



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

№ 2 (375) січень 2016 р.

33 000 примірників*

Академик НАМН України
Владимир Коваленко



Сохранение здоровья нации
в период реформирования системы
здравоохранения – важнейшая
задача медицинской науки

Читайте на сторінці 10

Член-корреспондент НАМН Украины
Николай Аряев



Биоэтические аспекты
стандартизации оказания
медицинской помощи
новорожденным

Читайте на сторінці 24

Доктор медицинских наук, профессор
Василь Новак



ДУ «Інститут патології крові
та трансфузійної медицини
НАМН України»

Читайте на сторінці 26

Біль повертається? Розірви замкнене коло!



ГАБАНА[®]

- Перша лінія терапії нейропатичного болю¹
- Висока якість, обумовлена стандартом виробництва GMP²
- Підбір ефективної схеми лікування³

МНН: pregabalin

Склад:

діюча речовина: прегабалін;

1 капсула містить 75 мг або 150 мг прегабаліну; допоміжні речовини: лактоза, моногідрат, крохмаль прежелатинізований, тальк. Оболонка капсули: желатин, титану діоксид (Е 171) – для дозування 75 мг; желатин, титану діоксид (Е 171), еритрозин (Е 127), патентований синій (Е131), діамантовий чорний (Е151) – для дозування 150 мг; Фармакотерапевтична група. Протиепілептичні засоби. Код АТХ N03A X16.

Показання. Невропатичний біль. Препарат Габана[®] призначають для лікування невропатичного болю у дорослих при ушкодженні периферичної та центральної нервової системи.

Епілепсія. Препарат Габана[®] призначають як додаткову терапію парціальних судомних нападів із вторинною генералізацією або без такої у дорослих. **Генералізований тривожний розлад.** Препарат Габана[®] призначають для лікування генералізованого тривожного розладу у дорослих. **Фіброміалгія.**

Протипоказання.

Підвищена чутливість до діючої речовини або будь-яких допоміжних речовин.

Побічні реакції.

Найчастішими побічними реакціями були запаморочення та сонливість. Побічні реакції зазвичай були легкими або помірними. Інші:

З боку обміну речовин, метаболізму: підвищений апетит.

З боку психіки: ейфоричний настрій, сплутаність свідомості, дратівливість, зниження лібіді, дезорієнтація, безсоння.

З боку нервової системи: запаморочення, сонливість, атаксія, порушення координації, тремор, дизартрія, погіршення пам'яті, порушення уваги, парестезії, седативний ефект, порушення рівноваги, в'ялість, головний біль.

З боку органів зору: Нечіткість зору, диплопія, кон'юнктивіт.

З боку органів слуху та вестибулярного апарату: вертиго.

З боку травної системи: блювання, сухість у роті, запор, метеоризм, гастроентерит. **Загальні розлади:** порушення ходи, відчуття сп'яніння, підвищена втомлюваність, периферичні набряки, набряки.

Виробник: ПАТ «Київмедпрепарат». Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139.

ГАБАНА[®], капсули по 75 мг, Р.Л.:UA/14764/01/01 від 29.12.2015 до 29.12.2020
ГАБАНА[®], капсули по 150 мг, Р.Л.:UA/14764/01/02 від 29.12.2015 до 29.12.2020

Інформацію наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Габана[®], капсули по 75 мг та 150 мг. Інформація виключно для медичних і фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» і ПАТ «Галичфарм».

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.artერიум.ua

Ближче до людей



Виграй час – збережи життя!

ТОРВАКАРД®

АТОРВАСТАТИН



Значно знижує ризик
інфарктів та інсультів у пацієнтів
з ІХС та АГ високого ризику^{1,2}

Торвакард® рівнозначний
оригінальному аторвастатину
за ліпідкоригуючими
та ендотелійпротективними
властивостями³

Профіль безпеки
та переносимості
Торвакард® є подібним
до плацебо⁴

ТОРВАКАРД® 10, ТОРВАКАРД® 20, ТОРВАКАРД® 40

Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

1 таблетка містить аторвастатину 10 мг, або 20 мг, або 40 мг.

Показання. Запобігання серцево-судинним захворюванням. Гіперліпідемія.

Спосіб застосування та дози. Гіперліпідемія та змішана дисліпідемія. Рекомендована початкова доза аторвастатину становить 10 або 20 мг 1 раз на добу. Дозовий діапазон аторвастатину знаходиться у межах від 10 до 80 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі.

1. Athyros VG et al. Curr Med Res Opin. 2002;18:220-228.

2. Sever P.S. et al. Lancet 2003, Vol.361, P.1149- 1158.

3. Михин В.П., Жилієва Ю.А. Дженоерические статини в клинической практике: дешевые заменители или достойная альтернатива брендам. Аторвастатин. Рациональная фармакотерапия 2012, №2(4), с. 21-25.

4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Торвакард® 10, Торвакард® 20, Торвакард® 40. Р. П. МОЗ України № UA/3849/01/01; № UA/3849/01/02; № UA/3849/01/03. Наказ МОЗ України № 462 від 24.07.2015 р.

ІХС – ішемічна хвороба серця.

АГ – артеріальна гіпертензія

Побічні реакції. Профіль безпеки та переносимості аторвастатину у дозі від 10 мг до 20 мг на добу є загалом подібним до профілю плацебо. Шлунково-кишковий дискомфорт, відрижка, метеоризм, м'язово-скелетний біль, підвищена втомлюваність м'язів, тендінопатія, підвищення трансаміназ, лужної фосфатази, активності креатинфосфокінази, гіперглікемія та інше.

Упаковка: по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці. Торвакард® зареєстрований під торговими найменуваннями Торвакард® 10, Торвакард® 20, Торвакард® 40.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування препарату Торвакард®.
Р. П. МОЗ України № UA/3849/01/01; № UA/3849/01/02; № UA/3849/01/03.
Наказ МОЗ України № 462 від 24.07.2015 р.

ТОВ «Санофі-Авентіс Україна»
01033, м.Київ, вул.Жиліанська, 48-50А,
Тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01
SAUA.GATOZ.15.12.0649

ZENTIVA
У СКЛАДІ САНОФІ

И.В. Давыдова, к.м.н., ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», г. Киев

Назначение статинов пациентам с артериальной гипертензией: истинные цели и доказанные преимущества

Повышение уровня общего холестерина, а также холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в плазме крови является хорошо изученным фактором инициации и прогрессирования атеросклероза, развития связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений, которые лидируют в структуре смертности населения. Низкохолестериновая диета, физическая активность и снижение массы тела редко обеспечивают значимое улучшение липидного профиля крови. Статины – это современный стандарт гиполипидемической терапии, но цели назначения этих препаратов не ограничиваются нормализацией уровня холестерина и замедлением прогрессирования атеросклероза, а подразумевают реальную возможность профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) и предотвращения потенциально фатальных событий – инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта. Без преувеличения, статины открыли новую эру в борьбе за продолжительность жизни и надлежащее ее качество.

Артериальная гипертензия (АГ), как и гиперхолестеринемия, – широко распространенный в популяции фактор риска ССЗ. Пациенты с АГ, особенно при наличии сопутствующего сахарного диабета (СД) или метаболического синдрома, часто также имеют атерогенную дислипидемию. Вместе с тем современные критерии назначения статинов основываются уже не на актуальных уровнях липидемии, а на оценке индивидуального сердечно-сосудистого риска пациента.

Применение статинов у пациентов с АГ обосновано рекомендациями Европейского общества по изучению артериальной гипертензии и Европейского кардиологического общества (ESH/ESC, 2013). Решение о назначении статинов дополнительно к антигипертензивной терапии следует принимать на основании оценки сердечно-сосудистого риска с учетом степени повышения артериального давления (АД), наличия поражений органов-мишеней (миокарда, почек, сетчатки) и дополнительных факторов риска, таких как пожилой возраст, курение, ИБС в семейном анамнезе, хроническая болезнь почек (ХБП) и СД (рис. 1). Наличие

≥3 дополнительных факторов риска или поражения органов-мишеней у пациента с АГ I ст. переводит его в группу высокого сердечно-сосудистого риска. В эту же категорию автоматически попадают лица с АГ II-III ст. и дополнительными факторами риска. При наличии симптомного кардиоваскулярного заболевания, например ИБС, СД или хронической почечной недостаточности, пациента с АГ независимо от степени последней следует отнести в группу очень высокого риска.

По оценкам некоторых авторов, высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых событий имеют около 60% пациентов с АГ I-II ст. (Оганов Р.Г., 2005). Именно у больных с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском доказана польза от назначения статинов. Что касается пациентов с АГ категорий низкого и умеренного риска, то убедительных данных о влиянии статинов на прогноз не получено, но исследования в этом направлении продолжаются.

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, утвержденный Приказом МЗ Украины

от 24.05.2012 г. № 284, также содержит четкие указания: «Всем пациентам с гипертонической болезнью высокого и очень высокого риска обязательно назначить статины в стандартных дозировках при отсутствии противопоказаний».

Следует отметить, что в классе статинов не все препараты имеют достаточную доказательную базу в отношении применения у пациентов с АГ без подтвержденной ИБС. Доказанным положительным влиянием на долгосрочный прогноз у лиц с АГ и факторами риска выделяется аторвастатин, в то время как другие статины изучались в основном у пациентов с ИБС и сосудистыми событиями в анамнезе.

Доказательная база

Результаты ASCOT – англо-скандинавского исследования клинических исходов у пациентов с АГ – стали надежным обоснованием для назначения терапии аторвастатином у пациентов без диагностированной ИБС, но с АГ и дополнительными факторами риска. В рамках отдельной ветви этого масштабного исследования (ASCOT-LLA) более 10 тыс. пациентов с АГ и ≥3 факторами риска дополнительно к антигипертензивной терапии ежедневно получали 10 мг аторвастатина или плацебо. Липидная ветвь ASCOT была остановлена раньше запланированного пятилетнего срока, поскольку уже через 3,3 года было достигнуто существенное (на 36%) снижение частоты наступления комбинированной первичной конечной точки (фатальной ИБС и нефатальных инфарктов) в группе аторвастатина по

сравнению с соответствующим показателем в группе плацебо. Помимо этого, были получены данные о снижении риска инсультов на 27% (рис. 2).

Примечательно, что различия по частоте сердечно-сосудистых катастроф между группами аторвастатина и плацебо стали статистически достоверными через 90 дней после начала терапии, то есть уже с 3-го месяца приема аторвастатина в низкой (10 мг) дозе наблюдается положительное влияние на дальнейший прогноз.

Аторвастатин остается единственным из статинов с доказанной эффективностью во вторичной профилактике мозговых инсультов. В исследовании SPARCL участвовало более 4700 пациентов высокого риска без ИБС, но с инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе. Это было первое проспективное исследование гиполипидемической терапии, в котором частота инсультов оценивалась в качестве первичной конечной точки. В группе высокодозовой терапии аторвастатином (80 мг/сут) повторные инсульты возникали на 16% реже, чем в группе плацебо (p=0,03, различия достоверны).

Снижение частоты инсультов на 48% на фоне приема аторвастатина в дозе 10 мг также отмечалось в исследовании CARDS, в котором принимали участие пациенты с СД 2 типа. В совокупности эти результаты указывают на то, что назначение аторвастатина является дополнительным способом защиты мозга от сосудистых катастроф у пациентов без ИБС, но с факторами риска, такими как АГ и СД.

Нелипидные эффекты статинов у пациентов с АГ

Результаты многочисленных экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о том, что у пациентов с АГ не только нормализация липидного профиля крови, но и нелипидные эффекты статинов –

Продолжение на стр. 4.

Другие факторы риска, асимптомное поражение органов-мишеней или заболевание	Артериальное давление (мм рт. ст.)			
	Высокое нормальное: САД 130-139 ДАД 85-89	АГ I степени САД 140-159 ДАД 90-99	АГ II степени САД 160-179 ДАД 100-109	АГ III степени САД ≥180 ДАД ≥110
Нет других факторов риска		Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск
≥3 фактора риска	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Поражение органов-мишеней, ХБП 3 стадии или СД	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/очень высокий риск
Симптомное ССЗ, ХБП ≥4 стадии или СД с поражением органов-мишеней/факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Рис. 1. Оценка сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ в соответствии с европейскими рекомендациями. Пациентам высокого и очень высокого риска должны быть назначены статины для профилактики сердечно-сосудистых событий и смерти
Примечание: САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД.

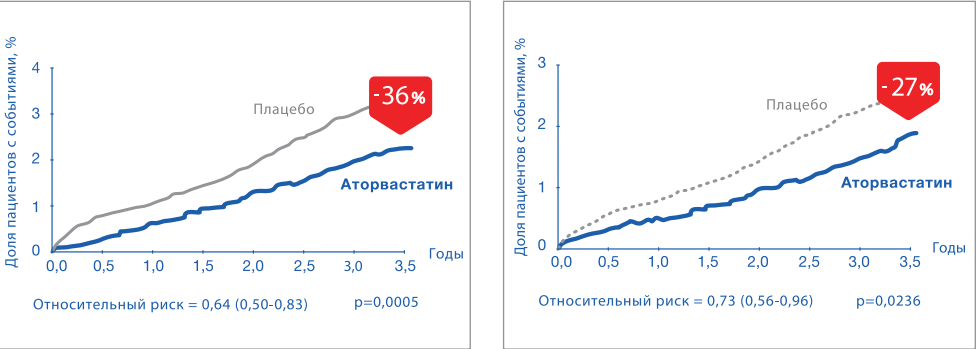


Рис. 2. Основные результаты исследования ASCOT-LLA: достоверное снижение риска ИМ и инсультов в группе пациентов, получавших аторвастатин

Таблица. Сравнение некоторых дополнительных (нелипидных) эффектов наиболее часто назначаемых статинов (Березин А.Е., 2010)			
Эффекты	Симвастатин	Аторвастатин	Розувастатин
Стабилизация атеромы	+	+	+
Прямое вазодилатирующее и антиишемическое действие	+	+	+
Снижение синтеза тромбина	+	+	+
Реверсия дисфункции эндотелия	+	+	+
Снижение вязкости крови	+	+	-
Антикоагулянтный эффект	+	+	-
Потенцирование антигипертензивного эффекта ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина	+	+	-
Уменьшение выраженности гипертрофии левого желудочка	+	+	-
Снижение риска возникновения эпизодов возвратной желудочковой тахикардии и/или фибрилляции желудочков	+	+	-
Снижение риска развития сосудистой деменции	+	+	-
Снижение риска развития болезни Альцгеймера	+	+	-
Снижение риска развития онкологических заболеваний	+	+	-

Назначение статинов пациентам с артериальной гипертензией: истинные цели и доказанные преимущества

Продолжение. Начало на стр. 3.

гипотензивный, антикоагулянтный, противовоспалительный, антиоксидантный, антиаритмический и др. — могут оказывать положительное влияние на прогноз. В этом отношении одни статины изучены лучше, чем другие (табл.).

Одними из самых обсуждаемых нелипидных эффектов статинов, которые представляют особую важность в аспекте применения данных препаратов у пациентов с АГ, являются собственное гипотензивное действие и усиление влияния антигипертензивных препаратов. Гипотензивное действие статинов реализуется посредством нескольких механизмов: стимуляцией продукции вазодилатирующего фактора NO эндотелием, снижением уровня мощного вазоконстриктора эндотелина-1, блокадой экспрессии рецепторов 1 типа к ангиотензину II, а также уменьшением уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов — фактора некроза опухоли, интерлейкина-1 (Строкова О.А., 2014).

По данным ряда авторов, собственный гипотензивный эффект аторвастатина относительно невелик, но статистически достоверен и клинически значим. Так, К.Е. Ferrier и соавт. (2002) в перекрестном трехмесячном рандомизированном исследовании оценивали динамику профиля АД и липидограммы у 22 больных с изолированной систолической АГ без гиперхолестеринемии, получавших аторвастатин в дозе 80 мг/сут или плацебо. Без назначения гипотензивных средств уровень систолического АД удалось снизить в среднем с 154 до 148 мм рт. ст., диастолического — с 83 до 81 мм рт. ст. (различия достоверны).

В липидной ветви исследования ASCOT гипотензивное действие статинотерапии становилось очевидным в период между 6-й неделей и 18-м месяцем терапии. Дополнительное снижение уровня АД было значимым в группе аторвастатина и не зависело от доз принимаемых гипотензивных препаратов (Dahlöf B. et al., 2005).

Таким образом, назначение аторвастатина пациентам с АГ может быть рассмотрено не только как обязательный элемент стратегии снижения высокого риска (что уже доказано), но и как перспективное направление в борьбе за адекватный контроль АД.

Еще один аргумент в пользу применения статинов при АГ, а именно аторвастатина — это эффект торможения развития гипертрофии миокарда левого желудочка, который реализуется за счет снижения уровня ангиотензина II и, возможно, влияния на внутриклеточные сигнальные пути процессов ремоделирования сердца (Bauersachs J., 2001; Строкова О.А., 2014). Кардиопротекторное свойство аторвастатина статинов имеет большое значение, так как гипертрофия левого желудочка ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Кроме того, в прямых сравнительных исследованиях по влиянию аторвастатина и розувастатина на сердечную функцию было доказано, что именно аторвастатин за счет липофильности молекулы, а не розувастатин улучшает фракцию выброса левого желудочка (Takagi H., 2011).

Стоимость, безопасность терапии и нераскрытый потенциал статинов

В реальной практике при фактическом отсутствии системы страховой медицины в Украине статины используются недостаточно в связи с ростом стоимости базисной терапии. Вместе с тем экономическую целесообразность статинотерапии легко объяснить любому пациенту. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений в конечном счете стоит намного дешевле, чем лечение и реабилитация после ИМ или инсульта, что доказано в нескольких фармакоэкономических исследованиях статинов (Pickin D.M., 1999; Prosser L.A., 2000; van Hout B.A., 2001). Более того, в свете накопленных доказательств и клинических рекомендаций неназначение статинов, которые предотвращают более трети сердечно-сосудистых катастроф у пациентов с АГ высокого риска, следует считать ошибкой врача.

Расширение охвата пациентов высокого риска необходимой терапией стало возможным благодаря появлению на рынке качественных генериков. Торвакард — европейский генерик оригинального аторвастатина с доказанной эквивалентностью гиполипидемического и эндотелиопротекторного эффектов (Михин В.П. и соавт., 2012). Убедительная доказательная база и доступная цена делают Торвакард препаратом выбора для назначения пациентам с АГ, ИБС и другими заболеваниями, которые сопровождаются дислипидемией и высоким риском сердечно-сосудистых событий.

Безопасность приема статинов хорошо изучена, а частота специфического побочного эффекта (миопатии и рабдомиолиза) ничтожно мала (<1/1000) по сравнению с преимуществами терапии (Thompson P.D. et al., 2004).

Основным местом действия статинов является печень, в которой происходят процессы синтеза холестерина и метаболизма ЛПНП. При этом сами статины не влияют на функции печени и не противопоказаны при заболеваниях последней, за исключением декомпенсированного цирроза и острой печеночной недостаточности (Cohen D.E. et al., 2006).

У пациентов с заболеваниями почек предпочтительно назначение аторвастатина: его концентрация в плазме крови и гиполипидемический эффект не зависят от функции почек, поэтому у данной категории пациентов не требуется коррекции дозы, как, например, при назначении розувастатина.

О многочисленных преимуществах аторвастатина свидетельствует и практический опыт.

Клинический случай

Больной М., 49 лет, юрист, обратился с жалобами на повышенную утомляемость при умственной работе, снижение работоспособности, головные боли, головокружение, шум в ушах, дискомфорт в области сердца на фоне повышения АД до 170/100 мм рт. ст. Кроме того, отмечает раздражительность, ухудшение памяти, плохое настроение, нарушение сна.

Anamnesis morbi: данные жалобы возникали периодически в течение 5 лет. Тогда же установлен диагноз гипертонической болезни. Лечение осуществлялось нерегулярно (только во время повышения АД). Последний год жалобы носят устойчивый характер; значительно усилились в течение последних 2-3 мес.

В связи с ухудшением самочувствия по настойчивой рекомендации врача начал постоянно принимать эналаприл 10 мг (2 р/день). Несмотря на проводимую терапию, АД превышало целевые уровни. Дополнительно был назначен индапамид 2,5 мг 1 р/сут.

Anamnesis vitae: курит в течение 25 лет (до пачки сигарет в день), иногда злоупотребляет алкоголем, часто подвержен стрессовым влияниям.

Семейный анамнез отягощен — мать страдает АГ.

Объективный осмотр: АД (среднее из 3 измерений) 168/96 мм рт. ст., ЧСС 76 уд./мин.

Перкуторно левая граница сердца смещена влево на 1 см кнаружи от *lin. medioclavicularis sinistra*. Аускультативно: тоны звучные, ритмичные. Акцент II тона над аортой.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Живот мягкий, безболезненный, пень у края реберной дуги; симптомы Ортнера, Керра отрицательные.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

ЭКГ: ритм синусовый, 85 уд./мин, единичная левожелудочковая экстрасистолия, признаки гипертрофии левого желудочка (индекс Соколова-Лайона 39 мм).

Суточное мониторирование АД: среднее АД — 167,44 и 94,29 мм рт. ст.

ЭхоКГ: выраженная концентрическая гипертрофия левого желудочка. Эхопризнаки гипертонического сердца. Межжелудочковая перегородка — 1,3; задняя стенка левого желудочка — 1,2, фракция выброса — 58%.

Допплерография сонных артерий: комплекс интима-медиа повышенной эхогенности с диффузным нарушением дифференциации на слои 0,12-0,13 см. В области общей сонной артерии по задней стенке бляшка (стенозирование просвета на 35%). В области устья внутренней сонной артерии небольшая бляшка (стенозирование просвета примерно на 30%).

Осмотр окулиста: начальный гипертонический ангиосклероз сетчатки.

Общие анализы крови и мочи: в пределах нормы.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,7 ммоль/л; креатинин 78 мкмоль/л; общий ХС 6,2 ммоль/л; ХС ЛПВП 1,4 ммоль/л; ХС ЛПНП 2,9 ммоль/л; ХС ЛПОНП 0,9 ммоль/л; ТГ 1,1 ммоль/л; коэффициент атерогенности 2,7; мочевая кислота 229 мкмоль/л; билирубин прямой 14 мкмоль/л; АЛТ 18 Ед/л.

На основании жалоб, объективного и инструментального обследования установлен **диагноз:** «Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, высокий риск осложнений. Гипертрофия левого желудочка. Гипертоническая ангиопатия сетчатки глаз. СН I ст., ФК I с сохраненной систолической функцией ЛЖ».

Назначено **лечение:**

- модификация образа жизни (отказ от курения, алкоголя, исключение стрессовых ситуаций, диета с ограничением жиров животного происхождения и соли, умеренные динамические физические нагрузки, нормализация массы тела);

- лосартан 100 мг с гидрохлортиазидом 12,5 мг (Лозап плюс) 1 таблетка 1 р/день (утром под контролем АД);

- бисопролол 5 мг 1 р/день (утром под контролем ЧСС);

- аторвастатин (Торвакард) 10 мг 1 р/день вечером (препарат назначен по причине того, что больной относится к группе высокого риска).

Через 6 мес после назначения комплексной терапии с включением Торвакарда состояние пациента М. стабилизировалось: практически исчезли головные боли, улучшился сон, повысилась работоспособность. АД в пределах 120-125/75-80 мм рт. ст.; ЧСС 58-60 уд./мин.

Через 10 мес у пациента М. наблюдалось дальнейшее снижение уровня АД, в связи с чем доза антигипертензивных препаратов была уменьшена. Самочувствие остается удовлетворительным, жалоб больной не предъявляет.

Выводы для практики

Показания к назначению статинов определяются не исходным уровнем атерогенных фракций холестерина, а индивидуальным сердечно-сосудистым риском.

Назначение статинов пациентам с АГ категорий высокого и очень высокого риска является современным стандартом базисной терапии, прописанным в европейских рекомендациях и в отечественном клиническом протоколе.

У пациентов с АГ и дополнительными факторами риска (в особенности с СД) наиболее убедительные доказательства положительного влияния на прогноз получены для аторвастатина. Назначение

аторвастатина предотвращает более трети потенциально фатальных ИМ и инсультов у этой многочисленной категории пациентов.

Наличие широкой доказательной базы относительно улучшения прогноза жизни у больных с АГ, липидных и нелипидных эффектов (которые отсутствуют или не доказаны для более новых молекул), хорошей переносимости и подтвержденной экономической целесообразности делают выбор аторвастатина для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данной группы пациентов наиболее обоснованным и оправданным.



American Heart Association 2015:

новости съезда кардиологов

7-11 ноября 2015 года в г. Орландо (США) состоялась ежегодная конференция Американской ассоциации сердца (American Heart Association – АНА), в которой приняли участие более 3000 экспертов в области кардиологии со всего мира. Особое внимание было уделено современным методам диагностики заболеваний сердца и сосудов, результатам исследований эффективности и безопасности лекарственных средств и предварительным выводам масштабных испытаний на кардиологическую тематику, выполняющихся в настоящее время. В рамках отдельной сессии были рассмотрены вопросы первичной и вторичной профилактики инсульта. Большой резонанс вызвали доклады, посвященные анти тромботической терапии.

Фокус на снижение уровня липопротеинов низкой плотности: новые данные исследования JUPITER

По мнению авторов работы, при оценке результатов непрерывного лечения гиполипидемическими препаратами врачи в первую очередь должны обращать внимание на снижение уровней липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) от исходных, а не только учитывать текущие показатели. Руководитель исследования JUPITER P. Ridker (г. Бостон, США) отметил, что интенсивная терапия статинами позволяет уменьшить концентрацию ЛПНП в среднем на 50%, при этом процент снижения напрямую коррелирует с клинической эффективностью лечения.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании JUPITER с участием 17082 мужчин и женщин сравнивали эффективность 5-летнего применения розувастатина и плацебо. Дополнительно был проведен анализ влияния снижения уровня ЛПНП на частоту развития инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта, а также сердечно-сосудистой смерти. Результаты показали, что уменьшение показателей ЛПНП прямо коррелировало с рисками сердечно-сосудистых событий в течение всего периода наблюдения. Так, наименьшая вероятность возникновения тяжелых кардиоваскулярных событий регистрировалась у пациентов, у которых конечный уровень ЛПНП был ниже исходного на $\geq 50\%$.

По мнению авторов, полученные данные должны быть использованы для пересмотра критериев эффективности терапии, описанных в действующих рекомендательных кардиологических документах Европы, Канады и США.

В исследовании SPRINT пересмотрены целевые уровни артериального давления

В испытании SPRINT получены данные в пользу необходимости снижения целевых уровней артериального давления (АД) <120 мм рт. ст. у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и высоким кардиоваскулярным риском без сопутствующего сахарного диабета.

Исследование SPRINT, выполненное под эгидой Национального института здоровья США, содержит сведения о результатах лечения более 9 тыс. американских пациентов с АГ. Был проведен сравнительный анализ влияния уровня систолического АД на риск развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий (ИМ, инсульта, острой декомпенсированной сердечной недостаточности), в результате которого было определено, что у пациентов, у которых целевой уровень АД составлял <120 мм рт. ст., вероятность таких событий была на 25% ниже в сравнении с таковой у больных, для которых соответствующий показатель определяли как 140 мм рт. ст. Кроме того, в первой группе суммарный риск смерти от любых причин был ниже на 27%, риск сердечно-сосудистой смерти – на 43%.

Вместе с тем среди пациентов, входивших в группу более жесткого контроля АД, наблюдался повышенный риск таких событий, как артериальная гипотензия, обморок, острая почечная недостаточность. Jackson T. Wright отметил, что необходимо сопоставить потенциальную пользу и риски от снижения целевого уровня АД. При этом в комментарии к сообщению V. Perkovic и A. Rodgers (Австрия) указывают, что возможные риски в сравнении с ожидаемой пользой малозначительны, следовательно, есть необходимость пересмотреть согласительные документы на предмет изменения целевых уровней АД в сторону их уменьшения.

Энергетические напитки, содержащие кофеин, повышают АД

В исследовании с участием 25 здоровых лиц ученые под руководством А. Svatikova (г. Рочестер, США) изучали влияние энергетических напитков на показатели АД, частоту сердечных сокращений и уровень норадреналина. Измерения производились через 30 мин после употребления кофеинсодержащего напитка или плацебо. Было обнаружено, что потребление 480 мл энергетического напитка, содержащего 240 мг чистого кофеина, сопровождается повышением уровня систолического АД на 6,2% (с 108,4 до 115,0 мм рт. ст.; различия статистически достоверны), диастолического – на 6,8% (с 74,2 до 78,9 мм рт. ст.). Несмотря на то что зависимости между частотой сердечных сокращений и употреблением энергетического напитка не выявлено, средние уровни норадреналина значительно превышали таковые в группе плацебо (73,6 vs 30,9%).

Исследователи полагают, что употребление энергетических напитков является потенциально небезопасным в отношении риска сердечно-сосудистых событий. С целью детального

изучения данной проблемы инициировано масштабное исследование с привлечением большого количества лиц с различными уровнями исходного АД, сопутствующими заболеваниями и предпочтениями относительно использования энергетических напитков различных производителей.

PROACT-4: результаты тропонинового тестирования пациентов с загрудинной болью

В масштабном американском исследовании изучалась ценность использования тропониновых тестов в плане ускорения установления диагноза и раннего начала терапии острого ИМ.

J. Ezekowitz (г. Эдмонтон, Канада) отметил, что, по результатам работы американских коллег, сокращение временного интервала с момента первого медицинского контакта до назначения специализированного лечения составляет всего 23 мин (с 9,14 до 8,85 ч), и высказал мнение о нецелесообразности подобной тактики. При этом указывается, что в условиях больших расстояний и малоразвитой сети специализированных лечебных учреждений временные различия могут быть более значимы и ассоциируются с дополнительными преимуществами в спасении жизни больных.

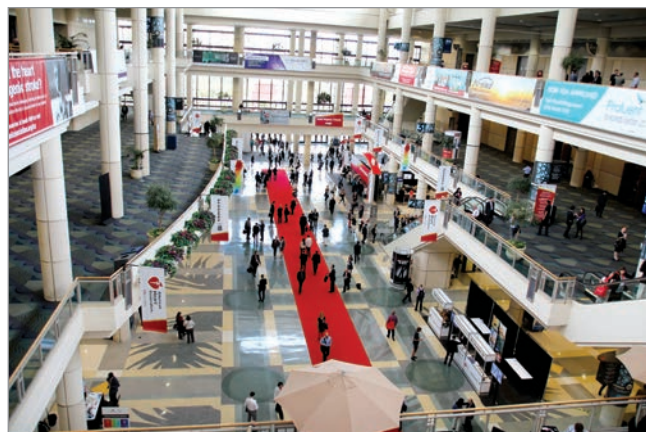
Тропониновый тест может применяться в дифференциальной диагностике острого ИМ и других причин, вызывающих загрудинную боль. Считается, что максимальную пользу его использование обеспечивает у пациентов, имеющих низкий риск развития кардиоваскулярных событий, когда быстрое исключение ИМ существенно сокращает время до начала оказания специализированной медицинской помощи.

Одышка и кровотечение как причины прекращения терапии тикагрелором в исследовании PEGASUS-TIMI 54

У каждого 5-го пациента с ИМ двойная анти тромботическая терапия ацетилсалициловой кислотой (АСК) и тикагрелором была прекращена в связи с развитием побочных эффектов. М.Р. Вонаса (г. Бостон, США) отметил, что указанные побочные реакции в большинстве случаев были расценены как малозначимые, однако существенно влияющие на комплаенс. Согласно данным исследования PEGASUS-TIMI 54, пациенты прекращают применение тикагрелора в среднем через 11 дней в случае, если их беспокоит одышка, и в течение 5 мес при возникновении рецидивирующих кровотечений легкой или умеренной степени тяжести. У пациентов, которые принимают препарат в течение года, вероятность самоотмены терапии в последующие 2 года незначительная.

Помимо этого, исследователи отметили, что препарат эффективно снижает суммарный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, ИМ или инсульта приблизительно на 20% в течение 33-месячного наблюдения. При этом максимальная результативность терапии наблюдается у пациентов, непрерывно принимающих анти тромботическую терапию более 1 года.

Авторы исследования акцентируют внимание врачей на том, что частота отмены тикагрелора в реальной практике, безусловно, будет еще выше таковой в рамках указанного исследования, что предопределяет особую важность бесед с пациентом, предупреждений о развитии возможных побочных реакций, аргументов в пользу необходимости продолжения терапии, несмотря на наличие кровотечений легкой/умеренной степени тяжести и одышки. Ученые отметили, что многие врачи идут на поводу у больных и отменяют анти тромботическую терапию через 12 мес после перенесенного ИМ, что является нецелесообразным и повышает риск развития повторных кардиоваскулярных событий.



По данным PEGASUS-TIMI 54, комплаенс также зависит от дозы тикагрелора. Так, среди пациентов, получавших 90 мг тикагрелора 2 р/сут, из-за развития неблагоприятных событий (кровотечение – в 7,8%; одышка – в 6,5% случаев) лечение прервали 19%, а среди больных, придерживавшихся схемы 60 мг 2 р/сут, – 16,4% (чаще всего отмечались кровотечения и одышка – 6,2 и 4,6% случаев соответственно). Несмотря на значительную распространенность, большинство ($>95\%$) случаев одышки не были серьезными, а кровотечения характеризовались участниками наблюдения как легкие или умеренные приблизительно в 80% случаев (большинство эпизодов классифицированы как «не требующие медицинской помощи»).

В течение 3 лет у 6,6% пациентов, принимавших 90 мг тикагрелора 2 р/сут, и 6,8% больных, получавших препарат в дозе 60 мг 2 р/сут, наступили ИМ, инсульт или летальный исход по причине сердечно-сосудистых заболеваний. Аналогичный показатель в группе плацебо составил 8,4%, что дает основания считать терапию АСК + тикагрелор эффективной.

Открытыми остались 2 вопроса:

- 1) Почему пациенты, не имеющие побочных реакций на тикагрелор и знающие о его способности улучшить выживаемость, все-таки отменяли препарат?
- 2) Какова роль продолжения приема АСК в профилактике риска сердечно-сосудистых событий при отмене тикагрелора?

Тройная анти тромботическая терапия может повышать риск кровотечений у пациентов, перенесших коронарное стентирование

Японское исследование с участием 360 пациентов (средний возраст – 84,5 года) показало, что больные после коронарного стентирования переносят тройную анти тромботическую терапию (АСК, клопидогрель, варфарин) хуже, чем пациенты, получающие двойную терапию, по причине высокой вероятности развития геморрагических осложнений. Авторы исследования связывают это с наличием ряда сопутствующих заболеваний и потребностью в приеме большого количества лекарственных препаратов.

Было проведено сравнительное исследование с участием пациентов более молодого возраста (средний возраст – 70,3 года). Количество участников мужского пола в более молодой и старшей возрастных группах составляло 57,1 и 81,3% соответственно, пациентов с сахарным диабетом 2 типа – 32,5 и 45,6% соответственно.

В течение года 15,6% пациентов старшей возрастной группы умерли, аналогичный показатель в более молодой группе составил 2,8% (летальность в результате кардиологических причин – 6,5 vs 1,1%). В то же время вероятность развития геморрагических осложнений на фоне тройной анти тромботической терапии оказалась сопоставима: 7,8 и 5,6% соответственно.

Детальный анализ кардиоваскулярных событий в старшей возрастной группе показал, что вероятность развития пароксизмальной фибрилляции предсердий на фоне тройной анти тромботической терапии достоверно ниже, чем в группе, получавшей двойную терапию (31,8 vs 60,6%), подобная тенденция отмечается касательно острого коронарного синдрома (43,2 vs 69,7%).

Среди пациентов старшей возрастной группы, получавших тройную терапию в течение 1 года, массивные и незначительные кровотечения отмечались с одинаковой частотой – 6,8%, в то время как у больных, принимавших двойную терапию, вероятность развития кровотечений была существенно ниже (13,6 vs 0%).

Авторы исследования призывают дифференцированно подходить к назначению тройной терапии пациентам с высоким кардиоваскулярным риском, особенно больным в возрасте старше 80 лет. Руководитель исследования Hisao Otsuki (г. Токио, Япония) сфокусировал внимание на том, что применение тройной анти тромботической терапии у пациентов старческого возраста сопряжено с высокой вероятностью кровотечения, поэтому такое решение требует крайне взвешенного подхода.

Подготовила **Александра Меркулова**



Спирамицин в лечении инфекций дыхательных путей: работа на результат

Согласно современным согласительным документам, препаратами выбора для антибактериальной терапии первой линии при инфекциях дыхательных путей считаются аминопенициллины, в случае аллергии на эти средства или подозрения на атипичную флору используются макролиды. Вместе с тем не следует забывать, что любые руководства и рекомендации представляют собой лишь общий алгоритм, а окончательный выбор препарата осуществляется практическим врачом, исходя из конкретных клинических условий. И достаточно часто на первый план в лечении выходят макролиды.

В рамках мастер-класса для профильных специалистов и врачей первичного звена, состоявшегося 20 января в г. Киеве, доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидат медицинских наук Людмила Владимировна Юдина провела клинический разбор пациентки с инфекцией дыхательных путей, возникшей на фоне беременности (26 нед). Акцент был сделан на особенностях и преимуществах известного представителя класса макролидов — спирамицина.

Клинический случай

Пациентка К., 24 года, обратилась к пульмонологу с жалобами на наличие гнойных выделений из носа, затруднение носового дыхания, стекание слизи по задней стенке глотки, чувство боли и распирания в области гайморовых пазух, ослабление обоняния, повышение температуры тела до 37,8 °С, продуктивный кашель с выделением мокроты гнойного характера, стеснение в области груди, нарушение сна по причине интенсивного кашля, появление «свиста» в груди при физической нагрузке.

Из анамнеза болезни известно, что симптомы острого респираторного заболевания возникли около 1 мес назад. Заболевание манифестировало в виде острого повышения температуры тела, астении, светобоязни, ломоты во всем теле. Лечение в домашних условиях с помощью методов народной медицины и растительных средств обеспечило нормализацию температуры тела, однако вскоре самочувствие пациентки снова ухудшилось.

Анамнез жизни: страдает бронхиальной астмой (БА), аллергическим ринитом (АР); аллергия на собачью шерсть), получала аллергенспецифическую иммунотерапию. Полгода назад принимала азитромицин с целью лечения острого бронхита. Во время беременности прекратила базисную терапию БА (сальметерол/флутиказон) по причине категорического запрета терапевтом использовать гормональные средства (что является грубейшей ошибкой). Срок беременности — 26 нед.

Объективно: над легкими на фоне ослабленного дыхания выслушивались сухие гудящие двусторонние хрипы.

Дополнительные методы исследования. Выполнены общий анализ крови, оценка функции внешнего дыхания, цитологическое исследование мокроты. Показатели *спирографии* указывали на значительное нарушение функции внешнего дыхания, ошутимое снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду и значительный (на 33%) его прирост после пробы с бронхолитиком, что позволило

трактовать результаты как выраженное обострение БА.

Общий анализ крови: уровень эритроцитов — в пределах нормы; лейкоциты — $14,2 \times 10^9/\text{л}$ (палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные нейтрофилы — 64%, эозинофилы — 12%, лимфоциты — 21%, моноциты — 2%), скорость оседания эритроцитов — 28 мм/ч.

Цитологическое исследование мокроты: лейкоциты — 24-30 в поле зрения (выше нормы), эозинофилы — 18-20 в поле зрения (выше нормы), эпителиальные клетки — 5-6 в поле зрения (нормальные значения).

На основании имеющихся данных установлен диагноз: «БА персистирующая неконтролируемая, обострение. Острый бронхит. Острый бактериальный риносинусит. АР».

Пациентке была назначена следующая терапия:

- спирамицин (Ровамицин®) в дозе 3 млн МЕ 2 р/сут курсом 5 дней;
- сальбутамол 2,0 мл 2 р/сут через небулайзер курсом 5 дней;
- флутиказона пропионат 2,0 мл 2 р/сут через небулайзер курсом 5 дней;
- фиксированная комбинация лоратадин/амброксол 1 таблетка 2 р/сут курсом 7 дней.

Обоснование выбора терапевтической стратегии: мнение эксперта

Антибиотики. Наиболее часто причиной острого бронхита являются вирусы. Менее чем у 10% больных заболевание имеет бактериальную природу: в 45% случаев обнаруживаются типичные возбудители — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*; в 25% случаев выявляются атипичные патогены — *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*.

Так как чаще всего причиной острого бронхита является вирусная инфекция, назначение антибиотиков с первых дней заболевания нерационально. Оптимальной тактикой использования антибиотикотерапии при остром бронхите бактериального генеза является назначение средств этого класса на 3-7-й день заболевания.

Какому антибактериальному препарату следует отдать предпочтение? При осуществлении выбора клиницист должен учитывать множество параметров: активность относительно основных респираторных возбудителей (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*), способность влиять на внутриклеточные патогены, доступность, цену, удобство приема и др.

β-Лактамы, к которым относятся аминопенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, не активны в отношении атипичных патогенов. В то же время макролиды,

тетрациклины, фторхинолоны способны воздействовать как на внутриклеточных (атипичных) возбудителей, так и на типичную флору.

Если острый бронхит обусловлен типичными грамположительными патогенами, возможно назначение в качестве стартовой терапии макролидов. При атипичной флоре такой выбор признан оптимальным, так как стартовая терапия β-лактамами не обеспечит терапевтического эффекта.

В.Е. Ноников (2008) предлагает использовать при инфекционных обострениях БА в качестве средств первой линии макролиды, респираторные фторхинолоны, доксициклин (если пациент редко применял его ранее). У пациентов с БА назначения β-лактамов, напротив, рекомендуется избегать даже при отсутствии в анамнезе аллергии на средства этого класса: доказано, что антибиотики пенициллинового ряда способны провоцировать возникновение астматических состояний.

Какой именно макролид в данной ситуации можно рекомендовать как оптимальный? По моему мнению, наиболее удачный выбор для пациентки — спирамицин. Этому есть несколько причин.

1. Спирамицин характеризуется наименьшей способностью среди представителей класса макролидов вступать в лекарственные взаимодействия благодаря отсутствию ингибирующего влияния на цитохром P450. Способность взаимодействовать с цитохромом P450 среди макролидов наименее выражена именно у спирамицина (кларитромицин → эритромицин → джозамицин → рокситромицин → азитромицин → спирамицин).

2. Спирамицин допускается использовать с рядом лекарственных средств, сочетание которых с другими макролидами нежелательно и даже опасно. Помимо актуальных с позиции лечения пациентов с БА (антигистаминные средства, ксантины, преднизолон), в этот перечень входят антациды, некоторые антиаритмические средства, оральные контрацептивы, рифампицин, статины, сердечные гликозиды, алкалоиды спорыньи, непрямые антикоагулянты.

3. Достоверные клинические данные, подтверждающие безопасность применения при беременности и лактации таких макролидов, как азитромицин, мидекамицин, рокситромицин, кларитромицин, отсутствуют (в отношении некоторых из них даже имеются указания на тератогенный эффект, наблюдавшийся в опытах на животных). Эффективность и безопасность спирамицина у беременных подтверждена многолетними наблюдениями (при этом в период лактации спирамицин не применяется).



Л.В. Юдина

Антигистаминные препараты и муколитики. Поскольку больную беспокоят нарушение носового дыхания и кашель, ассоциированные с АР, может быть рекомендован как антигистаминный препарат, так и муколитик в виде комбинации лоратадина и амброксола, позволяющей повлиять на оба симптома. Лоратадин реализует противоаллергический эффект посредством блокады H₁-рецепторов, уменьшая выраженность чихания и ринореи, а также оказывает не прямое противокашлевое влияние (снижает гиперчувствительность кашлевых рецепторов). Спектр терапевтических свойств амброксола еще более широк и охватывает мукокинетическое и муколитическое воздействие, противовоспалительный эффект, способность сохранять/увеличивать количество сурфактанта. Существуют данные, что совместное применение амброксола и антибактериальных средств (макролидов, β-лактамов и фторхинолонов) повышает концентрации последних в бронхиальном секрете и легочной ткани на 30%.

Ингаляционные гормональные средства и бронхолитики. При обострении БА экстренную терапию рекомендуется проводить с помощью небулайзерной терапии, используя ингаляционные глюкокортикоиды и бронхолитики. Такая стратегия характеризуется рядом положительных сторон (Тарасова Г.Д., 2007; Княжеская Н.П., 2010): всасывание лекарств через слизистую оболочку дыхательных путей происходит в 20 раз быстрее, чем на фоне приема таблетированных форм; быстрое создание высоких концентраций терапевтических агентов в дыхательных путях при незначительном их содержании в крови; быстрое начало действия; возможность коррекции дозы и хорошая переносимость (низкий риск системных побочных явлений).

Назначенное лечение обеспечило хороший клинический эффект.

Оригинальный спирамицин (Ровамицин® компании Санофи) может применяться как альтернатива β-лактамам или как средство первой линии антибиотикотерапии острого бактериального бронхита при наличии соответствующих показаний. Использование Ровамицина возможно на любом сроке беременности, он хорошо переносится пациентами различных возрастных групп (включая детей и лиц пожилого возраста), а также больными с почечной/печеночной недостаточностью благодаря минимальному влиянию на цитохром P450, отсутствию ото-, кардио- и гепатотоксичности, нейросенсорных расстройств, низкому аллергенному потенциалу (<1%) и незначительной частоте развития диареи.

Подготовила **Ольга Радучих**



«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, заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., 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. Майданик**, 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
	Оксана Петренко
	Светлана Кабанова
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Лина Арсениук
ДИЗАЙНЕРЫ	Наталья Дехтарь
	Олег Смага
	Татьяна Зайчук
	Ирина 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

Свидетельство КВ №15650-4122ПР от 03.09.2009 г.

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 ГП «Преса України», г. Киев, просп. Победы, 50.

Подписана в печать 3.02.2016 г.
Заказ 03022016. Тираж 33 000 экз.

Тираж с 15.08.2014 г. и 8700 электронных адресов (дата госрегистрации с 02.01.2012 г.).

ПРЕС-РЕЛІЗ

Уявіть світ,
де жодна жінка не вмирає,
даруючи життя дитині!



Триває інноваційна медична навчальна програма, спрямована на зниження материнської смертності в Україні. Акушери-гінекологи, акушерки, операційні медсестри та анестезіологи у складі мультипрофільних бригад навчаються за курсом «Допомога у випадках післяпологових кровотеч», який було розроблено спеціалістами Гарвардського університету (США). Цей проект став можливим завдяки глобальній програмі корпоративної соціальної відповідальності компанії MSD в Україні «MSD для матерів». Його реалізація відбувається за допомоги і підтримки Всеукраїнської благодійної організації «ДЖЕЙ.ЕС.АЙ. Україна». Наприкінці січня у м. Житомирі презентували перші підсумки цієї унікальної програми.

27 січня у м. Житомирі відбулася обласна науково-практична конференція «Мультидисциплінарний підхід у профілактиці та боротьбі з післяпологовими кровотечами». Головні обласні, міські та районні спеціалісти – акушери-гінекологи та анестезіологи регіону отримали можливість поділитися набутими знаннями й обговорити практичні рекомендації в діагностиці і терапії акушерської кровотечі.

Цей досвід є найціннішим здобутком медичних працівників – учасників тренінгової програми, оскільки він унаочнює принципи і переваги високопрофесійної командної роботи і її роль у порятунку життя породіллі.

Завдяки начальнику управління охорони здоров'я Житомирської ОДА Олександр Торбасу та головному лікарю міського перинатального центру Юрію Вайсбергу програма розпочалася на Житомирщині ще 2014 року. На сьогодні понад 300 медичних фахівців уже здобули нові знання і втілюють їх на практиці.

Другим центром стало пологове відділення Миколаївської обласної лікарні, де в минулому році відкрився новий симуляційно-тренінговий кабінет. Як і в м. Житомирі, заклад оснащено необхідним для навчання команд медпрацівників презентаційним обладнанням, інструментарієм тощо.

Уперше в Україні в навчальному центрі використовується високотехнологічний симулятор – манекен породіллі природних фізичних параметрів, завдяки чому можна моделювати різні сценарії в акушерстві та гінекології, зокрема симуляцію масивної післяпологової кровотечі.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень материнської смертності в Україні у 4-5 разів вищий, ніж у європейських країнах. Післяпологова кровотеча залишається основною причиною материнської смертності. Незважаючи на високий рівень розвитку сучасної світової медицини, проблема смертності жінок унаслідок післяпологових кровотеч залишається вкрай актуальною для системи охорони здоров'я і потребує нагального вирішення. Кожні дві хвилини у світі від ускладнень, пов'язаних із народженням дитини, помирає жінка, а протягом доби кількість подібних летальних випадків у глобальному масштабі сягає 800.

Програма «Збереження матерів в Україні: інноваційний підхід у боротьбі з післяпологовими кровотечами» була анонсована у квітні 2014 року, коли компанія MSD, відома в США та Канаді під брендом Мерк, виділила 281 657 доларів США на проведення в нашій країні освітнього проекту, спрямованого на зниження рівня післяпологових кровотеч і, відповідно, на зменшення показників материнської смертності.

Глобальний соціальний проект «MSD для матерів», ініційований компанією MSD у 2011 р., працює сьогодні більш ніж у 30 країнах світу, в тому числі в Україні. Компанія MSD планує протягом 10 років виділити 500 млн доларів США для реалізації низки проєктів у рамках цієї програми в різних країнах світу.

Детальна інформація про програму доступна на веб-сторінці:

<http://www.msdformothers.com/>

Сезон-2016: вирус гриппа А/Н1N1 снова показал повышенную агрессивность

Мир еще не успел забыть пандемические вспышки свиного гриппа А/Н1N1 в 2009 г. и птичьего гриппа А/Н5N1 в 2005-м, как уже и 2016 год ознаменовался печальными сводками: на 1 февраля, по официальным данным МЗ Украины, на основании лабораторно подтвержденных данных от гриппа и вызванных им осложнений скончался 171 человек. Конечно, эта цифра уступает количеству жертв печально известной «испанки» 1918 года (тогда именно грипп А/Н1N1 унес почти 20 млн жизней), но следует признать, что сегодня заболевших гриппом и умерших значительно больше, чем за последние 6 лет.

Если говорить о распространенности штаммов в текущем году, то преимущественно это свиной грипп А/Н1N1 (от 75 до 85%), в 10% случаев виновниками острых респираторных заболеваний были вирусы парагриппа, адено- и риновирусы, в 1% случаев — вирус гриппа В, другие штаммы в структуре респираторной заболеваемости представлены существенно меньше. Реальная статистика смертности несколько размывается показателями летальности вследствие пневмоний (в среднем 2-3 тыс. случаев в год). Тяжело протекает грипп при отсутствии вакцинации, особенно у представителей групп риска, к которым относятся дети до двух лет, беременные женщины, больные с хронической патологией и пациенты старше 65 лет.

Смертность от гриппа А/Н1N1 в десятки раз превышает смертность от сезонного гриппа, к тому же вирус гриппа Н1N1/2009 легко мутирует (первые мутации обнаруживаются уже спустя 1-2 мес после начала эпидемии). Согласно данным ВОЗ, состав вируса А/California/7/2009 (H1N1)pdm09 в 2016 г. претерпел существенные изменения, что, с одной стороны, обусловило его повышенную агрессивность, а с другой — требует обязательной вакцинации, поскольку людей с иммунной памятью к этой разновидности вируса в популяции нет. С 2009 по 2015 г. антигенный дрейф вируса А/Н1N1pdm09 был незначительным и в текущем эпидемическом сезоне дал скачок.

На заседании Комитета Верховной Рады Украины по вопросам здравоохранения специалисты из МЗ проинформировали о состоянии заболеваемости населения гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и мерах, предпринятых на государственном уровне для сдерживания этой эпидемии. В Кабинете министров и МЗ состоялись также пресс-конференции, посвященные ситуации с гриппом в текущем сезоне.

Как сообщил временно исполняющий обязанности главы санитарно-эпидемиологической службы Украины, главного санитарного врача Украины Святослав Викторович Протас, с начала эпидемического сезона в стране заболело около 3,2 млн человек, из них ≈65,0% составляют дети в возрасте до 17 лет. Наиболее высокий показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ отмечается среди населения Киевской области и г. Киева, где переболело, соответственно, 14 и 11,9% населения; относительно благоприятна ситуация в Закарпатской (уровень заболеваемости 5%) и Харьковской областях (3,4%). Эпидемический порог сейчас превышен в 18 областях.

Всего по Украине с начала эпидемического сезона госпитализированы с предварительным диагнозом «грипп» и «острая респираторная вирусная инфекция» 127 тыс. человек (3,9% от заболевших), из них до 70% составляют дети в возрасте до 17 лет. Уровень заболеваемости за отчетную

неделю в 2,3 раза больше аналогичного периода в прошлом эпидемическом сезоне.

По состоянию на 01.02.2016 г. зарегистрирован 171 лабораторно подтвержденный летальный случай, связанный с гриппом (среди умерших — 2 детей до 17 лет, 1 беременная и 2 медицинских работника): вирус гриппа А нетипичный идентифицирован в 22 случаях, вирус гриппа В — в 2, вирус гриппа Н1N1 (pdm09) — в 147. Больше всего умерших от гриппа в Одесской области (n=33), в Винницкой (n=13), Запорожской (n=12), Ровенской (n=11). Летальные исходы стали регистрироваться в основном сразу после Нового года. Обнаружение нетипичного штамма вируса А говорит о появлении новых мутационных вариантов вируса гриппа с повышенной агрессивностью, которые не типизируются имеющимися диагностическими системами. Случаи смерти украинцев вследствие гриппа В свидетельствуют о наличии выраженных нарушений со стороны иммунной системы.

Анализ летальных исходов показал, что лишь треть пациентов, умерших от гриппа, своевременно обратились за медицинской помощью; все они не имели прививок против гриппа.

По оперативным данным, с начала эпидемического сезона вакцинировано против гриппа 123 500 человек, что составляет 0,32% от общего количества населения, из них детей до 17 лет — 21%. Было провакцинировано всего 35 776 медработников (они относятся к группе риска в отношении гриппа), что крайне мало с учетом общего — 1 млн человек — их количества. Вакцинация осуществлялась в основном за счет местных бюджетов, как правило, не имеющих достаточно средств. Так, на вакцинацию медицинских работников было выделено всего около 8 млн грн. Для сравнения: в Европе охват населения по вакцинациям против гриппа составляет 30-50%, для групп риска — 75%.

Эпидемический порог был преодолен в 18 регионах Украины, что дало основания объявить о начале эпидемии гриппа. Системе здравоохранения перевели на усиленный режим работы. В регионах с высокой заболеваемостью гриппом для сдерживания распространения инфекции в школах был объявлен карантин.

Правительство Литвы выделило гуманитарную помощь — средства для этиотропной терапии гриппа (2443 упаковки озелтамивира и 27 645 упаковок занамивира). Они будут распределены в первую очередь на первичный и вторичный уровень лечебной сети, минуя аптеки, поскольку применение указанных препаратов эффективно только в первые двое суток от начала заболевания и при тяжелом его течении, а также требует контроля врача.

С.В. Протас отметил также, что благодаря мощной информационно-просветительской кампании по борьбе с гриппом в последнюю неделю отмечается стремительное увеличение



Слева направо: О.А. Голубовская, С.В. Протас, С.И. Доан

количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью при явном нарушении состояния здоровья. Также уменьшается количество «поздних» обращений (на 6-8-е сут). С.В. Протас, кроме того, напомнил, что соблюдение правил личной гигиены, полноценное рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха, ежедневная влажная уборка в помещении, избегание мест массового скопления людей помогут предотвратить развитие заболевания.

Обсуждалась также необходимость прекращения 3-го раунда вакцинации против полиомиелита в условиях разгара эпидемии гриппа, так как, по мнению иммунологов, это может спровоцировать осложнения и даже летальные исходы.

Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Инфекционные заболевания», доктор медицинских наук, профессор Ольга Анатольевна Голубовская отметила, что вирус гриппа А/Н1N1, циркулирующий сейчас в Украине, имеет ряд особенностей, которые отличают его от других штаммов. Прежде всего, он поражает трудоспособное население, чаще встречается у пациентов с избыточной массой тела, сахарным диабетом, инсулинорезистентностью, бронхиальной астмой, у беременных, лиц, длительно принимающих ацетилсалициловую кислоту по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, а также иммунодепрессанты и нестероидные противовоспалительные препараты.

Осложнения гриппа А/Н1N1 — пневмония и острый респираторный дистресс-синдром, что в 90% случаев приводит к молниеносной смерти пациента уже на 2-4-е сут от начала заболевания. Нередко причинами летального исхода у людей среднего возраста без сопутствующей патологии являются чрезвычайно интенсивные иммунный ответ и воспалительная реакция. «Своевременное обращение за медицинской помощью имеет чрезвычайно большое значение для лиц из групп риска. Среди людей, умерших в этом году в результате гриппа, преобладали именно пациенты с отягощающими факторами», — подчеркнула О.А. Голубовская.

К группам риска относят детей до 5 лет, беременных, пациентов с хроническими заболеваниями, сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом, избыточной массой тела, людей старше 65 лет. Также выделяют профессиональные группы риска: медицинские работники, учителя, преподаватели вузов и воспитатели детских садов, продавцы, водители общественного транспорта и др. Словом, под угрозой находятся специалисты, по роду своей

деятельности контактирующие с большим количеством людей.

«При отсутствии соответствующей вакцинации и в случае появления типичных симптомов представители вышеупомянутых категорий должны незамедлительно обращаться за медицинской помощью. В этом состоит ответственность пациента. Обязанность врача — предоставить всестороннюю информацию и адекватную помощь, при необходимости — госпитализировать больного», — проинформировала О.А. Голубовская.

Проректор по научно-педагогической работе Киевского медицинского университета УАНМ, советник главы Государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины, доктор медицинских наук, профессор Светлана Ивановна Доан отметила, что тяжелое осложненное течение гриппа практически не характерно для тех, кто переболел ранее или вакцинирован. На сегодня вакцинация является наиболее эффективным способом профилактики гриппа. Оптимальные сроки для ее проведения — сентябрь-октябрь. При иммунизации взрослых достаточно однократного введения вакцины, для детей в возрасте до 2 лет, не болевших гриппом и не прививавшихся ранее, необходимо 2-кратное внутримышечное введение вакцины с интервалом в месяц. Поскольку прогнозируется циркуляция вируса гриппа до середины марта, пациентам, которые не вакцинированы и не болели гриппом в текущем сезоне, рекомендуется сделать прививку до конца февраля. В состав противогриппозных вакцин сезона 2015-2016 гг. входят следующие штаммы:

- А/California/7/2009 (H1N1)pdm09;
- А/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)-подобный вирус;
- В/Phuket/3073/2013-подобный вирус.

Участники пресс-конференции акцентировали внимание на тревожных симптомах, имеющих неблагоприятное прогностическое значение:

- температура тела >39 °С, сохраняющаяся на фоне приема жаропонижающих фармако-терапевтических средств;
- потеря сознания;
- судороги;
- затрудненное дыхание и/или ощущение нехватки воздуха;
- интенсивная боль в области грудной клетки;
- отечность шеи.

Лечение в домашних условиях при наличии перечисленных признаков чрезвычайно опасно и сопряжено с высоким риском летального исхода!

ЗМІСТ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Уявіть світ, де жодна жінка не вмирає, даруючи життя дитині!..... 7
Триває інноваційна медична навчальна програма, спрямована на зниження материнської смертності в Україні

Сохранение здоровья нации в период реформирования системы здравоохранения – важнейшая задача медицинской науки
В.Н. Коваленко 10-11
15 января был сформирован новый состав президиума НАМН Украины

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»
В.Л. Новак..... 26-28
Провідному медичному закладу України виповнилося 75 років

СВІТОВИЙ КОНГРЕС

American Heart Association 2015: новости съезда кардиологов 5
По итогам АНА, 7-11 ноября 2015 года, г. Орlando (США)

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

Назначение статинов пациентам с артериальной гипертензией: истинные цели и доказанные преимущества
И.В. Давыдова 3-4
Следует отметить, что в классе статинов не все препараты имеют достаточную доказательную базу в отношении применения у пациентов с АГ без подтвержденной ИБС

Місце β-блокаторів у лікуванні пацієнтів з порушеннями ритму
О.Й. Жарінов 12-13
Саме ББ вважаються препаратами вибору в лікуванні шлуночкових аритмій і профілактиці раптової серцевої смерті

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Спирамицин в лечении инфекций дыхательных путей: работа на результат
Л.В. Юдина 6
В статье представлен разбор интересного клинического случая

Сезон-2016: вирус гриппа А/Н1N1 снова показал повышенную агрессивность
С.М. Гордиенко 8
По итогам пресс-конференции, г. Киев

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ

Сохранение чувствительности к антибиотикам: возможности для врачей первичной практики
М.П. Хансен, Т.К. Хоффман, А.Р. Мак-Каллаф и др. 18-19
Одним из наиболее действенных способов уменьшения использования антибиотиков является профилактика ОРЗ

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Новые европейские руководства по хламидийной и микоплазменной инфекциям
М.А. Гомберг20-21
По итогам научно-практической конференции, 17 декабря 2015 года, г. Киев

ПЕДІАТРІЯ

Биоэтические аспекты стандартизации оказания медицинской помощи новорожденным
Н.Л. Аряев..... 24-25
Все важные биоэтические решения должны приниматься на основе достигнутого соглашения заинтересованных сторон и положений локального клинического протокола

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Формування лідерства у сімейній медицині – фундамент успіху реформи охорони здоров'я України
Л.С. Бабінець 32-33

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Тест генерации тромбина – уникальный метод интегральной оценки системы гемостаза
А.А. Мельник 34-35

Перипетії діагностики бартонельозу
В.С. Копча 38

ЮРИДИЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ

Патентование в медицине
Е. Шум, А. Соляник..... 33

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Семен Семенович Лаврик: необыкновенный путь, славные свершения 36-37

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Українська гастроентерологічна асоціація
Науково-медичний консультативний гастроентерологічний центр
Київське товариство гастроентерологів

Науковий симпозиум з міжнародною участю

XVIII Національна школа гастроентерологів, гепатологів України «Сучасні досягнення в області профілактики і лікування захворювань органів травлення»

7-8 квітня, м. Київ

У рамках симпозиуму заплановано провести **Європейський курс післядипломної освіти «Нові горизонти в лікуванні хронічного панкреатиту та захворювань печінки»**. Курс організований Європейською асоціацією гастроентерології, ендоскопії та нутриціології – EAGEN (European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition) разом із НМАПО ім. П.Л. Шупика, Українською гастроентерологічною асоціацією.

Керівник європейського курсу післядипломної освіти – президент EAGEN Т. Milosavljevic. У роботі курсу братимуть участь провідні фахівці Європи та України. Науковий керівник Національної школи гепатологів, гастроентерологів України – член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор Н.В. Харченко.

Науковий симпозиум проводиться згідно з Реєстром з'їздів, конгресів, симпозиумів, науково-практичних конференцій, затвердженим МОЗ і НАМН України. Запрошуються лікарі-гастроентерологи, сімейні лікарі, терапевти, ендоскопісти, педіатри, інфекціоністи та лікарі інших спеціальностей. **Слухачі отримають Європейський сертифікат з післядипломної освіти.**

Місце проведення:

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *Початок о 9:00.*

Оргкомітет

Тел.: (044) 432-04-73, e-mail: gastro_endo@ukr.net

АНОНС

Національна академія медичних наук України
Асоціація ревматологів України
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»

Науково-практична конференція

Обґрунтування та напрямки інноваційної терапії в ревматології

24-25 березня, м. Київ

Місце проведення: конференц-зал «Венеція» готелю «Русь» (вул. Госпітальна, 4; станції метро «Палац Спорту», «Кловська»)

Реєстрація учасників: 24 березня з 8:30 у вестибюлі конференц-залу «Венеція». Під час реєстрації сплачується організаційний внесок.

Основні науково-практичні питання:

- Біологічна терапія. Державні програми біологічної терапії в ревматології: невирішені соціальні та медичні аспекти. Спадкоємність педіатричної та ревматологічної служб
- Медико-соціальні питання в ревматології та міжнародні ініціативи Fit for Work і Treat to Target
- Подагра. Порушення пуринового обміну як патофізіологічна основа спорідненості серцево-судинної та ревматичної патології
- Реабілітація в ревматології
- Остеоартроз та остеопороз: спадкоємність профілактики і фармакотерапевтичного лікування
- Біомаркери в ревматології
- Клінічні семінари: рідкісні та фармакорезистентні ревматичні хвороби
- Захворювання опорно-рухового апарату
- Організаційно-методична нарада з питань подальшої імплементації настанов, протоколів і стандартів у ревматології

У рамках заходу проходитимуть виставки та презентації лікарських засобів і медичного обладнання.

Оргкомітет

Адреса: 03151, м. Київ-151, вул. Народного ополчення, 5, ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»

Тел./факс: (044)249-70-03, 275-66-22 Е-mail: stragh@bigmir.net

Сохранение здоровья нации в период реформирования системы здравоохранения — важнейшая задача медицинской науки

15 января состоялись общие сборы Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины. По итогам выборов был сформирован новый состав президиума НАМН. Одним из вице-президентов НАМН стал президент Ассоциации кардиологов Украины, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Николаевич Коваленко.



Во время встречи с журналистами медицинских изданий профессор В.Н. Коваленко рассказал об основных задачах дальнейшей работы НАМН Украины и о приоритетных направлениях развития кардиологии в условиях реформирования системы здравоохранения.

Владимир Николаевич, все понимают, что сейчас не самое благоприятное для медицинской науки в Украине время. Расскажите о своем видении деятельности НАМН на данном и последующем этапах развития социально-экономической и политической ситуации в нашей стране.

— На мой взгляд, в нынешней сложной ситуации самую ожидаемую реформу — реформу системы здравоохранения — следует проводить таким образом, чтобы сохранить накопленные на протяжении многих лет наработки и положительный опыт. Если в каких-то сферах и уместны революционные изменения, то только не в медицинской науке, которой свойственна прогрессивная эволюция. Революции и разрушения с последующим (возможно, очень долгим) восстановлением не способствуют развитию науки, ведь на формирование системы научных учреждений и клинических центров, взаимосвязанных между собой, уходят годы. Жесткая селекция сотрудников, их многолетний кропотливый труд — научный и организационный, результаты которого проявляются далеко не сразу, создают плацдарм для появления новых идей, новых ярких личностей, революционных технологий. Разрушение всего, что было наработано десятилетиями, всегда влечет за собой простой в развитии науки, а это недопустимо, особенно для медицины. Полностью отказаться от накопленного отечественными учеными опыта, попытаться построить нечто новое, внедряя опыт других стран в наших условиях, — рискованно, особенно в ситуации, когда финансирование медицины и медицинской науки очень ограничено.

Обновление состава президиума НАМН, выборы нового президента — это, безусловно, новый шаг в развитии НАМН, но все же это развитие базируется, в том числе, — на достижениях прошлых лет. В нынешний президиум НАМН Украины вошли ученые с большим опытом организаторской деятельности в существующей сегодня системе здравоохранения. Первое заседание президиума НАМН продемонстрировало взаимопонимание между его членами и их готовность к взаимоподдержке. Это немаловажно, учитывая, что осуществление эффективного административного менеджмента невозможно без сплоченной команды.

В новую команду вошли руководители крупных научно-исследовательских институтов с мощной клинической базой, которые даже в условиях экономического кризиса смогли обеспечить достаточно высокий уровень высококвалифицированной медицинской помощи в этих учреждениях, установить прочные связи с органами практического здравоохранения, наладить сотрудничество с Министерством здравоохранения (МЗ) Украины. С другой стороны, многие члены президиума являются главными специалистами МЗ Украины по разным специальностям, и это способствует

еще более тесному сотрудничеству НАМН и МЗ, большему взаимопониманию при определении концепции развития системы здравоохранения и конечных целей нашей деятельности.

Последние несколько лет ведутся дискуссии о реформировании системы здравоохранения. Порой создается впечатление, что реформаторы, сосредоточившись на разработке концепций, не могут четко определить непосредственную цель этого процесса.

— Так происходит, когда реформами в системе здравоохранения пытаются заниматься специалисты, не имеющие опыта работы в украинском практическом здравоохранении, не понимающие особенностей уже существующей системы и плохо знакомые с реальными условиями. Кроме того, постоянно пытаюсь доказать преимущества той или иной концепции развития системы здравоохранения, участники дискуссий забывают о главном — мы должны на всех этапах реформирования заботиться о сохранении и улучшении здоровья нации. Никакие высокие цели не могут служить оправданием, если на пути к их достижению мы будем рисковать здоровьем и жизнью людей в стране, ежегодно теряющей 400–450 тыс. человек. Для сохранения здоровья населения не обязательно разрушать уже существующую государственную систему здравоохранения. Осязаемые результаты уже в ближайшие годы может принести ее реструктуризация и оптимизация работы — это подтверждает опыт таких стран, как Великобритания, Канада, Япония, и других, где существует государственная система оказания медицинской помощи. На мой взгляд, даже реструктуризацию не следует осуществлять слишком стремительно. Например, крайне трудно в короткие сроки обеспечить здравоохранение опытными квалифицированными семейными врачами — формирование института семейной медицины займет несколько лет. Мы можем сохранить кадровый потенциал и качество медицинской помощи, проводя реструктуризацию уже существующих медицинских учреждений, создавая на их базе хосписы, дневные стационары, центры семейной медицины. Способов эффективного использования уже имеющихся ресурсов много, как и источников законного дополнительного финансирования медицины, необходимо только желание работать, а не ликвидировать и разрушать. В этой ситуации задача ученых — определить конкретную цель, тогда мы не ошибемся и в выборе способов ее достижения.

Какие направления в работе НАМН, на Ваш взгляд, являются сегодня наиболее важными?

— Одним из важнейших направлений является разработка и внедрение программ по усовершенствованию диагностики и лечению различных заболеваний — как наиболее распространенных и влияющих на показатели смертности, так и редких, характеризующихся тяжелым течением и требующих значительных финансовых затрат на приобретение препаратов.

Уверен, что работа в рамках государственных программ по усовершенствованию диагностики и лечения заболеваний, влияющих на смертность, может принести хорошие результаты даже в условиях недостаточного финансирования. Например, в результате внедрения государственной программы по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) (2000–2010 гг.) мы наблюдали не только улучшение выявляемости АГ и контроля артериального давления

в популяции, но и уменьшение частоты инсультов, некоторое снижение уровня смертности от cerebro-vascularных заболеваний и тенденцию к увеличению продолжительности жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Это свидетельствует о том, что подход к снижению заболеваемости, при котором ведущая роль отводится внедрению системы реинбурсации, является односторонним. Не меньшее, а возможно — и большее, значение в снижении уровня заболеваемости и смертности имеют программы, направленные на выявление и устранение факторов риска и профилактику заболеваний. По крайней мере, это неоспоримо в отношении ССЗ, и в условиях реформирования системы здравоохранения профилактическое направление в кардиологии выходит на первый план. С другой стороны, внедрение программ НАМН, направленных на обеспечение эффективным современным лечением пациентов с тяжелыми и редкими заболеваниями, позволяет решить вопросы социальной защиты наиболее уязвимых категорий пациентов — пенсионеров и детей. Так, в 2015 г. нам удалось реализовать программу НАМН по использованию биологических агентов в лечении ревматических заболеваний у детей, достигших 18 лет, которые переходят из детской ревматологии под наблюдение «взрослых» специалистов. Это позволило оптимизировать процесс перехода подростков с ревматическими заболеваниями во «взрослую» ревматологию и осуществлять его в соответствии с европейскими стандартами, обеспечивая социальную поддержку молодых пациентов, многие из которых являются инвалидами. Кроме того, НАМН располагает хорошей базой для создания специализированных центров для пациентов с редкими заболеваниями. Примером может служить создание на базе нашего института научно-методического центра по диагностике и лечению легочной гипертензии. Это дало возможность активизировать работу по формированию регистра пациентов с легочной гипертензией, диагностировать ее с помощью современных методов у пациентов, поступающих к нам из регионов. В ряде случаев у этих больных приходится отменять или уточнять диагноз, оптимизировать лечение, т. е. в специализированном центре они получают гораздо более квалифицированную помощь, чем в обычных лечебных учреждениях.

Кроме того, на базе ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины создан экспертный консультативно-диагностический и лечебный центр по миокардитам и кардиомиопатиям, что, несомненно, будет иметь большое значение для улучшения диагностики и лечения этих заболеваний в нашей стране.

Другое важное направление НАМН — сотрудничество ее подразделений с ведущими украинскими производителями фармацевтической продукции в области создания новых лекарственных средств, а также проведения исследований биоэквивалентности, клинической эффективности и безопасности препаратов. В Украине существует большой потенциал для проведения таких исследований, однако сегодня работа в этом направлении проводится недостаточно, и наши производители вынуждены пользоваться услугами зарубежных центров.

Хочется также отметить роль НАМН в формировании единого медицинского пространства. Проблема объединения мощных специализированных центров (кардиологических, пульмонологических, неврологических и так далее) в единую систему оказания медицинской помощи не нова для нашей страны. Разное ведомственное подчинение и недопонимание некоторыми руководителями возможностей, которые предоставляет создание единого медицинского пространства, бюрократизируют и тормозят этот процесс. В полной мере эта цель не реализована

и в отдельных сферах медицины. Например, Ассоциация кардиологов и Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов Украины неоднократно выступали с инициативой создания в пределах Киева единого медицинского пространства для оказания помощи пациентам с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Эта задача частично решена в результате длительных переговоров между Управлением здравоохранения г. Киева, МЗ Украины, президиумом НАМН, руководителями медицинских центров. Однако для достижения полной эффективности в оказании помощи пациентам с ОИМ в пределах такого пространства в столице нам необходимо дальнейшее развитие взаимодействия указанных структур. Поскольку единое медицинское пространство включает и научно-исследовательские институты с клиническими базами, которые входят в структуру НАМН, роль последней в ускорении данного процесса очевидна.

Наконец, научно-исследовательские институты, входящие в структуру НАМН, участвуют в создании диагностических и лечебных протоколов, адаптации международных рекомендаций к нашим условиям, создании национальных руководств по ведению пациентов с различными заболеваниями. Таким образом, медицинская практика не может существовать и быть эффективной без современного научного обеспечения, как и медицинская наука не может развиваться без постоянного взаимодействия с практическим здравоохранением. Поэтому хочется надеяться, что даже в самое трудное время государство не оставит без внимания фундаментальную науку. Пусть она не приносит прибыли сегодня, зато обеспечивает развитие медицины в будущем.

Как известно, учреждения НАМН принимали участие в оказании высокоспециализированной медицинской помощи как переселенцам из зоны АТО, так и бойцам. Наверняка Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско не остался в стороне от этой проблемы.

— Действительно, руководство НАМН заняло очень активную позицию в обеспечении медицинской помощи бойцам АТО и переселенцам. С этой

целью от нашего института были переданы 2 автомобиля скорой медицинской помощи. Специалисты института, в том числе и члены НАМН, которые работают в других учреждениях кардиологического профиля, выезжали в зону АТО для обследования пациентов и проведения оперативных вмешательств. В стационарных отделениях клинической базы института проходили и проходят лечение пациенты из зоны АТО, требующие высококвалифицированной помощи, — это тысячи больных с впервые возникшими заболеваниями, а также с хронической патологией, обострившейся вследствие стрессовых факторов.

Связь стресса с сердечно-сосудистыми заболеваниями в прошлом году часто становилась темой для обсуждения во время научно-практических мероприятий, организованных ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины. Какая научная и практическая работа планируется в этом направлении?

— Даже в самой неблагоприятной ситуации необходимо стремиться получать новые знания, которые пригодятся и сейчас, и в будущем. Суровые реалии заставили нас более внимательно изучить научную составляющую влияния острого и хронического стресса на развитие и течение ССЗ, а также на эффективность проводимого лечения. Сегодня мы приходим к пониманию, что в некоторых ситуациях без соответствующей медикаментозной поддержки и квалифицированной помощи психиатра или психотерапевта невозможно добиться удовлетворительных результатов лечения ССЗ. Данной проблеме были посвящены отдельные конференции и пресс-конференция, прошедшая в рамках XVI Национального конгресса кардиологов Украины. В помощь практическим врачам сотрудниками нашего института разработаны методические документы и информационные материалы. Прделанная работа и ее продолжение в текущем году поможет установлению более прочных связей между кардиологами и специалистами в области психиатрии, а также дальнейшему внедрению мультидисциплинарного подхода

к лечению кардиологических больных. В дальнейшем мы планируем не только проведение научных исследований, касающихся влияния стресса на развитие ССЗ, но и разработку новых методов профилактики возникновения и обострения этих заболеваний у лиц, подвергающихся стрессу.

Какие направления в развитии медицинской науки и клинической медицины определены как приоритетные в 2016 году?

— Приоритетным является дальнейшее развитие генетики, трансплантологии, иммунологии, разработка новых лекарственных средств и медицинских технологий. В области клинической медицины актуальность сохраняют проблемы профилактики и лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, по-прежнему занимающих ведущие позиции в структуре общей смертности. Для нашей страны характерен один из наиболее высоких в мире показателей смертности от ССЗ, поэтому НАМН и Ассоциация кардиологов Украины выступили с инициативой объявить 2016-й Годом сердца в стране. В связи с этим разработан проект программы, который был заслушан в МЗ и Комитете Верховной Рады Украины по вопросам здравоохранения. Данная программа предусматривает широкий круг мероприятий по профилактике ССЗ, имплементации новейших технологий для усовершенствования их диагностики и лечения, дальнейшей разработке протоколов, внедрению новых форм обеспечения медицинской помощи, в частности — использованию элементов страховой медицины, хозрасчетных отношений. Это, с одной стороны, повысит мотивацию со стороны врачей к самосовершенствованию и предоставлению качественной помощи, с другой — будет способствовать появлению дополнительных источников финансирования лечебных учреждений.

Таким образом, нам есть над чем работать, и мы должны искать сегодня возможности для улучшения качества медицинской помощи населению, а не причины для бездействия.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



АНОНС

Українська асоціація остеопорозу
Українська асоціація менопаузи, андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи
Наукове медичне товариство геронтологів і геріатрів України
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Департамент охорони здоров'я ЛОДА
Львівська обласна клінічна лікарня
спільно з Австрійською асоціацією з досліджень метаболізму кісткової тканини та Словацькою асоціацією остеопорозу та метаболічних захворювань кісткової тканини
під патронатом Європейської асоціації клінічних та економічних аспектів остеопорозу та остеоартрозу й м'язово-скелетних захворювань (ESCEO)

II Міжнародний симпозиум Захворювання кістково-м'язової системи та вік

10-11 березня, м. Львів

Питання, що розглядатимуться:

- Сучасні методи діагностики остеопорозу
- Вторинний остеопороз
- Остеоартроз: сучасні методи діагностики та лікування
- Больові синдроми в геріатричній ортопедії
- Патогенез та сучасне лікування подагри
- Епідеміологія дефіциту та недостатності вітаміну D
- Саркопенія: механізми розвитку та діагностика

У симпозиумі братимуть участь провідні фахівці **А. Діміч** (Королівство Бахрейн), **А. Барбоса**, **М. Маскарена** (Португалія), **А. Гаспарік** (Румунія), **Д. Ханс** (Швейцарія), **П. Плудовський**, **Е. Червінський**, **Я. Бадурський** (Польща), **Г. Хольцер**, **Г. Реш** (Австрія), **Я. Каніс** (Велика Британія), **М. Холік**, **Н. Бінклі** (США), **С. Соколович** (Боснія і Герцеговина), **В. Алекна** (Литва).

Оргкомітет

Контактні особи: Дзерович Наталія Іванівна, Поворознюк Василь Валерійович, Синенький Омелян Володимирович.

Тел.: 044-254-15-50

E-mail: osteoconf@ukr.net

Адреса: вул. Вишгородська, 67, м. Київ, 04114.



ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА

Запрошуємо Вас відвідати
Конгрес «Людина та ліки» - Україна,
який відбудеться 31.03–1.04.2016 р.
у Конгрес-холі готелю «Космополіть»
(м. Київ, вул. В.Гетьмана, 6)

Чернівці

вул. Комарова, 13А (Комплекс «Черемош»)
25 травня 2016

Дніпропетровськ

пл. Шевченка, 1 (парк ім. Шевченка)
15 вересня 2016

Вінниця

5 жовтня 2016

Львів

20 жовтня 2016

Одеса

3 листопада 2016

Харків

24 листопада 2016

Ресструйтеся на сайті
chil.com.ua

Дивіться пряму інтернет-трансляцію вибраних лекцій
на головній сторінці порталу <http://www.chil.com.ua>

Оргкомітет: ТОВ «Нью Віво»

Адреса: Київ, С. Петлюри, 13/135, 2 поверх, офіс 23
Тел./факс: +38 044 287 07 20, e-mail: office@newvivo.com.ua

Місце β -блокаторів у лікуванні пацієнтів з порушеннями ритму



О.Й. Жарінов

Перед кожним лікарем терапевтичного профілю щодня постають питання: які β -блокатори (ББ), в яких дозах і з якою кратністю доцільно використовувати у пацієнтів з аритміями? Знайти відповіді на них нашому кореспонденту допоміг головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Функціональна діагностика», завідувач кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Йосипович Жарінов.

На Вашу думку, з чим пов'язана така велика кількість дискусійних питань і навіть міфів щодо використання ББ у пацієнтів з кардіологічною патологією?

— ББ посідають особливе місце в сучасній кардіології. Це одна із найстаріших груп препаратів, тому не дивно, що значна кількість проведених на сьогодні клінічних досліджень присвячені саме ББ. Цілком закономірно, що деякі положення щодо застосування цих препаратів постійно обговорюються в літературі, на кардіологічних симпозиумах і конференціях, але за своєю суттю є міфами. Розглянемо основні з них.

ББ не є препаратами першої лінії у лікуванні артеріальної гіпертензії (АГ). На нашій кафедрі проводилися спеціальні дослідження з приводу лікування АГ, у яких взяли участь понад 6 тис. пацієнтів із АГ. Виявилось, що абсолютна більшість пацієнтів, які в реальній клінічній практиці звертаються до терапевта чи кардіолога, мають фонові стани, що в сучасних рекомендаціях визначені як прямі показання до застосування саме ББ: наприклад, ішемічну хворобу серця (ІХС), хронічну серцеву недостатність (ХСН), дисфункцію лівого шлуночка, порушення серцевого ритму. Обстеження пацієнтів з АГ свідчить, що у більшості випадків у них наявні супутні захворювання, які є показаннями до застосування ББ.

ББ не показані при стабільних формах ІХС. Ретроспективні дослідження, проведені у Франції, результати яких були оприлюднені на одному з останніх європейських кардіологічних конгресів, свідчать про те, що показники виживаності у пацієнтів, які отримували ББ упродовж 5 років після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ), не були кращими, ніж у хворих, що припиняли лікування після 12 міс використання. Утім, варто наголосити, що ці дані є ретроспективними. Питання про можливість відміни ББ через рік після перенесеного ІМ за аналогією з подвійною антиагрегантною терапією є досить суперечливим. Доказова база щодо довготривалого використання ББ у такій ситуації практично відсутня. Всі існуючі дані стосуються саме 1-го року застосування, однак це не означає, що через 12 міс після перенесеного ІМ всім пацієнтам автоматично треба відмінити лікування ББ. Насправді у більшості хворих з ІМ в анамнезі є підстави для тривалої терапії ББ. Вона є доцільною у разі систолічної дисфункції лівого шлуночка та за наявності ознак ХСН.

ББ підвищують ризик виникнення цукрового діабету (ЦД). Цей міф з'явився не випадково: саме цьому питанню була присвячена значна кількість досліджень, проведених у 1980-1990-ті рр. Серед таких робіт доцільно згадати дослідження LIFE, результати якого свідчать про те, що порівняно з лозартаном застосування атенололу підвищує ризик виникнення нового ЦД на 25%. Чи означає це, що прийом ББ є потенційним фактором ризику розвитку ЦД? Слід враховувати, що ББ — це дуже різноманітна фармакотерапевтична група, і той факт, що атенолол здатен підвищити ризик виникнення ЦД, не можна екстраполювати на всі препарати даного класу. Також варто пам'ятати, що вказана здатність ББ сприяти виникненню ЦД може бути найбільш значущою для певної категорії хворих: пацієнтів із ЦД у сімейному анамнезі, наявністю ожиріння, осіб із пограничними рівнями глюкози крові. За відсутності перерахованих факторів призначення ББ для терапії основного захворювання можна вважати безпечним.

ББ можна використовувати незалежно від фонових ритму серця. У настановах з лікування хворих із ХСН зазначено, що призначення й титрування ББ не відрізняється у пацієнтів із синусовим ритмом

та у хворих із фоновою фібриляцією передсердь (ФП). Однак у реальному житті пацієнти з першої категорії, як правило, мають меншу частоту серцевих скорочень (ЧСС), ніж хворі другої категорії, тому для пацієнтів із ФП цільовий рівень ЧСС може бути принаймні на 10-20 уд./хв вищим, ніж для осіб із синусовим ритмом.

Позитивний вплив ББ на виживання хворих із ХСН залежить від дози і досягається лише за умови використання препаратів у цільових дозах. Якщо детально вивчити результати великих контрольованих досліджень, можна побачити, що і низькі, і помірні, і цільові дози ББ асоціюються з покращенням прогнозу виживання хворих. При цьому прямого порівняння титрування препаратів до різних доз не здійснювалось. Як до цього ставитися у клінічній практиці? Звичайно, необхідно прагнути досягти максимально переносимої дози ББ. Однак слід пам'ятати, що іноді титрування ББ потребує суттєвого періоду часу. Якщо ж, незважаючи на повільне титрування, не вдається досягти цільових доз препаратів і пацієнт продовжує отримувати ББ у помірних (чи низьких) дозах, то навіть у цьому випадку призначення ББ є доцільним, обґрунтованим та ефективним. Тобто прагнути до досягнення цільових доз ББ, звичайно, потрібно, однак й використання більш низьких доз має позитивний вплив на показники виживання хворих із ХСН.

Дискусійним та недостатньо висвітленим у літературі є питання застосування ББ з метою лікування порушень серцевого ритму. Слід зазначити, що останніми роками питання медикаментозного лікування у таких хворих відійшло на другий план, що пояснюється широким використанням кардіовертерів-дефібриляторів, серцевої ресинхронізуючої терапії. Однак медикаментозна терапія, безумовно, також зберегла своє місце, що відображено в протоколі лікування шлуночкових аритмій і профілактики раптової серцевої смерті, що був опублікований у 2015 р. Саме ББ вважаються препаратами вибору в лікуванні шлуночкових аритмій і профілактиці раптової серцевої смерті, а також у разі захворювань, що асоціюються з активацією симпатoadреналової системи та збільшеним ризиком серцево-судинної смерті: гіпертрофічної кардіоміопатії, синдрому подовженого інтервалу QT, аритмогенної дисплазії правого шлуночка, катехоламінергічної поліморфної шлуночкової тахікардії, ідіопатичної фібриляції шлуночків. Для перерахованих станів характерна наявність широкої доказової бази з використання ББ і незначна кількість досліджень терапевтичної ролі інших антиаритмічних препаратів. ББ мають потужний симптомний вплив, покращують стан пацієнтів із нейроциркуляторною дистонією, лабільністю нервової системи. Як засоби першої лінії терапії ББ використовують також у разі пролапсу мітрального клапану з наявністю клапанної регургітації.

Яка поширеність порушень ритму серед населення України? Для лікування яких з них застосовуються ББ?

— В українській популяції поширеність різних форм ФП становить 12% (отже, абсолютна кількість таких пацієнтів може наблизитися до 800 тис. — 1 млн). Ще більш поширеними є різні форми екстрасистолічної аритмії. Водночас хворих із суправентрикулярними й шлуночковими пароксизмальними тахікардіями відносно небагато. Проте їх теж відносять до групи пацієнтів, яким показані ББ.

На нашу думку, препарати цього класу можуть використовуватися у більшості хворих із різними порушеннями ритму, за винятком осіб із брадикардією

або наявністю специфічних протипоказань до застосування ББ.

Чи можна виділити специфічні критерії необхідності призначення ББ?

— Так, до таких критеріїв можна віднести особливості клінічного перебігу аритмій. Як вагомі аргументи «за» призначення препаратів класу ББ можна навести:

- активацію симпатoadреналової системи й переважання гіперкінетичного типу кровообігу;
- наявність фонової синусової тахікардії у більшості пацієнтів із пароксизмальними порушеннями ритму;
- шлуночкові аритмії високих градацій;
- потреба у лікуванні антиаритмічними препаратами І класу.

Як часто в Україні та світі загалом застосовуються ББ при аритміях? Як співвідноситься частота призначення цих препаратів і антиаритмічних засобів інших класів?

— Загалом при порушеннях ритму ББ застосовуються дуже часто. Проте відповісти на це питання я можу, керуючись лише власним клінічним досвідом, оскільки в Україні, на жаль, немає реєстру даних щодо поширеності різних варіантів аритмій і частоти застосування для їх корекції ББ. Доступні широкому колу дані нечисленні й обмежуються результатами епідеміологічних досліджень, проведених певними науковими установами в окремих регіонах нашої країни. Такий обсяг інформації дає підстави стверджувати, що ББ найчастіше призначаються при клінічно значущій екстрасистолії — як шлуночкової, так і суправентрикулярній. У випадку суб'єктивно поганої переносимості екстрасистолії препарати цієї групи, призначені у невисоких дозах, забезпечують симптоматичний ефект, подібний до такого транквілізаторів. За наявності загрозливих для життя шлуночкових тахіаритмій ББ переважно призначаються разом з аміодароном. При суправентрикулярних пароксизмальних тахікардіях (за необхідності — також при шлуночкової екстрасистолії) вони застосовуються не лише в комплексі з аміодароном, а й у комбінації з антиаритмічними препаратами І класу.

Чи доцільно комбінувати ББ з антиаритмічними засобами інших класів?

— Так, доцільно. Ці препарати можна комбінувати з будь-якими антиаритмічними засобами, крім антагоністів кальцію (верапамілу, дилтіазему). Поєднаний прийом з антагоністами кальцію асоціюється з ризиком виникнення або підвищення ступеня вже наявної атріовентрикулярної блокади і/або брадикардії. Комбіноване призначення ББ з аміодароном, етацизином, пропafenоном, а також низкою інших засобів, які на сьогодні не представлені на українському фармацевтичному ринку, сприяє посиленню антиаритмічного ефекту, зниженню ймовірності проявів проаритмогенної дії цих препаратів.

У дослідженні CAST антиаритмічні препарати І класу погіршували виживаність пацієнтів, які перенесли ІМ, з порушеннями ритму на фоні збереженої функції лівого шлуночка. Водночас ретроспективний аналіз результатів цього випробування продемонстрував, що у пацієнтів, які отримували ББ, незалежно від режиму дозування, прогноз не погіршувався. Призначаючи ББ у комбінації з іншими антиаритмічними препаратами, ми насамперед прагнемо попередити виникнення їх проаритмогенних ефектів, особливо у пацієнтів зі структурними змінами міокарда.

Яка роль ББ у лікуванні пацієнтів із ФП?
— У багатьох національних і міжнародних рекомендаціях простежується чітка тенденція до обмеження місця ББ як препаратів першої лінії у пацієнтів з АГ. Водночас у Великій Британії ББ визнані препаратами першого вибору при ФП, якщо немає протипоказань до їх призначення. ББ забезпечують зменшення ЧСС, сприятливо впливають на перебіг основного захворювання, іноді реалізують антиаритмічний ефект, особливо виражений у пацієнтів з адренергічним типом кровообігу і пароксизмальною формою ФП, а також, як уже зазначалося, зменшують вірогідність проаритмогенної дії інших антиаритмічних засобів у разі одночасного їх застосування. ББ повинні призначатися навіть у випадку безсимптомних пароксизмів ФП, проте в цьому разі на перший план виходить не профілактика виникнення пароксизмів, а контроль ЧСС і терапія фонових патологій.

У чому полягають основні принципи вибору ББ при порушеннях ритму?
— Вибір того чи іншого препарату класу ББ залежить від безпосередньої мети його призначення. Якщо порушення ритму виникає епізодично і супроводжується клінічними симптомами, то ми нерідко вдаємося до призначення одного з давно застосовуваних неселективних препаратів цієї групи — пропранололу. Подібні призначення при АГ сьогодні не вважають раціональними у зв'язку з відсутністю селективності, метаболічними побічними ефектами й незначною тривалістю антигіпертензивного ефекту пропранололу. Однак під час ведення пацієнтів із порушеннями ритму така тактика іноді виявляється досить ефективною.
Слід також пам'ятати, що хворим з аритміями показані ліпофільні ББ без внутрішньої симпатоміметичної активності. Тільки на тлі застосування ліпофільних представників класу було продемонстровано зниження ризику раптової серцевої смерті у постінфарктних пацієнтів в найбільш значущих клінічних випробуваннях.

Найбільш вивченим серед ББ вважається метопролол, накопичена чимала доказова база його застосування. У керівництві з кардіології Ю. Браунвальда метопролол названий еталонним препаратом у лікуванні пацієнтів після перенесеного ІМ. Його дія вивчена при всіх станах, які є показаннями для призначення ББ. Так, у дослідженні MAPNУ ризик раптової смерті у пацієнтів з АГ, які приймали метопролол, був на 30% нижчим порівняно з таким у групі діуретиків. Доведено, що застосування різних лікарських форм метопрололу сприяє істотному зниженню ризику раптової серцевої смерті у хворих із ХСН.
Хочу зазначити, що одними з найчастіше використовуваних ББ у рутинній клінічній практиці є генеричні препарати метопрололу тартрату — Егілок і Егілок Ретард («Егіс», Угорщина). На мій погляд, передбачуваність дії і висока якість — досить вагомі аргументи для того, щоб під час лікування пацієнтів із кардіальною патологією та порушеннями серцевого ритму зупинити свій вибір на препараті Егілок і його пролонгованій формі.
Які дози метопрололу застосовуються у пацієнтів з аритміями?
— Згідно із затвердженими на сьогодні стандартами лікування ІХС і ХСН, доза метопрололу повинна становити 150-200 мг/добу залежно від форми препарату (швидкої або пролонгованої дії). Пацієнтам з АГ слід призначати мінімальну ефективну дозу метопрололу. У випадку його застосування як основного антиаритмічного засобу ефективними можуть бути різні дози препарату. В аритмології немає жорстких рекомендацій щодо того, в яких дозуваннях необхідно призначати препарат при виникненні різних порушень ритму. Тим не менш, очевидно, що для зниження ризику раптової серцевої смерті у пацієнтів, які перенесли ІМ, а також у хворих із ХСН метопролол слід прагнути застосовувати у високих терапевтичних дозах. Досягнутий у цьому випадку антиаритмічний ефект

частково обумовлений мембраностабілізуючими властивостями метопрололу.
Якщо метопролол призначають у комбінації з аміодароном, то його дозу слід титрувати до досягнення цільового рівня ЧСС. При цьому дози обох препаратів можуть виявитися невисокими. Іноді ці лікарські засоби призначають у зворотній послідовності. Тоді дозу аміодарону визначають відповідно до рівня ЧСС, досягнутого на фоні прийому метопрололу. Отже, дози обох препаратів суттєво залежать від того, який засіб був призначений першим.
Яка кратність призначення препарату Егілок пацієнтам з порушеннями ритму?
— На відміну від АГ та ІХС при лікуванні деяких порушень ритму не завжди потрібно забезпечувати дію ББ протягом 24 год на добу, наприклад при рідкісних епізодах пароксизмальних тахіаритмій. У такому випадку критика застосування короткодійних препаратів недоречна. При згаданих формах порушень можна призначати як швидкодіючий пероральний Егілок, так і сучасні ін'єкційні ББ (залежно від того, в який термін потрібно досягти зниження ЧСС). Пролонговані форми лікарських засобів, такі як Егілок Ретард, можуть призначатися 1 р/добу, наприклад у пацієнтів з постійною тахіформною ФП або шлуночковими порушеннями ритму після ІМ, але за умови, що в нічний час доби не спостерігається вираженої брадикардії.
Таким чином, дискусії та міфи навколо деяких «класичних» препаратів іноді свідчать не про необхідність обмежувати їх використання в практичній діяльності, а більшою мірою про різноплановість доказової бази, значну кількість ефектів у одного лікарського засобу, універсальність його застосування при численному переліку нозологій. Звичайно, це твердження підходить лише для випадків призначення перевірених часом препаратів, адекватного режиму дозування та дотримання принципів раціонального застосування ББ.

Підготувала **Олександра Меркулова**



Сімейство Егілок – індивідуальний підбір терапії для кожного пацієнта

Егілок®

МЕТОПРОЛОЛ

1 таблетка містить 25 мг, 50 мг або 100 мг метопрололу тартрату

Егілок® Ретард

МЕТОПРОЛОЛ

1 таблетка містить 50 мг або 100 мг метопрололу тартрату

1 РАЗ НА ДОБУ

Показання до застосування β-блокаторів

	АГ	ІХС		Порушення ритму	Гіпертиреоз	Профілактика нападів мігрені
		Стенокардія	Після ІМ			
Егілок®	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙

Приймати незалежно від прийому їжі

Побічні реакції. Егілок. Порушення сну, запаморочення, головний біль, серцебиття, артеріальна гіпотензія, шкірні алергічні реакції, підвищена втомлюваність та ін. РП. UA/0946/02/01, UA/0946/02/02 від 18.07.2013р.
Егілок Ретард. Брадикардія, серцебиття, стомлюваність, запаморочення, головний біль, порушення сну, шкірні алергічні реакції, нудота, здуття, печія та ін. РП. UA/9635/01/01, UA/9635/01/02, UA/9635/01/03 від 21.07.2014р.
Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Відпускається за рецептом лікаря. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.

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

Сохранение чувствительности к антибиотикам: возможности для врачей первичной практики

За последние 70 лет антибиотики внесли огромный вклад в борьбу с инфекционными заболеваниями и увеличение продолжительности жизни людей. Однако сегодня мы постепенно входим в постантибиотическую эру – время, когда антибиотики утрачивают свою эффективность, поскольку бактерии становятся все более устойчивыми. В отчете Всемирной организации здравоохранения 2014 г. указывается, что антибиотикорезистентность больше не является предсказанием на будущее – она наблюдается уже сейчас во всем мире и негативно влияет на возможности лечения распространенных инфекций как в больничных, так и в амбулаторных условиях. Важнейшей причиной роста проблемы резистентности бактерий является избыточное и неадекватное использование антибиотиков. Его последствия проявляются не только на уровне популяции, но и у отдельных пациентов: в исследовании С. Costeloe и соавт. (2010) было установлено, что у больных, получающих антибактериальный препарат по поводу респираторной или мочевой инфекции, устойчивость бактерий к этому антибиотику может сохраняться до 12 мес.

Большинство назначений антибиотиков осуществляется врачами первичной практики и по поводу острых респираторных заболеваний (ОРЗ). ОРЗ – общий термин для группы заболеваний, включающей острый средний отит, острый синусит, острый тонзиллит, острый фарингит, острый бронхит, пневмонию, обычную простуду и грипп. Эти инфекции очень распространены в популяции: за 6-месячный период симптомы ОРЗ наблюдаются более чем у 50% взрослых, из них каждый 5-й обращается к врачу общей практики. Антибиотики назначаются почти 90% пациентов с диагнозом острого отита, острого синусита или острого тонзиллита. В США частота назначения антибиотиков по поводу острого бронхита достигает 70%, в Австралии – 73%, несмотря на наличие доказательств того, что необходимость в антибиотикотерапии при этом заболевании составляет около 0%. В настоящей работе предпринята попытка проанализировать имеющиеся возможности и стратегии снижения неадекватного использования антибиотиков при ОРЗ в общей медицинской практике (рис.).

Здоровые лица

Одним из наиболее действенных способов уменьшения использования антибиотиков является профилактика ОРЗ.

Вакцинация

Наемophilus influenzae тип a (Hib) остается значимой причиной развития пневмонии и менингита у детей, при этом вакцинация против Hib является безопасной и эффективной в снижении заболеваемости Hib. Пневмококковые полисахаридные вакцины, в свою очередь, эффективно предотвращают неблагоприятные исходы инвазивной пневмококковой инфекции, тем не менее метаанализ не подтвердил целесообразность рутинной вакцинации для профилактики пневмонии и снижения смертности (Moberley S. et al., 2013). Вакцинацию также рекомендуется применять с целью профилактики гриппа. В исследовании V. Demicheli и соавт. (2014) было продемонстрировано, что у здоровых лиц вакцинация против гриппа снижает риск появления симптомов и продолжительность нетрудоспособности, но не влияет на частоту осложнений и не уменьшает риск инфекции. В отношении других возбудителей ОРЗ эффективные методы на сегодня не разработаны.

Регулярные физические нагрузки могут снижать частоту ОРЗ, уменьшать

их продолжительность и тяжесть, однако имеющаяся доказательная база остается ограниченной. В настоящее время проводится Кокрановский метаанализ, посвященный этому вопросу (Grande A.J. et al., 2013).

Комплементарная и альтернативная медицина

Для профилактики ОРЗ рекомендовалось использовать пробиотики, эхинацею и витамин С. Последний применяется более 80 лет, однако Кокрановский метаанализ показал, что аскорбиновая кислота не снижает частоту обычной простуды (Hemila H. et al., 2013). В другом Кокрановском обзоре было продемонстрировано отсутствие статистически значимого эффекта эхинацеи. Следует отметить, что в отдельных исследованиях, посвященных изучению эхинацеи, все же проявлялся небольшой профилактический эффект, но вследствие существенных различий по содержанию биологически активных веществ в разных препаратах

окончательный вывод сделать затруднительно. Пробиотики (живые микроорганизмы) были эффективнее плацебо в профилактике ОРЗ (относительный риск – ОР – 0,58; 95% доверительный интервал – ДИ – 0,36–0,92), однако этот эффект был на границе статистической значимости (Hao Q. et al., 2011). В целом для подтверждения эффективности вышеуказанных методов необходимы дальнейшие исследования.

Гигиена и физические барьеры

Одним из способов уменьшения заболеваемости ОРЗ является предотвращение передачи возбудителей путем использования физических барьеров с помощью гигиенических мер и т. д. Распространение респираторных вирусов можно предупредить посредством мытья рук, особенно у детей младшего возраста (Jefferson T. et al., 2011). При этом целесообразность использования бактерицидного мыла вместо обычного не доказана. Данные относительно применения масок

и респираторов для снижения трансмиссии вирусов ограничены; эффективность этих методов, вероятно, в значительной степени зависит от раннего, постоянного и правильного использования (Bin-Reza F. et al., 2012).

Пациенты с симптомами ОРЗ

Ожидания больных относительно назначения антибиотиков

Пациенты с ОРЗ, обращающиеся к врачу общей практики, нуждаются прежде всего в информации. Большинство больных переоценивают эффективность антибиотиков; приблизительно 1/3 пациентов верят в то, что эти препараты эффективны при простуде и гриппе (Hoffmann K. et al., 2014), и почти 2/3 полагают, что острый бронхит требует назначения антибиотикотерапии (Cals J.W. et al., 2007). Фармацевты и другие работники здравоохранения, контактирующие с пациентом до его обращения к врачам, могут изменить его мнение о необходимости применения антибиотиков при ОРЗ, предоставив информацию о мерах самопомощи и ожидаемой длительности заболевания (McNulty et al., 2013).

Определенную роль в уменьшении дезинформированности населения в вопросах антибиотикотерапии могут играть общеобразовательные кампании с привлечением средств массовой информации (интернет, телевидение и др.). Например, во Франции и Бельгии проведение таких кампаний сопровождалось уменьшением использования антибиотиков на 27 и 36% соответственно (Huttner B. et al., 2010).

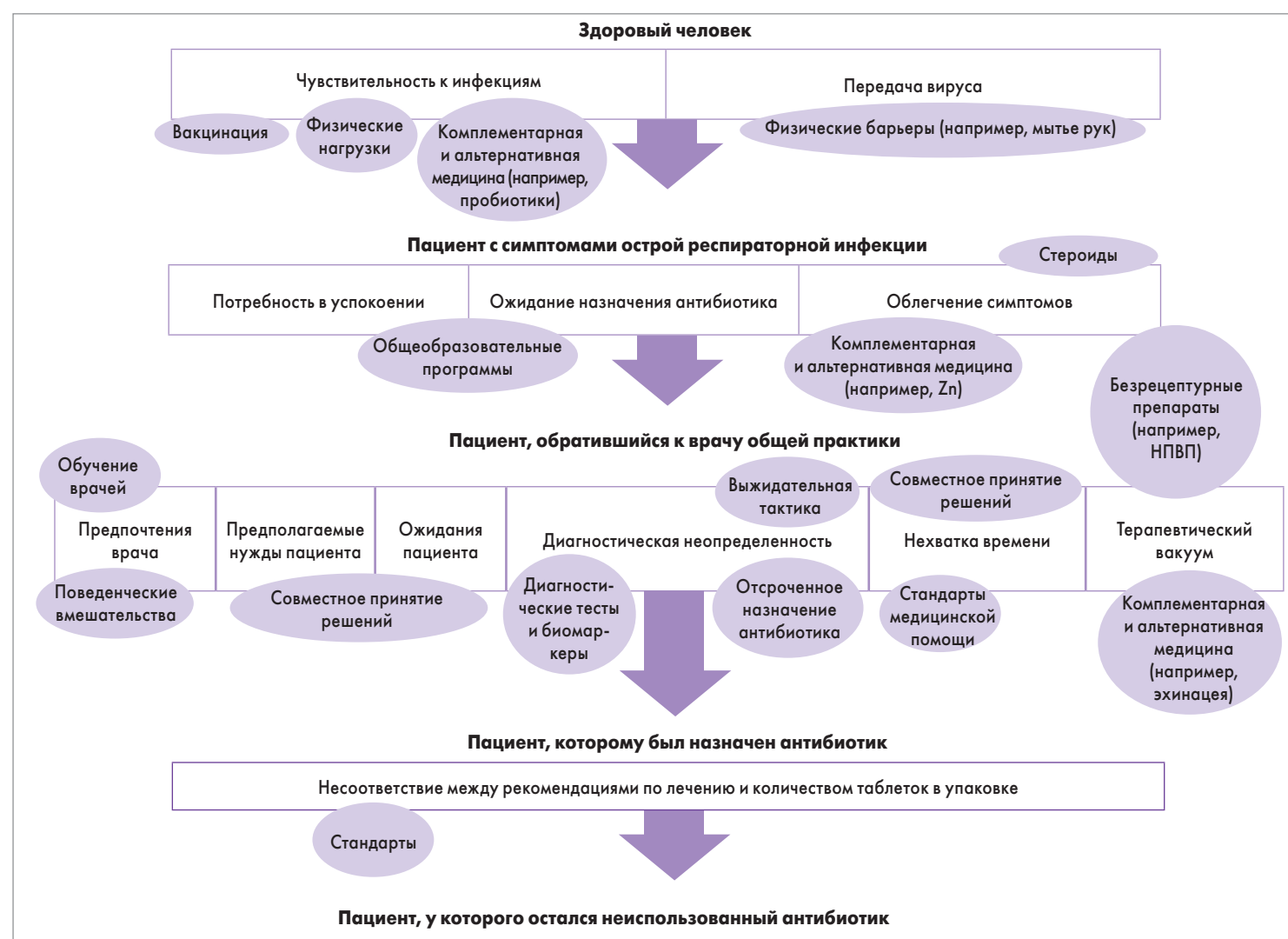


Рис. Обзор стратегий, нацеленных на минимизацию использования антибиотиков в общей медицинской практике при ОРЗ

Симптоматическая терапия

Применение антибиотиков редко требуется при ОРЗ, поскольку в большинстве случаев последние являются самолимитирующимися состояниями и вызываются вирусами. С другой стороны, пациенты с ОРЗ ощущают недомогание и, как следствие, предпринимают попытки облегчить симптомы. Известно, что с повышением частоты применения препаратов для симптоматической терапии ОРЗ частота назначения антибиотиков снижается (Le Corvoisier P. et al., 2013). Чаше всего для облегчения симптомов ОРЗ используются безрецептурные средства, такие как парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). У пациентов с простудой парацетамол уменьшает заложенность носа, однако не влияет на другие симптомы, такие как боль в горле, общее недомогание или кашель (Li S. et al., 2013). В Кокрановском обзоре было установлено, что НПВП могут облегчать головную, ушную, мышечную и суставную боль, связанную с простудой (Kim S.Y. et al., 2013).

Стероиды также могут использоваться для уменьшения симптомов, особенно при риносинусите. Кокрановский обзор показал, что интраназальные кортикостероиды обладают умеренной эффективностью в устранении или облегчении симптомов острого синусита (Zalmanovici Trestioreanu A. et al., 2013). Вдругом Кокрановском обзоре было продемонстрировано, что пероральные кортикостероиды, назначаемые в виде монотерапии, не эффективны у взрослых пациентов с клинически диагностированным острым синуситом (Venekamp R.P. et al., 2014), однако в комбинации с антибиотиками могут быть умеренно полезными в краткосрочном облегчении симптомов (NNT=7; number need to treat – количество пациентов, которым необходимо назначить лечение, чтобы получить положительный эффект у 1 больного). Следует отметить, что почти все исследования, включенные в данный обзор, проводились в условиях специализированной медицинской помощи и имели значительный риск систематической ошибки.

В качестве симптоматической терапии ОРЗ доступен широкий спектр средств комPLEMENTАРНОЙ и АЛТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ. Имеются доказательства невысокого качества, что витамин С может уменьшать продолжительность простуды на 8% (4-12%) у взрослых и на 14% (7-21%) у детей (Hemila H. et al., 2013). Эхинацея также широко применяется в лечении ОРЗ, несмотря на отсутствие доказательств эффективности при простуде (Karsh-Volk M. et al., 2014). Пробиотики не влияют на среднюю продолжительность эпизода ОРЗ, однако снижают частоту назначения антибиотиков (OR 0,67; 95% ДИ 0,45-0,98) (Нао Q. et al., 2011).

Цинк может ингибировать репликацию вирусов, и на этом основании он изучался в исследованиях с участием пациентов с простудой. Кокрановский обзор показал, что при условии назначения в пределах 24 ч от появления первых признаков цинк уменьшает продолжительность симптомов простуды в среднем на 1 день (Singh M., Das R.R., 2013). Тем не менее вследствие неоднородности данных этот результат следует интерпретировать с осторожностью.

Подогретый увлажненный воздух относится к традиционным средствам лечения простуды. Теоретически водяной пар может улучшать дренаж слизи, а высокая температура – разрушать респираторные вирусы. Однако в Кокрановском обзоре, включившем 6 исследований,

была продемонстрирована неэффективность этого метода. Три исследования, в которых наблюдался положительный эффект (OR 0,31; 95% ДИ 0,16-0,60), отличались небольшой продолжительностью и значительной гетерогенностью (Singh M., 2013).

В Кокрановском обзоре, охватившем 19 исследований с участием 7238 пациентов с различными состояниями, сопровождающимися болью, было установлено, что кофеин усиливает эффективность парацетамола, ибупрофена и аспирина с NNT=15 (Derry C.J. et al., 2012). Тем не менее пациенты с ОРЗ принимали участие только в одном из включенных в анализ исследований (Schachtel B.P. et al., 1991).

В целом имеющиеся на сегодня доказательства свидетельствуют о минимальной пользе от применения вышеуказанных альтернатив антибиотиков.

**Пациент, обратившийся к врачу общей практики
Предпочтения врача в назначении антибиотиков**

Частота назначения антибиотиков врачами общей практики варьирует в широких пределах (Gulliford M.C. et al., 2014), при этом определяющим фактором являются личные предпочтения (Teixeira Rodrigues A. et al., 2012). В исследованиях, посвященных данному вопросу, первоочередное внимание уделялось обучению врачей. Одним из подходов является улучшение коммуникационных навыков врача, позволяющее снизить частоту назначения антибиотиков по поводу ОРЗ в 2 раза (с 54 до 27%; p<0,01) (Cals J.W. et al., 2009), причем этот эффект сохраняется на протяжении длительного периода (Cals J.W. et al., 2013). Значительный положительный эффект в отношении использования антибиотиков также может быть достигнут с помощью обучающих курсов для врачей (Le Corvoisier P. et al., 2013). В исследовании J.W. Cals и соавт. (2009) частота назначения антибиотиков при инфекциях нижних дыхательных путей снизилась с 2 назначений в неделю на 1 врача общей практики до 1 назначения. В исследовании, недавно проведенном в США, размещение обучающего плаката в кабинете для осмотра пациентов сопровождалось снижением неадекватного назначения антибиотиков при ОРЗ на 20% в абсолютном выражении (Meeker D. et al., 2013).

Требования и ожидания пациентов

Врачи общей практики часто сталкиваются с требованием пациентов назначить антибиотик (Britten N., Ukoumunne O., 1997). Еще в 1998 г. Butler и соавт. продемонстрировали, что врачи, осознавая ограниченную эффективность антибиотиков при ОРЗ, часто назначают эти препараты для поддержания хороших отношений с пациентом. Это явление сохраняет актуальность и может быть одним из ключевых факторов неоправданно частого применения антибиотиков при ОРЗ. Тем не менее врачебная оценка ожиданий пациентов зачастую является ошибочной (Cockburn J., Pit S., 1997). Удовлетворенность пациента зависит от его уверенности и информированности, а не только от назначения антибиотика (Welschen I. et al., 2004). Таким образом, важная роль отводится процессу совместного принятия решений, обсуждению беспокоящих пациента вопросов и его ожиданий, потенциальных рисков и пользы, личных предпочтений и обстоятельств и т. д. В исследованиях этот подход ассоциировался со снижением неадекватного назначения антибиотиков при ОРЗ (Legare F. et al., 2012; Butler C.C.

et al., 2012; Little P. et al., 2013; Coxeter P. et al., 2014).

Диагностическая неопределенность

В ряде исследований была продемонстрирована связь между диагностической неопределенностью и неадекватным назначением антибиотиков (Teixeira Rodrigues A. et al., 2013). Как правило, в распоряжении клинициста всего несколько минут, чтобы определить, имеется ли у пациента тяжелая инфекция или риск осложнений. Для решения этой дилеммы было предложено использовать экспресс-тест для оценки уровня С-реактивного белка. В исследовании Y. Huang и соавт. (2013) определение этого маркера ассоциировалось со значительным снижением частоты назначения антибиотиков у пациентов с ОРЗ (OR 0,75; 95% ДИ 0,67-0,83).

В последние 30 лет у пациентов с фарингитом широко применяется антигенный экспресс-тест для выявления β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА). Однако не все больные с положительным результатом теста и симптомами фарингита имеют БГСА-инфекцию (Gunnarsson R.K. et al., 1997; Shaikh N. et al., 2010) и, соответственно, могут получить пользу от антибиотикотерапии. Несмотря на это, данный тест позволяет снизить частоту неадекватного назначения антибиотиков при фарингите на 20% (Llor C. et al., 2011; Little P. et al., 2013).

Перспективным биомаркером для идентификации бактериальных инфекций является прокальцитонин. До настоящего времени прокальцитонин как диагностический маркер изучался в основном при сепсисе (Wacker C. et al., 2013; Tang B.M. et al., 2007), однако недавний Кокрановский метаанализ показал, что прокальцитонин также является безопасным и эффективным инструментом для принятия клинического решения относительно назначения антибиотиков пациентам с ОРЗ (Schuetz P. et al., 2012). Тем не менее доказательная база использования прокальцитонина в первичной медицинской практике пока ограничена.

Врачи общей практики часто назначают антибиотики с целью предотвращения осложнений, таких как гнойный тонзиллит, мастоидит и пневмония, хотя их распространенность в развитых странах в последние годы значительно снизилась (Petersen I. et al., 2007). Анамнез, результаты физикального осмотра и маркеры бактериальной инфекции не позволяют прогнозировать риск осложнений (Little P. et al., 2013). Поэтому при диагностической неопределенности врачам общей практики необходимо иметь четкий план действий на случай изменения течения заболевания у пациента. Одной из эффективных стратегий в рамках такого плана является т. н. отсроченное назначение. Кокрановский обзор показал, что при следовании этой стратегии антибиотики назначаются 32% пациентов по сравнению с 93% при немедленном назначении (Spurling G.K. et al., 2013). В ряде исследований, включенных в этот обзор, было продемонстрировано, что у пациентов с острым средним отитом и болью в горле немедленное назначение антибиотиков по сравнению с отсроченным было более эффективным в отношении лихорадки, боли и общего недомогания. Тем не менее результаты недавно опубликованного рандомизированного контролируемого исследования показали отсутствие различий в контроле симптомов между стратегиями, подразумевающими отсутствие назначения лечения, немедленное или отсроченное назначение (Little P. et al., 2014).

Нехватка времени

Врачи общей практики, которым отводится меньше времени на визит одного пациента, являются более либеральными в назначении антибиотиков при ОРЗ и чаще рекомендуют применять препараты широкого спектра (Gjelstad S. et al., 2011). В настоящее время во многих странах наблюдается тенденция к росту количества пациентов с хроническими заболеваниями, лечением которых занимаются врачи общей практики. Однако последние должны отдавать предпочтение пациентам с острыми заболеваниями, поскольку ограниченное время на оказание первичной врачебной помощи коррелирует с назначением антибиотиков (Teixeira Rodrigues A. et al., 2013). При этом формируется порочный круг: пациенты, которым раньше был назначен антибиотик по поводу ОРЗ, при последующих эпизодах ОРЗ с большей вероятностью снова обращаются к тому же врачу для назначения антибиотика или приобретают его самостоятельно (Moore M. et al., 2009). Таким образом, всего несколько дополнительных минут, уделенных совместному принятию решения, могут быть очень эффективными в снижении неадекватных назначений антибиотиков и ненужных визитов к врачу.

Терапевтический вакуум

Как врачу общей практики заполнить терапевтический вакуум, создаваемый при неназначении антибиотика? Одним пациентам с ОРЗ можно рекомендовать безрецептурные препараты, средства комPLEMENTАРНОЙ и АЛТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ или кортикостероиды; у других больных более эффективным может быть консультирование относительно профилактики ОРЗ. Большинству пациентов для понимания пользы и рисков лечения достаточно хорошо разъяснить суть заболевания и предоставить информацию о минимальной эффективности антибиотиков при ОРЗ.

Несоответствие между руководствами и упаковкой

Зачастую у пациентов остаются лишние таблетки антибиотиков, что обусловлено несоответствием официальных рекомендаций по лечению и количеством таблеток в упаковке. Проблема в том, что неиспользованный препарат применяется для самолечения. Антибиотики, назначенные по поводу одного заболевания, пациент впоследствии использует при его повторных эпизодах, а также для лечения других симптомов, не обязательно обусловленных бактериальной инфекцией. Чтобы минимизировать влияние этого модифицируемого фактора антибиотикорезистентности, регуляторные органы должны контролировать соответствие рекомендуемых дозировок антибиотиков количеству таблеток в упаковке.

В распоряжении врача общей практики имеется множество возможностей для сдерживания роста резистентности бактерий к антимикробным препаратам. Каждая из них по отдельности не может существенно повлиять на проблему, однако при комплексном подходе можно с большей долей вероятности ожидать снижения антибиотикорезистентности в будущем.

Список литературы находится в редакции.

Hansen M.P., Hoffmann T.C., McCullough A.R. et al. Antibiotic Resistance: What are the Opportunities for Primary Care in Alleviating the Crisis? Front Public Health. 2015; 3: 35.

Перевел с англ. **Алексей Терещенко**



Новые европейские руководства по хламидийной и микоплазменной инфекциям

17 декабря 2015 г. в Киеве состоялась конференция, посвященная проблемам современной гинекологии и дерматовенерологии, в частности инфекциям, передающимся половым путем (ИППП). Благодаря формату телемоста в ней приняли участие более 1800 врачей из 20 городов Украины, а также эксперт из г. Москвы (РФ). Спонсором данного мероприятия выступила хорошо известная в Украине и Европе фармацевтическая компания Astellas Pharma Europe B.V. Участники мероприятия ознакомились с последними наработками в области диагностики и лечения урогенитальных инфекций, а также в содружестве с известными экспертами подробно рассмотрели современные рекомендации европейских профильных обществ. В частности, последние Европейские руководства по хламидийной и микоплазменной инфекциям представил президент Гильдии специалистов по ИППП – Российского отделения Международного союза по борьбе с ИППП (ЮСТИ РУ), доктор медицинских наук, профессор Михаил Александрович Гомберг.



— Частота зарегистрированных случаев возникновения хламидийной инфекции в 26 странах Европейского союза и Европейской экономической зоны в 2012 г. достигла 184 случая на 100 тыс. населения (всего 385 307 случаев). Для сравнения: официальная статистика по заболеваемости хламидийной инфекцией в Украине в 2014 г. составила 65, а в РФ — 46 случаев на 100 тыс. населения. Это с большой вероятностью свидетельствует о недостаточной и несвоевременной диагностике данной инфекции, что сопряжено с ростом числа ее осложнений.

В среднем риск передачи хламидийной инфекции при однократном вагинальном контакте составляет 10%, а при контактах между двумя партнерами в течение 6 мес возрастает до 55% (Althaus C.L. et al., 2012). Таким образом, вероятность инфицирования при половом контакте с партнером-носителем *C. trachomatis* очень высока. В связи с этим чрезвычайно важно своевременно выявлять наличие *C. trachomatis* и проводить соответствующее лечение половых партнеров инфицированных пациентов.

Наиболее важным в плане несвоевременного обнаружения инфекции является тот факт, что более чем у 50% инфицированных мужчин и у 70-95% женщин хламидийная инфекция протекает бессимптомно. Как правило, клиническая картина урогенитальной хламидийной инфекции у мужчин характеризуется наличием уретрита, дизурии, выделений из уретры и боли в области мошонки. Наиболее распространенными осложнениями при этом являются реактивный артрит, приобретенный половым путем (Sexually Acquired Reactive Arthritis — SARA, <1%), а также эпидидимит и эпидидимоорхит.

У женщин с хламидийной инфекцией клиническая картина отличается разнообразной симптоматикой. Наряду с такими проявлениями, как слизисто-гнойный цервицит с контактной кровоточивостью или без таковой, легкая ранимость слизистой оболочки шейки матки и ее отечность, у пациенток отмечаются эндометриальные эрозии, уретрит и дизурия, а также посткоитальные и межменструальные кровянистые выделения из влагалища и недифференцируемая боль внизу живота.

Урогенитальная хламидийная инфекция у женщин чревата такими серьезными осложнениями, как воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), в частности эндометрит, сальпингит, параметрит, оофорит, тубоовариальный абсцесс и/или пельвиоперитонит, а также хроническая тазовая боль, трубное бесплодие, внематочная беременность, SARA (<1%), синдром Фитц-Хью — Куртиса (перигепатит). Хламидийная инфекция — одна из основных причин развития вторичного бесплодия у женщин.

При наступлении беременности хламидийная инфекция представляет опасность не только для организма женщины, но и для плода. В последних Европейских руководствах по ведению больных с инфекциями, вызванными *C. trachomatis* (2015 European guideline on the management of *C. trachomatis* infections, Lanjouw E. et al.), приведены данные, подтверждающие вертикальную передачу этого патогенного микроорганизма. Так, при вагинальных родах от матерей инфицируются около 50% новорожденных. Кроме того, существует вероятность передачи инфекции плоду при кесаревом сечении, что свидетельствует о возможности трансплацентарного проникновения возбудителя. Доказано, что такие осложнения, как неблагоприятные исходы беременности (преждевременные роды, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, низкая масса тела плода при рождении), ассоциированы с хламидийной инфекцией. После родов у новорожденных может развиваться хламидийный конъюнктивит, при отсутствии лечения переходящий в хроническую персистирующую форму, а также хламидийная пневмония.

Кроме высокой распространенности урогенитальной хламидийной инфекции, нельзя забывать о рисках аноректального и орофарингеального инфицирования. Всегда следует учитывать тот факт, что и аноректальная, и орофарингеальная инфекции, как правило, протекают бессимптомно и только в некоторых случаях инфицирования прямой кишки могут отмечаться патологические выделения, дискомфорт и развитие проктоколита. Распространенность аноректальной хламидийной инфекции у мужчин, практикующих секс с мужчинами (МПСМ), составляет 3-10,5%, у женщин — 8,4% (при этом, кроме аноректальной, у 94,5% из них имеется также и урогенитальная инфекция). Орофарингеальная форма инфекции, вызванной *C. trachomatis*, обнаруживается не так часто (у МПСМ — в 0,5-2,3% случаев).

Согласно последнему европейскому руководству (Lanjouw E. et al., 2015), показаниями к обследованию на хламидии являются:

- симптомы уретрита у мужчин;
- выделения из шейки матки или влагалища при наличии риска ИППП;
- острый эпидидимоорхит у мужчин в возрасте <40 лет с риском ИППП;
- острая тазовая боль и/или ВЗОМТ;
- проктит или проктоколит в соответствии с риском ИППП;
- гнойный конъюнктивит у новорожденного или у взрослого;
- атипичная пневмония у новорожденного;
- обнаружение любой другой ИППП;
- наличие ИППП у полового партнера;
- прерывание беременности;
- любое внутриматочное вмешательство или манипуляция.

При этом скрининговым исследованиям подлежат лица, имеющие факторы риска (возраст <25 лет (для женщин), новый сексуальный контакт или наличие ≥1 полового партнера в течение последнего года).

Лабораторную диагностику хламидийной инфекции рекомендуется проводить с применением методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), более высокая информативность которых в сравнении с таковой других стратегий доказана во многих исследованиях. Только в случаях, когда выполнение МАНК невозможно, следует прибегнуть к другим методам диагностики, таким как культуральный, иммуноферментный анализ или метод прямой иммунофлуоресценции.

Лабораторная диагностика хламидийной инфекции с применением МАНК должна проводиться в соответствии с международными стандартами и определять все известные штаммы *C. trachomatis*. Ранняя диагностика хламидийной инфекции при использовании МАНК позволяет обнаружить наличие *C. trachomatis* уже через 1-3 дня после инфицирования. При риске инфицирования исследование следует повторить через 2 нед. В случае инвазивной хламидийной инфекции, при пневмонии новорожденных, восходящей инфекции или при определении причин бесплодия можно прибегнуть к проведению серологического исследования. Однако серологическое исследование не рекомендуется в качестве скрининга хламидийной инфекции или для диагностики острой неосложненной аногенитальной инфекции. Проведение ежегодного скрининга на наличие *C. trachomatis* показано всем сексуально активным женщинам в возрасте <25 лет, в том числе беременным. В случае необходимости повторного обследования (женщинам в возрасте <25 лет с ранее диагностированной хламидийной инфекцией) скрининговое исследование стоит выполнять через 3-6 мес.

Что касается лечения хламидийной инфекции, то, согласно последним европейским рекомендациям (Lanjouw E. et al., 2015), оптимальными схемами являются следующие.

Рекомендуемые курсы лечения неосложненной хламидийной урогенитальной инфекции:

первая линия терапии:

- доксициклин по 100 мг 2 р/сут в течение 7 дней (противопоказан при беременности);
- азитромицин 1 г перорально однократно;

альтернативная терапия:

- джозамицин 750 мг 2 р/сут в течение 7 дней (с учетом наличия разных лекарственных форм джозамицина схема может быть адаптирована: 500 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут);
- другие макролиды в рекомендуемых дозах.

Рекомендуемые курсы лечения неосложненной урогенитальной инфекции у беременных и кормящих матерей:

- азитромицин 1 г однократно (терапия выбора);
- амоксициллин 500 мг 3 р/сут в течение 7 дней (альтернативная терапия);
- джозамицин 750 мг 2 р/сут в течение 7 дней (с учетом наличия разных лекарственных форм джозамицина схема может быть адаптирована: 500 мг 3 р/сут).

Таким образом, в соответствии с данными рекомендациями наиболее рациональная схема лечения должна включать азитромицин, доксициклин или джозамицин. В метаанализе, проведенном F.Y. Kong и соавт. (2014), в котором сравнивалась эффективность азитромицина (1 г однократно) и доксициклина (100 мг 2 р/сут в течение 7 дней), было показано статистически значимое преимущество доксициклина. Стоит отметить, что применение именно доксициклина моногидрата (Юнидокс Солютаб®), а не гидрохлорида, переносится пациентами значительно лучше. Кроме того, при выборе препарата нужно учитывать и тот факт, что в последние годы участились случаи неэффективности терапии хламидийной инфекции азитромицином в дозе 1 г однократно (Handsfel H.H., 2011).

Особое внимание при лечении хламидийной инфекции стоит уделить джозамицину, который разрешен к применению у беременных и кормящих матерей. При этом в вышеуказанных рекомендациях приведена возможность назначения джозамицина в той форме (**Вильпрафен®** в таблетках по 500 и 1000 мг), в которой он доступен в странах СНГ.

Что касается **микоплазменной инфекции**, на сегодня известно более 100 видов микоплазм, многие из которых способны колонизировать слизистую оболочку мочеполовых путей (*M. genitalium*, *M. hominis*, *M. penetrans*, *U. urealyticum*, *U. parvum* и др.). Существует множество достоверных данных, свидетельствующих об ассоциации различных видов микоплазм с патологическими состояниями в урологии и гинекологии. В нескольких исследованиях была отмечена ассоциация *U. urealyticum* с хроническим простатитом, а *M. hominis* — с раком предстательной железы (Раковская И.В. и соавт., 2011; Radonic A. et al., 2009). В исследовании М.А. Patel и соавт. (2010) была доказана роль микоплазм и уреоплазм в развитии инфекций нижних отделов половых путей у женщин. Кроме того, существуют данные о возможной связи микоплазменной инфекции с плацентарной недостаточностью (Бондаренко К.Р. и соавт., 2013). В другом исследовании в 20% случаев преждевременных родов (на 23-32-й неделях беременности) у новорожденных обнаружили бактериемию, вызванную генитальными микоплазмами (Romero R. et al., 2008).

Распространенность микоплазменной инфекции была изучена М.А. De Francesco и соавт. (2012). По результатам лабораторного анализа генитальных мазков, взятых у 9956 пациентов в течение 7-летнего периода, генитальные микоплазмы были выявлены у 1856 (18,6%). Из них у 1652 (89%) пациентов обнаружена *U. urealyticum*, у 21 (1,1%) — *M. hominis* и у 183 (9,8%) — обе инфекции. В этом же исследовании была доказана роль *M. hominis* и *U. urealyticum* в развитии патологий урогенитального тракта у женщин (уретрит, цервицит, цистит, бактериальный вагиноз).

Стоит учитывать, что микоплазмы могут быть этиологическим фактором при послеродовых инфекциях у матерей и новорожденных.

С учетом общеизвестных сведений о микоплазмах возникает вполне рациональный вопрос, не имеющий однозначного ответа: следует ли лечить пациентов с генитальными микоплазмами? Чтобы найти на него ответ, необходимо рассмотреть наиболее распространенные аргументы, приводимые в дискуссиях по этой теме (табл.).

С целью определить, можно ли считать микоплазмы патогенными микроорганизмами и какие их виды подходят под это описание, необходимо ответить на два ключевых вопроса: что такое патогенная бактерия и что отличает нормальную флору от патогенной? К патогенным относятся бактерии, которые при колонизации способны вызывать заболевания у здоровых индивидов, в то время как нормальная флора — нет. Как нормальным, так и патогенным микроорганизмам свойственно прикрепляться к клетке-хозяину, колонизировать и размножаться на поверхности кожи / слизистой оболочке, передаваться от человека к человеку. В то же время только патогенные микроорганизмы продуцируют токсины, которые повреждают клетки организма-хозяина, проникают в более глубокие ткани и способны вызывать при воздействии факторов неспецифической защиты организма-хозяина.

В данном контексте среди всех микоплазм особого внимания заслуживает *M. genitalium* — одна из самых маленьких по размеру бактерий на свете, имеющая

наименьший из известных геномов. Патогенность *M. genitalium* определяется наличием двух факторов: терминальной органеллы с адгезинами (гликопротеины, глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы) и продуктов жизнедеятельности (Н₂О₂, О⁻). Передача *M. genitalium* осуществляется в основном при контакте слизистых оболочек гениталий, что подтверждается обнаружением идентичных типов ДНК у половых партнеров (Hjorth et al., 2006). *M. genitalium* обнаруживают на слизистой оболочке в области ануса (Soni et al., 2010; Lillis et al., 2011). При урогенитальных контактах передача менее вероятна в силу редкого персистирования *M. genitalium* в орофарингеальной области. Систематические исследования по вертикальной передаче не проводились, тем не менее *M. genitalium* обнаруживали в дыхательных путях новорожденных (Luki et al., 1998).

Цервикальная или уретральная инфекции, вызванные *M. genitalium*, как правило, характеризуются бессимптомным течением (40-75%). При симптомном течении отмечаются наличие выделений из влагалища (<50%), дизурия (30%) и редко межменструальные кровотечения. Аноректальная и орофарингеальная инфекции протекают бессимптомно (Falk et al., 2005; Anagrus et al., 2005). Основными осложнениями инфицирования *M. genitalium* у женщин являются SARA, ВЗОМТ (эндометрит, сальпингит), преждевременные роды и самопроизвольный аборт (Lis R. et al., 2015).

Для определения роли *M. genitalium* при поражении репродуктивной системы у женщин было проанализировано множество англоязычных публикаций в различных медицинских базах (PubMed, Embase, Biosis, Cochrane Library). В результате была показана достоверная ассоциация *M. genitalium* с риском цервицита, ВЗОМТ, преждевременных родов, самопроизвольного прерывания беременности. Кроме того, у женщин с микоплазменной инфекцией также был отмечен повышенный риск бесплодия (Lis R. et al., 2015).

Согласно данным, приведенным в обзоре S.A. Weinstein и соавт. (2011), *M. genitalium* передается половым путем и часто обнаруживается у женщин с воспалительными заболеваниями мочеполовых путей. Кроме того, она является важным фактором при развитии цервицита, а также ВЗОМТ и осложнений беременности. В группах риска обследование на *M. genitalium* следует проводить даже при отсутствии симптоматики. При этом наиболее чувствительным (>95%) и специфическим методом диагностики для выявления *M. genitalium* является МАНК (Weinstein S.A. et al., 2011).

Согласно недавно опубликованному на официальном сайте Международного союза по борьбе с ИППП (IUSTI) первому в истории медицины руководству по ведению пациентов с микоплазменными инфекциями (European guideline on *M. genitalium* infections, Jensen J.S. et al., 2015), для выявления *M. genitalium* следует применять только МАНК (Jensen J.S. et al., 1996; Hamauna et al., 2007; Taylor-Robinson et al., 2011).

Культуральные методы лабораторной диагностики характеризуются определенными сложностями в проведении (для высеваания *M. genitalium* требуется около 50 дней), а специфические и чувствительные серологические методы вовсе отсутствуют. Таким образом, обнаружение с помощью МАНК специфических нуклеиновых кислот *M. genitalium* в клинических образцах является прямым показанием к назначению лечения. Кроме того, терапию следует проводить с учетом эпидемиологического подхода и без лабораторного подтверждения также и лицам, имевшим недавний половой контакт с партнером, у которого подтверждена инфекция *M. genitalium* (перед началом лечения следует взять

материал для исследования с помощью МАНК, но не дожидаться его результата).

Для наиболее эффективного лечения инфекции, вызванной *M. genitalium*, европейское руководство рекомендует применять следующие схемы (Jensen J.S. et al., 2015):

- при отсутствии устойчивости к макролидам:**
 - азитромицин 500 мг в 1-й день, 250 мг — во 2-5-й день;
 - джозамицин 500 мг 3 р/сут в течение 10 дней;
- при устойчивости к макролидам:**
 - моксифлоксацин 400 мг 1 р/сут в течение 7-10 дней;
- при персистировании *M. genitalium* после применения макролидов и моксифлоксацина:**
 - пристинамицин 1 г 4 р/сут в течение 10 дней.

Основной проблемой в терапии микоплазменной инфекции является выраженная способность *M. genitalium* к развитию устойчивости ко всем ранее эффективным антибиотикам (тетрациклам, макролидам, фторхинолонам). В последнее время отмечается низкая эффективность доксициклина (микробиологическое излечение лишь в 30-40% случаев). За период с 2007 по 2011 год эффективность приема азитромицина в дозе 1 г однократно снизилась с 85 до 40%, что связывают с развитием устойчивости из-за широкого распространения однократного назначения (Bjornelius et al., 2008; Geshik et al., 2012; Manhart et al., 2013). Кроме того, существуют данные об увеличении устойчивости и к моксифлоксацину (Terada et al., 2012; Couldwell et al., 2013; Gundevia et al., 2015; Bissessor et al., 2015).

Для оценки эффективности джозамицина (**Вильпрафен®**) при урогенитальной инфекции (у мужчин — неспецифический гонококковый уретрит; у женщин — цервицит), вызванной *M. genitalium*, в 7 городах РФ было проведено открытое многоцентровое несравнительное исследование (Бурцев О.А. и соавт., 2008). Всем пациентам назначали джозамицин (**Вильпрафен®**) в дозе 500 мг 3 р/сут в течение 10 дней. Оценку микробиологической эффективности проводили при помощи метода полимеразной цепной реакции в реальном времени (qRT-PCR) на 1, 3-й и 8-й день после начала терапии.

Согласно результатам исследования, клиническое излечение отмечалось в 46 (95,8%) случаях, микробиологическое (отсутствие нуклеиновых кислот *M. genitalium* в соскобах и моче) — также в 46 (95,8%) случаях. Рецидив инфекции *M. genitalium* был зарегистрирован только в 3 случаях.

Таким образом, очевидно, что в своей клинической практике врач-гинеколог должен руководствоваться наиболее современными рекомендациями по диагностике и лечению хламидийной и микоплазменной урогенитальной инфекции. В последних европейских руководствах по ведению пациентов с этими инфекциями четко указано, что наиболее информативным методом определения распространенных возбудителей урогенитальных инфекций (*C. trachomatis*, *M. genitalium*) является МАНК (Lanjouw E. et al., 2015; Jensen J.S. et al., 2015). При назначении лечения особое внимание стоит обратить на наиболее эффективные в отношении микоплазм и хламидий препараты, в первую очередь на джозамицин, эффективность которого подтверждена рядом международных исследований.

В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины представлен высококачественный оригинальный препарат джозамицина — **Вильпрафен®** (Astellas Pharma Europe B.V.), форма выпуска которого (покрытые пленочной оболочкой таблетки 500 мг) позволяет подобрать наиболее оптимальную для запланированной тактики лечения дозу. **Вильпрафен®** способен создавать высокие концентрации в органах и тканях, в том числе миндалинах, а также характеризуется высокой степенью проникновения внутрь клеток, что особенно важно при орофарингеальном инфицировании *C. trachomatis*. Кроме того, **Вильпрафен®** обладает хорошим профилем безопасности, в частности за счет низкого риска нежелательных гастроинтестинальных реакций (практически отсутствует мотилиноподобное действие). Еще одна немаловажная положительная особенность препарата **Вильпрафен®** — низкая частота лекарственных взаимодействий в результате менее выраженной способности к ингибированию микросомальных ферментов печени.

Подготовил **Антон Вовчек**



Таблица. Следует ли лечить пациентов с генитальными микоплазмами?	
Аргументы в пользу лечения	Аргументы против лечения
Микоплазмы являются возбудителями негонорейного уретрита, цистита, хориоамнионита	Трудно доказать этиологическую роль
Могут быть причиной бесплодия, самопроизвольного прерывания беременности, перинатальной заболеваемости и смертности	Клинические проявления могут отсутствовать
Обнаруживаются у половых партнеров	Могут не выявляться у половых партнеров
Обнаруживаются у женщин с высокой сексуальной активностью	Обнаруживаются у девственниц

Биоэтические аспекты стандартизации оказания медицинской помощи новорожденным

Стандартизация оказания медицинской помощи новорожденным является важнейшей задачей отечественной неонатологии, которая может быть решена только с учетом целого ряда биоэтических проблем.

Становление неонатологии как самостоятельной дисциплины произошло относительно недавно и датировано 1960 г., когда А. Шаффер опубликовал пособие «Болезни новорожденных». Последующее стремительное развитие неонатологии было неразрывно связано с разработкой и внедрением новейших медицинских технологий. В экономически развитых странах благодаря созданию и применению специфических методов быстрой и точной диагностики, мониторингования, интенсивной и патогенетической терапии новорожденных были достигнуты впечатляющие успехи. Одновременно обозначились и сохраняются серьезные проблемы [1]. Например, в США, с одной стороны, значительно снизилась смертность среди недоношенных новорожденных, а уровни инвалидности и заболеваемости выживших в отделениях неонатальной интенсивной терапии на протяжении многих лет сохраняются неизменными или даже уменьшаются у новорожденных всех гестационных групп. В то же время не удается сократить частоту рождения недоношенных и детей с низкой массой тела (<2500 г), остается относительно постоянной и частота врожденных пороков развития.

В Украине должность врача педиатра-неонатолога была внесена в номенклатуру врачебных специальностей и должностей в 1987 г. С тех пор была проделана огромная работа по развитию технологий выхаживания и интенсивной терапии недоношенных и новорожденных в критическом состоянии. Существенно увеличилась доступность специализированной медицинской помощи, количество неонатологов и смежных специалистов. В соответствии с международными стандартами в Украине с 01.01.2007 г. начата регистрация каждого ребенка, родившегося в гестационный срок ≥ 22 нед и/или с массой тела ≥ 500 г (приказ МЗ Украины от 29.03.2006 г. № 179 «Об утверждении Инструкции по определению критериев перинатального периода, живорожденности и мертворожденности, Порядка регистрации живорожденных и мертворожденных»).

Усилия по развитию неонатологической службы в Украине обеспечили снижение неонатальной смертности. Существенное уменьшение детской смертности в 2005-2014 гг. (с 10,0 до 7,8 на 1000 родившихся живыми) в большинстве случаев было обусловлено улучшением технологий ведения родов, контроля состояния ребенка во внутриутробном и неонатальном периодах, внедрением современных технологий оказания медицинской помощи и интенсивной терапии недоношенным и доношенным новорожденным, в т. ч. с врожденными пороками развития, внутриутробными инфекциями, патологией органов дыхания. В ряде перинатальных центров начато мониторингирование состояния здоровья и уровня инвалидизации детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

Вместе с тем в Украине средние показатели младенческой смертности значительно превышают данные по Европейскому союзу (3,5-4,5 на 1000 родившихся

живыми) и Беларуси (3,4 на 1000 родившихся живыми). В этих условиях важным направлением развития отечественной неонатологии является дальнейшая работа по стандартизации оказания неонатологической помощи. В статье «Стратегия рационализации фармакотерапии в неонатологии и педиатрии» («Медицина Украины», № 20, октябрь 2015 г.) указывается на некоторые нерешенные проблемы рационализации лекарственной терапии в неонатологической практике, связанные в первую очередь с незавершенностью процесса стандартизации оказания медицинской помощи. На сегодня не закончена работа по созданию и переводу клинических рекомендаций и руководств как источника доказательной научной информации при разработке нормативных документов. По некоторым нозологическим формам унифицированные клинические протоколы уже разработаны, но устарели либо имеют существенные недостатки; согласительные документы для лечения ряда заболеваний отсутствуют. При этом в существующих протоколах не учтен мультидисциплинарный подход в виде указания на особенности ведения той или иной нозологии врачами разных специальностей в зависимости от формы медицинской помощи и типа лечебного учреждения. На наш взгляд, недостаточна роль профессиональных ассоциаций в подготовке, имплементации и дополнении нормативных документов по оказанию медико-санитарной помощи. Рациональная фармакотерапия в неонатологии предполагает совершенствование учебных программ додипломной и последипломной подготовки, легитимное регулирование, контроль и аудит фармакотерапии, устранение конфликта финансовых интересов на основе эффективного функционирования национального междисциплинарного органа координации и оценки применения лекарственных средств (Центральный формулярный комитет Государственного экспертного центра МЗ Украины), а также создания и регулярного обновления Государственного формуляра лекарственных средств (раздел 14 «Неонатология»).

Цель настоящей публикации — привлечь внимание к тому обстоятельству, что в некоторых областях неонатологии стандартизация оказания медицинской помощи новорожденным должна быть связана с результатами обсуждения ряда биоэтических проблем профессиональными сообществами, а также представителями институтов гражданского общества, средств массовой информации, учреждений социальной защиты, образования, юриспруденции. Результаты широкой и открытой дискуссии следует учесть при создании клинических рекомендаций и руководств с целью последующей разработки унифицированных клинических протоколов. Биоэтическое обсуждение некоторых проблем очень важно при разработке необходимых законов с учетом международной юридической практики. Речь идет о социальной справедливости в распределении ресурсов здравоохранения, проведении реанимационных мероприятий у экстремально

недоношенных детей, начале интенсивной терапии, отказе от агрессивного ведения, оценке эффективности и бесполезности лечения, предоставлении паллиативной помощи, критериях диагностики смерти, активной и пассивной эвтаназии, защите прав младенцев с различной патологией, противодействии различным формам жестокого обращения, применении новых репродуктивных технологий, внедрении современных методов генетической диагностики и геномной терапии, манипуляции со стволовыми клетками, организации клинических исследований.

Все важные биоэтические решения должны приниматься индивидуально на основе достигнутого соглашения заинтересованных сторон и положений локального клинического протокола. Содержание общенационального биоэтического консенсуса должно стать основой унифицированного клинического протокола.

Проблема состоит в том, что такие нормативные документы в Украине до сих пор не созданы, также не идентифицирован и не переведен наиболее подходящий для наших условий зарубежный аналог, например из числа руководств США [5]. Создание национальных биоэтических нормативных документов применительно к неонатологическим проблемам является, на наш взгляд, задачей первостепенной значимости.

Биоэтические вопросы в отделении неонатальной интенсивной терапии носят прежде всего аппликативный (прикладной) характер, причем ответы могут существенно отличаться в разных странах и регионах в зависимости от социально-экономических условий, уровня организации здравоохранения и культурно-исторических традиций [7, 9]. Некоторые из них связаны с проблемой социальной справедливости в распределении ресурсов здравоохранения, в частности доступа к дорогостоящей перинатальной помощи:

1. Кто «заслуживает» получения высокоспециализированной пренатальной и неонатальной помощи?
 2. Кто осуществляет финансирование?
 3. Каким образом обеспечивается гарантия справедливости и доступности?
- Другие биоэтические вопросы касаются начала или прекращения интенсивной терапии у терминальных больных:
1. Могут ли новорожденные быть «слишком больными» или «слишком недоношенными» для проведения интенсивной терапии?
 2. Чье мнение должно стать решающим при определении тактики?
 3. Каким образом принимается решение?

Большинство этических проблем интенсивной неонатологии касается недоношенных новорожденных. Какова вероятность благоприятного исхода для конкретного недоношенного младенца? Что мы понимаем под благоприятным следствием: выживание, выживание без психоневрологических нарушений или выживание без тяжелых психоневрологических расстройств? Допускается ли продолжать агрессивное



Н.Л. Аряев

лечение, если с медицинской точки зрения оно бесперспективно? Можно ли избежать сомнений относительно качества жизни этих детей? Да, но только если мы считаем саму жизнь абсолютной ценностью [6].

Существует два основных решения для экстремально недоношенных новорожденных: либо активное (агрессивное) лечение с предоставлением реанимационной помощи в полном объеме, либо организация паллиативной помощи. В сомнительных случаях применима тактика временной интенсивной терапии или «терапия до достижения определенного прогноза» при условии понимания родителями возможных последствий агрессивного лечения и готовности врачей прекратить неэффективные или бесперспективные вмешательства.

Селективный отказ от лечения принимается в трех случаях: при отсутствии шансов (у ребенка настолько тяжелое состояние, что поддерживающая терапия только задерживает наступление смерти; ее начало и продолжение не в интересах ребенка); цели (ребенок может выжить, но степень поражения такова, что вряд ли семья с этим справится); сил (непереносимость ситуации на фоне прогрессирования и необратимости болезни; ребенок будет страдать персистирующим болевым синдромом, потребует повторных госпитализаций и инвазивного лечения в течение всей жизни при неизбежности ранней смерти).

Большинство неонатологов понимают важность концепции паллиативной помощи экстремально недоношенным новорожденным, однако в Украине она, к сожалению, реализуется не в полной мере. По определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь оказывается детям, выживание которых не является или перестает быть реальной надеждой и возможностью. Такая помощь критически незрелым новорожденным включает общий уход, кормление, обезболивание, симптоматические мероприятия, а также психосоциальную поддержку членов семьи [8]. Если принято решение о паллиативной помощи, прекращают электронный мониторинг, диагностические исследования, лечебные мероприятия (в т. ч. антибиотико- и оксигенотерапию), которые могут продлить умирание. Допустимы согревание, отсасывание слизи, адекватное обезболивание. Обсуждается вопрос о продолжении кормления ребенка. Временные рамки течения заболевания у глубоко недоношенных новорожденных зависят от ухода, обеспечения оборудованием, квалификации персонала, развития независимых состояний, угрожающих жизни. Раннее начало паллиативной помощи экстремально недоношенным детям с неопределенным прогнозом способствует значительному облегчению состояния родителей, связанного с неблагоприятным прогнозом жизни их ребенка. Все эти принципиальные положения должны быть учтены в процессе неотложной разработки нормативных документов стандартизации медицинской помощи новорожденным.

Перечисленные вопросы отражают суть этических дилемм в отделениях интенсивной терапии новорожденных. Они обсуждаются прежде всего командой специалистов непосредственно у постели больного, в рамках последиplomной переподготовки врачей, при проведении дискуссий на биоэтических форумах. Задача состоит в формулировке глобальной цели интенсивной терапии у новорожденного в критическом состоянии и определении критерия добродетели в случае недостижимости терапевтической цели. Такая глобальная цель не может быть сформулирована как «спасение всех детей» или «уменьшение детской смертности». Она должна фокусироваться на обеспечении максимальной пользы для ребенка, а также учитывать интересы семьи и запрос общества относительно социальной справедливости распределения ресурсов здравоохранения на макро- и микроуровнях. Подобная направленность биоэтического диспута касается категории новорожденных, имеющих тяжелые пороки развития центральной нервной системы (анэнцефалия, гидроцефалия, порэнцефалия, spina bifida, миеломенингоцеле), тяжелые внутричерепные кровоизлияния в результате травмирования, в т.ч. неслучайного характера (синдром тряски младенца — shaken baby syndrome).

Решение об ограничении или прекращении лечения следует принимать в процессе дискуссии между родителями и врачами при участии (если необходимо) членов этических комитетов, организованных при больших клиниках, и с учетом правовых норм, этнокультурных, социальных и религиозных взглядов. Вполне очевидна необходимость активного вовлечения в обсуждение проблемы организаторов здравоохранения, политиков, юристов, представителей средств массовой информации и неправительственных организаций. Принципиально важным является соблюдение принципа информированного согласия со стороны родителей.

Такая стратегия позволяет одновременно реализовать биоэтический принцип правдивости, утверждающий, что действия или правила являются морально верными, если они направлены на предоставление правдивой информации и имеют целью избежать нечестности в отношениях.

Важная биоэтическая тенденция — внедрение в высокотехнологичную неонатологическую практику гуманистических принципов ведения новорожденных, например изменение отношения к проблеме боли. Доказано, что к концу беременности плод имеет достаточно сформированную нейроэндокринную систему, чтобы чувствовать боль; ребенок рождается хорошо подготовленным к восприятию боли. Тяжелая и неоднократно перенесенная боль повышает риск развития осложнений основного заболевания и увеличивает время пребывания в стационаре [4]. Отказ медицинских работников использовать анальгетики обусловлен опасением развития побочных эффектов, а иногда ошибочной убежденностью в отсутствии необходимости медикаментозной анальгезии. Использование препаратов, обладающих анальгетической активностью, у новорожденных при болевом синдроме имеет некоторые особенности и ограничения. Использование наркотических анальгетиков лимитируется возможным угнетением дыхания, риском передозировки препарата, отсутствием опыта лечения боли у новорожденных и опасениями касательно развития наркозависимости. Настоятельная необходимость идентификации или создания руководства (а в последующем — и унифицированного клинического протокола по предупреждению и устранению боли у новорожденных) очевидна.

Перинатальный период также связан с одним из способов получения стволовых

клеток и их клинического применения. Эмбриональные и фетальные стволовые клетки, получаемые из абортного материала, пуповины, пуповинной крови, при репродуктивных технологиях, используются для лечения многих заболеваний. В то же время развитие данной биомедицинской технологии существенно опережает осознание возможных моральных, этических, социальных последствий их бесконтрольного использования. Особенно значимы отдаленные воздействия, когда трансплантированные клетки, попадая под влияние скомпрометированного организма реципиента, утрачивают свои способности. Большую опасность представляет мутагенный потенциал этих клеток. В Украине отсутствуют достаточная юридическая, нормативно-правовая и морально-этическая базы применения клеточных технологий, а существующие нормативные документы морально устарели и требуют усовершенствования.

Источником и инструментом развития биоэтики является защита прав пациента. В неонатологии деятельность врача регламентирована Хартией о правах госпитализированных пациентов, утвержденной Советом Европы (1979); Декларацией о правах больного, разработанной на Всемирной медицинской ассамблее (1981); положениями Международной конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1989 г. Фундаментальные права личности (на жизнь, личную неприкосновенность, свободу, справедливость, образование, здравоохранение) не утрачиваются в случае болезни независимо от тяжести и прогноза. Каждый больной должен быть окружен особой заботой и вниманием, следует соблюдать его общечеловеческие права. Защита прав пациента должна способствовать преодолению им физических и психических страданий, а также обеспечению качественной жизни в условиях зависимости (медико-технической, медико-социальной, медико-экономической), вызванной физическими расстройствами. Указанными документами охраняются достоинство и неприкосновенность больного, гарантируется его уважение с того момента, когда он начинает контактировать с медицинским учреждением. Они предусматривают активное участие родителей и самого ребенка в процессе лечения, защищают права ребенка на получение оптимальной для данных условий медицинской помощи, совместное пребывание в больнице ребенка и его родителей или лиц, их заменяющих, в течение всего периода лечения.

Дети и родители имеют право на информированное участие в принятии всех решений, касающихся обследования и лечения.

Врач должен воздерживаться от проведения необоснованных и/или болезненных манипуляций, диагностических и лечебных процедур, частых повторных обследований, нередко не дающих новой и полезной информации о состоянии здоровья ребенка и течения заболевания. Биоэтическим и юридическим нарушением этих прав являются врачебные ошибки и недоступность медицинской помощи. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, более 50% лекарственных средств в мире применяют необоснованно, а 1/3 населения земного шара не имеют доступа к необходимым препаратам [10]. Защита прав новорожденного предусматривает анализ врачебных ошибок, ятрогений, сохранение врачебной тайны и конфиденциальности, противодействие жестокому обращению и следование правилам проведения клинических испытаний лекарственных средств.

В неонатологии вариантами жестокого обращения с ребенком являются синдром тряски младенца (shaken baby syndrome),

неонатальный абстинентный синдром (neonatal abstinence syndrome), медицинская запущенность (medical neglect). К сожалению, в отечественной неонатологической практике в отношении перечисленных состояний наблюдается гиподиагностика, а их биоэтическая оценка проводится редко.

Синдром тряски младенца представляет собой травматические повреждения головного мозга и костей у новорожденных, младенцев, когда родители или опекуны трясут, шлепают или бросают ребенка на любые предметы из-за его плача и/или беспокойства. Возможны ближайшие и отдаленные психоневрологические проблемы и летальные случаи.

Неонатальный абстинентный синдром — это комплекс поведенческих и физиологических признаков и симптомов, возникших в результате отмены наркотических средств или сильнодействующих препаратов в постнатальном периоде после их длительного воздействия на плод. Перинатальное злоупотребления наркотическими средствами и сильнодействующими препаратами является примером биоэтического конфликта между матерью и плодом. Беременная должна изменить свой образ жизни, обратить внимание на состояние здоровья, взять ответственность не только за себя, но и за ребенка. Несмотря на право, обеспечивающее автономии личности, она должна учитывать и право плода на здоровье и придерживаться общего биоэтического принципа — нанесение вреда.

Медицинская запущенность — это недопоставление ребенку медицинской помощи, необходимых диагностических, профилактических и лечебных процедур. Данный вид жестокого обращения имеет специфическую биоэтическую значимость в связи с неполной автономией плода, новорожденного и ребенка [3]. Вариантом медицинской запущенности является не оказание медицинской помощи или отложенная медицинская помощь в виде отказа от профилактических прививок. Согласно приказу МЗ Украины от 16.09.2011 г. № 595 «О порядке проведения профилактических прививок в Украине и контроль качества и оборота медицинских иммунобиологических препаратов», в неонатальном периоде выполняется вакцинация против туберкулеза и гепатита В. Отказ от проведения прививок имеет серьезные медицинские и социальные последствия, представляет угрозу общественному здоровью, вызывая риск снижения коллективного иммунитета, повышая вероятность вспышек детских инфекционных болезней, их тяжелого течения с риском возникновения летальных исходов. Потому очень актуальна биоэтическая поддержка вакцинопрофилактики с внедрением индивидуального подхода и обязательным участием родителей с их информированным согласием на проведение прививок. Требуется усовершенствования законодательная база относительно ответственности родителей и опекунов в сфере выполнения медицинских рекомендаций с целью сохранения здоровья детей и повышения качества их жизни.

Своевременной диагностике различных форм жестокого обращения с новорожденными препятствуют недостаточная информированность и настороженность неонатологов, педиатров и семейных врачей, которые обязаны заподозрить факт насилия и сообщить о нем в правоохранительные органы и отдел по делам несовершеннолетних в установленном законом порядке.

Врач не виноват в случаях, когда подозрение о совершении жестокого обращения невозможно подтвердить, однако он несет полную юридическую и биоэтическую ответственность за непредоставление необходимой информации при возникновении оправданного подозрения. По закону предоставление информации уполномоченным лицам о возможном жестоком обращении с новорожденным не считается нарушением

биоэтического принципа уважения автономии личности в виде конфиденциальности и неразглашения врачебной тайны.

Прикладная биоэтическая проблема неонатологии — исследование лекарственных средств. Исключение новорожденных из когорты участников домаркетинговых и постмаркетинговых клинических испытаний приводит к т.н. терапевтическому сиротству (область неонатологии вообще не включена в инструкцию по применению препарата, что может расцениваться как нарушение прав пациента на получение современной рациональной фармакотерапии) [10].

Становление в 70-е годы XX ст. биоэтики на стыке медицины, биологии, философии и юриспруденции ее основатель В.Р. Поттер рассматривал как процесс создания научно обоснованного баланса между новейшими медико-биологическими технологиями и правами человека, принципами гуманизма, социального прогресса.

Биоэтика, известная также как «биомедицинская этика», «медицинская этика», «клиническая этика», «этика здравоохранения», стала логичным ответом на многочисленные этические вопросы, появившиеся в последние десятилетия в процессе осуществления медицинской практики, выполнения клинических исследований и биомедицинских экспериментов [2]. Особая актуальность аппликативного (прикладного) применения биоэтики в процессе стандартизации медицинской помощи новорожденным связана с высокотехнологичным характером современной неонатологии. Аппликативная функция заключается в использовании философских теорий, принципов и правил в этическом анализе конкретных ситуаций в сфере здравоохранения и биомедицины.

Не менее значима мировоззренческая функция глобальной биоэтики, которая заполняет философский вакуум современности, возникший в результате серьезных общественно-экономических, социальных и идеологических изменений в современном постмодернистском обществе. В идеологии постмодернизма отсутствуют основные идеи цивилизации: вера в прогресс, безграничность возможностей научного познания и человеческого разума; также распространилось разочарование в идеалах и ценностях эпох Возрождения и Просвещения. Мировоззренческая функция биоэтики обосновывает глобальное объединение различных культур, этических теорий, систем и правил, принципов и норм — деонтологических, утилитарных, теологических и др. Новое современное мировоззрение основано на создании качественно иного сочетания различных философских взглядов с транснациональным измерением, множественностью этических парадигм, деидеологизацией, толерантностью и плюрализмом мнений. Биоэтика является основой морально-этического воспитания медицинских специалистов на додипломном и последипломном уровнях [11].

Роль биоэтики в стандартизации медицинской помощи новорожденным чрезвычайно важна. Биоэтические проблемы неонатологии имеют ярко выраженную специфику, которая в полной мере должна быть учтена при имплементации международных руководств и разработке унифицированных и локальных протоколов. Можно утверждать, что становление и динамичное развитие биоэтики в Украине в полной мере отражают приверженность нашей страны принципам демократического построения общества и защите прав личности.

Список литературы находится в редакции.





ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

75 років виповнилося ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» (далі – інститут). Ювілейній даті був присвячений VI з'їзд гематологів і трансфузіологів України, який відбувся 23-25 вересня 2015 р. в м. Львові.



В.Л. Новак

Із 1995 року інститут очолює заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Василь Леонідович Новак – член Європейської та Американської асоціацій гематологів, співкоординатор Європейської школи трансфузійної медицини, член Координаційної ради СНД з трансфузійної медицини, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Гематологія та трансфузіологія» (1997-2014 рр.).

Під час бесіди з нашим кореспондентом Василь Леонідович розповів про діяльність очолюваної ним установи.

Розкажіть про основні напрями роботи інституту. Які з них є пріоритетними на сьогодні?

— У цілому наукова та практична діяльність інституту спрямована на з'ясування механізмів виникнення і прогресування захворювань крові, функціонування кровотворної та лімфоїдної систем, створення і впровадження сучасних методів діагностики, лікування, прогнозування перебігу цих захворювань. Крім того, наші фахівці беруть активну участь у розробці нових клінічних протоколів та настанов лікування хворих гематологічного профілю.

Одним з основних напрямів наукової діяльності інституту є вивчення морфологічних, імунологічних, генетичних особливостей кровотворення, розладів його регуляції в нормі та при захворюваннях системи крові, кровотворної та лімфоїдної тканин, розробка нових методів їх профілактики, лікування і реабілітації, а також епідеміологічний моніторинг. Також тут здійснюються діагностика і лікування порушень системи зсідання крові, опрацьовуються нові програми і методи інфузійно-трансфузійної терапії, парентерального харчування. Удосконалюються методи консервування крові та її компонентів, екстракорпоральних методів детоксикації та обробки крові. Окремий напрям досліджень присвячений створенню нових інфузійно-трансфузійних засобів, у тому числі гемостатичної дії, а також плазмозамінників.

Серед пріоритетних напрямів наукових досліджень – вивчення діагностичної і прогностичної ролі біологічних властивостей злоякісних клітин при мієло- та лімфоїдних неоплазіях, розробка нових методів діагностики, схем і програм лікування при патології крові, кровотворної та лімфоїдної систем, включаючи імунологічні та молекулярно-генетичні аспекти. У наших найближчих планах – впровадження високодозової хіміотерапії з автотрансплантацією стовбурових гемопоетичних клітин, що є вкрай актуальним напрямом у відповідь на потреби сьогодення. У цій сфері триває співпраця з різними суспільними організаціями, що забезпечує чудові результати. Зокрема, у 2014 р. членами «Ротарі Клуб Львів» підготований та узгоджений з міською владою проект організації на базі інституту Центру трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин, а у 2015 р. по цій програмі було придбане та передане інституту необхідне медичне обладнання.

Крім того, за погодженням з Івано-Франківською обласною державною адміністрацією нами розроблено ескізний проект спеціалізованого центру реабілітації хворих гематологічного профілю, який у майбутньому стане окремим структурним підрозділом інституту і буде розміщений у м. Яремче. Тут хворі, що перенесли трансплантацію гемопоетичних стовбурових клітин та деякі інші хірургічні втручання, зможуть тривало знаходитися під наглядом, проходити регулярну діагностику та отримувати профілактичне лікування. Це важливо, оскільки проведення трансплантації – це лише частина справи; не менш важливо запобігти відторгненню трансплантата, забезпечити пацієнту належну якість життя.

Святкування ювілею спонукає до погляду в минуле. З чого почалася історія інституту?

— Наша установа була заснована 5 травня 1940 р. як філіал Київського інституту переливання крові

та невідкладної хірургії. Метою її відкриття насамперед була організація служби крові в західних областях України. Для практичної та наукової роботи необхідно було створити відповідну матеріально-технічну базу, підготувати наукові кадри. На жаль, через короткий термін після заснування наукова і практична діяльність інституту перервалася у зв'язку з початком Другої світової війни. Переживши складні часи, установа продовжила свою діяльність у липні 1944 р. Першим директором інституту був кандидат медичних наук Й.М. Сіомаш.



І Конференція з питань парентерального харчування

Починаючи з 1989 р. інститут працював в якості філіалу Київського науково-дослідного інституту гематології та переливання крові – це було пов'язано з єдністю завдань цих двох наукових установ. Статус самостійної науково-дослідної установи інститут отримав у 1998 р. У зв'язку з цим він був перейменований у Львівський науково-дослідний інститут патології крові та трансфузійної медицини МОЗ України; у 2000 р., відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України, він увійшов до складу Академії медичних наук. Остаточних назви та підпорядкування інституту набув у 2011 р.

З моменту створення установи тут працювали видатні вчені та потужні наукові школи: гематологічна, імунологічна, гемостазіологічна, школа з виробничої та клінічної трансфузіології, парентерального харчування, з еферентних методів очищення крові та детоксикації, а також школа з хірургічної гематології.

Сьогодні в інституті працює 288 співробітників (142 – у наукових підрозділах, 146 – у практичних).

Інститут відомий своєю потужною гематологічною школою. Які дослідження проводяться в цьому напрямі сьогодні?

— Заснування і розвиток гематологічної школи на базі нашої установи безпосередньо пов'язані з роботами головного спеціаліста інституту з проблем гематології – доктора медичних наук, професора Ярослава Ілліни Виговської. Ґрунтовно вивчаються епідеміологія і патогенез злоякісних захворювань крові, кровотворної та лімфоїдної систем; досліджуються імунні, цитогенетичні та молекулярно-генетичні аспекти пухлинної прогресії при гемобластозах, розробляються клінічні протоколи діагностики, прогнозування перебігу та лікувальної

тактики при більшості гематологічних захворювань. Постійно вдосконалюються та оновлюються клінічні протоколи лікування хворих зі злоякісними хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної систем.

Сьогодні відділення гематології з лабораторною групою – один із провідних підрозділів інституту, яке очолює доктор медичних наук, старший науковий співробітник Звенислава Володимирівна Масляк. Клінічною базою наукового підрозділу є гематологічне відділення клініки інституту та 5-ї комунальної клінічної лікарні м. Львова.

Більшість наукових розробок цього підрозділу пов'язані з дослідженням процесів клональної еволюції мієлоїдних пухлин крові. Тут ведеться пошук нових діагностичних та прогностичних маркерів для моніторингу перебігу множинної мієломи та інших лімфоїдних неоплазій.

Крім того, пріоритетним напрямом є вивчення цитокінового профілю крові (фактор росту ендотелію судин, фактор некрозу пухлини та його рецептори p55, p75, IL-6, еритропоєтин, трансформуючий фактор росту β тощо) з метою практичного застосування результатів для удосконалення програм моніторингу та лікування хворих на множинну мієлому, хронічну мієлоїдну та лімфоїдну лейкомії, мієлодиспластичний синдром.

У клінічному відділенні гематології щорічно проходять лікування понад 900 хворих на лейкомії та лімфому, множинну мієлому, мієлодиспластичний синдром та інші хвороби крові, кровотворної та лімфоїдної систем. Успішно впроваджено у медичну практику цілу низку нових методів: режими лікування множинної мієломи на основі бортезомібу, схеми високодозової хіміотерапії при злоякісних лімфомах, режими лікування індолентних та агресивних лімфом ритуксимабом та бендамустином, лікування хронічної мієлоїдної лейкомії інгібіторами тирозинкінази.

У тісній співпраці з фахівцями-трансплантологами центрів трансплантації м. Києва та колегами з Білорусі та Польщі проводимо передтрансплантаційну підготовку хворих на множинну мієлому та лімфому.

Відділення дитячої гематології очолює Лілія Петрівна Мазур. Тут вивчаються основні показники імунної системи у дітей, хворих на гостру лімфобластну лейкомію, із врахуванням віку та статі, групи ризику, імунофенотипового підваріанту гемобластоzu, режиму поліхіміотерапії, етапів лікування хвороби та термінів довготривалої ремісії. Ці дані дають змогу зрозуміти



Відділення гематології з лабораторною групою



А.С. Лук'янова, к.б.н.

механізми регенерації окремих ланок імунітету та з'ясувати біологічну роль імунокомпетентних клітин та інтерлейкінів у розвитку патологічних процесів на різних етапах гострої лімфобластної лейкемії у дітей.

Один з перспективних напрямів роботи відділення — вивчення стану ендокринної системи, яка першою в дитячому організмі реагує на зміни гомеостазу, що виникають на фоні захворювання та застосування протипухлинної терапії. Це розширює діапазон сучасних уявлень про ендокринні порушення у дітей, хворих на гостру лімфобластну лейкемію, відкриває нові перспективи в їх корекції.

Окремий важливий напрямок роботи гематологів інституту — лікування гемофілії та інших коагулопатій. Відповідне лікувально-диспансерне відділення очолює кандидат медичних наук Надія Федорівна Бужерак. Це відділення було створене у 1988 р. з метою підвищення ефективності діагностики та надання високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із гемофілією, хворобою Віллебранда, іншими спадковими та набутими коагулопатіями (дітям і дорослим). Тут проводиться діагностика та диференціація коагулопатій, надання консультативної допомоги всім хворим з порушеннями системи зсідання крові, скринінгові коагулологічні дослідження, дослідження системи зсідання крові апаратним методом (визначення рівня VIII та IX факторів зсідання крові та інших показників). За показаннями в амбулаторному режимі під постійним контролем призначається лікування хворим на гемофілію, хворобу Віллебранда, імунні тромбоцитопенії, спадкові і набуті тромбоцитопатії.

Який досвід накопичено інститутом у сфері хірургічних втручань при захворюваннях крові?

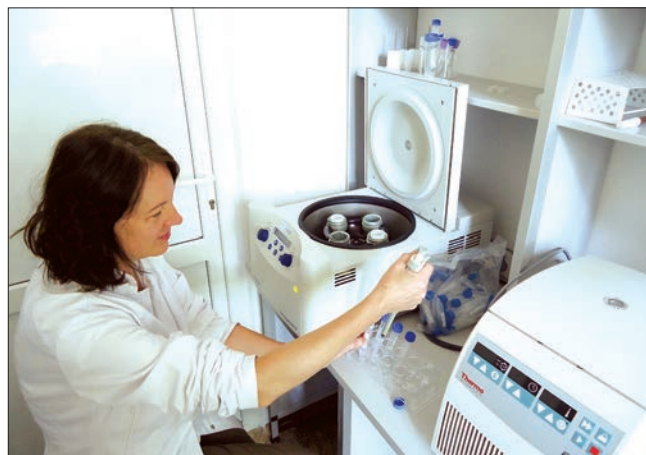
— У сфері хірургічних втручань нашими фахівцями проведені цікаві дослідження, накопичено значний клінічний досвід. Зокрема, впроваджено систему хірургічного лікування патології селезінки різноманітного походження, розробляються покази і протипокази до хірургічних втручань, вивчаються імунологічні наслідки спленектомії, проблема гемофілії та інших спадкових і набутих коагулопатій.

Відділення хірургії та клінічної трансфузіології очолює доктор медичних наук, старший науковий співробітник Ігор Йосифович Євстахевич. Під його керівництвом розроблені і впроваджені нові методи органозберігаючих та малоінвазивних (відеохірургічних) операцій у хворих гематологічного профілю. Активно вивчається роль селезінки в патогенезі первинних та вторинних автоімунних порушень та з'ясовуються механізми лікувальної дії спленектомії з наступним аналізом віддалених клініко-гематологічних та імунологічних наслідків. Ведеться пошук нових методів профілактики ускладнень аспленічного стану хворого після спленектомії з приводу як гематологічних захворювань, так і травм селезінки. Розробляються методики інфузійно-трансфузійного забезпечення при операційних втручаннях, а також інфузійно-трансфузійної терапії шоку та гострої крововтрати. Важливим напрямом наукової роботи відділення є пошук шляхів підвищення ефективності операційного лікування різних хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної систем (лімфоїдних та мієлоїдних неоплазій тощо). У найближчих планах — дослідження і впровадження відеохірургічних методів для діагностики і лікування хворих гематологічного профілю.

Функціонування сучасної гематологічної клініки неможливе без специфічних лабораторних досліджень. Які аспекти охоплює науковий пошук лабораторних підрозділів інституту? Які дослідження проводяться на їх базі?

— Лабораторію біохімії крові (під такою назвою вона функціонує з 1999 р.) очолює кандидат біологічних наук Тарас Васильович Даниш. Співробітники лабораторії біохімії крові володіють методами білкової хімії, здійснюють фракціонування плазми крові (спиртове, сольове, ПЕГ-переосадження тощо), афінну та іонообмінну хроматографію, гель-фільтрацію, діаліз, спектрофотометрію, проводять визначення активності протеїназ (з хромогенними, білковими субстратами), проводять електрофоретичні та імуноферментні методи дослідження, володіють сольвент-детергентним та іншими методами вірусінактивзації.

Лабораторія спеціалізується на розробці нових методів виділення та очищення білків з плазми крові та продуктів її субфракціонування з метою отримання лікувальних та діагностичних препаратів. Протягом тривалого часу тут вивчаються та на практиці застосовуються макропористі кремнеземні сорбенти для біоспецифічної хроматографії різноманітних білкових факторів зсідання крові та фібринолізу. Основною перевагою кремнеземних сорбентів є висока стабільність, легкість регенерації, стійкість до мікроорганізмів, хімічних речовин та процесу стерилізації. Апробовані сорбенти для ефективного виділення та очищення наступних препаратів: тромбіну, плазміногену, плазміну, плазміноген-стрептокіназного активаторного комплексу, антитромбіну III, урокінази, імуноглобуліну G, апротиніну. Останні дослідження продемонстрували можливість використання сорбентів для отримання факторів зсідання крові VII, VIII, IX та X. Наші фахівці довели, що застосування кремнеземних афінних сорбентів для виділення білкових факторів можна легко поєднати з використанням сучасних методів противірусної обробки і в результаті одержати високоактивні вірусбезпечні препарати факторів зсідання крові.



У лабораторії біохімії крові

У квітні 2014 р. на базі інституту створено лабораторію молекулярної генетики, яку очолив кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник Мирослав Іванович Вороняк. Провідний напрям її діяльності — розробка нових методик з'ясування причин патологічного стану, встановлення діагнозу та контролю ефективності лікування на рівні ДНК/РНК за допомогою методу полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР). Лабораторія оснащена сучасним обладнанням, існує можливість визначення експресії гена BCR-ABL при хронічній мієлоїдній лейкемії. Висока чутливість методу дає змогу визначати аномальну ДНК у мізерних кількостях, що дозволяє виявляти неопластичні клітини на доклінічній стадії пухлинного процесу, проводити моніторинг ефективності лікування інгібіторами тирозинкінази. При Рн-негативних мієлопроліферативних неоплазіях проводять визначення точкової мутації V617F гена JAK2. Крім того, в лабораторії освоюються інші методики визначення мутацій генів методом ПЛР у реальному часі при гематологічних та онкологічних захворюваннях.

Розкажіть про сферу Ваших власних наукових інтересів.

— Наукові роботи, проведені під моїм керівництвом, стосуються сфер виробничої та клінічної трансфузіології, екстракорпоральних методів детоксикації та еферентної терапії, розробки парентерального харчування, проблем безкровної хірургії. Ще з 1991 р. разом з кандидатом медичних наук М.Г. Курганом ми розробляли і впроваджували в клінічну практику новий метод лікування Т-клітинних лімфом шкіри — фотоферез. Він продемонстрував високу ефективність у лікуванні I-II стадій грибоподібного мікозу. Також створено новий спосіб лікувального плазмаферезу, який поєднує цитаферез та плазмаферез.



Проведення лікувального плазмаферезу на фракціонаторі крові

Лікувальний плазмаферез є ефективним у терапії синдрому дисемінованого внутрішньосудинного зсідання крові, зумовленого внутрішньосудинним гемолізом різного генезу.

Ці дослідження стали можливими завдяки створенню у 1985 р. на базі нашого інституту Центру гравітаційної хірургії крові (сьогодні — Регіональний центр гематозерезу). Тут ми вперше в СРСР провели лікувальний плазмаферез на вітчизняному фракціонаторі крові. Відтоді в клінічну практику було впроваджено багато різновидів екстракорпоральних методів детоксикації, розроблено відповідну апаратуру, технологію, методи фракціонування крові та екстракорпоральної обробки при різноманітних захворюваннях. Також значна увага приділяється апоптозу еритроцитів у нормі та вплив на нього різних медикаментозних засобів.

Найбільше, що мене сьогодні хвилює, це відсутність в Україні центрів трансплантації кісткового мозку (стовбурових гемопоетичних клітин, ТСГК). Ті центри, які функціонують в Україні: Київський центр трансплантації кісткового мозку для дорослих; для дітей — на базі лікарні ОХМАДИТ і Національного інституту раку, впродовж року виконують не більше ніж 100 автотрансплантацій. Потреба ж у таких втручаннях на рік серед хворих тільки гематологічного профілю сягає 150-200 автотрансплантацій при множинній мієломі, 300-400 — при злоякісних лімфомах, 200-400 алотрансплантацій при лейкеміях. Крім того, ТСГК від неродиночного донора в Україні взагалі не проводиться — натомість витрачаються величезні кошти на оплату трансплантацій за кордоном. У проєкті Державної цільової програми з гематології на 2013-2020 рр. передбачалася організація в країні 5 центрів трансплантації. У 80-х роках єдиною установою, де проводилася пересадка кісткового мозку гематологічним хворим, був наш інститут. Під керівництвом професора О.Б. Савчика тут було створено банк кісткового мозку, а мною та науковим співробітником І. Корнецьким були налагоджені методи трансплантації та контролю життєдіяльності стовбурових гемопоетичних клітин (оцінка колонієутворюючих клітин в культурі) за Гордоном. Адже відомо, що не кожна стовбурова клітина може бути поліпотентною — тобто родоначальником кровотворення.

Отже, сьогодні ми докладаємо великих зусиль для впровадження ТСГК на базі інституту. Як вже було сказано, певний прогрес в цьому напрямку відбувся; у 2014 р. члени «Ротарі Клуб Львів» підготували та узгодили з відповідними органами влади м. Львова проєкт реконструкції будівлі нашого інституту для організації Центру трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин, а минулого року ми отримали частину медичного обладнання для центру. За погодженням з Івано-Франківською обласною державною адміністрацією інститут докладає зусиль для створення у м. Яремче спеціалізованого центру реабілітації хворих гематологічного профілю (після ТСГК та хірургічних ортопедичних втручань у хворих на гемофілію).

Свого часу Ви виступили в якості організатора кафедри гематології та трансфузіології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. Яка робота ведеться у цій області?

— Кафедра була створена в січні 2002 р. у відповідь на потреби з підвищення кваліфікації фахівців і відтоді успішно функціонує на базі інституту. З березня 2015 р. виконувачем обов'язків завідувача кафедри є доктор медичних наук, професор Володимир Володимирович Орлик.

Сьогодні на кафедрі проводяться цикли спеціалізації та передатестаційної підготовки з трьох

Продовження на стор. 28.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

Продовження. Початок на стор. 26.

спеціальностей — «Гематологія», «Трансфузіологія», «Дитяча гематологія», а також цикли тематичного удосконалення з трансфузіології, діагностики та лікування анемій та геморагічних захворювань для лікарів різних спеціальностей. Тут щорічно проходять навчання понад 300 спеціалістів з гематології, дитячої гематології та трансфузіології. Крім того, забезпечується підготовка лікарів-інтернів зі спеціальності «Внутрішні хвороби» та «Загальна практика — сімейна медицина» із суміжної дисципліни «Хвороби органів кровотворення». Приємно зазначити, що до нас приїждять курсанти з усіх регіонів України, що засвідчує визнання авторитету кафедри. Крім того, зусиллями її співробітників проводяться виїзні курси тематичного удосконалення в обласних та районних центрах. Загалом кафедра забезпечена потужним кадровим потенціалом із значним досвідом в науковій та клінічній роботі. Співробітники мають велику кількість публікацій та виступів з доповідями на різноманітних науково-практичних форумах як в Україні, так і за кордоном, постійно працюють над оновленням навчально-методичної літератури.

і? Сучасна гематологія — наукоємний напрям медичної науки, який бурхливо розвивається і, відповідно, потребує постійного обміну досвідом між фахівцями з різних країн, поєднання науки і практики. В яких сферах особливо активно розвивається міжнародне співробітництво?

— Упродовж багатьох років інститут підтримує тісні товариські та професійні зв'язки з гематологічною клінікою Ягеллонського університету (м. Краків, Польща) та кафедрою гематології Люблінської медичної академії, особливо з Польсько-Українським центром з трансплантації кісткового мозку, відкриття якого відбулося у 2004 р. Проведено стажування науковців

інституту в науково-дослідних установах Польщі; невід'ємна частина повсякденної роботи — консультації щодо лікувально-діагностичної тактики зі спеціалістами Польщі, Італії, Ізраїлю, РФ, Білорусі, Великої Британії.

З 2010 р. наш інститут є членом «Європейської лейкемічної мережі» (European Leukemia Net, ELN), яка визнана провідною гематологічною організацією у медичній галузі Європейського союзу. З 2013 р. розпочато співпрацю в рамках ELN з питання дослідження репродуктивної функції хворих на хронічну мієлоїдну лейкемію.



Лапароскопічна хірургія.
Стажування у Франції к.м.н. Ю. Євстахевича

У 2002 р. саме у Львові вперше в Україні відбулася Європейська школа трансфузійної медицини «Кровозберігальна медицина і хірургія: абсолютна потреба безпеки автологічної і гомологічної донації крові». Слід відзначити, що 5 науковців інституту є членами Європейської асоціації гематологів (ЕНА).

З метою підвищення кваліфікації лікарів інституту постійно проходять стажування як у вітчизняних

науково-дослідних установах, так і в профільних закладах Польщі, Ізраїлю, Великої Британії, Австралії. У 2003 р. провідні хірурги інституту В.Ф. Інденко та Ю.Л. Євстахевич узяли участь у Європейських курсах лапароскопічної хірургії в м. Парижі (Франція), у 2006 р. — в курсах у м. Данді (Шотландія). У 2007 р., на запрошення американських фахівців, завідувач хірургічного відділення І.Й. Євстахевич відвідав м. Чикаго (США), де обмінювався досвідом з колегами з Northwestern Memorial Hospital.

Важливо відзначити, що починаючи з 2009 р. інститут бере участь у виконанні 8 багатоцентрових досліджень з лікування неопластичних захворювань крові, а також 7 багатоцентрових випробувань, присвячених терапії гемофілії А, В та хвороби Віллебранда. Крім того, впродовж 10 років гематологічне відділення інституту задіяно у міжнародних клінічних дослідженнях з вивчення нових препаратів за стандартами GCP, більшість яких вже представлені в Європейському союзі або проходять процедуру підготовки до реєстрації в Україні. Це відкриває пацієнтам доступ до високоефективних методів лікування практично на рівні з провідними зарубіжними клініками.

Сьогодні ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» — один із провідних гематологічних центрів України. Поєднуючи значний досвід, добрі традиції та нестримне прагнення розвиватися, установа демонструє високий рівень наукової і практичної роботи.

З нагоди ювілею інституту хочеться побажати всім його співробітникам успіхів, підтримки з боку держави, вдалого впровадження ідей та починань!

Підготувала Катерина Котенко

Фото з архіву ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

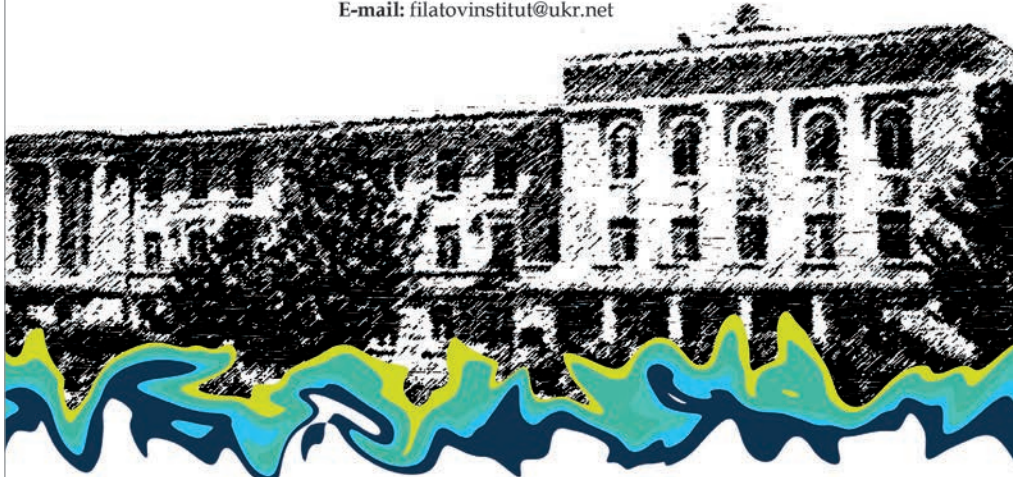
3

ФІЛАТОВСЬКІ
ЧИТАННЯ
2016

19-20 травня 2016
Одеса, Україна

Науково-практична конференція,
присвячена 80-річчю від дня заснування
Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова
НАМН України

Організатори: Товариство офтальмологів України
ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії
ім. В.П. Філатова НАМН України»
За підтримки: Національної академії медичних наук України
Міністерства охорони здоров'я України
Місце проведення: Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова
Оргкомітет: Телефони: +380487465208; +380661466070
Сайт: www.tou.org.ua
E-mail: filatovinstitut@ukr.net



МОЗ України

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Департамент охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації
Асоціація лікарів Поділля



Конференція для практикуючих лікарів
Терапія 2016: сучасні досягнення

16-17 березня 2016 року, м. Вінниця

Місце проведення: Вінницька обласна філармонія «Плеяда» (Хмельницьке шосе, 7)

Реєстрація:
16 березня 2016 р.
з 08:00.
Початок о 10:00

Актуальні проблеми пульмонології, кардіології, ревматології,
гастроентерології, інші питання терапії для лікарів загальної
практики — сімейної медицини

Презентація нової редакції довідника-посібника «Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії» (17-те видання, доповнене)

Лекції читають провідні вчені України, Європи.

Випускникам
Вінницького
національного
медичного
університету
ім. М.І. Пирогова

З нагоди святкування 80-річчя з дня заснування кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова просимо випускників надіслати свої спогади про навчання на цій кафедрі.

Пригадайте зустрічі з викладачами, першу історію хвороби, огляд пацієнта і т. ін.

За Вашими матеріалами буде видано книгу «Мої спогади про кафедру пропедевтики».

Автор спогадів, що увійдуть до книги, отримає екземпляр видання.

Запрошуємо лікарів взяти участь у конференції.

Оргкомітет

Тел.: (096) 924-24-84, (0432) 46-11-27, (067) 877-54-48
Факс: (0432) 43-72-12
E-mail: vitalimotsiuk@gmail.com

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»

Формування лідерства у сімейній медицині — фундамент успіху реформи охорони здоров'я України

На заходах, де збираються активісти у галузі загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ), вже доброю традицією стало, що виступи головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина», президента Української асоціації сімейної медицини (УАСМ), завідувача кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктора медичних наук, професора Лариси Федорівни Матюхи стають засадничими, задають тон, виділяють найбільш актуальний напрям.

Не була винятком і науково-практична конференція з міжнародною участю «Сімейна медицина — фундамент охорони здоров'я України», що відбулася 22-23 жовтня 2015 р. на базі НМАПО ім. П.Л. Шупика за підтримки Міністерства охорони здоров'я та ГО УАСМ. Виступ професора Л.Ф. Матюхи був присвячений нагальній потребі формувати **лідерські якості** у фахівців галузі первинної медичної допомоги (ПМД) та ЗПСМ. Доповідачем було наголошено, що **лідерство** — це процес у суспільстві, акт керівництва, який надихає інших людей досягати мети, щоб змінити майбутнє. **Лідер** — це той, хто знає і виконує свою місію, надає їй пріоритетного значення, може переконати інших йти за собою (Pointer, Sanchez, 1994). Лідерство ПМД — це загальновизнана мета для більшості систем охорони здоров'я (ОЗ) у світі. У 1978 р. у м. Алма-Ата було прийнято декларацію Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка визнала ключову роль ПМД у різних системах ОЗ. Для досягнення мети програми «Здоров'я для всіх» ВООЗ закликала надати новий імпульс ідеї сильної ПМД як у розвинених країнах, так і в державах, що розвиваються (м. Алма-Ати, Казахстан, 2008).

Досягнення лідерства ПМД є важливим завданням державного менеджменту. Це підтверджують такі положення документів ВООЗ: «Неефективний лідер системи ОЗ надає перевагу спеціалізованій медичній допомозі, що вимагає постійного збільшення фінансових витрат держави» (ВООЗ, 2013); «Така система ОЗ залишає поза увагою важливі потреби населення в профілактиці та соціальному захисті» (ВООЗ, 2012).

Суттєвим недоліком державної політики України є відсутність наступності влади та засад її політики. Стратегічне бачення розвитку ПМД в нашій країні з 1996 р., на жаль, змінюється зі зміною влади. Це призводить до відсутності послідовності в питаннях розвитку ПМД (переважає декларативність); частих змін і слабкості стратегічного керівництва системою ОЗ і недостатнього розуміння ролі ПМД; роздробленості організаційних структур надання ПМД; злиття ПМД з вищими рівнями медичної допомоги; недостатності фінансування ПМД; неефективності місцевого керівництва ПМД на місцях; поганій координації між рівнями медичної допомоги.

Ефективної організації не буває без лідерства. Щоб будь-яке зібрання людей стало організованим цілим, йому потрібне ядро — група тих, хто має власне бачення, волю й ініціативу диктувати і будувати. Це підтвердив IV З'їзд сімейних лікарів, який відбувся в м. Полтаві у червні 2015 р. На заході було обрано

нового президента і нове правління УАСМ, які, запроваджуючи лідерство у формуванні політики держави і громади в галузі ПМД, запропонували новий формат менеджменту УАСМ (рис. 1).

За період з червня 2015 р. УАСМ проведено:

- нараду-семинар з головними лікарями ЦПМСД (за підтримки МОЗ України; 225 учасників; 9-10 липня 2015 р.);
- конференцію з міжнародною участю «Обіг контрольованих препаратів у практиці сімейного лікаря» (за підтримки МОЗ України та НМАПО ім. П.Л. Шупика; 200 учасників; 17-18 вересня 2015 р.);

- нараду-семинар у м. Дніпропетровську (за підтримки МОЗ України, Дніпропетровської ОДА, Дніпропетровської медичної академії МОЗ України; 24-25 вересня 2015 р.);
- засідання правління УАСМ (17 вересня 2015 р.).

На рисунку 2 представлено, у чому принципова різниця між лідером і босом: останній керує з позиції сили, нав'язуючи свій алгоритм дій, не радячись із працівниками або роблячи це лицемірно, часто принижуючи пересічних членів колективу, а також керівників нижчого рангу, використовуючи їхній ментальний і фізичний потенціал. Справжній

лідер є демократом по суті, він радиться з колективом, з повагою ставиться до всіх його членів, намагаючись пояснити свою позицію, щоб вона була сприйнята з прихильністю. Лідер намагається переконати у своїй правоті, якщо потрібно, він сам активно береться до роботи, показуючи позитивний приклад, відстоюючи потреби і права своїх колег. Тільки під проводом справжнього лідера можна організувати дієву й ефективну демократичну професійну або іншу громадську організацію, необхідну людям, яка б приносила суспільну користь (користь для всіх членів, а не тільки для лідерів). Під тиском боса та його близького оточення створюються псевдосамоврядні громадські організації, які виконують волю однієї людини або її оточення, слугують отриманню ними певних вигод — матеріальних або суспільних, прикривають маскою позірної демократії корисливі мотиви боса та його оточення.

Справжні лідери повинні мати активну громадянську позицію, допомагаючи людям розібратися в ситуації, не давати ошукати себе та членів колективу.

Президент УАСМ, професор Л.Ф. Матюха розповіла також про результати цікавого опитування серед делегатів наради з головними лікарями ЦПМСД щодо основних засад діяльності ПМД в Україні. На думку учасників опитування, на субрегіональному рівні лише один орган місцевого самоврядування з п'яти опитується координацією роботи закладів первинної і вторинної медичної допомоги. Лише 23% опитаних вважають достатнім обсяг інвестицій в оснащення центрів ПМСД, натомість 34% респондентів вказують на відсутність таких інвестицій.

Лише один з 10 опитаних вважає, що місцева влада опікується питаннями умов життя лікарів первинної ланки та їх сімей; 85% опитаних вказують, що владні структури недостатньо (26%) або зовсім (59%) не переймаються цими питаннями.

На фінансування заходів економічного стимулювання праці вказує лише третина опитаних (34%), але достатнє таке стимулювання вважає лише один з 15 анкетованих (6%). Більшість респондентів (64%) вказує на відсутність економічного заохочення.

Взаємодія центрів ПМД із закладами вторинної медичної допомоги (ВМД) у питаннях медичного обслуговування населення характеризується високим рівнем конфліктності. Лише один з 5 опитаних вказує на відсутність конфліктів між закладами ОЗ ПМД і ВМД, і лише один з 15 — на достатній рівень скоординованості діяльності ПМД і ВМД.

Кожен 5-й респондент вважає, що у питаннях медичного обслуговування населення стосунки між ПМД і ВМД носять конфронтаційний характер. Більшість центрів ПМСД змушені шукати шляхи забезпечення комплексності надання послуг населенню самостійно, без допомоги органів управління і участі закладів ОЗ ВМД.

Майже половина (46%) респондентів вважає, що медсестра повинна мати особливі функції і вести самостійний

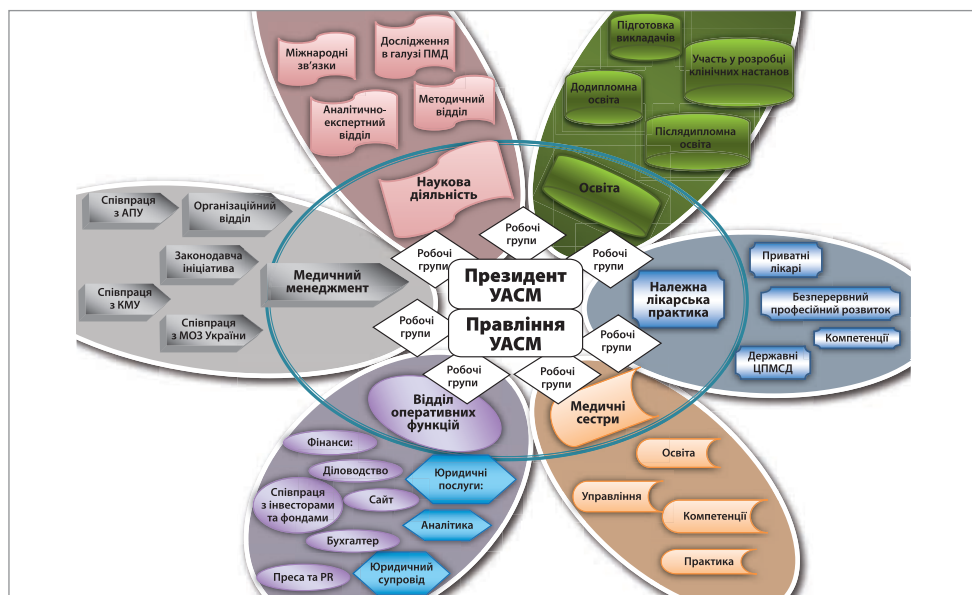


Рис. 1. Нова структура Правління УАСМ

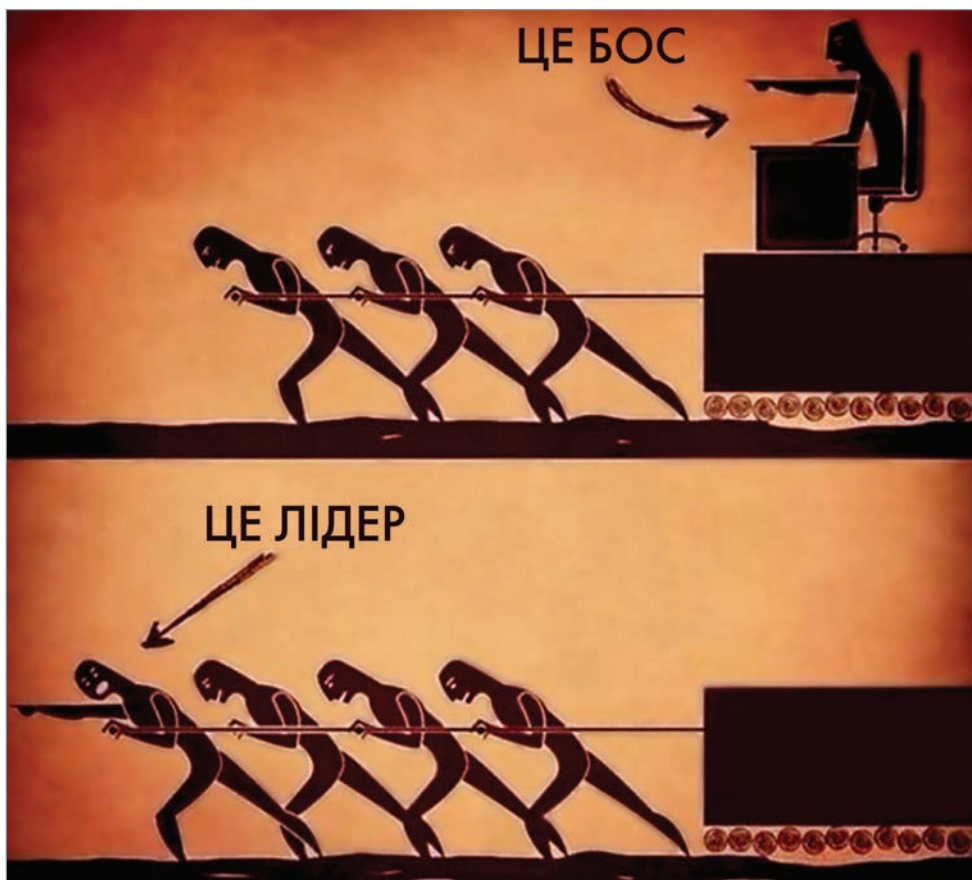


Рис. 2. Лідер vs бос

прийом пацієнтів. Приблизно стільки ж (45%) опитаних мають протилежну думку.

Місцеве самоврядування не вважає створення ефективної ПМД своїм пріоритетом та/або не має ресурсів для цієї роботи.

Що стосується головних лікарів ЦПМСД, то більшість з них не до кінця розуміють поняття комплексності ПМД; не приділяють достатньої уваги рівню компетенції медичного персоналу, не пов'язуючи її з успішністю організації в цілому. Половина цієї групи опитаних розвиток медсестринства не розглядають як надважливий ресурс і напрям роботи; частина керівників ЦПМСД не розуміють, що таке інтегроване надання ПМД за моделлю сімейної медицини.

У доповіді було представлено бачення УАСМ ролі менеджера і колективу ЦПМСД у становленні ПМД як лідера системи ОЗ.

Лікар ЗПСМ (самостійно або як член колективу ЦПМСД) повинен вміти організувати: 1) розробку місцевих програм з покращення матеріально-технічної бази із залученням спонсорських коштів; 2) лобювання економічних інтересів ПМД перед місцевими громадами; 3) розробку та впровадження цільових програм (туберкульоз, онкологія та ін.) на місцевому рівні; 4) комплексне надання послуг у закладі ПМД колективом амбулаторій СМ (задіяти в повному обсязі компетенції персоналу); 5) безперервний професійний розвиток (планувати за потребою); 6) внутрішній аудит ефективності роботи закладу, у т. ч. задоволеності пацієнтів; 7) розробку перспективного плану розвитку ПМД на 3-5 років; 8) впровадження локальних протоколів як шлях до підвищення якості надання медичних послуг.

У свою чергу, головному лікарю потрібно: 1) набути достатньої компетентності в розумінні філософії сімейної медицини і ролі менеджера в процесі організації роботи ПМД; 2) брати участь у місцевих виборах для отримання можливості впливати на прийняття рішень на рівні громади; 3) забезпечити координацію і комунікацію з іншими ЦПМСД для обміну досвідом; 4) проводити аналіз, планування, лобювання процесів ПМД, моніторинг, комунікації; 5) лобювати програми місцевих стимулів для колективу; 6) здійснити інформатизацію робочого місця; 7) навчитися фандрейзингу, розробки проєктів для отримання додаткового фінансування.

Бачення ролі держави в становленні лідерства ПМД

Верховна Рада України має: 1) позиціонувати ПМД як пріоритет державної політики з ОЗ; 2) не допускати розпорошення фінансів і управління ПМД; 3) передбачити у бюджетному законодавстві можливість фінансування програм і заходів у сфері ОЗ громадами усіх рівнів понад державний стандарт з метою підвищення конкурентоздатності соціальної сфери.

Кабінет Міністрів України повинен забезпечити пріоритет інвестицій в ОЗ на розвиток ПМД з бюджетів усіх рівнів.

МОЗ України, департаментам ОЗ ОДА, органам місцевого самоврядування необхідно здійснити: 1) аналіз кадрового забезпечення керівного складу ЦПМСД; 2) запровадити конкурсний відбір при ротатії керівників центрів ПМД; 3) підтримувати розвиток сестринства як важливого ресурсу збільшення ефективності надання медичної допомоги на первинному рівні; 4) переглянути систему післядипломної

підготовки сімейних медичних сестер; 5) розробити економічне стимулювання праці у закладах ПМД, у т. ч. щодо стимулювання праці керівного складу з урахуванням ефективності роботи; 6) з метою боротьби з корупцією заборонити тендерні закупівлі та впровадити електронну форму закупівлі обладнання, медикаментів та ін. для ПМД; 7) надати гарантований обсяг державних програм фінансування ПМД; 9) завершити створення ЦПМСД як основних надавачів медичної допомоги першого рівня; 10) спростити систему ліцензування закладів ОЗ; 11) впровадити електронний документообіг та здачу звітів; затвердити єдину електронну програму «Робоче місце сімейного лікаря»; 12) оптимізувати обліково-звітну документацію; 13) впровадити на законодавчому рівні подільні принципи фінансування.

Бачення ролі УАСМ у забезпеченні лідерства

Для впровадження інституту ефективного лідерства УАСМ мають бути здійснені такі кроки: 1) співпраця з міжнародними організаціями на рівні держави і на регіональних рівнях з питань розвитку ПМД; 2) розробка системи безперервного професійного розвитку для членів асоціації; 3) створення системи захисту прав та гідності членів асоціації; 4) оновлення реєстру членів, налагодження роботи сайту; 5) активна участь у розробці уніфікованих клінічних протоколів для підвищення якості ПМД; 6) у рамках робочої групи МОЗ України участь у розробці проєкту наказу «Про порядок надання ПМД»; 7) донесення до органів місцевої влади функцій та обов'язків ПМД та її відмінності від вторинної та третинної допомоги; 8) організація прове-

дення навчальних заходів для керівників центрів ПМСД та представників органів місцевого самоврядування з питань налагодження взаємодії й організації комплексного надання ПМД; 9) лобювання інтересів медсестринства (навчання, долікарський прийом, компетенції); 10) сприяння науковим дослідженням у царині ПМД.

Роль місцевого самоврядування в забезпеченні лідерства ПМСД полягає у: 1) регулярному висвітленні роботи ЦПМСД і амбулаторій у місцевих засобах масової інформації; 2) організації громадського активу на рівні закладу/амбулаторії; 3) формуванні громадської думки щодо відповідального ставлення до власного здоров'я і профілактики захворювань на рівні окремої громади; 4) сприянні покращенню функції закладів ПМСД (забезпечення табелем оснащення, автотранспортом, забезпечення молодих спеціалістів житлом, впровадження додаткової мотивації праці сімейним лікарям за складність та досягнуті показники); 5) допомозі лікувальному закладу в організації профілактичних заходів (проведення флюорографії, вакцинації, донорство та ін.); 6) впровадженні заходів оздоровчого характеру (санітарно-гігієнічного та епідеміологічного — ліквідація смітників та ін.); 7) забезпеченні права громад на додаткове фінансування закладів ОЗ та покращення кадрового забезпечення.

Таким чином, лідерство у процесі реформування системи охорони здоров'я України з пріоритетом ПМД на засадах сімейної медицини відіграє надзвичайно важливу роль, що потребує наполегливої роботи з його впровадження.



ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Имя доктора как бренд

Е. Шум, юрист в сфере интеллектуальной собственности, А. Соляник, юрист в сфере интеллектуальной собственности, юридическая компания «Картушин Партнерз»

Патентование в медицине

Медицина – это огромная и сложная отрасль научной и практической деятельности. Одна из особенностей медицины состоит в том, что все создаваемые в ней изобретения связаны с воздействием на живой человеческий организм. Основным результатом такого воздействия является создание новых медицинских технологий и, как результат, улучшение качества жизни человека.

Творцами этих технологий выступают врачи, биологи, фармацевты и другие специалисты в области медицины. И требуется много терпения, специальных знаний, большого практического опыта и, конечно, незаурядных интеллектуальных способностей, чтобы разработать уникальный метод лечения, изобрести эффективное лекарственное средство или создать сложный медицинский аппарат.

Так как творческий процесс, как правило, связан с материальными и временными затратами, он требует эффективных правовых механизмов защиты созданных в его результате объектов интеллектуальной собственности.

В настоящее время одним из действенных способов защиты прав на объекты интеллектуальной собственности является патентование.

Термин «патент» (от лат. *patens* — открытый, ясный, очевидный, от полного наименования — *litterae patentes* — открытое письмо) трактуется как охранный документ, удостоверяющий исключительное право, авторство и приоритет изобретения, полезной модели либо промышленного образца.

Если два столетия назад не все разработки в сфере медицины защищались патентами, то сегодня патенты в области медицины приобрели широкую известность и используются повсеместно как крупными корпорациями, авторскими коллективами исследователей, так и отдельными авторами изобретения.

То есть в настоящее время даже на начальном этапе создания объекта рассматриваются возможные варианты его охраны во избежание возможного неправомерного использования третьими лицами.

Таким образом, помимо создания и внедрения изобретений в сфере медицины очень важным элементом является их дальнейшая правовая охрана.

Инновации в медицине могут получить свою правовую охрану в виде изобретений, полезных моделей или промышленных образцов.

Изобретения и полезные модели

Изобретение (полезная модель) — это идея в своей материальной форме, которая дает возможность практического решения технической задачи, это результат интеллектуальной деятельности человека в любой сфере технологии, это возможность обеспечить прогресс в любой сфере промышленных технологий для обеспечения интересов общества.

В соответствии с украинским законодательством объектом изобретения (полезной модели), на который выдается патент, может быть:

- продукт (устройство, вещество, штамм микроорганизма, культура клеток растений и животных и т. п.);
- процесс (способ);
- новое применение, использование известного продукта или процесса.

Так, изобретением или полезной моделью могут служить: одноразовый шприц, тренажер для радиологической оценки точности определения объема печени, медицинское устройство для вливания или забора текучей среды организма, электронный термометр, ингалятор или т. п.

Согласно Закону Украины «Об охране прав на изобретения и полезные модели» правовая охрана предоставляется

изобретению (полезной модели), которое не противоречит публичному порядку, принципам гуманности и морали и соответствует условиям патентоспособности.

Объем прав, предоставляемый изобретениям и полезным моделям, всегда одинаковый, разным является только срок их действия. Срок действия патента Украины на полезную модель — 10 лет, на изобретение — 20.

Промышленные образцы

Промышленный образец — результат творческой деятельности человека в области художественного конструирования. Объектом же промышленного образца согласно Закону Украины «Об охране прав на промышленные образцы» может быть форма, рисунок или раскраска или их сочетание, которые определяют внешний вид промышленного изделия и предназначены для удовлетворения эстетических и эргономических нужд.

Например, в качестве промышленного образца могут получить правовую охрану: внешний вид операционных столов, пипеток, иглол, скальпелей, кислородных масок, капельниц и т. п.

Для получения патента на промышленный образец (срок действия такого патента в Украине составляет 10 лет) он должен отвечать условиям патентоспособности, а именно являться новым.

Область правовой охраны

Стоит обратить внимание, что предоставление правовой охраны изобретениям, полезным моделям и промышленным образцам имеет территориальный характер.

То есть собственнику патента Украины на вышеуказанные объекты прав интеллектуальной собственности предоставляются права только на территории Украины, на территории других государств эти права силы не имеют.

Роль патентования результатов медицинских исследований и разработок возрастает с каждым днем. К примеру, направление травматологии и ортопедии занимает одно из первых мест по числу зарегистрированных изобретений и полезных моделей. Это говорит о том, что создатели понимают — успешное использование и внедрение новых объектов в медицинской сфере возможно только при условии их надежной правовой защиты.



Тест генерации тромбина — уникальный метод интегральной оценки системы гемостаза

Тест генерации тромбина (ТГТ) представляет собой лабораторный метод определения динамики образования и инактивации *in vitro* ключевого фермента гемостаза — тромбина. Плазменная система (в которой функционирует тромбин), ответственная за образование и последующее угнетение тромбина в крови, вызовет тенденцию к тромбозу в случае избытка свободного тромбина (гиперкоагуляция) или приведет к кровоточивости при недостаточной активности тромбина (гипокоагуляция).

ТГТ относится к так называемым глобальным коагулологическим тестам, к которым также принадлежат такие методы, как тромбоэластография и тромбодинамика [7]. Результаты глобальных тестов позволяют оценить работу системы гемостаза в целом (рис. 1).

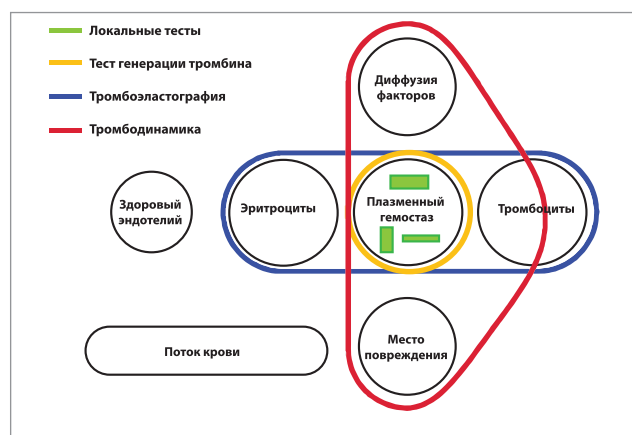


Рис. 1. Глобальные коагулологические тесты

Тромбин (фактор свертывания IIa) является важнейшим компонентом системы гемостаза и представляет собой витамин К-зависимый белок, который относится к ферментам класса гидролаз (сериновая протеаза), катализирующих гидролиз пептидных связей, образованных остатками аргинина и лизина (рис. 2).

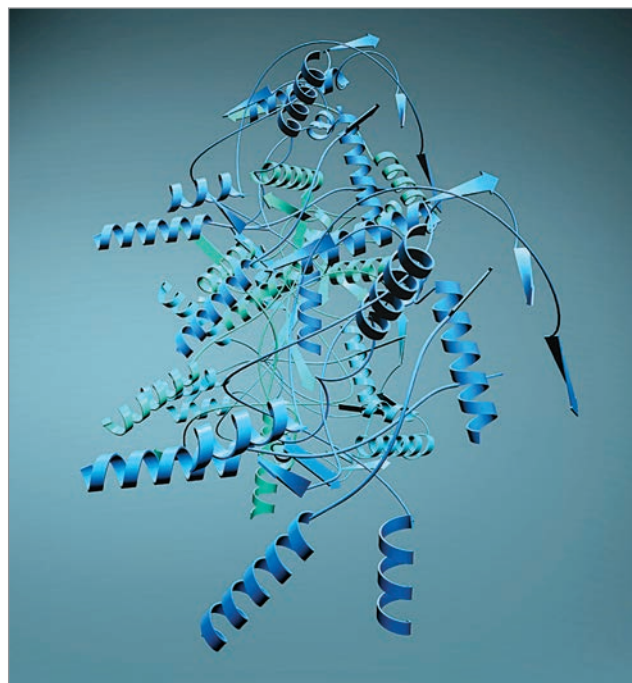


Рис. 2. Структура молекулы тромбина

Предшественником тромбина (фактор IIa) является протромбин (фактор II), синтез которого происходит в печени. В комплексе факторов Xa-Va-II на фосфолипидной поверхности происходит ограниченный протеолиз протромбина, в результате которого образуются несколько активных структур с различной молекулярной массой — мезотромбин, α -, β - и γ -тромбин. Наиболее значимым продуктом является сериновая протеаза — α -тромбин. На молекуле тромбина имеется 4 сайта связывания для субстратов, ингибиторов, кофакторов и ионов кальция [8]. Такая способность тромбина позволяет ему активно функционировать не только в твердой

фазе, но и в токе крови, выполняя при этом многочисленные функции (рис. 3).

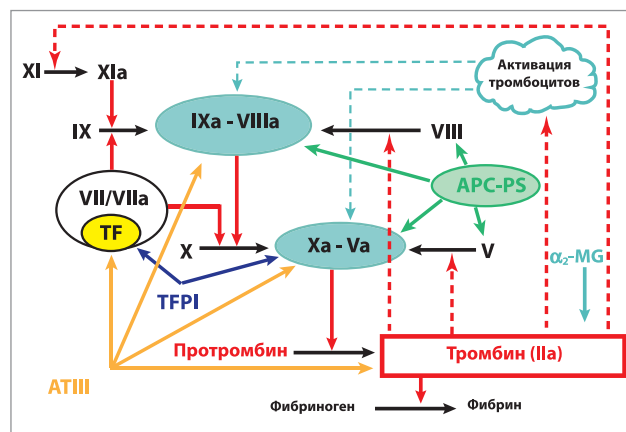


Рис. 3. Система регуляции тромбина в кровеносном русле

Условные обозначения: α_2 -MG — α_2 -макроглобулин; TF — тканевой фактор; APC — активированный протеин C; PS — протеин S; TFPI — ингибитор пути тканевого фактора; AT III — антитромбин III.

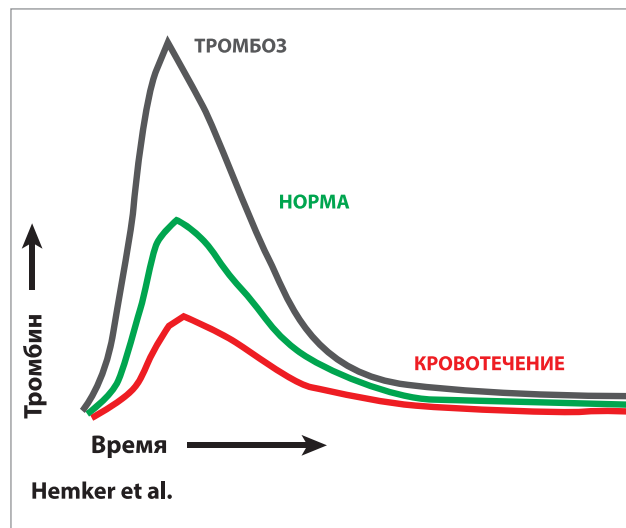
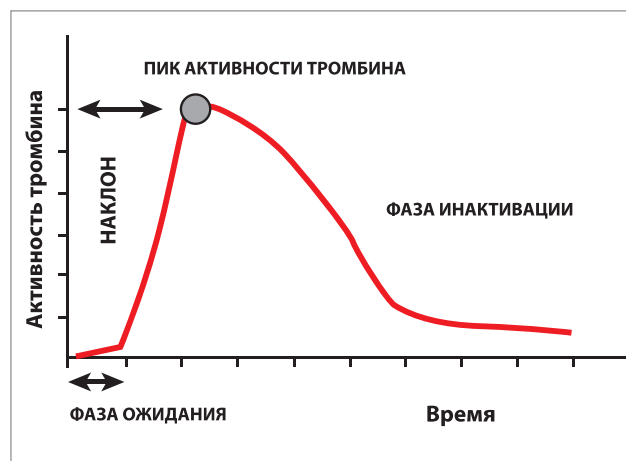


Рис. 4. Общая схема кинетики образования и инактивации эндогенного тромбина

Основные функции тромбина в системе гемостаза:

- образование фибрина из фибриногена (ограниченный протеолиз фибриногена до мономера фибрина);
- усиление активации системы гемостаза по принципу положительной обратной связи (активация факторов V, VII, VIII, XI);

- активация фактора XIII (участие в стабилизации сгустка);
- активация клеточного звена (агрегация тромбоцитов);
- в комплексе с тромбомодулином активация протеина C;
- ограниченный протеолиз плазматической карбоксипептидазы В до активной формы — активируемого тромбином ингибитора фибринолиза (TAFI);
- стимуляция выброса из эндотелиоцитов тканевого активатора плазминогена.

Кроме вышеперечисленных функций, тромбин участвует также в активации сосудистого эндотелия, процессах репарации, ускорении ангиогенеза, миграции и роста клеток. Способность системы свертывания крови генерировать тромбин определяет коагуляционный потенциал крови. Главной причиной разработки ТГТ послужило то обстоятельство, что по выходу фибрина нельзя судить о повышенном тромбогенном потенциале системы свертывания, так как лишь часть тромбина идет на образование сгустка (все тесты, основанные на определении времени образования сгустка, регистрируют только начальную фазу образования тромбина, или около 5% от общего тромбина). Таким образом, необходимо было разработать такой тест, который бы позволил оценить динамику изменения концентрации тромбина в образце плазмы крови и количественно определить суммарный эффект от взаимодействия всех факторов системы свертывания, что может служить интегральным показателем состояния гемостаза [1].

Впервые такой тест под названием «тест генерации тромбина» для оценки состояния системы свертывания крови у больных, страдающих гемофилией, был предложен в 1953 г. R. Macfarlane и R. Biggs [2]. Однако он имел ряд существенных методических недостатков, в связи с чем группа исследователей под руководством Н. Hemker из Маастрихтского университета [3] видоизменила технологию выполнения данного теста и разработала автоматизированный метод детекции генерации тромбина. Первоначально Н. Hemker и S. Wielders [4] был предложен специфический для этого фермента хромогенный субстрат, который не обладал высокой степенью аффинности к тромбину. Более того, фотометрическое определение хромогена не позволяло использовать плазму, богатую тромбоцитами, которые существенно влияли на оптическую плотность. После анализа основных недостатков метода с применением хромогенного субстрата в 2003 г. Н. Hemker [5, 6] предложил использовать очень специфичный, медленно реагирующий флуорогенный субстрат — пептид, меченый 7-амино-4-метилкумарином (Z-Gly-Gly-Arg-AMC) (рис. 4).

В настоящее время для проведения ТГТ используют такие планшетные флуориметры, как BioTek® FLx 800™ TC, BMG Labtech FLUOstar OPTIMA, Molecular Devices Gemini/SpectraMax®, Perkin Elmer® Victor Wallac, TECAN Genios™, Thermo Fluoroskan®, или автоматический анализатор Severon-alpha (включает флуоресцентный модуль) с использованием набора Technothrombin® TGA Kit.

Методика определения ТГТ с помощью флуориметра основана на том, что в лунках планшета инкубируется смесь образца исследуемой плазмы с активатором. В качестве активатора выступает рекомбинантный человеческий тканевой фактор и отрицательно заряженные фосфолипиды (фосфатидилсерин : фосфатидилэтаноламин : фосфатидилхолин — 20:20:60). После инкубации смеси при температуре 37° С для запуска свертывания в лунки флуориметра вносится буфер, содержащий ионизированный кальций и флуорогенный субстрат. Образующийся тромбин расщепляет субстрат, в результате чего высвобождается молекула флуорофора. Это излучение автоматически регистрируется флуориметром через равные промежутки времени. Интенсивность свечения пропорциональна скорости изменения флуоресценции в данный момент времени, а следовательно,

и концентрации образовавшегося тромбина. На основании измерений посредством специального программного обеспечения (программа Thrombinoscope) выстраивается кривая генерации тромбина (рис. 5).



Рис. 5. Кривая ТГТ, полученная с использованием флуориметра

В кривой ТГТ оценивают следующие показатели:

- время запаздывания (lag time, мин) — время от момента внесения смеси флуорогенного субстрата и ионизированного кальция в лунку с образцом и активатором до момента отклонения флуоресцентного сигнала от основной горизонтальной линии более чем на 2 стандартных отклонения;
- пиковая концентрация тромбина (peak thrombin, нмоль/л) — максимальная концентрация тромбина, достигаемая в процессе его генерации в образце;
- время достижения пика (time to peak, мин) — время, за которое в образце достигается максимальная концентрация тромбина;
- эндогенный тромбиновый потенциал (ETP, нмоль/мин) — площадь под кривой генерации тромбина (рис. 6).

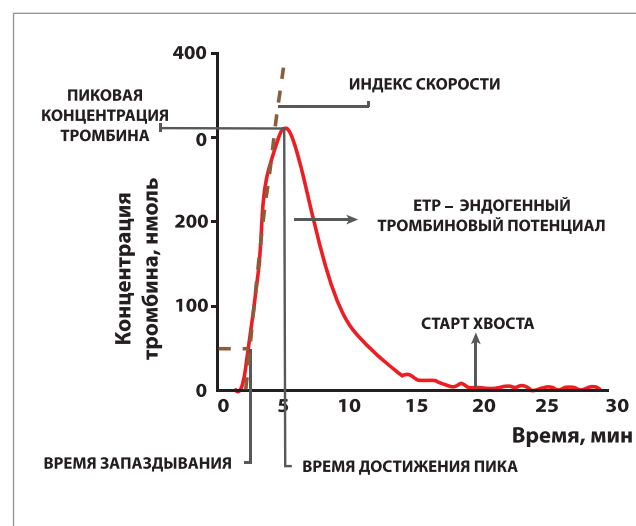


Рис. 6. Основные показатели ТГТ

Метод ТГТ нашел широкое практическое применение в диагностике тромбофилии (рис. 7) [13] и гемофилии (рис. 8).

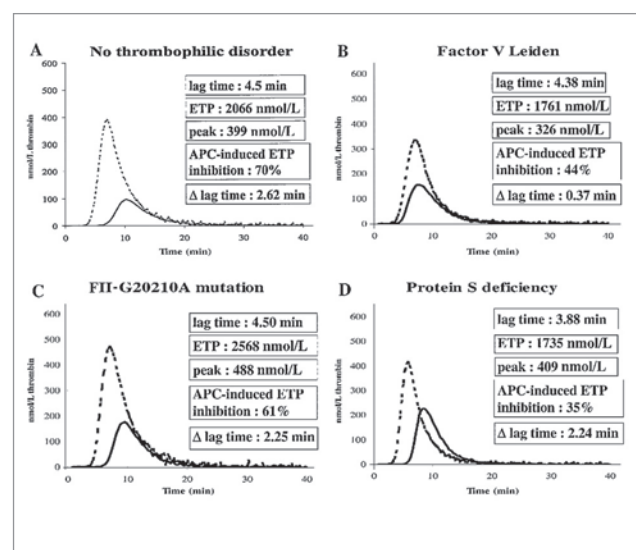


Рис. 7. ТГТ при мутации фактора V Лейден, фактора II протромбина G20210A и при дефиците протеина S

Результаты ТГТ у пациентов с волчаночным антикоагулянтом, мутацией фактора V Лейден и в ходе терапии непрямими антикоагулянтами представлены на рисунке 9.

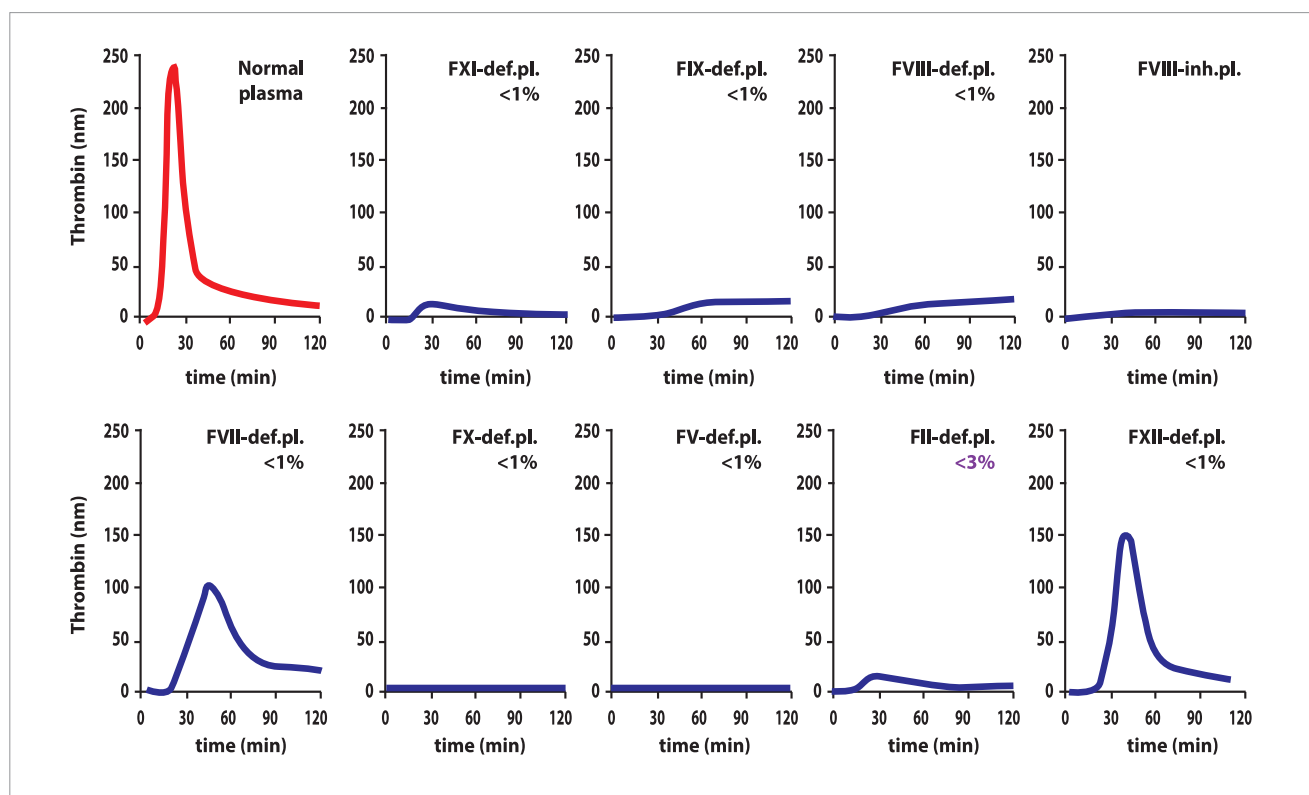


Рис. 8. ТГТ в различных образцах плазмы с дефицитом факторов свертывания

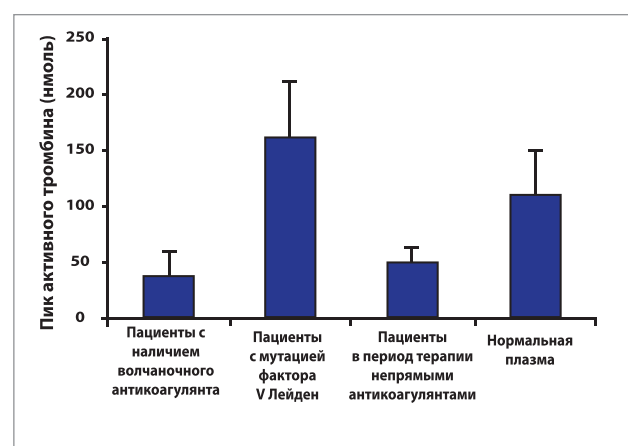


Рис. 9. ТГТ у пациентов с волчаночным антикоагулянтом, мутацией фактора V Лейден, в период терапии непрямими антикоагулянтами

Важность применения ТГТ состоит в том, что показатели рутинно используемых клоттинговых тестов (протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время) в клинико-диагностических лабораториях чаще всего остаются неизменными даже при возникновении тромбоза [9]. При определении уровня фибриногена, активности фактора свертывания VIII и фактора Виллебранда, а также антитромбина, протеинов С и S могут выявляться отклонения от референтного интервала, что не позволяет судить о наличии гиперкоагуляции в целом, так как изменения отдельных компонентов свертывающей системы могут быть нивелированы в организме включением компенсаторных механизмов [10].

Например, показатели коагулограммы могут находиться в пределах нормы, в то время как в функциональном ТГТ выявляется повышение параметров, что свидетельствует о наличии гиперкоагуляции. При этом если врач-клиницист будет руководствоваться только данными коагулограммы, то не будет назначена своевременная антикоагулянтная терапия. Обратная ситуация может наблюдаться в случае, когда изменение отдельных показателей коагулограммы не сопровождается изменением ТГТ. Так, у пациента могут быть повышены фактор VIII, фактор Виллебранда и D-димер, на основании чего врач-клиницист может предположить наличие гиперкоагуляции и назначить антикоагулянтную терапию для предотвращения тромбоза. Однако увеличение активности отдельных прокоагулянтных факторов может быть минимизировано повышением активности антикоагулянтных факторов, показатели ТГТ будут в таком случае в норме. Следовательно, учитывая только данные коагулограммы, можно получить ложноположительное представление о наличии у пациента гиперкоагуляции при ее реальном отсутствии.

При мониторинге антикоагулянтной терапии у больных, получающих варфарин, руководствуясь правилом достижения целевого значения МНО, при котором терапия считается адекватной у пациентов с одинаковыми значениями МНО, показатели ТГТ могут значительно отличаться.

Существует мнение, что мониторинг терапии низкомолекулярными гепаринами не обязателен по причине линейной зависимости их влияния на активный фактор X.

Мониторинг в случае необходимости проводится по исследованию динамики анти-Ха-активности. Об изменениях свойств системы гемостаза предлагается судить по изменению активности только одного фактора. Как показали последние исследования, при назначении одинаковых доз фраксипарина недостаточная доза наблюдалась в 13% случаях, передозировка — также в 13%. Эта работа демонстрирует необходимость лабораторного контроля эффекта введения низкомолекулярного гепарина с помощью глобальных тестов, а также неправомерность суждения о гемостазе в целом по изменению всего лишь одного показателя — анти-Ха-активности [12].

Как бы изменения не происходили на этапах межфакторных взаимодействий в процессе активации свертывания, они в конечном итоге окажут влияние на количество и скорость образования и инактивации тромбина. Динамическая оценка генерации тромбина с помощью ТГТ отражает состояние системы гемостаза в целом и может служить интегральным показателем баланса про- и антикоагулянтных механизмов [11].

Таким образом, ТГТ является универсальным методом оценки тромбогенного потенциала гемостаза и может быть использован в научных исследованиях и с целью:

- диагностики тромбофилии (врожденной и приобретенной), в т. ч. в педиатрии;
- выявления гемофилии;
- мониторинга терапии гемофилии при наличии ингибитора фактора VIII;
- мониторинга антикоагулянтной терапии, направленной на ингибирование тромбина и фактора Ха;
- контроля эффективности всех групп антикоагулянтов (в т. ч. новых);
- оценки активности гемостаза при беременности;
- контроля ДВС-синдрома.

Литература

- Hemker H.C., Beguin S. Thrombin generation in plasma: its assessment via the endogenous thrombin potential. *Throm. Haemost.* 1995; 74(5): 134-138.
- Macfarlane R.G., Biggs R. A thrombin generation test: the application in haemophilia and thrombocytopenia. *J. Clin. Pathol.* 1953; 6: 3-8.
- Hemker H.C., Giesen P.L., Ramjee M. et al. The thrombogram: monitoring thrombin generation in platelet-rich plasma. *Thromb. Haemost.* 2000; 83 (4): 589-591.
- Hemker H.C., Weilders S., Kessels H. et al. Continuous registration of thrombin generation in plasma, its use for the determination of thrombin potential. *Throm. Haemost.* 1993; 70 (4): 617-624.
- Hemker H.C., Giesen P., Al Dieri R. et al. Calibrated automated thrombin generation measurement in clotting plasma. *Pathophysiol. Haemost. Thromb.* 2003; 33: 4-15.
- De Smedt E., Al Dieri R., Spronk H.M. et al. The technique of measurement thrombin generation with fluoogenic substrates: 1. Necessity of adequate calibration. *Thromb. Haemost.* 2008; 100 (2): 343-349.
- Серебрянский И.И. «Глобальные» и «локальные» тесты системы гемостаза в диагностике гиперкоагуляционного синдрома. Справочник заведующего клинико-диагностической лабораторией. 2012; 12.
- Долгов В.В., Свириной П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. — М., 2005, С. 228.
- Hemker H.C., Al Dieri R., Beguin S. *Curr. Opin. Hematol.* 2004; 11: P. 170-175.
- Van Veen J.J., Gatt A., Makris M. // *Br. J. Haematol.* 2008. 142 (6): 889-903.
- Hemker H.C., Al Dieri R., De Smedt E. et al. // *Thromb. Haemost.* 2006; 96: 553-561.
- Наместников Ю.А., Головина О.Г., Папаян Л.П. Значение теста генерации тромбина в клинической практике. *Онкогематология.* 2011; № 2.
- Hezard N., Bouaziz-Borgi L. Utility of Thrombin-Generation Assay in the Screening of Factor V G1691A (Leiden) and Prothrombin G20210A Mutations and Protein S Deficiency. - *Clinical Chemistry* 2006; 52 (4): 665-670.

Семен Семенович Лаврик: необыкновенный путь, славные свершения

К 100-летию со дня рождения выдающегося ученого и организатора здравоохранения

«Когда считать мы стали раны, товарищей считать...» – эта строфа из лермонтовского «Бородино» применительно к одному из героических эпизодов фронтовых испытаний военного врача Семена Лаврика звучит отдающей горечью реальностью. На состоявшемся недавно юбилейном собрании отделения теоретической медицины, биохимии и молекулярной биологии НАН Украины сын С.С. Лаврика – хирург Андрей Лаврик рассказал, что свое первое боевое отличие – медаль «За отвагу» – его отец, медик передовой линии, получил за вынос с поля боя 39 раненых. Вот такой солдатской наградой был отмечен его подвиг во имя милосердия.

Мероприятия к 100-летию юбилею нашего замечательного современника прошли в трех актах. 2 ноября, в день его рождения, в Институте гематологии и переливания крови НАМН Украины была торжественно открыта мемориальная доска в память талантливого ученого-гематолога, члена-корреспондента АН УССР С.С. Лаврика, фактически создавшего и выпестовавшего в нужном формате это учреждение. Инициативу в установлении памятного знака проявили директор института А. Тимченко и семья С. Лаврика. Затем, по предложению академика-секретаря указанного академического отделения С. Комисаренко, в рамках юбилейной даты состоялось общее собрание ученых отделения. Блистательный доклад о жизни и деятельности С. Лаврика представил член-корреспондент НАМН Украины Ю. Губский. Проследим траекторию судьбы С. Лаврика – замечательного человека и видного ученого и то, как она отразилась в драматичных зеркалах XX столетия.

Семен Семенович Лаврик родился в 1915 г. в нынешней Хмельницкой области, в крестьянской семье. Детство не было радужным, потому что совпало с Первой мировой войной и последующими смутами, революциями и распадом старого мира. В свои пятнадцать лет он поступает в акушерско-фельдшерское училище в Каменце-Подольском, которое впоследствии всегда с нежностью вспоминал. Его призвание укрепляется в ходе работы фельдшером в сельских районах родной области. С. Лаврик становится студентом Винницкого медицинского института им. Н.И. Пирогова, который с отличием оканчивает в 1941 году. В качестве военного врача Семена Семеновича призывают в армию. Войну он встречает в должности старшего врача полка на Дальнем Востоке. Но вскоре и сибирские, и дальневосточные дивизии направляются на оборону Москвы. В составе их медицинских формирований и полковой врач С. Лаврик. Как раз здесь, вместе с санитаром-носильщиком, которого просто некому было заменить, он выносит из-под огня около четырех десятков боевых побратимов.

Все последующие месяцы войны он находится в действующей армии. Старший врач стрелкового полка, затем начальник санитарной службы армии, начальник армейских госпиталей на Западном, 3-м Белорусском, 1-м Украинском фронтах – таковы вехи ратных дорог. После взятия Берлина вместе с боевыми друзьями С. Лаврик ставит краской свою подпись на стенах третьего этажа поверженного рейхстага. Освобожденная Европа ликует, празднуя победу над нацизмом, но предстоит еще борьба за Прагу. Знаменательно, что среди 12 медалей Семена Семеновича, наряду с боевыми орденами Отечественной войны I и II степени, Красной Звезды имеются и награды, связанные с этими финальными эпизодами окончания кровопролитных битв и его участием в них. Рядом с великой медалью «За оборону Москвы»...

Кровопролитные битвы... Как и другие его коллеги в непрерывных травматических коллизиях, в поединках за жизнь солдат С. Лаврик отчетливо понимает: трансфузиология, служба переливания крови и использования ее компонентов, – должна стать одной из решающих основ подъема здравоохранения,

теперь уже в мирные дни. Организационный опыт С. Лаврика, его личные качества и черты лидера стали причиной назначения его в 1946 году, в возрасте 31 года, директором Львовского НИИ неотложной хирургии и переливания крови. Можно только представить себе диапазон его забот и начинаний в этой должности. После четырехлетнего периода его усилий как главы этого института, работа в котором, собственно, и сформировала С. Лаврика как ученого-гематолога, он в последующие четыре года возглавляет Львовский облздравотдел, а затем медицинский институт в г. Станиславе, ныне Ивано-Франковске.

С 1954 года С. Лаврик – первый заместитель министра здравоохранения УССР. Конечно же, наступает принципиально новый этап в его многогранной деятельности. Первый замминистра, в сущности, штурман отрасли, в значительной мере программирующий ее рост и эволюцию. Вместе с другими сотрудниками Минздрава, в первую очередь в сотрудничестве с министром В. Братусем, хирургом по специальности, решаются кардинальные вопросы качественного подъема здравоохранения в республике – больничного строительства, становления педиатрии и родовспоможения, основ профилактической медицины. Авторитет С. Лаврика укрепляется: не случайно он как представитель УССР участвует в одной из сессий ООН. И все же его лейтмотивом в науке остаются его излюбленные гематология и трансфузиология.

1960 год. Семен Лаврик – директор Киевского НИИ гематологии и переливания крови, которым будет руководить в течение 10 лет. Вскоре он организовывает в составе института лабораторию консервирования костного мозга и трансплантации кроветворных тканей. Возглавлять ее он будет до конца своих дней. В 1966 году ученый защищает докторскую диссертацию «Консервирование костного мозга глубоким замораживанием». Как главный гематолог МЗ Украины с 1963 года, С. Лаврик хорошо понимает: республике остро необходим каскад современных лечебных препаратов из донорской плазмы – фибриногена, альбумина, гаммаглобулинов направленного действия и, возможно, в первую очередь антигемофильных средств. В первый период деятельности института под его руководством учреждение размещается на этажах городской станции переливания крови, и как раз в эти месяцы С. Лаврик убеждается, что такие мощные станции, с развитием донорства и заготовкой препаратов плазмы и крови, нужны во всех областях и многих крупных городах УССР. И эта система будет создана!

Одновременно С. Лаврик инициирует и осуществляет строительство современного корпуса института по той же улице М. Берлинского. Довольно быстро здание вступает в строй. Научная деятельность НИИ и, разумеется, проблемной лаборатории С. Лаврика, среди других работ охватывает, в частности, цикл ауто- и гомотрансфузий консервированных клеток крови при их предварительном заборе, проведение ауто- и гомотрансплантаций костного мозга в сегодняшнем понимании основного депо стволовых клеток. Такие трансфузии впервые позволяют



С.С. Лаврик

реализовать полные курсы лучевой и химиотерапии в ходе лечения онкозаболеваний. С. Лаврик и сотрудники его лаборатории осуществляют более 200 таких пересадок! Это невиданная цифра, по сути – первый мировой прорыв в клеточной терапии. Направление будет успешно развивать ученик С. Лаврика, ныне член-корреспондент НАМН, экс-директор Центра радиационной медицины В. Бебешко. Именно он впервые в стране вместе с учителем создает столь необходимую Украине службу детской гематологии.

С. Лаврик вносит значительный вклад в исследование механизмов воздействия низких температур на клетки крови и костного мозга в процессе их консервирования, а также внедрения поливинилпирролидона как практически первого идеального средства для долговременной защиты таких компонентов. Ученый-новатор становится также инициатором создания первого в Украине банка длительного сохранения крови и клеток костного мозга при низких температурах. Это нововведение, с использованием ресурсов банка, позволило добиться спасительных эффектов при лечении ряда пациентов с острой лучевой болезнью, пострадавших при взрыве на ЧАЭС.

Научные достижения коллектива неоднократно озвучиваются на международных форумах, об этих работах появляются статьи в ведущих научных журналах мира. Однажды профессору С. Лаврику приходит письмо из Англии от родителей мальчика, страдающего редким заболеванием – врожденной недостаточностью функций костного мозга. Письмо демонстрировалось в ходе доклада Ю. Губского. К сожалению, выслать необходимую культуру клеток за рубеж не удалось, их типирование тогда не находилось на должной научной стадии. Семен Семенович глубоко переживал свое клиническое бессилие в помощи обреченному ребенку, но ведь и ученые Европы тогда, в 60-е годы, находились лишь на начальном этапе таких работ.

Так пролетает это масштабное десятилетие – в исканиях института, в котором наглядно реализуются идеи А.А. Богомольца о перспективах трансфузиологии. Знаменательно, что как раз за работы по консервированию костного мозга С. Лаврик удостоивается в 1977 году премии имени А.А. Богомольца АН УССР. И в этот же период, наряду с руководством лабораторией уникального предназначения по консервированию костного мозга, этот видный ученый назначается ректором Киевского медицинского

института им. А.А. Богомольца. Семен Семенович будет работать в этой должности с 1970 по 1984 год.

Настоящий ученый, абсолютно не склонный к «деланию карьеры», С. Лаврик не стремился к этому новому штурвалу. Но поскольку руководство самым крупным в республике кадровым медицинским институтом было вверено именно ему, он отдается этой работе сполна. Для развития вуза он настойчиво подбирает мощную педагогическую команду, начисто отвергая при этом пресловутое «телефонное право». Это было не всегда легко. На заседании в Институте биохимии им. А.В. Палладина, где проходила юбилейная академическая встреча, посвященная памяти С. Лаврика, академик С. Комисаренко поведал о таком случае. Сергей Васильевич ходатайствовал перед ректором о направлении в аспирантуру при палладинском институте, где он трудился, одного способного выпускника КМИ, уже проявившего потенциал будущего исследователя. С аналогичной просьбой к ректору обратился и заместитель министра, близко сотрудничавший с С. Лавриком в его строительных хлопотах. И все же ректор принял иное решение: студент, о котором шла речь, попал в аспирантуру лишь пройдя определенный врачебный путь. Такой дебют в медицине ректор считал абсолютно необходимым.

И вместе с тем С. Лаврику были чужды некие «замыкания» всех стратегий института на себе. Проректоры периода его работы в КМИ, профессора К. Кабак, А. Сокол, А. Киселева, К. Кульчицкий — самостоятельные личности, у которых есть свой собственный творческий вектор развития института. В институте существует такая формула — «Три Николая», как бы символизирующая научную мощь школ КМИ. Это заведующие кафедрами нормальной физиологии, гистологии и эмбриологии, патологической физиологии профессора Николай Иванович Путилин, Николай Иванович Зазыбин и Николай Никифорович Зайко. Показательно, что Н. Зазыбин и Н. Зайко являлись членами-корреспондентами АМН СССР. Кафедру фармакологии возглавлял действительный член АМН СССР А.И. Черкес,

кафедру факультетской хирургии — академик А.П. Крымов, участник четырех войн. И это лишь отдельные яркие точки в общей мозаике педагогической структуры, сформированной С. Лавриком.

Отношение к студенчеству... Оно у С. Лаврика не проявлялось в каких-то показных мероприятиях. Однако дважды в неделю любой студент мог беспрепятственно попасть к нему на личный прием. Показательно и то, что именно при вновь назначенном ректоре учебное заведение пополнилось четырьмя общежитиями из восьми, которыми ныне обладает университет. Как отметил на заседании в Институте биохимии член-корреспондент НАМН В. Бардов, студент в те далекие годы, эти общежития появились как раз при самом активном лоббировании этого строительства С. Лавриком. При нем же возведен и физико-химический корпус НМУ. Было бы справедливо, если бы на нем появилась мемориальная доска в честь первостроителя.

Настойчивый курс развития института по всем его направлениям дает поразительные плоды: КМИ, наряду с 1-м и 2-м медицинскими институтами в Москве и Медицинским институтом в Ленинграде, входит в этот период в четверку ведущих медицинских вузов страны. В сущности, тогда был заложен научно-педагогический фундамент сегодняшнего НМУ.

Стоицизм в жизни и в работе... Эта черта характера, свойственная Семену Семеновичу, особенно ярко проявилась в самые драматичные моменты его судьбы. От опухоли головного мозга, не поддающейся лечебным атакам в институте нейрохирургии, уходит из жизни его жена, доктор наук, видный фармаколог. Но и в этот горестный период ректор не изменяет своему рабочему ритму. К слову, он остается вдовцом, достойно воспитав дочь и сына, Наталью и Андрея Лаврик, доцента и профессора, настоящих врачей.

Научная педагогическая деятельность С. Лаврика была отмечена орденами Октябрьской революции, Трудового Красного Знамени, Дружбы народов, Знаком Почета. С. Лаврик являлся членом Совета

по высшему образованию при МЗ СССР. Отдавая максимум сил научно-педагогическому развитию КМИ, ученый на добровольных началах руководит своей лабораторией в НИИ гематологии и переливания крови. Он был избран членом Международного научного общества гематологов и трансфузиологов и председателем такой научной корпорации в УССР. Семен Семенович Лаврик также являлся заместителем редактора БМЭ по этим дисциплинам. В 1975 году выходит в свет его монография «Консервирование костного мозга», удостоенная уже упомянутой выше академической премии. А в 1979 г. ученого избирают членом-корреспондентом АН УССР. Добавим, что наряду с гематологическим направлением С. Лаврик выступает и как основатель развития в республике современной комбустологии, а профессора В. Братусь, Н. Повстаный, Г. Козинец приняли эстафету несения еще одного факела милосердия.

Последнее пятилетие Семен Семенович, автор 150 научных публикаций и двух монографий по проблемам гематологии и трансфузиологии, перейдя в институт на ул. Максима Берлинского, вновь целиком концентрируется на аспектах криоконсервирования костного мозга, аутодонорства, получения необходимых препаратов, оставаясь руководителем созданной им лаборатории. С 1989 г. он является советником при директоре института. И все же нельзя не признать: освобождение в 1984 году профессора С. Лаврика от обязанностей ректора КМИ, во многих начинаниях его детища, выглядело, с сегодняшней точки зрения, волонтаристским решением.

Все ближе финальная часть жизни. Вспоминается жаркий июльский день 1990 г. Семену Семеновичу было семьдесят четыре... Есть старинное выражение, не подлежащее переоценке, — человек чести. Именно такой фигурой был этот незабываемый человек и ученый.

Подготовил **Юрий Виленский**

37

ПЕРЕДПЛАТА НА 2016 РІК!

Здоров'я України

Шановні читачі!

Передплатити наші видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» чи в редакції Видавничого дому «Здоров'я України».

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку.
- При оплаті в призначенні платежу вказати обране видання та термін передплати;
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- повідомити адресу доставки у зручний для Вас спосіб: тел./факс відділу передплати: **+380 (44) 364-40-28**; поштою: **Видавничий дім «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2**, електронною поштою: **podpiska@health-ua.com**

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»

Нове в медицині та медичній практиці. Передплатний індекс — **35272**

Періодичність виходу — 2 рази на місяць / 24 рази на рік

Вартість редакційної передплати:

- на 3 місяці — 210 грн;
- на 6 місяців — 420 грн;
- на 12 місяців — 840 грн.

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»
03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.
ЄДРПОУ 38419790, р/р 26007052613634 в ФКВ «Приватбанк»,
Розрахунковий центр м. Києва, МФО 320649,
Свідоцтво платника єдиного податку: Серія А № 612706



www.health-ua.com

Тематичні номери

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Акушерство, гінекологія, репродуктологія»

Передплатний індекс — **89326**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Передплатний індекс — **37635**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»

Передплатний індекс — **37632**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»

Передплатний індекс — **37639**
Періодичність виходу — 6 разів на рік
Вартість передплати на рік — 300 грн, на півріччя — 150 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Передплатний індекс — **37633**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»
03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.
ЄДРПОУ 38419785, р/р 26000052613363 ФКВ «Приватбанк»,
Розрахунковий центр м. Києва, МФО 320649,
Свідоцтво платника єдиного податку: Серія А № 612707

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»

Передплатний індекс — **37634**
Періодичність виходу — 5 разів на рік
Вартість передплати на рік — 250 грн, на півріччя — 125 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Педіатрія»

Передплатний індекс — **37638**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»

Передплатний індекс — **37631**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»

Передплатний індекс — **49561**
Періодичність виходу — 4 рази на рік
Вартість передплати на рік — 200 грн, на півріччя — 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Урологія, нефрологія, андрологія»

Передплатний індекс — **86683**
Періодичність виходу — 3 рази на рік
Вартість передплати на рік — 150 грн

Журнал «Серцева недостатність»

Передплатний індекс — **49291**
Періодичність виходу — 3 рази на рік
Вартість передплати на рік — 150 грн

НАША АДРЕСА: Видавничий дім «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2
Відділ передплати: (044) 364-40-28, e-mail: **podpiska@health-ua.com**

Додає
цінність діагнозу



ЕКСПЕРТ У ЛАБОРАТОРНІЙ
ДІАГНОСТИЦІ

В.С. Копча, д.м.н., професор, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

Перипетії діагностики бартонельозу

Бартонельоз – група інфекційних хвороб людини та тварин, спричинених факультативними внутрішньоклітинними бактеріями, які передаються трансмісивним і контактним шляхами, характеризуються розвитком гострих і хронічних форм із поліморфізмом симптомів і можливістю поліорганного ураження. Однією з клінічних форм бартонельозу є хвороба котятих подряпин (ХКП, доброякісний лімфоретикульоз), спричинена окремими видами бартонел – *B. henselae* або рідше *B. clarridgeiae* [1-3].

Достовірних відомостей про рівень захворюваності на бартонельоз у популяції немає. Очікувана частота – 10 випадків на 100 тис. населення, зокрема у Бельгії це 1000 випадків на рік [4]. За даними науковців Європи і США, співвідношення між рівнями захворюваності на ХКП та інші варіанти системного бартонельозу становить приблизно 6:1 [4, 5]. Захворювання, спричинені *B. henselae* і *B. quintana*, реєструються переважно у вигляді спорадичних випадків, найчастіше зустрічаються серед дітей та підлітків, нерідко мають малосимптомну клінічну картину, що суттєво ускладнює діагностику. Хвора людина не становить загрози для оточуючих.

Бартонельоз широко розповсюджений у певних популяціях тварин. Внутрішньоеритроцитарне паразитування дає змогу бактеріям уникати дії імунної системи організму хазяїна, що і зумовлює хронізацію інфекційного процесу. Тривала бактеріємія, а також кровосалісні переносники (кліщі, блохи та воші) сприяють збільшенню частоти передачі інфекції. Людина здебільшого є допоміжним хазяїном, який заражається під час контакту з основним джерелом збудника.

Інфікування *B. henselae* і *B. clarridgeiae* відбувається переважно під час контакту з природним резервуаром – кішками. Передача збудника між цими тваринами здійснюється трансмісивним шляхом через бліх (*Ctenocephalides felis*) і часто супроводжується розвитком асимптомного захворювання і тривалою (протягом кількох місяців) бактеріємією. Експериментальним шляхом було встановлено, що за відсутності бліх інфікування здорових кішок не відбувається. *B. henselae* виявляється в кишечнику бліх протягом 9 днів після інфікування, що свідчить про його реплікацію та персистенцію в їх організмі. Протягом життєвого циклу блохи харчуються багато разів і нерозбірливі щодо вибору годувальника: вони по черзі присмоктуються до кішок або гризунів, що створює умови для легкого зараження бартонелами. Найвірогідніше інфекція в людини виникає в результаті травматичної інокуляції випорожнень бліх.

Також резервуаром можуть бути інфіковані собаки. У них бартонельоз маніфестує у вигляді поліартриту, шкірного васкуліту, ендокартиту, міокардиту, носової кровотечі, пеліоз-гепатиту тощо. Крім того, існує потенціал для трансмісивної передачі збудника людині при укусах бліх. Певну роль в інфікуванні відіграють кліщі *Ixodes persulcatus*, *Dermacentor reticulatus* та мухи *Lipoptena cervi*, в яких була ізольована ДНК збудника. Генералізована інфекція, зумовлена *B. henselae*, яка була діагностована після пересадки печінки, також передбачає можливість інших шляхів передачі збудника [4].

У тих випадках, коли ХКП розвивається в імунокомпетентних пацієнтів, дисемінації збудника не спостерігається, як правило, процес обмежується локальними або регіональними ураженнями. Збудник проникає в організм через шкіру, зрізка – через слизові оболонки. У місці проникнення збудника відбувається розмноження бартонел і формується первинний афект (виникає місцева запальна реакція, зазвичай слабка). Лімфогенним шляхом збудник при ХКП досягає найближчих лімфатичних вузлів (одного або кількох), де відбувається його розмноження та накопичення, внаслідок чого розвивається гранулематозний лімфаденіт. Наслідками запалення в регіонарних лімфатичних вузлах є розсмоктування, нагноєння або склерозування. Бактеріємія при ХКП в імунокомпетентних пацієнтів реєструється вкрай рідко. У разі імунодефіциту можливий розвиток гематогенної дисемінації, у цьому випадку до патологічного процесу залучаються інші групи лімфатичних вузлів (поліаденопатія), паренхіматозні органи, інколи центральна нервова система, серце та легені. Таким чином, ХКП може перебігати у вигляді як типового, так і атипичного варіанта незалежно від імунного статусу пацієнта [2-7].

Інкубаційний період триває від 3 до 60 днів (частіше 2-3 тиж). Початковий прояв – виникнення невеликої виразки або пустули на місці подряпини (укусу). Через 15-30 днів після зараження розвивається регіонарний лімфаденіт – найбільш характерна ознака хвороби. При цьому у більшості випадків відмічається збільшення пахвових, ліктьових, шийних і рідше інших груп лімфатичних вузлів. Їх розміри досягають 3-5 см у діаметрі, вони болючі при пальпації, не спаяні з прилеглими тканинами. У 50% випадків діагностується гнійне запалення лімфатичних вузлів. Тривалість лімфаденіту може сягати кількох місяців. Одночасно з лімфаденітом можуть з'являтися симптоми загальної інтоксикації та гарячка.

Клінічний випадок

Хвора Н.С., 48 років, не працює. Звернулася по медичну допомогу 11.12.2015 р. зі скаргами на гнійну рану на лівій долоні, а також різко болюче утворення в лівій пахвовій ділянці.

Анамнез хвороби. Вважає себе хворою протягом 4 діб, коли помітила прогресуюче збільшення лімфатичного вузла у лівій пахвовій ділянці, що супроводжувалося значною болючістю. У зв'язку з цим звернулася до мамолога – фахівця діагностувала двобічну мастопатію, однак заперечила зв'язок зазначеного захворювання зі швидко прогресуючим лівобічним лімфаденітом.

Під час опитування виявилось, що близько 10 днів тому пацієнтка купала домашню кішку, яка, намагаючись

вирватися, глибоко пошкодила кігтем ліву долоню жінки. Рана почала нагноюватися, однак особливих незручностей не завдавала. Через тиждень після пошкодження почали турбувати болючість і збільшення пахвового лімфатичного вузла зліва.

Об'єктивно: загальний стан хворої не порушений, ознак інтоксикації немає. На лівій долоні – округла нагноєна рана до 2 см у діаметрі з помітним проколом шкіри в центрі (рис. 1), у лівій пахвовій ділянці візуалізується різко збільшений і болючий лімфатичний вузол розміром з куряче яйце (рис. 2).

Серце і легені без патологічних змін, печінка і селезінка не збільшені.

Лабораторні методи: загальний аналіз крові та сечі без особливостей.

Ураховуючи відомості про пошкодження шкіри, завдане кігтем кішки; наявність первинного афекту; розвиток регіонарного лімфаденіту, що виник після появи первинного афекту; характер змін лімфатичного вузла (одиночний, значно збільшений і болючий); задовільний загальний стан хворої та, як засвідчила подальша динаміка, сприятливий перебіг, було встановлено такий **діагноз**: «Бартонельоз, типова ХКП, лівобічний пахвовий лімфаденіт».

Лікування: азитроміцин 0,5 г в 1-й день, 0,25 г у наступні 10 днів перорально, з анальгетичною та протизапальною метою у перші дні пацієнтка отримувала ібупрофен 400 мг 3 р/добу парентерально.

У 5-20% пацієнтів відзначається атипичний перебіг захворювання. Основними атипичними проявами ХКП є окулогландулярний (2-6%) та неврологічний (2%) варіанти; рідше виникають системні порушення [2].

Ще однією інфекцією із групи бактеріальних зоонозів є хвороба Лайма (кліщовий бореліоз). Це природно-осередкова інфекційна хвороба, зумовлена *B. burgdorferi*, що передається кліщами і характеризується переважним ураженням шкіри у вигляді мігруючої еритеми, а також нервової системи, опорно-рухового апарату і серця.

Кліщовий бореліоз є найпоширенішою трансмісивною інфекційною хворобою у країнах північної півкулі та досить серйозною медичною проблемою (для нього типові полісистемні ураження, схильність до хронізації, що у деяких випадках призводить до тривалої втрати працездатності та інвалідності). З 90-х років ХХ ст. рівні захворюваності на хворобу Лайма як у світі, так і в Україні стабільно зростають [8].

У межах комплексу *B. burgdorferi* розрізняють щонайменше 11 видів, достовірно доведена патогенність для людини трьох із них: *B. burgdorferi sensu stricto* (класичний генотип, найбільш розповсюджений у Північній Америці), *B. afzelii* та *B. garinii*, поширені в Європі. Джерелом збудника є більше 200 видів диких хребетних тварин (із них близько 130 – дрібні ссавці) і 100 видів птахів, які є годувальниками кліщів та основним резервуаром збудника в природі.

Найчастіше хвороба передається через присмоктування іксодових кліщів, які забезпечують циркуляцію збудника в природних осередках. Можливе інфікування у разі вживання термічно необробленого молока хворої тварини (переважно козиного). Існує трансваріальна (через яйця) та трансфазна (через личинки і німфи) передача збудника.

Показником ступеня епідемічного неблагополуччя окремих територій є рівень інфікування кліщів бореліями. У різних регіонах України він коливається у межах 3-25%. Найчастіше збудником хвороби у людини є дорослий кліщ (імаго), рідше – німфи і личинки.

Актуальність хвороби Лайма постійно зростає у зв'язку з виявленням раніше невідомих осередків, поширенням птахами інфікованих кліщів на нові території, розширенням ареалу та ростом чисельності кліщів унаслідок несприятливих екологічних змін [8-11].

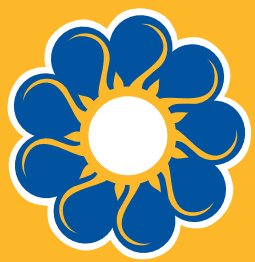
Далі буде.



Рис. 1. Первинний афект



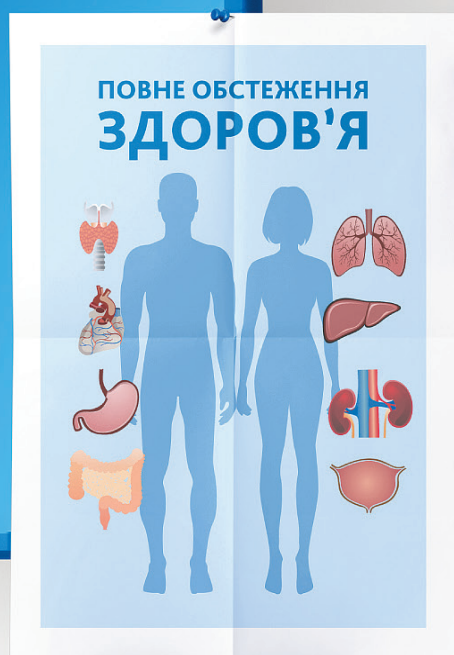
Рис. 2. Регіонарний пахвовий лімфаденіт



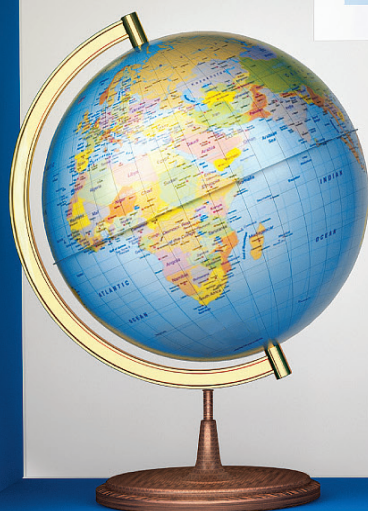
СІНЕВО
медична лабораторія

СПІВПРАЦЯ З «СІНЕВО» — СУЦІЛЬНИЙ ПЛЮС ДЛЯ ЛІКАРЯ

Повний спектр
досліджень
на кращому
світовому
обладнанні



Міжнародний контроль
якості досліджень
і довіра понад 20 тисяч
лікарів в Україні



72 медичні
лабораторії
у 16 країнах Європи



Інформаційна підтримка
та зручні онлайн сервіси
для лікарів і пацієнтів

0 800 50 70 30 безкоштовно зі стаціонарних телефонів по території України

044 20 500 20

www.synevo.ua

 [synevolab](https://www.facebook.com/synevolab)

Роваміцин®

Спіраміцин

Коли безпека важлива



- Широкий спектр антимікробної дії, включаючи типові та атипові збудники¹
- Найменший рівень лікарської взаємодії серед макролідів²
- Відсутність прокінетичної активності³

Склад. 1 таблетка містить спіраміцину 1 500 000 МО або 3 000 000 МО. **Показання.** Лікування інфекцій, спричинених мікроорганізмами, чутливими до спіраміцину: Підтверджений тонзиллофарингіт, спричинений бета-гемолітичними стрептококами групи А (як альтернатива лікуванню бета-лактамами антибіотиками, особливо якщо вони не можуть бути застосовані); гострий синусит (зважаючи на мікробіологічні характеристики інфекції, застосування макролідів показане, коли лікування бета-лактамами антибіотиками є неможливим); суперінфекція при гострому бронхіті; загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія у пацієнтів, які не мають факторів ризику, тяжких клінічних симптомів, клінічних факторів, які свідчать про пневмокову етіологію захворювання. У разі підозри на атипову пневмонію застосування макролідів є доцільним незалежно від тяжкості захворювання та анамнезу. Інфекції шкіри з доброякісним перебігом: імпетиго, імпетиголізація, ектима, інфекційний дермо-гіподерміт (особливо бешиха), еритразма; інфекції ротової порожнини; негонококові генітальні інфекції; хіміопрофілактика рецидивів гострої ревматичної гарячки у хворих, у яких алергія на бета-лактамі антибіотики; токсоплазмоз у вагітних жінок; профілактика менінгококового менінгіту в осіб, яким протипоказане застосування рифампіцину. **Спосіб застосування та дози.** Таблетки, що містять 3 000 000 МО спіраміцину, не застосовують дітям. Таблетки, що містять 1 500 000 МО спіраміцину, не застосовують дітям віком до 6 років через ризик розвитку ядухи. Таблетки Роваміцин®, вкриті оболонкою, дрібнити та ділити не можна! Пацієнтам з нормальною функцією нирок таблетки препарату Роваміцин® рекомендовано приймати у таких дозах: дорослим по 6 000 000-9 000 000 МО (2-6 таблеток на добу за 2-3 прийоми); дітям віком від 6 років — 1 500 000-3 000 000 МО на кожні 10 кг маси тіла на добу за 2-3 прийоми. Пацієнтам з нирковою недостатністю немає необхідності коригувати дозування. **Побічні реакції.** Шлунково-кишковий тракт: диспепсія, зокрема біль у шлунку, нудота, блювання, діарея. Реакції гіперчутливості, включаючи висипання, кропив'янка, свербіж, почервоніння шкіри; Серцеві порушення. Подовження інтервалу QT, шлуночкова аритмія, шлуночкова тахікардія, двонаправлена (поліморфна) шлуночкова тахікардія (torsades de pointes), які можуть призвести до зупинки серця. Вагітність. У разі необхідності спіраміцин можна призначати у період вагітності. Дотепер не було виявлено ніяких тератогенних чи фетотоксичних ефектів при широкому застосуванні препарату вагітним жінкам. Упаковка. Роваміцин® по 1 500 000 МО: № 16 (8x2): по 8 таблеток у блистері, по 2 блистери в картонній коробці. Роваміцин® по 3 000 000 МО: №10 (5x2): по 5 таблеток у блистері, по 2 блистери в картонній коробці або №10 (10x1): по 10 таблеток у блистері, по 1 блистеру в картонній коробці.



SAUA.SPI.16.01.0002

¹ Справочник по антимикробной терапии: справочник врача/ Под ред. Р.С.Козлова. — 3-е изд., перераб. и дополн. — К.: ООО «Доктор-Медиа», 2012. — 460 с. — (Серия «Библиотека «Здоров'я України»)

² Арефьева М.О. Макролиды в лечении негоспитальной пневмонии у беременных // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2010. — № 7/3. — С. 12–16.

³ Жаркова Л.П. Возможности применения спирамицина в лечении респираторных инфекций в педиатрической практике // Фарматека. — 2012. — № 2/12. — С. 74–79.

Інформація про лікарський засіб для розміщення у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Інформація надана в скороченому вигляді.

З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату Роваміцин® Р.П. МОЗ України № UA/6053/01/01, № UA/6053/01/02. Наказ № 6 від 11.01.2016

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

SANOFI 