тенденція: у хворих, чий показник за шкалою Глазго (шкала відображає ступінь тяжкості ЧМТ) виявилися більше 6 балів, результативність стратегій виявилась зіставною. Натомість у пацієнтів, у схему лікування яких було додано нейропротектори, зокрема Актовегін, суттєво покращувалась ефективність терапії, а показники за шкалою Глазго були менше 6 балів.

Актовегін — базовий препарат для лікування гострої церебральної недостатності, що сприяє утилізації кисню (покращує стійкість до гіпоксії мозку) та глюкози. Нами було створено 2 нейрофітної моделі (ЧМТ та інсульту) і визначено вплив препарату на основі даних електроенцефалографічного картування. Також доступні дані робіт, присвячених сумісному призначенню Актовегіну та німодипіну, цитіколіну, що позитивно вплинуло на перебіг терапії. Результатом нашого багаторічного наукового пошуку стала монографія «Нейропротекція і нейропластичність», що опублікована цього року.

Ми активно пропагуємо концепцію первинної та вторинної нейропротекції, яка передбачає використання комплексу засобів, кожен із яких займає певну нішу та має широкий спектр терапевтичного впливу. Відповідні міжнародні рекомендації 2014 року вказують на неможливість отримання задовільного результату лікування в разі призначення монотерапії, необхідне комплексне лікування. Важливе місце в терапевтичних схемах займає Актовегін, ми не маємо жодних сумнівів із цього приводу. Те, що Актовегін займає важливе місце в терапевтичних схемах лікування тяжких пацієнтів, є беззаперечним фактом серед клініцистів.

На сьогодні ставлення вчених до стратегії нейропротекції у світі є достатньо неоднозначним із позицій доказової медицини, а оцінка дієвості нейропротекторів — настільки ж складною, як, наприклад, гіпербаричної оксигенації, що обумовлено гетерогенними характеристиками контингенту хворих та нюансами дизайну випробувань. На мій погляд, при клінічному

веденні таких пацієнтів слід враховувати не лише наявну наукову базу, а й широкий клінічний досвід, що свідчить про безумовні переваги застосування Актовегіну у пацієнтів гострої церебральної недостатності (ішемії, ЧМТ, мозкового інсульту).

У форматі відеозвернення до аудиторії власну думку щодо ситуації висловила завідувач відділу судинної патології головного мозку ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» (м. Київ), член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Світлана Михайлівна Кузнєцова**.

— Препарат Актовегін відноситься до класу пептидів (виготовляється з натуральних продуктів) і демонструє високу клінічну ефективність. Найкращими свідченнями суттєвих фармакотерапевтичних властивостей лікарського засобу Актовегін є його застосування протягом кількох десятиліть у медичній практиці. Ми надзвичайно широко використовуємо цей лікарський засіб у терапії пацієнтів із інсультом. В арсеналі лікарів у значній кількості наявні препарати, що спрямовують свою дію на судини, проте засобів, які стимулюють роботу нейронів, украй мало. Актовегін ефективно застосовується на етапі реабілітації.

Жодного разу у власній практиці я не зустрічала випадків побічних ефектів при застосуванні цього препарату у терапії; більше того, неодноразово випробувала його дію на собі.

Зізнаюся, складно відповісти на абсолютно непрофесійні й некоректні питання на кшталт: «Актовегін — це лікарський засіб чи біологічно активна добавка?», адже і на базі нашого закладу, і міжнародними експертами детально вивчено властивості Актовегіну, виконано величезну кількість наукових робіт, які підтвердили його ефективність та безпеку.

Актовегін відноситься до лікарських засобів, які надзвичайно широко використовуються у неврології. Упевнена, він відомий практично кожному вітчизняному фахівцю.

Ефективність і профіль безпеки лікарського засобу Актовегін підтверджено даними багатьох наукових досліджень. З результатами деяких з них можна ознайомитися на офіційному сайті Американської медичної бібліотеки — <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Актовегін виготовляється в Австрії й проходить фінальний процес вторинного пакування та контролю якості на ліцензованих виробничих потужностях в Україні. Дотримання вимог GMP (Good Manufacturing Practice, Належна виробнича практика) регулярно перевіряється контролюючими органами Європейського союзу та України.

За показниками продажів Актовегін входить до топ-5 лікарських засобів в Україні.

Представники компанії «Такеда Україна» відмовилися коментувати дії правоохоронців до моменту завершення розслідування, проте зазначили, що компанія буде активно відстоювати свою позицію, повністю співпрацюючи з державними регуляторними органами.

Підготувала **Ірина Радченко**

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

Редакционная коллегия

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМУ им. А.А. Богомольца
- О.Я. Бабак**, д.м.н., профессор, Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН Украины и РАМН, директор Института генетической и регенеративной медицины НАМН Украины
- Б.М. Венцовский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., профессор, директор Украинского института сексологии и андрологии, главный сексопатолог МЗ Украины
- Ю.И. Губский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой паллиативной и хосписной медицины НМАПО им. П.Л. Шупика
- Д.И. Заболотный**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины
- Д.Д. Иванов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии и почечно-заместительной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный детский нефролог МЗ Украины
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- В.В. Корпачев**, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины
- В.Г. Майданник**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 НМУ им. А.А. Богомольца
- Б.Н. Маньковский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный эндокринолог МЗ Украины
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова
- В.И. Паньків**, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, научный руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, директор Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины
- Н.В. Харченко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, заместитель директора Института нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета

Учредитель – **Иванченко Игорь Дмитриевич**
ИЗДАТЕЛЬ – ООО «МЕДИЧНА ГАЗЕТА «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 21 СТОРІЧЧЯ»

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

- ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Татьяна Черкасова**
- ДИРЕКТОР ПО РАЗВИТИЮ **Людмила Жданова**
- ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР **Эльвира Сабадаш**
- ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР **Лариса Стороженко**
- МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР **Алексей Терещенко**
- МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР **Ольга Радучич**
- ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ **Галина Теркун**
- Светлана Кабанова**
- ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА **Лина Арсениук**
- Наталья Дехтярь**
- Олег Смага**
- Татьяна Зайчук**
- Ірина Лесько**
- НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА **Наталья Семенова**
- МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ **Инна Головки**
- Юлия Башкирова**
- Зоя Маймескул**
- Мирослава Табачук**
- НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА **Ивалин Крайчев**
- ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР **Сергей Бадеха**

- Свідоцтво KB №15650-4122ПР від 03.09.2009 р.
Индекс издания: 35272
Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов.
За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы.
Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции.
Рукописи не возвращаются и не рецензируются.
- Адрес для писем:**
03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
- Контактные телефоны:
Редакция **521-86-86**
Отдел маркетинга **521-86-91**
Отдел подписки и распространения **521-86-98**
- Газета отпечатана в ООО «Видавничий дім «Аванпост-Прим», г. Киев-35, ул. Сурикова, 3/3.
- Подписана в печать 19.06.2015 г.
Заказ 19062015. Тираж **33 000** экз.
- Тираж с 15.08.2014 г. и 8700 электронных адресов (дата госрегистрации с 02.01.2012 г.).

БАРОЛ

Рабепразол капсули 10 мг та 20 мг

Швидкий ефект доступний всім

Швидке усунення симптомів печії вже в 1 день після прийому

Стабільна кислотосупресивна дія на протязі 24 годин

Відсутність взаємодії з іншими лікарськими засобами

Представництво
«Мега Лайфсайенсиз
Паблік Компані ЛТД»:
03035, Київ, Солом'янська пл., 2, офіс 100
Тел./факс: (044) 248-80-16, (044) 537-01-60
www.megawecare.com.ua

MEGA
We care

Інформація призначена для лікарів для використання у професійній діяльності

НОВИНИ МОЗ

МОЗ і міжнародні експерти провели консультацію щодо забезпечення стійкої відповіді на епідемії ВІЛ та туберкульозу в Україні

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України провело національну консультацію щодо забезпечення стійкої відповіді на епідемії ВІЛ та туберкульозу в Україні, під час якої представники МОЗ, міжнародні експерти та донорські організації домовились об'єднати зусилля у формуванні національного консенсусу щодо забезпечення сталості послуг у протидії таким захворюванням, як ВІЛ/СНІД та туберкульоз, після завершення фінансування програм Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією в Україні у 2017 р.

З 2003 по 2017 р. розміри донорської допомоги Глобального фонду у протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні становили близько 548 млн доларів США, з яких 65% спрямовані на боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІДу, близько 11% – на протидію туберкульозу, 24% – на програму лікування ко-інфекції ВІЛ/туберкульозу. Завдяки програмі фінансування Глобального фонду 59 908 ВІЛ-позитивних дорослих та 7269 ВІЛ-позитивних дітей отримують антиретровірусну терапію; показник передачі ВІЛ від матері до дитини знизився з 27,8% у 2001 р. до 3,7% у 2012 р.; близько 360 тис. осіб отримали послуги тестування та консультування; десятки тисяч хворих групи ризику були забезпечені необхідним лікуванням.

Міністр охорони здоров'я України Олександр Квіташвілі підкреслив важливість консолідації зусиль усіх партнерів, особливо з огляду на складну економічну ситуацію в Україні та виснажливу протидію зовнішній агресії, внаслідок якої тисячі пацієнтів на окупованих територіях залишилися без адекватного медичного спостереження.

«Реформування системи охорони здоров'я має здійснюватися за б основними напрямками, зокрема використання нової моделі фінансового менеджменту, створення системи громадського здоров'я, використання нових форм управління лікувальними закладами, надання переваги амбулаторному лікуванню, реформування фармацевтичного сектору та впровадження всеохоплюючої системи моніторингу та оцінки», – зазначив заступник міністра охорони здоров'я України Ігор Перегінець. Також він наголосив на важливості спільної роботи щодо пошуку додаткових фінансових ресурсів, окрім державних.

Директор ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», професор Наталія Нізова розповіла про діяльність Центру як основного реципієнта грантів Глобального фонду та задекларувала стратегічні напрями розвитку системи контролю щодо протидії соціально небезпечним хворобам, а саме: посилення лабораторної служби; інтеграцію надання послуг з догляду та підтримки хворих, профілактики захворювань; підготовку та залучення фахівців з питань громадського здоров'я; децентралізацію лікувальної мережі, розвиток сталої системи моніторингу та оцінки на національному і регіональному рівнях. Вона переконана, що одним із важливих інституційних перетворень має стати створення у ІV кварталі 2015 р. міжвідомчого Національного центру громадського здоров'я з широким спектром повноважень, діяльність якого буде спрямована на запобігання поширенню інфекційних та неінфекційних захворювань та забезпечення їх контролю.

Фахівці МОЗ узяли участь у семінарі із загального оцінювання системи забезпечення лікарськими засобами

Заступник Міністра охорони здоров'я України Ігор Перегінець узяв участь у відкритті семінару з оцінювання національної системи забезпечення лікарськими засобами, що проводився за підтримки міжнародних організацій USAID та SIAPS. До участі у заході долучилися директор офісу охорони здоров'я USAID-Україна Чарльз Лерман та провідні експерти національних та міжнародних організацій з урядового та громадського секторів.

Уперше в Україні для визначення зрілості можливостей та ефективності системи постачання у сфері охорони здоров'я використовується комплексний набір інструментів – оцінка системи забезпечення лікарськими засобами.

Національна оцінка системи забезпечення лікарськими засобами використовує 2 інструменти: модель зрілості можливостей та оцінку ключових показників результативності (КПР) системи забезпечення лікарськими засобами.

Оцінка КПР полягає у використанні набору індикаторів для комплексної оцінки ефективності системи постачання у сфері охорони здоров'я – як на рівні процесу, так і на рівні результату. Основні джерела даних використовуються для розрахунку ефективності за загальними індикаторами. Для кожної країни можна застосовувати додаткові індикатори процесу залежно від особливостей. Інструмент КПР складається з низки відформатованих таблиць Excel для збору інформації, які можуть доповнюватися відповідними КПР для кожної оцінки.

За інформацією прес-служби МОЗ України

Здоров'я України[®]

www.health-ua.com

9

Пангрол: инновационная формула комплекса панкреатических ферментов

Технология создания лекарственной формы и клинический эффект

Учитывая современные технологии и требования к изготовлению лекарственных средств, эффективная фармакотерапия зависит не только от действующего вещества и его дозы, но и от соответствующей лекарственной формы [1-3]. Задачей современной фармакологии является разработка лекарственной формы, которая будет отвечать таким критериям:

- обеспечение максимального терапевтического эффекта;
- удобство и безопасность;
- достижение соответствующего времени, места и скорости действия;
- минимизация риска возможных побочных эффектов;
- сохранение необходимой стабильности препарата [4, 5].

Эти задачи могут быть выполнены только при использовании подходящих вспомогательных веществ, благодаря которым активное вещество перестает характеризоваться только одним из трех агрегатных состояний (твердым, жидким или газообразным) и превращается в лекарственную форму с дополнительными свойствами. В свою очередь, применимость определенной лекарственной формы зависит от требований фармакотерапии [6].

В процессе создания нового лекарственного средства можно выделить две фазы: преформуляционные исследования и создание лекарственной формы. Первая фаза включает изучение физико-химических характеристик биологически активного вещества и вспомогательных компонентов. Определяется растворимость, кристаллическая структура и наличие/вид взаимодействия между компонентами. Вторая фаза сосредоточена на создании надлежащей лекарственной формы и контролируется соответствующими нормативными документами [7]. В результате этих усилий появляется клинически эффективное лекарственное средство, которое в руках врача может стать методом улучшения здоровья пациента [6, 8].

Сегодня фармацевтический рынок наполнен различными технологическими решениями, которые можно классифицировать в зависимости от пути введения лекарственного средства: перорального или парентерального. Для перорального приема препарата используются такие твердые лекарственные формы, как таблетки, капсулы и гранулы.

Современные технологии позволяют разрабатывать новые лекарственные формы, объединяющие свойства капсул, таблеток и гранул. Цель их создания — повышение эффективности и безопасности препарата, а также комфортное для пациента применение [9, 10].

Необходимость в разработке новых лекарственных форм зачастую обусловлена характеристиками активного вещества. Особенно актуальна она для препаратов, которые имеют пептидную структуру (ферменты, гормоны). В ходе разработки новой лекарственной формы необходимо защитить лекарственное вещество от неблагоприятных условий среды (например, низких или высоких значений pH), а также обеспечить его высвобождение в определенное время и в определенном месте.

Создание лекарственной формы из активных компонентов с пептидной структурой связано с рядом трудностей. Метаболическая

активность составных компонентов будущего препарата может вызывать значительные технологические проблемы. Яркий пример — препараты на основе панкреатических ферментов, которые проявляют активность по отношению ко всем основным питательным веществам.

Биохимические и физиологические свойства панкреатических ферментов в инновационной технологии Eurand Minitabs®

Одним из широко распространенных ферментных комплексов считается панкреатин. Он содержит пищеварительные ферменты поджелудочной железы: липазу, амилазу и протеазу. Физиологической характеристикой панкреатина является его активность в щелочной среде тонкого кишечника. В связи с этим данный фермент не может быть доставлен с помощью обычной твердой пероральной лекарственной формы (таблетки или капсулы). Обычные таблетки и капсулы высвобождают действующее вещество в кислой среде желудка, что приводит к его инактивации.

Панкреатический сок имеет резко щелочную pH ($\geq 7,5-8,0$). В его состав входят ферментные (ферменты и проферменты) и минеральные компоненты. Протеолитическая активность панкреатического сока обусловлена наличием 3 эндопептидаз: трипсина, хемотрипсина и эластазы [13]. Действие трипсина направлено на пептидные соединения между основными аминокислотами, хемотрипсина — на пептидные соединения между ароматическими аминокислотами, а эластазы — на пептидные соединения между малыми аминокислотами (глицин, аланин, серин).

Катализатором преобразования трипсиногена в трипсин является фермент слизистой оболочки тонкого кишечника энтерокиназа. Под ее воздействием от профермента отсоединяется небольшой полипептид, молекула трипсина приобретает протеолитическую активность. Трипсин, в свою очередь, активирует оставшиеся молекулы трипсиногена и другие проферменты.

Амилотическая активность панкреатического сока обеспечивается α -амилазой, действие которой подобно таковому α -амилазы слюны. Панкреатическая α -амилаза расщепляет крахмал и гликоген.

Панкреатическая липаза способствует расщеплению триглицеридов на глицерин и высшие жирные кислоты. Этот фермент играет важнейшую роль в процессе переваривания жиров.

Вышеописанные свойства панкреатических ферментов позволяют понять, насколько высокоспецифичной должна быть лекарственная форма, чтобы обеспечить эффективное действие всех компонентов ферментного комплекса. Примером инновационного подхода к терапевтическому применению панкреатина при ряде заболеваний желудочно-кишечного тракта (хроническом панкреатите, муковисцидозе, сужении протока поджелудочной железы, состояниях, обусловленных полной или частичной резекцией поджелудочной железы) является препарат Пангрол, произведенный по технологии инкапсулированных мини-таблеток Eurand Minitabs® [14-17].

Некоторые аспекты применения твердых пероральных лекарственных форм — капсул и таблеток

Препарат Пангрол создан на основе инновационной технологии Eurand Minitabs®,

обеспечивающей более высокую фармакологическую доступность панкреатина по сравнению со стандартными твердыми пероральными лекарственными формами, такими как таблетки или капсулы, заполненные гранулами. Закономерным следствием применения технологии Eurand Minitabs® является повышение биологической активности панкреатина.

Пангрол представлен в виде лекарственной формы, которая объединяет свойства капсул и таблеток. При этом мини-таблетки, которыми заполнены капсулы, обладают устойчивостью к действию кислой среды желудка. Для полного понимания возможностей такой комбинированной системы следует рассмотреть особенности ее отдельных элементов [14-17].

Таблетки представляют собой твердую дозированную лекарственную форму, содержащую один или несколько активных или вспомогательных компонентов. Капсулы также являются твердой дозированной лекарственной формой, которая включает один или несколько активных компонентов, заключенных в оболочку из желатина, крахмала, производных целлюлозы или других соединений [4, 7].

Вспомогательные компоненты, которые применяются при изготовлении таблеток и капсул, не должны оказывать негативного влияния на срок хранения, фармацевтическую и биологическую доступность активных компонентов [4, 7, 11].

Несмотря на некоторые общие черты, капсулы и таблетки имеют множество различий в технологии производства и фармацевтической эффективности. Клинический эффект препарата зависит от метода разработки формулы, используемых вспомогательных компонентов и производственного процесса. Применение одинаковой дозы активного вещества в разных лекарственных формах сопровождается разным клиническим эффектом [4, 7, 11].

Технология модифицированного высвобождения активного вещества

Полимеры Eudragit, используемые для формирования защитной оболочки мини-таблеток, представляют собой анионные и катионные производные сложных эфиров акриловой и метакриловой кислот. Различные химические типы сополимеров метакриловой кислоты позволяют создавать таблетки, высвобождающие активное вещество в кишечнике, а также твердые лекарственные формы с модифицированным высвобождением. Современные технологии твердых пероральных лекарственных форм с защитным покрытием были бы невозможны без полиметакрилатов [4].

Использование сополимеров метакриловой кислоты в качестве основы оболочки таблеток обеспечивает значительные преимущества. Эти вещества гарантируют защиту активного компонента от неблагоприятного воздействия жидкостей, облегчают прием препарата, а также маскируют его негативные органолептические свойства.

Различные химические типы сополимеров метакриловой кислоты позволяют изменять место высвобождения активного вещества. Так, использование сополимеров типа Е приводит к высвобождению активного вещества в желудке, а L и S — в кишечнике. Применение нерастворимых сополимеров Eudragit позволяет создать

таблетки с модифицированным высвобождением, которое не будет зависеть от pH до целевого места действия. Решающее значение как для фармакологических особенностей, так и для терапевтической эффективности препарата имеют метод приготовления, нанесения и состав защитного слоя [14, 18, 19].

Инновационная технология Eurand Minitabs® как гарантия высокой биологической доступности панкреатина

Технология Eurand Minitabs® концерна Eurand International (г. Милан, Италия) стала «сердцем» Пангрولا и представляет собой сочетание двух твердых пероральных лекарственных форм в одной. Препарат представлен в виде твердой капсулы, содержащей стандартизированное количество мини-таблеток в зависимости от ферментативной активности панкреатина (20-60 мини-таблеток). Каждая мини-таблетка устойчива к действию желудочного секрета. Такая стабильность достигается с помощью вспомогательных веществ, в особенности благодаря производным метакриловой кислоты [14-17].

В большинстве технологий твердых капсул (за некоторыми исключениями) предусмотрено, что их содержимое не следует высыпать. Капсулы необходимо проглатывать полностью, чтобы все их содержимое попало в желудочно-кишечный тракт. При несоблюдении данного правила может произойти инактивация действующего вещества. Одним из преимуществ лекарственной формы Пангрولا является возможность вскрыть капсулу, высыпать содержимое в емкость с водой и выпить (это очень удобно в том случае, если пациент испытывает трудности при глотании). Технология Eurand Minitabs® обеспечивает полную независимость мини-таблеток вне капсулы [14-17].

Изготовление мини-таблеток, как и обычных таблеток, происходит в специальных машинах. Необходимая форма таблетки достигается за счет штампа и матрицы. В последней осуществляется прессование таблеточной массы или гранулята. Процесс прессования выполняется за счет значительного давления на гранулированный материал. В ходе таблетирования происходят следующие процессы:

- действие молекулярных сил;
- воздействие тепловой энергии, которая образуется в процессе сжатия;
- деформация капилляров, вытеснение воды и увлажнение гранул;
- взаимное механическое вклинивание частиц.

Процесс таблетирования и качество таблеток зависят прежде всего от состава, физических свойств и способа приготовления таблеточной массы, а также от механических факторов [4, 9-11, 14-17].

Подбор параметров процесса таблетирования особенно важен при компрессии субстанции, содержащей ферменты, поскольку от этих факторов зависит активность действующего вещества после высвобождения. В частности, была выявлена прямая зависимость между силой сжатия и снижением активности липазы. Таким образом, чем ниже сила сжатия в процессе таблетирования, тем менее выраженное снижение активности липазы будет наблюдаться после приема препарата [17]. Тем не менее мини-таблетки должны обладать достаточной

твердостью, чтобы не разрушаться в процессе нанесения защитного покрытия. В связи с этим для достижения необходимого баланса между силой компрессии и желаемой твердостью таблеток проводится тестирование, в ходе которого измеряются активность липазы и механические характеристики таблеток перед нанесением защитного покрытия. Во время изготовления мини-таблеток препарата Пангрол достигается баланс между двумя вышеописанными параметрами. Процесс создания капсул, заполненных мини-таблетками, можно разделить на 4 этапа [4, 14–17]:

- 1) получение мини-таблеток;
- 2) нанесение защитного покрытия;
- 3) заполнение капсул мини-таблетками с защитным покрытием;
- 4) запечатывание капсул.

Почему мини-таблетка?

Целью инновационной технологии твердой лекарственной формы является получение частиц с такими характеристиками:

- одинаковый размер;
- одинаковая форма;
- высокая однородность массы;
- низкая пористость;
- воспроизводимая структура поверхности;
- высокое содержание активного вещества [17, 20–27].

Использование комплекса панкреатических ферментов в виде мини-таблеток, заполняющих твердые капсулы, является более эффективным по сравнению с применением стандартных таблеток. Мини-таблетки позволяют избежать преждевременного высвобождения активного вещества в желудочно-кишечном тракте, что имеет место при использовании классических таблетированных форм. Покрытие мини-таблеток на основе сополимера метакриловой кислоты обладает устойчивостью

к желудочному секрету, стабилизирует панкреатический комплекс и препятствует его инактивации. Благодаря технологии Eurand Minitabs® мини-таблетки имеют одинаковые размер и форму, что способствует равномерному заполнению капсулы.

Инновационная технология Eurand Minitabs® обеспечивает более высокую фармацевтическую и биологическую доступность по сравнению с ранее применявшимися лекарственными формами. Использование капсул, заполненных мини-таблетками, устойчивыми к действию желудочного секрета, позволяет также стабилизировать процесс высвобождения активного вещества благодаря расширенной площади диффузии.

Степень увеличения площади поверхности, полученная с помощью мини-таблеток, делает высвобождение панкреатических ферментов более эффективным. За счет высокой степени фрагментации достигается большая площадь поверхности по отношению к массе, что влияет на скорость растворения и, следовательно, на биодоступность. Увеличение площади поверхности также позволяет повысить адсорбцию молекул раствора (желудочного или кишечного секрета), в котором находится лекарственная форма [14–17, 22–27].

Выводы

Препарат Пангрол, произведенный по технологии Eurand Minitabs®, является инновационной лекарственной формой, которая обеспечивает максимум фармакотерапевтических преимуществ:

- покрытие мини-таблеток на основе сополимера метакриловой кислоты устойчиво к кислому pH и предотвращает инактивацию комплекса панкреатических ферментов;
- технология Eurand Minitabs® позволяет достичь равномерной концентрации ферментов в месте применения;

• обеспечивается высокая доступность комплекса панкреатина;

• мини-таблетки высвобождают максимальную дозу липазы;

• эффективная фармацевтическая доступность гарантирует соответствующую биологическую доступность и клинический эффект.

Литература

1. Colombo I., Grassi G., Grassi M. Drug mechanochemical activation. J. Pharm. Sci. 2009; 98 (11): 3961–3986.
2. Patrick K.S., Gonzales M.A., Straughn A.B. et al. New methylphenidate formulations for the treatment of attention-deficit / hyperactivity disorder. Expert. Opin. Drug. Deliv. 2005; 2 (1): 121–143.
3. Kolodziejczyk M.K., Sobolewski M., Modyfikacja chemiczna struktury substancji leczniczej i jej dostępność farmaceutyczna w warunkach «in vitro» z modelowej postaci leku podawanej na skórę? Pol. J. Cosmetol. 2004; 3: 177–188.
4. Janicki S., Fiebig A. Farmacja Stosowana. PZWL, Warszawa, 2000.
5. Brandy J., Danek A., Krasowska H. et al. Zarys Biofarmacji. PZWL, Warszawa, 1984.
6. Janiec W.: Kompedium Farmakologii. PZWL, Warszawa, 2006.
7. Farmakopea Polska VIII. Warszawa, 2008.
8. Rembielinski B., Kuznicka B. Historia Farmacji. PZWL, Warszawa, 1987.
9. Muller R.H., Hildebrand G.E. Technologia nowoczesnych postaci leków. PZWL, 1998.
10. Kolodziejczyk M.J., Nachajski M.J., Kolodziejczyk M.K. Prediction the technological parameters of market pharmaceutical product based on list of excipients proposed by the manufacturer. Military Pharm. Med. 2009; 2 (1–2): 264–270.
11. Kolodziejczyk M.K., Zgoda M.M. Technologia stałych doustnych postaci leku o regulowanym procesie wymiany masy na granicy faz. Część I. Kompedium Farmaceuty. 2008; 4: 8–13.
12. Krupinska J., Janiec W. Farmakodynamika. PZWL, Warszawa, 1990.
13. Murray R.K., Granner D.K., Mayes P.A. et al. Biochemia Harpera. PZWL, Warszawa, 1994.
14. Meyer J.H., Lake R. Pancreas, Mismatch of Duodenal Deliveries of Dietary Fat and Pancreatin from Enterically Coated Microspheres. 1997; 15 (1): 225–236.
15. Lankisch P.G., Lembcke B., Kirchoff S. et al. Therapie der pankreatogenen Steatorrhoe. 1988; 113 (1): 15–17.
16. Braga M., Zerbi A., Dal Cin S. et al. Postoperative management of patients with total exocrine pancreatic insufficiency. Br. J. Surg. 1990; 77: 669–672.
17. Bohm R., Kossowicz J., Muller W. Lipase-Freisetzung aus Pankreatin-Präparaten. 1996; 45 (33): 3–6.
18. Wyszomierski K., Sawicki W. Eudragit – rodzaje, zastosowanie, stabilność stałych postaci leku. Farmacja Polska. 2010; 66 (3): 221–228.
19. Muthaiah A. et al. Eudragit Application Guidelines. Evonik. 2008; 6 (10).
20. Gohel M.C., Sarvaiya K.G. Exploration of cold extrusion for the preparation of enteric minitabets of isoniazid. Indian J. Pharm. Sci. 2008; 70 (3): 298–302.
21. Weyenberg W., Vermeire A., Dhondt M.M. et al. Ocular bioerodible minitabets as strategy for the management of microbial Keratitis. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2004; 45 (9): 3229–3233.
22. Zgoda M.M., Hreczuch W., Woskowicz M. et al. Związki powierzczeniowo czynne z grupy polioksyetylenowanych estrów kwasów tłuszczowych. Polimery. 2003; 48 (5): 48–53.
23. Thomson S.A., Tuleu C., Wong I.C. et al. Minitabets: new modality to deliver medicines to preschool-aged children. Pediatrics. 2009; 123 (2): 235–238.
24. Graf W., Fraunberger B., Yang T. et al. Once daily monotherapy with prolonged-release valproate minitabets given in the evening – a chronopharmacological study. Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. 2009; 47 (7): 439–443.
25. Meka L., Kesavan B., Kalamata V.N. et al. Design and evaluation of polymeric coated minitabets as multiple unit gastroretentive floating drug delivery systems for furosemide. J. Pharm. Sci. 2009; 98 (6): 2122–2132.
26. Goole J., Van Gansbeke B., Pilcer G. et al. Pharmacoscintigraphic and pharmacokinetic evaluation on healthy human volunteers of sustained-release floating minitabets containing levodopa and carbidopa. Int. J. Pharm. 2008; 364 (1): 54–63.
27. Goole J., Amighi K., Vanderbist F. Evaluation and floating enhancement of levodopa sustained release floating minitabets coated with insoluble acrylic polymer. Drug. Dev. Ind. Pharm. 2008; 34 (8): 827–833.

Polimery w Medycynie, 2010, T. 40, № 2.

Перевел с польского **Игорь Кравченко**



НОВИНИ МОЗ



Розвиток системи охорони громадського здоров'я – пріоритетний напрям реформ

У м. Києві за ініціативи ВООЗ відбувся семінар з питань оцінки охорони громадського здоров'я в Україні та у Європейському регіоні. У засіданні взяли участь фахівці з питань охорони громадського здоров'я Естонії та Молдови, які представили власну концепцію реформ і поділилися досвідом їх запровадження. Україну представляли заступник міністра охорони здоров'я Ігор Перегінєць, спеціалісти Управління громадського здоров'я МОЗ України, Державної санітарно-епідеміологічної служби, лікарі, науковці, співробітники державних та недержавних структур, що опікуються питаннями охорони громадського здоров'я в Україні на різних рівнях.

У рамках заходу Ігор Перегінєць наголосив, що реформування системи громадського здоров'я є найважливішим напрямом розвитку профільної галузі. «Виклики, що наразі постають в охороні здоров'я України та світу в цілому, вимагають пріоритетних реформаторських рішень. Ми маємо зробити акценти на посиленні боротьби з епідемічними загрозами, профілактики неінфекційних захворювань, зменшенні ризиків, що призводять до збільшення показників смертності населення. Це є питанням національної безпеки. Така стратегія вимагає консолідованих зусиль і держави, і суспільства, залучення кваліфікованих кадрів, фінансових ресурсів, системних управлінських рішень, міжнародної допомоги та підтримки», – відзначив І. Перегінєць.

За його словами, уже здійснені певні кроки щодо упорядкування органів системи охорони громадського здоров'я з дублюючими функціями, і МОЗ всебічно підтримує ці реформи. Заступник міністра також висловив вдячність представництвам ВООЗ, Світового банку і Швейцарського бюро співробітництва в Україні, ЮНІСЕФ, ПРООН, іншим міжнародним партнерам, які продовжують упроваджувати в Україні низку проектів в охороні здоров'я, надають фінансову, кадрову, інформаційну підтримку.

Під час семінару учасники обговорили актуальні питання реформування галузі з урахуванням обмеженості бюджету, кадрового та матеріально-технічного потенціалу, міжвідомчої взаємодії.

Переговори щодо розширення міжнародного співробітництва з Україною в рамках Ініціативи Групи Семи

Міністр охорони здоров'я України Олександр Квіташвілі взяв участь у переговорах з представниками ФРН, США, Нідерландів, Канади та ЄС, присвячених розширенню міжнародного співробітництва в рамках Ініціативи Групи Семи «Глобальне партнерство проти розповсюдження зброї та матеріалів масового знищення».

Метою переговорів є залучення допомоги країн Групи Семи для реалізації цільових проектів зі зміцнення біологічної, хімічної та ядерної безпеки України у рамках Глобального партнерства. Переговори відбулися під егідою Міністерства закордонних справ України, у них також взяли участь уповноважені представники низки державних органів України.

За інформацією прес-служби МОЗ України



ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА Міжнародний медичний конгрес



Новейшие технологии в теоретической и клинической гастроэнтерологии

18-19 июня в г. Днепропетровске состоялась традиционная научная сессия ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». Насыщенная научная программа сессии включала доклады ведущих отечественных специалистов в области гепатологии и панкреатологии, абдоминальной хирургии и колопроктологии, гастроэнтерологии детского возраста. Краткий обзор некоторых из них мы приводим ниже.

Работу научной сессии открыл директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», заведующий кафедрой гастроэнтерологии и терапии ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов. В своем докладе он акцентировал внимание на функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

— Проблема функциональных заболеваний ЖКТ в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с их высокой распространенностью. В новейших эпидемиологических исследованиях показано, что почти у 2/3 пациентов с диспепсией (около 20% населения) жалобы возникают вследствие первичной дисфункции желудка и двенадцатиперстной кишки в отсутствие органических изменений со стороны ЖКТ, а также системной патологии и могут быть расценены как функциональная диспепсия (ФД). Среди этиологических факторов, вызывающих ФД, следует отметить ятрогенные лекарственные влияния (прием нестероидных противовоспалительных препаратов, антибактериальных средств, теофиллина и т. д.), наследственный фактор, инфицирование *Helicobacter pylori*, факторы психосоциального характера и образа жизни (курение, алкоголь, питание).

Традиционно патогенез ФД описывают как сочетание висцеральной гиперчувствительности с дискинезией пищеварительного тракта. Однако в последнее время эта парадигма претерпела изменения. Так, в научной литературе появились данные о значимой роли других факторов в патогенезе ФД: снижения уровня постпрандиального серотонина, нарушения регуляции выделения грелина, генетической предрасположенности (ген *GNb3*).

В лечении ФД значительная роль отводится немедикаментозным методам терапии: психоэмоциональной коррекции, изменению образа жизни. Среди медикаментозных методов выделяют эрадикационную терапию *H. pylori*, назначение антисекреторных препаратов, прокинетики. Последний класс препаратов имеет особое значение в лечении пациентов с ФД, т. к. недавние исследования показывают, что нарушения гастродуоденальной моторики выявляются у 75% больных с ФД. Среди прокинетиков заслуживает внимания итоприд — селективный антагонист дофаминовых D2-рецепторов, который также блокирует ацетилхолинэстеразу, активирует высвобождение ацетилхолина и препятствует его деградации. Необходимо подчеркнуть, что согласно современным представлениям длительность лечения прокинетики должна составлять не менее 4 нед. В исследованиях итоприд эффективнее домперидона уменьшал симптомы диспепсии и в то же время отличался лучшим профилем безопасности.

Комитетом по оценке рисков в сфере фармаконадзора Европейского агентства по лекарственным препаратам рекомендуется запретить назначение домперидона на срок более 1 нед из-за увеличения вероятности развития кардиальных осложнений (удлинение интервала QT, аритмии).

Назначение больным с ФД спазмолитиков также патогенетически обосновано. Купирование спазма возможно только на периферическом уровне при воздействии непосредственно на гладкую мускулатуру ЖКТ. Предпочтение следует отдавать миотропным спазмолитикам с избирательным действием на гладкие мышцы ЖКТ. Одним из таких препаратов является мебеверин гидрохлорид. Мебеверин не вызывает рефлекторной гипотонии, что позволяет рекомендовать его больным со смешанными нарушениями моторики, например при гиперкинетической дисфункции сфинктера Одди с одновременной гипотонией желчного пузыря.

В лечении функциональной патологии кишечника могут применяться пробиотики. У больных с синдромом раздраженного кишечника они назначаются для

уменьшения интенсивности и купирования абдоминальной боли, запоров, диареи. У пациентов, получающих терапию, направленную на эрадикацию *H. pylori*, пробиотики назначаются с целью предупреждения нежелательных явлений со стороны кишечника, ассоциирующихся с приемом антибиотиков. Так, использование средств, содержащих *S. boulardii*, в дополнение к тройной эрадикационной терапии *H. pylori* способствовало повышению эффективности эрадикации и снижению общей частоты побочных эффектов, связанных с основной терапией.

Отдельное внимание в работе сессии было уделено аутоиммунным заболеваниям ЖКТ — проблеме, в которой все еще остается много нерешенных вопросов. Заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Андрей Эдуардович Дорофеев коснулся проблемы аутоиммунного поражения кишечника.

— Среди аутоиммунных поражений кишечника различают воспалительные заболевания (ВЗК), к которым относят болезнь Крона, неспецифический язвенный колит (НЯК), недифференцированный колит; микрокопические колиты (коллагенозный колит, микрокопический лимфоцитарный колит) и целиакию. Наиболее распространены в популяции ВЗК. В патогенезе этого класса заболеваний существенную роль играют состояние иммунной системы человека, количественный и качественный состав кишечной микрофлоры, генетические факторы, однако наибольшее значение, по мнению большинства экспертов, имеет влияние внешней среды (характер питания, применение лекарств, кишечные инфекции и т. д.). Слизистый барьер кишечника, который состоит из микрофлоры, слизи и клеток кишечной стенки, при ВЗК претерпевает ряд изменений. Так, при НЯК отмечается изменение качественного и количественного состава микрофлоры, синдром избыточного бактериального роста (СИБР), метаболическая перестройка микробиома. СИБР у больных с ВЗК выявляется в 72,3% случаев, его интенсивность и выраженность прямо коррелируют с распространенностью поражения кишечника (чаще выявляется у лиц с тотальным НЯК). Недифференцированный колит



отличается агрессивным течением и распространенным поражением кишечника, сочетанием признаков НЯК и болезни Крона, выраженной аутоиммунной агрессией, множественными внекишечными проявлениями.

В лечении ВЗК следует стремиться к индукции и поддержанию ремиссии, профилактике осложнений и улучшению качества жизни больных. На сегодняшний день базисная терапия ВЗК включает препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин, сульфасалазин), топические и системные кортикостероиды (КС), средства биологической терапии (адалимумаб), иммуносупрессоры.

Согласно действующим клиническим рекомендациям при легком течении НЯК назначают месалазин 2-4 г/сут перорально и ректально, топические КС (ректально); при среднетяжелом течении — топические и системные КС, месалазин 4-8 г/сут, иммуносупрессоры, препараты биологической терапии. Пациентам с тяжелой формой НЯК показаны системные и топические (18 мг/сут) КС, месалазин в дозе >8 г/сут, иммуносупрессоры, препараты биологической терапии (адалимумаб). В терапии болезни Крона придерживаются того же ступенчатого подхода с той разницей, что больным на всех этапах терапии могут быть назначены цитостатики, а также антибиотики для предупреждения бактериальных осложнений. Необходимо отметить, что раннее назначение биологической терапии (адалимумаба) позволяет предотвратить развитие осложнений и модифицировать течение заболевания.

Терапия недифференцированного колита должна включать комбинацию высоких доз месалазина с системными КС. Таким пациентам рекомендовано раннее назначение биологической терапии в качестве альтернативы хирургическому лечению.

Помимо базисного лечения ВЗК, следует уделять внимание адъювантной терапии, которая предусматривает коррекцию метаболических нарушений, мальабсорбции и мальдигестии, а также нормализацию состава микрофлоры.

Таблица. Диагностические критерии АП, признанные мировыми панкреатологическими сообществами

	Диагностические критерии АП клиники Mayo (HiSORt)	Диагностические критерии АП Японского панкреатологического общества	Корейские диагностические критерии
Визуализационные	Типичные: диффузно увеличенная ПЖ с размытыми краями, главный панкреатический проток диффузно неоднородный, растянутый. Другие возможные признаки: очаговая гиперплазия, очаговые стриктуры панкреатического протока, атрофия, кальцификаты, панкреатит	Диффузное неоднородное (более трети длины) сужение главного панкреатического протока и увеличение ПЖ	Диффузное увеличение (отек) ПЖ при компьютерной томографии; диффузное или сегментарное неоднородное сужение главного панкреатического протока при ЭРХПГ
Гистологические	Перипротоковая лимфоплазмозитарная инфильтрация с облитерирующим фибритом и веретенообразным фиброзом и/или лимфоплазмозитарная инфильтрация с веретенообразным фиброзом и обилием IgG4-продуцирующих клеток (>10 в поле зрения)	Выраженная лимфоплазмозитарная инфильтрация и плотный фиброз	Фиброз или лимфоплазмозитарная инфильтрация
Серологические	Повышение уровня IgG4 (норма 8-140 мг/дл)	Аномально высокий уровень сывороточного гамма-глобулина и/или IgG4 либо наличие антител	Высокий уровень IgG или IgG4 либо наличие антител
Вовлечение других органов	Воротные/внепеченочные стриктуры дистальных желчевыводящих путей, поражение слюнных/околоушных желез, медиастинальная лимфаденопатия, ретроперитонеальный фиброз		
Реакция на КС	Разрешение либо значительное улучшение клиники панкреатических/экстрапанкреатических проявлений		Ремиссия

Профессор кафедры терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук **Вадим Петрович Шипулин** проанализировал подходы к ведению пациентов с аутоиммунным панкреатитом.

— Аутоиммунный панкреатит (АП) — достаточно редкое заболевание, диагностика которого сегодня существенно затруднена. По официальным данным, заболеваемость АП составляет 0,82 на 100 тыс. населения. Среди мужчин данная патология встречается чаще, чем среди женщин; 95% заболевших — лица старше 45 лет.

Принято различать два типа АП: тип 1 ассоциируется с внепанкреатическими проявлениями и повышением количества IgG4-положительных плазматических клеток (80% всех случаев АП в США и Европе); тип 2 характеризуется нормальным уровнем IgG4, скудной симптоматикой и чаще встречается у лиц молодого возраста. Заболевание манифестирует малоинтенсивной абдоминальной болью (менее чем у 50%), хронические диспепсические явления не характерны.

Диагностические критерии, позволяющие установить диагноз АП, представлены в таблице.

Следует подчеркнуть, что повышенный уровень IgG4 не является патогномоничным маркером АП. Увеличение уровня этого маркера регистрируется у 5% лиц без патологии поджелудочной железы (ПЖ), у 6% больных хроническим панкреатитом и у 10% пациентов с раком ПЖ.

Лечение больных АП начинают с системных КС. Стартовая доза преднизолона составляет 0,6-1 мг/кг массы тела пациента. В США, Южной Корее и Японии стартовая доза составляет обычно 30-40 мг, в некоторых европейских клиниках — 60 мг/сут. Ответ на терапию следует ожидать в течение 2-4 нед от начала лечения. Как правило, назначение системных КС приводит к ремиссии АП (что является одновременно и диагностическим критерием). Последующая отмена преднизолона производится из расчета 2,5-5 мг препарата каждые 2-8 нед с дальнейшим переходом на поддерживающую терапию 2,5-5 мг преднизолона в день длительно (до 3 лет).

Обострение АП развивается у 30-50% пациентов с АП 1 типа и практически не наблюдается при АП 2 типа. В случае рецидива заболевания рекомендуется назначение цитостатиков (азатиоприна), ингибиторов фактора некроза опухоли (ритуксимаба). В случае снижения или потери внешнесекреторной функции ПЖ назначают ферментные препараты в соответствующей дозе.

Центральным событием научной сессии стал телемост между семью городами Украины и г. Сантьяго-де-Компостела (Испания), который предоставил украинским коллегам возможность перенять европейский опыт диагностики и лечения заболеваний ПЖ, а также узнать о технологиях, используемых сегодня в мировой гастроэнтерологической практике. В рамках мероприятия о ведущих методиках диагностики заболеваний ПЖ проинформировал аудиторию **профессор Энрике Домингес-Мунос (Enrique Domínguez-Munoz)**.

— Современные методы визуализации, такие как компьютерная или магнитно-резонансная томография, позволяют с высокой точностью определять объемные образования в ткани паренхиматозных органов, однако не дают возможности судить о характере ткани, из которой состоит образование. К сожалению, тонкоигольная аспирационная биопсия нередко демонстрирует ложноотрицательные результаты в случаях, когда речь идет о злокачественном образовании.

Сегодня в нашей клинике используется метод эндоскопической ультразвуковой эластографии, принцип которой основан на оценке жесткости исследуемой ткани. По сути эластография — это программное обеспечение, позволяющее при выполнении эндоскопической ультразвуковой диагностики получить цветное картирование исследуемых тканей в зависимости от жесткости (жесткие ткани окрашиваются синим цветом, мягкие — красным, характеризующиеся промежуточной жесткостью — зеленым). На основании данных эндоскопической ультразвуковой эластографии можно предположительно оценить характер выявленного при томографии объемного образования: высока вероятность, что плотные опухоли окажутся злокачественными, а мягкие и средней жесткости — доброкачественными. Данный показатель можно определить путем вычисления коэффициента жесткости, что обуславливает высокую специфичность (93%) и чувствительность (100%) метода.

Повысить качество диагностики патологий ПЖ также позволяет количественная контрастная эндоскопическая ультрасонография. Этот метод дает возможность оценить тканевую перфузию и получить улучшенные очертания опухолевидных образований, узлов, кист.



Различают виды структур в зависимости от перфузионного профиля: аваскулярные (кистозные поражения), гиповаскулярные (рак ПЖ), изоваскулярные (хронический панкреатит), гиперваскулярные (нейроэндокринные опухоли).

При проведении эндоскопической ультрасонографии мы сочетаем эластографию и контрастное усиление для получения максимальной информации о характере исследуемой ткани. Вначале выполняется эластография для оценки жесткости ткани, затем внутривенно вводится контрастное вещество, что позволяет оценить характер перфузии ткани. Выявление мягких изоваскулярных тканей может свидетельствовать о воспалительном процессе, мягких гиперваскулярных — о наличии доброкачественных нейроэндокринных опухолей, жестких гипо- или гиперваскулярных — о злокачественных новообразованиях ПЖ или ее метастатическом поражении, жесткие изоваскулярные ткани обнаруживаются, как правило, при АП.

Очевидно, что сочетание двух вышеописанных методик фактически позволяет получить виртуальную биопсию в кратчайшие сроки и с меньшими затратами. Несмотря на высокую информативность этих диагностических методик, мы, тем не менее, проводим последующую тонкоигольную аспирационную биопсию с целью молекулярной оценки ткани, выявления метастазов, подбора индивидуализированной терапии.

Еще одна методика, применяемая в нашей клинике как альтернатива устаревшей, на наш взгляд, ретроградной холангиопанкреатографии, — холангиопанкреатоскопия. Для проведения этого исследования мы используем систему Mother-Baby Scope (букв. с англ. эндоскоп «мать-дитя») и SpyGlass. Последний представляет собой мобильный модуль, который подсоединяется к «материнскому» дуоденоскопу и позволяет в реальном времени провести эндоскопический осмотр панкреатического и желчного протоков. Отдельным преимуществом методики является возможность взятия биопсии непосредственно в момент исследования. Показаниями к проведению данного исследования являются оценка неопределенных очаговых поражений желчных протоков (визуализация и биопсия), лечение сложных случаев камней в желчных протоках, канюлирование сложных ятрогенных стриктур желчных протоков для облегчения эндоскопического исследования. На наш взгляд, ценность холангиопанкреатоскопии сложно переоценить, так как методика позволяет с высокой точностью установить локализацию поражения, уменьшить травматичность оперативного лечения, а в некоторых случаях — сохранить часть органа, избежав тотальной его резекции.

В продолжение научной сессии прозвучал доклад **заведующего кафедрой хирургии №1 ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины», члена Ассоциации хирургов Украины, Европейской ассоциации эндоскопической, бариатрической хирургии, доктора медицинских наук, профессора Якова Соломоновича Березницкого**, посвященный хирургическому лечению морбидного ожирения.

— Морбидное ожирение имеет прогрессирующий характер (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м²), обуславливает развитие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, повышает риск преждевременной смерти и практически не поддается консервативному лечению. С морбидным ожирением тесно связаны кардиоваскулярная патология, сахарный диабет 2 типа, нарушения репродуктивной функции и функции опорно-двигательного аппарата, изменения со стороны органов пищеварения, синдром обструктивного апноэ сна. Эффективность консервативной терапии у таких больных, к сожалению, не превышает 5-7%, в то время как хирургическое лечение на этом этапе позволяет достичь положительного результата в 80-100% случаев.

Сегодня в хирургии ожирения мы применяем несколько групп бариатрических вмешательств: рестриктивные (в основе которых лежит уменьшение объема

желудка), мальабсорбционные (направленные на уменьшение всасывающей поверхности тонкой кишки), комбинированные.

Одним из хирургических методов является бандажирование желудка. Эффект достигается за счет создания «малого желудка» и систематического ограничения количества потребляемой пищи. К преимуществам данной методики следует отнести значительное снижение (до 60%) избыточной массы тела, возможность регулировать процесс снижения массы тела и степень комфорта питания, а также обратимость операции. Однако данная методика не позволяет влиять на аппетит; бандаж нуждается в постоянной регулировке, к тому же, являясь инородным телом, ассоциируется с поздними осложнениями (частота около 30%).

Альтернативным методом служит вертикальная (продольная, рукавная) резекция желудка, при которой иссекается часть желудка по большой кривизне с сохранением кардиальной и пилорической частей (после ушивания желудок напоминает рукав). Вертикальная резекция уменьшает объем желудка, что сопряжено с ускорением насыщения. Немаловажно, что при этой операции удаляется зона, продуцирующая грелин, что уменьшает чувство голода. Операция позволяет сохранить антральный отдел и его функцию, привратник и его функциональную способность, что обеспечивает физиологический пассаж пищи.

Еще один метод комбинированного хирургического лечения ожирения — гастрощунтирование — дает возможность достичь значительного снижения массы тела за счет уменьшения объема желудка и снижения всасывающей поверхности тонкой кишки. Однако значительные недостатки метода (риск развития язвы в зоне соустья между желудком и тонкой кишкой, нарушение всасывания белков, минералов и витаминов, демпинг-синдром и метаболические расстройства) не позволяют использовать его в качестве рутинного.



Альтернативой ему может служить билиопанкреатическое шунтирование. В результате хирургического вмешательства уменьшается объем желудка, пассаж пищи осуществляется по короткому пути (алиментарная петля длиной до 3 м), параллельно по билиопанкреатической петле подводятся ферменты ПЖ и желчь. Содержимое обеих петель смешивается на участке непосредственно перед шунтом. Являясь наиболее сложной, данная методика в то же время продемонстрировала блестящие результаты. Избирательная абсорбция компонентов пищи зависит от длины различных участков тонкой кишки (абсорбция белка зависит от длины алиментарной петли, а жиров — от таковой общей петли, являющейся достаточно вариативной). Показана высокая эффективность данной методики при сахарном диабете 2 типа и дислипидемиях. Что немаловажно, использование описанной стратегии предоставляет пациенту возможность питаться без каких-либо ограничений.

В нашей клинике проведено хирургическое лечение 47 больных с ожирением в возрасте от 23 до 60 лет. 20 пациентам с ИМТ 32-48 кг/м² выполнена продольная резекция желудка, 27 лицам с ИМТ 36-86 кг/м² — билиопанкреатическое шунтирование. После проведенного лечения все пациенты отметили значительное снижение аппетита и чувства голода. В первые 6 мес после оперативного вмешательства частота стула у больных составляла до 6 р/сут, в дальнейшем — 2-3 р/сут в зависимости от вида принятой пищи. Отмечено прогрессивное снижение массы тела без рецидивов у всех больных. Стабилизация снижения избыточной массы тела наблюдается через 2-3 года после выполненного лечения на уровне 73-81%.

Отдельная публикация в следующем номере будет посвящена наиболее интересным выступлениям, прозвучавшим во второй день конференции.

Подготовила **Мария Маковецкая**



Билиарный рефлюкс в патогенезе ГЭРБ: терапевтическое значение урсодезоксихолевой кислоты



М.Б. Щербинина

Полагают, что среди заболеваний пищевода доля гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) составляет около 75%. Ее ведущими симптомами признаны изжога и регургитация (кислая отрыжка, срыгивание), а наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофагит. Несмотря на это, заболевание в целом характеризуется как бессимптомным течением, так и широким спектром клинических проявлений – от слабовыраженных симптомов рефлюкса до развития осложнений в виде язвенного поражения пищевода, пищеводных стриктур и формирования пищевода Барретта с тенденцией к малигнизации. Повышенное внимание уделяется внепищеводным проявлениям ГЭРБ, включающим кардиальные, бронхопульмональные и орофарингеальные заболевания.

Гастроэзофагеальный рефлюкс – ретроградное перемещение содержимого желудка в нижние отделы пищевода – представляет собой обычное явление, которое имеет место несколько раз в день у здоровых людей после приема пищи. Каким образом естественный процесс трансформируется в ГЭРБ, до сих пор остается неясным. Принято считать, что особенности формирования ГЭРБ связаны с увеличением частоты и продолжительности эпизодов рефлюкса, высотой заброса рефлюксата и повреждающими эффектами его составляющих. В настоящее время активно обсуждаются различные факторы риска развития заболевания. Вероятно, ГЭРБ относится к квазиэндогенным заболеваниям и является в первую очередь результатом повреждения структурной и функциональной целостности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) как антирефлюксного барьера. В целом признано, что в основе ГЭРБ лежит дискоординация моторно-эвакуаторной функции верхних отделов пищеварительного тракта, обеспечивающая доступ агрессивных субстанций из желудка и двенадцатиперстной кишки в пищевод. В качестве одного из таких нарушений рассматривают билиарный, или желчный, рефлюкс.

Под билиарным рефлюксом принято понимать ретроградное попадание желчи из двенадцатиперстной кишки в анатомически выше расположенные органы – желудок, пищевод и даже ротовую полость. Если заброс желудочного содержимого в пищевод до определенной степени может быть природным феноменом, то билиарный рефлюкс, являясь частью дуоденогастроэзофагеального рефлюкса (ДГЭР), всегда расценивается как патологическое состояние.

Попадание желчи в желудок происходит при дуоденогастральном рефлюксе. Последний обусловлен недостаточностью замыкательной функции привратника, хроническим дуоденостазом и связанной с ним гипертензией в двенадцатиперстной кишке. Этот рефлюкс может возникать как функциональное нарушение моторики, либо, в подавляющем большинстве случаев, на фоне воспалительных изменений этой области, сопровождающая многие заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастриты, дуодениты, язвенную болезнь, гепатобилиарную патологию, поражения поджелудочной железы и др.). Постоянная антродуоденальная моторная дискоординация также может быть результатом анатомических изменений, связанных с оперативным вмешательством: резекцией желудка, гастроэнтостомией, энтеростомией, ваготомией, холецистэктомией. ДГЭР наблюдается при дополнительном нарушении тонуса и сократительной способности НПС. В качестве методов функциональной диагностики рефлюксов используют рентгеноскопию и ультразвуковое исследование верхних

отделов пищеварительного тракта, при которых характерным признаком является регургитация содержимого (соответственно бария или воды) из двенадцатиперстной кишки в желудок и далее в пищевод.

Что касается повреждающего воздействия рефлюксата на слизистую оболочку пищевода, накоплены многочисленные доказательства доминирующей роли соляной кислоты желудочного сока. Так, общая продолжительность удержания пищеводного pH <4, не превышающая в норме 1 ч в течение суток, у пациентов с ГЭРБ увеличивается до 4–14,5 ч.

В 2001 г. было сформулировано такое понятие, как постпрандиальный кислотный карман. Этот карман располагается в верхнем отделе желудка сразу за НПС. У пациентов с ГЭРБ после еды происходит более значительное растягивание этой части стенки желудка, чем у здоровых людей (4–6 см по сравнению с 2 см в норме). После еды проксимальный отдел желудка практически не подвергается буферному эффекту пищи и остается сильнокислым, в то время как более дистальные отделы желудка становятся менее кислыми. Кислотный карман в проксимальном отделе желудка может существовать до 2 ч после приема пищи, сохраняя высокую кислотность содержимого.

Небуферизированный кислотный карман начинается в непосредственной близости от гастроэзофагеальной зоны перехода плоского эпителия пищевода в цилиндрический. Каждый раз, когда НПС не сокращается, эзофагеальная слизистая оболочка подвергается воздействию желудочного сока с высокой кислотностью. Кислотность рефлюксата определяется положением кислотного кармана относительно диафрагмы: чем ближе, тем выше риск развития кислотного рефлюкса.

Признание кислотного рефлюкса центральным звеном патогенеза ГЭРБ сделало его основной мишенью терапевтической тактики. В этой связи базисными препаратами для лечения пациентов с ГЭРБ в последние годы считаются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Данная группа лекарственных средств объединяет мощные супрессоры секреции соляной кислоты париетальными клетками желудка. В соответствии с современной стратегией терапии ИПП должны назначаться при любой форме ГЭРБ на срок не менее 8 нед с последующим приемом в поддерживающей дозе в течение от 6 мес до 2 лет. Базисная антисекреторная терапия имеет высокую эффективность при кислотозависимых симптомах и незначительную при меньшей зависимости ГЭРБ от гиперпродукции соляной кислоты, поэтому использование ИПП не всегда приводит к желаемому результату. Это подвергло сомнению первоначальное предположение о том, что рефлюксат обязательно должен быть кислым ($\leq \text{pH } 4$) с активированным пепсином, способным разрушить межклеточные

контакты покровного эпителия пищевода. В качестве наиболее вероятных причин недостаточной эффективности ИПП называют смешанные рефлюксаты.

Диагностика составляющих рефлюксата

В качестве понятия, альтернативного дефиниции «кислый рефлюкс», С.А. Pellegrini в 1978 г. предложил термин «щелочной рефлюкс». Критерием диагностики щелочного рефлюкса стало выявление эпизодов повышения pH пищевода >7 на основании данных 24-часовой внутрипищеводной pH-метрии. Было обнаружено, что приблизительно треть всех эпизодов рефлюксов относится к слабокислым.

Вместе с тем на практике оказалось, что достоверное определение щелочного рефлюкса сопряжено с рядом технических трудностей: необходимостью использования при pH-метрии только стеклянных электродов, диетическими ограничениями, санацией зубов и ротовой полости перед исследованием, отсутствием дилатации стриктур пищевода во избежание накопления слюны. В целом изучение проблемы щелочного рефлюкса в 1980–1990-е гг. показало, что увеличение значений пищеводного pH >7 чаще всего обусловлено повышенной продукцией слюны или бикарбонатов пищеводными железами, а не забросом дуоденального содержимого.

Исследования, основанные на изучении эффектов прямой аспирации содержимого пищевода, демонстрируют противоречивые результаты, что обусловлено методическими различиями, разной длительностью процедуры и т. д. Сложность анализа заключается в малом количестве жидкости в пищеводном рефлюксате. Так, в одной из работ показано, что концентрация желчных кислот при эзофагите и пищеводе Барретта достоверно выше только в постпрандиальный период.

На качественно новый уровень изучение щелочного рефлюкса поднялось благодаря появлению возможности пищевого мониторинга билирубина как pH-независимого фактора. Использование комбинированного многоканального внутрипросветного импеданс- и pH-мониторинга позволило разделить рефлюксат по pH и составу: кислый; слабокислый ($4 < \text{pH} < 7$); щелочной ($\text{pH} > 8,5$); желчный, или билиарный (по концентрации билирубина); газовый (воздух с влажностью 100%). В настоящее время лучшим для диагностики билиарного рефлюкса признан метод фиброоптической спектроскопии, основанный на определении абсорбционного спектра билирубина. Метод был зарегистрирован в 1993 г. под названием Bilitec 2000. Показана его высокая чувствительность при динамическом мониторинге билиарного рефлюкса.

Комбинация пищеводной pH-метрии и автоматического исследования рефлюксата позволяет оценить профиль забрасываемых в пищевод желчных кислот и его корреляцию с уровнем pH. Установлено, что суммарная концентрация желчных кислот

у пациентов с эрозивным эзофагитом в среднем достигала значения 124 ммоль/л, а при пищеводе Барретта и/или стриктуре пищевода – >200 ммоль/л. В контрольной группе этот показатель составил всего лишь 14 ммоль/л. В группе больных с пищеводом Барретта преобладал смешанный рефлюксат (80% случаев), тогда как в группе пациентов с эрозивным эзофагитом доля случаев смешанного рефлюкса составляла только 40%. Пул желчных кислот был представлен в основном хенолевой, таурохолевой и гликохолевой кислотами. На фоне антисекреторной терапии соотношение «неконъюгированные/конъюгированные желчные кислоты» смещалось в пользу первых.

Таким образом, в клинической практике у большинства пациентов рефлюксат имеет смешанный характер, как правило, с преобладанием соляной кислоты. Значение внутрипищеводного pH определяет преобладание того или иного компонента рефлюксата, образованного в результате смешивания в желудке щелочного дуоденального секрета с кислым желудочным содержимым. Можно согласиться, что наиболее точно отражает сущность патологического процесса заброса содержимого двенадцатиперстной кишки в пищевод понятие ДГЭР. Очевидно, что «чистый» щелочной рефлюкс дуоденального содержимого, т. е. не имеющий примеси соляной кислоты, возможен только в условиях полного анацидного состояния (например, в результате тотальной гастрэктомии). Поэтому термин «щелочной рефлюкс» нельзя признать корректным, он не может служить синонимом ДГЭР. Вместе с тем с учетом значимой роли желчных кислот в патогенезе повреждения слизистой оболочки пищевода термин «билиарный, или желчный, рефлюкс» имеет право на существование.

Патогенез повреждения слизистой оболочки пищевода при билиарном рефлюксе

Компоненты дуоденального содержимого, повреждающие слизистую оболочку пищевода, представлены желчными кислотами, лизолецитином и протеолитическими ферментами, основным из которых является трипсин. Принято считать, что ведущая роль в патогенезе повреждения пищевода при билиарном рефлюксе принадлежит желчным кислотам. Желчные кислоты составляют около 60% органических соединений желчи и, по сути, являются ее единственным функциональным компонентом. Наиболее изучено их многофакторное воздействие на слизистую оболочку верхних отделов пищеварительного тракта.

Первичные желчные кислоты (холевая и хенодесоксихолевая) образуются в гепатоцитах из холестерина, конъюгируются с глицином и таурином (в соотношении 1:3) и попадают в составе желчи в кишечник, где около 90% этих кислот без изменений всасываются. Вторичные желчные кислоты (десоксихолевая и литохолевая) образуются под воздействием

бактерий из 10% общего количества холевой и хенодезоксихолевой кислот, которые доходят до толстого кишечника. Другие вторичные желчные кислоты (урсодезоксихолевая кислота — УДХК) образуются в очень малом количестве. После реабсорбции вторичных желчных кислот также происходит их конъюгация с глицином или таурином, и они становятся компонентами желчи. Конъюгация, особенно с таурином, повышает растворимость желчных кислот, снижая их константы ионизации (рКа).

Естественное процентное соотношение желчных кислот в желчи человека таково: холевая 26-39%, хенодезоксихолевая 38-54%, дезоксихолевая 16-33%, УДХК и литохолевая кислота – 0,1-5%.

Желчные кислоты — это амфипатические соединения, имеющие и гидрофильный, и гидрофобный домен, склонны образовывать мицеллы с гидрофильной поверхностью снаружи и гидрофобной поверхностью внутри. Желчные кислоты отличаются между собой количеством и позицией гидроксильных групп и карбоксильной группой на боковой цепи. Гидрофобные свойства желчных кислот и связанная с ними токсичность нарастают в следующем порядке: холевая кислота > УДХК > хенодезоксихолевая кислота > дезоксихолевая кислота > литохолевая кислота. Такая связь гидрофобности и токсичности желчных кислот обусловлена тем, что гидрофобные кислоты липофильны. Это обеспечивает их проникновение в липидные слои, в том числе в плазматические мембраны клеток и мембраны их митохондрий, что вызывает нарушение их функций и даже гибель клеток. Позиция гидроксильной группы в структуре УДХК определяет ее более высокую гидрофильность; более высокая полярность УДХК коррелирует с меньшей способностью к образованию мицелл, чем объясняется отсутствие токсичности этой кислоты по сравнению с другими желчными кислотами.

Установлено, что повреждение пищевода желчными кислотами зависит от их концентрации, конъюгации, pH окружающей среды и продолжительности воздействия. Значения pKa неконъюгированных желчных кислот и конъюгатов глицина составляют >4 и >6 соответственно, и при $\text{pH} < 4$ происходит их преципитация (после преципитации желчные кислоты безвредны). Тауриновые конъюгаты растворимы даже при $\text{pH} = 2$.

Таким образом, при значении pH 2-4 более выраженным повреждающим эффектом на слизистую оболочку пищевода обладают пепсин, лизолецитин и конъюгированные желчные кислоты, в первую очередь тауриновые конъюгаты, что определяет их синергизм с соляной кислотой в патогенезе рефлюкс-эзофагита. Неконъюгированные желчные кислоты и трипсин более токсичны при повышении pH до 7, т. е. их повреждающее действие в рефлюксате усиливается на фоне медикаментозной кислотосупрессии. Токсичность неконъюгированных желчных кислот обусловлена преимущественно их ионизированными формами, которые легче проникают через слизистую оболочку пищевода.

Проникая в эпителиальные клетки слизистой оболочки пищевода, желчные кислоты могут создавать внутриклеточные концентрации, в 8 раз превосходящие их внеклеточные концентрации. Такое избыточное накопление приводит к повышению проницаемости и разрушению мембран клеток, повреждению межклеточных контактов и в конечном итоге к гибели клетки.

Гидрофобные свойства слизи над эпителием пищевода имеют цитопротекторное значение. Гидрофобность этого слизистого слоя обеспечивают фосфолипиды, содержание которых связано с величиной контактного угла (угол, образуемый краем капли физиологического раствора или дистиллированной воды и поверхностью слизистой оболочки: чем он

больше, тем выше гидрофобность). Под действием желчных кислот в слизи снижается содержание фосфолипидов. Это приводит к уменьшению величины контактного угла защитного слоя слизи и, как следствие, к снижению ее гидрофобности. Имеются экспериментальные данные о том, что агрессивность таких известных агентов, повреждающих слизистую оболочку верхних отделов пищеварительного тракта, как нестероидные противовоспалительные препараты, усиливается при наличии желчи.

Приведённые данные могут объяснять факт отсутствия адекватного клинического ответа на монотерапию антисекреторными препаратами у 15-20% больных. Более того, длительное поддержание пищевода рН, близкого к нейтральным значениям, может выступать в роли патогенетического фактора формирования пищевода Барретта. Под пищеводом Барретта понимают патологическое замещение многослойного плоского эпителия слизистой оболочки дистальных отделов пищевода метапластическим цилиндрическим эпителием. Это создает угрозу развития аденокарциномы пищевода – одной из наиболее агрессивных форм рака, риск возникновения которой при наличии пищевода Барретта увеличивается в 40 раз.

Взаимосвязь между билирным рефлюксом и развитием пищевода Барретта изучается уже много лет. В ретроспективном исследовании факторов риска возникновения пищевода Барретта, включившем 61 пациента с ГЭРБ и 50 больных с функциональной диспепсией, в первой группе установлена статистически достоверная связь заболевания с рефлюксом желчи, причем последний у этих больных был более выраженным.

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что максимальные пиковые концентрации желчных кислот в пищеводе отмечаются именно при пищеводе Барретта и при тяжелых степенях рефлюкс-эзофагита, но не при незначительно выраженном рефлюкс-эзофагите или у здоровых лиц. В пищеводе обнаруживаются у здоровых лиц, таурохолевая и гликохолевая кислоты, а при пищеводе Барретта и тяжелом эзофагите в рефлюксате наблюдается увеличение концентрации вторичных желчных кислот (дезоксихолевой и тауредзоксихолевой). Причем, несмотря на то что забросы желчи имели место при различных значениях pH, достаточно часто наличие тауриновых конъюгатов совпадало с патологическим кислым рефлюксом.

Установлено повреждающее действие желчных кислот на ДНК. Разрушение ДНК в гистологических препаратах, полученных от пациентов с пищеводом Барретта и дисплазией, доказано иммуногистохимически с помощью антител к 8-гидроксилдеоксигуанозину. Оксидативный стресс и вызванное им повреждение ДНК были обнаружены и при инкубации клеточных линий пищевода эпителия с желчными кислотами в кислой среде. В другом исследовании именно дезоксихолевая кислота повреждала ДНК и вызывала мутацию 53 и в кислых, и в нейтральных условиях, причем эффект оказывался следствием высвобождения радикалов кислорода. Интересно, что результаты экспериментального исследования, выполненного на гастрэктомированных крысах, свидетельствуют о доминировании не железистого, а плоскоклеточного рака пищевода на фоне ДГЭР.

Имеются ряд наблюдений о роли ДГЭР в патогенезе внепищеводных проявлений ГЭРБ. Еще в 1978 г. Pellegrini отмечал более частое развитие признаков поражения дыхательной системы при ДГЭР по сравнению с таковым на фоне кислото-го рефлюкса. Опубликовано сообщение о некоронарной боли в грудной клетке, обусловленной билиарным рефлюксом.

Установлено, что таурохолевая и хено-
дзоксихолевая желчные кислоты в экс-
перименте повреждают слизистую горта-
ни у крыс. Клинические данные подтверж-
дают результаты экспериментальных
исследований и указывают на ДГЭР как
на причину рецидивирующего катараль-
ного фарингита и пароксизмального ла-
рингоспазма у некоторых пациентов.
Предполагают также роль билиарного
рефлюкса в развитии рака гортани
у больных, перенесших гастрэктомию
или операцию Бильрот-2.

Подходы к лечению ГЭРБ

Безусловно, базисными препаратами для лечения ГЭРБ остаются ИПП. Исключение, по-видимому, составляют только пациенты после гастрэктомии. При смешанном рефлюксе назначение ИПП оказывает клинический эффект не только вследствие подавления собственной кислотопродукции, но и за счет уменьшения общего объема желудочного секрета, что, соответственно, ведет к уменьшению объема рефлюксата. В то же время нередко наблюдается ситуация, когда на фоне лечения ИПП или после их отмены пациента беспокоит горечь во рту, усиливающаяся по утрам и после еды. Обычно у таких больных, особенно при наличии боли или чувства тяжести в правом подреберье, диагностируется дисфункция желчевыводящих путей. Однако традиционное назначение желчегонных средств и спазмолитиков часто не приводит к редукции всего комплекса симптомов. У этой группы пациентов следует заподозрить ДГЭР и по возможности подтвердить его наличие. Если же таковая отсутствует, целесообразно назначить эмпирическую терапию и оценить ее эффективность с выполнением при необходимости контрольного эндоскопического исследования.

Для устранения дисмоторики и улучшения состояния слизистой оболочки

верхних отделов пищеварительного тракта в различных комбинациях (в т. ч. в комбинации с ИПП) используют антациды, холестирамин, прокинетики, сукральфат, баклофен.

Безусловно, при т. н. классической ГЭРБ антикислотная активность антацидов не может сравниться с таковой ИПП. Но при наличии билиарного рефлюкса целью их назначения служит не только нейтрализация соляной кислоты, но и адсорбция желчных кислот и лизолецитина, а также повышение устойчивости слизистой оболочки к действию повреждающих агрессивных факторов. Связывание желчных кислот и других агрессивных субстанций, повреждающих слизистую оболочку пищевода при ДГЭР, может быть достигнуто также при применении холестирамина.

Назначение прокинетики патогенетически обосновано вследствие их способности к нормализации двигательной активности верхних отделов пищеварительного тракта и, что еще более важно, к уменьшению частоты спонтанных расслаблений НПС. Действие таких распространенных блокаторов дофаминовых рецепторов, как метоклопрамид и домперидон, выражено слабо, поэтому их дозировку следует подбирать индивидуально. Заслуживает внимания широко применяемый при функциональных заболеваниях кишечника сульпирид, также относящийся к антагонистам дофаминовых рецепторов.

Патогенетически обоснованным представляется назначение сукральфата, проявляющего цитопротекторные свойства. Агонист рецепторов γ -аминомасляной кислоты баклофен способен уменьшать число эпизодов спонтанной релаксации НПС, что обосновывает возможность его применения в комплексной терапии ГЭРБ, в т. ч. обусловленной ДГЭР.

Продолжение на стр. 16.

[illegible]

М.Б. Щербинина, д.м.н., професор, Медичинський центр амбулаторного обслуговування дітей і взрослых, г. Дніпропетровськ

Билиарний рефлюкс в патогенезі ГЕРБ: терапевтичне значення урсодезоксихолевої кислоти

Продолжение. Начало на стр. 14.

У пацієнтів, не відповідаючих на терапію, виконуються різні ендоскопічні та оперативні втручання, націлені на зменшення ДГЕР, так і на ліквідацію обумовлених їм ускладнень, в першу чергу метоплазії шлункового епітелію: фундопластика по Ніссену, наложение анастомоза по Ру, поворот дванадцятипалої кишки і др.

Важко відзначити, що, з точки зору доказової медицини, достовірних даних в користь в ефективності всіх перелічених вище препаратів при ДГЕР недостатньо. Хірургічні втручання вимагають наявності відповідного обладнання, кваліфікованих спеціалістів і адекватних програм реабілітації пацієнтів. На основі приведених вище робіт слід визнати, що вклад ДГЕР в патогенез ГЕРБ, в т. ч. її важких форм, заслуговує подальшого вивчення. Це визначає необхідність проведення досліджень, присвячених даній проблемі.

УДХК в лікуванні билиарного рефлюкса при ГЕРБ

Основою для застосування УДХК при гастриті і езофагіті, обумовлених ДГЕР, служить її цитопротекторний ефект. Хорошо відомо, що регулярний прийом УДХК веде до витіснення гідрофобних жовчних кислот за рахунок конкурентного захоплення рецепторами жовчних кислот в підшлунковій кишці і індукції холереза, багатого бікарбонатами,

що веде до збільшення пасажу жовчи і підвищеному виведенню токсичних жовчних кислот через кишечник. В результаті цього відбувається зміна пула жовчних кислот з токсичних на нетоксичні. Іншими словами, під впливом УДХК жовчні кислоти, що перебувають в рефлюксаті, переходять в водорозчинну форму, яка в меншій ступені подразджує слизову оболонку шлунка і шлунководу. При лікуванні УДХК в більшості випадків зникають або зменшуються менш інтенсивними такі симптоми, як відрижка горьким, неприємні відчуття в животі, блювота жовчю.

Відносно недавно (около 10 років тому) було встановлено, що застосування УДХК веде до зниження концентрації іонізованого кальцію в клітках, що запобігає виходу цитохрому С з мітохондрій і блокує активацію каспаз, т. е. блокує внутрішній шлях апоптозу. Запобігання індукції апоптозу епітеліоцитів веде не тільки до зменшення клінічних симптомів, але і до покращення ендоскопічних ознак стану слизової оболонки шлунка і шлунководу. Здатність УДХК зменшувати агресивні жовчні кислоти і її цитопротекторний ефект використовують при лікуванні шлунководу Барретта.

Возможність застосування УДХК при ерозивно-язвенних ураженнях гастродуоденальної зони тривале час досліджувалася з огляду на те, що холеретичний ефект жовчних кислот може

поглиблювати перебіг цього процесу. Однак це стосується тільки препаратів жовчних кислот на основі хенодезоксихолевої кислоти в зв'язі з її відомими детергентними властивостями. Дослідження в цьому напрямку показали, що урсотерапія не викликає негативного впливу на стан слизової оболонки шлунковарного тракту.

В експерименті на різних лабораторних моделях було продемонстровано мінімальне пошкоджуюче діяння УДХК на слизову оболонку шлунководу і шлунка, швидше за все показана її здатність зменшувати негативний вплив ендогенних жовчних кислот.

В результаті аналізу безпеки УДХК профіль небажаних ефектів цього лікарського засобу після 2-річного застосування виглядає наступним чином: діарея розвилася у 1 (1,32%) пацієнта, рівень креатиніну сироватки крові підвищився у 1 (1,32%) пацієнта, глюкоза крові – у 1 (1,32%) пацієнта, лейкопенія виявлена у 2 (2,63%) пацієнтів, пептична язва – у 1 (1,32%) пацієнта, шкірна сыпь – у 2 (2,63%) пацієнтів. В порівняльному дослідженні ефективності і безпеки УДХК і хенодезоксихолевої кислоти при жовчнокам'яній хворобі (прийом в перебіг року) було показано, що УДХК має менше число побічних ефектів, а вплив на слизову оболонку взагалі не відбито серед небажаних явищ.

Найбільш відомим препаратом УДХК є Урсоліт компанії Dr. Falk Pharma GmbH (Німеччина). З ним

в Європі проведено більшість досліджень по клінічній ефективності і безпеці УДХК. Їх результатом стали більше 4 тис. наукових публікацій. Урсоліт затверджений як стандарт, повну фармакологічну і клінічну еквівалентність якому повинен підтвердити будь-який препарат УДХК іншого виробника для реєстрації в Єврозоні.

Урсоліт представлений капсулами (250 мг), таблетками (500 мг) і суспензією для прийому всередину (250 мг/5 мл), що зручно при індивідуальному виборі лікування. Дослідження останніх років показали, що при билиарному рефлюксі оптимальною для Урсоліту слід вважати дозу 500 мг/сут (по 250 мг в 2 прийоми).

Встановлено, що концентрація УДХК в жовчі зростає в залежності від дози і досягає плато при застосуванні в дозі 10-14 мг/кг/сут. Наступне збільшення добової дози не веде до підвищення концентрації УДХК в жовчі за рахунок зменшення всмоктування в кишечнику. В зв'язі з аутоінгібуванням всмоктування УДХК необхідно враховувати, що максимальна доза на один прийом повинна становити не більше 750 мг. Тому збільшувати рекомендовану дозу, враховуючи підвищення клінічної ефективності, не слід. Зменшення вираженості або повне відсутність диспептичних скарг звичайно досягається через 2 міс застосування Урсоліту.

Таким чином, завдяки купіруванню клінічної симптоматики, благотворному впливу на слизову оболонку, а також цілому ряду біохімічних ефектів, націлених на цитопротекцію в поєднанні з антиапоптотичним діянням, застосування УДХК слід вважати патогенетично обґрунтованим при ГЕРБ з билиарним рефлюксом, особливо для зменшення його канцерогенного потенціалу.

Список літератури знаходиться в редакції. 3v

Міністерство Охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Державний Експертний Центр МОЗ України
Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Академія Інсульту
НАУКОВО-ОСВІТНІЙ ФОРУМ

12-14 листопада 2015 року

М. Київ
вул. Дорогожичська, 9
НМАПО імені П.Л. Шупика

Інформаційно-освітній форум для фахівців АКАДЕМІЯ ІНСУЛЬТУ – 2015

ПРОГРАМА ФОРУМУ

12 листопада	13 листопада	14 листопада
- Стандартизація надання медичної допомоги при інсульті. Спільне пленарне засідання Української асоціації боротьби з інсультами та Європейської організації інсульту (ESO) - Проект ESO-EAST: нові можливості для створення системи інсультної допомоги в Україні	- Засідання фахових Клубів: Клуб фахівців тромболітизму. Клуб фахівців нейрореабілітації - Школа об'єктивної неврології «Діагностичні шкали та доказові методи діагностики в інсультології» - Школи для неврологів: «Профілактика інсульту: клінічні настанови – 2015» «Школа профілактики тромбоемболічних ускладнень» «Школа клінічної нутріціології»	Мультидисциплінарний тренінг-практикум «Медична допомога пацієнтам із спастичністю після інсульту: впровадження мультидисциплінарного клінічного протоколу в сучасну медичну практику» Генеральний медичний партнер заходу МЦ «Універсальна клініка «Оберіг»

Партнери:

Генеральний інформаційний партнер:

Інформаційні партнери:

Координатор Проекту – Марина Віталіївна Гуляєва
тел./факс +38 (044) 558-16-82, моб. +38 (067) 465-56-61, mguayayeva@gmail.com

Інформація щодо участі в форумі – на сайті www.uabi.org.ua

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

ХVІ НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ

Інформаційне повідомлення № 1

23–25 вересня 2015 р., м. Київ



Б.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии с курсом аллергологии и иммунологии, Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Аллергия — мультидисциплинарная проблема

Начиная эту статью, очень хочу быть правильно понятым: легко доказать, что проблема аллергии касается каждого врача и не только врача. Это, с одной стороны, требует от доктора определенной грамотности и осведомленности в проблеме, тем более что ее актуальность в последнее время продолжает расти. С другой стороны, это совершенно не означает, что любому врачу «по плечу» эта проблема. Увы! Занимаюсь ею на протяжении десятков лет и постоянно узнаю много нового, а некоторые устоявшиеся представления даже приходится пересматривать.

Итак, если очень коротко и почти популярно: аллергия — это неадекватный вариант иммунного ответа, при котором происходит каскад нежелательных патофизиологических реакций и повреждаются собственные ткани организма. Если для животного мира этот процесс можно признать положительным (особо со склонностью к аллергическим реакциям погибает и не передает свой генетический материал в соответствующую популяцию), то для человека это неприемлемо, поэтому мы всеми методами стараемся его спасти. В большинстве случаев спасаем, и он, к сожалению, передает свой генетический материал потомству. Этот фактор, помимо многочисленных прямых причин и предпосылок к существованию эпидемии аллергических заболеваний (АЗ) среди населения Земли, поддерживает склонность к аллергическим реакциям, приводит к рождению «детей-атопиков». А уже у большинства из них развивается «атопический марш», когда проявления атопического дерматита эволюционируют в аллергический ринит и далее — в бронхиальную астму.

Можем ли мы сегодня предотвратить появление АЗ?

Практически нет. Что же нам остается? Стараться как можно раньше выявить заболевание и правильно его лечить. Большинство правильно леченных пациентов вполне работоспособны, сохраняют достойное качество жизни, а некоторые даже становятся победителями Олимпийских игр.

Достаточно ли мы знаем о причинах, патогенезе АЗ, их патоморфозе в последние годы?

Увы, далеко нет. Поскольку фармацевтические фирмы (а мировое здравоохранение развивается, в основном, под их стимулами) демонстрируют максимальную активность в нише так называемых IgE-зависимых аллергических заболеваний, о чем свидетельствует обилие антигистаминных, кортикостероидных, антилейкотриеновых и соответствующих симптоматических препаратов (бронхолитиков и др.), то наши знания относительно других типов аллергических реакций (а их известно не менее пяти) весьма скудные, а перечень лекарственных средств в основном ограничивается кортикостероидами.

Все ли в украинском здравоохранении соответствует мировым тенденциям в отношении лечения АЗ?

В принципе, да. А если бы власти СССР, а в дальнейшем и Украины, «повернулись лицом» к аллергологии, то, уверен, мы бы давно уже были в лидерах мировой аллергологии. На протяжении многих лет я ежегодно слушал на международных конгрессах выступления лидеров в этой специальности; кроме того, имел возможность «пощупать» аллергологию в развитых странах. Мы и сейчас не хуже. Но не все.

Следует ли ожидать улучшения в области аллергологии?

Увы, нет. Конца войне не видно. Мы уже увидели, насколько разрушена армия страны, ситуация в здравоохранении ничем не лучше. Тем более нам всем, медикам, нужно расширять свой кругозор, меньше рассчитывать на консультантов, широкий арсенал инструментальных и лабораторных исследований. Особенно это важно для больных АЗ, которых для МЗ (согласно официальной статистике) практически не существует, а реально их сегодня насчитывается не менее 9 млн, причем ежегодно их количество увеличивается еще на 500 тыс. человек. И то, как с ними начнут работать, и определит их судьбу (а вариантов очень много: от состояния практически полного здоровья до инвалидизации и даже летального исхода).

И последнее во введении. Действительно, АЗ крайне сложно предупредить. Однако с помощью метода

специфической иммунотерапии (СИТ) можно обеспечить разную по длительности ремиссию АЗ (иногда на протяжении десятков лет). И вот именно поэтому нужна аллергология и аллергологи. Никакой другой врач не сумеет так грамотно и целенаправленно провести специфическую диагностику АЗ и последующую СИТ. Если мы и дальше станем экспериментировать в Украине с объединением аллергологии с другими специальностями (а такое в моей практике случалось неоднократно), мы уничтожим этот уникальный метод, которому свыше 100 лет, а ничего лучше медицинская наука пока не придумала.

Однако перейдем к нюансам аллергологии в разрезе отдельных специальностей.

Правильно было бы начать с иммунологии, но я остановлюсь на оториноларингологии, которая соприкасается с аллергологией в вопросах лечения не только поллиноза и круглогодичного аллергического ринита, но и других, гораздо более редких аллергических процессов верхних дыхательных путей. Так, оториноларингологи в Украине помогали и помогают развивать аллергологическую службу, никогда не создавали профессиональных конфликтных ситуаций, очень правильно понимают и относятся (не все, правда) к методам специфической диагностики и лечения АЗ.

В целом распространенность АЗ верхних дыхательных путей в общей популяции разных стран колеблется от 10 до 30%. С учетом этого каждый оториноларинголог обязан уметь собрать аллергологический анамнез, направить больного с длительной заложенностью носа или выделениями к аллергологу, который проведет специфическое обследование, спирографию. Без аллергологических подходов практически невозможно дифференцировать аллергический и вазомоторный ринит. В то же время грамотный аллерголог всегда порекомендует больному с подобными симптомами консультацию ЛОР-врача, так как сложно исключить гиперпластические, органические и другие процессы без его помощи.

С пульмонологами аллергологи «делят» бронхиальную астму (БА) и экзогенный аллергический альвеолит. Если последний в стране почти не выявляется, то распространенность БА в Украине колеблется в пределах 7-9%. Моя точка зрения остается неизменной: легкую БА должны наблюдать и специфически лечить аллергологи, все остальные случаи — пульмонологи. Последние в Украине считают иначе и дискуссий в последнее время не допускают, тем более, что «стоят на украинской земле тверже», чем аллергологи. «К счастью», в Украине нет страховой медицины, иначе пострадало бы немало аллергологов, да и больных БА, которые успешно лечатся (или находятся в длительной ремиссии) благодаря СИТ.

Общая сфера влияния аллергологов и дерматологов — лечение атопического и контактного дерматита. Увы, **атопический дерматит (АтД)**, поражающий 5-7% детей, не имеет строгих доказательств аллергического происхождения. Тем не менее стали появляться работы об успешности СИТ при некоторых вариантах течения АтД. С учетом этого, на наш взгляд, специфическая диагностика при АтД всегда обязательна. **Контактный дерматит** — истинно аллергическое заболевание, в основе которого лежит гиперчувствительность замедленного типа. Такие больные должны быть направлены к аллергологу. В этом случае СИТ не эффективна, а вот грамотная алергодиагностика и последующие элиминационные мероприятия имеют решающее значение.

Существует заболевание, при котором больной «обходит» широкий круг врачей, — **хроническая крапивница (ХК)**. Всего в 5-8% случаев она имеет аллергический генез, остальные пациенты должны обследоваться или лечиться вначале у терапевта, а затем



Б.М. Пухлик

у узких специалистов в зависимости от патогенетического варианта ХК (их более десяти). Аллерголог хотя бы раз должен обследовать такого больного, хотя проводить лечение не обязан (исключая, естественно, аллергический вариант).

Наконец, аллергическое заболевание, которое является общим и крайне важным для представителей практически всех врачебных профессий, а также фельдшеров, — **лекарственная аллергия (ЛА)**. Ее частота в Украине колеблется от 2% (в среднем) до 15% (у часто и длительно принимающих препараты) и даже до 30% (у людей, чья профессиональная деятельность связана с лекарствами).

В настоящее время на сайте МЗ представлен проект «рекомендаций» и протокола по ЛА. Уверен, что 90% врачей об этом даже не знают, хотя теоретически, если страховая медицина все же будет внедрена, строго исполнять этот протокол будут обязаны все. Я не хочу характеризовать эти документы, свое мнение уже направил в указанные на сайте инстанции. Но просто призываю всех с ними ознакомиться и озвучить свою точку зрения, пока еще есть возможность. Почему так важна эта проблема? С учетом доктрины полихимиотерапии, которой охвачены все специальности и заболевания и суть которой сводится к лечению заболеваний фармакотерапевтическими средствами, ЛА будет прогрессировать, вызывать легкие или тяжелые нарушения, увеличивать экономическое бремя, связанное с лечением. Если учесть, что 2% населения Украины имеет ЛА, а в среднем у 10% из них развивается лекарственный анафилактический шок, ассоциирующийся с 10% летальностью, представьте, какие цифры получаются в 40-миллионной стране (возможно, кто-то имеет более точные данные о численности населения Украины?). Уж никак не 20-30 летальных исходов вследствие побочного действия лекарств в год, что указывается в официальной статистике МЗ. И если в США не боятся говорить о 100 тыс. смертей по причине ЛА в год, то у нас реальное число погибших вследствие ЛА замалчивают, не давая возможности сделать выводы на основании подобных трагедий.

Поэтому еще раз призываю коллег — врачей других специальностей серьезнее относиться к проблеме ЛА — она этого более чем заслуживает.

Несколько слов об иммунологии и собственно врачах-иммунологах в контексте лечения АЗ. Нужно честно сказать, что в большинстве стран эти специалисты работают совместно и даже называются «иммунологами-аллергологами». Да и аллерголог, не знаящий основ иммунологии, никогда не станет профессионалом. Однако в нашей стране, учитывая характер до- и последипломной врачебной подготовки, искусственно назвав врача подобным образом, не получим ни настоящего иммунолога, ни аллерголога. Можно обратиться к опыту России, где это уже сделано и где врачи называются «иммунологами-аллергологами», однако работают или как иммунологи, или как аллергологи.

Поэтому призываю: давайте сохраним аллергологическую службу (хотя численность аллергологов в Украине крайне мала и сейчас никто не будет увеличивать их штат), ведь она очень нужна людям.

Увага! Інформація про лікарський засіб

Авамис

флютиказону фуруат

Доведено, що Авамис
звільняє як від назальних,
так і від очних симптомів
алергічного риніту^{1,2}
у легкому для застосування
доставковому пристрої³⁻⁵



1. Fokkens WJ, Jogi R, Reinarts S et al. Once daily fluticasone furoate nasal spray is effective in seasonal allergic rhinitis caused by grass pollen. Allergy 2007; 62:1078-1084. 2. Vasar M, Houle PA, Douglass JA et al. Fluticasone furoate nasal spray: effective monotherapy for symptoms of perennial allergic rhinitis in adults/adolescents. Allergy Asthma Proc 2008; 29 (3): 313-321. 3. Godfrey JW, Grant AC, Slater AL. Fluticasone furoate (FF) nasal spray – ergonomic considerations for a next generation delivery system. J Allergy Clin Immunol 2007; 119(Suppl 1): S230. 4. Berger WE, Godfrey JW, Slater AL. Intranasal corticosteroids: the development of a drug delivery device for fluticasone furoate as a potential step toward improved compliance. Expert Opin Drug Deliv 2007; 4(6): 689–701. 5. Berger W et al. Fluticasone furoate (FF) nasal spray - development of a next generation delivery system for allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2007; 119(Suppl 1): S231.

Склад: діюча речовина: флютиказону фуруат; 1 доза препарату містить флютиказону фуруату 27,5 мкг; допоміжні речовини: глюкоза безводна, целюлоза диспергована, полісорбат 80, розчин бензалконію хлориду, динатрію едетат та вода очищена. **Лікарська форма:** Спрей назальний, дозований. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічних ринітів. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компонента препарату. **Спосіб застосування та дози.** Авамис призначається лише для інтраназального застосування. Дорослі та діти віком від 12 років: рекомендована початкова доза – по 2 впорскування (27,5 мкг на одне впорскування) у кожен ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза – 110 мкг). Після досягнення контролю за симптомами риніту підтримуюча доза препарату може бути зменшена до 1 впорскування у кожен ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза - 55 мкг). Діти віком від 6 до 11 років: рекомендована початкова доза – по 1 впорскуванню у кожен ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза - 55 мкг). У разі недостатнього контролю за симптомами риніту при впорскуванні в кожен ніздрю 1 раз на день (загальна добова доза – 55 мкг) доза може бути збільшена до 2 впорскувань у кожен ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза – 110 мкг). Після досягнення контролю за симптомами риніту рекомендується зменшувати дозу до 1 впорскування у кожен ніздрю 1 раз на день (загальна добова доза - 55 мкг). Хворі літнього віку: застосовують ті ж дози, що й для дорослих. **Ниркова недостатність:** корекція дози не потрібна. **Печінкова недостатність:** корекція дози не потрібна при легкому та помірному ступенях печінкової недостатності. Даних щодо печінкової недостатності тяжкого ступеня немає. **Побічні реакції.** Дуже поширені (>1/10), поширені (>1/100 та <1/10), непоширені (>1/1 000 та <1/100), рідко поширені (> 1/10000 та <1/1000), дуже рідко поширені (<1/10 000). Дихальна система: Дуже поширені: носові кровотечі. Поширені: поява виразок у носі. Носові кровотечі звичайно були незначні або помірно інтенсивні. У дорослих та підлітків випадки носових кровотеч виникали частіше при тривалому застосуванні (більше 6 тижнів), ніж при застосуванні до 6 тижнів. У ході педіатричних клінічних досліджень тривалістю до 12 тижнів випадки носових кровотеч були аналогічними у групі, що лікувалась флютиказону фуруатом, і в групі, що отримувала плацебо. **Імунна система:** Рідко поширені: реакції гіперчутливості, включаючи анафілаксію, ангіоневротичний набряк, висипання та кропив'янку. **Передозування.** За даними клінічних досліджень, при інтраназальному застосуванні до 2640 мкг препарату на день більш ніж протягом 3 днів побічних ефектів не спостерігалось. У випадку застосування високих доз необхідно спостереження за станом хворого. Лікування симптоматичне. Застосування у період вагітності або годування груддю. У період вагітності і годування груддю застосовувати флютиказон фуруат слід лише у разі, коли очікувана користь для матері перевищує можливий ризик для плода/дитини. **Особливості застосування.** Флютиказону фуруат піддається екстенсивному метаболізму першого проходження у печінці, тому системний вплив інтраназального флютиказону фуруату у хворих із тяжкою печінковою недостатністю може підвищуватись, що, в свою чергу, може підвищити ризик виникнення системних побічних ефектів. Тому застосовувати препарат для лікування цієї категорії хворих слід з обережністю. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Флютиказону фуруат швидко виводиться шляхом екстенсивного метаболізму першого проходження у печінці за допомогою цитохрому P-150 3A4. Відповідно до результатів застосування іншого глюкокортикоїду - флютиказону пропіонату, що також метаболізується CYP3A4, не рекомендується сумісне застосування з ритонавіром у зв'язку зі збільшенням системного впливу флютиказону фуруату. **Категорія відпуску.** За рецептом. Виробник. Глаксо Оперейшнс КЖ Лімітед, Великобританія. Glaxo Operations UK Limited, United Kingdom. Перед призначенням та застосуванням обов'язково ознайомтесь з повним текстом інструкції до препарату Авамис™! Р.П. UA/9606/01/01

Повідомити про небажане явище чи скаргу на якість препарату Ви можете в ТОВ ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна за тел.: (044) 585-51-85.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

Додаткову інформацію про препарат можна отримати в ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»: 02152 м. Київ, проспект Павла Тичини, 1-В. Тел./факс: (044) 585-51-86. www.gsk.ua





Аллергический ринит: клинические рекомендации

В феврале 2015 г. Американской академией Отоларингологии было опубликовано клиническое руководство по оптимизации подходов к диагностике и лечению аллергического ринита (АР). Колоссальный многолетний труд ряда ученых и практикующих специалистов нашел отражение в данном рекомендательном документе, позволяющем объективно оценить прогрессивные подходы к ведению пациентов с АР, актуальные для врачей различных специальностей из разных стран мира. Рассмотрим основные положения руководства.

АР является актуальной проблемой современной медицины, занимая пятое место среди наиболее распространенных хронических заболеваний в США. АР страдает каждый шестой американец, а прямые расходы системы здравоохранения страны, приходящиеся на данное заболевание, составляют от 2 до 5 млрд долларов в год (без учета финансовых затрат в связи с потерей трудоспособности). Поэтому с целью контроля данного заболевания применяется большое количество методов диагностики, лечения, непрерывно проводятся исследования новых препаратов и разных способов коррекции симптомов. Цель данного клинического руководства — детальная систематизация накопленных знаний для оптимизации подходов к диагностике и лечению пациентов с АР.

Руководство предназначено для применения как в терапевтической, так и в педиатрической практике, однако следует учитывать, что дети до 2 лет в исследования не включались. В целом документ имеет оценочный и рекомендательный характер, указывает на диагностические нюансы, особенности применения тех или иных средств, баланс между пользой и риском распространенных методик.

АР определяется как IgE-опосредованная воспалительная реакция слизистых оболочек носа, возникающая в ответ на вдыхание аллергенов. Симптомы включают в себя ринорею (в т. ч. и постназальное затекание), заложенность носа, носовой зуд и чихание. Выделяют интермиттирующий (симптомы беспокоят <4 дней в неделю или <4 нед в году), персистирующий (>4 дней в неделю или 4 нед в году соответственно) и эпизодический (симптомы возникают после контакта с аллергеном, не являющимся привычным для среды обитания пациента) АР.

Степень тяжести АР может быть классифицирована как легкая (когда качество жизни не снижается) и тяжелая (когда симптомы в различной степени способны влиять на качество жизни).

Методы. Группа составителей данного руководства состояла из 20 членов-экспертов в области оториноларингологии, аллергологии и иммунологии, терапии, семейной медицины, педиатрии, медицины сна, альтернативной медицины (акупунктура и фитотерапия) и защиты прав потребителей. Поиск данных современных исследований проводился информационным специалистом с использованием таких ресурсов и баз данных, как Cochrane Library, EMBASE, PubMed и CINAHL. После обширных поисков в обзор были включены 1605 статей, 31 клиническая рекомендация, 390 систематических обзоров. Итоговые рекомендации содержат оценочные суждения об эффективности тех или иных методов диагностики и лечения, при этом экспертная группа стремилась свести к минимуму перечень исследований и методик, включая только наиболее эффективные.

В итоге финальный документ включил в себя 14 пунктов, описывающих путь пациента от первичного обращения к врачу до назначения терапии. Рассмотрим каждый из них детально.

Пункт 1. Пациент: анамнез и данные физикального осмотра

Врач устанавливает клинический диагноз на основании наличия ≥ 1 симптомов АР (заложенность носа, насморк, зуд в носу, чихание) и данных объективного обследования (ринорея, заложенность носа, бледный или цианотичный оттенок слизистых оболочек носа, покраснение глаз, слезотечение).

Профиль

- **Возможности:** способствует последовательному и систематическому подходу к первоначальной оценке пациента с АР.
- **Доказательства:** класс С.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** позволяет избежать нерационального лечения и дополнительной диагностики.
- **Риски:** неэффективное лечение, потенциально ошибочный диагноз без последующего уточнения.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.
- **Оценочные суждения:** экспертная группа признала, что заключительный диагноз АР затруднен без дополнительного диагностического тестирования, однако установление первичного клинического диагноза абсолютно реально.

- **Неточности:** использование фразы «клинический диагноз» подразумевает, что это — предположительный диагноз, не подтвержденный аллерготестами.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент может отказаться от проведения лечения без выполнения дополнительных аллергологических исследований.

Пункт 2. Аллергологические пробы в установлении диагноза

Врачу рекомендуется провести оценку уровня IgE (кожи или крови) в тех случаях, когда пациент не реагирует на эмпирическую терапию, диагноз остается неуточненным либо существует необходимость определения конкретного аллергена для начала целевой терапии.

Профиль

- **Возможности:** способствует уточнению диагноза и этиологии заболевания.
- **Доказательства:** класс В.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** подтверждение диагноза, подбор целевой терапии, в т. ч. иммуноотропной.
- **Риски:** высокая стоимость исследований, побочные эффекты от проведения тестов, ошибки при выполнении диагностических реакций.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.
- **Оценочные суждения:** пациент потенциально выигрывает при определении характера аллергена.
- **Неточности:** невозможно однозначно рекомендовать универсальный набор исследований для каждого конкретного пациента.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент должен быть в полной мере проинформирован о соотношении расходы/польза от предполагаемых исследований, преимуществах и побочных эффектах рекомендуемых методик.
- **Примечание.** При выборе методики исследования — кожные пробы или определение уровней IgE в сыворотке крови — врач должен учитывать следующие факторы:
 - стоимость кожных проб, как правило, ниже, а специфичность выше;
 - вероятность побочных реакций при проведении кожных проб значительно выше, чем при исследовании крови;

- проведение кожных проб имеет ряд противопоказаний — от дерматологических заболеваний до длительного приема β -блокаторов и антигистаминных препаратов (АГП);
- окончательное решение о выборе методики рекомендуется принимать после детальной беседы с пациентом с разъяснением ему указанных моментов.

Пункт 3. Методы диагностической визуализации

Врачи не должны рутинно назначать дополнительные методы визуализации (рентгенографию, спиральную компьютерную и магнитно-резонансную томографию) пациентам, у которых симптомы соответствуют АР.

Профиль

- **Возможности:** сокращение комплекса обследований за счет методов визуализации снижает потенциальный риск от лучевой нагрузки.
- **Доказательства:** класс С.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** предотвращение облучения, снижение суммарной стоимости диагностики.
- **Риски:** потенциально ошибочный диагноз при проведении дифференциальной диагностики.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.
- **Неточности:** использование слова «рутинно» подразумевает, что конкретный пациент с АР не имеет подозрений в отношении сопутствующей патологии ЛОР-органов.

Примечание. Врачам настоятельно не рекомендуется применять методы диагностической визуализации, обеспечивающей пациенту в случае АР только потенциальный риск и дополнительные расходы. Речь не идет о случаях возникновения подозрений в отношении таких осложнений АР и сопутствующей патологии, как полипозный риносинусит, хронический синусит, новообразования придаточных пазух носа и, кроме того, риногенные внутричерепные осложнения.

Пункт 4. Роль экологических факторов

Врачи могут рекомендовать пациенту с АР соблюдать правила экологического контроля аллергенов в том случае, если выявленные аллергены коррелируют с клиническими симптомами заболевания.

Профиль

- **Возможности:** сокращение расходов на природоохранные мероприятия.
- **Доказательства:** класс В.
- **Уровень достоверности:** умеренный.
- **Преимущества:** потенциальное снижение симптомов.
- **Риски:** значительная стоимость методов экологического контроля, эмоциональные реакции пациентов (например, врачу необходимо с осторожностью давать подобные рекомендации любителям животных).
- **Итоговая выгода:** равновесие плюсов и минусов.
- **Оценочные суждения:** уменьшение количества аллергенов в воздухе потенциально позволяет контролировать симптомы, однако, как правило, эффект достигается только при комплексном использовании метода наряду с другими средствами борьбы с проявлениями аллергии.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент должен быть в полной мере проинформирован о соотношении расходы/польза от данного метода.

Примечание. Часто среди методов экологического контроля выделяют грудное вскармливание. Однако ни одно масштабное рандомизированное исследование не подтвердило достоверного снижения частоты возникновения АР у детей, получавших грудное молоко. Также частым предметом исследования являются современные моющие средства для животных, позволяющие эффективно удалять ороговевшие частицы эпидермиса домашних кошек и собак. Однако крупное исследование Т. Hodson и соавт. (1999) показало, что достоверное снижение аллергенов в воздухе жилых помещений происходит только при условии купания собак не реже 2 раз в неделю, кошек — 1 раза в неделю. Недавнее исследование, изучавшее влияние на симптомы аллергии таких мер, как использование непроницаемых спальных покрытий, эффективная фильтрация воздуха, применение акарицидных средств изолированно и в комбинации показало, что количество пылевых клещей достоверно уменьшается, особенно при использовании акарицидов и комбинации методов, однако влияния на симптомы аллергии ни одна из этих мер не имела. Рандомизированное исследование S.G. Mun и соавт. при участии 30 пациентов с АР показало высокую эффективность таких методов, применяемых в спальне пациента, как замена чехлов матрасов на виниловые, стирка постельного белья при 55 °C 2 раза в неделю, устранение мягкой мебели и мытье полов ежедневно. Такое сочетание мер не только значительно снижало содержание аллергенов в воздухе спальни уже через 1 мес, но и существенно уменьшало проявления назальных симптомов АР.

Пункт 5. Наличие сопутствующей патологии

Врач должен учитывать и обязательно указывать в медицинской документации наличие у пациента с АР такой сопутствующей патологии, как бронхиальная астма, атопический дерматит, синдром обструктивного апноэ сна, конъюнктивит, риносинусит и отит.

Профиль

- **Возможности:** способствует правильной оценке состояния пациента, позволяет прогнозировать вероятные осложнения и назначить оптимальный вариант лечения.
- **Доказательства:** класс В.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** знание сопутствующей патологии позволяет корректировать назначения при АР, прогнозировать реакцию пациента на лечение.
- **Риски:** вероятность ошибочного сопутствующего диагноза.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.

Пункт 6. Топические стероиды

Врач может рекомендовать топические стероиды пациентам с АР, симптомы которого снижают качество жизни.

Профиль

- **Возможности:** является проверенной эффективной терапией АР.
- **Доказательства:** класс А.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** высокая эффективность, относительно низкая стоимость монотерапии, локальный эффект.
- **Риски:** вероятность назальных побочных эффектов, носового кровотечения, перфорации носовой перегородки, потенциальная вероятность задержки роста у детей, относительно высокая стоимость длительных курсов терапии.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент должен быть в полной мере проинформирован о соотношении риск/польза лечения топическими кортикостероидами (ТКС), знать преимущества и побочные эффекты рекомендуемого препарата.
- **Примечание.** Интраназальные кортикостероиды (ИНКС) чрезвычайно эффективны в терапии АР, обладают мощным противовоспалительным эффектом, влияя на патофизиологические процессы: снижение выработки медиаторов воспаления, уменьшение высвобождения цитокинов с последующим уменьшением содержания базофилов, эозинофилов, нейтрофилов в назальном секрете. Плацебо-контролируемые клинические исследования

Продолжение на стр. 22.



Аллергический ринит: клинические рекомендации

Продолжение. Начало на стр. 21.

демонстрируют эффективность ТКС в уменьшении назальных симптомов, включая чихание, зуд, ринорею и заложенность носа у взрослых и детей. Попадая на слизистую оболочку, ТКС начинает активно действовать через 3–36 ч, однако эффективность препарата нарастает со временем, специалисты рекомендуют оценивать ее после 1-й недели терапии. Только при отсутствии эффекта через 7 дней лечения препарат может считаться неэффективным.

Наиболее распространенными побочными эффектами ИНКС являются чувство жжения, сухость, покалывание в носу, кровянистые выделения и кровотечение из носа (эпистаксис). Носовые кровотечения наблюдаются у 4–8% пациентов, принимающих ТКС коротким курсом, однако уже через 12 нед достоверной разницы между плацебо и ИНКС не отмечается. С целью уменьшения проявлений эпистаксиса рекомендуется разъяснить пациенту, что впрыскивать препарат необходимо не в сторону носовой перегородки, а латеральнее — в направлении носовых раковин. В плацебо-контролируемых исследованиях J. Gradman и соавт. (2006) и D.P. Skoner и соавт. (2000) показано, что флутиказона фуруат, триамцинолона ацетонид и флутиказона пропионат не влияют на снижение темпов роста нижних конечностей у детей, годовичные исследования D.B. Allen также отрицают влияние мометазона фуруата на рост детей. На сегодня Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) одобрены к применению такие ИНКС: триамцинолона ацетонид, будесонид, флунизолид, флутиказона пропионат, мометазона фуруат, циклесонид, флутиказона фуруат.

Пункт 7. Оральные АГП

Врачи могут рекомендовать пациентам с симптомами АР АГП II поколения (ограниченно седативные АГП).

Профиль

- **Возможности:** эффективная симптоматическая терапия АР.
- **Доказательства:** класс А.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** быстрое начало действия, пероральное введение, экономичность, влияние на глазные симптомы АР.
- **Риски:** системные побочные эффекты (седативный), синдром сухого глаза, задержка жидкости.

- **Итоговая выгода:** преобладание пользы над риском.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент должен быть в полной мере проинформирован о соотношении риск/польза, возможных побочных реакциях и сравнительных характеристиках АГП и ИНКС.

Примечание. АГП, которые используются с 1940 г., имеют обширную доказательную базу. Данные препараты рекомендованы к применению у пациентов с преходящими симптомами АР. Следует отметить, что препараты I поколения не имеют преимуществ перед современными АГП, следовательно, использование неседативных АГП является предпочтительным. На сегодня FDA одобрены к применению такие АГП: цетиризин, левоцетиризин, фексофенадин, лоратадин и дезлоратадин.

Пункт 8. Интраназальные АГП

Врачи могут рекомендовать интраназальные АГП для применения у пациентов с сезонным, круглогодичным или эпизодическим АР.

Профиль

- **Возможности:** эффективная симптоматическая терапия АР, способная стать альтернативой традиционным средствам.
- **Доказательства:** класс А.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** быстрое начало действия, эффективны при купировании симптомов АР.
- **Риски:** высокая стоимость (относительно оральных АГП), неприятный привкус, седативный эффект, местные побочные эффекты.
- **Итоговая выгода:** равновесие плюсов и минусов.
- **Оценочные суждения:** экспертная группа предполагает, что даже с течением времени данный класс препаратов будет относиться к средствам второй линии терапии.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент должен быть в полной мере проинформирован о соотношении риск/польза, осведомлен о возможности выбора других групп препаратов и запрете применения препарата у детей в возрасте до 5 лет.

Примечание. На сегодня FDA одобрены к применению такие интраназальные АГП: олопатадин, азеластин, азеластин + флутиказон.

Пункт 9. Оральные блокаторы лейкотриеновых рецепторов

Не рекомендовано применение блокаторов лейкотриеновых рецепторов (БЛР) в качестве первичной терапии АР.

Профиль

- **Возможности:** уменьшение назначения других средств, используемых в купировании симптомов АР, оказавшихся недостаточно эффективными.
- **Доказательства:** класс А.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** позволяет избежать лечения неэффективными препаратами.
- **Риски:** ориентирован на целевые группы пациентов, например на больных с наличием АР и бронхиальной астмы.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.
- **Оценочные суждения:** экспертная группа отметила высокую стоимость препаратов БЛР при отсутствии достоверных данных о большей эффективности в сравнении с таковой других средств.
- **Роль предпочтений пациента:** для пациентов с непереносимостью ИНКС и сонливостью достойной альтернативой традиционным методам являются БЛР.

Примечание. Монтелукаст как одобренный FDA БЛР находится в фокусе внимания ряда современных исследований, в которых он демонстрирует достоверную эффективность в сравнении с плацебо. Однако по сравнению с АГП монтелукаст как референтный препарат менее эффективен. Рекомендован лицам с повышенной седативной реакцией на АГП, непереносимостью ИНКС, сочетанной патологией (АР и бронхиальной астмой). Категорически не рекомендуется в качестве препарата первой линии.

Пункт 10. Комбинированная терапия

Врач может рекомендовать пациенту комбинированную терапию АР в случае неэффективности монотерапии.

Профиль

- **Возможности:** позволяет эффективно контролировать симптомы АР.
- **Доказательства:** класс А.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** высокая эффективность со строгим контролем тех или иных симптомов АР.
- **Риски:** повышение стоимости, увеличение случаев побочных реакций, необходимость учитывать лекарственное взаимодействие, эффективность только определенных комбинаций.

- **Итоговая выгода:** равновесие плюсов и минусов.
- **Роль предпочтений пациента:** пациенту необходимо проинформировать о важности применения комбинации препаратов, обосновать стоимость курса лечения, объяснить суть эффектов каждого препарата из комбинации — это позволит повысить мотивацию к лечению.

Примечание. Наиболее распространенные комбинации:

1) ИНКС + оральный АГП. Наиболее масштабные исследования не продемонстрировали повышения эффективности лечения данной комбинацией препаратов.

2) Оральные АГП + оральные деконгестанты. Ряд исследований показал потенцирование побочных эффектов АГП при комбинации с препаратами псевдоэфедрин, псевдоэфедрин не рекомендован детям в возрасте младше 12 лет.

3) Оральные АГП + БЛР. Данные о результативности данной комбинации противоречивы. Существуют отдельные данные о повышении эффективности АГП на фоне приема БЛР, однако достоверных различий применения данной комбинации и монотерапии в лечении АР не отмечается.

4) ИНКС + БЛР. Нет достоверных данных о повышении эффективности ИНКС на фоне приема БЛР.

5) ИНКС + интраназальные АГП. Доказано, что эти препараты потенцируют эффективность друг друга; у лиц, недостаточно успешно ответивших на монотерапию ИНКС, присоединение интраназальных АГП может обеспечить хороший результат.

6) ИНКС + оксиметазолин интраназально. Данная комбинация эффективна, однако возможно развитие медикаментозного ринита. Рекомендовано применение короткими курсами в случае острой заложенности носа при АР.

Пункт 11. Иммуноterapia

Врач может рекомендовать иммунотерапию (ИТ) (или направить к врачу, проводящему такую) пациенту, имеющему неадекватный ответ на стандартную фармакотерапию АР.

Профиль

- **Возможности:** с помощью правильно подобранной ИТ можно эффективно контролировать симптомы АР.
- **Доказательства:** класс А.
- **Уровень достоверности:** высокий.
- **Преимущества:** этиотропность лечения, уменьшение использования лекарственных препаратов, рентабельность в долгосрочном прогнозе, возможность предотвращения осложнений АР (бронхиальной астмы, полипозных разрастаний и пр.).
- **Риски:** местные и системные побочные реакции, высокая стоимость, задержка начала контроля симптомов.
- **Итоговая выгода:** преобладание плюсов над минусами.
- **Неточности:** неадекватная реакция на терапию подразумевает не только неэффективность традиционной терапии, но и любые нежелательные эффекты, связанные с последней, что требует проведения ИТ.

• **Роль предпочтений пациента:** пациенту необходимо донести сведения о риске, пользе и стоимости ИТ; разъяснить детали проведения, необходимость щепетильности в выполнении рекомендаций, настроить на медленное угасание симптомов АР.

Примечание. Суть специфической ИТ (СИТ) состоит во введении в организм пациента возрастающих доз того аллергена, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность и который провоцирует клинические проявления заболевания. Целью лечения является снижение чувствительности пациента к естественной экспозиции данного аллергена — специфическая гипосенсибилизация. В США применяются 2 формы СИТ — подкожная и сублингвальная в виде растворов или таблеток. Продолжительность лечения — 3–5 лет. Имеется ряд публикаций, подтверждающих эффективность СИТ в купировании симптомов не только АР, но и сопутствующей бронхиальной астмы, глазных и кожных проявлений. Однако высокая затратность, техническая сложность, умеренная частота побочных реакций ограничивают широкое применение метода. В любом случае решение о СИТ должны принимать совместно врач и пациент.

Пункт 12. Хирургическое воздействие на нижние носовые раковины

Врач может рекомендовать хирургические методы, влияющие на размер нижних носовых раковин, в случае неэффективности медикаментозной терапии.

Профиль

- **Возможности:** улучшение носового дыхания и качества жизни пациента.
- **Доказательства:** класс С.
- **Уровень достоверности:** умеренный.
- **Преимущества:** улучшение симптомов, уменьшение использования лекарственных препаратов.
- **Риски:** хирургические осложнения, стоимость операции, возможность развития атрофического ринита.
- **Итоговая выгода:** равновесие плюсов и минусов.
- **Оценочные суждения:** хирургический метод должен оставаться резервным в случае неэффективности медикаментозной терапии.
- **Роль предпочтений пациента:** пациенту необходимо разъяснить риски, в т. ч. связанные с анестезией.

Пункт 13. Акупунктура

Врач может рекомендовать пациенту, не заинтересованному в медикаментозной терапии, методы иглоукалывания.

Профиль

- **Возможности:** повышение осведомленности о методах акупунктуры.
- **Доказательства:** класс В.
- **Уровень достоверности:** низкий.
- **Преимущества:** возможность избежать побочных реакций на прием препаратов.
- **Риски:** высокая стоимость лечения, риск инфицирования.
- **Итоговая выгода:** равновесие плюсов и минусов.
- **Оценочные суждения:** мнения экспертов оказались противоположны — либо категорически против, либо за.
- **Роль предпочтений пациента:** пациент должен знать о возможностях альтернативной медицины.

Пункт 14. Фитотерапия

Нет достоверных данных об эффективности фитотерапии в лечении АР. Не существует доказательной базы, достоверных данных о безопасности и эффективности стандартизированных фитопрепаратов.

В заключительной части документа авторы отмечают, что он носит исключительно рекомендательный характер, не имеет юридической силы и призван помочь практикующим врачам разобраться в многообразии методов и препаратов, применяемых в лечении АР. Данные рекомендации в полной мере применимы и к украинским врачам и пациентам. По крайней мере, хочется надеяться на столь же вдумчивый, щепетильный и рациональный подход наших докторов в отношении пациентов со сложным течением АР.

Подготовила **Александра Меркулова**

Алерзин

левоцетиризин

для лікування алергічного риніту

потужний та безпечний*



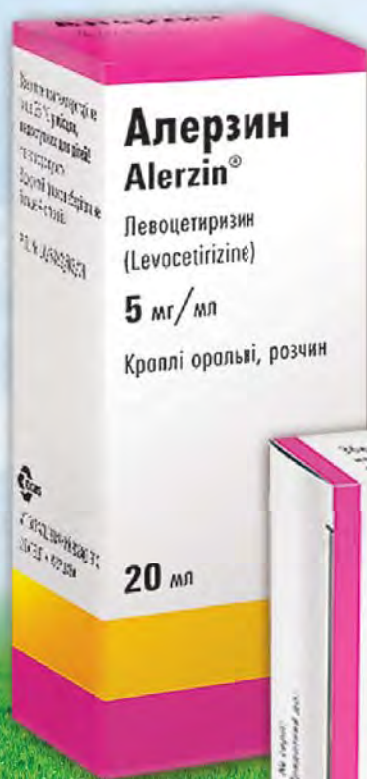
приймати 1 раз на добу



можна застосовувати
протягом року



для дорослих та дітей
від 6 місяців



СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

Діти 6–12 міс: 1,25 мг або 5 крапель
1 раз на добу

Діти 1–6 років: 1,25 мг або 5 крапель
2 рази на добу

**Дорослі та діти
старші 6 років:** 5 мг або 20 крапель
або 1 таблетка
1 раз на добу

*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин.

Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01. Умови відпуску: без рецепта. Побічні реакції: Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно. Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТИКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38





Нові аспекти лікування та профілактики алергічних ринітів

Симптоми алергічного риніту (АР) – ринорея, назальна обструкція, чихання та ін. – значно погіршують якість життя пацієнтів усіх вікових груп. У численних роботах доведено наявність депресивних розладів у пацієнтів із хронічною назальною обструкцією, тож лікування та профілактика симптомів АР є важливими й нелегкими завданнями для лікаря. Сучасні методи лікування АР розглянула у рамках доповіді, представленої під час науково-практичної конференції «Актуальні питання виявлення і лікування алергічних захворювань» (20-21 травня, м. Вінниця), головний позаштатний спеціаліст з алергології департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації Анізія Зиновійвна Бандрівська.

— Розповсюдженість АР у різних країнах світу варіює у межах від 4 до 32%. У Львівській області, як і в усьому світі, з року в рік спостерігається підвищення частоти цієї патології. При цьому велика частка пацієнтів перебуває поза обліком через непрофільне або неправильне лікування.

Розрізняють цілорічний (ЦАР) і сезонний (поліноз) АР. ЦАР характеризується відсутністю сезонності та наявністю проявів протягом року. Основними причинами ЦАР є домашній пил, кліщі роду *Dermatophagoides*, епідермальні алергени домашніх тварин, алергени пліснявих грибів, таргани, харчові та деякі інші алергени. Зростає алергізація грибковими алергенами, що пов'язано як з абсолютним ростом захворюваності, так і з покращенням діагностики. Хоча алергени кліщів домашнього пилу, спори грибів і таргани відносяться до цілорічних алергенів, їхня кількість у повітрі залежить від пори року, тому перебіг ЦАР має хвилюподібний характер і може супроводжуватися сезонними спалахами, наприклад у період активного розмноження кліщів. Сезонні спалахи ЦАР можуть пояснюватися й полісенсibiliзацією як до пилку рослин, так і до побутових алергенів.

Сезонний АР (САР) — поліноз, що характеризується чіткою сезонністю симптомів хвороби, які щорічно повторюються в один і той самий час. Причиною САР є сезонна поява алергенних часточок у повітрі (пилку рослин, спори протистів).

За останнє десятиліття було прийнято низку міжнародних і національних погоджувальних документів, згідно з якими лікування АР обов'язково включає проведення заходів, спрямованих на елімінацію алергенів, раціональну

медикаментозну терапію, алергенспецифічну імунотерапію. У лікуванні АР застосовуються різні препарати: антигістамінні, кромони, топічні кортикостероїди, судинозвужувальні та ін. Зазвичай пацієнти віддають перевагу тій чи іншій групі препаратів. Варто наголосити, що елімінація алергенів має вирішальне значення, особливо в тих випадках, коли існують серйозні обмеження для прийому фармакологічних препаратів (вагітність, ранній дитячий вік, наявність супутньої патології). Однак досягти цілкового уникнення контакту з алергенами (пилком рослин, побутові алергени), на жаль, неможливо. Тому актуальним є застосування альтернативних засобів, що перешкоджають контакту алергенів зі слизовою оболонкою носової порожнини.

Серед сучасних засобів привертає увагу препарат **Превалін™ Алерджи** («Омега Фарма»). Це желеподібний назальний спрей для місцевого застосування, який усуває симптоми АР, захищаючи слизову оболонку носа від контакту з алергеном. Особливість препарату полягає в інноваційній тиксотропній субстанції, яка при інтенсивному струшуванні трансформується з желеподібного стану в рідкий для легкого розпилення в носовій порожнині. Після розпилення на слизову носа Превалін™ Алерджи трансформується у свій первісний желеподібний стан та формує непроникний бар'єр, який блокує контакт слизової носа з етіологічно значущими алергенами та політантами і запобігає розвитку алергічної реакції. Превалін™ Алерджи починає свою роботу (тобто формує непроникний бар'єр) вже через 3 хв, його дія триває до 6 год. Трансформація рідкого препарату на слизовій оболонці носа в гель відбувається миттєво: при струшуванні в'язкість зростає за 1 с і протягом

3 хв досягає максимального значення. До складу препарату Превалін™ Алерджи входить комбінація олій та емульгаторів, які забезпечують унікальні властивості назального спрею. Превалін™ Алерджи працює в місці, у якому починається алергічна реакція, — на слизовій оболонці носа, де Превалін™ Алерджи, блокує алергени на слизовій оболонці носа та зупиняє їх проникнення в організм, стимулює виведення їх зі слизової носа, а також формує мікрогелевий бар'єр, який перешкоджає проникненню алергенів в організм та розвитку алергічної реакції. Завдяки натуральному складу й інноваційній формулі Превалін™ Алерджи не викликає сонливості, не виявляє токсичної та седативної дії; не призводить до явищ кумуляції та не демонструє системного ефекту; не викликає тахіфілаксії при тривалому застосуванні. Завдяки цим перевагам Превалін™ Алерджи можна застосовувати впродовж усього періоду дії алергену, його можна комбінувати з будь-якими іншими засобами місцевої та системної дії; він дозволений для застосування у всіх груп населення (вагітних, жінок, які годують груддю, дітей, спортсменів).

Клінічні дослідження ефективності назального спрею Превалін™ Алерджи успішно проведені в Німеччині (G. Bothe et al., 2012) і Росії (Е.Б. Белан і співавт., 2013; Л.В. Лусс і співавт., 2012, 2013). Результати цих робіт свідчать про високу ефективність та безпечність препарату Превалін™ Алерджи у хворих на САР і ЦАР як у моно-, так і в комплексній терапії. Включення Преваліну Алерджи до комплексного лікування значно прискорює появу клінічного ефекту та знижує потребу в додатковій фармакотерапії. Так, при додаванні препарату до стандартної терапії САР ефект від лікування настає на 2 дні швидше. Крім того, 46,6% пацієнтів відмовилися від застосування назальних кортикостероїдів та антигістамінних засобів, залишившись на монотерапії препаратом Превалін™ Алерджи, а 26,7% учасників зменшили обсяг стандартної терапії (рис. 1). Застосування цього назального спрею також удвічі прискорює настання клінічного ефекту на тлі прийому антигістамінних засобів, скорочує потребу в назальних кортикостероїдах у 2,8 раза, потребу в антигістамінних

засобах — у 3,4 раза порівняно з відповідними показниками в контрольній групі. Превалін™ Алерджи продемонстрував високу ефективність у захисті слизової оболонки носа від контакту з алергеном; встановлено високу безпеку і добру переносимість препарату.

У 2014 р. ефективність назального спрею Превалін™ Алерджи в моно- та комплексній терапії АР легкого та середнього ступеня тяжкості вивчалася в Україні. У дослідженні взяли участь жінки та чоловіки віком від 18 до 60 років, які страждають на АР легкого та середнього ступеня тяжкості, мають позитивні алергопроби до причиннозначущих алергенів та клінічну картину АР. Термін спостереження за пацієнтами становив 5 тиж.

В основній групі пацієнти із ЦАР протягом 21 дня отримували терапію назальним спреєм Превалін™ Алерджи в комплексі з попереднім сануванням сольовими спреями, назальні кортикостероїди двічі на добу й антигістамінний препарат 1 р/добу. При покращенні стану пацієнти мали змогу самостійно відмінити назальні кортикостероїди й антигістамінні засоби.

Учасники групи контролю отримували тільки базисну терапію згідно зі стандартами лікування — назальні кортикостероїди двічі на добу й антигістамінний препарат 1 р/добу.

При цьому в групі контролю хворі на САР у період загострення проходили лікування за тією ж схемою, що й пацієнти основної групи.

З 16 пацієнтів із ЦАР, які отримували Превалін™ Алерджи в комплексній терапії, 10 хворих вже на 4-5-й день лікування відмічали значне покращення, що проявлялося зменшенням закладеності носа та виділень з носа.

Серед учасників, у яких було досягнуто повного ефекту, 5 осіб самостійно змогли відмовитися від застосування антигістамінних засобів на 3-му тижні лікування, а 2 пацієнтів залишилися на монотерапії препаратом Превалін™ Алерджи з позитивним ефектом до 21-го дня терапії. Решта пацієнтів продовжили комплексну терапію в повному обсязі.

Пацієнти із САР (n=17), які отримували Превалін™ Алерджи в комплексній терапії з назальними кортикостероїдами й антигістамінними засобами, відмічали покращення симптомів з 2-го дня лікування (особливо хворі із легким перебігом, n=12). Це проявлялося у зменшенні чхання, сльозотечі, виділень і закладеності носа. Решта пацієнтів відмічали зменшення цих симптомів через 5-6 днів прийому препарату.

Сім пацієнтів основної групи після 10-го дня лікування відміняли базові препарати, залишаючись на монотерапії назальним спреєм Превалін™ Алерджи до 21-го дня дослідження. Повернення симптомів полінозу при цьому не спостерігалось.

У контрольній групі (n=15) пацієнти отримували бажаний результат на декілька днів пізніше (рис. 2).

Близько 10 пацієнтів, які звернулися по медичну допомогу перед сезоном цвітіння, отримали рекомендації щодо застосування препарату Превалін™ Алерджи. Четверо з них у 2014 р. симптомів АР взагалі не відмічали. Позитивні спостереження є при застосуванні препарату Превалін™ Алерджи перед сезоном пилкування у хворих на САР, в тому числі вагітних. Протягом усього періоду лікування досліджуваним препаратом негативної динаміки клініко-лабораторних показників не відзначалося.

Таким чином, Превалін™ Алерджи можна застосовувати в пацієнтів із САР та ЦАР легкого, середнього та важкого ступеня тяжкості в моно- та в комплексній терапії. Включення назального спрею Превалін™ Алерджи в комплексну терапію САР і ЦАР сприяє швидшому досягненню клінічного ефекту базисної терапії та знижує потребу в додатковому застосуванні фармпрепаратів.

Підготувала **Марія Маковецька**

3

Превалін™

Алерджи

НАЗАЛЬНИЙ СПРЕЙ
ВІД АЛЕРГІЇ*

НОВИНКА

ШВИДКЕ ПОЛЕГШЕННЯ ПРИ АЛЕРГІЇ НА:

- пилку рослин
- домашній пил
- шерсть домашніх тварин

Гелеподібна тиксотропна субстанція Превалін™ Алерджи діє на 3-х рівнях:

- 1 блокує дію алергенів на слизовій носа та зупиняє їх проникнення в організм
- 2 стимулює виведення алергенів зі слизової носа
- 3 формує мікрогелевий бар'єр, що захищає слизову носа від проникнення алергенів і запуску алергічної реакції

Ретельно струсіть перед використанням

- Натуральний склад
- Відсутність побічних ефектів та протипоказань
- Дозволений для застосування вагітним, жінкам, які годують груддю, спортсменам, дітям з 6 років (Превалін™ Алерджи Кідс)
- Клінічно доведена ефективність

* Для симптоматичного лікування алергічного риніту.
** Дослідження in vitro реологічних властивостей і здатності утворювати бар'єр препаратом «Превалін», 2012 р.
Виріб медичного призначення, спрей назальний Превалін™ Алерджи та Превалін™ Алерджи Кідс, 20 мл.
Регістраційне свідоцтво №12251/2012 від 14.12.2012. Виробник: Medana AG (Switzerland) для InDPharm Europe Ltd. (Germany). Зберігати у недоступному для дітей місці.

OMEGA PHARMA

www.prevalin.ua

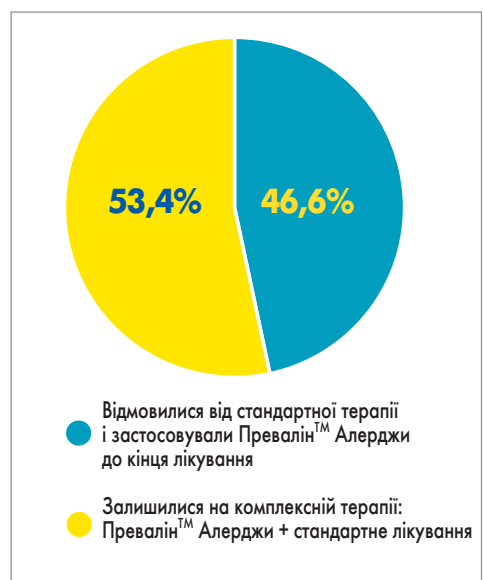


Рис. 1. Застосування препарату Превалін™ Алерджи в моно- та в комплексній терапії САР легкого та середнього ступеня тяжкості

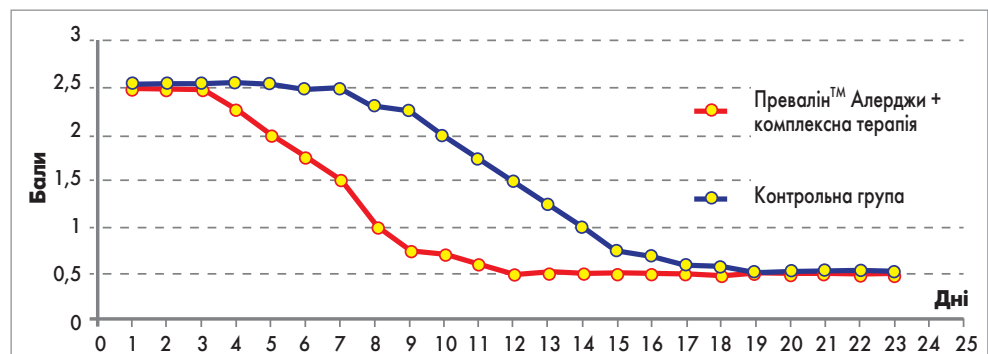


Рис. 2. Динаміка симптомів САР на тлі лікування в основній та контрольній групах



Дифференциальная диагностика и вопросы рациональной терапии аллергического ринита

На XII Съезде оториноларингологов Украины, состоявшемся 18-20 мая в г. Львове, обсуждалось множество актуальных вопросов – от особенностей оказания ЛОР-помощи пострадавшим в зоне АТО до новых подходов к терапии заболеваний, составляющих основу ежедневной практики профильных специалистов. И конечно, среди последних невозможно было обойти вниманием вопрос аллергического ринита (АР), тем более что май традиционно ассоциируется с увеличением частоты данного состояния.



Согласно современному определению ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), ринит – это воспаление слизистой оболочки носа, сопровождающееся ринореей, чиханием, затруднением носового дыхания, зудом в носу. При этом указанные симптомы возникают не менее 2 дней подряд и длятся в среднем более 1 ч в течение суток. Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Сергей Викторович Зайков акцентировал внимание на особенностях современной классификации АР (Американская ассоциация отоларингологов, 2014), согласно которой выделяют сезонный, круглогодичный и эпизодический АР. В соответствии с ARIA АР классифицируют как интермиттирующий (симптомы заболевания возникают менее 4 дней в неделю или не более 4 нед в году) и персистирующий (проявления сохраняются более 4 дней в неделю и свыше 4 нед в году), каждый из которых бывает по течению легким и среднетяжелым/тяжелым.

Среди методов диагностики АР на сегодня наиболее значимыми являются:

- сбор анамнеза с целью оценки условий окружающей среды, выявления сопутствующей патологии и наследственной предрасположенности;
- физикальный осмотр, позволяющий выявить коморбидные состояния (бронхиальную астму (БА), дерматит, синусит, отит, синдром обструктивного апноэ сна и др.);
- определение уровня аллергенспецифических IgE с целью достоверного разграничения аллергической и других форм ринита;
- исследование функции внешнего дыхания для установления наличия/отсутствия сопутствующей БА.

К дополнительным методам относят цитологическое исследование мазков-отпечатков и смывов из носовой полости, эндоскопию носа, определение порогов обоняния и показателей мукоцилиарного клиренса, методы визуализации полости и придаточных пазух носа, бактериологическое исследование назального содержимого и др.

Как известно, наиболее частыми симптомами АР являются заложенность носа, приступы чихания, зуд, ринорея, слезотечение. Основной задачей врача, устанавливающего диагноз, является дифференциальная диагностика АР и неаллергического ринита (НеАР). Установлено, что у пациентов с НеАР

реже отмечаются и менее выражены глазные симптомы, отсутствуют признаки системной аллергопатологии, сопутствующих atopических заболеваний, указания на семейную атопию в анамнезе. Кроме того, пациенты с НеАР не реагируют на терапию антигистаминными препаратами (АГП). Пациенты с АР демонстрируют положительные результаты кожного тестирования, провокационных проб с причинно-значимыми аллергенами, а также положительно реагируют на проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Относительно новым понятием в ринологии и аллергологии является НеАР с эозинофильным синдромом (НеАРЭС). Этиология заболевания до конца не изучена. Оно характеризуется наличием выраженной назальной эозинофилии и негативными результатами тестов на АР; аллергоанамнез не отягощен. Симптомы заболевания имеют персистирующий характер, зуд и чихание выражены слабо, наблюдается склонность к образованию назальных полипов. При этом терапия АГП не приносит ожидаемого результата, тогда как эффективность топических кортикостероидов (ТКС) оказывается достаточно высокой. В последние годы все чаще высказывается предположение, что НеАРЭС является начальным этапом развития гиперчувствительности к аспирину. Интересным для клиницистов также представляется так называемый идиопатический ринит, характеризующийся гиперреактивностью верхних дыхательных путей к неспецифическим факторам окружающей среды (колебаниям температуры воздуха и влажности, табачному дыму, резким запахам). Симптомы связывают с воспалительными изменениями слизистой оболочки полости носа (у небольшой части пациентов), увеличением роли С-волокон, а также нарушением симпатической и парасимпатической регуляции физиологии носового дыхания.

Таким образом, диагностика АР не так проста, требует вдумчивого и систематизированного подхода. В рекомендациях ARIA предлагается поэтапный подход

к диагностике АР. На 1-м этапе проводят анкетирование пациентов, на 2-м – больных с предварительным диагнозом АР подвергают тщательному физикальному обследованию, проводят пробную терапию АГП или ТКС, кожное аллергическое тестирование или определение аллергенспецифического IgE в сыворотке крови. На 3-м этапе в случае очевидности диагноза АР определяют форму и степень тяжести заболевания, на 4-м – осуществляют назначение рациональной терапии.

Основная задача лечения АР – адекватный контроль симптомов заболевания. В соответствии с последними рекомендациями Американской ассоциации отоларингологов (2014) лечение АР включает:

- обучение пациентов;
- элиминацию причинно-значимых аллергенов и других триггерных факторов;
- фармакотерапию;
- АСИТ.

Анализируя подходы к фармакотерапии АР, следует отметить, что к препаратам первой линии относят только ТКС и неседативные АГП для перорального использования, при этом среди последних преимущество отдают цетиризину и левоцетиризину. Также при достаточной эффективности может быть рекомендовано применение топических АГП. Блокаторы лейкотриеновых рецепторов к препаратам первой линии не относятся, они могут использоваться в случае неэффективности основных групп лекарственных средств, а также при сочетании АР и БА. Следует отметить, что комбинированная фармакотерапия назначается преимущественно в случае неадекватного ответа на монотерапию. Также в согласительном документе отмечаются положительные результаты при проведении подкожной и сублингвальной АСИТ, что свидетельствует о рациональности включения метода в комплексное лечение АР. Строго по показаниям эффективно хирургическое лечение, в редких случаях положительное влияние оказывает акупунктура; авторы руководства

настоятельно рекомендуют не использовать методы фитотерапии.

Важной задачей врача является выбор оптимального препарата. В частности, при подборе необходимого АГП для терапии АР следует обращать внимание на селективность средства к H₁-рецепторам. Цетиризин имеет высокий уровень избирательности к этим рецепторам, что позволяет рассматривать его как препарат выбора при стартовой терапии АР. Он характеризуется низким уровнем распределения в тканях организма, что позволяет избежать накопления препарата в жизненно важных органах, локализовать лечебный эффект в местах наибольшего скопления H₁-рецепторов (внеклеточные структуры) и на поверхности тучных клеток (L. Zhang, 2013). Кроме селективной блокады H₁-рецепторов, цетиризин подавляет высвобождение эйкозаноидов из макрофагов, снижает экспрессию молекул адгезии, уменьшает клеточную инфильтрацию при аллергической реакции, замедляет продукцию простагландинов и лейкотриенов. Также отмечено торможение выделения медиаторов системного аллергического воспаления, включая провоспалительные цитокины и хемокины. Снижение уровня лейкотриенов на фоне приема цетиризина обусловлено уменьшением перемещения лейкотриенпродуцирующих клеток к месту иммунного ответа, а также блокадой высвобождения лейкотриена C₄ из тучных клеток. Все вышеперечисленное позволяет цетиризину наряду с противоаллергическим действием реализовать также мощный противовоспалительный эффект.

На украинском фармацевтическом рынке представлен Цетрин® – цетиризин производства компании Dr. Reddy's (Индия). Препарат имеет собственную обширную доказательную базу, обладает подтвержденной биоэквивалентностью оригинальному цетиризину (Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations), отличается высоким качеством.

Цетрин® выпускается в форме таблеток по 10 мг № 20 или № 30 по 10 таблеток в блистере. Препарат применяется внутрь независимо от приема пищи. Цетрин® показан взрослым и детям с 6 лет по 10 мг однократно или по 5 мг в 2 приема.

По-настоящему сложно переоценить важность правильно установленного диагноза, особенно в случае такого заболевания, как АР, способного значительно снизить качество жизни пациента, длительно ограничивать трудоспособность, представлять определенные сложности в купировании симптомов.

Но хотя точный диагноз – ключ к успеху, необходимость адекватной терапии еще никто не отменял. В случае с АР стартовая терапия современными неседативными АГП с хорошо изученным механизмом действия позволяет достичь контроля симптомов, избежать полипрагмазии и необоснованных финансовых затрат.

Подготовила **Александра Меркулова**

ЦЕТРИН® ШВИДКА ДОПОМОГА ПРИ АЛЕРГІЇ. БУДЬ-ДЕ, БУДЬ-КОЛИ.

Цетрин® (цетиризин) – це антигістамінний препарат, який ефективно знімає симптоми алергії: свербіж, чихання, сльозотік, ринорей. Цетрин® не викликає сонливості, не впливає на концентрацію уваги. Цетрин® показаний для лікування сезонного та круглодобового алергічного риніту, кон'юнктивіту, набуткової крапивниці, свербіжної дерматити.

Цетрин® (цетиризин) – це антигістамінний препарат, який ефективно знімає симптоми алергії: свербіж, чихання, сльозотік, ринорей. Цетрин® не викликає сонливості, не впливає на концентрацію уваги. Цетрин® показаний для лікування сезонного та круглодобового алергічного риніту, кон'юнктивіту, набуткової крапивниці, свербіжної дерматити.



Экзамен для учителя, или Кто научит детей быть здоровыми?

В рамках ежемесячного семинара Ассоциации семейных врачей г. Киева и Киевской области, проведенного 30 апреля на базе Центральной поликлиники Дарницкого района столицы по инициативе главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Общая практика – семейная медицина», заведующей кафедрой семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П.Л. Шупика, доктора медицинских наук, профессора Ларисы Федоровны Матюхи и главного врача Центра первичной медико-санитарной помощи Дарницкого района Людмилы Игоревны Алентьевой, рассматривались достаточно нетипичные, но чрезвычайно важные вопросы, лежащие в плоскости интересов как врачей первичного звена, так и педагогов.

Соответствует ли действительности утверждение «все болезни родом из детства»? Кто должен обучать школьников основам правильного образа жизни? Способна ли школьная медицина, жизнеспособность которой, по правде говоря, вызывает большие сомнения, уберечь детей от проблем со здоровьем? И где оптимальная грань между стремлением родителей развить имеющиеся у ребенка способности и постоянным курсированием между репетиторами, музыкальной школой и спортивной секцией?

Присутствующие семейные врачи высказывали различные точки зрения, соглашались и спорили, приводили теоретические аргументы и делились опытом... Объективности дискуссии способствовал тот факт, что в аудитории собрались не только врачи общей практики – семейной медицины, но и представители системы образования.



Заведующий кафедрой медико-биологических и валеологических основ охраны жизни и здоровья Института педагогики и психологии Национального педагогического университета им. М.П. Драгоманова (г. Киев), кандидат биологических наук, профессор Станислав Васильевич Страшко осветил ключевые аспекты формирования мировоззрения ребенка относительно здорового образа жизни; структуру заболеваемости в детском и подростковом возрасте; мероприятия, направленные на улучшение ситуации в данной сфере.

— На современном этапе в мире возрастает бремя неинфекционной патологии. В центре внимания — хроническая респираторная патология, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет (СД) и новообразования. По данным украинской статистики, неинфекционные заболевания обуславливают 86% летальных исходов. Это негативно отражается на здоровье нации в целом и на продолжительности жизни населения, составляющей в настоящее время у мужчин 66,3 года и 76,2, года у женщин, что, однако, не согласуется с показателями международных исследователей: они еще более удручающие. В Украине уровень смертности по причине ССЗ в 4 раза, а в связи со злокачественными новообразованиями в 3 раза превышает таковой в странах Европейского союза; неуклонно увеличивается численность пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких, СД. Пик заболеваемости и смертности совпал с кризисом 1990-х гг., когда система здравоохранения фактически функционировала по принципу «спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Приблизительно в таких же условиях — экономической и политической стагнации, интенсивного стрессового воздействия — страна оказалась и сейчас.

В январе утверждена стратегия развития «Украина — 2020», разработана Концепция Государственной программы «Здоровая дитина» на 2008-2017 гг., в соответствии с которой значительное внимание уделяется поддержанию здоровья детей. Как свидетельствуют данные мировой науки, предпосылки к формированию более чем 70% заболеваний появляются в раннем возрасте. Воздействие на поведенческий фактор, коррекция режима жизни детей оказывают положительное влияние на уменьшение количества случаев неинфекционной и инфекционной (например, СПИДа) патологии.

Масштабно и всецело охватить детское население (в Украине оно составляет 18% популяции, или около 7 млн) позволяет активное внедрение профилактических программ на уровне обучения в школе. «Путь к здоровью лежит через образование» — данный тезис поддерживают большинство ученых. Важно и то, что такая работа совершенно не требует финансовых вложений со стороны государства (увы, находящегося за чертой бедности).

Показательно, что при принятии в учебное учреждение практически полностью здоровы 52% детей, но на момент окончания школы их количество уменьшается в 5,4 (!) раза; численность детей с хронической патологией, напротив, увеличивается в 4,4 раза.

Значительную часть составляют дидактогенные расстройства, провоцирующими факторами которых считаются гиперинтенсивные недозированные интеллектуальные нагрузки, стрессовые ситуации и др. К сожалению, все чаще и чаще в масс-медиа встречаются сенсационные заголовки

об инфарктах и инсультах у 13-15-летних подростков. Вопреки устоявшемуся мнению, уровень образования за рубежом существенно уступает нашему — и по насыщенности, и по глубине, и по интенсивности. С другой стороны, в зарубежных школах во главу угла ставят здоровье ребенка, тогда как в Украине пытаются максимально заполнить учебную программу, не учитывая интенсивность нагрузок.

Зачастую «в нагрузку» к аттестату школьники получают ряд хронических нарушений — осанки, зрения, обмена веществ, расстройств пищеварения. На 1 тыс. детей 15-17 лет приходится 2160 заболеваний (данные МЗ Украины за 2013 г.). Структура заболеваемости подростков 15-17 лет выглядит следующим образом:

- 50,2% — респираторная патология;
- 7,4% — патология кожи;
- 6,2% — травмы и отравления;
- примерно по 5% — заболевания мочевыделительной, пищеварительной систем и опорно-двигательного аппарата;
- 20,9% — прочие.

Показатель распространенности инвалидности в 2013 г. составил 211 случаев на 10 тыс. детского населения. Среди причин смерти детей 15-17 лет лидируют несчастные случаи (62,9%). Драматической можно назвать динамику повышения частоты онкопатологии у детей: за период с 1996 по 2013 год этот показатель увеличился в 2,5 раза (3,66 на тыс.); также отмечается рост распространенности СД (количество детей с СД в Украине — более 8,6 тыс.).

Не все планируемые изменения в сфере медицины и образования — со знаком плюс. Например, одно из направлений реформ — ликвидация интернатов для детей-инвалидов и их перевод в общеобразовательные школы (т. н. инклюзивное образование) — сопряжено с колоссальными проблемами: кто обучит преподавателей работе с этими особыми детьми и облегчит их интеграцию в не всегда дружелюбный коллектив сверстников? Кроме того, деятельность такого рода не только психологически тяжела, но и изнурительна физически. Приведу случай из собственной практики: во времена работы в Университете «Украина» (где, к слову, значительную долю студентов составляют инвалиды) на факультете психологии обучалась девушка с ДЦП, параллельно занимавшаяся журналистикой; во время лекций и семинаров она конспектировала, положив на руку мешочек с песком весом примерно 2 (!) кг, чтобы рука не дрожала. Представьте себе, насколько тяжело таким детям будет адаптироваться в обычных школах...

Здоровые дети сегодня — здоровая нация в будущем. Для обеспечения положительных сдвигов и преподаватели дисциплины «Основы здоровья», и медицинские работники должны осуществлять активную работу по нескольким ключевым направлениям.

➤ **Повышение культуры питания и физической активности.** Существенной проблемой признано ожирение: ежегодно новые случаи этих нарушений, ошибочно считающихся многими лишь эстетическими, регистрируются у 18-20 тыс. украинских детей и подростков.

➤ **Профилактика алкоголизма, наркомании, табакокурения.** Как свидетельствуют данные 4 испытаний, выполненных Украинским институтом социальных исследований им. А. Яременко при поддержке ЮНИСЕФ, каждый 4-й подросток «знакомится» с сигаретами и алкоголем в возрасте младше 11 и 13 лет соответственно (к 15 годам такой опыт приобретают уже 65% подростков). Не вызывает оптимизма и ситуация среди девушек — 25-40% начинают курить до 15 лет. 8-26% учеников и студентов отметили, что у них первый эпизод употребления наркотиков имел место в возрасте 13-16 лет.

Куда более показательной может стать прогулка по территории любого вуза. Массовый характер курения и распития студентами слабоалкогольных напитков вблизи корпуса — яркое доказательство правдивости такой статистики.

➤ **Подготовка преподавателей дисциплины «Основы здоровья».** В школьную программу почти всех учебных заведений страны (около 22 тыс.) дисциплина «Валеология» (дословно — «наука о здоровье») была введена как факультатив в 1991 г. Однако в силу отсутствия должным образом подготовленных учителей предмет часто преподавали непрофессионалы — различного рода знахари, целители и др., что в определенной степени дискредитировало идею в целом, создало ей негативный имидж. В настоящее время педагогическими вузами (в т. ч. НПУ им. М.П. Драгоманова) осуществляется подготовка учителей основ здоровья: такую специальность могут приобрести выпускники

общеобразовательных школ, медицинских училищ (со 2-го курса) и медицинских университетов и академий (обучение с 5-го курса для получения степени магистра). Кроме того, есть возможность выбрать дополнительную специальность: практическая психология, биология, дефектология (ортопед-агог), физическая реабилитация. В 2015 г. набор абитуриентов будет в последний раз осуществляться без результатов ВНО. Стоимость обучения достаточно демократичная — около 7 тыс. грн в год.

Это хорошая альтернатива профессиональной деятельности для медицинских специалистов, которые в силу различных причин (аллергия на лекарственные препараты и др.) не могут заниматься медицинской практикой. В настоящее время обучение проходят 2 доктора.

➤ **Создание школьной службы здоровья** (в настоящее время соответствующий проект внедряется при поддержке ВОЗ). В соответствии с этой концепцией ведущим звеном в обеспечении ее функционирования является директор школы (или его заместитель по воспитательной работе). Предполагается наличие должностей практического психолога, социального педагога, педагога-организатора, медицинской сестры (по 0,5 ставки), вовлечение в процесс учителей основ здоровья, биологии, физкультуры, классных руководителей и родительского комитета, педиатра (в школах с количеством учащихся свыше 1 тыс.). В партнерстве с одним из медицинских колледжей г. Львова осуществляется работа по дополнению перечня специализаций профилем «Школьная медицинская сестра».

«ЗУ»-цитатник

О реформировании системы высшего педагогического образования: «Еще в 1860 г. Н.И. Пирогов ввел дисциплину «Основы медицинских знаний» как обязательную при подготовке учителей. В настоящее время выбор этого предмета, как и возрастной физиологии, планируется оставить на усмотрение студентов, которые имеют довольно туманные представления о важности практических навыков по оказанию неотложной помощи. Но ведь учитель — это не машина для простой передачи данных, он должен заботиться и о здоровье детей».

О возможных путях популяризации физической активности: «В РФ было создано 5 школ здоровья (они оборудованы бассейном, современным спортзалом и др.), но на большее денег не хватило, т. к. возведение «с нуля» таких объектов и их поддержание на нормальном уровне требует серьезных финансовых вливаний. В нынешних условиях в нашей стране более целесообразно исходить из уже имеющихся ресурсов: например, обустроить на территории школы спортивные площадки, открыть на базе учреждения секции. Аренда помещений и инвентаря должны быть бесплатными для учеников данной школы, а символические взносы родителей — использоваться для оплаты работы учителя физкультуры».

О зоне ответственности: «Сейчас в Украине около 20 тыс. школ с более чем 6 млн учащихся. Как правило, спонсоры демонстрируют пример: что можно сделать при минимальных затратах? В основном такие пилотные проекты касаются просветительской работы, а не создания материально-технической базы. Все-таки отвечать за здоровье подрастающего поколения должно государство. Дотаций различных фондов, ЮНИСЕФ хватает на короткий срок. В целом они предусматривают разработку эффективных моделей (подготовка специалистов, печать книг и проч.) с дальнейшей имплементацией их в государственную программу. Они, конечно, «буксуют», но все-таки работают».

О поводах для гордости: «В рамках тематической конференции, состоявшейся в марте, я убедился в том, что в сравнении со многими странами (включая европейские) Украина гораздо более прогрессивна в плане формализации различных программ и разработки юридических основ. Фактически доступно все, за исключением материальных средств, для того, чтобы система эффективно работала. В мире существует практика health education, но в нашей стране (одной из немногих) дисциплина «Основы здоровья» внедрена на государственном уровне и является обязательной с 1-го по 9-й класс. Получены прекрасные результаты: если всего 10-15 лет назад о причинах и опасностях СПИДа были осведомлены лишь 20% выпускников школ, то сейчас эта цифра — более 90%! Конечно, шансы на то, что в личной сфере они будут более внимательны и осторожны, в разы выше».

К сожалению, школьная скамья все чаще и чаще становится для детей trampolinem к приобретению хронических заболеваний. Например, как показали осмотры учеников старших классов, проведенные на клинических базах кафедры семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи НМАПО им. П.Л. Шупика в сельской местности совместно с семейными врачами и врачами-интернами, почти у 50 детей из 250 отмечался повышенный уровень артериального давления. И от того, насколько успешным будет взаимодействие медиков, учителей, чиновников и родителей, зависит, как — на «2» или на «5» — сдаст экзамен по решению этой проблемы украинское общество.

Подготовила **Ольга Радучич**



Л.С. Бабінець, д.м.н., професор, завідувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

IV З'їзд сімейних лікарів України: актуальні проблеми і перспективи галузі

11-12 червня у м. Полтаві відбувся IV З'їзд сімейних лікарів України, у роботі якого взяли участь профільні фахівці; заступники керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я, відповідальні за організацію надання первинної медичної допомоги; представники управлінь охорони здоров'я міських рад міст, обласних центрів; завідувачі кафедр сімейної медицини; голови регіональних асоціацій сімейних лікарів і провідні науковці нашої держави.



Сімейних лікарів Тернопільської області представляли 4 делегати — члени ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області» (ГО АСЛТО): президент ГО Олексій Олександрович Ткач; віце-президент ГО АСЛТО, головний позаштатний спеціаліст з питань сімейної медицини департаменту ОЗ Тернопільської ОДА, завідувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», член правління Української асоціації сімейної медицини, доктор медичних наук, професор Лілія Степанівна Бабінець; секретар ГО АСЛТО, кандидат медичних наук Ірина Олегівна Боровик; член правління ГО АСЛТО, сімейний лікар амбулаторії с. Шляхтинці Тернопільського району Володимир Іванович Машак. Ці делегати представляли 531 сімейного лікаря Тернопільщини, а також 322 членів ГО АСЛТО.

Офіційне відкриття з'їзду відбулось 11 червня в Палаці дозвілля «Листопад». На урочистій церемонії виступив ректор ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), доктор медичних наук, професор В'ячеслав Миколайович Ждан. З вітальним словом від Міністерства охорони здоров'я України і особисто від міністра Олександра Квіташвілі до делегатів заходу звернувся заступник міністра охорони здоров'я Віктор Вікторович Шафранський. Основним лейтмотивом виступу було підтвердження вірності курсу на реформу медицини, в якій пріоритетними є первинна ланка медичної допомоги та розвиток сімейної медицини. Також В.В. Шафранський наголосив на важливості широкого впровадження лікарського самоврядування, особливо в галузі сімейної медицини, максимально наближеної до медичних проблем населення нашої країни.

Також присутніх привітали голова Полтавської обласної державної адміністрації В.А. Головка, голова Полтавської обласної ради П.В. Ворона і Полтавський міський голова О.Ф. Мамай.

З програмною доповіддю «Сучасні питання кадрового забезпечення галузі та медичної освіти» виступив заступник директора департаменту кадрового менеджменту, освіти та науки МОЗ України, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олександр Петрович Волоосевець.

Цікавими були доповіді «Роль і місце Української асоціації сімейної медицини в реформуванні охорони здоров'я», яку представила професор кафедри сімейної медицини ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», в. о. президента Української асоціації сімейної медицини (УАСМ), голова Дніпропетровської асоціації

сімейних лікарів, доктор медичних наук Неоніла Дмитрівна Чухрієнко, і «Роль первинної медичної допомоги в профілактиці неінфекційних захворювань», підготовлена головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина», завідувачем кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктором медичних наук, професором Ларисою Федорівною Матюхою.

Основні науково-практичні напрями роботи з'їзду:

- розвиток системи охорони здоров'я в аспектах організації і фінансування первинної медичної допомоги;
- роль УАСМ і регіональних асоціацій сімейних лікарів у реформуванні галузі та розвитку сімейної медицини в Україні;
- результати впровадження сімейної медицини в регіонах України з урахуванням передового досвіду та ефективних

моделей надання первинної медичної допомоги населенню;

- нормативно-правове забезпечення впровадження сімейної медицини та діяльності лікарів загальної практики — сімейної медицини в Україні;
- особливості стандартизації первинної медичної допомоги: європейський досвід і українські реалії;
- актуальні проблеми профілактики, лікування та реабілітації в діяльності лікаря загальної практики — сімейної медицини;
- проблеми мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів;
- взаємодія між лікарями загальної практики та фахівцями інших спеціальностей;
- додипломна та післядипломна підготовка сімейних лікарів в Україні: впровадження нових навчальних програм; безперервне навчання із застосуванням сучасних дистанційних технологій;
- профілактичні програми в загальнолікарській практиці;
- проблеми мотивації клініцистів.

У ході роботи з'їзду ці проблеми обговорювалися на численних засіданнях і секціях, можливі варіанти заходів щодо вирішення цих актуальних завдань були висвітлені у виступах представників усіх областей України і делегатів регіональних професійних асоціацій.

У рамках з'їзду відбулася нарада представників регіональних асоціацій сімейної медицини, присвячена організаційним питанням щодо внесення змін до статуту УАСМ, а також виборам президента асоціації. У ході наради на цю посаду було обрано професора Л.Ф. Матюху. Новообраного президента УАСМ щиро вітали більшість представників регіональних професійних асоціацій сімейних лікарів, оскільки професор Л.Ф. Матюха — справжній патріот галузі, натхненний провідник європейського цивілізаційного вектора в первинній медичній допомозі, автор багатьох установчих документів, наказів і просто щира й добра людина, як це й має бути в сімейній медицині. Також було обрано нове правління УАСМ, до складу якого увійшли два представники тернопільської регіональної організації — президент ГО АСЛТО О.О. Ткач і віце-президент ГО, професор Л.С. Бабінець.

Робота з'їзду показала, що проблеми сімейної медицини спільні для всіх регіонів України. Широке впровадження найкращих світових стандартів надання первинної медичної допомоги актуальне, як ніколи раніше. Упровадження засад самоврядування сімейних лікарів є нагальною вимогою часу. Усе це єднає лікарів загальної практики — сімейної медицини України, робить їх відповідальними за здоров'я своїх пацієнтів, вирішення професійних і соціальних проблем та й у цілому за долю нашої країни, хочеться вірити, демократичної, єдиної, спрямованої до утвердження європейських цінностей. Попереду — велика праця!



Рациональная антибиотикотерапия: пути достижения цели

В настоящее время антибиотикорезистентность и нерациональное применение противомикробных препаратов стали глобальными медицинскими проблемами. Система здравоохранения каждого государства частично несет ответственность за возрастающие показатели устойчивости патогенов.

28 апреля в г. Киеве при поддержке Ассоциации химиотерапевтов Украины, президентом которой является академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Иванович Фещенко, состоялось заседание комиссии по контролю рационального использования антибактериальных и противовирусных препаратов в Украине. В нем приняли участие ведущие украинские специалисты в области диагностики, профилактики и лечения инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у детей и взрослых.

Темой заседания стало обсуждение целого ряда вопросов, касающихся распространенности бактериальных инфекций, трудностей микробиологической диагностики, текущей ситуации назначения антибиотиков при респираторных инфекциях.

Решение проблемы антибиотикорезистентности и нерациональной антибиотикотерапии не может быть односторонним и требует комплексного подхода. Действия, направленные на устранение сопряженных с этим трудностей, следует предпринимать как на государственном уровне, так и на уровне экспертных комиссий, региональных медицинских центров и отдельных медицинских учреждений.



Открывая заседание комиссии, вице-президент Ассоциации химиотерапевтов Украины, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Александр Ярославович Дзюблик сообщил о существующих в Украине тенденциях касательно антибиотикорезистентности респираторных патогенов. Для применения в амбулаторной практике рекомендуют 3 основных класса противомикробных препаратов — β-лактамы, макролиды и фторхинолоны. Большинство широко используемых представителей каждой из указанных групп сохраняет свою активность в отношении основных микроорганизмов, вызывающих инфекции во внебольничных условиях.

Общезвестная проблема — повышение устойчивости к пенициллину и макролидам. В Украине профиль резистентности основных респираторных патогенов был изучен в ходе исследования SOAR, в России — в многоцентровых проспективных испытаниях ПеГАС-I-III. Частота выделения пневмококков, не чувствительных к пенициллину, в нашей стране не превышает 12%. В то же время у пневмококка сохраняется практически 100% чувствительность к амоксициллину и амоксициллину/клавуланату. По данным проспективных исследований ПеГАС, частота штаммов *S. ruogenes*, устойчивых к препарату, составляет не более 1,2%. Учитывая данные о состоянии резистентности в Украине, в современных условиях соблюдение и выполнение существующих стандартов лечения являются обязательными: при лечении респираторных инфекций у пациентов без осложнений и применения антибиотиков в анамнезе препаратами выбора должны быть амоксициллин или макролиды; у пациентов, принимавших антибиотики в течение 3 последних месяцев и/или имеющих сопутствующие заболевания, — защищенные аминопенициллины. К сожалению, врачи не всегда проводят предварительную оценку результативности антибактериальной терапии. При неэффективности стартового лечения клиницисты вынуждены использовать альтернативные антибактериальные препараты, которые часто характеризуются более высокой стоимостью и худшим профилем безопасности. Рациональное применение антибактериальных препаратов предполагает учет спектра активности лекарств

и профиль антибиотикорезистентности основных патогенов.



В докладе ведущего кафедры пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Юрия Михайловича Мостового речь шла

еще об одной из важных причин нерациональной антибиотикотерапии, типичных для Украины, — безрецептурной продаже противомикробных препаратов. Нередко пациенты с проявлениями острого респираторного заболевания обращаются не к врачу, а сразу идут в аптеку. Каждый провизор знает о недопустимости безрецептурной продажи психотропных средств, однако относительно антибиотиков такой настороженности нет. Для решения данной проблемы необходимо правильно разделить ответственность между пациентом, фармацевтом и врачом. Для этого необходима более широкая просветительская работа, направленная на пациента: повышение информированности об инфекционных заболеваниях и методах их лечения, активное обучение основам рационального использования антибиотиков под контролем врача.

Также для преодоления данной проблемы в нашей стране есть и юридические возможности. Так, обеспечение выполнения приказа МЗ Украины от 06.05.2014 г. № 303 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» позволит регулировать безрецептурную продажу данной группы препаратов. К сожалению, несмотря на то что приказ существует уже больше года, его выполнение в настоящее время контролируется недостаточно.

Другой актуальной для Украины проблемой, которую поднял Ю.М. Мостовой, является распространенность генериков. Само по себе наличие генериков не считается негативным явлением, однако эффективность некоторых препаратов (в т. ч. зарубежных производителей) может быть поставлена под сомнение. В последнее время врачи стали активнее заполнять регистрационные карты с указанием информации о неэффективности некоторых генерических препаратов и возникновении необходимости повышения их дозы. Назначая антибиотик, врач должен учитывать параметры качества, которые всегда влияют на эффективность. Антибактериальные препараты, производимые по современным технологиям, например антибиотики в форме диспергируемых таблеток Солютаб, имеют хорошие фармакокинетические свойства, что позволяет увеличить биодоступность действующих веществ и достичь быстрого клинического эффекта. Например, амоксициллин в форме Солютаб имеет биодоступность 93%, что почти соответствует аналогичному показателю при инъекционном введении. Кроме того, антибиотики в форме диспергируемых таблеток Солютаб благодаря низкой остаточной концентрации действующего вещества в кишечнике характеризуются значительным уменьшением

частоты побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта.

7 июля 2012 г. на основании приказа МЗ Украины и НАМН Украины № 42/500 был создан Научный центр по мониторингу антибиотикорезистентности микроорганизмов, вызывающих неспецифические инфекционные заболевания органов дыхания, руководителем которого является академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Иванович Фещенко. Эта организация, вероятно, способна приостановить поступление недостаточно качественных импортных генерических препаратов на фармацевтический рынок Украины. В задачи центра входят:

- проведение и координация научных исследований в области антибиотикорезистентности респираторных патогенов;
- сбор и анализ информации по чувствительности патогенов;
- планирование и согласование с МЗ Украины и НАМН Украины мероприятий по предотвращению распространения резистентных штаммов;
- сотрудничество с международными организациями.

Одним из важных условий рационального использования антибиотиков все докладчики назвали соблюдение протоколов лечения респираторных инфекций. Использование государственных рекомендаций при лечении заболеваний — весомый барьер на пути распространения резистентности. В Украине также разработаны согласительные документы, которые регулируют применение антибиотиков при инфекциях верхних и нижних дыхательных путей.

В пульмонологии:

- приказ МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»;
- клинические рекомендации «Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія» (г. Киев, 2012).

В оториноларингологии:

- приказ МЗ Украины от 24.03.2009 г. № 181 «Про затвердження протоколів медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія».

В педиатрии:

- приказ МЗ Украины от 13.01.2015 г. № 18 «Протокол лікування дітей з пневмонією».

К препаратам первой линии для лечения инфекций дыхательных путей, согласно большинству рекомендаций, относятся амоксициллин и макролиды. Традиционно макролиды используют как антибиотики для лечения инфекций, вызванных атипичными возбудителями. Однако данные антибактериальные препараты активны в отношении не только внутриклеточных микроорганизмов (*C. pneumoniae*, *L. pneumophila*, *M. pneumoniae*), но и других клинически значимых респираторных патогенов — *S. pneumoniae*. Макролиды используют при лечении внебольничной пневмонии как в качестве монотерапии, так и в комбинации с β-лактамами. В последние годы зафиксирован значительный рост резистентности к азитромицину и кларитромицину. Резистентность к джозамицину, напротив, значительно не увеличилась. Так, результаты исследования ПеГАС-III

показали, что джозамицин обладает максимальной среди всех макролидов активностью относительно *S. pneumoniae*.

Несоблюдение этих глобальных протоколов по лечению инфекционных заболеваний приводит к нерациональной антибиотикотерапии и повышению резистентности. В задачи региональных специалистов входит внедрение этих протоколов в клиническую практику. Следует отметить, что за последние десятилетия степень соответствия назначений протоколам в Украине существенно повысилась. Четкое выполнение этих положений является обязанностью каждого врача. Ответственность за это должны нести непосредственные руководители на местах. Для этого необходимо ввести мониторинг амбулаторных карт пациентов с назначением антибиотикотерапии при респираторных инфекциях.



В докладе проректора ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Алексеевны Перцевой была освещена

проблема лечения инфекций дыхательных путей у беременных.

Особенности антибиотикотерапии связаны с физиологическими изменениями в период гестации. Так, в организме беременной отмечаются увеличение объема циркулирующей крови, усиление почечного кровотока, что ведет к относительной гипоальбуминемии и уменьшению связывания антибиотиков; снижение тонуса и замедление моторики пищеварительного канала; снижение кислотности желудочного сока и увеличение щелочности содержимого тонкой кишки, что может частично разрушать медикаменты и ухудшать их всасывание; активизация метаболизма в печени, что приводит к ускоренной биотрансформации антибиотиков; с увеличением срока беременности возрастает трансплацентарное проникновение препаратов. Эти особенности фармакокинетики могут приводить к снижению концентрации антибиотика в плазме беременной по сравнению с таковой у небеременной женщины, в связи с чем требуются более тщательный контроль и оценка эффективности препаратов при назначении их в среднетерапевтических дозах, в ряде случаев — увеличение кратности введения либо повышение суточной дозы. Необходимо также учитывать критерии безопасности для женщины и плода с учетом возможного эмбрио- и фетотоксического воздействия препарата. Врач несет огромную ответственность за две жизни — матери и плода — и ограниченные возможности, поскольку не все классы антибактериальных препаратов можно назначать беременным. Поэтому рациональный выбор антибиотика у беременных очень актуален. При внебольничной пневмонии у беременных без экстрагенитальной патологии при отсутствии приема антибиотиков в анамнезе в течение 3 последних месяцев препаратами выбора являются амоксициллин и макролиды (например, джозамицин). При наличии любой экстрагенитальной патологии и/или

приема антибиотиков в течение последних 3 месяцев лечение у беременных нужно начинать с защищенных ингибиторами β-лактамаз амоксициллинов (амоксициллин/клавуланат) или цефалоспоринов II и III поколения (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон) либо с макролидов, вводимых парентерально. При среднетяжелом течении пневмонии назначают комбинацию β-лактамного антибиотика и макролида. Вопрос о необходимости применения противовирусных препаратов решает консилиум врачей с учетом жизненных показаний. При назначении терапии должно быть получено письменное информированное согласие пациентки на лечение.



Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Оториноларингология», заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального

медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Попович осветил вопросы антибактериальной терапии острого бактериального риносинусита с точки зрения стандартизации медицинской помощи.

Он напомнил, что стандарты клинической практики – это систематизированные общие положения, которые помогают врачам и пациентам принимать обоснованные решения по выбору методов лечения в конкретных клинических случаях. Документальным воплощением этих стандартов в нашей стране должны стать унифицированные клинические протоколы, в частности Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской

помощи «Острый риносинусит у взрослых и детей».

Согласно международным рекомендациям, в большинстве случаев у амбулаторных больных с острым бактериальным риносинуситом можно эффективно использовать пероральные антибактериальные препараты, многие из которых по параметрам биодоступности сопоставимы с инъекционными. Парентерально антибиотики следует вводить только в тех случаях, когда пациент не может принимать препараты per os (например, в связи с нарушением сознания, глотания, всасывания в желудочно-кишечном тракте). В настоящее время производители предлагают широкий спектр таблетированных форм антибиотиков, которые демонстрируют те или иные преимущества. Например, амоксициллин/клавуланат в форме диспергируемой таблетки Флемоклав Солютаб обеспечивает высокую биодоступность, которая сопоставима с инъекционной, характеризуется минимальным колебанием всасывания и уменьшенной остаточной концентрацией антибиотика в кишечнике, что минимизирует вероятность развития антибиотикассоциированной диареи.



Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Педиатрия», заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Галина Владимировна

Бекетова также подчеркнула важность правильного использования антибиотиков в педиатрии. Избежать проблемы резистентности антибиотиков в будущем поможет рациональный выбор антибиотикотерапии для самых маленьких пациентов. Ведь антибиотики – это единственный

класс лекарственных средств, активность которых снижается со временем. Выбирая антибактериальную терапию, необходимо соблюдать принцип разумной достаточности.

Эти критерии в полной мере описывают современные требования к проведению рациональной антибиотикотерапии в педиатрии.

1. Антибактериальные препараты необходимо назначать в соответствии с национальными стандартами лечения.

2. Антибиотик должен быть активен в отношении наиболее вероятных и опасных возбудителей респираторных инфекций.

3. Препараты этой группы следует принимать в адекватных дозировках, соответствующих возрасту.

4. Выбор антибиотика должен осуществляться в соответствии с данными о локальной чувствительности возбудителей.

5. Начало антибиотикотерапии должно быть своевременным: антибиотики не следует

назначать при вирусных заболеваниях, однако при бактериальной инфекции их необходимо применять с первых дней. Оценку результативности антибактериальной терапии следует проводить через 48–72 ч с момента ее начала.

Следует отметить, что именно лечащий врач несет ответственность за назначенное лечение, а одним из способов снижения риска клинических неудач является четкое соблюдение принципов рациональной антибиотикотерапии.

Разработка и внедрение образовательных программ для врачей общей практики, посвященных рациональной антибиотикотерапии, создание и популяризация обучающих online-программ позволят закрепить полученные знания и трансформировать их в навыки решения сложных клинических задач.

Участники заседания подчеркнули важность проведения таких рабочих групп в разных городах Украины. Участие ведущих специалистов в регионах позволит донести актуальность вопросов относительно рационального использования антибиотиков и определить дальнейшие действия по улучшению ситуации:

- обеспечить выполнение приказа МЗ Украины от 06.05.2014 г. № 303 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів»;
- повысить требования к регистрации генерических препаратов (приказ МЗ Украины от 04.01.2013 г. № 3 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 серпня 2005 року № 426 та визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України з питань реєстрації лікарських засобів»);
- обеспечить мониторинг данных о локальной резистентности наиболее значимых респираторных патогенов на постоянной основе;
- проводить регулярный пересмотр стандартов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и стационаре (желательно широкое общественное обсуждение стандартов и протоколов ведения больных еще до окончательного их утверждения и публикации);
- обеспечить дальнейшее внедрение и контроль выполнения государственных согласительных документов, способных зафиксировать ситуацию благополучия относительно чувствительности к антибиотикам наиболее важных возбудителей заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Подготовил Игорь Кравченко



АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ДАЙДЖЕСТ

Систематический обзор терапевтических подходов при сифилисе

Современные подходы к лечению сифилиса остаются предметом дискуссий, особенно в специфических группах населения, а оценка чувствительности к лечению, основанная на серологическом исследовании, продолжает вызывать трудности. **Целью** данного исследования было провести систематический обзор доказательной базы по применению пенициллина и непенициллиновым терапевтическим подходам при сифилисе, развитию серорезистентного состояния и особенностям лечения в специфических группах населения (у пациентов с нейросифилисом или ВИЧ-инфекцией).

Методы. Проведен поиск клинических исследований с января 1965 г. по июль 2014 г. Для определения качества исследований использовалась классификационная система Американской ассоциации сердца (American Heart Association, AHA).

Результаты. В обзор вошли 102 публикации, которые включали РКИ, проспективные исследования и метаанализы. Доказательная база по применению пенициллина и использованию непенициллиновых терапевтических подходов включала более 11 тыс. участников. На ранней стадии сифилиса сообщалось о целесообразности назначения одной внутримышечной инъекции бензилпенициллина в дозе 2,4 млн ЕД. Эффективность терапии при этом составляет 90–100%. Целесообразность мультидозового подхода при лечении сифилиса на ранней стадии остается неопределенной, особенно у ВИЧ-инфицированных пациентов. Доказательная база по лечению сифилиса на поздних стадиях, в том числе при латентном течении заболевания, более ограничена. В ходе терапии наблюдается стабильное снижение титров в нетрепонеминых тестах, однако значительное количество пациентов могут остаться серопозитивными. При раннем сифилисе серологический ответ на лечение должен наблюдаться через 6 мес, при латентном – через 12–24 мес терапии. Доказательная база по терапии сифилиса во время беременности и у ВИЧ-инфицированных пациентов ограничена, однако поддерживает применение пенициллина в качестве терапии первой линии.

Выводы. Несмотря на относительную ограниченность доказательной базы в пользу парентерального введения бензилпенициллина, данный подход является основой терапии сифилиса.

Clement M.E. et al. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA. 2014 Nov 12; 312 (18): 1905-1917. doi: 10.1001/jama.2014.13259.

Систематический обзор эффективности назначения антибиотиков в профилактике менингита у пациентов с переломами основания черепа

Переломы основания черепа являются предрасполагающим фактором к развитию менингита, что обусловлено вероятностью прямого контакта околоносовых синусов и носоглотки с центральной нервной системой. Наличие ликвореи также ассоциируется с повышенным риском менингита. Пациентам с переломами основания черепа в профилактических целях часто назначаются антибиотики, однако их роль в предотвращении менингита недостаточно изучена. **Целью** данного систематического обзора было оценить эффективность антибиотикопрофилактики (АБП) менингита у пациентов с переломами основания черепа.

Методы. В обзор включались рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), сравнивавшие результативность применения антибиотиков, плацебо и отсутствия терапии, а также нерандомизированные контролируемые испытания. Качество исследований оценивалось с помощью шкалы GRADE.

Результаты. В обзор вошли 5 РКИ, в которых приняли участие 208 пациентов. Выявлено также 17 нерандомизированных контролируемых исследований, в ходе которых изучалась эффективность различных методов АБП при переломах основания черепа. В большинстве научных работ отмечалось недостаточное количество методологических данных. Менингит рассматривался в качестве первичной конечной точки во всех исследованиях. При оценке 5 РКИ не было выявлено существенных различий между терапевтическими и контрольными группами по таким показателям, как частота развития менингита, смертность от любых причин, смертность, обусловленная менингитом, и необходимость в хирургическом лечении у пациентов с ликвореей. Побочных эффектов антибиотикотерапии обнаружено не было. Однако в одном РКИ было отмечено замещение назофарингеальной флоры на потенциально более патогенную, резистентную к антибиотикам. В рамках систематического обзора были проведены субанализ эффективности профилактического назначения антибиотиков у пациентов с ликвореей и без таковой и метаанализ нерандомизированных контролируемых исследований (n=2168), результаты которых согласовывались с РКИ. Качество исследований оценивалось как умеренное.

Выводы. Доказательная база, полученная в РКИ, не поддерживает профилактическое назначение антибиотиков у пациентов с переломами основания черепа независимо от наличия или отсутствия ликвореи. В связи с высоким риском систематической ошибки результаты доступных в настоящее время исследований не позволяют определить эффективность АБП при переломах основания черепа.

Ratilal B.O. et al. Antibiotic prophylaxis for preventing meningitis in patients with basilar skull fractures. Cochrane Database Syst. Rev. 2015 Apr 28; 4: CD004884.

Подготовил Игорь Кравченко

Цефіікс

Вчасно в потрібному місці



- Широкі клінічні випробування та багаторічний досвід застосування цефіксиму показали його високу ефективність при гострих та ускладнених формах урологічної інфекції^{1,2}.
- Цефіксим ефективний при кишкових інфекціях, що викликані штамами сальмонел, шигел, патогенних ешерихій, що стійкі до дії антибіотиків, які традиційно використовуються при лікуванні цих захворювань¹.
- Може використовуватися на пероральному етапі ступеневої терапії після застосування парентеральних цефалоспоринов III-IV генерації³.

1. И.П. Фомина, Л.Б. Смирнова. Современное значение орального цефалоспоринов III поколения цефиксима в терапии бактериальных инфекций.
2. Н.А. Коровина, Э.Б. Мумладзе, И.Н. Захарова, Е.М. Овсянникова, В.И. Свиницкая. Пероральные цефалоспорины III поколения при воспалительных заболеваниях органов мочевой системы у детей.
3. Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов. Современная антимикробная химиотерапия. /Руководство для врачей/.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФІКС

Склад: 1 капсула містить цефіксиму (у формі тригідрату) 400 мг; 5 мл суспензії містять цефіксиму (у формі тригідрату) 100 мг. Лікарська форма: капсули та порошок для оральної суспензії. Фармакотерапевтична група: антибактеріальні засоби для системного застосування, інші β-лактамі антибіотики, цефалоспоринов III покоління. Код АТХ J01D D08. Показання: інфекції, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: гострий та хронічний бронхіт; гостра пневмонія; запалення середнього вуха; фарингіти, тонзиліти та синусити бактеріальної етіології; неускладнені бактеріальні інфекції сечостатевої системи; гострі кишкові інфекції (суспензія). Протипоказання: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату, інших цефалоспоринов або пеніцилінів, порфірія, дитячий вік до 6 місяців (суспензія) або до 12 років (капсули). Спосіб застосування та дози: Цефікс застосовують перорально під час прийому їжі. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років з масою тіла до 50 кг рекомендована добова доза призначається з розрахунку 8 мг/кг маси тіла одноразово або по 4 мг/кг маси тіла 2 рази на добу. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років тривалість курсу лікування залежить від тяжкості захворювання та встановлюється індивідуально. Курс лікування – від 5-10 (при неускладнених інфекціях) до 10-14 днів. Добова доза для дорослих і дітей з масою тіла понад 50 кг або старше 12 років становить 400 мг (1 капсула) 1 раз на добу. Тривалість курсу лікування залежить від тяжкості захворювання та встановлюється індивідуально. При інфекціях, спричинених *Streptococcus pyogenes*, курс лікування має бути не менше 10 днів. Для лікування неускладнених уретральних або цервікальних гонококових інфекцій рекомендується одноразова доза 400 мг. Побічні реакції: побічні ефекти, спричинені Цефіксом, незначні і виникають рідко. Можливі такі порушення: головний біль, запаморочення, втомлюваність, слабкість; еозинофілія, лейкопенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, нейтропенія, гемолітична анемія, гіпопротромбінемія (кровотечі і синці без видимих причин), тромбоз, подовження протромбінового та протромбінового часу, агранулоцитоз; спазми кишечника, помірна діарея, нудота, блювання, кандидози слизової оболонки рота, псевдомембранозний коліт, сухість у роті, анорексія, диспепсія, метеоризм, дисбактеріоз, іктеричність шкіри; у поодиноких випадках – стоматит, глосит; транзиторне підвищення активності трансаміназ печінки та лужної фосфатази, білірубину, гіпербілірубінемія, холестатична жовтяниця, іктеричність склер; підвищення азоту сечовини або креатиніну у сироватці крові, інтерстиціальний нефрит, порушення функції нирок; висипання, свербіж, кропив'янка, анафілаксія, мультиформна еритема або синдром Стівенса-Джонсона, сироваткова хвороба, пурпура, артралгія, гарячка; підвищене потовиділення, макулопапульозні та везикулобульозні висипання, грибковий дерматит, злущення епітелію, сухість шкіри, випадання волосся, сонячні опіки, токсичний епідермальний некроліз; вагінальні кандидози (вагінальний свербіж або виділення); підвищення азоту в сечовині крові та креатиніну; більшість лабораторних змін транзиторні та не мають клінічного значення. Можлива позитивна реакція на кетони у сечі в тестах із застосуванням нітропрусиду, але не з нітрофериціанідом. Прийом цефіксиму може призводити до хибнопозитивних тестів на глюкозу в сечі, тому слід використовувати ферментні тести, зміни показників печінкових та ниркових проб.

Р.п.: №UA/4151/01/01, №UA/4151/02/01.



З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

Современная антибиотикотерапия в практике педиатра

Приблизительно в 80% случаев причиной обращений к педиатру детей младше 5 лет являются инфекционные заболевания. В общей структуре заболеваемости у детей инфекции мочевой системы (ИМС) занимают второе место, уступая только инфекционным заболеваниям дыхательной системы. Что касается острых кишечных инфекций (ОКИ), то, согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, данная патология занимает третье место в структуре смертности детей младше 5 лет.

Под термином «острые кишечные инфекции» подразумевают группу заболеваний вирусной (энтеро-, ротавирус) или бактериальной (сальмонелла, шигелла, холерный вибрион и т. д.) этиологии, которые сопровождаются тошнотой, рвотой, диареей, болью в животе, повышением температуры тела. Чаще всего ОКИ сопровождаются диареями, которые принято классифицировать на секреторные и инвазивные. Секреторные диареи свидетельствуют о поражении тонкого кишечника (энтерит) вирусом или бактерией и проявляются в виде обильного водяного стула без патологических примесей. Инвазивные диареи вызываются в основном бактериальной флорой, характеризуются поражением толстого кишечника (колит) и высокой частотой дефекации с возможной примесью крови в фекалиях, сопутствующей лихорадкой.

В зависимости от локализации процесса ИМС разделяют на инфекции нижних (уретрит, уретральный синдром, цистит) и верхних (пиелонефрит) мочевых путей, по характеру течения — на осложненные и неосложненные, по клиническому проявлению — на симптомные и бессимптомные. Инфекция мочевых путей на сегодня определяется как заболевание, при котором нет данных о поражении тубулоинтерстициальной ткани почек, но есть признаки транзиторного воспаления мочевых путей, локализацию которого в данный момент сложно определить. Основным возбудителем ИМС является *E. coli*, реже *S. saprophyticus*, *Klebsiella* spp. и *P. mirabilis*. Наиболее неблагоприятным вариантом ИМС является пиелонефрит — заболевание, характеризующееся признаками инфекционного воспаления с нарушением функционального состояния почек по тубулярному типу. Следует отметить, что каждый эпизод ИМС повышает риск возникновения рубцово-склеротических изменений в паренхиме почек с развитием тяжелых осложнений, особенно при отсутствии эффективной антибактериальной терапии в остром периоде заболевания.

Учитывая широкое распространение ИМС и ОКИ в детской популяции, особую актуальность приобретает этиотропная терапия данных заболеваний, главными целями которой являются элиминация возбудителя и нейтрализация продуцируемых им токсинов.

Современная стратегия лечения инфекционных заболеваний основывается на выделении возбудителя с дальнейшим определением его чувствительности к антибактериальному препарату. В этиологической структуре ИМС у детей доминирует кишечная палочка, которая является причиной развития заболеваний почти в 90%, в 5-7% обнаруживаются клебсиелла, протей, энтерококки и др. Большинство возбудителей (кишечная палочка, клебсиелла, шигелла, сальмонелла), вызывающих ИМС и ОКИ у детей, резистентны ко многим антимикробным препаратам (ампициллину,

хлорамфениколу, аминогликозидам), поэтому целесообразным представляется использование в лечении пациентов педиатрического профиля цефалоспоринов, в частности III поколения. Представителем данной группы антибактериальных средств является Цефикс производства компании «Мегаком», соответствующий всем основным требованиям, которые предъявляются к препаратам для лечения ОКИ и ИМС в педиатрии.

Фармакологические особенности препарата Цефикс

Цефикс (цефиксим) характеризуется широким спектром действия. Препарат оказывает бактерицидное действие в отношении следующих микроорганизмов: *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*, *E. coli*, *P. vulgaris*, *K. pneumoniae*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp. и др. Всасываясь в пищеварительном тракте, Цефикс достигает своей максимальной концентрации в сыворотке крови через 4 ч. Около 50% препарата выводится с мочой в неизменном виде. Биодоступность препарата составляет 40-50%, поэтому около половины принятой дозы остается в кишечнике, благодаря чему Цефикс оказывает местное действие на возбудителя.

На сегодня препарат выпускается в двух лекарственных формах для перорального применения — капсулы по 400 мг № 5 и порошок для приготовления суспензии 100 мг/5 мл (30 и 60 мл).

Основные показания к применению Цефикса у детей:

- ОКИ у детей старше 6 мес;
- ОКИ у детей с иммунодефицитными состояниями (ВИЧ-инфицированные, дети с гемолитическими анемиями, после проведения иммуносупрессивной и кортикостероидной терапии);
- хронические заболевания кишечника;
- гемоколит (независимо от частоты дефекации);
- подтвержденный или подозреваемый шигеллез, кампилобактериоз, холера и амебиаз;
- ИМС (цистит, уретрит, пиелонефрит).

Побочные эффекты при применении Цефикса возникают редко. Возможно развитие зуда, появление тошноты, рвоты, головной боли, лабораторно можно выявить транзиторную тромбоцитопению. Следует отметить, что Цефикс не ингибирует нормальную микрофлору кишечника: так, согласно данным исследования О.В. Тихомирова и соавт. (2006), после курса перорального применения цефиксима качественные и количественные показатели содержания *E. coli*, лакто- и бифидобактерий у больных с ОКИ практически не изменялись.

Пациентам педиатрического профиля Цефикс назначается в дозе 8 мг/кг на 1-2 приема в течение 5 дней. У детей с массой тела >50 кг или старше 12 лет возможно применение препарата в форме капсул по 400 мг/сут однократно.

Клиническое применение

Впервые цефиксим был апробирован в США в конце 90-х годов XX в. На сегодня продемонстрированы высокая эффективность и безопасность применения препарата при ОКИ, особенно сопровождающихся диареей, вызванных энтеропатогенными штаммами сальмонелл и шигелл (O. Edd et al., 2000).

Применение цефиксима в качестве антибиотика первого ряда при шигеллезе у детей рекомендовано в руководстве Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов и Европейского общества по изучению детских инфекционных заболеваний (2008). По своей клинической эффективности при инвазивных диареях прием Цефикса *per os* не уступает парентеральному введению цефтриаксона, что свидетельствует о преимуществе использования данного препарата в педиатрической практике (С.А. Крамарев, 2007, 2009). Высокая эффективность препарата была отмечена у 80% больных с ОКИ; при оценке бактериологической эффективности было показано, что *in vitro* максимальную чувствительность к Цефиксу проявили традиционные возбудители ОКИ — шигеллы, сальмонеллы и *E. coli*.

Исследование с участием 46 детей в возрасте от 6 мес до 3 лет с ОКИ бактериального генеза продемонстрировало, что у пациентов, которым назначалась парентеральная антибиотикотерапия, регистрировалось более выраженное напряжение нервной системы (по результатам проведенной кардиоинтервалографии) в сравнении с детьми, получающими перорально препарат Цефикс. Ученые подчеркнули, что пероральная терапия цефиксимом не уступает по эффективности парентеральному введению антибиотиков: более того, в отношении динамики нормализации патологических проявлений со стороны кишечника в некоторых случаях Цефикс продемонстрировал лучшую эффективность, что, возможно, связано с его топическим воздействием на возбудителя в просвете кишечника (С.В. Кузнецов, О.М. Ольховская, 2009).

Эффективность и безопасность Цефикса подтвердились в исследовании с участием детей с ОКИ и диарейным синдромом, вызванными сальмонеллами, шигеллами, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp. и *Proteus mirabilis*. Пациенты основной группы в качестве этиотропной терапии получали Цефикс перорально, детям контрольной группы вводили внутримышечно и внутривенно цефтриаксон. Нормализация частоты дефекации и консистенции стула наблюдалась в обеих группах в 1-й и на 2-й день с момента начала лечения, тогда как на 5-й день динамика показателей была лучше в основной группе по сравнению с контрольной.

По словам профессора Г.А. Леженко, накопленный опыт по применению Цефикса в лечении сальмонеллеза у детей свидетельствует о целесообразности

использования данного препарата. В ходе лечения отмечалась положительная динамика лихорадочного и абдоминального болевых синдромов. Характер стула (частота, консистенция, примеси) после терапии Цефиксом нормализовался у всех исследуемых пациентов, а бактериологическое исследование подтвердило эрадикацию кишечных патогенов в 98,2% случаев. Таким образом, при лечении Цефиксом отмечаются положительная динамика клинической симптоматики и высокая микробиологическая эффективность, что дает основания рекомендовать применение данного препарата в качестве альтернативы парентеральным цефалоспорином.

Цефикс рекомендован протоколом лечения ИМС у детей (приказ МЗ Украины от 03.11.2008 г. № 627), а пероральные формы препарата успешно применяются для лечения ОКИ как в качестве монотерапии, так и в схеме ступенчатой антибиотикотерапии.

Согласно научным публикациям, цефиксим обладает высокой эффективностью при ИМС, обусловленных как грамположительными, так и грамотрицательными аэробами. В лечении ИМС Цефикс продемонстрировал высокую клиническую и бактериологическую эффективность, а также положительное влияние в отношении профилактики рецидивов заболевания. На сегодня при первом эпизоде цистита у ребенка предпочтение отдают назначению Цефикса курсом 3 дня, который хорошо себя зарекомендовал в нефрологической практике. В случае осложненного цистита или рецидива данного заболевания курс лечения можно продлить до 7 дней.

Положительная динамика лечения наблюдалась в исследовании, в котором Цефикс назначался детям с острым и хроническим обструктивным пиелонефритом, а также пациентам с хроническим циститом. У 91,7% детей эффективность лечения оценили как высокую, симптомы интоксикации быстро регрессировали, а на 10-е сутки нормализовались лабораторные показатели крови и мочи.

Результаты применения Цефикса у детей с пиелонефритом в схеме ступенчатой терапии показали, что уменьшение количества инъекций устраняет психологический дискомфорт, снижает риск возникновения постинъекционных осложнений, что делает лечение более удобным и безопасным (Д.Д. Иванов, С.В. Кушниренко, 2007).

На съезде Европейского общества урологов, который состоялся в августе 2012 г., был принят ряд рекомендаций, в частности, о возможности применения пероральных форм цефалоспоринов (цефиксима) с целью профилактики пиелонефрита.

Учитывая доказанную эффективность, хорошую переносимость, удобство применения, современный антибактериальный препарат цефалоспоринового ряда Цефикс («Мегаком») может использоваться в качестве этиотропной терапии ОКИ и ИМС как самостоятельно, так и в схеме ступенчатой терапии.

Оперативно

Хроніка ключових подій

ГОЛОВНЕ



Анонс

29 августа – 2 сентября в г. Лондоне (Великобритания) состоится традиционный конгресс Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology Congress – ESC Congress). Тема мероприятия – «Окружающая среда и сердце». ESC Congress – наиболее масштабное и авторитетное специализированное мероприятие в области кардиологии. В этом году конгресс планируют посетить более 270 тыс. медицинских работников из 140 стран мира.

Программа мероприятия и другая полезная информация доступна по адресу: <http://www.escardio.org/Congresses-&Events/Upcoming-congresses/ESC-Congress/ESC-Congress-2015>

Календарь событий

10-13 июня в г. Риме (Италия) состоялся конгресс Европейской противоревматической лиги (European League Against Rheumatism – EULAR) – влиятельнейшей международной организации, членами которой являются многие ведущие ревматологи стран Европы.

На конгрессе представители компании Celgene Corp. сообщили о результатах анализа трех рандомизированных исследований перорального препарата Отезла/Otezla (апремиласт), который является новым вариантом лечения взрослых пациентов с псориатическим артритом (D. Gladman et al.). Отезла относится к селективным ингибиторам фосфодиэстеразы. В клинических исследованиях препарат продемонстрировал долгосрочную эффективность (в среднем 104 нед) у пациентов с псориатическим артритом, страдающих энтезитом (воспаление в местах прикрепления сухожилий, связок, фасций к костям) и дактилитом (воспаление фаланг пальцев рук или ног), и хорошо переносился большинством пациентов.

Уже несколько лет подряд американская фармацевтическая компания Eli Lilly и биофармацевтическая компания Incyte Corporation в рамках конгресса EULAR представляют новые данные относительно эффективности и безопасности препарата барицитиниб для лечения пациентов с активной формой ревматоидного артрита. Барицитиниб является пероральным ингибитором JAK-киназы. В этом году в поле зрения попали результаты двух исследований 3-й фазы – RA-BUILD и RA-BEACON, в которых препарат продемонстрировал эффективность у пациентов с активной формой ревматоидного артрита, которые плохо отвечают на лечение базисными (болезнь-модифицирующими) противоревматическими препаратами (M. Dougados et al.) и терапию ингибиторами фактора некроза опухоли (M. Genovese et al.) соответственно.

Дополнительная информация доступна по адресу: <http://www.eular.org/congress.cfm>

Новости ВОЗ

ВОЗ призывает увеличить количество добровольных доноров крови для спасения миллионов человеческих жизней

14 июня, во Всемирный день донора крови, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает увеличить запасы крови за счет добровольного безвозмездного донорства, что позволит ежегодно спасать миллионы человеческих жизней. В этом году организатором масштабных мероприятий по случаю Всемирного дня донора крови является Китай. Активное участие в них принимает Центр крови, расположенный в г. Шанхае, – партнер ВОЗ по службам переливания крови в Китае. В этом году девиз кампании «Спасибо за спасение моей жизни», направленной на популяризацию добровольной и регулярной сдачи крови, – «Сдавайте бесплатно, сдавайте часто. Донорство крови – это важно».

Потребности в крови и ее продуктах ежегодно возрастают, и во многих странах, особенно с низким и средним уровнем дохода, спрос превышает предложение, а службы крови испытывают трудности в создании достаточных запасов крови, не обеспечивая при этом ее надлежащее качество и безопасность. В 2012 г. во всем мире было произведено около 108 млн донаций крови, около 50% из них зарегистрировано в государствах с высоким уровнем дохода, где проживает лишь 15% населения мира. По оценкам ВОЗ, оптимальный показатель наличия крови для переливания в стране – как минимум 10 донаций на 1000 человек. Однако, по данным последнего обзора по безопасности и наличию крови, количество донаций в 75 странах не достигает желаемого уровня.

За последнее десятилетие доля донаций крови, полученных путем добровольного бесплатного донорства, возросла: в настоящее время 73 страны обеспечивают более 90% своих запасов крови за счет таких доноров. Тем не менее необходимы дополнительные усилия в этой сфере, так как в 72 странах (8 – с высоким уровнем дохода, 48 – со средним, 16 – с низким уровнем дохода) поступление более 50% запасов крови обеспечивают платные или заместительные доноры, что оказывает негативное влияние на безопасность и ассоциируется с рисками в отношении поддержания достаточного количества крови и ее продуктов. Заместительные доноры часто являются членами семьи или друзьями и восполняют запасы крови, использованной конкретным пациентом.

Информационный бюллетень ВОЗ: ближневосточный респираторный синдром

Ближневосточный респираторный синдром (БВРС) – респираторное вирусное заболевание, вызванное новым коронавирусом (БВРС-КоВ), который впервые был диагностирован в Саудовской Аравии в 2012 г. Коронавирусы – многочисленное семейство вирусов, способных провоцировать различные по степени тяжести заболевания (от обычной простуды до выраженного острого респираторного синдрома). Типичные симптомы БВРС – высокая температура тела, кашель и одышка; также могут наблюдаться пневмония и кишечные проявления, включая диарею. Приблизительно 36% зарегистрированных случаев БВРС завершились летальным исходом.

Большинство случаев заболевания у лиц с БВРС объясняются передачей инфекции между людьми, также в качестве возможного резервуара-хозяина для БВРС-КоВ и источника заражения людей с БВРС-КоВ рассматриваются верблюды, однако их роль в передаче вируса и конкретный путь передачи не известны.

В настоящее время не существует ни конкретного лечения, ни вакцины от этой болезни. Используется симптоматическая терапия, выбор которой осуществляют на основании клинического состояния пациента. Употребление в пищу сырых или недостаточно термически обработанных продуктов животного происхождения, в частности молока и мяса, связано с высоким риском инфицирования. Продукты животного происхождения после

надлежащей кулинарной обработки или пастеризации безопасны для употребления в пищу, однако также требуют строгих правил использования. Верблюжье мясо и молоко можно употреблять в пищу после пастеризации или иной (в т. ч. тепловой) обработки.

ВОЗ не рекомендует вводить какие-либо ограничения на поездки, торговлю или скрининг прибывающих лиц в связи с наличием БВРС-КоВ. ВОЗ рекомендует государствам усилить эпидемиологический надзор в отношении тяжелых острых респираторных инфекций и тщательно анализировать их необычные проявления.

Официальный сайт ВОЗ: www.who.int

Новости FDA

Одобен препарат для лечения редкого заболевания легких

28 мая Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (Food and Drug Administration – FDA) одобрило препарат Рапамун/Rapamune (сиролиму) для лечения лимфангиолейомиоматоза (ЛАМ) – редкого прогрессирующего заболевания легких, поражающего преимущественно женщин репродуктивного возраста и представляющего угрозу жизни. Это первый препарат, одобренный для лечения данной патологии.

ЛАМ характеризуется аномальным ростом клеток гладкой мускулатуры, которые внедряются в ткани легких, кровь и лимфатические сосуды и вызывают их деструкцию, приводя к обструкции дыхательных путей и ограничивая доставку кислорода к внутренним органам. Частота ЛАМ – 2-5 случаев на 1 млн женщин.

Ранее препарат Рапамун был одобрен FDA для профилактики отторжения почки после трансплантации у пациентов в возрасте 13 лет и старше.

Эффективность и безопасность сиrolимуса изучались в многоцентровом международном исследовании у пациентов с ЛАМ. В нем приняли участие 89 больных с умеренным нарушением функции легких. Пациенты были рандомизированы в группу терапии Рапамуном и плацебо курсом 12 мес, затем осуществляли наблюдение в течение еще 12 мес. У пациентов, принимавших Рапамун в течение 1 года, была отмечена нормализация функции легких, что подтверждалось показателями объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁). Различия в среднем снижении ОФВ₁ в течение всего периода лечения составляло приблизительно 153 мл.

Наиболее частыми побочными эффектами у пациентов с ЛАМ, вызванными приемом Рапамуна, были появление язв в ротовой полости и на губах, диарея, боль в животе, горле и грудной области, тошнота, акне, отеки ног, инфекции верхних дыхательных путей, головная боль, головокружение, миалгия, повышение уровня холестерина.

Препарат Рапамун производит компания Wyeth Pharmaceuticals Inc. (подразделение Pfizer Inc.).

В США появится устройство для лечения болезни Паркинсона и эссенциального тремора

12 июня FDA одобрило к применению Brio Neurostimulation System – мозговой стимулятор для пациентов с болезнью Паркинсона. Система рекомендована к применению у больных, у которых медикаментозное лечение не обеспечивает адекватного облегчения симптомов заболевания, таких как трудности при ходьбе и тремор конечностей.

Система Brio представляет собой имплантируемое устройство для глубокой стимуляции мозга, применение которого позволяет уменьшить выраженность симптомов болезни Паркинсона и эссенциального тремора.

Ежегодно приблизительно у 50 тыс. американцев устанавливают диагноз болезни Паркинсона; неврологические расстройства, как правило, возникают у лиц в возрасте старше 60 лет, когда нарушается функция клеток мозга, продуцирующих дофамин. Количество пациентов с эссенциальным тремором в США оценивают в несколько миллионов. Это наследственное заболевание, возникающее у лиц в возрасте старше 40 лет и характеризующееся дрожанием рук, головы и голосовых связок. Руководитель отдела по исследованиям медицинских устройств FDA Уильям Майзель (William Maisel) считает, что с учетом отсутствия препаратов для излечения болезни Паркинсона и купирования тремора поиск способов, позволяющих пациентам контролировать симптомы заболевания, крайне важен.

Эффективность устройства была подтверждена в ходе двух клинических исследований с участием 136 пациентов с болезнью Паркинсона и 127 больных с эссенциальным тремором. Несмотря на успешное испытание системы Brio, FDA акцентирует внимание на возможном повышении риска инсульта, паралича и преждевременной смерти на фоне ее применения.

FDA одобрило 2 препарата для лечения синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи

27 мая FDA одобрило препарат Виберзи/Viberzi (элюксадолин) и Ксифаксан/Xifaxan (рифаксимин) для лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием диареи у взрослых.

По данным Национального института здравоохранения США (НИН), СРК – это полисимптомное заболевание, которое проявляется болью в животе и нарушением стула. В настоящее время СРК страдают около 10-15% взрослых жителей США.

Виберзи предназначен для перорального применения 2 р/сут. Препарат воздействует на опиоидные рецепторы, уменьшающие количество сокращений кишечника. Ксифаксан используется перорально 3 р/сут в течение 14 дней. Пациентам, у которых развился рецидив симптомов заболевания, рекомендовано применение препарата в течение еще одного курса длительностью 14 дней.

Ксифаксан – это антибиотик, полученный из рифампицина, ранее утвержден для лечения диареи путешественников, вызванной E. coli, и снижения риска развития печеночной энцефалопатии у взрослых. Механизм действия препарата для лечения СРК не известен, предположительно он связан с изменениями состава микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

Эффективность препарата Виберзи оценивалась в ходе двух двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований III фазы с участием 2426 пациентов, которые были рандомизированы в группу терапии препаратом Виберзи и плацебо. Результаты испытания продемонстрировали существенное преимущество исследуемого препарата в сравнении с плацебо. Наиболее частыми побочными эффектами, сопряженными с терапией препаратом Виберзи, были запор, тошнота и абдоминальная боль, а самым тяжелым осложнением – спазм сфинктера Одди, способный спровоцировать развитие панкреатита. Виберзи не следует использовать у пациентов с обструкцией желчных протоков в анамнезе, панкреатитом, тяжелыми нарушениями функции печени или выраженными запорами, а также у больных, злоупотребляющих алкоголем.

Наиболее распространенные побочные эффекты у пациентов, получавших Ксифаксан для лечения СРК, включают тошноту и повышение уровня аланинаминотрансферазы. Если диарея не прекращается (т. е. состояние не улучшается или даже ухудшается), необходимо определить вероятность наличия у пациента тяжелой инфекционной диареи, вызванной C. difficile. Следует с осторожностью применять препарат у пациентов с тяжелой печеночной недостаточностью или в сочетании с некоторыми другими лекарственными средствами.

Виберзи производится компанией Patheon Pharmaceuticals Inc. (США), а распространяется Forest Pharmaceuticals Inc. (подразделение Forest Laboratories LLC., США). Маркетинг препарата Ксифаксан осуществляет компания Salix Pharmaceuticals Inc. (США).

Официальный сайт FDA: www.fda.gov

Подготовила **Ольга Татаренко**

ДАЙДЖЕСТ

Карбимазол ингибирует синтез белка и защищает нервные клетки от гипоксии в исследовании in vitro

Недостаток кислорода при ишемическом или геморрагическом инсульте приводит к истощению запасов аденозинтрифосфата (АТФ), нарушению ионного гомеостаза, деполаризации мембран и развитию эксайтотоксичности (патологического процесса, который вызывает повреждение и гибель нейронов). Перспективной концепцией снижения гипоксического поражения нервной клетки является восстановление ее энергетических запасов с помощью лекарственных средств. **Целью** данного исследования было изучить возможное уменьшение гипоксического повреждения клеток SK-N-SH (клеточная линия нейробластомы человека) и первичных нейронов коры головного мозга под влиянием карбимазола.

Результаты. Карбимазол индуцирует ингибиторное фосфорилирование эукариотического фактора элонгации трансляции-2 (eEF2), что приводит к существенному подавлению синтеза белка. Ингибирование трансляции, в свою очередь, позволяет сэкономить энергетические запасы клетки, сохраняя концентрации АТФ в клетках в условиях недостатка кислорода и уменьшая их гипоксическое повреждение. Фосфорилирование eEF2 регулируется АМФ-активированной протеинкиназой и eEF2-киназой. Карбимазол также индуцирует умеренное поступление кальция и кратковременное повышение концентрации цАМФ. Для выяснения степени снижения гипоксического повреждения при ограниченных запасах АТФ в клетке на фоне ингибирования трансляции использовались репрессоры трансляции: анизомицин и циклогексимид. Эти вещества также сохраняют концентрации АТФ в клетках SK-N-SH при недостатке кислорода и уменьшают гипоксическое повреждение нейронов.

Выводы. Вышеописанные данные подтверждают причинно-следственную связь между фармакологическим ингибированием синтеза белка и эффективной защитой нейронов

от ишемии за счет сохранения необходимых энергетических метаболитов. Более того, результаты исследования свидетельствуют о том, что карбимазол и другие ингибиторы трансляции могут стать компонентами для разработки новых органопротекторных препаратов и соединений с аналогичным терапевтическим потенциалом.

Lehane C. et al. Carbimazole is an inhibitor of protein synthesis and protects from neuronal hypoxic damage in vitro. J Pharmacol Exp Ther. 2013 Dec; 347 (3): 781-793.

Положительное влияние долгосрочной антитиреодной терапии на ремиссию у детей с диффузным токсическим зобом

В качестве стартовой терапии диффузного токсического зоба (ДТЗ) обычно используются антитиреодные лекарственные средства, однако длительность их применения остается предметом обсуждения. **Целью** данного исследования было оценить влияние долгосрочной терапии карбимазолом на ремиссию ДТЗ и определяющие ее факторы.

Методы. В данное обсервационное многоцентровое исследование включили 154 ребенка с впервые выявленным ДТЗ в период с 1997 по 2002 г. Участники должны были получить 3 последовательных курса карбимазола, длительность каждого из которых составляла 2 года. Главной конечной точкой исследования было достижение ремиссии на протяжении ≥18 мес после завершения каждого курса карбимазола.

Результаты. Средний период наблюдения составил 10,4 года. Общий расчетный уровень ремиссий после прекращения терапии повышался с течением времени и составил 20 (13-26), 37 (29-45), 45 (35-54) и 49% (40-57) через 4, 6, 8 и 10 лет наблюдения соответственно. Многофакторный анализ выявил независимое положительное влияние менее тяжелых форм гипертиреоза и других аутоиммунных состояний на ремиссию после фармакотерапии.

Выводы. После прекращения терапии карбимазолом практически у половины пациентов отмечалась ремиссия. При этом в частоте ремиссий наблюдалось плато с 8-го по 10-й год наблюдения.

Leger J. et al. Positive impact of long-term antithyroid drug treatment on the outcome of children with Graves' disease: national long-term cohort study. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Jan; 97 (1): 110-119.

Подготовил **Игорь Кравченко**

Еспа-карб

КАРБИМАЗОЛ

Новий в Україні препарат для лікування гіпертиреозу

- Доведена ефективність*
- Сприятливий профіль безпеки
- Можливість гнучкого підбору дозування
- Багаторічний досвід застосування в Європі

РП. № UA/12191/01/01; UA/12191/01/02

Еспа-карб. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників. Склад: 1 таблетка містить карбимазолу 5 мг або 10 мг. Лікарська форма: Таблетки. Зависимість: Еспарма ГмбХ, Німеччина. Виробник: Лікарські ГмбХ, Нойштрассе 82, 40721 Гіттен, Німеччина. Фармакотерапевтична група: Антитиреоїдні засоби. Сировинні позиції: Імідазолу. Показання для застосування: Порушення функції щитовидної залози, пов'язані з гіперпродукцією гормонів (гіпертиреоз). Підготовка до тиреоїдотомії при гіпертиреозі. Терапія до і після лікування радіоактивним йодом. Протипоказання: Підвищена індивідуальна чутливість до карбимазолу або до інших компонентів препарату. Також, вже існуючі порушення з боку системи крові, тяжка печінкова недостатність. Побічні ефекти: Побічні реакції зазвичай виникають протягом перших 8 тижнів лікування. Найчастіше спостерігалися такі реакції: нудота, головний біль, артралгії, незачені шлунково-кишкові розлади, шкірні висипання, свербіж. Ці реакції, як правило, транзиторні і не потребують відміни препарату. Інші: пригнічення кісткового мозку, нейтропенія, еозинофілія, лейкопенія, агранулоцитоз, рідко – панцитопенія/апластична анемія, тромбоцитопенія; дуже рідко – гемолітична анемія. Реакції гіперчутливості: набряк Квінке, мультисистемні реакції гіперчутливості та інші. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.

* Antithyroid drug regimen for treating Graves' hyperthyroidism (Review). Abraham P, Avenell A, McGeoch SC, Clark LF, Bevan JS. The Cochrane Library 2010, Issue 1. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників. Представництво в Україні: 02002, Київ, вул. Р. Окіпної, 117. www.esparma.com.ua

Здоров'я України

ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»
03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2,
тел./факс: +380 (44) 521-86-98
ЄДРПОУ 38419790, р/р 26007052613634 у ФКВ «Приватбанк»
Розрахунковий центр
м. Києва, МФО 320649
Свідоцтво платника єдиного податку (за ставкою 7%)
Серія А № 612706

Рахунок № 8 П-14/15
від «__» _____ 2015 р.

№ з/п	Назва видання	Кількість комплексів	Ціна без ПДВ (грн.)		Сума до сплати без ПДВ
			II півріччя 2015 року (липень – грудень)	2015 рік (січень – грудень)	
1	«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»	1	300,00 (12 номерів)	600,00 (24 номери)	
2	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
3	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
4	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
5	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
6	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»	1	100,00 (2 номери)	250,00 (5 номерів)	
7	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
8	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
9	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
10	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
11	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Клінічна фармація»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
12	Журнал «Серцева недостатність»	1	–	150,00 (3 номери)	
13	Журнал «Природна медицина® / Medical Nature»	1	–	150,00 (3 номери)	
14	Журнал «Природна медицина. Фітотека»	1	–	90,00 (3 номери)	
Разом без ПДВ:					
ПДВ:				0,00	
Усього з ПДВ:					

(Пільга згідно з пп. 5.1.2 Закону України «Про податок на додану вартість»)
Усього на суму: _____ грн. _____ коп.
Без ПДВ

Генеральний директор _____ Т.В. Черкасова
Головний бухгалтер _____ Т.Є. Пащенко

ПРИМІТКА. Передплатник заповнює рахунок до сплати згідно з обраними виданнями та передплатним періодом.

Своєчасна доставка видань здійснюється за умови отримання редакцією заповненої картки-доручення.

Заповніть картку-доручення та надішліть її на адресу редакції у зручний для Вас спосіб:

- факсом – +380 (44) 521-86-98;
- поштою – ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя», вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035;
- електронною поштою – podpiska@health-ua.com

КАРТКА-ДОРУЧЕННЯ

Назва організації												
П.І.Б. та посада передплатника												
Поштова адреса												
Тел. (_____) _____ Факс _____ E-mail _____												
код міста												
Зазначте період передплати на 2015 рік та кількість примірників на місяць												
Видання	Місяць передплати											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Клінічна фармація»												
Журнал «Серцева недостатність»												
Журнал «Природна медицина® / Medical Nature»												
Журнал «Природна медицина. Фітотека»												



Раскрыты механизмы воздействия чеснока на сердечно-сосудистую систему

Чеснок как ценный пищевой продукт был известен еще в Древнем Египте. Однако уникальные лечебные свойства этого растения были признаны официальной медициной лишь в XVI веке.

В последнее время появляются новые интересные данные, раскрывающие механизмы воздействия этого растения. Так, сегодня главную роль в регуляции кровообращения отводят содержащемуся в чесноке сероводороду (сульфиду водорода), который образуется вследствие химической реакции в измельченном чесноке. Установлено, что сероводород оказывает расслабляющее воздействие на сосудистую стенку, но данный эффект наблюдается лишь в том случае, если чеснок не подвергался термической обработке или высушиванию. Эти данные подтверждают результаты исследования, проведенного группой ученых во главе с профессором Dipak K. Das из университета Коннектикута (США). По утверждению специалистов, сероводород, выделяющийся из свежего чеснока, запускает в организме человека целый каскад реакций, приводящих к расслаблению гладкой мускулатуры.

В результате чеснок способствует устранению спазма кровеносных сосудов, улучшая кровообращение и уменьшая последствия кислородной недостаточности в тканях.

Источник: www.grandex.ru/medicine/news

Зеленый чай – против эпидемии остеопороза?

Длительное употребление чая способствует укреплению костей, – к таким выводам пришли сотрудники больницы Университета Ченг Кунг в Тайване. Согласно результатам проведенного исследования для достижения эффекта необходимо выпивать около двух чашек чая ежедневно на протяжении шести лет.

В данном исследовании, результаты которого были опубликованы в журнале Archives of Internal Medicine, приняли участие 1037 мужчин и женщин в возрасте старше 30 лет, которые предварительно прошли специальное обследование для определения минеральной плотности костной ткани. Около половины участников исследования ежедневно употребляли чай на протяжении года и более. Большинство из них предпочитали зеленый чай или оолонг без молока.

Ученые выяснили, что у тех, кто регулярно пил чай на протяжении 6-10 лет, минеральная плотность кости в исследовании была на 2,3-6,2% выше, чем у лиц, исключившие этот напиток. В то же время при более короткой продолжительности потребления чая заметных преимуществ не отмечалось.

Данные тайваньских ученых подтверждаются в британском исследовании, результаты которого опубликованы в одном из последних номеров American Journal of Clinical Nutrition. В исследовании приняли участие 1134 женщины, регулярно употребляющие чай, а также 122 женщины, исключившие этот напиток из рациона. Полученные данные свидетельствуют о том, что у любительниц чая остеопороз наблюдается реже, чем у тех, кто избегает его потребления.

Ученые связывают такой эффект чая с тем, что некоторые вещества в его составе способны стимулировать формирование костной ткани, а также препятствовать ее чрезмерной резорбции. На сегодня изучены полифенолы зеленого чая, известные как эпигаллокатехин, галлокатехин и галлокатехин галлат. Наибольшей активностью в отношении костной ткани обладает эпигаллокатехин. Таким образом, предполагается, что зеленый чай может способствовать профилактике остеопороза.

Источник: www.bienhealth.com

Влияние экстракта шелковицы черной (Morus nigra L.) на репродуктивную функцию самок крыс линии Вистар

С давних времен шелковица известна своими целебными свойствами (потогонным, антисептическим, отхаркивающим, умеренным желчегонным, мочегонным). Плоды шелковицы содержат до 10% сахаров. Кроме того, в ней обнаружены гликозид тутин, соли фосфорной кислоты, железо и яблочная кислота. В народной медицине Китая, Японии, Тибета, Индии, Вьетнама используют листья, кору, корни, цветки и ягоды шелковицы в лечении различных заболеваний, таких как сахарный диабет, почечная недостаточность, сердечно-сосудистая патология, ожирение и др.

В последнее время препараты на основе шелковицы используют в качестве альтернативы традиционной гормональной заместительной терапии, однако бразильские ученые доказали нецелесообразность подобной практики. Они изучили влияние экстракта шелковицы черной на репродуктивную систему и эмбриональное развитие крыс линии Вистар. Самки крыс получали пероральную терапию водно-спиртовым экстрактом шелковицы черной в дозах 25, 50, 75, 350 и 700 мг/кг в течение 15 дней – от момента спаривания до 14-го дня беременности. На 15-й день беременности животные умерщвлялись; определяли динамику массы почек, печени, селезенки и яичников. Также оценивали количество имплантатов, степень резорбции, количество живых и мертвых плодов. В ходе гистологического анализа определяли высоту эпителия в яичниках и другие параметры, отражающие эстрогенную активность.

Результаты эксперимента показали, что терапия экстрактом шелковицы черной не оказывала существенного влияния на анализируемые показатели. Исходя из данных экспериментальной модели, используемой в исследовании, ученые

сделали вывод, что шелковица черная не обладает эстрогенной активностью, но при этом не оказывает токсического действия на репродуктивную систему самок крыс и эмбриональное развитие их потомства.

Источник: De Queiroz G.T., Santos T.R., Macedo R. et al. Food Chem Toxicol. 2011 Dec 17; 50 (3-4): 816-822. [Epub ahead of print]

Влияние экстракта эврикомы длиннолистной на функциональное состояние сперматозоидов человека: результаты экспериментов in vitro

Эврикома длиннолистная (Eurycoma longifolia) – кустарниковое растение, произрастающее в Азии. В народной медицине средства на основе Eurycoma longifolia используются для лечения различных заболеваний репродуктивной системы, включая мужское бесплодие, однако до сих пор не проводились исследования, подтверждающие безопасность применения этого растения с целью повышения мужской фертильности. Коллективом ученых было проведено исследование, в котором изучали влияние экстракта эврикомы длиннолистной на функцию и морфологию сперматозоидов. В ходе эксперимента был проведен анализ образцов семенной жидкости 40 мужчин. Половину образцов эякулята подвергли воздействию экстракта эврикомы в различных концентрациях (1, 10, 20, 100, 2000 мкг/мл), а затем инкубировали в течение 1 ч при температуре 37 °C. Остальные образцы служили в качестве контроля. Обнаружено, что при повышении концентрации экстракта эврикомы длиннолистной прямо пропорционально увеличивались жизнеспособность и подвижность сперматозоидов, а также скорость акросомальных реакций. Изменение в этих показателях достигало статистической значимости только при использовании экстракта в высоких концентрациях.

Источник: Erasmus N., Solomon M.C., Fortuin K.A. et al. Andrologia. 2012 Feb 15. doi: 10.1111/j.1439-0272.2012.01282.x. [Epub ahead of print]

Для всех ли соя хороша?

Полезные свойства сои остаются предметом дискуссии в научном сообществе. В многочисленных исследованиях показано, что потребление сои в количестве более 10 г/сут может привести к угнетению функции щитовидной железы, а также к остановке роста у детей. Присутствия в ежедневном рационе более 30 г соевых продуктов достаточно, чтобы уже через месяц были заметны снижение уровня гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4) и повышение уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови. Соя содержит ингибиторы ферментов, которые блокируют усвоение организмом многих микроэлементов, расщепление протеинов. Соевые протеины и изофлавоны могут обуславливать нарушения гормонального статуса у беременных и детей. Включение в рацион соевых продуктов, характеризующихся высоким содержанием солей щавелевой кислоты (оксалатов), может усугубить течение мочекаменной болезни. Кроме того, соя может ускорять процесс старения клеток мозга: среди пожилых людей, которые как минимум дважды в неделю потребляли соевый сыр тофу, частота болезни Альцгеймера была в 2,4 раза выше, чем в остальной популяции, сопоставимой по возрасту.

Недавние эпидемиологические исследования, проведенные в г. Гонолулу (США), показали, что соевые фитоэстрогены вызывают сосудистую деменцию. Установлено, что регулярное употребление соевых продуктов в течение года приводит к ускорению инволютивных изменений в тканях мозга, сопоставимому с таковым пятилетнего периода диеты, не содержащей сою. Влияние изофлавонов сои на центральную нервную систему до конца не изучено.

Источник: calorizator.ru, missfit.ru, hnb.com.ua

Экстракт корня цикория в лечении пациентов с остеоартрозом коленного и тазобедренного суставов

Цикорий является ценным лекарственным растением, с давних пор завоевавшим популярность в народной медицине. В Древнем Риме корень цикория использовали для улучшения пищеварения, а в Египте из него готовили противоядие от укусов змей и пауков. Цикорию нашли весьма разнообразное применение благодаря массе полезных лечебных свойств его активных компонентов, к которым относятся инулин, фруктоза, интибин, каротин, витамины группы В, витамин С, макро- и микроэлементы, органические кислоты, дубильные вещества, пектин, белковые вещества, смолы и др. В эксперименте in vitro и на животных было доказано противовоспалительное действие экстракта корня цикория при различных заболеваниях. Обнаружено, что экстракт корня цикория обладает противовоспалительными свойствами и эффективен при артритах различного генеза, его применение способствовало существенно торможению выработки ЦОГ-2, TNF и NF-κB.

Основной целью данного плацебо контролируемого двойного слепого исследования, проводимого по инициативе специалистов отдела ревматических заболеваний Техасского университета (США), было определить безопасность и переносимость экстракта корня цикория у пациентов с остеоартрозом (ОА).

Предположили, что прием цикория может уменьшить выраженность симптомов ОА, при этом реже вызывая побочные эффекты, чем традиционно используемые в лечении данной патологии нестероидных противовоспалительных препаратов.

В исследование включили пациентов старше 50 лет с ОА тазобедренного или коленного сустава. Всех участников разделили на три группы. В течение 1 мес пациенты употребляли

экстракт корня цикория в дозах 600, 1200 или 1800 мг/сут соответственно. Оценка безопасности включала измерение жизненно важных параметров и проведение рутинных лабораторных анализов в начале и в конце периода лечения.

В группе самой высокой дозы экстракта корня цикория завершили курс лечения в соответствии с протоколом 18 человек. Из них у 13 больных имело место уменьшение степени выраженности боли, скованности и тяжести течения ОА как минимум на 20%. Лечение характеризовалось хорошей переносимостью. Побочные эффекты наблюдались только у 1 пациента, который принимал экстракт цикория в дозе 1800 мг/сут; больной досрочно прекратил лечение.

Результаты этого пилотного исследования показывают, что экстракт корня цикория обладает эффективностью в лечении ОА, что требует дальнейшего изучения возможности его применения в этой области медицины.

Источник: Olsen N.J., Branch Y.K., Jonnal G., Seskar M., Cooper M. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Jul 9; 11: 156.

Чеснок вдвое уменьшает риск развития рака легких

Ученые из Государственного центра контроля за болезнями провинции Цзянсу (Китай) установили, что употребление чеснока вдвое уменьшает риск развития рака легких, в том числе у курильщиков.

К такому выводу исследователи пришли после опроса 1,5 тыс. пациентов со злокачественными новообразованиями и 4,5 тыс. здоровых добровольцев. В рамках анкетирования анализировали рацион, режим дня и наличие у участников вредных привычек.

Результаты показали, что у лиц, которые минимум дважды в неделю употребляют чеснок, риск заболеть раком легких почти в 2 раза (на 44%) меньше, чем у остальных. Соответствующий показатель в группе курильщиков снижался на 30%.

Впрочем, пока не известно, сохраняется указанный протекторный эффект чеснока после термической обработки.

Источник: http://livesmi.com/show_business/8329_chesnok_vdvoe_umenshaet_risk_razvitiya_raka_legkih.full.html?fr=b2&2440334

Экстракт семян конского каштана при хронической венозной недостаточности: данные Кокрановского обзора

В ноябре 2012 г. были опубликованы результаты Кокрановского обзора, которые свидетельствуют о том, что экстракт семян конского каштана (ЭСКК) является эффективным и безопасным вариантом краткосрочного лечения хронической венозной недостаточности (ХВН).

В анализ включали рандомизированные контролируемые исследования, опубликованные за период до июня 2012 г., в которых оценивалось действие пероральных препаратов на основе ЭСКК и плацебо или препарата сравнения у пациентов с ХВН. Было показано, что ЭСКК по сравнению с плацебо приводит к значительно меньшему выражению симптомов ХВН. Показано значительное уменьшение выраженности боли в ногах у пациентов, получавших ЭСКК; средняя разница в выраженности боли в ногах (измеряемая по 100 мм визуальной аналоговой шкале) до и после лечения ЭСКК составляет 42,4 мм (95% ДИ 34,9-49,9). Отмечено также уменьшение объема ног в среднем на 32,1 мл при лечении ЭСКК (95% ДИ 13,49-50,72) по сравнению с соответствующим показателем на фоне терапии плацебо. Побочные эффекты при терапии ЭСКК отмечались нечасто. О серьезных нежелательных явлениях, связанных с лечением, с не сообщалось.

Источник: Pittler M.H., Ernst E. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD003230. Doi 10.1002/14651858.CD003230.pub4.

Экстракт виноградных косточек противодействует норовирусной инфекции

Норовирус, РНК-содержащий вирус семейства Caliciviridae, является основной причиной вспышек желудочно-кишечных заболеваний небактериальной природы. Вспышки болезней, вызываемые норовирусом, чаще всего возникают в организованных коллективах. Инфекция распространяется очень быстро от человека к человеку, при этом для передачи инфекции достаточно всего 10-100 вирусных частиц.

Ученые из Гентского университета (Бельгия) провели исследование, которое показало, что в борьбе с норовирусной инфекцией весьма эффективен экстракт косточек винограда. Исследователи использовали суррогатные вирусы, поскольку на сегодня отсутствуют подходящие модели животных норовирусов, при этом норовирус человека невозможно размножить в клеточных культурах. Суррогатный вирус, такой как мышинный норовирус-1, принадлежит к тому же роду, что и норовирус человека, и имеет очень схожую структуру генома и морфологию; к тому же его можно выращивать в клеточных культурах.

В ходе исследования ученые обнаружили, что при лечении экстрактом виноградных косточек в низких дозах оболочки мышинного норовируса-1 деформируются. При более высоких дозах экстракта обнаруживаются признаки разрушения капсидов норовируса. Авторы исследования полагают, что экстракт виноградных косточек воздействует на норовирус путем денатурации капсид внешней оболочки вируса, тем самым убивая его. Вероятно, экстракт виноградных косточек способен разрушать также и норовирус человека.

Источник: Li D., Baert L., Zhang D. et al. Applied and Environmental Microbiology. 2012; 78 (21): 7572 DOI:10.1128/AEM.01987912.



Эффективность флебопротекторов у пациентов с ХВН и трофическими язвами нижних конечностей

Флебопротекторы широко применяются в лечении хронической венозной недостаточности (ХВН). Целесообразность применения данной группы лекарственных средств на ранних стадиях ХВН подтверждена не только многолетним клиническим опытом, но и данными доказательной медицины. Тем не менее в последние годы появляется все больше подтверждений успешного применения флебопротекторов на более поздних стадиях ХВН, в частности у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей.

→ ХВН нижних конечностей — синдром, проявляющийся нарушением оттока крови из венозного отдела сосудистого русла и обуславливающий дисфункцию системы микроциркуляции. В большинстве случаев ХВН формируется на фоне варикозной болезни и посттромбофлебитического синдрома, реже это зависит от врожденных аномалий строения венозной системы. Определенное значение в возникновении ХВН играют следующие факторы: ортостатическая флебопатия (синдром длительных путешествий, синдром «ножек кресла»), системные заболевания соединительной ткани, ожирение, дисгормональные состояния, хронические запоры, опухоли, локализованные в области малого таза.

Клинические проявления ХВН многообразны. Чаще всего на начальных стадиях заболевания больные предъявляют жалобы на чувство тяжести и повышенной усталости в ногах, тупую неиррадирующую распирающую боль и ночные судороги в икроножных мышцах, чувство жара, дискомфорта, появление преходящего отека в нижней трети голени, которые регрессируют при ходьбе и после ночного отдыха. Визуально определяются расширение, а в последующем и варикозная (узловая) трансформация подкожных вен.

По мере прогрессирования ХВН развиваются гиперпигментация кожи и индуративный целлюлит, свидетельствующие о существенных трофических нарушениях в коже и подкожной клетчатке. Первоначально указанные проявления возникают в зоне медиальной лодыжки, однако впоследствии могут принимать циркулярный характер. В дальнейшем даже при незначительной травматизации в центре пигментированной области появляется участок белой атрофии — субстрат для формирования трофической язвы.

Развитию трофических язв при ХВН подвержены около 0,12-1,1% европейской популяции. Данное патологическое состояние ассоциируется со значительными психосоциальными и финансовыми последствиями, такими как депрессия, тревожные расстройства, социальная изоляция, малоподвижный образ жизни и безработица. В связи с этим целью эффективного ведения пациентов с венозными язвами является не только повышение качества их жизни, но и снижение нагрузки на систему здравоохранения и другие социальные ресурсы.

Терапевтические подходы

Одним из наиболее часто используемых при ХВН препаратов является экстракт семян конского каштана (ЭСКК). Действующее вещество препарата (эсцин) обладает ангиопротекторными и противовоспалительными свойствами, улучшает микроциркуляцию и уменьшает проницаемость капилляров, снижает концентрацию лизосомальных ферментов, препятствует распаду гликокаликса в стенках капилляров и повышает тонус венозной стенки. Это приводит к уменьшению выраженности застоя в венозном русле и предотвращает появление отеков. Поскольку **терапевтическая эффективность ЭСКК на ранних стадиях ХВН была подтверждена в клинических исследованиях** (М.Н. Pittler et al., 2012), появились веские основания для изучения его эффективности на более поздних стадиях заболевания.

Так, результаты проспективного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, а также последующего анализа «стоимость-эффективность», проведенных в Австралии, показали, что ЭСКК может быть эффективным в ведении пациентов с венозными язвами (М. Leach et al., 2006). Кроме того, **в исследовании HAVLUT было показано значительное влияние ЭСКК на степень некротических изменений в ране, что позволяет снизить необходимость в проведении перевязок**. Так, 12-недельная терапия ЭСКК способна снизить финансовые затраты на уход за пациентами на 24%.

Многообещающие результаты вышеописанных научных работ поставили перед исследователями новую задачу: определить, у каких именно пациентов ЭСКК будет наиболее эффективен, а также каким образом его влияние может быть реализовано в клинической практике. Для выяснения факторов, которые оказывают влияние на заживление раны при назначении ЭСКК, было проведено сравнительное многоцентровое исследование клинических случаев в рамках испытания HAVLUT. Исследование имело целью:

- выяснить характеристики пациентов с трофическими язвами, которые достигли и не достигли заживления на фоне терапии ЭСКК;
- продемонстрировать типичные паттерны ответа на терапию ЭСКК;
- определить пациентов с трофическими язвами, у которых терапия ЭСКК может быть наиболее эффективной.

В исследовании HAVLUT 27 пациентов с ХВН получали ЭСКК для лечения трофической язвы. ЭСКК назначался в дозе 375 мг, что соответствует

стандартной дозе эсцина 75 мг. У 44% пациентов, получавших ЭСКК, наблюдалось заживление трофических язв после 12 нед терапии. У пациентов, которые достигли заживления, отмечались следующие типичные особенности: продолжительность изъязвления — 20,5 нед, история изъязвления — 42 мес, площадь раневой поверхности — 153 мм², применение психотропных препаратов и отсутствие в анамнезе трансплантации кожи. Типичными проявлениями у пациентов, не достигших заживления, были: продолжительность изъязвления — 51 нед, история изъязвления — 96 мес, площадь раневой поверхности — 430 мм², неиспользование психотропных препаратов, а также наличие трансплантации кожи в анамнезе. Между группами не наблюдалось значительных отличий по таким параметрам, как возраст, пол, курение, употребление алкоголя, лодыжечно-брахиальный индекс, локализация язвы, количество эпизодов изъязвления, артериальное давление, индекс массы тела, окружность лодыжки и голени, количество текущих язв нижних конечностей, глубина и болезненность раны, протокол и частота перевязок, а также приверженность к лечению ЭСКК.

Многофакторный анализ показал, что наиболее достоверными предикторами заживления при назначении ЭСКК были площадь раневой поверхности, длительность изъязвления, применение психоактивных препаратов и трансплантация кожи.

При назначении ЭСКК у пациентов с ХВН и трофическими язвами, меньшие по площади раны заживали быстрее по сравнению с более крупными. Исходная площадь раневой поверхности у не достигших заживления пациентов была почти в 3 раза больше, чем у участников, которые достигли заживления.

Результаты данного исследования позволили определить факторы, влияющие на процесс заживления трофических язв нижних конечностей во время терапии ЭСКК:

- площадь раневой поверхности;
- длительность изъязвления;
- применение психоактивных препаратов;
- трансплантация кожи;

Эти данные позволяют индивидуализировать лечение пациентов с ХВН и улучшить клинические исходы. Проведенное исследование подтверждает тот факт, что **применение ЭСКК может быть наиболее эффективно при ХВН легкой и средней степени тяжести, при меньшей площади раны и более короткой истории изъязвлений, а также**

у пациентов без раневой инфекции (М. J. Leach, 2014).

После выяснения возможностей ЭСКК в лечении более поздних стадий ХВН и трофической язвы перед врачом возникает вопрос, какой именно препарат выбрать. На фармацевтическом рынке Украины ЭСКК представлен препаратом ЭСКУЗАН, который широко применяется в клинической практике на протяжении многих лет. ЭСКУЗАН капли для перорального использования (галеновый препарат) относится к лекарственным средствам, не нуждающимся в излишней рекламе. Однако важно отметить, что ЭСКУЗАН является единственным европейским ЭСКК в форме капель, что обеспечивает высокое качество препарата и максимальную эффективность действующего вещества. Особенностью данной формы выпуска является то, что по сравнению с таблеткам капли начинают всасываться уже в ротовой полости и, соответственно, быстрее попадают в варикозно измененные вены, где и оказывают свой эффект. Кроме того, капли представляют собой жидкую галеновую форму, в которой все активные компоненты усиливают действие друг друга. Поэтому экстракт в форме капель действует эффективнее, чем однокомпонентные препараты (эсцин).

Накопленные научные данные и богатый практический опыт говорят о том, что в ведении пациентов с ХВН препарат ЭСКУЗАН имеет целый ряд преимуществ и достоинств, занимая значимое место в терапии больных с более тяжелыми формами течения заболевания (наличие трофических язв).

Результаты последних исследований эффективности экстракта семян конского каштана открывают новые возможности, казалось бы, уже прекрасно известного препарата. Экстракт конского каштана в очередной раз продемонстрировал свою действенность в лечении пациентов с ХВН — подтвердил эффективность в качестве компонента терапии не только ранних, но и более поздних стадий ХВН. Ускорение заживления трофических язв при ХВН, лучший комплаенс пациентов и уменьшение нагрузки на систему здравоохранения в виде снижения затрат на лечение практически на четверть — наглядное тому подтверждение. Логичным продолжением описанных исследований, конечно же, станет внедрение ЭСКК в комплексное лечение пациентов с трофическими язвами на фоне ХВН. ■

Подготовил Игорь Кравченко

Ескузан
краплі

Краплі для внутрішнього застосування

Вашим ніжкам гарний стан повертає

Ескузан

- Біль і відчуття важкості в ногах
- набряки й судоми в литкових м'язах
- Варикозне розширення вен

esparma Р.П. МОЗ України № ІА/0217/01/01 від 23.09.2013 р. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників. Склад: 100 г розчину містять 4,725 г сухого екстракту з насіння конського каштану, 0,5 г тіаміну гідрохлориду. Лікарська форма: Краплі для перорального застосування. Заявник: Еспарма ГмбХ, Німеччина. Виробник: Фарма Вернігероде ГмбХ, Дорнбергсвег 35, 38855 Вернігероде, Сашен-Анхальт, Німеччина. Фармакотерапевтична група: Капіляростабілізуючі засоби. Показання для застосування: Хронічна венозна недостатність варикозного та посттромботичного генезу або її ускладнення. Захворювання, які пов'язані з функціональними порушеннями кровообігу. Протипоказання: Підвищена чутливість до складових препаратів. Через недостатність досліджень краплі не слід призначати дітям віком до 12 років, а також жінкам під час вагітності і в період лактації. Побічні ефекти: Можуть виникати подразнення слизової шлунково-кишкового тракту: можливе виникнення неприємних відчуттів у епігастральній ділянці, нудота, діарея. Можливі алергічні реакції (почервоніння шкіри, шкірні висипи, відчуття свербіжу). Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Представництво в Україні: 02002, Київ, вул. Р. Огіної, 117, www.esparma.com.ua

Новейшие тенденции в диагностике и терапии заболеваний костно-мышечной системы

5-7 мая в г. Львове состоялся первый международный симпозиум Bone & Joint Diseases and Age («Заболевания костно-мышечной системы и возраст»), в работе которого приняли участие ведущие специалисты из многих европейских стран. Симпозиум организован совместными усилиями Украинской ассоциации остеопороза, Австрийского общества Bone and Mineral Research и Словацкого общества остеопороза и метаболических заболеваний костной ткани при поддержке Европейского общества клинических и экономических аспектов остеопороза и остеоартрита (ESCEO).

От имени ESCEO участников симпозиума открытым письмом приветствовал президент этой организации, профессор Льежского университета (Бельгия) Jean-Yves Reginster. «Эта встреча, организованная национальными ассоциациями трех стран — Украины, Австрии и Словакии, является первым событием, посвященным рассмотрению серьезной проблемы для всех развитых государств — старению и его последствиям для скелета. При общей тенденции старения населения продолжительность жизни в странах Европы увеличилась на 20-25 лет по сравнению с прошлым веком. У таких пациентов развиваются серьезные заболевания, включая остеопороз, остеоартрит, наблюдаются склонность к переломам и саркопении», — подчеркнул он. Профессор J.-Y. Reginster отметил значимость международного общения для выработки общих стратегий в здравоохранении, а также вклад Украинской ассоциации остеопороза и Украинской ассоциации менопаузы, андропузы и заболеваний костно-мышечной системы в решение поставленных задач.

Президент Словацкого общества остеопороза и метаболических заболеваний костной ткани, профессор Juraj Rayer в официальном письме-приветствии поблагодарил своих коллег, пожелал им плодотворной работы, а также выразил уверенность в том, что симпозиум станет традиционным и одна из последующих встреч состоится в столице Словакии.

В церемонии открытия симпозиума приняли участие зарубежные гости, представители Департамента здравоохранения Львовской госадминистрации, Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого. Перед гостями выступили глава правления Украинского врачебного общества в г. Львове, проректор по лечебно-профилактической работе Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, профессор кафедры пропедевтики внутренней медицины №1, доктор медицинских наук Андрей Ярославич Базилевич и главный врач Львовской областной больницы, депутат 4 созывов Львовского областного совета, заслуженный врач Украины Михаил Михайлович Гичка. Они подчеркнули значимость мероприятия для развития медицинской науки и практики в регионе.

Президент Украинской ассоциации остеопороза и Украинской ассоциации менопаузы, андропузы и заболеваний костно-мышечной системы, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев), заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Владимирович Поворознюк поздравил присутствующих с проведением в г. Львове первого научного симпозиума европейского уровня, посвященного данной тематике, а также открытием здесь центра ревматологических заболеваний и остеопороза.

В своей вступительной лекции он представил историю изучения заболеваний опорно-двигательного аппарата в Институте геронтологии и в Украине в целом, вспомнив работы Д.Ф. Чеботарева, В.В. Фролькиса, Е.П. Подрюшняка, Н.Б. Маньковского и А.А. Коржа. Традиции, заложенные этими выдающимися учеными, продолжают



Открытие симпозиума

и сегодня. Профессор В.В. Поворознюк обобщил зарубежный научный опыт, касающийся основных заболеваний опорно-двигательного аппарата (таких как остеопороз, остеоартроз, боль в нижней части спины, саркопении и подагра), а также представил результаты исследований, проведенных украинскими учеными. В настоящее время сотрудники отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата под руководством докладчика проводят изучение важных научных проблем. Это исследования в области диагностики и лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и суставов, эпидемиологии остеопороза и его осложнений, изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у людей разного возраста и при различных заболеваниях, изучение новых методов оценки качества костной ткани (Trabecular Bone Score — показатель TBS), эпидемиологии дефицита и недостаточности витамина D среди детского и взрослого населения Украины, изучение распространенности пре- и саркопении, гиперурикемии и подагры, разрабатываются

референтные базы данных содержащих показатели денситометрии и TBS. Активно изучаются проблемы, связанные с диагностикой и лечением остеоартроза — патологии, занимающей второе место среди основных причин ограничения функциональной активности лиц пожилого возраста.

Актуальность проблемы остеопороза и остеопоротических переломов подтверждают результаты исследования летальности среди пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости. Показано, что 18,5% больных умирают вследствие причин, связанных с переломом, причем почти у 50% из них смерть наступает в течение первых 6 мес, а через 1 год и более с момента перелома умирают ≥35% из этой группы больных.

В последние годы особое внимание уделяется проблеме гиперурикемии (повышенной концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови), распространенность которой увеличилась в Украине и в мире. Это связано с постарением населения, увеличением заболеваемости почек, частым использованием диуретиков, изменениями в питании,

а также с эпидемией ожирения. Всесторонне рассматривается проблема дифференциальной диагностики болевого синдрома при основных дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника и суставов. У пациентов пожилого возраста широко распространены состояния, ассоциирующиеся с болью, в том числе: 40% — боль в нижней части спины, 37% — остеоартроз, 14% — переломы в анамнезе, 9% — судороги в нижних конечностях, 6% — головная боль, 3% — генерализованный болевой синдром, 3% — онкологическая патология. Интересные научные данные получены при изучении качества костной ткани у украинских женщин и мужчин с вертебральными переломами и женщин в постменопаузе, созданы референтные базы данных для мужчин и женщин Украины, а также для мужчин Европы (совместно с испанскими учеными). Большой вклад внесен в изучение дефицита и недостаточности витамина D среди украинского населения. Об этом профессор В.В. Поворознюк рассказал в отдельных выступлениях.

«Мне кажется, совместная австрийско-украинская конференция проходит в г. Львове впервые за сто лет», — выразил свою радость от открытия симпозиума официальный представитель Австрийского общества Bone and Mineral Research руководитель II медицинского отдела (ревматология и гастроэнтерология) Госпиталя Св. Винсента, профессор медицинского факультета Венского университета (Австрия) Heinrich Resch. По его словам, в последнее десятилетие количество больных, страдающих заболеваниями костно-мышечной системы, увеличилось на 25%. Под этими заболеваниями подразумевают патологию суставов (дегенеративные изменения суставов, остеоартрит), остеопороз, боль в нижней части спины, различные травмы скелета. В большинстве случаев они приводят к тяжелым и длительным последствиям (боль, нетрудоспособность), а также ассоциируются с существенными финансовыми потерями и отрицательным влиянием на качество жизни.

Состояние скелета отражает уровень здоровья в целом и связано с гормональным статусом, питанием, образом жизни, генетическими факторами. Около 80% людей во всем мире в течение жизни перенесли как минимум 1 эпизод боли в нижней части спины. По данным за 2011 г., около 75 млн человек в Европе, Японии и США страдают остеопорозом; предполагается, что в ближайшие 50 лет этот показатель удвоится. Во всем мире одна из двух женщин и один из пяти мужчин старше 50 лет имеют риск остеопоротических переломов. Ученые подсчитали, что каждые 3 с в мире происходит новый остеопоротический перелом. Вызванные остеопорозом переломы тел позвонков диагностируются у 20-25% мужчин и женщин старше 50 лет и у 50% — старше 80 лет. Наибольшую опасность представляют остеопоротические переломы шейки бедренной кости, которые ассоциируются с высокой смертностью. Согласно статистическим данным, в 2006 г. в Австрии количество случаев перелома шейки бедренной кости превысило 4 тыс. среди мужчин старше 50 лет и составило почти 16 тыс. среди женщин этой же возрастной группы.

В сфере научных интересов профессора Н. Resch — фундаментальные и клинические исследования метаболизма костной ткани. Исследовательской группой под его руководством достигнуты большие успехи в изучении результатов костной биопсии, изучении качества костной ткани с помощью методики Trabecular Bone Score (TBS). Австрийские ученые доказали, что TBS достоверно отражает микроархитектуру костной ткани у мужчин



В объединении усилий — залог успеха

и женщин, коррелируя с различными ее показателями, такими как толщина трабекул, их количество, плотность межтрабекулярных соединений и т. д. В рамках исследования было проведено более 100 биопсий у мужчин и женщин в постменопаузе, перенесших малотравматичные переломы.

Директор ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Викторович Безруков рассказал о генетических исследованиях в гериатрии, проводящихся в возглавляемом им учреждении. Докладчик напомнил, что генетически опосредованные патологии можно разделить на две большие группы: собственно генетические заболевания, манифестация которых практически полностью связана с наличием генной аномалии, а также заболевания с семейной предрасположенностью, манифестация которых зависит от наличия других факторов риска. При этом одна и та же генетическая аномалия может быть связана с развитием одного или нескольких заболеваний. Изучение этих факторов позволит выделить специфические группы риска, помочь в поиске рациональных методов профилактики и лечения.

По словам докладчика, ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» занимается изучением генетических факторов риска, способствующих развитию ряда заболеваний: болезни Паркинсона, Альцгеймера, эндокринной патологии, заболеваний иммунной системы, сердечно-сосудистой патологии. Интересные результаты получены при изучении генетической предрасположенности к развитию остеопороза, остеоартрита, а также боли в нижней части спины, в частности, относительно связи полиморфизма определенных генов и риска развития заболеваний. Полиморфными называют гены, представленные в популяции несколькими разновидностями (аллелями), что обуславливает разнообразие признаков внутри вида. Значительную долю в генный полиморфизм вносят замены одного нуклеотида на другой и изменение числа повторяющихся фрагментов ДНК.

Академик В.В. Безруков представил результаты исследования, посвященного определению частоты аллелей генов-регуляторов костного метаболизма у пациентов с остеопорозом. Целью этой работы было определение влияния полиморфизма конкретных генов на риск развития этого заболевания. В исследовании приняли участие 240 пациентов с остеопорозом; еще 280 человек составили контрольную группу. В результате установлено, что полиморфизм гена рецептора витамина D – VDR 60890 A/G, состоящий в увеличении частоты G-аллеля, повышает риск развития остеопороза в 3,2 раза, а полиморфизм гена коллагена I типа (увеличение частоты G-аллеля) повышает риск остеопороза в 2,8 раза. Исследования в этой области продолжаются.

Президент Ассоциации профилактики остеопороза в Румынии (ASPOR), доктор медицинских наук Andrea Ildiko Gasparik посвятила выступление вопросам старения и возникновения переломов. Она отметила, что в настоящее время наблюдается повсеместное увеличение продолжительности жизни людей. Это глобальное достижение мирового здравоохранения ставит новые задачи в отдаленной перспективе, связанные с профилактикой и лечением заболеваний, ассоциированных со старением организма, к которым относится и остеопороз. Необходимо повышенное внимание к возрастающему социальному и экономическому влиянию тенденции глобального постарения населения планеты.

Более 200 млн человек во всем мире имеют диагностированный остеопороз. Эксперты прогнозируют, что даже при отсутствии тенденции к повышению частоты переломов шейки бедренной кости, связанных с возрастом, общее количество таких переломов увеличится с 1,7 млн в 1990 г. до 6,3 млн в 2050 г. как следствие увеличения количества пожилых людей на планете. Женщины в большей степени подвержены остеопоротическим переломам, частота которых

увеличивается с возрастом. Профилактика и лечение возрастных заболеваний опорно-двигательного аппарата сегодня приобретают масштаб глобальной острой проблемы мирового здравоохранения, которая нуждается в максимально быстром решении.

A.I. Gasparik акцентировала внимание на экономических потерях, связанных с остеопорозом, которые со временем будут лишь увеличиваться; рассмотрела особенности питания и образа жизни, способствующие профилактике остеопороза, а также рассказала о мерах, которые предпринимаются в Румынии, в частности о деятельности ASPOR. Эта организация занимается информированием населения о проблеме остеопороза, значимости первичной и вторичной профилактики остеопоротических переломов; способствует реабилитации больных, перенесших остеопоротические переломы. Ведь пациенты после выписки из медицинских учреждений нуждаются в дальнейшей поддержке, и роль различных сообществ в этом неопределима.

Президент Portuguese Society of Bone Metabolic Diseases (SPODOM), профессор Ana Paula Barbosa (Португалия) остановилась на проблеме остеопороза у лиц с гиперпаратиреозом. Она отметила, что гиперпаратиреоз, обусловленный избыточной продукцией паратгормона, существенно влияет на состояние костной ткани. Паратгормон воздействует на костный обмен, приводя к уменьшению МПКТ. Известно свойство паратгормона усиливать дифференциацию остеокластов, тем самым повышая скорость костной резорбции. Сегодня гиперпаратиреоз относят к основным факторам риска возникновения остеопоротических переломов и одной из частых причин развития вторичного остеопороза. На вторичный остеопороз приходится 20-30% случаев этого заболевания у женщин в постменопаузе и более 59% случаев среди мужчин. Для пациентов с гиперпаратиреозом характерны развитие гиперкальциемии вследствие увеличения костной резорбции, повышение экскреции кальция с мочой и калом, снижение абсорбции кальция в кишечнике, уменьшение уровня витамина D. Лечение радиоактивным йодом сопряжено с повышением риска переломов, тогда как хирургическое лечение и/или применение антигиперпаратиреотических препаратов позволяют снизить этот риск. В рамках исследования, проведенного в Португалии, изучение МПКТ у пожилых женщин, страдающих гиперпаратиреозом (n=100), показало, что частота остеопороза у них достигает 80,7% (для сравнения: в контрольной группе такого же возраста – 16,1%).

Выступающая подчеркнула, что у данной группы пациентов в первую очередь должно проводиться лечение гиперпаратиреоза и лишь затем может рассматриваться вопрос о терапии остеопороза. Таким больным необходимо назначать препараты кальция и витамина D. Параллельно следует свести к минимуму воздействие других возможных факторов риска развития остеопороза и переломов. В случае развития переломов в последующем показан прием антирезорбентов.

A.P. Barbosa также рассказала о ятрогенном остеопорозе. В развитии остеопороза подтверждена роль ряда лекарственных средств, в частности кортикостероидов,

противоэпилептических, некоторых психотропных препаратов, антикоагулянтов (гепарин, варфарин), фуросемида, тиреоидных гормонов, иммуносупрессантов, некоторых антибиотиков (тетрациклин, рифампицин), многих средств, использующихся в лечении онкологических заболеваний. У пациентов, получающих такие препараты, необходимо оценивать МПКТ и риск переломов, а также пересматривать назначения в случае определения высокого риска. Пациенты с ятрогенным остеопорозом могут получать стандартную терапию остеопороза в соответствии с действующими рекомендациями; им также показано изменение образа жизни, способствующее профилактике переломов.

Кроме того, сегодня доказана связь между потерей мышечной массы и остеопорозом даже при отсутствии специфической терапии, влияющей на снижение МПКТ. И это важно учитывать.

Руководитель Центра научных исследований заболеваний костной ткани Лозаннского университета (Швейцария), член Международного общества клинической денситометрии (ISCD), профессор Didier Hans уделил внимание вопросам изучения качества костной ткани. Он напомнил, что показатель МПКТ не отражает в полной мере состояние костной ткани и риск переломов. Например, известны искажения показателя МПКТ, связанные с наличием остеофитов.

D. Hans рассказал о возможностях оценки качества костной ткани с помощью показателя TBS, который определяется посредством дополнительной программы к денситометру. TBS оценивает микроархитектуру кости и независимо от показателя МПКТ определяет риск переломов. Исследованию этого метода посвящено 11 перекрестных, 7 проспективных исследований и обширный метаанализ. Они показали связь между TBS и риском переломов, сходную предиктивную ценность метода у мужчин и женщин, а также независимость показателя TBS от МПКТ разных отделов скелета.

Изменяется ли показатель TBS при лечении остеопороза? Показано, что МПКТ и TBS отражают разные свойства костной ткани, которые не связаны между собой и не сопоставимы. Увеличение МПКТ при приеме антирезорбентов происходит прежде всего в менее поврежденных участках кости, а значимые изменения структуры трабекул сохраняются. В настоящее время не получено данных относительно уменьшения риска переломов, связанного с изменением значения TBS в процессе лечения. В то же время TBS – важный инструмент в оценке риска переломов. Сегодня существуют убедительные доказательства целесообразности использования TBS в клинической практике, что подтверждено включением этой методики в руководства ESCEO и других авторитетных ассоциаций. Особый вклад в изучение показателя TBS принадлежит профессору В.В. Поворознюку и его коллегам.

Исследовалась целесообразность применения TBS совместно с FRAX – компьютерной системой оценки 10-летнего риска переломов. Метаанализ исследований продемонстрировал их взаимодополняющую роль и рациональность совместного использования: двойная оценка позволяет даже

при отсутствии четких показаний дать ответ, нужно ли лечить конкретного пациента. «Остеопороз – лишь вершина айсберга», – заключил профессор D. Hans, подчеркнув значимость углубленного понимания тонких процессов, происходящих в костной ткани.

В дискуссии профессор В.В. Поворознюк отметил, что, хотя TBS представляет собой независимый метод оценки костной ткани, исследования украинских ученых продемонстрировали достоверную корреляцию между TBS и МПКТ, но только у мужчин пожилого возраста.

Новые технологии открывают новые возможности, но важно оптимизировать уже существующие и широко используемые методы диагностики. В частности, возможности денситометрического исследования существенно превосходят собственно определение МПКТ. Описанию разного программного обеспечения и различных опций денситометрии профессор D. Hans посвятил свое следующее выступление. Например, характеристики строения костной ткани, в частности соотношение объема трабекулярной ткани и кортикального слоя, изменяются с возрастом (в сторону истончения первого) и влияют на прочность кости независимо от показателя МПКТ. Точно так же существенное влияние на риск переломов могут оказывать геометрия кости, особенности распределения трабекулярной ткани, визуализируемые деформации позвонков и т. п. Кроме того, дополнительные опции позволяют определить конституциональные особенности и распределение мышечной и жировой ткани, провести морфометрическое исследование позвонков, что помогает в выборе оптимального лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Медицинский руководитель отдела эндокринологии, диабета и метаболических заболеваний госпиталя Santa Maria Лиссабонского университета (Португалия), профессор Mario Rui Mascarenhas представил результаты применения шкалы TBS при обследовании отдельных групп населения в Португалии. TBS оценивалась одновременно с определением концентрации 25(OH)D, паратгормона, остеокальцина в сыворотке крови у нескольких групп пациентов: мужчин и женщин в постменопаузе; мужчин, страдающих гипогонадизмом; женщин с тяжелым остеопорозом; женщин с ожирением и мужчин с инсулинорезистентностью.

Процесс старения отрицательно влияет на качество костной ткани: была продемонстрирована связь между показателем TBS и возрастом пациента. Полученные в исследовании результаты позволяют предполагать наличие связи между витамином D и качеством костной ткани: у мужчин и женщин в постменопаузе, у которых была выявлена низкая концентрация 25(OH)D в сыворотке крови, отмечены более низкие показатели TBS. Показано, что уровень андрогенов может влиять на показатель TBS: мужчины с недостаточным общим уровнем тестостерона в плазме крови имели достоверно сниженные показатели МПКТ и TBS и, соответственно, меньшую прочность костей.

Продолжение на стр. 38.



Профессор A.P. Barbosa



Профессор D. Hans



Профессор M.R. Mascarenhas

Новейшие тенденции в диагностике и терапии заболеваний костно-мышечной системы

Продолжение. Начало на стр. 36.

Также обнаружено, что у мужчин сниженный уровень остеокальцина в крови сопровождается ухудшением качества костной ткани (уменьшением показателя TBS на уровне L1-L4). Кроме того, показатели TBS в позвоночнике были достоверно снижены у женщин, ранее перенесших остеопоротические переломы. Показатели TBS достоверно уменьшались у женщин с ожирением (средний возраст — 62,8 года), у мужчин с инсулинорезистентностью, а также у мужчин с ранее диагностированным гипогонадизмом. Профессор M.R. Mascarenhas подчеркнул, что оценка TBS позвоночника может быть ценным инструментом для определения прочности костной ткани.

Президент Литовской ассоциации остеопороза, вице-президент Литовского общества геронтологов и гериатров, руководитель Центра геронтологии клиники внутренней медицины, семейной практики и онкологии, доктор медицинских наук, профессор Vidmantas Alekna сообщил о мониторинге терапии остеопороза. Он отметил, что сегодня достигнуты определенные успехи в медикаментозной терапии этого заболевания. Правильный выбор лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента, адекватная продолжительность и мониторинг лечения очень важны для достижения эффекта. Лечение остеопороза должно быть длительным: учитывая, что полный цикл ремоделирования костной ткани занимает 180 дней, терапия не может иметь меньшую длительность. Поскольку лечение остеопороза — не только продолжительный, но и дорогостоящий процесс, большое значение имеет адекватный выбор препаратов для пациентов.

При обследовании пациента необходима комплексная оценка всех факторов риска, поскольку вероятность переломов увеличивается при присоединении каждого нового фактора. Назначение лечения не гарантирует полного отсутствия остеопоротических переломов в будущем — речь идет лишь о снижении риска. Очевидно, что достижение указанной цели чрезвычайно важно, в т. ч. при отсутствии явных симптомов заболевания. Современные системы оценки риска, такие как FRAX и TBS, наглядно демонстрируют пациенту степень существующей опасности и помогают врачу и пациенту достичь комплаентности. Мониторинг МПКТ в процессе лечения позволяет отразить положительную динамику.

Назначение терапии остеопороза должно осуществляться только после определения у пациента уровня 25(OH)D в сыворотке крови. При его дефиците или недостаточности в качестве первого шага рекомендуется прием препаратов витамина D, после нормализации этого показателя могут быть назначены антирезорбенты (совместно с препаратами кальция и витамина D).

Доцент кафедры педиатрии и нарушений развития ребенка Медицинского университета в г. Белосток (Польша) Jerzy Konstantynowicz обсудил подходы к терапии остеопороза у детей и подростков. Хотя проблема остеопороза преимущественно рассматривается в гериатрии, это заболевание встречается и у детей, представляя серьезную проблему с точки зрения терапии и прогноза для пациента. Наличие остеопороза можно предположить у детей, имеющих множественные или повторяющиеся переломы, врожденные генетические нарушения, отрицательно воздействующие на скелет, хронические заболевания, сопряженные с нарушением костного метаболизма, серьезный дефицит питания; у детей с рахитом, остеомалацией и жалобами на неспецифическую мышечно-скелетную боль, а также у лиц, перенесших длительную терапию препаратами, обладающими отрицательным побочным воздействием на костную ткань. Переломы



Академик В.В. Безруков и профессор V. Alekna



Профессор H. Resch и доцент J. Konstantynowicz



Делегация белорусских специалистов

в детском возрасте не могут рассматриваться как нормальное явление. Достоверно доказана клиническая значимость низкоэнергетических, повторяющихся переломов, а также компрессионных переломов тел позвонков, не связанных с травмой.

J. Konstantynowicz подчеркнул, что проблема ювенильного остеопороза усугубляется тем, что из всех зарегистрированных препаратов, воздействующих на костную ткань, разрешены к применению только препараты кальция и витамина D. При выраженном остеопорозе у детей, несовершенном остеогенезе, гиперкальциемии и некоторых других патологиях известна возможность применения бисфосфонатов по неутвержденным показаниям. Первое сообщение об эффективном использовании бисфосфонатов у ребенка датируется 1987 г. Начиная с 1998 г. наибольший опыт в этом отношении накоплен для памидроната. Однако для его применения необходимо получить информированное согласие родителей. По мнению

докладчика, это нельзя считать оптимальным решением, но лучшего пока нет. Всем пациентам необходимо осуществлять мониторинг уровня кальция и витамина D, назначать поддерживающую терапию препаратами, содержащими эти вещества.

J. Konstantynowicz проиллюстрировал выступление впечатляющими клиническими случаями из собственной практики, когда применение бисфосфонатов у детей с несовершенным остеогенезом позволило достичь выраженного положительного эффекта.

Связи дефицита витамина D и артериальной гипертензии коснулась заведующая кафедрой поликлинической терапии Гродненского государственного медицинского университета (Республика Беларусь), кандидат медицинских наук Людмила Валерьевна Янковская. Она отметила, что эффекты витамина D связаны с его ингибирующим воздействием на синтез ренина. Согласно данным литературы, при терапевтическом

приеме витамина D, способствующем нормализации его содержания в организме, снижается активность ренин-ангиотензиновой системы и даже может уменьшаться выраженность гипертрофии миокарда.

Белорусские ученые исследовали эффективность терапии холекальциферолом у пациентов с артериальной гипертензией, у которых была выявлена его недостаточность либо дефицит. Установлено, что прием витамина D в дозе 2000 МЕ в течение 3 мес приводит к компенсации дефицита в 89% случаев, недостаточности — в 81% случаев, и не изменяет концентрацию 25(OH)D в сыворотке крови сверх оптимальных показателей. Терапия в течение 6 мес способствовала достоверному увеличению концентрации 25(OH)D у всех пациентов. Продолжительная терапия витамином D в изученной дозе не приводила к изменению концентраций кальция и фосфора в сыворотке крови.

«Феномен витамина D» — доклад с таким названием представил президент Европейской ассоциации по изучению витамина D (European Vitamin D Association, EVIDAS), начальник отдела биохимии, радиоиммунологии и экспериментальной медицины Детского мемориального института здоровья в г. Варшаве (Польша), профессор Pawel Pludowski. По его словам, поддержание адекватного уровня витамина D является важным условием для сохранения здоровья человека. До недавнего времени витамин D связывали исключительно с нормальным функционированием костной ткани, но современные исследования рассматривают его дефицит как значимый фактор риска развития рака, сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, аутоиммунных заболеваний, некоторых психоневрологических состояний и др.

Имеющиеся сведения о витамине D и его многогранной роли в поддержании здоровья человека и развитии целого ряда заболеваний необходимо популяризировать, привлекать к этой теме внимание мирового здравоохранения, активизировать научные исследования, и это ключевые направления деятельности EVIDAS.

В рамках конференции под председательством профессоров P. Pludowski и В.В. Поворознюка состоялось рабочее совещание, посвященное проблеме дефицита витамина D. На симпозиуме было принято решение о создании Украинской ассоциации по изучению витамина D как подразделения EVIDAS. Кроме того, в рамках симпозиума было анонсировано проведение Международной конференции Vitamin D — Minimum, maximum, optimum, которая состоится под эгидой EVIDAS в г. Варшаве (Польша) в октябре 2015 г.; в авторитетном мероприятии примут участие и украинские ученые.

Напомним, что в 2011 г. появилась новая классификация дефицита витамина D. В связи с этим возникла необходимость пересмотра существующих рекомендаций по лечению дефицита витамина D с учетом новых изменений. В международную экспертную группу для разработки новых методических рекомендаций EVIDAS, отражающих современный взгляд на проблему дефицита и недостаточности витамина D, вошли ученые из разных европейских стран, в том числе профессор В.В. Поворознюк. Сегодня эти рекомендации изданы и доступны в Украине.

В 2014 г. исследования украинских специалистов, посвященные фундаментальным вопросам диагностики и профилактики заболеваний костно-мышечной системы, были высоко оценены европейскими экспертами и отмечены наградой EVIDAS, которая присуждается за выдающийся вклад в расширение научных знаний в этой области. Создание Украинской ассоциации по изучению витамина D и более активное международное сотрудничество — следующий закономерный шаг.

В целом проблеме изучения, профилактики и восполнения дефицита витамина D в рамках симпозиума было уделено повышенное внимание. Об эпидемиологических исследованиях, посвященных определению дефицита витамина D в Украине, а также подходам к преодолению этой проблемы, рассказал профессор В.В. Поворознюк. Дефицит 25(OH)D наблюдается у 81,8% обследованного



Профессора В.В. Поворознюк и P. Pludowski после совещания, посвященного созданию украинской ассоциации по изучению витамина D

взрослого населения Украины. В 2013 г. Украинским научно-медицинским центром проблем остеопороза в сотрудничестве с Национальным университетом пищевых технологий был создан фортифицированный (обогащенный витамином D) хлеб и начались исследования по его применению. Показано, что использование фортифицированного хлеба у женщин в постменопаузе в течение 3 нед способствовало достоверному повышению концентрации 25(OH)D в сыворотке крови и снижению уровня интактного паратгормона. В настоящее время запланирована новая обширная научная тема, посвященная созданию стандартов диагностики, профилактики и лечения дефицита и недостаточности витамина D.

Особенностям лечения дефицита витамина D у пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы посвятила выступление ведущий научный сотрудник отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», доктор медицинских наук Наталия Ивановна Балацкая. Заведующая лабораторией морфологии соединительной ткани ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Нинель Васильевна Дедух проанализировала тонкие биохимические связи между обменом кальция и витамина D и их роль в обеспечении здоровья костной ткани.

Украинская школа представила и другие интересные научные результаты, касающиеся разных аспектов патологии опорно-двигательной системы, оформленные в виде докладов и постерных презентаций. Региональные особенности распространенности остеопоротических переломов осветила главный научный сотрудник отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», президент Ассоциации пациентов «Украина без остеопороза», доктор медицинских наук Наталия Викторовна Григорьева. В масштабном исследовании за период с 2011 по 2015 год были собраны ретроспективные данные среди лиц 10-100 лет и старше. Наибольшая распространенность переломов отмечена в возрастной группе 80-99 лет; выявлены региональные отличия в распространенности остеопоротических переломов. В частности, наименьшая частота отмечена в западных регионах, более высокая — на территориях с промышленным загрязнением и в крупных городах, включая г. Киев.

О проблеме распространенности низкой мышечной массы (пресаркопении) и саркопении сообщила старший научный сотрудник отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», кандидат медицинских наук Наталия Ивановна Дзерович. Выраженная потеря мышечной массы часто развивается у людей старших возрастных групп и коррелирует с остеопорозом, снижением физической активности, низким качеством жизни, увеличением

риска падений и остеопоротических переломов. В связи с этим важны эпидемиологические исследования для определения факторов риска развития саркопении, разработка методов диагностики, профилактики и лечения. Изучение распространенности пресаркопении и саркопении среди украинских женщин 65-89 лет показало, что частота пресаркопении у женщин старшей возрастной группы, не страдающих ожирением (индекс массы тела <30 кг/м²), увеличивается с возрастом и достигает 10%. Достоверно показаны снижение с возрастом потребления белка в рационе пожилых женщин, а также непосредственная связь между низким потреблением белка и саркопенией. Подчеркивается необходимость разработки рекомендаций по питанию, направленных на профилактику саркопении.

Помимо обсуждения фундаментальных вопросов, касающихся заболеваний костно-мышечной системы, в ходе симпозиума было уделено внимание и сугубо практическим аспектам лечения ряда заболеваний. Практикующие врачи Львовской области смогли принять участие в тематических мастер-классах «Подагра: новая и старая эры заболевания» (В.В. Поворознюк), «Боль в спине: диагностика и лечение ноцицептивной и нейропатической боли» (В.В. Поворознюк, У.И. Приймач), «Лечение суставного синдрома» (В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева), «Парентеральная терапия бисфосфонатами при системном остеопорозе» (В.В. Поворознюк). Кроме того, в отдельной лекции обсуждались результаты клинических исследований Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, касающиеся терапии болевого синдрома (В.В. Поворознюк).

Высокий научный уровень симпозиума, интересная и насыщенная программа, удивительная дружеская и творческая атмосфера, царившая среди коллег, произвели неизгладимое впечатление. За пределами зала заседаний ученые много дискутировали, генерировали идеи, обсуждали возможности новых видов сотрудничества, планировали дальнейшие встречи. Отдав должное культурно-развлекательной программе, участники симпозиума смогли по достоинству оценить достопримечательности г. Львова, проникнуться красотой города, который по праву называют душой Украины. В память о проведении здесь первого международного симпозиума Bone & Joint Diseases and Age был издан фотоальбом.

Подводя итоги встречи, профессор Н. Resch отметил: «В странах Европейского союза в медицине существуют большие возможности, что воспринимается нами как должное. Но в Украине, живя в сложных условиях, люди особенно умеют ценить жизнь, это заметно во всех сферах, включая медицину. Мы должны учиться творческому подходу украинских специалистов, которые обеспечивают высокий уровень медицинской помощи и научных исследований в нынешних сложных условиях, обладая ограниченными ресурсами».

Подготовила Катерина Котенко
Фото автора

Центр ревматологических заболеваний и остеопороза в г. Львове: новое оборудование, новые возможности

Знаменательным событием, приуроченным к проведению симпозиума, стало открытие Центра ревматологических заболеваний и остеопороза на базе Коммунальной городской клинической больницы № 4 г. Львова.



Как отметил профессор В.В. Поворознюк, до момента открытия центра в г. Львове отсутствовало современное оборудование для проведения рентгеновской денситометрии. И хотя Украинская ассоциация остеопороза приложила максимальные усилия для открытия здесь современного центра остеопороза, особая заслуга в его создании принадлежит профессору Н. Resch и Австрийскому обществу Bone and Mineral Research, оказавшим содействие в приобретении денситометра. Теперь это совместный австрийско-украинский центр. Открытие такого центра — новый шаг к укреплению международного партнерства в области изучения и лечения заболеваний скелета и значимое событие для г. Львова и области. «Это была давняя мечта, и сегодня она реализовалась. Хочу выразить глубокую благодарность всем, кто помог нам в этом», — подчеркнул профессор В.В. Поворознюк.

Профессор Н. Resch заявил, что для него почетно быть, совместно с профессором В.В. Поворознюком, научным консультантом нового центра, идея создания которого возникла около 10 лет назад. К сожалению, украинские



возможности в диагностике пациентов с остеопорозом пока ограничены: так, сегодня в г. Львове и области на 2 млн населения имеется один денситометр, в то время как в столице Австрии на 1,8 млн жителей приходится 50 денситометров. Профессор Н. Resch отметил, что сотрудничество с профессором В.В. Поворознюком, наполненное творческими идеями, обогащает и стимулирует к новым свершениям. В частности, благодаря этому многие украинские пациенты имеют возможность пройти обследование и проконсультироваться у специалистов в Австрии.

Профессор D. Hans отметил, что переход от абстракций и обсуждений к реальным действиям, достижению поставленных целей — не такое уж частое, но очень важное явление. Профессор В.В. Поворознюк, руководивший созданием центра, сочетает в своей работе глубокое научное видение с активными действиями, что способствует динамическому развитию украинской остеологии. Профессор D. Hans выразил надежду, что Львовский центр остеопороза — звено в будущей сети подобных центров, так необходимых украинским пациентам.

Заведующая Центром ревматологических заболеваний и остеопороза Галина Николаевна Гриценко поздравила всех с таким долгожданным событием.

— Открытие центра остеопороза — праздник для всех нас. Последние 10 лет для определения минеральной плотности костной ткани мы использовали радиогрaммeтpию, которая используется для скрининга. Очень благодарна своему учителю, профессору В.В. Поворознюку, и всем сопричастным за поддержку и помощь. Открытие центра — это новые возможности и лучшие шансы для пациентов.

К своей коллеге присоединился заведующий ревматологическим отделением Львовской областной клинической больницы, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения Львовской ОГА по специальности «Ревматология» Омелян Владимирович Синенький.

— Администрация городского и областного Департамента здравоохранения, Львовский медицинский университет им. Данила Галицкого и руководство больницы с глубоким пониманием отнеслись к актуальности проблемы остеопороза и поддержали инициативу создания центра. Мы долго мечтали об открытии подобного учреждения, и теперь сможем работать на качественно новом уровне. Мы благодарны за помощь и поддержку ведущим украинским и зарубежным ученым.

Как отметили специалисты, в центре остеопороза на базе Львовской городской больницы № 4 будут проводиться рентгеновская денситометрия, ряд других обследований; пациенты смогут проконсультироваться у специалистов, получить рекомендации относительно лечения и профилактики остеопороза и некоторых других заболеваний костно-мышечной системы.



Андрей Петрович Ромоданов: трепетная душа, неповторимые руки, смелый разум

Не забывают, если любят... Этот подтекст долговременной благодарной памяти особенно важен в медицине, применительно к ее демиургам, иными словами, – к ее сотворцам. Конечно же, великая личность в медицинской науке продолжает жить в своих трудах. Но подобные страницы, если и повествуют о первопроходце, то все же несколько отстраненно, в неясном отражении тускнеющего от времени зеркала. Вот почему историк медицины – это страстный путешественник в такие тайны и души. В данном смысле Герой Социалистического Труда, академик АМН СССР, РАМН, НАН и НАМН Украины Андрей Петрович Ромоданов в ретроспективе своего жизненного подвига, но и в лице одного из своих близких учеников и соратников Виталия Ивановича Цымбалюка обрел как раз такого биографа.

Ученый, склонный к перу историка в осмыслении летописи знаменитого Института нейрохирургии им. А.П. Ромоданова, – в отношении академика НАМН Украины В.И. Цымбалюка здесь нет преувеличения: хроника развития института в персоналиях его звезд, а также украинской нейрохирургии в целом воссоздана именно его пером. Однако совершенно особое место в таких его странствиях сквозь время занимает немеркнувший образ Андрея Петровича: в ряде монографий о наставниках и единомышленниках его портрет глазами и размышлениями младшего друга и верного почитателя встает некой объемной гравюрой. Календарь эпохи напоминает – в ноябре наступившего года Андрею Ромоданову исполнилось бы 95 лет. Их мало, сыновей 20-х годов, принявших удары века... Но уже более 2 десятилетий звездный нейрохирург, рыцарь войны и мира, он и с нами и не с нами. Поэтому наш диалог с Виталием Ивановичем в первую очередь – ретроспективное полотно. Однако полотно, всматриваясь вместе в феномены блестящего лидера и реформатора избранной специальности, простирающееся и в нынешние дни.

? Виталий Иванович, получилось так, что герой наших сегодняшних раздумий издавна вызывал и вызывает у нас, скажем так, чувство восхищения, пусть и с разных позиций. Когда-то, в начале 90-х годов, стремясь первоначально увековечить деяниями манускрипт судьбы этого титана долга, мы вместе написали первую научно-публицистическую биографическую книжку об Андрее Петровиче. Но я выступал скорее в роли импровизатора, а кладезь фактов сходилась от Вас. Однако к этим огням Вы все время возвращаетесь, например, в новой Вашей работе «Історія української нейрохірургії в портретах». Что Вами движет на таких вертикалях памяти? Да и вообще, как произошло первое знакомство с учителем?

– Все началось, разумеется, не сразу, но все в ключе каких-то осязаемых знаков, что случайность относится, в сущности, к разряду закономерностей. После окончания в 1970 г. Тернопольского медицинского института я работал невропатологом в с. Большие Межиричи Ровенской области. Пришлось участвовать в нейрохирургической операции по поводу черепно-мозговой травмы у одного из жителей села после драки. В чем-то оценив меня, областной нейрохирург А. Случук решил приобщить меня к своей сфере. Я был направлен в г. Киев на соответствующие курсы. Но когда вернулся, должности для меня не нашлось. А Случук внезапно умер, а его преемник не счел этот шаг необходимым. Вернулся в Межиричи. И вот по сонету профессора Л. Пелеха, выдающего ученого-нейрореабилитолога, родом из Межиричей написал письмо в Институт нейрохирургии с просьбой принять меня в клиническую ординатуру. Прошло некоторое время, и вдруг я получил ответ: «Приезжайте, Вы зачислены». Меня, молодого врача из провинции, принял директор института – Андрей Петрович. Наверное, как-то сразу я вызвал в нем определенное доверие, и он благословил меня на сдачу вступительных экзаменов. Так, с 1971 г. пролегла моя дорога в этих стенах.

? «Пам'яті вчителя» – так озаглавлена иницированная и составленная Вами книга воспоминаний об Андрее Петровиче, устами и пером его друзей, коллег, воспитанников. Она была издана в 2010 г. к 90-летию со дня его рождения. В вашем предисловии подчеркивается: жизнь Андрея Петровича – легенда и подвиг. Не каждому довелось пройти сквозь горнило Великой Отечественной войны, от Москвы до Берлина, вернуться домой невредимым

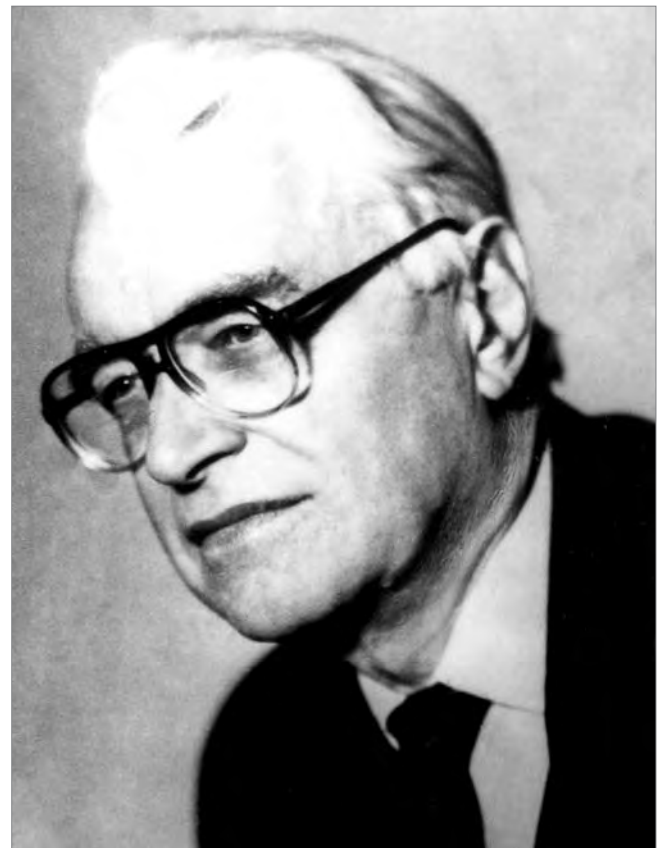
с пятью боевыми орденами. И после этого бестрепетно окунуться в тревожный океан нейрохирургии, фактически построив институт, сегодня символизирующий его как детище нескольких провидцев в неврологии и нейрохирургии. По праву в такой эстафете талантов институт им. А.П. Ромоданова высится как ареопаг мозга. Не преуменьшая значимости фигуры А.И. Арутюнова как первого командарма данной школы, присвоение институту имени продолжателя его начинаний все же абсолютно справедливо. А.П. Ромоданов трудился в этой преображенной им сложнейшей отрасли urgentной клиники 48 лет, из них около 30 лет возглавлял тихую обитель милосердия, став ее путеводной звездой.

– Путеводная звезда... Я рад, что так оценен Вами этот труд применительно к его герою среди многих других 58 книжных изданий.

? Но давайте продолжим. В этой книге среди ряда очерков меня особенно тронули строки воспоминаний Людмилы Ивановны Фоменко, друга и сотоварища Андрея Петровича и по студенческим летам, и по фронту. Увы, и ее с нами уже нет, но свой мемориал во имя друга она успела воссоздать. Тем более уместно обратиться к этим страницам.

– Что же, они воскрешают и впрямь незабываемые времена. А.П. Ромоданов и Л.И. Фоменко познакомились в 1938 г. в приемной директора Киевского медицинского института П.И. Баранника в известном поколении преподавателей и студентов угловым зданием по бульвару Шевченко, 13. Петр Иванович проводил с выпускниками школ, имеющими право на поступление в медицинский институт без экзаменов, индивидуальные собеседования. Так они оказались в одной учебной колыбели, хотя и на разных факультетах. Пишет Людмила Ивановна о своем собрате с удивительной нежностью – и о его всепокоряющей внешности, и манере поведения, и ярких способностях, и смелой помощи, когда эшелонами надо было добираться до Челябинска, нового убежища института, вспоминая о незабываемом пешем походе из Киева в Харьков. Горькая правда начала войны... Потом был 1942-й, битва под Москвой, куда (в действующую армию) Андрей Петрович, отказавшись от зачисления в аспирантуру и брони, направился добровольцем. Встреча в 1943-м в боевых частях уже военными врачами... Всплеск дружбы и единение в 1992 г. по поводу 50-летия военного выпуска в составе 500 молодых докторов, ушедших полвека назад на фронт.

? Строки Людмилы Ивановны с ее незабываемым молодым привлекательным фото настолько искренни и неординарны, что одна только их публикация оправдывает Виталий Иванович, Ваши последовательные усилия по формированию этой книги с включением воспоминаний Г. Яхненко и Е. Гончарука, смотрящих на нас уже с небес, А. Возианова, Л. Лихтермана, А. Булуцкого, В. Семеновы, других друзей и воспитанников корифея науки. Но коснемся отклика на замысел книги устами академика Ю. Зозули. Материя былого с ее плюсами и минусами встает наяву. Некоторые эпизоды обрисованы так, что достойны пера Э.М. Ремарка. «В палате находились 3 девочки 4-5 лет, – пишет Юрий Афанасьевич. Я с тревогой смотрел на них, поскольку у каждой предполагали наличие опухоли задней черепной ямки. Накануне, стоя у приоткрытой двери палаты, я услышал разговор маленьких пациенток, кого из них я больше люблю...» У всех троих была обнаружена медуллярная опухоль, лучевая терапия не помогла. И вскоре после операции и трудного выхаживания я сказал Андрею Петровичу, что работать в детской клинике я больше не смогу. Он с пониманием



отнесся к моей просьбе... Понять и поддержать так коллегу мог только он, так как и сам прошел через лабиринты волнений детской клиники.

– Вы знаете, меня трогает такой стиль сборника, где я ни слова не добавлял и не убавлял, придерживаясь полного уважения к позиции авторов. Это мое кредо. А иначе, зачем писать?

? Погружаясь в эту книгу, с обложки которой А.П. Ромоданов со звездой Героя как бы вновь говорит с нами один на один, с понятным вниманием воспринимаешь и очерк академика И.М. Трахтенберга, соратника Андрея Петровича из Челябинской когорты и близкого друга в последующие годы. Вот снова эскиз жизни: в одном из старых помещений института (а тогда в единственном корпусе) была обнаружена ртуть, видимо, из когда-то разбившихся приборов. Нужна была демеркуризация, которую мог обеспечить лишь Исаак Михайлович как опытный токсиколог. Вроде был частный случай, касающийся хозяйственного персонала. «Но Андрей Петрович настойчиво интересовался у меня деталями этого профилактического гигиенического штурма», – пишет известный ученый. А предшествует очерку замечательный эпиграф из размышлений В. Каверина: «Стрелки часов, бесшумно обогающие циферблат, в равной мере отсчитывают для всех нас полет времени... На его трассе люди встречаются, обмениваясь, как это делают пилоты, покачиваниями крыльев...»

– Хорошее, яркое сравнение, думается, что и эта книга – покачивание крыльями на трассах бытия.

? По Вашей просьбе, Виталий Иванович, для этого издания прислал воспоминания из Чикаго Константин Эзрович Рудяк – переводчик в составе института и в этом смысле некое второе «я» Андрея Петровича в его зарубежных поездках или встречах с иностранными учеными. Обратимся и к данному очерку...

– Чудесный и многозначный переход... Приведем несколько строк из этого послания через океан: «Одинокую женщину, библиотекаря Е.Л. Книпович, Андрей Петрович помог поместить в один из лучших в то время домов для престарелых, побывав для этого лично у министра социального обеспечения. Не все знают, что Американская ассоциация нейрохирургов ведет фильмотеку известных коллег. Этой чести удостоились лишь А. Ромоданов из Украины и А. Коновалов из России. Запись длилась 3 часа. Андрей Петрович отвечал на вопросы профессора Роберта Уайта. Я переводил на английский. Интересна судьба двух фронтовых хирургов – американского Робертсона

и советского Ромоданова. Их встреча состоялась на Эльбе в 1945-м. Оба стали выдающимися нейрохирургами. Андрей Петрович был энциклопедистом. Однажды шла беседа о религии. И тут он вступил в разговор. Говорил о Библии, Пятикнижии, Коране... И у нас всех дух перехватило. Помню, как Андрей Петрович, сдувая пылинки с книги, показал мне Библию своего отца в золотом переплете».

? Действительно, перед нами просто необыкновенное письмо из Чикаго от соратника А.П. Ромоданова. Ведь оно словно новые нежные краски в рисунке его портрете...

— Послание Константина Эзровича и впрямь дорогого стоит. Минуты встречи двух врачей на Эльбе в дни Победы могли бы стать, наверное, сюжетом потрясающего фильма об их дальнейшей судьбе. К счастью, некоторые фрагменты, где Андрей Петрович запечатлен на киноплёнке, мне удалось объединить и смонтировать для документального фильма об институте.

? В нашей с Вами книге «Андрей Петрович Ромоданов. Жизнь и деятельность» есть представленный Вами, Виталий Иванович, уникальный фотоснимок из Ромодановского архива: капитан медицинской службы, фронтовой спаситель с боевыми побратимами на крыше Рейхстага в поверженном в мае 1945-го Берлине... А вот слова от отцовской Библии переносят нас в зловещий 1937-й. Вы об этом лучше других, кажется, знаете?

— Этот горький рубец судьбы Андрей Петрович носил молча в душе. Он родился в Лубнах, зеленом сердце Украины, в семье священника, а потом общественного деятеля и педагога Петра Дмитриевича Ромоданова и его просвещенной супруги Елены Дмитриевны Грековой. Наступили разгул преследования священнослужителей и эпоха безверия. Семья в 1927 г. переезжает в г. Киев, где Петру Дмитриевичу удается устроиться преподавателем. А в 1937 г. его арестовывают, он навсегда исчезает. Только в 1961 г. сыну удается добиться его посмертной реабилитации. Но Библию его он, оказывается, сохранил. И, быть может, это заслуга и Анны Сергеевны Янковской, необыкновенной спутницы Андрея Петровича, собственно и уговорившей его поступать после трагедии в медицинский институт, как бы наиболее нейтральный. В связи с приближающимся материнством она не смогла эвакуироваться из Киева. Сергей Андреевич Ромоданов, мой коллега, член-корреспондент НАМН, родился здесь в 1942 г.

Был мой дорогой учитель человеком с трепетной душой. Страшно переживал после неудачных операций, но особо болезненно реагировал на несправедливость. Вспоминаю, как однажды на заседании партбюро института был зачитан анонимный навет, присланный из райкома партии для обсуждения. В анонимном обращении в райком указывалось, что Андрей Петрович — сын священника, и это бросает тень на учреждение. Затея, впрочем, провалилась... Андрей Петрович все это воспринял и выслушал нерушимо, но лицо его вдруг побледнело... Я тогда еще не знал, что в связи с этим инцидентом (на мой взгляд, позорным со стороны и партбюро, и райкома) у Андрея Петровича возникнет обострение язвенной болезни, которой он страдал с 1942 г. По поводу нее он лечился в госпитале и возвратился на фронт...

? А как проходила его боевая врачебная страда?

— Первая ратная медаль Андрея Петровича «За боевые заслуги» напоминает о необыкновенном, если вдуматься, научно-практическом деянии молодого военного врача в его 22. Так был отмечен его новаторский шаг пополнения крови у тяжелораненых при критической ситуации за счет трансфузии трупной крови, как бы исходя из постулата «Смертью смерть поправ» и исследований С.С. Юдина и В.Н. Шамова. Но вот после героической службы боевым медиком в танковых частях — возвращение в Киев и встреча с А.И. Арутюновым по инициативе Л.И. Медведя, лидера Киевского медицинского института в наиболее трудные месяцы, молодого студенческого отца в челябинские зимы, а сейчас замминистра здравоохранения. С 1946 по 1949 г., получив поддержку великого нейрохирурга А. Арутюнова, А. Ромоданов становится аспирантом Киевского психоневрологического института, где и формировалось совершенно новое нейрохирургическое направление с последующим созданием специализированного института. И уже в 1949 г. следует его защита кандидатской диссертации «Травматические гранулемы инородных тел в головном мозге». Словно отзвук тысяч фронтовых ранений, неизгладимых в памяти недавнего воина-врача. По плану А. Арутюнова в 1950 г. его новый соратник и единомышленник (а в нейрохирургической клинике, и это в чем-то символично, были

сосредоточены в основном врачи с фронтовым опытом) возглавляет оргметодотдел еще в структуре психоневрологического института как штаб новой отрасли. А в 1951 г. ему поручают введение детской нейрохирургической клиники уже в составе нового института. Идут годы, и теперь время выдвигает перед Андреем Петровичем, заместителем А. Арутюнова по науке, и труднейшие хирургические магистрали в сфере нейроонкологии. В 1963 г. он защищает докторскую диссертацию, сама тема которой драматична — «Опухоли головного мозга у детей». В 1965 г. выходит и его монография на эту тему. Но охватываются и другие животрепещущие проблемы: помощь новорожденным с черепно-мозговой травмой во время родов. Монография А.П. Ромоданова и Ю.С. Бродского «Родовая черепно-мозговая травма» (1981) была удостоена премии им. Н.Н. Бурденко. Закономерно, что Андрей Петрович стал инициатором создания сети детских нейрохирургических отделений в областных центрах и крупных городах.

? Но в 1964 г. А. Арутюнов переезжает в Москву, где возглавляет Бурденковский институт, а Андрея Петровича избирают директором НИИ нейрохирургии в Киеве. Протекает совершенно новая полоса в его исканиях...

— Да, это как бы новое вино в новых емкостях... Институт неуклонно расширяется, открываются новые корпуса — клинический и многоотраслевой административно-лабораторный. Строятся и другие здания, еще ждущие развития. Нейроонкология, нейротравматология, сосудистая и спинальная нейрохирургия, а несколько позже — внедрение стереотаксической нейрохирургии. Каждый день — новшество. Так, внедряются методы эндоваскулярного лечения в случаях сосудистых поражений головного мозга. И все эти начинания имеют и подкрепление в лице новой когорты учеников с акцентами на привлечение молодежи к этапным исследованиям: под руководством Андрея Петровича было защищено 30 докторских и 52 кандидатских диссертаций. Тут, наверное, можно сказать словами М. Булгакова: «А вот идет моя рать».

? Создание вместе с Л. Пелехом первых в стране нейро-реабилитационных центров, внимание к проблематике психиригии вопреки скепсису других ученых. Всюду Андрей Петрович выступает кормчим и новатором. И совершенно особый шаг — учреждение кафедры нейрохирургии в Киевском медицинском институте. В чем здесь состоит его харизматическая заслуга? Этот вопрос закономерен и потому, что во главе этой кафедры, Виталий Иванович, теперь его преемник...

— Кафедра на базе Института нейрохирургии была учреждена в 1986 г. Будучи на протяжении 7 лет заведующим кафедрой, А.П. Ромоданов фактически переосмыслил преподавание предмета в медицинских вузах. Был подготовлен цикл атласов и монографий, создан новый учебник по нейрохирургии и впервые в стране учреждено учебно-научно-производственное объединение «Нейрохирургия». Вначале все лекции Андрей Петрович читал сам. Но его занятость была чрезвычайной, и он спустя некоторое время предложил мне избираться вторым профессором кафедры, как бы его функциональным дублером. Эту миссию я и сейчас, заменив Андрея Петровича во главе кафедры, стараюсь нести с честью вместе с коллективом коллег и помощников.

? Ваша докторская диссертация, защищенная в 1976 г., через 9 лет после кандидатской именуется в научном смысле довольно сложно — «Нейрохирургическое лечение спастичности у больных с экстрапирамидными заболеваниями». Какова ее предыстория в контексте нашей беседы?

— Уже кажется упоминалось, А.П. Ромоданов организовал в 1974 г. первую в СССР клинику функциональной стереотаксической нейрохирургии со сверхточными для того периода технологиями. Заведующим клиникой стал О. Лапоногов, в последующем вместе с А. Ромодановым удостоенный звания лауреата Государственной премии Украины за эти разработки. Я и доктор Г. Дидык стали его помощниками, а затем я был направлен в Ленинград к Н.П. Бехтеревой и А.Д. Аничкову, опять-таки, по инициативе А.П. Ромоданова, чтобы освоить производство и внедрение внутримозговых микроэлектродов для лечения болевых синдромов, спастичности, судорожных явлений: так возникло направление функциональной нейрохирургии с последующим созданием клиники поражений и травм периферических нервных стволов, которым я теперь руковожу. Эти навыки и возможности оказались весьма востребованными в наши дни при лечении огнестрельных повреждений периферической нервной системы. Но вновь подчеркну: у начала всех таких перемен стоят талант и предвидение Андрея Петровича.

? Возглавляя кафедру и Институт нейрохирургии, А.П. Ромоданов был и депутатом Верховного Совета СССР в течение 2 созывов. Тут, наверное, впору рассказать, как однажды он решительно защитил Е.Г. Гончарука в сложной ситуации.

— Евгений Игнатьевич, ректор Национального медицинского университета, и Андрей Петрович были весьма дружны, кафедра была организована благодаря их совместному решению. Но наступил развал Советского Союза, был избран новый Верховный Совет Украины. И некоторые его депутаты решили попытаться сместить ректора Киевского медицинского института. Они с мандатами явились на заседание ученого совета тогдашнего медицинского института и стали требовать ухода ректора, вполне отвечавшего своему статусу. Наступило молчание, никто не решился выступить против несправедливости. Это сделал только Андрей Петрович, пристыдив новоявленных «коллег», хотя Верховного Совета СССР уже не существовало. Я думаю, этот добрый и справедливый поступок ему зачтется...

? Андрей Петрович был ведь человеком своей эпохи и ему накануне 1990-х довелось возглавить «Общество трезвости». Что это был за этап в его жизни?

— В принципе, Андрей Петрович не был неким святошей и абсолютным трезвенником, как и большинство людей. К горбачевской идее некоего принудительного воздержания общества отнесся как утопической, пусть замысел был и весьма благородный. Но когда ему пришлось возглавить в республике это общество, к этой общественной должности он отнесся истово. На его 70-летнем юбилее алкоголя не было, тогда как иные «трезвенники» втихомолку в таких случаях употребляли спиртное. Просто Андрей Петрович был человеком вне двойных стандартов.

? Приближалось роковое лето 1993 г., когда Андрей Петрович смертельно заболел. Вы это время были и одним из его близких сотоварищей и заместителем директора института по науке. Вернемся к этим трагическим дням.

— Андрей Петрович как вглядывался в завтрашний день. Он говорил, что в 75 уйдет с официального поста директора. И, между прочим, в начале 1990-х провел конкурс по избранию будущего директора в понятной перспективе завтрашнего дня. Я был одним из участников этого конкурса. И вдруг он заболел, развивалась брюшинная опухоль. Слабость и нарастающая боль — все это казалось несовместимым с энергией Андрея Петровича, его любовью к науке, хирургии, большой неутомимостью, привычкой ходить пешком, радостью видеть фронтовых друзей. Но непоправимое произошло. Теперь Учитель смотрит на нас с памятника на Байковом на центральной алее.

? Кажется, Вы сыграли определенную роль в присвоении институту имени А.П. Ромоданова.

— Да, я был инициатором этого государственного акта. Директором института был назначен академик Ю.А. Зозуля, и мы вместе (я на своем посту его заместителя по науке и руководителя кафедры) много лет плодотворно трудились.

? По сути, эта публикация будет первой к предстоящему 95-летию со дня рождения великого хирурга, воина, ученого, человека, рыцаря без страха и упрека. Но, наверное, было бы справедливо объявить и нынешний 2015 годом Андрея Ромоданова.

— Я надеюсь, что так и будет. Надо спешить воздавать честь достойным.

Мы с Виталием Ивановичем шагаем вместе по тихой Лермонтовской улице, ведущей наиболее короткой дорогой к институту и говорим о былом, настоящем и будущем.

? У Михаила Лермонтова есть такие щемящие строки: «Тогда считать мы стали раны, товарищей считать», но и другие «Что умер честно за царя, что плохи наши лекаря». Думается, эти строфы имеют какое-то отношение и к Андрею Петровичу?

— Конечно, это так! Сколько ран он перевязал и прооперировал не только в дни войны, но и помогая страждущим в мирное время. И еще он очень хотел, чтобы наши врачи были лучше. И сделал для этого, для улучшения качества медицины и нейрохирургии, неизмеримо много. Быть может, как никто иной!

Подготовил Юрий Виленский

XII церемонія нагородження переможців народного рейтингу

«Фаворити Успіху»!

вітаємо переможців!



НАГОРОДЖЕНО ПЕРЕМОЖЦІВ У НАСТУПНИХ НОМІНАЦІЯХ:

Відбулася щорічна подія — XII церемонія нагородження Фаворитів Успіху — лідерів рейтингу народних уподобань!

Найкращі бренди України обирали протягом усього минулого року 3 журі: галузеві *Експерти* — провідні спеціалісти різних напрямків ринку, зіркове журі *Знаменитостей*, а також усі небайдужі *Споживачі*, які вибирали власних Фаворитів, ділилися особистим досвідом, враженнями та рекомендаціями на www.FAVOR.com.ua.

Серед переможців конкурсу, удостоєних премії «Фаворит Року» завдяки високим оцінкам громадськості, звичайно ж, були й торгові марки безрецептурних фармпрепаратів. Варто зазначити, що нагорода «Фаворит Успіху» здобула чималу популярність серед учасників фармринку, про що свідчить велика кількість брендів фармацевтичної галузі, які отримали нагороду на святковій щорічній церемонії.



Як повідомив в інтерв'ю керівник конкурсу **Олексій Кузнецов**, «Фаворити Успіху» — це споживацький конкурс. Тут навіть номінації влаштовані таким чином, щоб бути зрозумілими всім і кожному, навіть неспеціалісту: «препарат від нежитю», «засіб від кашлю» тощо. А фармацевтичні компанії, напевно, як ніхто інший цінують думку і довіру споживачів. Високі оцінки громадськості підкреслюють їх плідну діяльність, а нагорода конкурсу — це найкраща рекомендація для всіх нас, що говорить за себе красномовніше ніж реклама, яка, до речі, в Україні сильно обмежена в можливостях просування лікарських засобів».

Удостоїтися почесної нагороди можливо виключно за фактом отримання першого місця в рейтингу уподобань і рекомендацій, який щорічно вибудовується в декількох сотнях категорій і публікується у відкритий доступ на FAVOR.com.ua. Рейтинги довіри до торгових марок з боку споживачів складаються на підставі опитування, в якому може взяти участь кожен небайдужий. Протягом 2014 року було опитано понад 35 тисяч споживачів і дві сотні експертів-професіоналів різних галузей.

Проте головною подією вечора, звичайно, стало урочисте вручення нагород — золотих медалей «Фаворит Успіху» представникам провідних торгових марок, працюючих на українському ринку. В тому числі представникам фармацевтичних компаній: **Abbott, Sopharma, Teva, Astellas, Польфарма, Мові Хелс, Ядран — Галенська Лабораторія д.д., Мегаком, Дельта Медікал**, та вітчизняних **Амальгама Люкс** і **Сперко Україна**. Повний список переможців, які отримали нагороду, можна побачити на сайті організаторів конкурсу.

Наразі конкурс «Фаворити Успіху» продовжує дослідження громадських уподобань щодо ринку товарів та послуг вже поточного, 2015 року. Підсумки буде підбито по завершенню досліджень наприкінці року. Обирайте та рекомендуйте власних Фаворитів на www.FAVOR.com.ua!

ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ І НАПОЇ

Ковбасно-м'ясна продукція **Алан**
Смажене насіння **SEMKI**
Томатні паста і соус **Помідора**

КОСМЕТИКА

Антицелюлітна косметика . . **GUAM**
Засіб від випадіння волосся **Плацент Формула**
Лінія засобів для догляду за волоссям **Lanier**
Тіні для повік і рум'яна . . **Cinecitta**

ЗАСОБИ ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ

Засіб для інтимної гігієни . . **Lirene**

ПОБУТОВА ХІМІЯ

Засіб для миття посуду **Fairy**

БУДІВНИЦТВО

Фарба **Śnieżka**
Профілі для метало-пластикових вікон **REHAU**
Виробники метало-пластикових вікон **Вікар'Офф**

ЗАКЛАДИ ЗДОРОВ'Я ТА КРАСИ

Медична клініка **Добробут**
Мережа перукарень . . . **Експрес стрижка**

ПОСЛУГИ

Перевізник вантажів **dpd**
Інтернет-каталог компаній, товарів та послуг **all.biz**

ФІНАНСОВІ ПОСЛУГИ

Банк **ПриватБанк**
Інтернет-банкінг . . . **ПУМБ online**
Страхова компанія . . . **ПРО100**

ЖИТТЯ МІСТА

Доставка питної води **Аляска**
Ломбард **Благо**
Служба таксі **Таксі-Шансон**
Магазин подарунків . . . **WOW-SHOP**
Магазин ювелірних виробів . . **КЮЗ**
Мережа магазинів косметики, парфумерії та товарів для дому **Космо**
Торгово-розважальний комплекс **Ocean Plaza**
Тренінгова компанія **Visotsky Consulting**
Програма знижок та бонусів у торговельній мережі . . **Бумеранг** (Велика Кишеня)

ЗАКЛАДИ ХАРЧУВАННЯ

Мережа караоке лаунж кафе **L'Kafa Cafe**
Мережа суши-барів **Евразія**

ШОУ-БІЗНЕС

Дизайнер одягу **Андре Тан**
Дует року **RIZUPS**
Співач **Євген Літвінкович**
Співачка **Аїда Ніколайчук**
Шоу-балет **Foresight**

ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Видання про здоров'я та медицину . . **Здоров'я України**
Видання про маркетинг і рекламу . . **Маркетинг і реклама**
Видання про моду та стиль **Touch magazine**
Видання про продукти харчування **FOOD UA**
Молодіжне видання Канал ділових новин **Перший Діловий**
Радіоканал **Європа Плас**

БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

НЕЙРОВІТАН®
Вітаміни спеціально для нервів

Нейровітан — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Вітаміни для нервів»

ТЕМПАЛГІН®

Темпалгін — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Знеболюючий та протизапальний препарат»

КАРСИЛ®

Карсил — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Препарат для лікування захворювань печінки і жовчовивідних шляхів»

ТАВЕХ®

Табекс — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Препарат для лікування нікотинової залежності»

ТРІБЕСТАН®

Трібестан — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Препарат для покращення репродуктивної функції та лікування розладів ерекції»

ЕРОТЕКС

Еротекс — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Контрацептив місцевої дії»

АКВА МАРІС

Аква Маріс — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Назальна морська вода для гігієни носу та профілактики нежитю»

Barican®

Barican — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Препарат для жіночого інтимного здоров'я»

Дуфалак®
Лактулоза

Дуфалак — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Препарат від запору»

Фосфалюгель®

Фосфалюгель — Абсолютний Фаворит Успіху, номінація «Препарат для лікування виразки та гастриту»

Декатилен™
Гомеопатичний ліки

Декатилен — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Препарат для лікування захворювань горла»

СУЛЬСЕНА®

Сультсена — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Шампунь від лупи»

ІМУДОН®
лізати бактерій

Імудон — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Імуномодулятор із протівірусною дією»

IPC 19®
лізати бактерій

IPC 19 — Фаворит Експертів у номінації «Протизастудний препарат»

Креон®

Креон — Фаворит Експертів у номінації «Препарат, що сприяє кишковому травленню»

ІБУФЕН®

Ібуфен — Фаворит Експертів у номінації «Дитячий знеболюючий та жарознижуючий препарат»

Гінофлор

Гінофлор — Фаворит Експертів у номінації «Препарат для жіночого інтимного здоров'я»

ІБУПРОМ

Ібупром — Фаворит Успішних Людей у номінації «Знеболюючий та протизапальний препарат»

Мовекс®

Мовекс — Фаворит Успішних Людей у номінації «Препарат для лікування захворювань суглобів»

НОКСПРЕЙ

Нокспрей — Фаворит Споживачів у номінації «Препарат від нежитю»

НУТРИЦЕВТИЧНІ ЗАСОБИ ТА БАДИ

Перфектіл

Перфектіл Плюс — Абсолютний Фаворит Успіху в номінації «Засіб для зміцнення волосся, шкіри та нігтів»

ЗАКЛАДИ ЗДОРОВ'Я ТА КРАСИ

ДОБРОБУТ
МЕДИЧНА МЕРЕЖА

Добробут — Фаворит Успішних Людей у номінації «Медична мережа»



Ірина Каракай і Марина Саєнко, «Ядран Галенська Лабораторія» з медалями ТМ **Аква Маріс** і **Barican**



«Здоров'я України» — Абсолютний Фаворит №1 серед видань про здоров'я та медицину



Одразу чотири продукти компанії **Abbott** були визнані експертним журі найкращими у своїх категоріях. На фото — видатна команда компанії **Abbott** з нагородами препаратів **Дуфалак**, **Креон**, **IPC 19** та **Імудон**



Директор Київського ювелірного заводу **Віталій Симчук** отримує нагороду найкращої ювелірної мережі **КЮЗ** від співачки **Аїди Ніколайчук**



Представники компанії «**Мові Хелс ГМБХ**» з нагородою препаратів **Мовекс** — Фаворита Експертів з лікування захворювань суглобів



Співачка **Вірджинія** і телеведучий **Павло Костіцин** вітають з перемогою торговельної марки **АЛАН** Сергія Архангельського, директора Київської філії м'ясопереробної фабрики «**Алан**»



Одразу 4 продукти компанії **Sopharma** визнані №1 у своїх категоріях. Бренд-менеджери з дипломами препаратів **Темпалгін**, **Карсил**, **Табекс** і **Трібестан**



Наталія Роля, представниця «**Польфарма**» отримала медаль ТМ **Ібуфен** — найкращого дитячого знеболюючого і жарознижуючого



Повний список переможців дивіться на favor.com.ua/favorites/



АСПЕКТЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

А.А. Мельник, к.б.н.

Биомаркеры для диагноза и прогноза рака предстательной железы

Продолжение. Начало в № 10.

ПСА в периферической крови каталитически не активен, не образует комплексов с ингибиторами протеаз и другими белками и циркулирует в свободной форме. Его концентрация составляет 10-30% общего ПСА. Как было сказано выше, каталитические процессы происходят в семенной плазме и представлены более низкими концентрациями в злокачественных новообразованиях предстательной железы предположительно из-за нарушения нормальной секреции ПСА в протоки. Следовательно, отношение свободного ПСА к общему ниже у многих пациентов с РПЖ, что и используется при диагностике данного заболевания.

Для раковых клеток предстательной железы характерно образование ПСА, связанного с белками сыворотки крови. В норме значение отношения свободного ПСА к общему превышает 15% (если это соотношение менее указанного значения, имеются показания к проведению биопсии железы). С возрастом отмечается повышение уровня ПСА сыворотки крови, что связано с увеличением объема предстательной железы за счет ее доброкачественного роста — ДГПЖ. Процентное отношение свободного ПСА к общему ПСА улучшает специфичность выявления РПЖ у мужчин с уровнем общего ПСА 4-10 нг/мл и отрицательными результатами биопсии. Соотношение свободного и общего ПСА не имеет клинического значения при уровне общего ПСА в сыворотке >10 нг/мл и при последующем наблюдении пациентов с ранее диагностированным РПЖ. При определении свободного ПСА необходимо учитывать то, что он является нестабильным как при комнатной температуре, так и при +4 °С. К тому же могут различаться условия анализа, а сопутствующая ДГПЖ в случае, если предстательная железа имеет большие размеры, может привести к т. н. эффекту разведения. Объем органа влияет на процентное соотношение. Чем больше предстательная железа, тем выше доля свободного ПСА. Это означает, что чувствительность анализа лучше у пациентов с маленьким объемом органа. Чтобы учесть это влияние, предложено применять пороговые уровни 23 и 14% для пациентов с объемом предстательной железы <40 см³ или >40 см³ соответственно

(чувствительность 90%): этот подход позволил бы компенсировать т. н. эффект разведения, обусловленный большим объемом органа.

Референсные значения отношения «свободный/общий ПСА» — 15-100%. Понижение указанного соотношения коррелирует с повышенным риском РПЖ. Увеличение этого соотношения указывает на низкий риск РПЖ.

У некоторых мужчин при наличии злокачественного процесса в предстательной железе уровень ПСА остается в пределах нормальных цифр, таким образом, рак остается невыявленным. Было предложено использовать некоторые модификации значения ПСА в сыворотке, которые могут повысить специфичность этого показателя для ранней диагностики РПЖ, а именно: плотность ПСА, скорость прироста ПСА, время удвоения ПСА.

Параметры ПСА

Показатель плотности ПСА (PSA Density, PSAD)

Индекс показателя плотности определяют по формуле:

$PSAD = \text{ПСА (нг/мл)} / \text{объем предстательной железы (см}^3\text{)}$

Норма: PSAD не должен превышать 0,15 нг/мл/см³. Значения выше этой величины могут служить основанием для проведения биопсии железы.

Скорость прироста ПСА со временем (PSA velocity, PSA-V)

PSA-V — абсолютная величина уровня ПСА во времени. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) рекомендует проведение биопсии при PSA-V >0,5 нг/мл/год и >0,75 нг/мл/год у мужчин с уровнями ПСА < 4 нг/мл и 4-10 нг/мл соответственно.

Время удвоения ПСА (PSA-DT)

PSA-DT определяется как время, необходимое для удвоения концентрации сывороточного ПСА, и считается полезным в оценке риска смерти от РПЖ перед началом лечения.

Предшественник ПСА [-2]проПСА

Недавно в тканях РПЖ были обнаружены дополнительные формы ПСА — усеченные формы проПСА.

Известно, что ПСА синтезируется цепочками из 17 аминокислот (препроПСА), которые отщепляются, образуя неактивный белок-предшественник (проПСА), состоящий из 244 аминокислот.

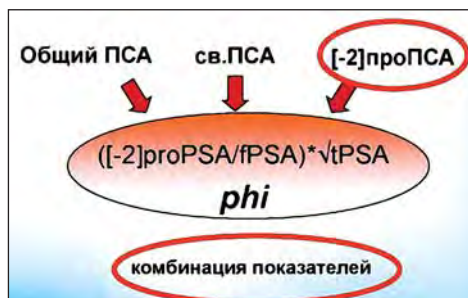


Рис. 8. Индекс здоровья предстательной железы

Отщепление терминальной последовательности из 7 аминокислот от проПСА генерирует активный фермент, который имеет 5 межцепочных дисульфидных мостиков. Это отщепление проПСА в норме происходит между аргинином в позиции 7 и изолейцином в позиции 8.

Остальные изоформы ПСА неактивны из-за внутреннего расщепления (вероятно, протеазой семенной жидкости). Эти расщепленные изоформы ПСА называются ВПСА, так как они определяются в транзиторной зоне простаты и увеличиваются при ДГПЖ. Существенно, что концентрация ВПСА снижается в тканях РПЖ, предположительно из-за уменьшения контакта с протеазой семенной жидкости (рис. 6).

Установлено, что нативная форма проПСА содержит пептид из 7 аминокислотных остатков [-7]проПСА, а также имеются формы с укороченными пептидами. Эти формы состоят преимущественно из проПСА с пептидом из 5 аминокислот [-5]проПСА, 4 аминокислот [-4]проПСА, 2 аминокислот [-2]проПСА. Наибольшее внимание получил [-2]проПСА, поскольку именно эту форму впервые обнаружили в экстрактах из опухолей и она демонстрирует более интенсивное окрашивание иммунохимическими красителями в тканях опухоли предстательной железы по сравнению с доброкачественной тканью. Кроме того, из 5 обнаруженных форм ПСА [-2]проПСА является наиболее стабильной формой in vitro (рис. 7).

Последние исследования у пациентов с подтвержденными при биопсии злокачественными новообразованиями предстательной железы показали, что [-2]проПСА составляет большую часть свободного ПСА (от 25 до 95%) по сравнению с соответствующим показателем у пациентов с неподтвержденным РПЖ.

Эти особенности уже находят применение в клинической практике. Так, недавно был разработан автоматизированный иммунохемилюминесцентный тест

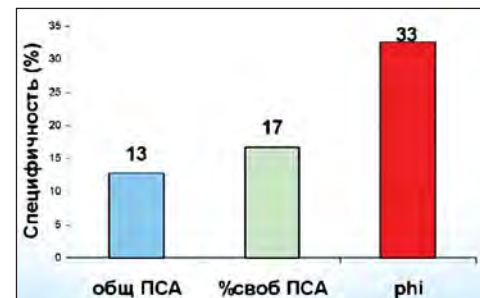


Рис. 9. РНН улучшает специфичность выявления РПЖ

на определение [-2]проПСА в сыворотке крови — Access -2proPSA (компания Beckman Coulter).

Индекс здоровья

предстательной железы

В 2010-2011 гг. появились новые данные о диагностической ценности [-2]проПСА и РНН.

При этом наибольшая диагностическая ценность достигается путем консолидации таких показателей, как общий ПСА, свободный ПСА и [-2]проПСА, в один индекс — РНН (рис. 8).

РНН улучшает выявляемость РПЖ, позволяет повысить специфичность и сократить количество отрицательных биопсий.

Доказано, что применение РНН с использованием результатов определения [-2]проПСА, общего ПСА и свободного ПСА повышает чувствительность и специфичность при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей предстательной железы по сравнению с таковыми для доли свободного ПСА. Так, при 90% чувствительности специфичность с использованием [-2]проПСА составила для РНН 33%, при этом для свободного ПСА и общего ПСА — 17 и 13% соответственно (рис. 9).

Повышение величины РНН ассоциировано с увеличением риска РПЖ. Указанный индекс не зависит от возраста. Использование РНН дополнительно усиливает специфичность лабораторного скрининга ПСА в зоне 2-10 нг/мл и может применяться в целях индивидуальной оценки вероятности РПЖ у пациента в комплексе с данными индивидуального и семейного анамнеза, клинической картиной, возрастом для обсуждения вопроса о необходимости биопсии или при выборе лечения.

Референсные значения РНН:

- 0-21 — низкая вероятность РПЖ;
- 21-40 — средняя вероятность РПЖ;
- >40 — высокая вероятность РПЖ.

В настоящее время исследователи во всем мире работают над более полной характеристикой фенотипов опухолей предстательной железы во всей мужской популяции. Применение многочисленных маркеров в сочетании с клиническими и демографическими данными должно помочь в определении уязвимости определенных популяций в отношении риска РПЖ и в оценке прогнозов для них (табл. 3).

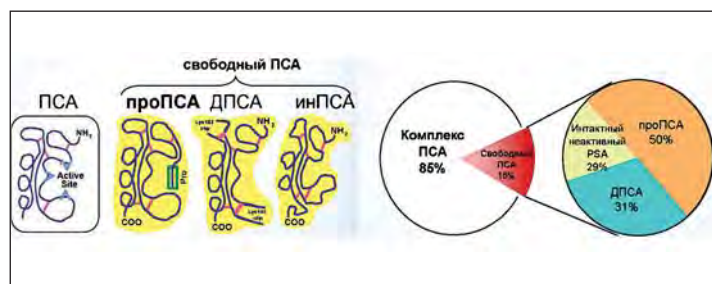


Рис. 6. Изоформы свободного ПСА: проПСА, ДПСА, интактный ПСА



Рис. 7. [-2]проПСА концентрируется в периферической зоне, местах локализации рака и практически не обнаруживается в переходной зоне

Продолжение на стр. 48.

Продолжение. Начало на стр. 47.

Таблица 3. Вероятные биомаркеры РПЖ и их возможное клиническое применение

Вероятный биомаркер	Характеристика	Проверенное клиническое применение
KLK2	Человеческая родственная калликреину пептидаза-2 (KLK2, прежде известная как hK2)	Диагностическое и прогностическое значение относительно экстракапсулярного распространения опухоли, объема опухоли и рецидивов по биохимическим признакам
PSMA	Специфический для предстательной железы мембранный антиген (prostate-specific membrane antigen, PSMA)	Визуализация, терапевтическая мишень. Увеличивается при метастатическом раке, особенно при резистентности к гормонам. Считается, что PSMA в большей степени, чем ПСА, характеризует скрытое клиническое прогрессирование
KLK11	KLK11 в сочетании с PSA и долей fPSA продемонстрировал способность несколько улучшать предсказуемость РПЖ	Ранний сывороточный прогностический маркер РПЖ
PCA3	Антиген рака предстательной железы 3 (PCA3), также известный как DD3, является некодирующей РНК, образующейся исключительно в предстательной железе	Биомаркер РПЖ, определяемый в моче
EPSCA/EPSCA-2	Ранний антиген РПЖ EPSCA	Иммуногистохимическое выявление РПЖ, сывороточный маркер для дифференциации локального и метастатического РПЖ
AMACR	α -Метилацил-КоА-рацемаса	Выявление РПЖ по аутоантителам, иммуногистохимическое выявление, прогностический признак смерти и рецидивов по биохимическим признакам
uPA/uPAR	Активатор плазминогена урокиназного типа (uPA), связывание с рецептором uPAR	Повышенные концентрации в тканях и сыворотке позволяют предположить биохимические рецидивы и метастазы
IGF/IGFBP IGF-1	Инсулиноподобные факторы роста IGF и белки, которые их связывают (IGFBP)	Незначительно повышен в сыворотке при РПЖ, концентрации IGFBP находятся в обратной корреляции с прогрессированием РПЖ
TMPS2: ERG/ETV1	Ген, кодирующий заякоренную в мембране сериновую протеиназу TMPS2, который локализован в локусе 21q22.3	Выявляются повышенные уровни в моче у больных РПЖ и интраэпителиальной неоплазией in situ, сливание генов выявляется в тканях РПЖ методом флуоресцентной гибридизации in situ
TGF β -1	Трансформирующий фактор роста β 1	Усиление иммуногистохимического окрашивания и повышение уровня в сыворотке крови по мере прогрессирования РПЖ и рецидивов по биохимическим признакам
EZY2	EZH2	Экспрессия гена в тканях РПЖ является прогностическим признаком прогрессии
GSTP1	Фермент глутатион-S-трансфераза защищает ДНК от свободнорадикального повреждения	Выявление гиперметилирования промотора этого гена для оценки целесообразности биопсии
PSP94	Секреторный белок 94 (PSP94), также известный как β -микросеминопротеин	Прогностический признак индекса Глисона и рецидивов по биохимическим признакам после локальной операции
CRISP-3	Богатый цистеином секреторный белок 3 (CRISP-3)	Повышенная гистохимическая окрашиваемость ткани предстательной железы у мужчин с сильно трансформированной интраэпителиальной неоплазией, независимый прогностический признак рецидивов РПЖ
Хромогранин А	Потенциальный опухолевый маркер, выделяется секреторными гранулами нейроэндокринных клеток. Продукция этого маркера ассоциируется с плохим прогнозом. Синтезируется нейроэндокринными клетками предстательной железы	Мониторинг больных андрогеннезависимым РПЖ с нейроэндокринной дифференциацией на поздних стадиях
Пептидный фактор высвобождения проагстрина		Мониторинг больных с метастатическим РПЖ, имеющих нейроэндокринные и независимые от андрогенов фенотипы
Е-кадгерин	Е-кадгерин является молекулой клеточной адгезии, продуцируемой эпителиальными клетками	Сниженная иммуногистохимическая экспрессия при РПЖ коррелирует со стадией сниженной выживаемости
Аннексин 3	Аннексин 3 (ANXA3) – кальцийсвязывающий белок	Сниженное образование в тканях РПЖ по результатам иммуногистохимии – прогностический признак риска
PSCA	Антиген РПЖ	Иммуногистохимический маркер, коррелирующий с индексом Глисона и стадией, терапевтическая мишень. Выявляется при метастатическом РПЖ, инвазии семенных пузырьков и капсулы предстательной железы, используется как мишень для моноклональных антител
Гепсин	Гепсин является мембранной сериновой протеазой, впервые идентифицированной в библиотеках кДНК печени	Иммуногистохимическое выявление интраэпителиальной неоплазии и РПЖ в отличие от ДГПЖ
Интерлейкин 6	Интерлейкин 6 является цитокином, который продуцирует клетки многих типов; участвует в иммунном ответе и в реакции острой фазы	Повышенные концентрации в сыворотке на поздних стадиях РПЖ

На данном этапе ни один из перечисленных биомаркеров не используется в клинической практике в качестве основания для назначения пациентам проведения биопсии

предстательной железы с целью исключения диагноза РПЖ.

Список литературы находится в редакции.



Юридичне бюро
Олени Бабич

ЮРИДИЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ



Відносини «лікар—пацієнт» у правовому полі

На запитання читачів відповідає медичний адвокат, керівник Юридичного бюро Олена Бабич

1. Яким чином з 2015 р. здійснюється прийняття працівників на роботу?

З набуттям чинності Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» від 28.12.2014 р. № 77-VIII була дещо змінена процедура прийняття працівників на роботу. Відповідно до ч. 3 ст. 24 Кодексу законів про працю України працівник не може бути допущений до роботи без укладення трудового договору, оформленого наказом чи розпорядженням власника або уповноваженого ним органу, та повідомлення центрального органу виконавчої влади з питань забезпечення формування та реалізації державної політики з адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування про прийняття працівника на роботу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України (КМУ). Згідно зі ст. 21 Кодексу законів про працю України трудовий договір — це угода між працівником і власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом чи фізичною особою, за якою працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, з підпорядкуванням внутрішньому трудовому розпорядку, а власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган чи фізична особа зобов'язується виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором та угодою сторін, проте необхідно зазначити, що форма такого договору законодавчо не визначена, тобто він може бути як в усній, так і в письмовій формі.

2. Яким чином призначається пенсія за вислугу років для медичних працівників? Чи мають вони право після виходу на пенсію працювати лікарем?

Відповідно до ст. 55 Закону України «Про пенсійне забезпечення» від 05.11.1991 р. № 1788-XII право на пенсію за вислугу років мають працівники освіти, охорони здоров'я та соціального забезпечення незалежно від віку за наявності спеціального стажу роботи за переліком, що затверджується у порядку, який визначається КМУ, станом на сьогодні — не менше 25 років. Постановою КМУ від 04.11.1993 р. «Про перелік закладів і установ освіти, охорони здоров'я та соціального захисту і посад, робота на яких дає право на пенсію за вислугу років» визначено перелік медичних установ, лікарі та середній медичний персонал яких мають право на пенсію за вислугу років.

Проте слід пам'ятати, що відповідно до ст. 7 Закону України «Про пенсійне забезпечення» пенсії за вислугу років призначають при залишенні роботи, яка дає право на цю пенсію.

3. За яких умов можливе проведення абортів та чи може лікар відмовити пацієнтці у виконанні цієї процедури?

В Україні штучне переривання вагітності за бажанням пацієнтки можливе лише до 12-го тижня вагітності. Переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, здійснюється в акредитованих закладах охорони здоров'я на підставах, передбачених постановою КМУ від 15.02.2006 р. «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України».

Переривання небажаної вагітності за наявності підстав немедичного характеру

здійснюються за заявою вагітної або її законних представників (для неповнолітньої, недієздатної особи) та згідно з наданими документами, які підтверджують ці обставини.

У разі виявлення у пацієнтки медичних показань, що не зазначені в постанові КМУ від 15.02.2006 р. «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України», але за наявності яких продовження вагітності та пологи становлять загрозу для її здоров'я або життя, операція (процедура) штучного переривання вагітності здійснюється на підставі висновку консилиуму лікарів. У випадку виникнення невідкладних станів (маткової кровотечі тощо) медична допомога надається за місцем звернення пацієнта. За відсутності зазначених вище підстав для переривання вагітності з 12-го тижня така операція буде вважатися незаконною, за виконання якої передбачена кримінальна відповідальність. У такому випадку лікар може відмовити в проведенні абортів. Також лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнтки, якщо остання не виконує медичних призначень або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворої та здоров'ю населення згідно зі ст. 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р.

4. Чи правомірна відмова диспетчера направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги у зв'язку з відсутністю лікарів?

Згідно з постановою КМУ «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» від 21.11.2012 р. диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф направляє до пацієнта бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги невідкладно після отримання звернення, що належить до категорії екстрених.

Проте необхідно зазначити, що до категорії неекстрених належать звернення пацієнтів, стан яких не є невідкладним та супроводжується раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежитом, болем у горлі; головним болем, запамороченням, слабкістю; болем у попереку, суглобах (радикуліт, остеохондроз, артрит, артроз тощо); підвищенням артеріального тиску; больовим синдромом у онкологічних хворих; алкогольним, наркотичним, токсичним абстинентним синдромом і зумовлений загостренням хронічних захворювань у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишківника, хвороби нирок, суглобів тощо.

У такому випадку диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф перенаправляє звернення, що належить до категорії неекстрених, до відповідного закладу охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги у порядку, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України, а за відсутності такої можливості скеровує до пацієнта бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, що не виконує екстрені виклики, протягом 1 год з моменту отримання звернення. Однак диспетчер не має права відмовити у реєстрації виклику у зв'язку з відсутністю лікарів та зобов'язаний направити бригаду швидкої допомоги.

Додає
цінність діагнозу



ЕКСПЕРТ У ЛАБОРАТОРНІЙ
ДІАГНОСТИЦІ

Г.А. Анохіна, д.м.н., професор кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Шлях до здорового серця лежить через печінку?

У ті часи, коли людина багато працювала фізично і її організм вимагав великих об'ємів їжі для забезпечення організму енергією, реакція шлунка на відсутність їжі була необхідною. Фізіологія шлунка не змінилася, а енергетичні витрати зменшились у 2-2,5 рази, тож наразі шлях до серця через шлунок найчастіше веде до переїдання. Надмірне вживання їжі на тлі гіподинамії — основна причина розвитку ожиріння, метаболічного синдрому, цукрового діабету 2 типу, неалкогольної хвороби печінки та інших захворювань, які є факторами ризику серцево-судинних катастроф.

Насправді шлях до серця лежить через печінку, яку називають основною біохімічною лабораторією організму. Печінка виконує важливу метаболічну функцію: вона регулює кількісний та якісний склад харчових речовин, забезпечує підтримання сталості рівнів глюкози, жирних кислот, амінокислот, транспортних форм білку, гормонів, антиоксидантів та інших енергетичних, пластичних, регуляторних компонентів, які в подальшому забезпечують нормальний перебіг обміну речовин в клітинах. Одним із різновидів патологічних змін, який займає центральне

місце в розвитку атеросклерозу, включно з ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда, інсультом, є порушення ліпідного обміну.

? Атеросклероз — хвороба печінки?

Практично всі етапи ліпідного обміну залежать від функціонального стану печінки. Жири, які надходять в організм людини із харчовими продуктами, в просвіті тонкої кишки розщеплюються на складові: тригліцериди (ТГ) — на жирні кислоти та гліцерин під впливом панкреатичного ферменту ліпази, лецитин — на жирні кислоти, гліцерин, фосфор, холін під впливом фосфоліпаз панкреатичного соку; подібний гідроліз стосується всіх без винятку жирів.

У просвіті тонкого кишечника харчовий жир втрачає видову специфічність. Жири, в т. ч. жиророзчинні вітаміни, не розчиняються у воді. Їх гідроліз не можливий без участі жовчних кислот. Останні здійснюють транспорт гідролізованих панкреатичними ферментами ліпідів із харчової крапельки, полегшуючи тим самим доступ до них ліпазам. Жовчні кислоти

також транспортують ліпідні субстанції у водному середовищі кишечника та беруть участь у процесах їх всмоктування. У стінці кишечника відбувається процес ресинтезу видоспецифічного для людини жиру, який у вигляді великих крапель (хіломікронів) надходить через лімфатичну систему у великий лімфатичний проток, а далі — у загальний кровотік. Під впливом ферменту ліпопротеїнілази (ЛПЛ), який синтезується в печінці та фіксується на стінці судин, хіломікрони, а також ліпопротеїни (ЛП) дуже низької щільності (ЛПДНЩ) гідролізуються до ЛП низької щільності (ЛПНЩ).

На мембранах клітин Купфера й ендотелії синусоїдів розташовано безліч різноманітних рецепторів, що забезпечують поглинання і деградацію модифікованих ЛПНЩ. У захопленні й катаболізмі ЛП беруть участь і гепатоцити. На ендотеліюцитах, окрім рецепторів до ЛПНЩ, виявлений рецептор для печінкової ліпази, що синтезується гепатоцитами. Завдяки такій співдружності ЛП спочатку фіксуються до мембрани ендотеліюцита, де під дією ліпази розщеплюються з вивільненням холестерину (ХС) і його ефірів. Таким чином, видалення атерогенних

фракцій ЛП багато в чому залежить від функції печінкової ЛПЛ.

Крім рецепторопосередкованого механізму елімінації ЛП з крові, існує так зване печінкове сито, роль якого виконує ендотелій печінкових синусоїдів. Він відокремлює великі хіломікрони, які утворюються в тонкому кишечнику, від їх залишків, позбавлених ТГ, але збагачених ХС. Від розмірів і кількості отворів у ситі залежить, які ЛП потраплять до простору Діссе, будуть розпізнані рецепторами гепатоцитів і потім перетворені на ЛПВЩ. Ще однією важливою функцією клітин ретикулоендотеліальної системи печінки є здатність до виділення ендотеліюцитами чинників, що регулюють кровотік і згортання крові. При ушкодженні ретикулоендотеліальної системи посилюється експресія чинника Віллебранда, що потенціює агрегацію тромбоцитів і їх адгезію.

У печінці відбуваються окислення жирних кислот, синтез ТГ, ХС ЛПНЩ, ЛПВЩ, ацетил-КоА, транспортних білків. Ендогенний ХС, синтезований з ацетил-КоА, і екзогенний, що надійшов у складі хіломікронів, утворюють у печінці

Продовження на стор. 50.

Що більше підходить Вам?



Doktoram.com

сучасний медичний одяг



Made in USA

Світовий лідер з виробництва одягу для лікарів. 40 років успіху у всьому світі. Віднедавна — в Україні.



cherokee



Made in Ukraine

Пошито з інноваційних матеріалів за модними та зручними фасонами на сучасному устаткуванні.



Doktoram



Одеса, вул. Середньофонтанська, 19г, ТЦ «Кристал», тел.: (068) 337-87-32

Київ, вул. Басейна, 4-10, ТЦ «Бессарабський квартал», тел.: (044) 209-49-86

Інтернет-магазин — **www.doktoram.com**
тел.: (098) 106-03-03

Місце, де можна придбати
найкращий медичний одяг
американського
та українського брендів

Переваги для лікарів

- ✚ Дихаючі тканини
- ✚ Великий вибір фасонів
- ✚ Широка палітра кольорів
- ✚ Регулярне оновлення колекцій
- ✚ До 200 прань
- ✚ Якість і комфорт для лікарів
- ✚ Доставка по всій Україні
- ✚ Зручна та безпечна покупка



Додає
цінність діагнозу



ЕКСПЕРТ У ЛАБОРАТОРНІЙ
ДІАГНОСТИЦІ

Г.А. Анохіна, д.м.н., професор кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Шлях до здорового серця лежить через печінку?

Продовження. Початок на стор. 49.

загальний фонд ХС. Обмін ХС надзвичайно складний: лише для його синтезу необхідно здійснити близько 100 послідовних реакцій. Усього в обміні ХС беруть участь понад 300 різних білків.

Печінка також синтезує важливий для холестеринового обміну фермент — лецитинхолестеринацилтрансферазу (ЛХАТ), яка — у крові каталізує трансетерифікацію ХС жирною кислотою та утворення ефірів ХС. Етерифікований ХС транспортується в печінку і піддається там катаболізму. ХС ЛПДНЩ і ЛПНЩ теж може служити субстратом для ЛХАТ. Таким чином, ЛХАТ бере участь у катаболізмі частинок, збагачених ТГ, шляхом видалення вільного ХС і лецитину з їх поверхневого шару.

У гепатоцитах ТГ і ХС в печінці «запаковуються» в ЛПДНЩ. До їх складу входять апопротейн В-100 і фосфоліпіди. ЛПДНЩ у плазмі перетворюються на ЛП проміжної щільності (ЛППЩ), які трансформуються в ЛПНЩ. Підвищена концентрація ЛППЩ в крові, зумовлена дефектами печінкової ЛПЛ, проявляється гіперхолестеринемією і гіпертригліцеридемією та прогресуючим атеросклерозом. Підвищення в крові ЛПНЩ, що складаються в основному з ефірів ХС, пов'язане з розвитком атеросклерозу в коронарних артеріях. У печінці синтезується ЛП (а) — атерогенна частинка у складі молекули апопротейну А, ковалентно зв'язаного з молекулою апопротейну В-100. Підвищення концентрації ЛП (а) в крові людини має пряму залежність з тяжкістю атеросклерозу в коронарних, каротидних і периферичних артеріях. ЛП (а) вважається незалежним біохімічним маркером розвитку атеросклерозу.

ЛПВЩ здійснюють зворотний транспорт ХС із судинної стінки і макрофагів у печінку, звідки він виводиться з організму в складі жовчних кислот. Апопротейни А-1 і А-2 є основними білками ЛПВЩ, за допомогою яких вони зв'язуються з рецепторами печінки.

Метаболізм ЛП є динамічним процесом, що включає пересування як ліпідів, так і апопротейнів між класами ЛП, а також реакції, які каталізуються ферментами, що синтезуються в печінці. Це дозволяє нам зробити висновок, що атеросклероз виникає в печінці, а реалізується в судинній стінці. Підтримка нормального функціонального стану печінки є основою профілактики коронарного атеросклерозу та його ускладнення — інфаркту міокарда. Тому відому приказку можна перефразувати: шлях до серця лежить через печінку; про це свідчать спостереження за хворими на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Гіперхолестеринемія є наслідком надмірного вживання їжі, що багаті на ХС, чи печінкових порушень?

При харчуванні продуктами, що містять мало ХС, посилюється його синтез у печінці. Між клітинами і кров'ю існує постійний механізм обміну ХС. У печінці частина ХС перетворюється на жовчні кислоти. ХС з кишечника всмоктується не повністю і частково виводиться з кишковим вмістом. Зазвичай сумарна кількість ХС, що надходить з їжею, і синтезованого ХС дорівнює сумарній кількості виведених ХС і жовчних кислот. Виведення ХС і жовчних кислот — головний спосіб, у який організм може позбавлятися від надлишку ХС. Якщо печінка хвора і екскреція жовчі зменшується, то концентрація ХС у крові і тканинах збільшується. При цьому різко підвищується ймовірність виникнення атеросклерозу.

Цироз чи інфаркт міокарда — що більше загрожує пацієнтам із НАЖХП?

НАЖХП наразі є найбільш частою хворобою печінки. Протягом останніх двох десятиліть на тлі постійного зниження чи тенденції до зниження рівня інших хронічних захворювань печінки поширеність НАЖХП подвоїлася. Збільшення частоти НАЖХП асоціюється з ростом розповсюдження ожиріння, метаболічного синдрому, цукрового діабету. У певної кількості хворих хронічні гепатити, особливо алкогольний, завершуються розвитком цирозу. У хворих на НАЖХП еволюція захворювання інша, підтвердженням цього є пацієнти з НАЖХП на тлі цукрового діабету, у структурі причин летальності яких переважають судинні ускладнення, а не цироз. Для НАЖХП на відміну від інших уражень печінки характерні відсутність клінічних проявів захворювання та низька активність запального процесу. НАЖХП найчастіше виявляють випадково під час обстеження пацієнтів з приводу іншої патології.

Дані систематичних оглядів, метааналізів і проспективних досліджень вказують, що в пацієнтів з НАЖХП показники загальної смертності, в тому числі внаслідок серцево-судинних захворювань, вищі, ніж у загальній популяції. За В. Івашкіним, О. Драпкіною, НАЖХП у РФ діагностується у 27% пацієнтів, які звернулися до лікарів загальної практики, при цьому більшість таких хворих помирають від інсультів та інфарктів. У пацієнтів після ревааскуляризаційних втручань виявлено високу частоту НАЖХП. У дослідженнях показано, що НАЖХП є також чинником ризику дестабілізації атеросклерозу. Встановлено, що пацієнти з НАЖХП навіть без метаболічного синдрому мають високий ризик атеротромбозу. Експертами Національного інституту здоров'я США НАЖХП визнана одним з головних факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Атеросклероз слід розглядати як хворобу печінки, оскільки зміни всіх етапів ліпідного обміну та виведення ХС з організму

починаються на рівні клітин печінки. Порушення функціонального стану цього органу завжди має місце при дисліпідеміях навіть при нормальній активності трансаміназ, підвищення рівня яких у крові є свідченням ураження печінки. Для діагностики стану печінки необхідний комплексний підхід з урахуванням параметрів, які характеризують стан не тільки гепатоцита, а й сполучної тканини, вираженість жирової інфільтрації.

Як своєчасно виявити, що печінка не виконує свої функції?

Вузька спеціалізація медицини призвела до того, що кардіологи в лікуванні зосереджені на стані серцево-судинної системи та на боротьбі з високим рівнем ХС, підвищеним артеріальним тиском; ендокринологи фокусуються на нормалізації вмісту глюкози крові, невропатологи — на покращенні мозкового кровотоку. На печінку зазначені фахівці звертають увагу тільки у випадках підвищення в крові концентрацій білірубину, трансаміназ, лужної фосфатази. У більшості випадків у хворих на НАЖХП ці показники будуть незначно змінені або знаходитись у межах норми, проте це не означає, що перебіг метаболічних процесів в органі відбувається належним чином. Будь-яка дисліпідемія, навіть в осіб з нормальною та зниженою масою тіла, викликана порушеннями функціонального стану печінки. Здорова печінка буде підтримувати оптимальний рівень ліпідів у крові за будь-яких умов.

Для виявлення змін з боку печінки у хворих на НАЖХП необхідний комплексний підхід. Таким є НешТест (NashTest), який, крім показників рівня гамма-глутамінтрансферази, аланін- та аспартатамінотрансферази (АЛТ, АСТ) і білірубину, включає такі параметри, як вік, стать, зріст, вага, вміст у крові ХС, ТГ, макроглобуліну, апопротейну А-1, гаптоглобіну. Синтез α_2 -макроглобуліну здійснюється гепатоцитами, лімфоцитами, моноцитами і макрофагами. Він бере участь у регулюванні згортання крові, виявляє антикоагулянтну активність, оскільки здатний інактивувати тромбін і блокує перехід фактора XII в XIIa, а також плазміногену в плазмін. При цьому α_2 -макроглобулін є інгібітором ендопептидаз, як білок гострої фази він захищає ендотелій судин від дії протеаз.

Апопротейн А-1 є непрямим маркером фіброзу, ступінь зниження його вмісту в сироватці крові вказує на підвищення стадії фіброзу. Гаптоглобін синтезується в печінці і відноситься до білків гострої фази. Зниження рівня гаптоглобіну в крові свідчить про тяжкість запального процесу в печінці.

Уніфікований підхід до комплексної діагностики стану печінки передбачає проведення ФіброТесту (його складові — АктіТест (ActiTest), що визначає ступінь

запальних змін в печінці, та ФіброТест, який дозволяє оцінити ступінь фіброзу та рівень АЛТ). У пацієнтів з метаболічним синдромом та цукровим діабетом доцільним є проведення ФіброМаксу, до складу якого, крім АктіТесту та ФіброТесту, входить також НешТест, СтеатоТест і АшТест; це дозволяє оцінити неалкогольний чи алкогольний стеатоз/стеатогепатит. Ці неінвазивні методи діагностики фіброзу печінки широко використовуються в лікарській практиці, що пов'язано з простотою їх виконання, інформативністю та достовірністю.

При токсичних ураженнях та/або при жировій хворобі печінки найбільш доцільним є використання ФіброМаксу, який дозволяє оцінити одночасно наявність та ступінь запального процесу, фіброзу та стеатозу чи стеатогепатиту в печінці. Алгоритм розрахунку був розроблений у Франції та підтверджений більш ніж у 40 незалежних міжнародних дослідженнях за участю великої кількості пацієнтів. Метод схвалений системами охорони здоров'я Франції, США, Канади, Великої Британії та інших країн.

Доведена ефективність застосування ФіброМаксу як альтернативи біопсії печінки у багатьох клінічних ситуаціях. Тест дозволяє здійснити комплексну оцінку змін печінки, має високу чутливість і специфічність відносно фіброзу і стеатозу, викликаних вірусними та/або токсичними факторами, а також іншими захворюваннями та станами, що супроводжуються ураженням тканини печінки (цукровим діабетом, гіперліпідемією, надлишковою масою тіла тощо).

Кому, крім хворих на гепатит і цироз, слід рекомендувати проведення цих тестів?

Пацієнтам із метаболічним синдромом, цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, гіпотиреозом, дисліпідеміями, а також після хірургічних втручань з приводу ішемічної хвороби серця, особам, у яких при ультразвуковому дослідженні виявлені ознаки жирової інфільтрації печінки.

Для чого необхідно так старанно вивчати стан печінки у пацієнтів із метаболічним синдромом, які не мають ознак ураження цього органу?

Річ у тім, що порушення функціонального стану печінки протягом тривалого часу має безсимптомний перебіг. Печінка відноситься до органів із найбільшою кількістю різноманітних функцій (до 500), тому нормальні значення найбільш популярних біохімічних показників не означають, що інші теж знаходяться у нормі. Рання діагностика порушень функціонального стану печінки важлива для більш ефективного вибору стратегії лікування. Наприклад, при змінах показників холестеринорної функції печінки доцільно призначати препарати жовчних кислот, при стеатозі — засоби з ліпотропною дією, при порушеннях кровотоку — медикаменти, які покращують мікроциркуляцію.

Список літератури знаходиться в редакції.

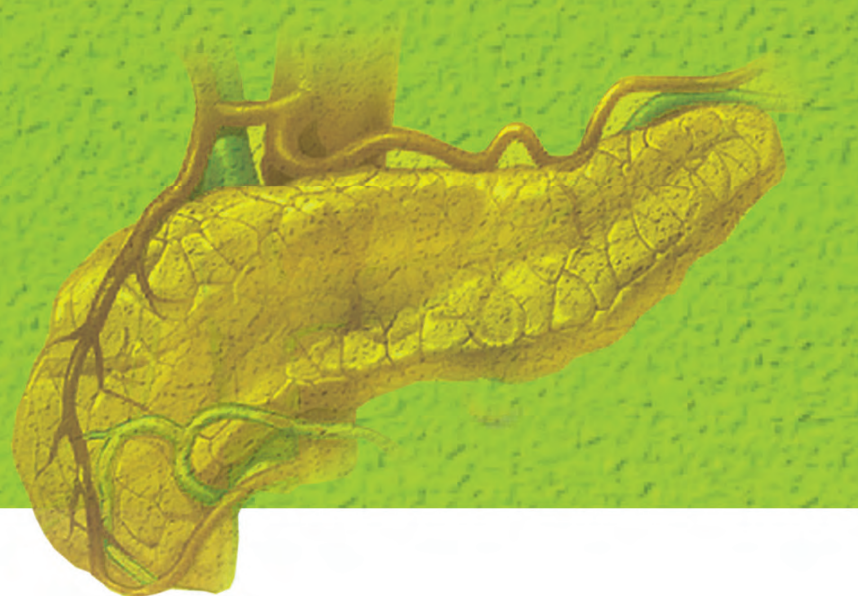
медична лабораторія

 facebook.com/SynevoLab

Пангрол® 10000

Пангрол® 25000

Порошок з підшлункових залоз свиней



«Ефективний ферментний препарат, який відповідає сучасним вимогам»¹



Сучасний поліферментний препарат¹



Високий вміст панкреатичних ферментів в оптимальному співвідношенні¹



Містить свинячий панкреатин²



Без жовчі²

UA_Pangrol-04-2015_V1_Print. Затверджено до друку 20.04.2015.



Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників

Інструкція для медичного застосування препарату (скорочена) ПАНГРОЛ® 10000/ПАНГРОЛ® 25000

Склад лікарського засобу:

діюча речовина:

Пангрол® 10000 має ліполітичну активність 10000 ОД Є.Ф., амілолітичну активність 9000 ОД Є.Ф., протеолітичну активність 500 ОД Є.Ф.;

Пангрол® 25000 має ліполітичну активність 25000 ОД Є.Ф., амілолітичну активність 22500 ОД Є.Ф., протеолітичну активність 1250 ОД Є.Ф.

Лікарська форма. Капсули тверді з кишковорозчинними міні-таблетками.

Показання для застосування.

Недостатність екзокринної функції підшлункової залози у дорослих і дітей, яку спричиняють різні захворювання, у тому числі нижченаведені: хронічний панкреатит; муковісцидоз; панкреатектомія; гастроектомія; рак підшлункової залози; операції з накладанням шлунково-кишкового анастомозу (наприклад гастроентеро-стомія за Більротом II); обструкція панкреатичної або загальної жовчної протоки (наприклад пухлиною); синдром Швахмана-Даймонда; гострий панкреатит з моменту переведення хворого на ентеральне харчування та інші захворювання, що супроводжуються екзокринною недостатністю підшлункової залози.

Протипоказання. Підвищена чутливість до панкреатину, виробленого з підшлункових залоз свиней, або до інших компонентів препарату. Відома гіперчутливість до м'яса свиней.

Спосіб застосування та дози (скорочена, дивись повну інструкцію з медичного застосування).

Дозування препарату визначається індивідуально для кожного пацієнта залежно від ступеня порушення травлення та складу їжі. Для індивідуального підбору дози існує два види дозування препарату – Пангрол® 10000 та Пангрол® 25000.

Рекомендована початкова доза становить 10000-25000 ОД Є. Ф. на прийом їжі, для чого застосовують 1-2 капсули препарату Пангрол® 10000 (10000-20000 ОД Є.Ф. ліпази) або 1 капсулу препарату Пангрол® 25000 (25000 ОД Є.Ф. ліпази).

Побічні ефекти. Розлади травного тракту. Часто: метеоризм, блювання, запор.

Повний перелік побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату від 20.11.14 № 873

Р.П. № UA/6763/01/01 Пангрол® 10000, № UA/6763/01/02 від 20.11.14 № 873 Пангрол® 25000.

Виробник: БЕРЛІН-ХЕМІ АГ. Глінікер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина

Категорія відпуску. Без рецепта

За детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування препарату від 20.11.14 № 873 Р.П. № UA/6763/01/01 Пангрол® 10000, № UA/6763/01/02 від 20.11.14 № 873 Пангрол® 25000.

Представництво виробника в Україні – «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ»

Адреса: м.Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-3388, факс: (044) 494-3389

1. Адаптовано з Ткач С.М. Современные стратегии ведения больных с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. // Здоровье Украины. Вересень 2013. 32-34

2. Інструкція для медичного застосування препарату Пангрол® 10000/Пангрол® 25000



BERLIN-CHEMIE
MENARINI