

Доктор медичних наук, професор
Наталія Марута

**Тревожные расстройства в структуре
психосоматической патологии**

Читайте на сторінці **34**



Доктор медичних наук, професор
Александр Бурьянов

**Актуальные вопросы
травматологии**

Читайте на сторінці **22**



Член-корреспондент НАН України
Анатолий Руденко

**Поединки
на работающем
сердце**

Читайте на сторінці **40**



Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів в галузі охорони здоров'я

Леркамен[®]

Леркандипін

**Леркандипін – належний вибір
для лікування пацієнтів з легкою та
помірною есенціальною гіпертензією***



Скорочена інструкція для медичного застосування препаратів Леркамен[®] 10 та Леркамен[®] 20

Склад: діюча речовина: 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить леркандипіну гідрохлориду 10 мг або 20 мг.

Показання. Есенціальна гіпертензія легкого або помірного ступеня тяжкості.

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини, до інших дигідропіридинів або до будь-якого компонента препарату. Жінки репродуктивного віку, якщо вони не застосовують контрацепцію. Обструкція судин, що виходять із лівого шлуночка. Нелюбована застійна серцева недостатність. Нестабільна стенокардія. Тяжкі порушення функції печінки або нирок. Протягом 1 місяця після інфаркту міокарда.

Спосіб застосування та дози. Таблетки Леркамену[®] приймати перорально, 1 раз на добу, не пізніше ніж за 15 хв до їди.

Побічні реакції. Іноді (> 1/1000 < 1/100): головний біль, запаморочення, серцебиття, приливи, периферичні набряки. Рідкі (> 1/10000 < 1/1000) та дуже рідкі (< 1/10000) побічні реакції наведено в інструкції для медичного застосування препаратів.

Для отримання повної інформації дивіться інструкції для медичного застосування препаратів, затверджені наказами МОЗ України – Леркамен[®] 10 від 22.08.14 № 594, Леркамен[®] 20 від 25.12.2014 № 1006.

* Bang LM et al. Lercanidipine: a review of its efficacy in the management of hypertension. *Drugs*. 2003;63(22):2449-72.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

за ліцензією RECORDATI

Виробник. БЕРЛІН-ХЕМІ АГ

Адреса: Темпельхофер Вег 83, 12347 Берлін, Німеччина

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

Адреса: м. Київ, 02098, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88, факс: (044) 494 33 89

UA_Lerc_07_2015_V1_visual
Дата 20.05.2015

ПульмоБРИЗ®

Єдина¹ в Україні комбінація муколітика з мукокінетиком для лікування кашлю



таблетки №20, саше №10, №20:
ацетилцистеїн - 200 мг
амброксолу гідрохлорид - 30 мг

Дорослим і дітям віком від 12 років по 1 таблетці або саше 3 р/добу.

ПульмоБРИЗ® достовірно на 1,5 дні раніше у порівнянні з монопрепаратами зменшує симптоми: кашлю, задишки, розрідження хрипів у легенях³



ПульмоБРИЗ® достовірно покращує функцію зовнішнього дихання у порівнянні з монопрепаратами³



ПульмоБРИЗ® швидко усуває інтоксикацію³



ПульмоЛОР® зменшує вираженість алергічного запалення при захворюваннях ОД у пацієнтів, схильних до алергій⁵



ПульмоЛОР® вірогідно відновлює транспортну функцію миготливого епітелію⁴



ПульмоЛОР® достовірно більш швидко зменшує вираженість кашлю у порівнянні з монопрепаратом⁴



ПульмоЛОР®

Єдина² в Україні комбінація амброксолу та лоратадину для лікування захворювань дихальних шляхів у людей, схильних до алергії



таблетки №10, №20:
амброксолу гідрохлорид - 60 мг
лоратадин - 5 мг

суспензія 60 мл:
амброксолу гідрохлорид - 30 мг/5 мл
лоратадин - 5 мг/5 мл

Дорослим і дітям віком від 12 років по 1 таблетці або по 5 мл суспензії 2 р/добу.
Дітям від 6 до 12 років: по 2,5 мл суспензії 2-3 р/добу.

ПульмоБРИЗ®. Показання. Лікування гострих і хронічних захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються порушенням бронхіальної секреції та евакуації секрету: у т. ч. при гострому і хронічному бронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, пневмонії, бронхоектатичній хворобі, бронхіальній астмі, муковісцидозі, ларингіті, трахеїті. При синдромі шокових легень у дорослих, для профілактики та лікування ускладнень після оперативних втручань на легенях, при догляді за трахеостоєю, до і після бронхоскопії.
Протипоказання. Підвищена чутливість до амброксолу, ацетилцистеїну або інших компонентів, що входять до складу препарату. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії загострення. Кровохаркання, легенева кровотеча. Повна інформація про застосування препарату міститься в інструкції для медичного застосування.
ПульмоЛОР®. Показання. Симптоматична терапія при гострих і хронічних захворюваннях дихальних шляхів зі спастичним та алергічним компонентом, пов'язаних із порушенням бронхіальної секреції та ослабленням просування слизу. Призначати при гострому і хронічному бронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, пневмонії, при станах, які супроводжуються гіперреактивністю бронхів. У ЛОР-практиці з метою розрідження секрету та зменшення набряку призначати при риніті, в тому числі алергічному, в комплексному лікуванні синуситів та отитів.
Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Повна інформація про застосування препарату міститься в інструкції для медичного застосування.

1. Патенти №94805 від 10.06.2011, №100374 від 25.12.2012. Р.П. МОЗ України №UA/10212/01/01 від 09.09.2014, №UA/10212/02/01 від 09.09.2014

2. Патенти №95516, 95517 від 10.08.2011. Р.П. МОЗ України №UA/10378/01/01 від 17.11.2014, №UA/10212/02/01 від 17.11.2014.

3. І. М. Фуштей, О. А. Савченко. Ефективність комбінації ацетилцистеїна та амброксолу у хворих гострим бронхітом // Здоров'я України, №18 (343), 2014 рік.

4. І. В. Гогунська, Т. В. Смагіна, Л. В. Забродська, О. А. Наумова, І. С. Зарицька. Особливості терапії гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з алергічним ринітом // Журнал вушних, носових і горлових хвороб, №2, 2013 рік.

5. Кулітка О. І., Дутка Р. Я., Кулітка Ю. Е., Сидорик Н. Ю., Гуцал О. В. Особливості лікування хворих гострим бронхітом та негоспітальною пневмонією з алергологічним анамнезом // Здоров'я України, №15-16 (340-34), 2014 рік.

Інформація для спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Л.В. Хіміон, д.м.н., професор, О.Б. Яценко, к.м.н., С.В. Данилюк, к.м.н.,
Т.О. Ситюк, к.м.н., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Симптоматичне лікування кашлю у дорослих

Кашель – це рефлекторний акт, спрямований на очищення дихальних шляхів; як правило, відбувається при закритій голосовій щілині та має характерний звук.

Кашель виникає при механічному подразненні рецепторів носа, вух, задньої стінки глотки, трахеї, бронхів, плеври, діафрагми, перикарда і стравоходу. Вплив зовнішніх і внутрішніх факторів, таких як коливання температури і вологості повітря, аерополітантів, тютюнового диму, назального слизу, мокротиння, запалення слизових дихальних шляхів та ін., призводить до формування рефлекторної дуги, що закінчується в кашльовому центрі довгастого мозку. У нормі кашель виконує захисну функцію, сприяючи виведенню з дихальних шляхів секрету, сторонніх тіл і подразнюючих речовин.

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної медичної допомоги та адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах, «Кашель у дорослих» [32], за тривалістю кашель поділяється на:

- гострий (до 3 тиж);
- підгострий (3-8 тиж);
- хронічний (>8 тиж).

Гострий кашель, як правило, є наслідком вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів (ІВДШ) та регресує протягом визначеного вище часу [73]. Постінфекційний кашель може тривати довше.

Кашель, спричинений ІВДШ, що триває більше 3 тиж, зазвичай називають «поствірусний кашель».

Причини кашлю у проміжний період між 3-м та 8-м тижнями визначити важко, оскільки усі випадки хронічного кашлю розпочинаються з гострого кашлю, а у діагностичній групі пацієнтів з хронічним кашлем потрапляють і пацієнти з поствірусним кашлем.

Гострий кашель, як правило, спричинений вірусами, тропними до верхніх дихальних шляхів (ВДШ), втім може мати й іншу причину (пневмонія або потраплення стороннього тіла у дихальні шляхи тощо). Тривалість одного випадку кашлю, викликаного ІВДШ, різна, втім рідко перевищує 2 тиж. Гранична тривалість хронічного кашлю впродовж 2 міс є довільною та була визначена на основі настанов США [83] та країн Європи [60].

Кашель є симптомом лише у частині випадків ІВДШ. У випадках набуті ІВДШ кашель фіксується у 40-50% хворих. Захворюваність на симптоматичні ІВДШ становить 2-5 випадків на рік у дорослих осіб; серед дітей шкільного віку – 7-10 випадків на рік [84].

Частота та інтенсивність кашлю залежать не тільки від сили подразника і його локалізації в органах дихання, а й від індивідуальної збудливості кашльових рецепторів. Кашель з'являється, коли «ескалаторний» механізм перестає виконувати свою функцію. Розрізняють фізіологічний і патологічний кашель.

Утворення бронхіального секрету – одна з обов'язкових умов нормального функціонування бронхіального дерева. Бронхіальний секрет комплексний за складом і є сумарним продуктом секреції келихоподібних клітин, трасудадції плазмових компонентів, метаболізму рухливих клітин і вегетуючих мікроорганізмів, а також легеневого сурфактанту. Зазвичай в бронхіальному секреті також виявляються і клітинні елементи: альвеолярні макрофаги і лімфоцити. Трахеобронхіальний слиз в нормальних умовах має бактерицидний ефект, оскільки містить імуноглобуліни і неспецифічні фактори захисту (лізоцим, трансферин, опсоніни тощо). За фізико-хімічною структурою бронхіальний секрет є багатокомпонентним колоїдним розчином, що складається з двох фаз: більш рідкої (золь) і гелеподібної, нерозчинної. У розчинній фазі містяться електроліти, сироваткові компоненти, білки, біологічно активні речовини, ферменти і їх інгібітори. Гель має фібрилярну структуру і утворюється переважно за рахунок місцево синтезованих макромолекулярних глікопротеїнових комплексів муцинів, з'єднаних дисульфідними містками. Золь покриває апікальні поверхні мукоциліарних клітин. Саме в цьому шарі війки миготливого епітелію здійснюють

коливальні рухи і передають кінетичну енергію зовнішньому шару гелю.

Слиз в цьому складному конвеєрному механізмі відіграє декілька функцій: адсорбуючу і транспортну («конвеєрна стрічка»), змащування та водного резервуару, механічного бар'єру (муцин слизу зв'язується з бактеріальними агентами), бактерицидну (за рахунок секреторних IgA та IgG, лізоциму, лактоферину, сурфактанту).

«Конвеєрна стрічка» епітеліального слизу просувається за рахунок биття/скорочення війок. В нормі частота їх скорочення становить 12-15 с, при цьому гель рухається зі швидкістю від 4 до 20 мм/хв. В нормі за добу транспортується від 10 до 100 мл бронхіального секрету, який, потрапляючи в глотку, проковтується.

Злагоджена дія всіх компонентів «конвеєрного механізму» (війчастого епітелію, секреторних складових та слизу) забезпечує ефективність мукоциліарного транспорту (рис. 1).

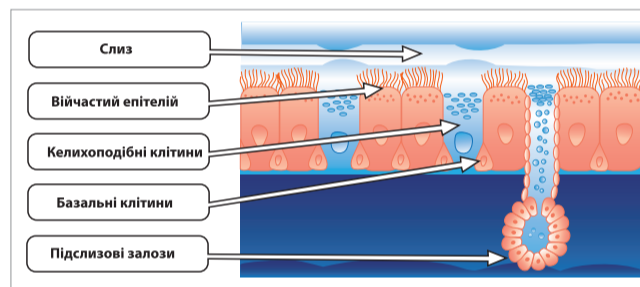


Рис. 1. Схема мукоциліарного апарату

Запалення органів дихання, як правило, супроводжується компенсаторним збільшенням слизоутворення. Змінюється і склад трахеобронхіального секрету: зменшується вміст води і підвищується концентрація муцинів (нейтральних і кислих глікопротеїнів), що призводить до збільшення в'язкості мокротиння. Відзначено, що чим більша в'язкість слизу, тим менша швидкість його просування респіраторним трактом. Збільшення в'язкості бронхіального секрету сприяє підвищеній адгезії (прилипанню) патогенних мікроорганізмів до слизових респіраторного тракту, що створює сприятливі умови для їх розмноження. Зміна складу слизу супроводжується і зниженням бактерицидних властивостей бронхіального секрету за рахунок зменшення в ньому концентрації секреторного IgA. У свою чергу інфекційні агенти та їх токсини несприятливо впливають на слизові дихальних шляхів. Отже, порушення дренажної функції бронхіального дерева може призвести не тільки до вентиляційних порушень, а й до зниження місцевого імунологічного захисту дихальних шляхів з високим ризиком затяжного перебігу запального процесу і його хронізації [65].

Система мукоциліарного апарату також відіграє велику роль у формуванні та підтримці алергічного запалення дихальних шляхів. Мукоциліарний кліренс (МЦК) є одним з основних механізмів очищення дихальних шляхів від неспецифічних тригерних факторів і від алергенів. Респіраторні інфекції чинять потужний сенсibiliзуючий вплив, що виявляється як внаслідок підвищення проникності пошкодженої слизової оболонки дихальних шляхів для різних аероалергенів, так і у зв'язку з антигенними властивостями самих вірусів [51, 58]. Доведено, що вірусні інфекції можуть викликати комплекс алергічних реакцій I та II типу, первинно ініціюючи або підсилюючи atopічну схильність організму [2, 11].

Так, гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) мають виражений негативний вплив на перебіг алергічного риніту (АР). Тропність збудників респіраторних інфекцій до клітин слизової оболонки ВДШ обумовлює розвиток вираженої місцевої запальної реакції, а всмоктування

в системний кровотік продуктів клітинного розпаду веде до виникнення загальнотоксичних проявів та запуску алергічних реакцій [47]. У свою чергу наявність АР у хворих підвищує ймовірність гострих запальних захворювань ВДШ і сприяє більш важкому і ускладненому їх перебігу [38]. Інфекційний риніт у хворих із цілорічним АР відрізняється тривалістю перебігу та частим розвитком ускладнень у вигляді синуситів, отитів [18].

Респіраторні інфекції у пацієнтів з АР можуть спровокувати гіперреактивність бронхів і сприяти дебюту астматичних проявів і бронхіальної астми (БА).

У 2007 р. експерти Європейського респіраторного товариства опублікували масштабний огляд, присвячений механізмам вірусіндукованої БА [54, 98]. У 2008 р. експерти Європейської академії алергології та клінічної імунології і Американської академії алергології, астми та імунології виділили 4 фенотипи БА у дітей віком понад 2 роки (PRACTALL initiative): алергеніндуковану, вірусіндуковану, невизначену і астму фізичної напруги [51].

Навіть у потенційно здорових людей вірусна інфекція здатна формувати тимчасову гіперреактивність бронхів, що регресує через 4-6 тиж після одужання. Саме в цей період підвищується ризик розвитку БА [54]. Результати епідеміологічних досліджень свідчать: однією з поширених причин загострень БА у 80-85% дітей і 75% дорослих є ГРВІ [53, 76-78, 85, 86, 90, 92, 94, 95, 104-107, 113, 115].

Вірусна інфекція не тільки викликає загострення БА, а й значно ускладнює та пролонгує його перебіг [90, 78, 85, 94, 98, 104, 113]. Одним з важливих факторів патогенного впливу ГРВІ при БА є погіршення стану МЦК, а також пригнічення фагоцитарної активності альвеолярних макрофагів [90, 78, 85, 106, 113]. Це створює умови для приєднання бактеріальної інфекції та формування вірусно-бактеріальних асоціацій [78, 92, 98, 105, 107].

Було показано, що навіть у стані клінічної ремісії зберігаються порушення МЦК; це ставить під сумнів саму можливість повної ремісії при БА [36, 37].

Таким чином, для запальних захворювань респіраторного тракту характерними є зміна реологічних властивостей мокротиння і зниження МЦК. Якщо перистальтичні рухи дрібних бронхів і діяльність миготливого епітелію великих бронхів і трахеї не забезпечують необхідного дренажу, розвивається кашель, фізіологічна роль якого полягає в очищенні дихальних шляхів від чужорідних речовин, що потрапили ззовні (як інфекційного, так і неінфекційного генезу) або утворились ендогенно. Отже, кашель – це захисний рефлекс, спрямований на відновлення прохідності дихальних шляхів. Однак захисну функцію кашель може виконувати тільки за певних реологічних властивостей мокротиння.

Одна з провідних характеристик кашлю – його продуктивність.

У клінічній практиці розрізняють 2 основних типи кашлю:

- непродуктивний (сухий);
- продуктивний (вологий).

Продуктивність кашлю залежить від характеру захворювання, фази та рівня запального процесу. Кашель вважається продуктивним при швидкості виділення мокротиння від 30 мл/добу.

Вибір лікарських препаратів, що впливають на різні характеристики кашлю, повинен визначатися тим, що кашель – не нозологічна одиниця, а симптом різноманітних захворювань, тому лікування власне кашлю повинно бути симптоматичним, диференційованим і спрямованим на збереження захисних фізіологічних механізмів кашлю.

Продовження на стор. 4.

Л.В. Хіміон, д.м.н., професор, О.Б. Яценко, к.м.н., С.В. Данилюк, к.м.н.,
Т.О. Ситюк, к.м.н., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Симптоматичне лікування кашлю у дорослих

Продовження. Початок на стор. 3.

Терапія кашлю в першу чергу полягає в усуненні його причини, тобто лікуванні захворювання, що викликало кашель.

Найбільш ефективна етіотропна терапія кашлю, яка передбачає або усунення причини кашлю (відміна препаратів, що викликають кашель, усунення контакту з алергеном, відмова від куріння), або ліквідацію патологічного процесу, що став причиною кашлю (антибактеріальна терапія пневмонії та інших респіраторних інфекцій, терапія гастро-езофагеального рефлюксу, компенсація хронічної серцевої недостатності тощо).

Крім цього, існує симптоматичне лікування, яке полягає або в пригніченні кашльового рефлексу за допомогою протикашльових препаратів при надмірному виснажливому кашлі, або в стимуляції МЦК для кращого відхаркування мокротиння і зменшення запалення в дихальних шляхах. Симптоматична терапія, як правило, проводиться в комплексі з етіотропним лікуванням або за його неефективності.

Зазвичай в основі вибору симптоматичного лікування лежить характеристика кашлю, а саме – наявність чи відсутність мокротиння (відповідно сухий або продуктивний кашель).

Сухий, нав'язливий, болісний кашель, що порушує сон і знижує якість життя пацієнта, вимагає симптоматичного лікування з призначенням протикашльових лікарських засобів, які представлені власне протикашльовими засобами центральної (наркотичні: кодеїну фосфат, декстрометорфану гідробромід, морфіну хлорид, етилморфіну гідрохлорид; ненаркотичні: бутамірату цитрат, глауцину гідрохлорид, окселадину цитрат, пентоксиверин тощо) та периферійної дії (преноксдіазин, леводропропізин тощо), препаратами з опосередкованим протикашльовим ефектом і комбінованими препаратами [4, 7, 9, 22, 2528, 55]. Їх прийом виправданий у тих випадках, коли кашель обумовлений не стільки порушенням МЦК, скільки подразненням рефлексогенних зон.

Кашель, зумовлений секреторними розладами – підвищеною в'язкістю бронхіального секрету, порушенням просування мокротиння бронхіальним деревом, недостатньою активністю МЦК і бронхоконстрикцією, потребує, призначення препаратів, які відновлюють функцію миготливого епітелію, розріджують мокротиння, знижують його адгезивність та сприяють його виведенню. Порушення продукції сурфактанту також призводить до підвищеної адгезивності бронхіального секрету, що робить свій внесок у формування синдрому мукостазу (рис. 2).



Рис. 2. Основні патогенетичні механізми мукостазу і його клінічне значення [12]

Для полегшення відкашлювання або при вологому кашлі, який супроводжується важко відокремлюваним, в'язким мокротинням, прийнято використовувати муколітичні засоби.

Сучасні препарати мають як мукорегуляторну, так і муколітичну дію, що нерідко визначає універсальні показання до їх застосування при гострих і хронічних захворюваннях верхніх та нижніх дихальних шляхів.

Зазвичай виділяють 3 групи муколітичних препаратів залежно від хімічної формули діючої речовини: N-ацетилцистеїн і його похідні; амброксолу гідрохлорид та його похідні; карбоцистеїн і його похідні.

Механізм дії окремих муколітиків різний, тому представники цієї групи мають різну ефективність.

Карбоцистеїн має одночасно мукорегулюючий і муколітичний ефекти. Механізм дії карбоцистеїну пов'язаний з активацією сіалової трансферази – ферменту келихоподібних клітин слизової оболонки бронхів, що формують склад бронхіального секрету. Карбоцистеїн нормалізує кількісне співвідношення кислих і нейтральних сіаломуцинів бронхіального секрету (зменшує кількість нейтральних глікопептидів і збільшує кількість гідроксисіалоглікопептидів), що відновлює в'язкість і еластичність слизу. Під його впливом відбуваються регенерація слизової оболонки, відновлення її структури, нормалізація кількості келихоподібних клітин, а значить, і зменшення кількості слизу. Карбоцистеїн знижує в'язкість бронхіального секрету і виділень з додаткових пазух носа, полегшує відходження мокротиння і слизу, зменшує кашель. Також поліпшуються МЦК (потенціюється діяльність війчастих клітин) і специфічний захист (відновлюється секреція імунологічно активного ІgА). При цьому дія карбоцистеїну поширюється на всі залучені в патологічний процес відділи дихальних шляхів (верхні і нижні), а також додаткові пазухи носа, євстахієву трубу, порожнини середнього вуха [5, 30, 40, 43, 46, 56, 59, 62, 66, 67, 114]. Слід зазначити, що карбоцистеїн може посилювати бронхоспазм, тому протипоказаний при кашлі з бронхообструктивним компонентом. До того ж він є мало ефективним при аерозольному застосуванні. Слід також враховувати можливість негативного впливу карбоцистеїну на слизову оболонку шлунка внаслідок високої кислотності препарату (рН 3,0), що висуває низку вимог до його лікарської форми. Карбоцистеїн не рекомендується поєднувати з препаратами, що знижують секрецію бронхіального слизу, при мізерному утворенні мокротиння, а також при схильності хворого до закріпів.

У світовій практиці золотим стандартом муколітичної терапії є **амброксол** – препарат з комплексним механізмом дії і різноманітним ефектом. Амброксол відноситься до муколітичних препаратів нового покоління, є метаболітом бромгексину і забезпечує більш виражений відхаркувальний ефект. Фармакологічна дія амброксолу заснована на розрідженні бронхіального секрету шляхом розщеплення кислих мукополісахаридів і дезоксирибонуклеїнових кислот, активації руху війок миготливого епітелію та пов'язана з відновленням мукоциліарного транспорту [25, 34, 63, 70, 72, 75, 82, 87, 89, 100, 110, 118].

За даними Morgenroth, амброксол нормалізує функції змінених серозних і мукозних залоз слизової бронхів, сприяє зменшенню кіст слизової і активує продукцію серозного компоненту. Поліпшення функції слизових залоз особливо важливо у пацієнтів із хронічними захворюваннями легень, для яких характерні гіпертрофія бронхіальних залоз з утворенням кіст і зменшенням числа серозних клітин. Таким чином, амброксол сприяє продукції якісно зміненого секрету.

Амброксол стимулює циліарну активність: апікальна поверхня епітелію містить іони хлору, базальна – іони натрію, блокада транспорту якого призводить до збільшення зольового шару, що є передумовою роботи війчастого епітелію. Прозапальні цитокіни відіграють важливу роль у порушенні биття війок епітеліальних клітин (БВЕК). Фактор некрозу пухлини (TNF) знижує биття війок епітеліальних клітин на 21,3%, інтерферон-гамма (ІФН- γ) – на 13,5%. Амброксол залежно від концентрації (10-4 М і 10-5 М) відновлює БВЕК (на 8,1 та 13,9% відповідно) [109].

Амброксол має протизапальний ефект: зменшує продукцію прозапальних цитокінів – ІL-1 і TNF [63, 65]. Цитокіни під впливом амброксолу інгібуються дозозалежно, тобто препарат виявляє дію, яка досі була продемонстрована тільки для глюкокортикоїдів [79].

Препарат гальмує активність фосфоліпази А₂ – одного з основних ферментів запального процесу; підвищує опсонізацію – процес покриття мікроорганізмів білками сироватки крові або білками сурфактантної системи легень для полегшення фагоцитозу альвеолярними макрофагами [99, 109].

Важливою особливістю амброксолу є його здатність збільшувати вміст сурфактанту в легенях, блокуючи розпад і підсилюючи синтез і секрецію сурфактанту в альвеолярних пневмоцитах II типу [70, 75]. Сурфактант – важливий чинник, що підтримує поверхневий натяг в альвеолах і поліпшує розтяжність легень. Як гідрофобний межовий шар сурфактант полегшує обмін неполярних газів, виявляє протинабрякову дію на мембрани альвеол. Він бере участь у забезпеченні транспорту чужорідних часток з альвеол до бронхіального відділу, де починається мукоциліарний транспорт. Надаючи позитивний вплив на сурфактант, амброксол опосередковано підвищує мукоциліарний транспорт і в поєднанні з посиленням секреції глікопротеїнів (мукокінетична дія) дає виражений відхаркувальний ефект. Є вказівки на стимуляцію синтезу сурфактанту у плода, якщо амброксол приймає мати [68, 118]. При вірусній інфекції препарат посилює утворення сурфактанту в 1,5-1,7 раза. Протеїн А сурфактанту безпосередньо взаємодіє з гемоглобіном вірусу і нейтралізує його [116].

Амброксол має імуномодулюючу дію (протекція мукозального імунітету слизових дихальних шляхів за рахунок підвищення продукції секреторного ІgА) [70]. Препарат посилює виділення ІgА в 10 разів і ІgМ в 1,2 рази від початкового рівня. Він також активує тканинні макрофаги, здатний пригнічувати продукцію медіаторів запалення ІL-1, TNF, стимулювати активність макрофагів [65, 109]. Припускають, що інгібування синтезу прозапальних цитокінів може поліпшити перебіг лейкоцитобумовленого легеневого ушкодження.

Амброксол проявляє антиоксидантні властивості: зменшує кількість вільних радикалів, що виробляються активними альвеолярними макрофагами і нейтрофілами, захищаючи клітини від їх ушкоджувальної дії [82, 89, 110].

При одночасному застосуванні з антибіотиками амброксол підсилює їх проникнення в бронхіальний секрет і слизову оболонку бронхів, підвищуючи ефективність антибактеріальної терапії і скорочуючи її тривалість. Одночасне призначення амброксолу і деяких антимікробних препаратів (амоксцикліну, цефуроксиму, доксицикліну, еритроміцину) сприяє підвищенню концентрації антибіотиків у легеневої тканині [100, 102, 112].

Надзвичайно важливим є те, що амброксол не провокує бронхообструкції. К. J. Weissman і співавт. продемонстрували статистично достовірне поліпшення показників функції зовнішнього дихання у хворих з бронхообструкцією і зменшення гіпоксемії на фоні прийому амброксолу [111].

Ацетилцистеїн – муколітичний препарат із прямою дією на молекулярну структуру слизу. У молекулі ацетилцистеїну містяться сульфгідрильні групи, які розривають дисульфідні зв'язки кислих мукополісахаридів мокротиння, при цьому відбувається деполімеризація макромолекули і мокротиння стає менш в'язким і адгезивним, легше відділяється при кашлі. Звільнення бронхіальних шляхів, відновлюючи нормальні параметри мукоциліарного кліренсу, сприяє зменшенню запалення в слизовій бронхів. До розрідження мокротиння приводить стимуляція мукозних клітин, секрет яких має здатність до лізису гною, фібрину і кров'яних згустків [41, 42, 59, 25]. Ацетилцистеїн ефективний як при гнійному, так і при слизовому мокротинні. Ефективність ацетилцистеїну відносно будь-якого виду мокротиння особливо важлива при бактеріальних інфекціях, коли треба швидко зменшити в'язкість мокротиння з гнійними включеннями, щоб дати можливість евакуації його з дихальних шляхів і запобігти поширенню інфекції.

Ацетилцистеїн має також антиоксидантні властивості, що зумовлено зв'язуванням його сульфгідрильними групами хімічних радикалів і, таким чином, їх знешкодженням. Антиоксидантні властивості ацетилцистеїну забезпечують додатковий захист органів дихання від шкідливого впливу вільних радикалів, ендо- та екзотоксинів, що утворюються при запальних захворюваннях респіраторного тракту.

Крім того, ацетилцистеїн сприяє підвищенню синтезу глутатіону – важливого фактора хімічної детоксикації. Ця особливість ацетилцистеїну дає змогу ефективно застосовувати останній при гострих отруєннях парацетамолом та іншими токсичними речовинами (альдегідами, фенолами).

N-ацетилцистеїн руйнує біоплівки, порушує бактеріальну адгезію, гальмує синтез і порушує позаклітинні полісахариди біоплівки бактерій [3, 50, 101]. Ацетилцистеїн як самостійно, так і в комплексі з антибіотиком сприяє зниженню росту та формуванню біоплівки через 24, 48 і 72 год [97]. Також було показано вплив N-ацетилцистеїну на апоптоз, при цьому зменшувалася кількість апоптотичних клітин [93].

У педіатричній практиці часто виділяють таку властивість муколітиків, як збільшення обсягу мокротиння,

і пов'язують його з можливістю розвитку так званого синдрому «заболочування» легенів, тобто застою мокротиння з подальшим порушенням дренажної функції легенів, реінфікуванням дихальних шляхів, а в деяких випадках – аспірацією. Загалом при використанні ацетилцистеїну обсяг мокротиння зазвичай збільшується незначно, тому ймовірність розвитку синдрому «заболочування» легенів мало ймовірна. У 2013 р. опубліковано оновлений Кокранівський систематичний огляд, присвячений оцінці ефективності та безпеки ацетилцистеїну і карбоцистеїну при лікуванні гострих інфекцій верхніх і нижніх дихальних шляхів у дітей без хронічних бронхолегеневих захворювань [71]. Метааналіз включав дані клінічних досліджень і системи фармаконагляду. Більша частина робіт (6 рандомізованих контрольованих досліджень за участю 497 хворих) була присвячена оцінці ефективності ацетилцистеїну. Аналіз продемонстрував ефективність препарату при лікуванні респіраторних інфекцій, зокрема достовірне скорочення тривалості кашлю у дітей і позитивний вплив на якість життя пацієнтів. Також у даному Кокранівському систематичному огляді була проаналізована безпека ацетилцистеїну і карбоцистеїну за результатами 34 досліджень за участю понад 2 тис. пацієнтів. Аналіз показав, що в цілому профіль безпеки препаратів при використанні у дітей є високим. Можливість посилення бронхореї і, отже, необхідність застосовувати препарати з обережністю обговорюються лише при використанні муколітиків у дітей віком до 2 років.

Виходячи з наведених фактів, лікар повинен пам'ятати, що для запобігання синдрому «заболочування» легенів необхідно дотримуватися інструкції, правильно розрахувати дозу, підібрати режим прийому препарату, виконувати всі правила дихальної гімнастики (кінезитерапії) і дренажу бронхіального дерева. Особливо уважно треба використовувати препарати цього класу у дітей перших двох років життя, що мають недосконалий кашльовий рефлекс, і у схильних до швидкого погіршення МЦК. Слід також зазначити, що «заболочування» легенів при застосуванні будь-яких муколітиків у дорослих є явищем винятковим. Цей феномен може розвинути за наявності у пацієнта первинної циліарної дискінезії, слабкому кашльовому рефлексі, нераціональному використанні відхаркувальних препаратів.

У літературі є вказівки, що ацетилцистеїн рекомендують з обережністю використовувати у хворих на БА, щоб уникнути посилення бронхоспазму. Встановлено, що бронхоспазм при застосуванні ацетилцистеїну можливий в основному при гіперреактивності бронхів (це зазначено в інструкції).

Треба окремо зупинитися на використанні комбінованих препаратів. Комбіновані муколітичні засоби представлені широким різноманіттям препаратів. Крім поєднань кількох мукоактивних компонентів, вони можуть містити бронхолітики, деконгестанти, антигістамінні, протикашльові, жарознижувальні, антисептичні компоненти рослинного, мінерального або хімічного походження. Інші засоби, що регулюють бронхіальну секрецію, представлені різноманітними гомеопатичними та фітотерапевтичними препаратами.

На фармацевтичному ринку України з'явився унікальний за своєю комбінацією комплексний препарат ПульмоБРИЗ® (MoviHealth, Швейцарія; патенти № 94805 від 10.06.2011, № 100374 від 25.12.2012; Р.П. МОЗ України № UA/10212/01/01, № UA/10212/02/01 від 09.09.2014). Це єдина запатентована в Україні комбінація ацетилцистеїну (200 мг) та амброксолу гідрохлориду (30 мг). Завдяки комплексності дії кожний з компонентів препарату доповнює та посилює муколітичну та мукокінетичну дію один одного.

Препарат ПульмоБРИЗ® має плейотропні ефекти: антиоксидантний (зв'язує вільні радикали), дезінтоксикаційний (збільшує синтез глутатіону), сурфактантзберігаючий (підвищує синтез сурфактанту) та протизапальний (пригнічує виділення медіаторів запалення) (табл.). Тому застосування препарату ПульмоБРИЗ® є обґрунтованим у комплексному

лікуванні гострих і хронічних захворювань дихальних шляхів із порушенням утворення та евакуації секрету, у тому числі при гострому та хронічному бронхіті, ХОЗЛ, пневмонії, бронхоектатичній хворобі, БА, муковісцидозі, ларингіті, трахеїті та інших захворюваннях, пов'язаних із порушенням МЦК, які супроводжуються кашлем (рис. 3). ПульмоБРИЗ® у вигляді таблеток та саше призначають дітям від 12 років і дорослим по 1 таблетці або саше 3 р/добу.

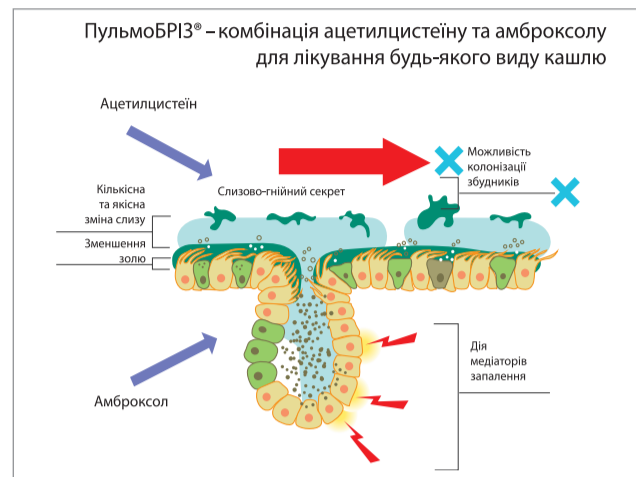


Рис. 3. Механізм дії препарату ПульмоБРИЗ® при лікуванні кашлю

Терапевтична ефективність та безпека препарату ПульмоБРИЗ® доведені в ході клінічних випробувань, що проводилися за участю дорослих пацієнтів в різних регіонах України.

Так, І.М. Фуштей та співавт. [48] при визначенні клінічної ефективності та переносимості комбінованого препарату ПульмоБРИЗ® у хворих з інфекційно-залежним гострим бронхітом зробили такі висновки:

1. Включення до схем лікування хворих на інфекційний гострий бронхіт комбінованого препарату ПульмоБРИЗ® асоціюється з достовірною ($p < 0,05$) нормалізацією основних клінічних проявів захворювання: кашлю, задишки, зникнення мокротиння й хрипів, інтоксикації, вентиляційного синдрому і нормалізації картини крові порівняно з контрольними групами (хворі, що отримували тільки амброксол або тільки ацетилцистеїн).

2. У хворих із гострим бронхітом з вентиляційною дисфункцією включення до схеми лікування комплексного препарату ПульмоБРИЗ® забезпечує достовірно ($p < 0,05$) більш ранню та виражене відновлення вентиляційної функції бронхів.

Результати дослідження О.Я. Дзюблика та співавт. [13] свідчать про доцільність застосування в комплексній терапії хворих з інфекційним загостренням БА комбінованого муколітичного препарату (ацетилцистеїн у дозі 200 мг та амброксолу гідрохлорид у дозі 30 мг – по 1 таблетці 3 р/добу протягом 7 днів), що приводить до достовірно більш швидкого зменшення гнію мукотиння та покращення його виділення.

Згідно з результатами дослідження Н.Є. Моногарової та співавт. [31], був зроблений висновок, що терапія із застосуванням Хелпекс БРІЗ® (нова назва – ПульмоБРИЗ®. – Прим. ред.) у пацієнтів з ХОЗЛ дозволяє поліпшити показники зовнішнього дихання, зменшити кашель, задишку, при цьому спостерігаються високий профіль безпеки і добра переносимість препарату.

Хворі з atopічними захворюваннями часто схильні до ГРВІ, які, у свою чергу, сприяють підвищенню синтезу загального IgE [51]. Віруси здатні пошкоджувати епітелій дихальних шляхів, пригнічувати бар'єрні властивості бронхіальної стінки, чим створюють умови для розвитку запального процесу, сприяють гіперпродукції IgE, сенсibiliзації організму до неінфекційних агентів. Порушення контролю з боку вегетативної нервової системи проявляється збільшенням холінергічної та дисфункцією адренергічної активності, посилюючи розвиток бронхіальної гіперреактивності [24, 39, 51, 54].

У разі приєднання до порушення МЦК алергічного компоненту, тобто поєднання вірусно-бактеріального та алергічного запалення, доцільним у лікуванні є комбінація амброксолу гідрохлориду та лоратадину – препарат ПульмоЛОР® (MoviHealth, Швейцарія; патенти № 95517, № 95516 від 10.08.2011. Р.П. МОЗ України № UA/10378/01/01, № UA/10378/02/01 від 22.01.2010). Амброксолу гідрохлорид забезпечує мукокінетичну, муколітичну, сурфактантзберігаючу та протизапальну дію, а лоратадин як селективний блокатор периферичних H_1 -гістамінових рецепторів пролонгованої дії (без центральної седативної дії та блокування холінорецепторів) забезпечує протиалергічні властивості препарату. ПульмоЛОР® призначають при гострих і хронічних захворюваннях дихальних шляхів зі спастичним та алергічним компонентом, гострому і хронічному бронхіті, ХОЗЛ, пневмонії, при станах, які супроводжуються гіперреактивністю бронхів. У ЛОР-практиці з метою розрідження секрету та зменшення набряку препарат призначають при риніті, у тому числі алергічному, в комплексному лікуванні синуситів та отитів.

Застосування препарату ПульмоЛОР® є обґрунтованим і клінічно вивченим.

Так, в 6-місячному подвійному сліпому рандомізованому проспективному і порівняльному дослідженні [96] у 123 дітей віком 6-12 років із діагностованим АР, що супроводжувався кашлем, визначали ефективність та безпечність лікування комбінацією лоратадину 1,0 мг/мл та амброксолу 6 мг/мл в розчині, що призначався 2 р/добу (через кожні 12 год) протягом 10 днів, порівняно з прийомом зазначених засобів (лоратадину та амброксолу) окремо. Для визначення ефективності лікування в кожному конкретному випадку проводили оцінку клінічного розвитку наступних симптомів: чхання, ринореї, сльозотечі, свербежу у носі, кашлю та його переважання в денний або нічний час. Також враховували наявність і вираженість ретроназального синдрому, закладеності носа і сукупність всіх клінічних ознак. Крім того, дослідник і пацієнти оцінювали клінічну ефективність лікування. Результати продемонстрували, що комбінація лоратадин/амброксол була більш ефективною за всіма параметрами оцінки в порівнянні із кожним з її компонентів, застосовуваних окремо, що було особливо яскраво виражено в період між 5-ю і 10-ю добою лікування. На думку дослідників, це підтверджує той факт, що лоратадин, крім безпосереднього впливу на H_1 -рецептори, має протизапальні ефекти, які посилюються при 10-денному лікуванні, у зв'язку з чим може бути рекомендовано, щоб період лікування при ускладненні АР становив 10 і більше діб.

Досвід застосування ПульмоЛОР® мають і українські лікарі. Так, В.М. Васильєв, Ю.В. Деєва [8] при вивченні ефективності і переносимості комбінації цефтриаксону і препарату ПульмоЛОР® порівняно з монотерапією цефтриаксоном у хворих на гострий середній отит і гострий синусит відзначили, що схема комплексної терапії з включенням в неї препарату ПульмоЛОР® була більш ефективною. Зниження частоти рецидивів у цих пацієнтів суттєво покращило їх загальний стан, дозволило зменшити число проведених пункцій, уникнути необхідності призначення повторних курсів антибактеріального лікування і перешкоджало переходу гострого процесу в навколососових пазухах у хронічний.

Ю.Е. Кулітка та співавт. [29] спостерігали більш суттєву позитивну динаміку клінічних симптомів і показників зовнішнього дихання хворих з гострим бронхітом та пневмонією, які отримували ПульмоЛОР® у складі комплексної терапії, порівняно з учасниками контрольної групи.

І.В. Гогунська та співавт. [11] зробили висновок, що застосування препарату ПульмоЛОР® в комплексному лікуванні хворих на гостру респіраторну інфекцію на тлі цілорічного АР дозволяє досягти більш вираженої позитивної динаміки результатів терапії і підвищити її ефективність.

Всі дослідники відзначали високу безпечність препарату ПульмоЛОР® та його добру переносимість.

ПульмоЛОР® призначають: у вигляді суспензії 60 мл (склад: амброксолу гідрохлориду 30 мг і лоратадину 5 мг у 5 мл) – дітям від 6 до 12 років по 2,5 мл 2-3 р/добу, дітям >12 років і дорослим – по 5 мл 2 р/добу; у вигляді таблеток (склад: амброксолу гідрохлориду 60 мг і лоратадину 5 мг) дітям >12 років і дорослим – по 1 таблетці 2 р/добу.

Таким чином, вибір лікарських засобів, що застосовуються при кашлі, повинен здійснюватися з урахуванням характеру кашлю, тривалості та ключових ланок у патогенезі його розвитку. При цьому рекомендовані препарати повинні бути безпечними і мати достатній рівень ефективності згідно з принципами доказової медицини.

Список літератури знаходиться в редакції.

Таблиця. Фармакодинаміка препарату ПульмоБРИЗ®	
Ацетилцистеїн	Амброксол
• Муколітичний Деполімеризує дисульфідні зв'язки мокротиння	• Мукокінетичний Підвищує активність війчастого епітелію
• Антиоксидантний Зв'язує вільні радикали за рахунок тіолової групи	• Сурфактантзберігаючий Підвищує синтез сурфактанту і зменшує його розпад в альвеолах
• Дезінтоксикаційний Підвищує синтез глутатіону, який є фактором детоксикації організму	• Муколітичний Нормалізує співвідношення серозного і слизового компонента мокротиння
	• Протизапальний Інгібує виділення медіаторів запалення
	• Підвищує біодоступність антибіотиків

Реформа здравоохранения Украины: путь к действиям, имитациям или простым разговорам

Реформа здравоохранения как перманентный процесс осуществляется во многих странах мира, и даже наиболее экономически развитые из них, готовые выделять до 14% ВВП, не являются исключением. Однако стоит заметить, что эффективность работы здравоохранения зависит не только, а точнее, не столько от размера выделяемых средств, сколько от рационального их использования. Реформа медицины остро необходима Украине, с этим согласны все пациенты и подавляющее большинство медицинских работников, но она возможна только при смешанной системе финансирования этой сферы. Такие принципы, как «богатые платят за бедных» и «деньги идут за пациентом», уже давно применяются в эффективно работающих системах здравоохранения. Украинцы давно ждут реальных и перспективных реформ в медицине. В большинстве стран постсоветского пространства коренные изменения в системе финансирования с переходом в основном на страховую модель произошли еще 10-15 лет назад. Что касается Украины, то последние 20 лет здесь идут дискуссии, за которыми не следуют действия.

Уже год, как медицинская общественность наблюдает за противостоянием Комитета Верховной Рады по вопросам здравоохранения и профильного министерства, в результате чего остро необходимый процесс изменений остановился. Действующая модель здравоохранения в Украине, как рудимент развалившейся советской системы Семашко с не доведенными до логического конца попытками всевозможных нагромождений на нее и внедрения современных принципов, заимствованных из систем других стран, оказалась неповоротливой, коррумпированной и неэффективной.

Важные вопросы реформирования отечественного здравоохранения были рассмотрены 16 декабря 2015 года на парламентских слушаниях на тему «О реформе здравоохранения в Украине», которые можно рассматривать как основное событие уходящего года в медицине.

В мероприятии приняли участие народные депутаты, представители Администрации Президента, Кабинета министров, Минздрава, областных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления, профсоюза медработников, руководители департаментов здравоохранения, главные врачи крупных медучреждений, руководители общественных и волонтерских организаций, директора профильных институтов, медицинских и фармацевтических компаний, представители международных организаций.

Андрей Парубий, первый заместитель председателя Верховной Рады Украины, открывая слушания, отметил, что в Украине проводятся реформы во всех сферах общественной жизни, но одновременно приходится вести войну на востоке страны, что отвлекает значительные человеческие и материальные ресурсы. В то же время здравоохранение является для граждан Украины наиболее важной темой. Председательствующий также подчеркнул, что без общего плана, без общей цели очень трудно осуществлять этапные специализированные реформы в отрасли. По его словам, проблем множество и они очень острые. Он предложил выступающим не акцентироваться только на критике, а предлагать конкретные пути решения проблем.



По регламенту с первым докладом «Год необратимых изменений, или Потерянные возможности» выступил министр здравоохранения **Александр Квиташвили**. Он рассказал о достижениях, достигнутых за прошедший год, и в первую очередь он отметил начатый процесс дерегуляции и реформирования рынка лекарственных средств, а именно процесса государственных закупок, с передачей международным организациям – ПРООН, ЮНИСЕФ, Crown Agents 60% от всех осуществляемых в Украине госзакупок. В следующем году уже 100% закупок должно быть передано международным организациям. Среди достигнутых целей министр также назвал: подготовку системы реимбурсации по инсулинам, которая должна заработать с 2016 года, разработку и принятие 22 нормативных актов по дерегуляции фармацевтического рынка, а также новых условий лицензирования медицинской практики, переданных на утверждение Кабмину и предусматривающих упрощение условий для заявителей и возможности для развития

государственно-частного партнерства, частного медицинского сектора и привлечения инвестиций. Министр отметил, что уделяется внимание формированию государственной политики в сфере охраны здоровья и пропаганды здорового образа жизни. Кроме того, заложены нормативы перехода от финансирования койко-места к оплате стоимости медицинских услуг и изменения формы хозяйственной деятельности лечебных учреждений. Однако эти инициативы не были поддержаны Комитетом по здравоохранению ВРУ.

«Также Минздраву не удалось добиться принятия пакета законопроектов, целью которых была автономизация медучреждений, изменение их организационно-правового статуса и финансирования с гарантией сохранения сети государственных и коммунальных учреждений здравоохранения, что позволило бы создать между ними конкуренцию за пациента, улучшить качество медицинских услуг и открыть возможности для привлечения инвестиций в медицинскую сферу», – отметил А. Квиташвили.

В 2015 г. было подписано важное соглашение с Всемирным банком в рамках проекта «Улучшение здравоохранения на службе у людей». Украина получила заем в сумме 214 700 000 долл. США для поддержки информатизации здравоохранения, внедрения новых методов финансирования, восстановления инфраструктуры, развития системы общественного здоровья.

И хотя бюджет на здравоохранение на 2016 г. сокращен, по мнению министра, качество медицинского обслуживания не пострадает, так как эти средства будут расходоваться более рационально. Например, предельный норматив койко-мест на 10 тыс. населения сокращен с 80 до 60.

Завершая выступление, А. Квиташвили отметил, что Министерству здравоохранения Украины удалось достичь поставленных на 2015 г. целей менее чем на 70%, но достигнутые изменения и проведенная работа по подготовке нормативных актов все равно были значительнее всех изменений, осуществленных в стране за 24 года. «Мы не достигли поставленных целей на 100%, даже не достигли на 80%. Я бы оценил достигнутые цели на 67%, но все равно мы сделали больше, чем за 24 года. 2016 год будет лучше, чем 2015-й. Процессы пойдут активнее, так как мы провели много подготовительной работы. Но изменения зависят не только от Минздрава. Я уверен, что мы еще поработаем».



Ольга Богомолец, председатель Комитета по здравоохранению ВРУ, в своем докладе «Построение системы здравоохранения европейского качества» сообщила, что комитет признал работу Минздрава Украины неудовлетворительной. За прошедший год Минздрав не выполнил многих обязательств в сфере охраны здоровья, предусмотренных соглашением коалиции депутатских фракций «Европейская Украина» и программой деятельности Кабинета министров.

Более 500 тыс. человек в Украине ежегодно умирают из-за неудовлетворительной работы системы экстренной медицинской помощи, среднее время приезда скорой помощи к месту аварии составляет 40 мин вместо заявленных

10-20. В результате 75% жертв погибают до прибытия в госпиталь.

По мнению главы профильного комитета, реорганизация работы экстренной медицинской помощи невозможна без построения системы семейных врачей и клиник семейной медицины в шаговой доступности, поскольку сейчас на скорую помощь возложена дополнительная нагрузка из-за нехватки семейных врачей.

45% расходов на здравоохранение оплачивается из кармана простых граждан, а размеры неофициальных платежей в сфере медицины в Украине являются самыми высокими в Центральной и Восточной Европе. Минздрав должен работать значительно лучше, и комитет готов максимально помочь министерству в проведении реформы. Именно поэтому было инициировано проведение парламентских слушаний.

«Если говорить о правительственных законопроектах по автономизации, то мы – за нее, то есть за предоставление максимальных прав и самоуправление, но без права банкротства всей государственной системы здравоохранения. Тот проект Минздрава предусматривал отсутствие государственного бюджета для учреждений здравоохранения с 2016 г. с переводом их финансирования на местные бюджеты, с изменением статуса государственных учреждений на коммерческие акционерные общества, а это означает потенциальный механизм банкротства и приватизации», – подчеркнула Ольга Богомолец.

Она, в свою очередь, представила программу реформирования медицинской отрасли «25 шагов», в результате внедрения которой пациенты получат право выбора врача, качественное медицинское обслуживание, гарантированный уровень медицинской помощи, в том числе обеспечение бесплатной первичной экстренной медицинской помощи, медицинской помощи роженицам, детям и социально незащищенным слоям населения, пациентам с орфанными заболеваниями и с ограниченными возможностями.

Данная программа предусматривает введение в Украине лекарственного и медицинского самоуправления. «Профессионалы, а не Минздрав будут отвечать за качество предоставления медицинских услуг, за лицензирование в каждой области и нести ответственность перед пациентами за деятельность медицинского сообщества», – сказала А. Богомолец и пригласила профессиональные организации и специалистов к активному сотрудничеству по этому вопросу: «Мы ждем ваше видение создания лекарственной, стоматологической, фармацевтической, лекарственной палат, и комитет готов поддерживать ваши инициативы».

Учреждения здравоохранения должны находиться в единой вертикали подчинения для всех медицинских учреждений страны вместо 20 вертикалей (ведомственные медицинские учреждения, учреждения здравоохранения, которые обслуживают потребности военной и пенитенциарной медицины, а также НАМНУ) финансового подчинения, что создает предпосылки для коррупции.

Концепция «25 шагов» содержит механизмы создания системы прозрачной, честной конкуренции среди врачей с возможностью достойно зарабатывать. Для этого планируется перевести финансирование от принципа «койко-день» к оплате за фактически оказанную медицинскую услугу или помощь. Сами медицинские учреждения получают полную независимость по формированию собственной финансовой и кадровой политики. Успешная реализация реформы здравоохранения сегодня зависит еще и от того, как будет осуществляться административно-территориальная, налоговая и судебная реформы, а также от внедрения в Украине военно-медицинской доктрины. Важно создать открытые базы данных медицинского персонала, учреждений здравоохранения и, главное, лекарственных средств с указанием стоимости подобных средств в близких референтных странах.

О. Богомолец, говоря о преимуществах программы «25 шагов», продемонстрировала, что в итоге получают пациенты, врачи, лечебные учреждения, государство и от чего будет зависеть успех ее реализации. Для этого необходимо адаптировать клинические протоколы к европейским, создать стандарты лечения, маршрутизацию пациентов, утвердить модели расчета стоимости медицинской услуги, создать механизмы защиты прав больных, внедрить профессиональное самоуправление, стандартизировать лабораторную диагностику, систему донорства и трансплантологии, наконец – создать систему единого медицинского пространства.

Программа «25 шагов» предусматривает также: создание и разработку стандартов системы медицинского страхования; реформу системы медицинского образования и науки; переаттестацию и переподготовку специалистов; подготовку новых управленческих кадров, но самое главное – смену структуры Минздрава для работы с новыми функциями.

Валерия Лутковская, уполномоченная Верховной Рады Украины по правам человека, раскритиковала действия Минздрава в плане оказания качественной медицинской помощи, охарактеризовав ее короткой фразой: «пациент, помощи себе сам». Отдельно В. Лутковская остановилась на ситуации с проведением вакцинаций, отметив, что Минздрав не проводит грамотную информационную работу, разъясняющую населению необходимость осуществления иммунизации.

«Более того, создается впечатление, что Минздрав заинтересован в черном пиаре против вакцинации, который распространяют СМИ. Потому что тогда не видно будет, что в Украине недостаточное количество вакцин», – сказала омбудсмен, обращаясь к министру Квиташвили.

В. Лутковская также отметила, что недостаточная вакцинация детей ведет к серьезным угрозам в будущем, и призвала Минздрав разработать государственную программу разъяснительной работы о необходимости этой важнейшей процедуры.

Василий Князевич, заведующий кафедрой управления охраной общественного здоровья Национальной академии государственного управления при Президенте Украины, предложил создавать комплексы «университетская клиника – больница», по аналогии с экономически развитыми странами, поскольку без таких комплексов будущего не будет ни для медицинского образования, ни для науки.

Олег Мусий, народный депутат Украины, заместитель председателя комитета, предложил внедрить в Украине смешанную бюджетно-страховую модель финансирования системы здравоохранения, для того чтобы запустить современные механизмы управления отраслью. С учетом положительного международного опыта и рекомендаций ведущих ученых и экспертов Украина перейдет на двухуровневую систему финансирования медицинского обслуживания с формированием единого государственного заказчика медицинской услуги и отдельного финансирования различных видов медицинской помощи.

По мнению О. Мусия, государственные органы здравоохранения следует лишить несвойственных им функций и передать часть полномочий профессиональному самоуправлению, привлечь к принятию решений пациентские сообщества. Важным приоритетом станет развитие первичной помощи и профилактическая направленность медицины: семейный врач и медсестра должны стать основными помощниками в вопросе медицинского обслуживания и сохранения здоровья пациента.

Также в Украине, параллельно с развитым первичным звеном, должна быть сформирована сеть общедоступных современных высокотехнологичных многопрофильных больниц. Для этого следует применить механизм государственно-частного партнерства, но частная медицина должна быть полностью уравниена в правах с государственными учреждениями. Реформу здравоохранения необходимо деполитизировать и закрепить основы государственной политики на уровне закона, предусматривающего обязательность построения концепции стратегии развития с поэтапным планом действий и назначенными ответственными лицами.

Владимир Загородний, председатель Украинской федерации работодателей здравоохранения, отметил, что за прошедшие 20 лет в Украине так никто и не взял на себя смелость заявить, какой именно должна быть национальная система здравоохранения, которая дошла по сути до уровня национальной катастрофы. По мнению В. Загороднего, децентрализация, автономизация и разгосударствление дадут возможность заложить основы структурной перестройки имеющейся системы здравоохранения. Врачебные сообщества должны сами определять последовательность проводимых реформ, однако информационно-регуляторная роль Минздрава на основе европейских законов и практик должна пойти по пути отмены большинства давно устаревших регуляторных актов.

Николай Полищук, заведующий кафедрой нейрохирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, экс-министр здравоохранения Украины и экс-глава Комитета по здравоохранению ВРУ, обратил внимание на основные факторы, влияющие на здоровье людей: 50% – это способ и условия жизни, 20% – окружающая среда, 20% – наследственность и только 10% – медицина. Поэтому каждый должен понимать, что здоровье зависит в основном от самого человека, от его отношения к самому себе. А для этого чрезвычайно важны пропаганда здорового образа жизни и создание условий для его реализации.

Что касается медицинской отрасли, то она должна финансироваться и функционировать не для отрасли и врачей, а для пациентов, а медикам необходимо создавать условия и мотивацию работать эффективно. Работники здравоохранения составляют меньше 1% популяции, однако играют важную роль в снижении смертности и улучшении качества жизни отдельных групп населения.

Реформирование медицинской отрасли должно быть направлено на профилактику заболеваний, и ключевая роль в этом отведена врачам первичного звена. Они будут работать как частные предприниматели в учреждениях здравоохранения, которым следует предоставить статус автономных неприбыльных предприятий коммунальной или государственной формы собственности. Министерству необходимо определить базовый гарантированный уровень медицинской помощи, стандарты, протоколы и единые тарифы стоимости медицинских услуг. Впервые такая возможность обсуждалась еще в 2005 г. Автономизацию лечебных учреждений надо внедрять немедленно, медики уже давно готовы к этому.

Андрей Шипко, народный депутат Украины, отметил, что наша медицина накопила очень много проблем, которые все увеличиваются, но не решаются.

«Первая проблема – это автономизация учреждений здравоохранения, о которой уже год говорят как о реформе, подготовленной правительством. К сожалению, то, что было предложено Кабинетом министров, реформой назвать нельзя. Как врач я могу это сравнить с маленькой процедурой «укольник». Но больному требуются и подготовка, и проведение операции, и интенсивная терапия, и специальная программа реабилитации.

Действующее законодательство, в принципе, уже позволяет переходить больницам из статуса бюджетного учреждения в статус предприятия. Даже Минздрав в 2010 г. типовой устав такого предприятия утвердил.

Но настоящая автономизация и приобретение учреждениями большей самостоятельности возможны только при условии, что на уровне закона будут выписаны базовые нормы, регулирующие все стороны работы медицинских учреждений: процесс заключения договоров на медицинское обслуживание, расчет потребности на оказание медицинской помощи, плановый объем бюджетных средств. Иначе поверхностное реформирование приведет к дискредитации этой идеи».

А. Шипко отметил также, что государство не может обеспечить за счет бюджета все потребности медицины, но это не должно лечь бременем на плечи пациента. Каждый гражданин должен знать гарантированный государством объем медицинской помощи, которую человек получит бесплатно; если же он хочет получить дополнительные услуги, за это надо будет платить. Вторая проблема – это платность и бесплатность медицинской помощи и медицинских услуг и связанное с этим введение системы обязательного государственного медицинского страхования. Из-за высокого уровня налоговой нагрузки на предприятия государство не может позволить себе установить большой размер взносов на медицинское страхование. Также отсутствует полноценная система стандартов протоколов и тарифов на медицинские услуги, нет видения комплексной стратегии страховой медицины.

Народный депутат призвал Минздрав изучить опыт пилотных регионов, проанализировать плюсы и минусы проводимой реформы: «По опыту Днепропетровской области можно сказать, что концентрация на уровне области финансовых, кадровых и материальных ресурсов позволила юридически обеспечить маршрутизацию пациента, создать единую политику финансирования учреждений по уровню оказания медицинской помощи. Конечно, были минусы. Неутешительная ситуация с педиатрической службой, которую фактически ликвидировали. Кроме того, семейный врач не всегда в состоянии предоставить полноценную помощь в условиях амбулатории. Запертый в тесное помещение наскоро подготовленный семейный врач не принес желаемого прорыва. Маленький коридор амбулаторий делает больными всю очередь после того, как кашлянул хоть один из пациентов. Целый ряд важных функций: печать на больничном листе, подпись руководства и многое другое остаются в поликлинике, куда пациент вынужден идти, выисывая очередь в амбулатории. В поликлинике участковый мог получить консультации у коллег, а также отвести больного к узкому специалисту, что невозможно в условиях территориально обособленной амбулатории. Все это нужно учитывать в будущем», – подчеркнул А. Шипко.

Ярослав Москаленко, народный депутат Украины, член депутатской группы «Воля народа», считает, что реформа здравоохранения, начатая в Украине в 2011 г., является фрагментарной и неэффективной. По его словам, Кабинет министров Украины до сих пор не определил порядок создания в стране госпитальных округов, на базе которых

населению будет предоставляться вторичная, специализированная, медицинская помощь. Согласно Концепции реформирования местного самоуправления и территориальной власти в Украине оказание первичной медицинской помощи закреплено за территориальными общинами сел, поселков и городов, а на районы возложено предоставление вторичной, специализированной, медицинской помощи. Госпитальные округа должны определяться исходя из количества населения, поскольку финансироваться они будут в расчете на душу населения.

Народный депутат привел пример, когда медицинские учреждения, расположенные в пристоличных районах и населенных пунктах областного подчинения, постоянно имеют проблемы с оказанием помощи незарегистрированным жителям, проживающим в коттеджных городках и на дачах, переселенцам с юго-востока, участникам АТО. В таких районах может проживать 70 тыс. населения, а за помощью обращаются более 130 тыс., отметил он. Средства на незарегистрированных лиц не выделяются, а помощь медицинские учреждения предоставить должны.

Также депутат отметил, что на сегодняшний день под вопросом остается развитие амбулаторий семейной медицины: «Ничего не изменилось – начиная от нехватки помещений, ограниченного финансирования, оснащения амбулаторий и крайне низкой заработной платы. Проблемным вопросом стало отсутствие критериев реорганизации сельских участковых больниц в амбулатории семейной медицины. Фактически это привело к ухудшению доступа к медицинской помощи для сельских жителей».

Другим проблемным вопросом, по мнению Я. Москаленко, является подготовка врачей общей практики семейной медицины. «Подготовка семейного врача занимает 8 лет. А в Минздраве решили срочно переучивать участковых терапевтов, педиатров, в основном предпенсионного возраста, на семейных врачей на краткосрочных курсах продолжительностью 6 месяцев. Из этого срока, например, на ЛОР-заболевания выделяется 4 дня, а на курс о помощи беременным женщинам или приеме родов – 2 недели. Такие курсы только восстанавливают знания, но не дают практических навыков».

Андрей Рева, заместитель городского головы Винницы, отметил, что пилотный проект по реформированию отрасли в 2011-2014 гг. выявил много недостатков и не дал ответа на главный вопрос: как будет управляться эта система? В итоге получили паралич управления, особенно на областном уровне. «Мы критиковали эту реформу за то, что от процесса медицинского реформирования устранились органы местного самоуправления, что, вопреки уверениям авторов реформы, гиперцентрализация усилилась и, как ее следствие, усилилась коррупция. Минздрав осуществлял все, включая бюджетирование, распределение молодых специалистов, закупку лекарств и медицинского оборудования».

Андрей Сердюк, президент НАМН, также отметил, что пилотный проект не привел к ожидаемым результатам, и подчеркнул, что реформа здравоохранения не может быть отделена от медицинской науки, которая за годы независимости потеряла престиж, особенно среди молодого поколения. Правительство должно ускорить инновационное развитие медицинской науки на основе государственно-частного партнерства, ввести грантовую форму финансирования учреждений, выделяемых Украиной и зарубежными организациями, провести персонализацию финансирования прорывных научных групп, проработать медико-экономические стандарты оказания высокоспециализированной помощи, дать научной деятельности практическую перспективу.

Оксана Корчинская, первый заместитель председателя Комитета здравоохранения ВРУ, предложила ввести практику информирования пациентов об остатках лекарств и изделий медицинского назначения, закупленных за бюджетные средства в том или ином учреждении. Она обратилась к министру с просьбой дать распоряжение в регионы, чтобы дважды в месяц каждая больница предоставляла такую электронную информацию, и привела в качестве примера Киевскую и Одесскую области. Так нуждающиеся пациенты могут свободно получить информацию о том, какие именно лекарства и в каком учреждении сейчас имеются.

Владимир Руденко, директор Всеукраинской общественной организации «Аптечная профессиональная ассоциация Украины», сообщил: «Одна из главных проблем, негативно влияющих сегодня на деятельность фармацевтической отрасли и обращение лекарственных средств, – это отсутствие государственного регулятора. Гослекслужба пока находится в процессе реорганизации и не имеет руководства, что фактически приостановило ее работу. Как следствие – мы получили аптеки, которые аоткрывались без лицензии, продолжают работать без специалистов с фармацевтическим

Продолжение на стр. 8.

С.М. Гордиенко, к.м.н., г. Київ

Реформа здравоохранения Украины: путь к действиям, имитациям или простым разговорам

Продолжение. Начало на стр. 6.

образованием, а следовательно, имеются условия для реализации некачественной продукции. Это реальная опасность для пациентов. Кроме того, из-за неспособности государственного регулятора невозможно принять новые «Лицензионные условия». Целью принятия и утверждения их новой редакции является не только установление правил ведения фармацевтической деятельности, но и повышение ее стандартов до европейского уровня. Например, возможность ответственного хранения лекарственных средств. Мы поддерживаем эту действующую норму и считаем нужным, кроме сохранения в «Лицензионных условиях», внести ее в Закон «О лекарственных средствах», что обеспечит реализацию альтернативных путей поставок лекарственных средств напрямую от производителя в аптеки, минуя посредника, что снизит цены», – сказал в заключение своего выступления В. Руденко.

Константин Ярынич, народный депутат от Блока Петра Порошенко, поделился опытом Кировограда. По мнению парламентария, для обеспечения качественного и доступного медицинского обслуживания граждан в стране должны быть созданы условия для развития государственно-частного партнерства. Чтобы такой механизм полноценно заработал, инвестор должен понимать, какую часть стоимости услуги, предоставляемой пациенту, ему компенсирует государство.

«Я горжусь тем, что сегодня Кировоград можно с уверенностью назвать одним из первых городов, начавших привлекать иностранные инвестиции через механизм государственно-частного партнерства. Как пример – Украинский центр томотерапии, который мы открыли 17 июня на базе Кировоградского областного онкологического диспансера. Это, без преувеличения, технологический и организационный прорыв для всей онкологической службы. Центр, помимо всего, выполняет колоссальную социальную

функцию: одним из условий партнерства, на котором я лично настаивал, является бесплатное лечение детей со всей области», – проинформировал К. Ярынич.

«Мы инициировали данный проект, чтобы показать обществу, как отрасль должна развиваться. Это наглядная модель, при которой государство оплачивает услуги, а инвестор обеспечивает возможность для реализации лечения. Это европейский путь развития», – подчеркнул народный депутат.

Он обратился к министру А. Квиташвили с предложением объединить усилия Минздрава, Кировоградской облгосадминистрации, областного и городского советов и реализовать видение министерства по реформированию отрасли в Кировоградской области как в пилотном регионе. Сейчас в Кировограде уже работают специалисты Всемирного банка, задачей которых является повышение эффективности управления медицинскими учреждениями региона.

Владислав Онищенко, председатель правления общественной организации «Союз потребителей медицинских услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения», отметил, что государственная политика в отношении лекарственных средств должна осуществляться по общепринятому во всем цивилизованном мире принципу, направленному на гарантированное обеспечение качества, безопасности и эффективности лекарств с равным доступом населения к основным лекарственным средствам при их умеренной стоимости и рациональном применении. По мнению В. Онищенко, существующая в стране контрольно-разрешительная система по лекарствам не соответствует современным требованиям функционирования фармацевтического рынка и не может в полном объеме эффективно и беспристрастно обеспечивать выполнение ее основных задач. Следует обязательно окончательно доработать и внедрить национальную политику по лекарственным средствам.

Игорь Шурма, народный депутат, отметил: для того чтобы медицинская реформа состоялась, Министерству

здравоохранения необходимо отказаться от несвойственной ему функции «министерства закупок» и больше прислушиваться к мнениям практических специалистов. «Минздрав живет своей жизнью, а региональная медицина – своими проблемами. Как можно узнать о проблемах региона, если за весь период времени не проведено ни одной коллегии Минздрава? Коммуникация руководства министерства со специалистами вообще отсутствует. Людям надо говорить, что реформа – это длительная системная работа в течение 3, 5, 10 лет, необходимо доходчиво рассказывать, к чему они придут в результате ее воплощения».

Ирина Сысоенко, народный депутат, заместитель председателя Комитета ВР по здравоохранению, сообщила, что за год работы парламент рассмотрел лишь 3 законопроекта по медицине в первом чтении. Таким образом, не было принято ни одного законопроекта по реформе в медицине.

В условиях ограниченных ресурсов финансирование медицинских учреждений должно происходить по принципу оплаты за количество и качество предоставляемых услуг, что повлияет и на повышение заработной платы медицинских работников, которая должна пропорционально зависеть от количества и качества пролеченных пациентов. Что касается самих работников медучреждений, то заработная плата у них является одной из самых низких в бюджетной сфере. Людей пенсионного возраста в медицине – почти 30%, так что пенсионный налог – еще один критерий обнищания работников этой сферы.

По плану децентрализации страны финансирование нужно отдать в местные бюджеты, как и закупку лекарственных средств и медицинского оборудования с учетом потребностей конкретной общины.

Говоря об аттестации врачей, И. Сысоенко также предложила передать эту функцию профессиональным самоуправляющимся организациям, чтобы именно они организовывали повышение квалификации медицинских работников, защищали их интересы и активно работали над минимизацией врачебных ошибок.

В заключение слушаний О. Богомолец предложила присутствующим принять активное участие в формировании концепции национальной стратегии, направленной на реформирование здравоохранения Украины как дорожной карты для совместной работы Комитета по здравоохранению и Минздрава.



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

АНОНС

Українська асоціація остеопорозу
Українська асоціація менопаузи, андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи
Наукове медичне товариство геронтологів і гериатрів 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 симпозіум 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 гериатричній ортопедії
- Патогенез та сучасне лікування подагри
- Епідеміологія дефіциту та недостатності вітаміну D
- Саркопенія: механізми розвитку та діагностика

У симпозіумі братимуть участь провідні фахівці А. Діміч (Королівство Бахрейн), А. Барбоса, М. Маскарена (Португалія), А. Гаспарік (Румунія), Д. Ханс (Швейцарія), П. Плутовський, 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.

ЗМІСТ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Реформа здравоохранения Украины: путь к действиям, имитациям или простым разговорам
С.М. Гордиенко 6-8

По итогам парламентских слушаний, 16 декабря 2015 года, г. Киев

Оперативно про головне 33
Хроніка ключових подій

КРУГЛИЙ СТИЛ

Фитониринговый менеджмент острых респираторных инфекций у детей
А.Е. Абатуров, С.П. Кривоустов, Т.А. Крючко 18-19
По итогам круглого стола, г. Киев

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Симптоматичне лікування кашлю у дорослих
Л.В. Хіміон, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк та ін.3-5
Одна з провідних характеристик кашлю – його продуктивність

Місце препаратів відхаркувальної дії в лікуванні пилового бронхіту
В.С. Ткачшин 12-14
Професійні захворювання органів дихання становлять значну частку в структурі патології, зумовленої впливом шкідливих виробничих факторів

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Грип і застуда у дітей: як полегшити кашель і прискорити одужання? 21
Мета фармакологічного впливу при продуктивному кашлі – знизити в'язкість мокротиння та полегшити його відходження

НЕВРОЛОГИЯ

Тревожные расстройства в структуре психосоматической патологии (клинические проявления, диагностика, терапия)
Н.А. Марута 34-35
Психосоматические расстройства представляют собой широкий спектр патологии, систематизация которого остается предметом дискуссий

Депрессия в общетерапевтической практике: факты и предположения 36-37
Основными целями лечения депрессии являются уменьшение и последующее полное купирование депрессивной симптоматики

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Актуальные вопросы травматологии
А.А. Бурьянов 22-23
По итогам научно-практической сессии, 18-19 декабря 2015 года, г. Киев

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Краснуха: особливості перебігу у дорослих
О.К. Дуда, В.О. Бойко, А.О. Беклеміщева 42
Боротьба з краснухою, попередження розвитку СВК є важливою ланкою покращення показників перинатальної захворюваності та смертності

ВИДАТНІ ПОСТАТІ

Поединки на работающем сердце
А.В. Руденко 40-41

ВІСНИК АКАДЕМІЇ УСПІШНОГО ЛІКАРЯ

Факторы личностного успеха современного врача
Ю.И. Чертков, В.П. Кидонь 38-39

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ

Зірка медицини родом із Буковини
Т.Д. Никула 9

Зірка медицини родом із Буковини



Треба на роки забути втому,
Чути плач, яким тебе позвуть.
Лікарі сивіють...
Справа в тому,
Що за багатьох вони живуть.

Віталій Коротич

12 січня в м. Києві у Національній науковій медичній бібліотеці України відбулася презентація ювілейного двотомника мемуарів видатного

професора Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця Тараса Денисовича Никули, заслуженого діяча науки і техніки України, лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки, старшого члена Європейської ниркової асоціації та Європейської асоціації діалізу й трансплантації (ERA-EDTA), члена Дослідницької академії Міжнародного біографічного центру (м. Кембридж, Велика Британія). Наприкінці урочистого заходу багато шановних гостей (професори, доценти, наукові діячі з м. Києва і рідного міста Чернівці) вітали Тараса Денисовича з 80-річним ювілеєм, який він відсвяткував 5 січня цього року. Було сказано безліч теплих і щирих привітань, слів вдячності за невтомну працю і постійну боротьбу за найцінніше – людське життя.

У своїх книгах «Родом із Буковини» та «Моє київське півстоліття» автор розповідає про власний нелегкий життєвий шлях, професійну діяльність, наставників та колег, які допомагали йому досягти найвищих висот у медицині та науці в цілому. Чимало сторінок пронизані болем та смутком, адже рідний батько (інвалід II групи Великої Вітчизняної Війни, кавалер ордена Слави) був ув'язнений та відправлений до ГУЛАГу (1949-1956) з конфіскацією майна і без права листування, а Тарасові Денисовичу як сину «ворога народу» після закінчення Буковинського державного медичного університету з червоним дипломом було відмовлено у навчанні там в аспірантурі та клінічній ординатурі.

Однак невпинне бажання продовжувати навчання та удосконалювати свої знання і вміння спонукало тоді ще юного випускника медичного вузу боротися з несправедливістю тогочасного тоталітарного режиму і врешті-решт поповнити лави практичних лікарів і молодих науковців у самому серці нашої держави – у м. Києві. Тут, у столиці України, у Центральній клінічній лікарні ім. академіка В.М. Іванова (нині – ДЗ «Республіканська клінічна лікарня МОЗ України». – Прим. ред.) під керівництвом доктора медичних наук Анатолія Петровича Пелешука сформувалася сфера наукових інтересів майбутнього професора, який детально вивчав особливості білкового обміну при хронічній нирковій недостатності. Результатом кропіткої праці Тараса Денисовича стали кілька винаходів (хроматографічна лінійка, чашка для випарювання і спосіб депігментації сечі при визначенні в ній амінокислот), за які він був визнаний одним з трьох найкращих винахідників серед медиків України.

Незабутнім періодом в житті професора Т.Д. Никули є його робота на посаді районного терапевта в м. Вашківці Чернівецької області, де він проявив себе не лише як кваліфікований фахівець, а й як творча особистість. Разом зі спеціалістами з хімії та фармакології Тарас Денисович дослідив і виявив цілющі властивості місцевої сірководневої мінеральної води. Згодом тут було відкрито бальнеологічний санаторій «Брусниця», де проводиться лікування різноманітних захворювань природними методами.

Щодо наукових праць, то професор Т.Д. Никула є засновником та головним редактором фахового нефрологічного щорічника НМУ ім. О.О. Богомольця «Актуальні проблеми нефрології». Також він має чимало публікацій та книг стосовно ролі різних видів дієтичного харчування в формуванні здорового способу життя і при лікуванні хронічної ниркової недостатності.



За значний вклад у розвиток світової та вітчизняної нефрології Тарас Денисович Никула в 2009 р. був нагороджений Державною премією України в галузі науки й техніки, а в 2015 р. отримав членську картку Senior Member провідних європейських нефрологічних асоціацій ERA-EDTA.

Підготувала Людмила Оніщук

Місце препаратів відхаркувальної дії в лікуванні пилового бронхіту

Професійні захворювання органів дихання – пневмокніози, пиловий бронхіт (ПБ), токсико-хімічні ураження бронхолегеневої системи та професійна бронхіальна астма (БА) – становлять значну частку в структурі патології, зумовленої впливом шкідливих виробничих факторів.

Серед усіх професійних захворювань органів дихання найбільше поширення має ПБ, частота якого серед представників різних професій в промислово розвинених країнах Європи варіює від 12 до 78%.

З метою уніфікації підходів діагностики хронічного бронхіту (ХБ) Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує так зване епідеміологічне визначення. Відповідно до нього під ХБ розуміють захворювання, яке проявляється кашлем з виділенням мокротиння протягом 3 міс на рік не менше 2 років підряд, що не пов'язано з локальними або генералізованими легеневиими процесами (тобто за умови виключення іншої патології верхніх дихальних шляхів і легень). ХБ у цьому випадку розглядається як запальний процес, що періодично загострюється і характеризується ураженням бронхіального дерева дифузного характеру.

Це визначення коректне й для ПБ, що виникає в умовах професійної діяльності, хоча й не відображає цілісної картини розвитку та перебігу цього захворювання.

ПБ – первинно хронічний дифузний ендобронхіт, що характеризується поступовим початком, з розвитком захворювання після тривалого (від 7 до 15 років) контакту з виробничим пилом. Як нозологічну форму ПБ внесено до списку професійних хвороб у 1970 р.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. № 1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань» виділено захворювання, викликані впливом промислових аерозолів, до яких належить ПБ (II розділ, п. 4).

ПБ виникає при вдиханні переважно помірно- або малоагресивного пилу, також може розвиватися на тлі впливу різних мінеральних, металевих

й органічних пилових часток. Від концентрації, дисперсності та хімічного складу пилу залежать поширеність захворювання і тривалість його розвитку. В деяких випадках після короткочасного загострення ПБ процес регресує до вихідного рівня і лише через тривалий час спостерігається явне прогресування симптоматики, натомість в інших ситуаціях швидко формується захворювання з вираженою клінічною картиною.

Специфіку професійної діяльності осіб, серед яких ПБ зустрічається найчастіше, відображено в таблиці 1.

Важливість вивчення механізмів розвитку і перебігу ПБ визначаються насамперед тим, що ця нозологічна форма є найбільш розповсюдженою та прогностично серйозною в структурі професійних захворювань органів дихання.

Патогенез ПБ досить складний, має ряд послідовних фаз, які відображені на рисунку.

Патологічна анатомія

Еволюція ПБ може бути представлена зміною гіпертрофічних процесів у бронхах на атрофічні з послідовним розвитком катарального інтрамурального деформуючого бронхіту з рубцевою деформацією бронхіального дерева.

Клінічна картина

Початок захворювання зазвичай повільний, поступовий. ПБ є однією з форм первинного хронічного бронхіту. Швидкий розвиток захворювання є маркером несприятливого прогнозу.

ПБ належить до групи професійних захворювань, що пов'язані з впливом виробничого фактора, але не мають специфічної клініки. Для хворих на ПБ типовою є триада скарг: кашель, виділення мокротиння, задишка. На підставі їх наявності, а також результатів проведених рентгенологічних, функціональних і бронхоскопічних досліджень виділяють три стадії ПБ (табл. 2).

Зазначимо деякі загальні тенденції розвитку ПБ. Найбільш частим симптомом ПБ є кашель. У хворих з початковими

Галузь промисловості, виробництва	Професія
Вугільна промисловість	Гірники очисного забою, прохідники, кріпильники, машиністи вугільних комбайнів
Гірничорудна промисловість	Бурильники, прохідники, підривники
Ливарне виробництво	Ливарники, обрубники, формувальники
Зварювання матеріалів	Електро- і газозварники, газорізальники
Металообробка	Шліфувальники, наждачники
Будівельна промисловість	Дробильники, бетонники, бурильники, підривники
Текстильна промисловість і перероблення волокнистих технічних культур	Оператори розрихлювально-тріпальних, чесальних машин та агрегатів, сортувальники сировини, чистильники
Рослинництво	Трактористи, комбайнери та їхні помічники
Тваринництво	Оператори птахофабрик, тваринницьких ферм і комплексів
Виробництво кормів	Оператори, підсобні робітники
Виробництво хлібопродуктів	Оператори елеваторів, дробильники, мельники, засипники, пекарі
Тютюнове виробництво	Сортувальники листового тютюну, машиністи цигаркових машин

Стадія	Клінічна характеристика		Рентгенологічні зміни (ремісія/загострення)	Функціональні зміни (ремісія/загострення)	Бронхоскопія (ремісія/загострення)
	Фаза ремісії	Фаза загострення			
I стадія – легко виражений ПБ (стадія подразнення)	Кашель сухий або з незначним виділенням мокротиння. Короткочасна задишка при інтенсивному фізичному навантаженні. Дихання жорстке, іноді наявні розсіяні поодинокі сухі хрипи	Кашель з виділенням мокротиння, іноді субфебрилітет. Задишка при помірно фізичному навантаженні. Загострення 1-2 р/рік тривалістю 2-3 тиж. Дихання жорстке, розсіяні сухі хрипи	Змін немає / незначне посилення легеневого малюнка	ДН 0 / ДН 0-I	Катаральний, іноді субатрофічний ендобронхіт / посилення ендобронхіту. У БАЛ відмічається зниження кількості клітинних і гуморальних факторів місцевого імунітету
II стадія – ПБ середньої тяжкості (помірно виражений, неускладнений, запалення)	Постійний кашель зі слизовим або слизово-гнійним мокротинням. Задишка при звичайному фізичному навантаженні. Жорстке або ослаблене дихання, розсіяні сухі хрипи	Кашель зі слизово-гнійним або гнійним мокротинням, напади утрудненого дихання, слабкість, пітливість, підвищення температури. Акроціаноз. Сухі і вологі хрипи. Загострення 2-4 р/рік тривалістю 3-4 тиж. У крові – ознаки запальної реакції	Посилення легеневого малюнка, емфізема легень / + перибронхіт	ДН I / ДН II	Дифузний атрофічний ендобронхіт / + ознаки запалення. У БАЛ зберігається зниження кількості клітинних і гуморальних факторів місцевого імунітету, з'являються елементи запалення
III стадія – тяжка форма ПБ (глибокий, ускладнений)	Нестійка, короткочасна. Кашель зі слизово-гнійним мокротинням, задишка при незначному фізичному навантаженні, напади ядухи. Ознаки емфіземи легень. Мозаїчність перкуторного тону й аускультативної картини	Тривалі і часті загострення. Інтенсивний кашель з подовженим видихом. Велика кількість слизово-гнійного мокротиння, яке важко відходити. Виражена задишка у стані спокою, часті напади ядухи. Дифузний ціаноз, пульсація шийних вен. Мозаїчність перкуторного звуку. Сухі і вологі хрипи	Перибронхіт, бронхоектази, емфізема легень, інтерстиціальний фіброз / + виражена емфізема, бронхоектази, легенева серце	ДН II-III / ДН III	Дифузний атрофічний ендобронхіт зі змінами архітекτονіки трахеобронхіального дерева (деформація та зростання дистонії стінки бронхів). У БАЛ виражене пригнічення клітинних і гуморальних факторів місцевого імунітету

Примітки: ДН – дихальна недостатність, БАЛ – бронхоальвеолярний лаваж.

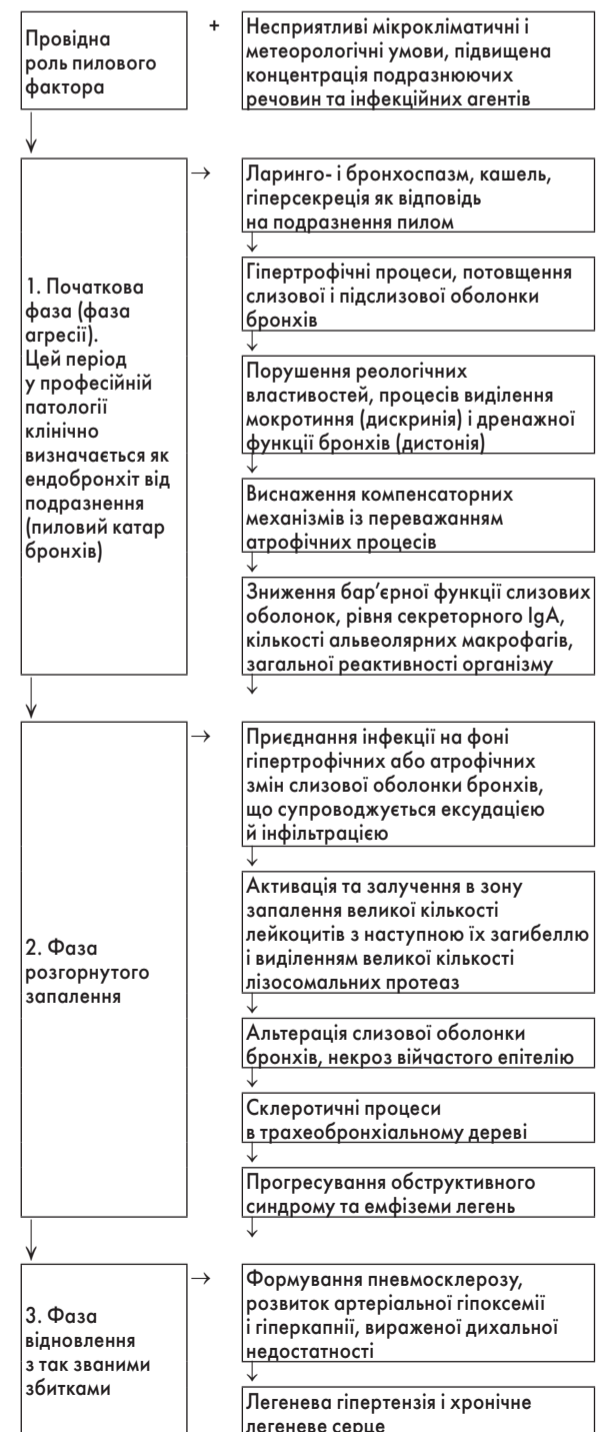


Рисунок. Основні ланки патогенезу ПБ

Таблиця 3. Диференційна діагностика ПБ

Диференційні ознаки	ПБ	ХБ інфекційної етіології
Стаж роботи в умовах запиленості	Більше 7-10 років	Відсутній або менше 5 років
Концентрація пилу	Значно перевищує ГДК	На рівні ГДК
Початок захворювання	Повільний, непомітний, з прогредієнтним перебігом	Гострий (після переохолодження, гострої респіраторної вірусної інфекції, пневмонії тощо)
Кашель	Сухий або з невеликою кількістю слизового мокротиння	З виділенням слизово-гнійного або гнійного мокротиння
Фаза загострення	Слабко виражений запальний процес (відсутність температурної реакції, змін у крові)	Виражений запальний процес (підвищення температури тіла, ознаки запалення з боку крові)
Бронхоскопія	Атрофія слизової оболонки бронхів	Гіпертрофічні, гнійні, фібринозні, виразкові зміни слизової оболонки бронхів
Бронхоектази	Рідко	Часто
Емфізема легень	На ранніх стадіях	Пізнє виникнення
Рентгенологічні зміни	Дифузне посилення легеневого малюнка, базальна емфізема, дифузний пневмосклероз	Локальне (дифузне) посилення легеневого малюнка, груба тяжистість, вогнищевий прикореневий фіброз

проявами ПБ кашель частіше періодичний, при більш виражених стадіях – постійний. Його вираженість залежить і від фази патологічного процесу.

Кашель є основним клінічним симптомом I стадії ПБ. Зазвичай сухий кашель виникає на ранніх стадіях захворювання і згодом трансформується у вологий. Нападоподібний сухий кашель з помірно задишкою вказує на раннє приєднання бронхообструктивного синдрому.

З часом у II стадії на тлі посилення кашлю і продуктивного його компонента можливі також нічні напади утруднення дихання, іноді виникають епізоди ядухи. Захворювання характеризується прогресуванням бронхообструктивного синдрому – зворотного (астматичного) і незворотного (обструктивного) компонента. Задишка прогресує і при загостренні патологічного процесу турбує навіть у стані спокою.

Таким чином, від початку ПБ має всі ознаки обструктивного захворювання. Ступінь обструкції визначається переважно локалізацією ураження (при ПБ – бронхи середнього і дрібного калібру).

Розвиток бронхообструктивного синдрому зумовлений такими причинами, як подразнення слизової оболонки дихальних шляхів пилом з рефлекторним підвищенням активності блукаючого нерва, що проявляється бронхоспазмом; ранні виражені порушення бронхіальної прохідності, що виникають під впливом алергенних властивостей пилу; недостатність фізіологічних механізмів виведення бронхіального секрету, який утворився (дискринія); гіпотонічна дискінезія великих бронхів і трахеї; набряк слизової оболонки бронхів (алергічного або запального характеру); поширення запальних змін на дистальні відділи бронхіального дерева, що супроводжується порушенням продукції поверхнево-активної речовини (сурфактанта); колапс дрібних бронхів на видиху внаслідок втрати легень еластичних властивостей; склеротичні процеси і рубцеве звуження бронхів за рахунок емфіземи та пневмосклерозу.

Клінічні особливості, прогноз і розвиток таких ускладнень ПБ, як емфізема легень, пневмосклероз, хронічне легеневе серце і ДН, багато в чому визначаються порушенням саме бронхіальної прохідності і ступенем розвитку бронхоспазму.

При виражених порушеннях бронхоспастичного (астматичного) характеру ПБ ускладнюється розвитком вторинної БА.

Діагностика

Діагностика ПБ здійснюється у два етапи: встановлення діагнозу ХБ на

підставі результатів обстеження; підтвердження факту професійного захворювання, тобто безпосередньо ПБ.

Зв'язок захворювання з умовами праці та діагноз ПБ встановлюються в разі наявності:

- стажу роботи ≥ 7 років в умовах запиленого повітряного середовища, що перевищує гранично допустимі концентрації (ГДК);
- виписки з амбулаторної карти із зазначенням давності виникнення хвороби, частоти загострень, тривалості перебування на лікарняному за останній рік;
- санітарно-гігієнічної характеристики із зазначенням хімічного складу пилу, його концентрації в робочій зоні, а також тривалості контакту з ним протягом зміни.

При встановленні діагнозу ПБ після припинення роботи в умовах підвищеної запиленості у виписці з амбулаторної карти повинні бути дані про час виникнення хвороби, частоту і тривалість загострень як під час трудової діяльності, так і після припинення контакту з пилом. Встановлення зв'язку захворювання з умовами праці можливе не пізніше ніж через 10 років після припинення контакту зі шкідливим фактором.

Відповідальними за виникнення захворювання варто вважати всі підприємства, на яких умови праці характеризувалися значною запиленістю, що перевищує ГДК у ≥ 2 рази.

Диференційна діагностика

Загалом перебіг ПБ подібний до такого ХБ інфекційної етіології, однак існують певні диференційно-діагностичні критерії (табл. 3), які вказують на ПБ.

Лікування

План лікувальних заходів передбачає:

- нормалізацію умов праці;
- боротьбу зі шкідливими звичками (куріння);
- медикаментозну та немедикаментозну терапію:

- етіологічну (припинення контакту з промисловим пилом та подальше раціональне працевлаштування);
- патогенетичну (муколітики і бронхолітики, протизапальні, десенсибілізуючі й антигістамінні препарати, глюкокортикоїди; інгаляції відвару відхаркувальних трав, протеолітичних ферментів, зволоженого кисню; фізіотерапевтичні методи);

- симптоматичну;
- санаторно-курортне лікування.

Провідним для ПБ є кашель – сухий або з виділенням мокротиння; саме

цей симптом найбільше турбує пацієнтів.

Для пом'якшення клінічної симптоматики в комплексному лікуванні ПБ застосовують препарати з відхаркувальною дією. Їх можна розділити на декілька груп: засоби, що стимулюють відхаркування; муколітичні або секретолітичні препарати; комбіновані медикаменти.

Серед препаратів відхаркувальної дії у випадку ПБ досить ефективними є засоби рослинного походження, що, як правило, виявляють комбінований вплив на дихальну систему.

У лікуванні професійних захворювань органів дихання одним з найбільш відомих представників групи засобів рослинного походження є Проспан («Енгельхард Арцнайміттель ГмБХ & Ко. КГ», Німеччина). Це відхаркувальний препарат, що має комбіновану – бронхолітичну, муколітичну, мукокінетичну, спазмолітичну та легку протикашльову – дію.

Основною основою активного речовини Проспану є стандартизований екстракт з листя плюща в концентрації 5-7,5:1. Препарат випускається у вигляді сиропу (1 мл сиропу містить 7 мг сухого екстракту), шипучих таблеток (1 таблетка Проспану форте містить 65 мг сухого екстракту) та стіків (1 стік, 5 мл розчину, містить 35 мг сухого екстракту).

Проспан знижує в'язкість мокротиння і сприяє його активному відходженню; містить сапоніни – α -гедерин, гердеразид С, гердергенін. Відхаркувальний ефект препарату зумовлений двома механізмами:

- стимуляцією слизової оболонки шлунка шляхом рефлекторної стимуляції слизових залоз бронхів через парасимпатичні сенсорні нервові волокна;

– стимуляцією β_2 -адренорецепторів бронхів α -гедерином із розслабленням м'язового апарату і збільшенням продукції сурфактанта клітинами альвеолярного епітелію II типу.

Профіль безпеки Проспану вивчався в Німеччині, починаючи з 1955 р. Досвід його застосування за більш ніж 50 років використання охоплює понад 250 млн пацієнтів. Доведена клінічна ефективність різних лікарських форм Проспану в комплексній терапії патології легень (гострого і хронічного бронхіту, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), БА). Ці дослідження проводилися за участю дітей і дорослих на фоні прийому антибіотиків, жарознижувальних засобів, нестероїдних протизапальних препаратів та ін. (за необхідності відповідно до перебігу захворювання) як в Україні, так і за кордоном. Єдиною умовою було призначення з групи відхаркувальних засобів лише Проспану (будь-яких аналогів не використовували).

У масштабних рандомізованих подвійних сліпих перехресних дослідженнях, виконаних у Німеччині, відмічався позитивний ефект застосування Проспану у лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ і БА. Так, у хворих на БА після прийому препарату Проспан спостерігалося достовірне покращення бронхіальної провідності (зниження опору потоку, збільшення обсягу газу в легенях та обсягу форсованого видиху за 1-шу секунду, зменшення залишкового обсягу тощо).

Особливо ефективним є препарат у лікуванні кашлю. Багато дослідників відмічають позитивну динаміку в ліквідації

Продовження на стор. 14.

ПРОСПАН®

ПРИРОДА ПРОТИ КАШЛЮ



ГАРАНТОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ УСПІХ широкий спектр доведених фармакологічних ефектів

ПРОСПАН®	АМБРОКСОЛ	АЦЕТИЛЦИСТЕїн
МУКОЛІТИЧНИЙ	✓	✓
МУКОКІНЕТИЧНИЙ	✓	✓
БРОНХОЛІТИЧНИЙ	✓	

Ефективність ПРОСПАНУ за багатьма показниками переважає добре відомі синтетичні препарати*

Виробник: Енгельхард Арцнайміттель ГмБХ і Ко (Німеччина), www.engelhard-am.de

Представництво "Альпен Фарма АГ" (Швейцарія) в Україні: 04075, м. Київ, Пуца-Водич, вул. Лісна, 30 а. Тел.: +38(044) 401 81 03, www.alpenpharma.com

Інформація для фахівців. Реклама лікарського препарату. Перед застосуванням ознайомитися з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці. РС, МОЗ України (сироп) № UA/0672/02/01, РС, МОЗ України (таблетки) № UA/0672/01/01, РС, МОЗ України (розчин) № UA/0672/03/01.

*1. Mansfeld HJ, Hohre H, Regges R. Efficacy of the plant-based expectorant Efferdal (Folium Hederae helices) / MMW - 1998 - T. 140 (3) - S.26-30.

2. Hecker M, Runkel F, Volp A. Behandlung chronischer Bronchitis mit einem Spezialextrakt aus Efeu-Blättern - multizentrische Anwendungsbeobachtung mit 1350 Patienten // Forsch Komp. Klass Nat. - 2002 - Vol. 9 - P.77-84.

Місце препаратів відхаркувальної дії в лікуванні пилового бронхіту

Продовження. Початок на стор. 12.

цього симптому на тлі застосування Проспану, що значно покращує стан пацієнтів.

Використання Проспану в комплексному 7-денному лікуванні 9657 хворих (5181 учасник віком 0-14 років і 4476 дорослих пацієнтів) на гострий бронхіт або ХБ показали високу ефективність і нормальну переносимість (96,6% спостережень) цього препарату. Повна відсутність клінічної симптоматики (зокрема, кашлю, відходження мокротиння, задишки, болі в грудній клітці) встановлена в 95,1% випадків.

Проводилося також 4-тижневе лікування Проспаном 1350 пацієнтів із ХБ. Їх вік варіював у межах від 1 до 98 років (у т. ч. 165 дітей віком ≤12 років). Після завершення терапії відмічалось зникнення низки симптомів, зокрема кашлю (у 92,2% хворих), відходження мокротиння (у 94,2% випадків), задишки (83,1% пацієнтів), болю в грудній клітці (86,9% обстежених).

Слід також відмітити, що більшість досліджень Проспану виконані в педіатричній практиці. Одне з найбільш масштабних випробувань було проведено у 2002 р. за участю 52 478 дітей віком від до 12 років з різними захворюваннями бронхолегеневої системи. Враховуючи те, що ефективність терапії була однаковою у дітей і в дорослих (у випадках, коли проводилися паралельні дослідження),

Вік	Доза	Кратність прийому
Проспан сироп		
Діти з перших днів життя до 6 років	2,5 мл	3 р/день
Діти від 6 до 12 років	5,0 мл	3 р/день
Діти від 12 років і дорослі	5,0-7,5 мл	3 р/день
Проспан форте таблетки шипучі від кашлю		
Діти від 4 до 12 років	0,5 таблетки	3 р/день
Діти від 12 років і дорослі	1 таблетка	2 р/день
Проспан розчин від кашлю у стіках		
Діти від 6 до 12 років	По 1 стіку (5,0 мл)	2 р/день
Діти від 12 років і дорослі	По 1 стіку (5,0 мл)	3 р/день

Стадія	Непрацездатність
I	Тимчасова часткова непрацездатність (профбюлетень). Може продовжити працювати за умови обов'язкового динамічного (щонайменше двічі на рік) лікарського спостереження
II	Стойка часткова непрацездатність (частка (у %) зниження професійної працездатності або III група інвалідності). Можуть бути раціонально працевлаштовані за умов відсутності впливу несприятливих виробничих факторів
III	Стойка часткова або повна (залежно від ступеня ДН) непрацездатність (III чи II група інвалідності)

отримані в педіатричних пацієнтів дані можна певною мірою екстраполювати на дорослу популяцію.

Ці дослідження свідчать про високу ефективність і безпеку лікування бронхолегеневих захворювань із застосуванням Проспану. Препарат може призначатися як нетривалими (7 днів), так і тривалими (4 тиж) курсами.

Особливості застосування різних форм Проспану зазначено в таблиці 4.

У терапії професійних захворювань органів дихання Проспан поки не використовувався, але, враховуючи його позитивний ефект у лікуванні запальної патології дихальних шляхів у дітей і дорослих, вважаємо доцільним провести клінічні дослідження у цьому напрямі.

Експертиза працездатності

ПБ нерідко має тяжкий перебіг і може бути причиною стійкої непрацездатності

хворих. Основні підходи до визначення непрацездатності наведено в таблиці 5.

Профілактика

Профілактика ПБ включає в себе такі заходи:

- інженерні та санітарно-технічні (комплексна механізація, автоматизація, герметизація пилоутворювальних виробничих процесів, вентиляція, зволоження сипучих матеріалів, гідравлічне очищення, вологі способи обробки, застосування кондиціонерів тощо);

- санітарно-гігієнічні (дотримання параметрів гігієнічного нормування);

- медико-біологічні (попередні та періодичні медичні огляди, дотримання здорового способу життя, дихальна гімнастика і спорт, боротьба зі шкідливими звичками (курінням), фізіо-, вітамінотерапія, адаптогени, комплексне оздоровлення в санаторіях, заводських профілакторіях).

Велике значення мають раціональний профвідбір і проведення періодичних медичних оглядів. Відповідно до чинного наказу МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246 промислові аерозолі переважно фіброгенного та змішаного типу дії включено до переліку несприятливих виробничих факторів (п. 3 додатку № 4), у процесі роботи з якими обов'язковими є попередні та періодичні медичні огляди.

Список літератури знаходиться в редакції.



ПРОСПАН®

ОБИРАЙ Свій

- Розріджує мокротиння
- Сприяє його виведенню
- Розширює бронхи

Оригінальний бренд з найбільшою кількістю міжнародних досліджень та доказаною ефективністю і безпечністю. Проспан має найбільшу концентрацію біологічно активних речовин*.

Проспан	Концентрація ДР	Дозування	Вистачить для лікування		Перевага даних форм випуску
			дорослого на:	дитини на:	
Сироп 100, 200 мл	7 мг/1 мл	0 - 6 років: 2,5 мл х 3 рази/добу 6 - 10 років: 5 мл х 3 рази/добу з 12 років: 5 мл х 3 рази/добу	7 днів	13,3 днів	1) Дозволений до застосування: • дітям з народження • вагітним • пацієнтам з цукровим діабетом 2) Економічна упаковка
Розчин 5 мл №21	1 стік = 35 мг	6 - 12 років: 1 стік х 2 рази/добу з 12 років: 1 стік х 3 рази/добу	7 днів	10,5 днів	1) Розчин готовий до прийому Зручно брати в: • нишено • на роботу • гаманець • дитячий садок • дорожку 2) Можна купувати поштучно
Краплі 20 мл	20 мг/1 мл (30 кр.)	1 - 4 років: 12 кр. х 3 рази/добу 4 - 10 років: 16 кр. х 3 рази/добу з 10 років: 24 кр. х 3 рази/добу	8,3 днів	13,3 днів	Висока біодоступність діючої речовини
Таблетки форте в саше №10	65 мг/таб.	6 - 12 років: ½ таб. х 3 рази/добу з 12 років: 1 таб х 2 рази/добу	5 днів	10 днів	1) Найбільша концентрація діючої речовини 2) Зручне дозування
Пастилки №20	26 мг/пас.	6 - 12 років: 1 таб. х 2 рази/добу з 12 років: 1 таб. х 4 рази/добу	5 днів	10 днів	1) Для тих, хто любить таблетовані форми 2) Повільне вивільнення діючої речовини – довготривала та рівномірна дія протягом дня

Представництво «Альпен Фарма АГ» (Швейцарія) в Україні: 04075, м. Київ, Пуца-Водиця, вул. Лісна, 30-А, тел.: +38 (044) 401 81 03, www.alpenpharma.com.
 * Monographs: Commission E of the former BGA and now BfArM; Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC); European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP).
 Інформація для спеціалістів. Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією. Зберігати в місцях недоступних для дітей. Проспан сироп РП № UA/0672/02/01 від 20.04.2012. Проспан форте таблетки шипучі (саше) РП № UA/12942/01/01 від 08.05.2014. Проспан розчин РП № UA/0672/03/01 від 19.05.2015. Проспан краплі РП № UA/0672/04/01 від 17.10.2014. Проспан пастилки РП № UA/0672/05/01 від 20.11.2014.

Фитониринговый менеджмент острых респираторных инфекций у детей

О целебных свойствах лекарственных растений человечеству известно с незапамятных времен. В процессе эволюции медицины и фармацевтики препараты на растительной основе то удерживали пальму первенства, то уступали лидерство в схемах лечения химически синтезированным веществам. В настоящее время удалось достичь оптимального баланса: фитокомплексы, усовершенствованные по форме и содержанию активных ингредиентов, не противопоставляются стандартной терапии, а дополняют ее, значительно улучшая общую эффективность лечения.

Особые преимущества растительные средства обеспечивают при ведении пациентов из групп повышенного риска, к которым, в частности, относятся дети. Возможностям оптимизации подходов к терапии острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей с помощью фитопрепаратов был посвящен круглый стол, участие в котором приняли заведующий кафедрой педиатрии I и медицинской генетики ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Александр Евгеньевич Абатуров; профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук Сергей Петрович Кривоустов и заведующая кафедрой педиатрии № 2 ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко.

? Дети нередко страдают острыми инфекциями верхних дыхательных путей, которые обычно вызываются разнообразными вирусами. Заболевание чаще всего начинается с насморка. При лечении ребенка в таких случаях широко применяют фитотерапию, желая получить необходимый эффект от максимально безопасных лекарств. Насколько обоснованным, с Вашей точки зрения, является использование при первых проявлениях острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) какого-либо из средств фитотерапии?

Профессор С.П. Кривоустов. В самом начале острого вирусного воспалительного процесса можно, а главное, нужно использовать противовирусные и противовоспалительные возможности фитотерапии. К растительным лекарственным средствам с доказанной эффективностью относится фитониринговый препарат Синупрет®. Он содержит стандартизованные по содержанию ключевых биологически активных веществ компоненты частей лекарственных растений: корня горечавки, цветков первоцвета с чашечкой, травы шавеля, цветков бузины черной и травы вербены. Несмотря на то что влияние отдельных действующих веществ в составе этого пятикомпонентного растительного средства давно изучено, хочу особо подчеркнуть комплексную активность фитопрепарата Синупрет® в случае вирусной инфекции и вызванного ею воспаления. В частности, широко известны научные исследования, подтверждающие дозозависимый противовирусный эффект в отношении риновируса (самого частого этиологического

фактора острого вирусного ринита, риносинусита), респираторно-синцитиального вируса, аденовируса, гриппа. Установлено противовоспалительное действие Синупрета, причем как *in vivo*, так и *in vitro*. При этом, что особенно важно, воспаление как естественная защита не блокируется полностью, а лишь подавляется избыточная воспалительная реакция.

Безусловно, инфекции верхних дыхательных путей у детей обычно начинаются с насморка, воспаления слизистой оболочки носа. Под влиянием Синупрета уменьшается отек слизистой оболочки носа в наиболее узкой области передних отделов среднего носового хода, так называемого остиематального комплекса, что важно при рассмотрении вопроса дренажной функции околоносовых пазух. Восстанавливается работа мукоцилиарного транспорта — важнейшего механизма функционирования носовой полости, активность которого возможна только при нормальных реологических характеристиках назального секрета. В рамках современной терминологии у ребенка внезапное появление на фоне ОРИ заложенности носа и бесцветных выделений из носа или кашля продолжительностью до 10 дней при условии отсутствия ухудшения симптомов после 5-го дня от начала заболевания соответствует диагнозу острого вирусного риносинусита. Таким образом, в этиологической и патогенетической стратегии лечения острого вирусного риносинусита с первого дня заболевания ведущее место принадлежит Синупрету как средству фитотерапии с доказанной эффективностью.

? Да, но при этом нередко в патологический процесс вовлекается и задняя стенка глотки, то есть имеет место не только вирусный ринит (риносинусит), но и ринофарингит (назофарингит). Кроме того, в современной литературе принято объединять острый фарингит и острый тонзиллит и обозначать воспаление небных миндалин и слизистой оболочки глотки как острый тонзиллофарингит, в данном случае вирусный. Как бы там ни было, у ребенка с инфекцией верхних дыхательных путей возникает такая клиническая проблема как боль в горле. Каковы Ваши рекомендации в этой ситуации?

Профессор Т.А. Крючко. Заболевание ротоглотки (острый фарингит, тонзиллит, тонзиллофарингит) — одна из наиболее частых нозологий, с которой приходится сталкиваться врачам первого контакта, особенно в осенне-зимний период. Безусловно, чаще эти диагнозы обусловлены вирусными

возбудителями, но даже бактериальная этиология неосложненного фарингита не всегда требует системного назначения антибиотиков. Поэтому предпочтение следует отдавать местной терапии, средствам патогенетического и симптоматического действия. Это, в частности, фитониринговый комплексный препарат Тонзипрет®. Основная жалоба пациентов — боль в горле — обуславливает необходимость назначения средства с выраженным обезболивающим действием. Тонзипрет® обладает эффектом быстрого купирования болевого синдрома в горле, и в то же время это препарат патогенетической терапии. Чрезвычайно важно отметить, что Тонзипрет® проявляет доказанное противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. И конечно же, немаловажным фактом является безопасность данного растительного препарата (он разрешен к применению у детей с первого года жизни), что обязательно должно учитываться при ведении пациентов, особенно в педиатрии.

? В народе говорят, что насморк проходит за 7 дней. С позиций современного европейского согласительного документа по риносинуситам EPOS 2012 простуда (острый вирусный риносинусит), как правило, длится до 10 дней. Что Вы дополнительно порекомендуете детям, у которых симптомы сохраняются дольше указанного периода, что характерно для так называемого острого поствирусного риносинусита?

Профессор С.П. Кривоустов. При сохранении симптомов острого риносинусита у ребенка более 10 дней или же при усилении симптомов заболевания после 5-го дня от начала болезни речь идет об остром поствирусном риносинусите. Закономерно, что врач ищет дополнительные инструменты в решении данной клинической проблемы, в том числе в области фитотерапии, хочет усилить неспецифическую иммунную защиту ребенка. Но я бы акцентировал внимание на другом. Прежде всего нужно продолжить прием комплексного пятикомпонентного фитопрепарата Синупрет®. Особенно важны его противовоспалительная активность, секретолитическое, секретомоторное и иммуномодулирующее действие. Нужно использовать терапевтическую возможность Синупрета положительно влиять на воспаление, экссудацию, повышать активность реснитчатого эпителия, нормализовывать вязкость слизи, ускорять эвакуацию секрета, восстанавливать дренаж и вентиляцию околоносовых пазух.



А.Е. Абатуров

С.П. Кривоустов

Т.А. Крючко

Кроме того, хочу подчеркнуть, что острый поствирусный риносинусит протекает по-разному. Его вариантом, как известно, является острый бактериальный риносинусит. Врачу необходимо обращать внимание на наличие таких симптомов, как выделения (больше с одной стороны), гнойный секрет в полости носа; выраженная боль в области лица (преимущественно с одной стороны); лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$; повышение СОЭ / уровня С-реактивного белка; наличие «двух волн», то есть ухудшение состояния после исходно более легкой фазы заболевания. Острый бактериальный риносинусит развивается в небольшом количестве случаев у детей с острым риносинуситом, но он чреват грозными осложнениями. Поэтому обязательны консультация оториноларинголога и последующее соответствующее лечение.

Профессор А.Е. Абатуров. При ОРИ возможно развитие патогенассоциированных нарушений иммунной системы. В связи с этим при лечении ОРИ, особенно в случаях затяжного течения, рекомендуется использовать Имупрет®, который оказывает действие как на врожденный (механизмы естественной цитотоксической активности, фагоцитоза, продукцию антимикробных пептидов), так и на адаптивный иммунитет (образование антител). Также показана эффективность препарата при назначении с первых дней вирусассоциированных инфекций за счет эффективного непосредственного противовирусного действия и повышения активности фагоцитоза более чем в 2 раза. Назначение Имупрета сопровождается стимуляцией синтеза интерлейкина-6, играющего существенную роль в процессе матурации В-клеток и синтеза IgA. Применение Имупрета стимулирует продукцию интерферона α и γ , повышает уровень IgG в сыворотке крови, вызывает достоверное увеличение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов. Препарат Имупрет® оказывает выраженное противовоспалительное действие и имеет антиоксидантный эффект. Назначение этого препарата во время ОРИ особенно показано детям с хроническими очагами инфекции.

? Имупрет® помогает справиться с затяжным, если так можно сказать, течением ОРИ. А есть дети, которые вроде бы и выздоровели довольно

быстро, но потом пойдут в детский коллектив или переохладятся, а результатом будет новый эпизод ОРВИ. И такие эпизоды, с точки зрения родителей, слишком часты на протяжении года, например более 8 раз, хотя цифра не догматична. Что можно рекомендовать для контингента часто болеющих детей?

Профессор А.Е. Абатуров. Препарат выбора для медикаментозной профилактической терапии у данных детей может быть Имупрет®. В частности, профессор О.А. Цодикова на основании изучения клинической эффективности препарата Имупрет® у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями показала, что в течение 9 мес после курса лечения данным фитокомплексом отмечалось достоверное повышение резистентности организма к респираторным агентам, которое проявилось в снижении частоты эпизодов ОРВИ, уменьшении длительности респираторных эпизодов и вероятности развития осложнений. Данные исследования М. Риммеле свидетельствуют о том, что профилактический эффект применения препарата Имупрет® в течение 25 дней сопоставим с таковым при проведении противогриппозной вакцинации с использованием трехвалентной субъединичной вакцины, прошедшей сезонную актуализацию.

Представляет интерес и работа профессора Парамоновой (г. Минск, Республика Беларусь), которая анализировала изменение статуса здоровья часто и длительно болеющих детей в зависимости от числа курсов иммунореабилитации препаратом Имупрет® в течение года. Аналогично данным других исследований, автором было показано, что частота и длительность ОРВИ на протяжении года уменьшаются уже после 1-го курса иммунореабилитации, но максимальный эффект был достигнут в группе детей, получивших в течение года 3 курса терапии препаратом Имупрет®. В этой группе частота и длительность эпизодов ОРВИ были сопоставимыми с соответствующими показателями у здоровых детей. Разумеется, эти данные нуждаются в дальнейшем изучении, но они демонстрируют, что при проведении иммунотерапии с включением препарата Имупрет® должен использоваться системный подход.

? Насморк – наиболее частое проявление ОРВИ, и лечат его, как правило, педиатры и семейные врачи. Лишь небольшая доля детей нуждаются в консультации специалиста в области оториноларингологии. Поэтому Ваши рекомендации мы адресуем прежде всего врачам первого контакта, которые работают на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи детям. Нередко при этом возникает и другая проблема – кашель. Какими возможностями современная фитотерапия с доказанной эффективностью располагает в данной сфере?

Профессор Т.А. Крючко. В эпидемический период с симптомом кашля на прием в поликлинику приходит каждый 3-й ребенок. Кашель может быть острым и хроническим, а причины, его обуславливающие, – самыми разнообразными. Острые вирусные заболевания – одна из наиболее частых причин кашля, но, прежде чем назначить терапию, врачу всегда приходится использовать

дифференциально-диагностический алгоритм. В протоколах ведения детей с бронхитами рекомендуется использование растительных муколитиков. Бронхипрет® – один из наиболее часто назначаемых препаратов данной группы. Это современный фитониринговый препарат с доказанным профилем эффективности и безопасности, представленный в форме сиропа, капель и таблеток. Проведенные исследования демонстрируют его эффективность в сравнении с химически синтезированными, а по показателям безопасности он превосходит таковые. Учитывая вышеизложенное, понятно, почему педиатры, имея в арсенале фитопрепараты с доказанной эффективностью и безопасностью, отдают предпочтение именно им.

? Таким образом, мы видим точку приложения современных фитониринговых препаратов – Синупрета, Тонзипрета, Бронхипрета и Имупрета – в лечении ребенка с ОРВИ.

Профессор С.П. Кривоустов. Безусловно, в педиатрии обоснованно широко используются лекарственные растения. Яркий пример – фитониринговые комплексные препараты с доказанной эффективностью. Синупрет® целесообразно применять в самом начале ОРВИ у ребенка, когда имеют место симптомы острого вирусного риносинусита. При боли в горле на фоне ОРВИ, остром фарингите (тонзиллофарингите) в схему лечения добавляют Тонзипрет®. При инфекции верхних и нижних дыхательных путей,

сопровождаясь образованием мокроты и кашлем, используют Бронхипрет®. Также при обсуждении была показана терапевтическая и профилактическая роль Имупрета.

Профессор А.Е. Абатуров. Необходимо подчеркнуть клиническое значение фитоиммунопрепаратов как в лечении, так и в профилактике острых и рецидивирующих заболеваний респираторного тракта, занимающих ведущее место в структуре инфекционной и соматической патологии у детей.

3



Bionorica®

Нежить? Синусит?

Синупрет®




-  усуває нежить¹
-  полегшує носове дихання²
-  запобігає ускладненням³



Розкриваючи силу рослин

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 24.07.15. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 24.07.15. **Синупрет® краплі:** Р.П. №UA/4373/02/01 від 18.05.11. **Синупрет® таблетки:** Р.П. №UA/4373/01/01 від 20.04.11.

ТОВ «Біоноріка», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.
Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Грип і застуда у дітей: як полегшити кашель і прискорити одужання?

Кашель – це захисний рефлекс організму, що забезпечує чистоту слизової оболонки дихальних шляхів. У більшості випадків кашель пов'язаний з гострими респіраторними інфекціями (застудою). Хоча його основна фізіологічна функція – захисна (відновлення прохідності дихальних шляхів і мукоциліарного кліренсу), тривалі напади кашлю можуть набути патологічного значення, викликаючи в організмі дитини цілу низку ускладнень.

Офіційні рекомендації щодо ведення дітей із кашлем

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, кашель належить до рубрики «R00-R09. Симптоми та ознаки, що відносяться до серцево-судинної системи та системи органів дихання» з шифром «R05 – Кашель».

Згідно з рекомендаціями Європейського респіраторного товариства (European Respiratory Society, ERS) та Американської колегії торакальних лікарів (American College of Chest Physicians, ACCP) під хронічним кашлем у дорослих пацієнтів слід розуміти кашель тривалістю >8 тиж, гострим – <3 тиж, а кашель тривалістю від 3 до 8 тиж прийнято називати підгострим. До теперішнього часу єдиного підходу до визначення хронічного кашлю у дітей не існує. У рекомендаціях ACCP, Австралії, Нової Зеландії, Фінляндії та у багатьох інших публікаціях на цю тему для дітей прийнятий менший поріг тривалості для хронічного кашлю – 4 тиж. Причому якщо в рекомендаціях ERS немає окремої вказівки на відмінності в часовому інтервалі для хронічного кашлю у дітей і дорослих, то в рекомендаціях ACCP зазначений поріг (>4 тиж) пропонується використовувати у дітей віком до 14 років включно, а підлітки старше 14 років повинні лікуватися за «дорослим» протоколом.

8 червня 2015 р. був прийнятий наказ Міністерства охорони здоров'я України № 327, що затвердив Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Кашель у дітей віком від шести років». Згідно з цим протоколом, у дитини з кашлем лікар має виключити невідкладні стани, що супроводжуються кашлем; органічні причини захворювання; визначити тривалість кашлю та топіку ураження. Крім того, необхідно встановити, чи потребує дитина госпіталізації в той момент. Лікар повинен зважено підходити до вибору між ґрунтовним обстеженням пацієнта та своєчасним лікуванням. Ґрунтовне обстеження може втратити сенс через природний перебіг хвороби – час на природне (без медичного втручання) одужання буде коротшим, ніж час на ґрунтовне обстеження. Інколи залежно від клінічної ситуації слід надавати перевагу пробному лікуванню за умови, що діагноз у той момент з певних причин встановити неможливо.

Клініцист не повинен призначати лікарські засоби без доведеної ефективності. Батькам слід надати інформацію щодо безрецептурних лікарських засобів від кашлю, небезпечності лікування дитини за порадами інтернет-ресурсів, природного перебігу (перебіг без медичного втручання) кашлю при певному топічному діагнозі та можливого розвитку ускладнень, негативного впливу тютюнового диму на здоров'я дитини, зокрема на кашель.

Зазначений український протокол щодо ведення дітей із кашлем ґрунтується на рекомендаціях Британського торакального товариства (British Thoracic Society, BTS) 2008 р. Автори цих рекомендацій підкреслюють, що за наявності гострого кашлю антибіотики, як правило, не ефективні та не повинні призначатися для лікування гострого кашлю, викликаного звичайною застудою. У разі гострого кашлю при таких захворюваннях, як позалікарняна пневмонія, круп, бронхіоліт та бронхіальна астма, слід дотримуватися чинних рекомендацій, розроблених на основі даних доказової медицини. При коклюші слід призначати ранню терапію макролідними антибіотиками. У разі наявності кашлю алергічної етіології у дітей у сезон пилкування доцільним є застосування антигістамінних препаратів та інтраназальних кортикостероїдів. За потреби призначення засобів для лікування кашлю у дітей застосовують ненаркотичні препарати. Популярність рослинних засобів, таких як сироп кореня солодки, зумовлена їх універсальністю (заспокоюють як сухий, так і вологий кашель) та безпечністю (прийом у призначених дозах зазвичай не викликає побічних реакцій). Ці препарати розріджують мокротиння, сприяють зменшенню вираженості запалення слизових оболонок дихальних шляхів і подразнювальної дії на бронхи.

Особливості ведення дітей із кашлем

Слід зауважити, що відходження мокротиння у дітей відбувається важче, ніж у дорослих. Застій слизу в бронхах може призвести до появи вогнищ запалення, в яких накопичуються хвороботворні бактерії. Це може призвести до небезпечних ускладнень і затримати процес реабілітації. Саме тому одним із найважливіших завдань при лікуванні кашлю стає полегшення відходження мокротиння. Лікування передбачає використання муколітичних препаратів, які можна розділити на 2 групи: рослинні і синтетичні. Однією з переваг рослинних препаратів є біологічна спорідненість між активними речовинами рослин і фізіологічно активними речовинами організму. Серед великої кількості рослинних лікарських засобів особливої уваги завдяки своїм унікальним протизапальним та муколітичним властивостям заслуговує сироп кореня солодки.

NB! Мета фармакологічного впливу при продуктивному кашлі – знизити в'язкість мокротиння та полегшити його відходження. Не варто самостійно (без консультації лікаря) приймати протикашльові препарати, що погіршують евакуацію респіраторного секрету, особливо на ранніх стадіях захворювання. Полегшити стан дитини і швидше одужати допоможе сироп кореня солодки.

На сьогодні препаратом солодки, який ефективно застосовується при кашлі у дітей віком від 1 року, є сироп кореня солодки із серії «Ліки ведмедика БО» виробництва ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ». Сиropи кореня солодки інших виробників дозволені до застосування у дітей лише з 12-річного віку.

За рекомендацією науково-дослідної лабораторії ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» у 2012 р. значно змінив технологію виробництва цього препарату, що дало можливість оптимізувати його склад (виключити етиловий спирт зі складу сиропу) і зробити більш безпечним для дітей раннього віку. Завдяки цим змінам сироп кореня солодки, що володіє унікальними протизапальними властивостями, може застосовуватися у дітей віком від 1 року.

3 вересня 2015 р. при виготовленні препарату використовується сухий екстракт кореня солодки власного виробництва (ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»), процес отримання сировини дає змогу уникнути карамелізації цукрових речовин солодки і максимально зберегти біологічно активні речовини в незміненому природному вигляді, забезпечуючи відсутність нехарактерного карамельного смаку. Отриманий сухий екстракт має високу ступінь чистоти і високий вміст 18β-гліциризинової кислоти, яка є активним компонентом екстракту та забезпечує фармакологічну ефективність сиропу.

Назва солодки *Glycyrrhiza* в перекладі з грецької означає «солодкий корінь». Терапевтичне використання солодки сягає часів Римської імперії. Грецький лікар Гіппократ (460 р. до н.е.) і ботанік Теофраст (371 р. до н.е.) звеличували якості солодки, римський натураліст Пліній Старший (23 р. н.е.) рекомендував її використовувати як відхаркувальний і вітрогінний засіб. У китайській медицині солодка також посідає важливе місце. На сьогодні корінь солодки широко застосовується в медицині і харчовій промисловості багатьох країн світу, у тому числі в країнах Європейського союзу та США.

Коріння і кореневища солодки містять гліциризин – калієву та кальцієву солі гліциризинової кислоти. Також у цій рослині виявлено 27 різних флавоноїдів (ліквіритин, ізоліквіритин, лакризид та ін.), аскорбінову кислоту, ефірні олії, камеді, смоли, аспарагін. Завдяки вмісту великої кількості біологічно активних речовин солодка забезпечує комплексний терапевтичний ефект при лікуванні захворювань верхніх дихальних шляхів, що супроводжуються кашлем та утрудненим відходженням мокротиння, таким чином допомагаючи подолати недугу.

Основні фармакологічні властивості сиропу кореня солодки

- Гліциризинова кислота і сапоніни мають відхаркувальну дію, при цьому підвищуючи секрецію бронхіальних залоз та посилюючи рухову активність миготливого епітелію в трахеї і бронхах. Розрідження мокротиння і полегшення його елімінації з дихальних шляхів перешкоджають запаленню.

- Завдяки флавоноїдним сполукам, які чинять спазмолітичну дію на непосмуговані м'язи бронхів, покращується прохідність дихальних шляхів, полегшується дихання та відкашлювання.

- Завдяки вмісту речовин, близьких за своєю будовою і дією до стероїдних гормонів, які виробляються кірковим шаром надниркових залоз, солодка має виражені проти-запальні властивості, що дозволяє відновити функціонування клітини шляхом нормалізації проникності судинної стінки і зменшення вивільнення медіаторів запалення.

NB! Завдяки комплексному фармакологічному впливу сироп кореня солодки із серії «Ліки ведмедика БО» є ефективним і безпечним лікарським засобом, що дає можливість полегшити кашель у дитини і прискорити її одужання.

Сироп кореня солодки: нові дані про антибактеріальні і протівірусні властивості

У багатьох дослідженнях було продемонстровано, що серед біологічно активних речовин солодки 2 терпеноїда (гліциризин і 18β-гліциризинова кислота) мають виражені протівірусні властивості (Matsumoto Y. et al., 2013; Wang J.J. et al., 2013; Yeh C.F. et al., 2013). Потенційні механізми впливу на респіраторні вірусні інфекції представлені в таблиці. Важливо, що протівірусні ефекти гліциризину відносно вірусу грипу і респіраторно-синцитіального вірусу проявляються в концентрації 100 нг/мл, яка легко досягається при прийомі екстракту кореня солодки в терапевтичних дозах. Результати дослідження V.S. Smirnov та співавт. (2012) показали, що екстракт кореня солодки є перспективним не лише в профілактиці, а й у лікуванні грипу.

Екстракт кореня солодки також володіє вираженими антибактеріальними властивостями відносно грампозитивних і грамнегативних бактерій – *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus subtilis* та ін. (Long D.R. et al., 2013; Awandkar S.P. et al., 2012; Yoshida T. et al., 2010; Irani M. et al., 2010). У дослідженні D.R. Long та співавт. було продемонстровано, що 18β-гліциризинова кислота проявляє бактерицидну активність відносно метицилінрезистентного *S. aureus*, знижуючи експресію основних генів вірулентності *SaeR* та *Hla*.

Результати наведених досліджень свідчать про те, що у дітей з кашлем, викликаним грипом та іншими гострими респіраторними вірусними захворюваннями, екстракт кореня солодки завдяки своїм протимікробним властивостям може додатково сприяти одужанню і запобігти бактеріальним ускладненням.

Таблиця. Механізми протівірусної активності гліциризину та гліциризинової кислоти щодо вірусу грипу і респіраторно-синцитіального вірусу	
Механізм дії	Віруси
Зниження H5N1-індукованої продукції хемокінів CXCL10 і CCL5, інтерлейкіну-6 і пригнічення H5N1-індукованого апоптозу	Вірус пташиного грипу (H5N1)
Зниження зв'язування амфотерину (HMGB1) з ДНК, інгібування активності полімерази вірусу грипу	Інші підтипи вірусу грипу
Попередження прикріплення та інтерналізації вірусу, стимуляція секреції інтерферону	Респіраторно-синцитіальний вірус людини (HRSV)

Ураховуючи актуальність проблеми кашлю у дітей у контексті теперішньої епідемічної ситуації щодо грипу, медичний портал «Здоров'я України» www.health-ua.com підготував цикл публікацій, в якому буде розглянуто останні міжнародні та українські рекомендації з діагностики і лікування кашлю у дітей, проведено порівняльний аналіз ефективності та безпечності для застосування у педіатричній практиці. Також запрошуємо лікарів поділитися власним досвідом ведення дітей із кашлем. Найцікавіші випадки з клінічної практики можна надсилати на електронну адресу infomedia@health-ua.com. За вашої згоди вони можуть бути розміщені в «Медичній газеті «Здоров'я України» і на порталі www.health-ua.com.

Підготував **Олексій Терещенко**



СОЛОДКИ КОРЕНЯ СИРОП

ліки Ведмедика БО



- ПОЛЕГШУЄ КАШЕЛЬ ТА ВІДХОДЖЕННЯ МОКРОТИННЯ
- ДЛЯ ДІТЕЙ ВІД 1 РОКУ ТА ДОРΟΣЛИХ
- ЄДИНИЙ БЕЗ СПИРТУ*

*ЄДИНИЙ В ЗАРЕЄСТРОВАНІХ СИРОПІВ КОРЕНЮ СОЛОДКИ В УКРАЇНІ (НА 1.09.2015) НЕ МІСТИТЬ СПИРТУ ТА ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ДІТЕЙ ВЖЕ ВІД 1 РОКУ

www.vedmedikBo.com.ua

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

СОЛОДКИ КОРЕНЯ СИРОП. Фармакотерапевтична група. Препарати, що застосовуються при кашлі та застудних захворюваннях. Відхаркувальні засоби. Код АТХ R05C A. **Склад:** 5 мл сиропу містить солодки кореня екстракту сухого – 250 мг. Сироп кореня солодки має відхаркувальну дію. Стимулює активність війчастого епітелію трахеї та бронхів, посилює секреторну функцію слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. Проявляє спазмолітичну дію на гладенькі м'язи дихальних шляхів та протизапальний (кортикостероїдоподібний) ефект. **Показання.** Кашель та утруднене відходження мокротиння у складі комплексної терапії інфекційно-запальних захворювань дихальних шляхів (хронічні та гострі бронхіти, бронхопневмонія, бронхоектатична хвороба). **Протипоказання.** Індивідуальна підвищена чутливість, порушення функції печінки та нирок, гіпокаліємія; артеріальна гіпертензія, тяжка ступінь ожиріння, період вагітності або годування груддю.

Спосіб застосування та дози. Препарат призначають дітям віком від 1 року та дорослим. Приймати згідно інструкції з медичного застосування. **Побічні реакції.** Можливі алергічні реакції. При тривалому застосуванні у надмірних дозах може виникнути порушення водно-електролітного балансу і призвести до утворення набряків, розвитку гіпокаліємії. **Упаковка.** По 100 г у флаконах та пачці разом з ложкою дозувальною. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску:** без рецепта.

Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування. Р. П. МОЗ України № UA/3359/01/01 від 07.07.2015.

Виробник:
ПАТ НВЦ «Борщягівський ХФЗ»,
03680 Україна, м. Київ-134,
вул. Миру, 17. Тел.: 044 205-41-23

БХФЗ  БСРР
www.bcpr.com.ua

Актуальные вопросы травматологии

По итогам научно-практической сессии «Внедрение научных разработок в практику здравоохранения – 2015»

18-19 декабря 2015 г. на базе Национального военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» Министерства обороны (НВМКЦ ГВКГ МО) Украины (г. Киев) состоялась ежегодная научно-практическая сессия «Внедрение научных разработок в практику здравоохранения». Мероприятие было организовано сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца совместно со специалистами из ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», Ассоциации ортопедов-травматологов г. Киева и Киевской области, Военно-медицинской академии МО Украины. Спонсором сессии выступил один из лидеров среди национальных фармпроизводителей – ПАО «Фитофарм».



Последние 2 года украинским травматологам приходится сталкиваться с большим количеством травм, не характерных для мирного времени. В связи с этим ключевые вопросы форума касались оказания травматологической помощи всех уровней военнослужащим и пострадавшим в зоне АТО. На протяжении двух сессионных дней ведущие ортопеды-травматологи страны делились с коллегами опытом и обсуждали новейшие медицинские разработки в отрасли. В мероприятии, организованном в формате пленарных заседаний, приняло участие более 250 слушателей из всех регионов Украины. В рамках сессии было представлено свыше 30 устных докладов и почти столько же стендовых презентаций, проведены многочисленные мастер-классы.

С приветственным словом к аудитории обратились заместитель главы Комитета Верховной Рады по вопросам здравоохранения Ирина Владимировна Сысенко; генерал-майор медицинской службы Игорь Анатольевич Лурия; директор ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», академик НАМН Украины, профессор Георгий Васильевич Гайко; начальник НВМКЦ ГВКГ МО Украины, генерал-майор медицинской службы Анатолий Петрович Казимирчук; начальник Украинской военно-медицинской академии МО Украины, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Валерий Леонидович Савицкий; главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Ортопедия и травматология», заместитель директора ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины» по научной работе, доктор медицинских наук, профессор Сергей Семенович Страфун.



Практическую часть конференции открыл заведующий кафедрой травматологии и ортопедии НМУ им. А. А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Александр Анатольевич Бурьянов, доклад которого был посвящен вопросам реабилитации пациентов травматологического профиля.

– Реабилитация – общемедицинское понятие, в широком смысле означающее «восстановление». В условиях массовых катастроф (военных действий и т. п.) ее роль значительно увеличивается, что требует неукоснительного следования принципам этапности. Ведь это не просто финальный этап лечения, для которого нужны лишь специализированные учреждения и четкие программы, но также комплекс социальных мер, направленных на восстановление трудоспособности перенесшего травму человека и его полноценную интеграцию в общество.

В лечении пациента с травмой главными задачами врача являются своевременное обеспечение компенсации нарушенных функций при условии верификации обоснованного диагноза в раннем периоде

и определение научно-обоснованной тактики восстановительной терапии. Процесс компенсаторных приспособлений до полного восстановления нарушенных функций (по П. К. Анохину) предполагает следующие этапы: сигнализация в ЦНС; включение соответствующих рабочих комплексов, обеспечивающих максимальные возможности восстановления нарушенных функций; завершение процессов компенсации, закрепляемых организмом и сопровождающихся достижением максимального приспособительного эффекта. На практике это выглядит следующим образом. Так называемый вход системы – первичная цепь оказания медицинской помощи, в ходе которого осуществляется синтез информации, включающий эфферентацию и доминирующую мотивацию. После назначения терапии пострадавшие направляются в специализированные медицинские учреждения, на этом этапе проводятся диспансеризация и восстановительное лечение. При прогнозировании осложненного течения или высоком риске прогрессирования болезни (последствий травмы) больных госпитализируют в специализированные центры, при этом реализуется комплексная диагностическая программа, направленная на определение формы, степени тяжести, характера течения заболевания. Важным этапом является пребывание в отделении восстановительного лечения (центр реабилитации). Руководить терапевтическим процессом должен ортопед-травматолог (реабилитолог), при необходимости привлекающий на различных этапах специалистов других профилей. Единство и эффективность средств и систем реабилитации обеспечиваются при соблюдении следующих основополагающих принципов: преемственность, непрерывность и последовательность мер; комплексность и индивидуальный подход; активное влияние на личность пациента с целью формирования положительной трудовой установки.

В Украине сегодня существует множество проблем, связанных с восстановительными мероприятиями у травматологических больных. С целью улучшения ситуации необходимы усовершенствование методологии реабилитации в соответствии с профильным законом, осознание каждым специалистом степени важности социального фактора для дальнейшей жизни и трудоустройства пострадавших, комплексная работа ортопедов, протезистов, реабилитологов, психологов и т. д., создание координационного совета по вопросам протезирования с целью упрощения процедуры и индивидуального подхода в каждом конкретном случае, а также организация людям с ограниченными возможностями адекватных условий жизни с обеспечением равных возможностей.

В докладе коллектива авторов (доктор медицинских наук, профессор И. П. Хоменко, доктор медицинских наук И. С. Савка, кандидат медицинских наук Ю. О. Ярмлюк и др.) поднимался вопрос восстановительного лечения пострадавших с множественными переломами длинных костей.

– Частота таких переломов колеблется в пределах 24,1-36,9% от общего количества подобных травм. Среди всех огнестрельных переломов конечностей за время АТО множественные переломы составляют 26,4%, причем 70% пострадавших – люди трудоспособного возраста. При этом неудовлетворительные функциональные результаты лечения могут быть получены у 68,4% таких пациентов.

На базе НВМКЦ ГВКГ МО Украины в 2007-2015 гг. была изучена эффективность этапного лечения травмированных. Под наблюдением находились 196 человек основной группы, с учетом тактики лечения у них применялись следующие подходы восстановительного лечения: использование аппаратов внешней фиксации; современные хирургические способы лечения огнестрельных переломов и концепции контроля эффективности заживления ран; регенераторные технологии; замена методов фиксации современными имплантатами. Важнейшим моментом стало то, что мониторинг лечения пациента осуществлялся в соответствии с программой индивидуальной медицинской реабилитации, начиная с профильного и заканчивая санаторным этапом, под контролем телемедицинских технологий. В ходе изучения историй пациентов других клиник Украины были отмечены следующие недостатки: несоблюдение принципов медицинской реабилитации; недостаточное внедрение замены методов фиксации; ненадлежащее и/или хаотичное использование возможностей реабилитационных центров и санаториев; неполноценный мониторинг пациента травматологом специализированного центра; отсутствие эффективного контроля этапного лечения.

Полноценная восстановительная терапия с соблюдением всех этапов отображается цифрами, за каждой из которых стоят конкретные люди. Так, доля случаев образования контрактур в основной группе составила 10,4 и 7,2% на 6-м и 12-м месяце соответственно, тогда как в контрольной группе – 25,8 и 15,3% соответственно. Через 10-12 мес трудоспособность в основной группе восстановили 75,1% участников, получили инвалидность III группы 21,1% пациентов, I или II группы – 3,8%. Аналогичные показатели в контрольной группе составляют соответственно 62,4; 31,3 и 6,3%.

Таким образом, соблюдение принципов реабилитации пострадавших, контроль за выполнением индивидуальной программы на всех этапах восстановительного лечения, в т. ч. с применением телемедицины, не просто обеспечивает улучшение показателей медицинской статистики, а позволяет вернуть к полноценной жизни максимальное количество молодых людей.

Современный подход к хирургическому лечению пострадавших с ампутациями при боевых поражениях нижних конечностей был рассмотрен коллективом авторов (доктор медицинских наук, профессор А. А. Бурьянов, кандидат медицинских наук Ю. О. Ярмлюк, А. А. Беспаленко и др.).

– Ампутиція – древнейшая операция, суть которой разъяснять не нужно. Однако сегодня такие операции применяются, безусловно, только в наиболее тяжелых случаях, когда травма напрямую угрожает жизни пострадавшего. Целью настоящего исследования было изучить оптимизированные результаты лечения пациентов с ампутациями нижних конечностей с помощью усовершенствования хирургической тактики, использования современных методов лечения ран, первичного протезирования, трудовой и социальной реабилитации. Всего в исследовании приняли участие 164 пациента – пострадавшие в зоне АТО с ампутациями различных сегментов на разных уровнях.

Основными факторами, приводящими к ампутации, в настоящее время являются травматическое отчленение; раздавливание большого объема тканей (синдром длительного сдавления, компартмент-синдром); повреждение магистральных сосудов; инфекционные осложнения травм. Современная методика ампутации при боевой травме выглядит так:

- обработка культи по типу первичной хирургической обработки;
- обязательное применение жгута;
- удаление нежизнеспособных тканей и инородных тел с сохранением максимальной длины кости, даже если она не покрыта мягкими тканями;
- гемостаз;
- идентификация нервов, покрытия мягкими тканями и их маркировка;
- выполнение фасциотомии;
- стабилизация переломов выше уровня ампутации;
- закрытие раны первично-отсроченным швом.

При этом важно не формировать кожные лоскуты и не ушивать рану. Схема оказания помощи пациентам с ампутационными культями состоит из последовательных этапов: формирование первичной культи, формирование окончательной культи, реабилитация, подготовка культи к протезированию, лечебно-тренировочное протезирование, первично-постоянное протезирование.



Учасники конференції

Полученный в ходе исследования опыт показал, что в Украине существует острый дефицит подготовленных гражданских и мобилизованных специалистов хирургического профиля. При этом жизнь пациентов с боевыми ампутациями зависит от четкого соблюдения алгоритма оказания хирургической помощи. Методика ультразвуковой кавитации и вакуумной терапии, детально изученная в ходе исследования, способствует ускоренному очищению раны, что позволяет сократить сроки до начала реабилитационных мероприятий. Широкое применение медикаментозного, физиотерапевтического лечения и лечебной физкультуры способствует уменьшению времени терапии и количества осложнений. Данный комплекс мероприятий дает возможность сформировать функциональную культю в кратчайшие

сроки, что, в свою очередь, ускоряет протезирование и дальнейшую социальную адаптацию.

Таким образом, сессия 2015 года была посвящена наиболее актуальным на сегодня вопросам травматологии и ортопедии – лечению и реабилитации пострадавших в ходе боевых действий. Не может не радовать тот факт, что, несмотря на все сложности, в Украине постепенно накапливается собственный клинический опыт. Уже есть первые успешные результаты долгосрочных программ лечения, а фокус внимания врачей постепенно смещается от сохранения жизни в сторону восстановления трудоспособности и социальной функции пострадавшего.

Подготвила **Александра Меркулова**



АНОНС

Українська асоціація остеопорозу
Українська асоціація менопаузи, андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
Буковинський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації

Науково-практична конференція з міжнародною участю

Дефіцит вітаміну D та йоду: вплив на здоров'я й старіння людини

21-22 квітня, м. Чернівці

Основні питання конференції

- Епідеміологія дефіциту вітаміну D в Україні
- Проблема йодного дефіциту в різних регіонах країни
- Вплив дефіциту вітаміну D та йоду на прискорене старіння
- Дефіцит йоду і захворювання щитоподібної залози
- Особливості перебігу аутоімунних захворювань на тлі дефіциту вітаміну D та йоду
- Вплив дефіциту вітаміну D та йоду на розвиток і перебіг дитячої патології
- Дефіцит вітаміну D та неврологічні захворювання
- Вплив дефіциту вітаміну D та йоду на перебіг ендокринної й соматичної патології в осіб різного віку
- Стан мінеральної щільності кісткової тканини в умовах дефіциту вітаміну D та йоду
- Шляхи подолання дефіциту вітаміну D та йодної недостатності

У ході конференції заплановано проведення пленарних і секційних засідань, сателітних симпозиумів (лекцій, усних і постерних доповідей), круглих столів.

Робочі мови: українська, російська, англійська.

Назви доповідей та реєстраційну картку необхідно надіслати на адресу оргкомітету до **20.03.2016 р.**, друковані праці – до **25.03.2016 р.**

Оргкомітет:

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»,
вул. Вишгородська, 67, Київ, Україна, 04114.

Відповідальний секретар:

Солоненко Тетяна Юріївна,

тел.: (044) 254-15-50, факс: (044) 430-41-74, e-mail: osteoconf@ukr.net

АНОНС



Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

V щорічна науково-практична конференція з міжнародною участю

Сучасні аспекти клінічної неврології

10-12 березня, Буковель

Місце проведення: конференц-зал готельного комплексу Radisson Blue Resort Bukovel (с. Паляниця, м. Яремче Івано-Франківської обл.)

Основні питання

- Оптимізація терапії та реабілітації хворих на мозковий інсульт на підставі доказової медицини згідно з клінічними настановами МОЗ України: досвід застосування локальних клінічних протоколів
- Сучасний підхід до терапії когнітивних порушень та депресії
- Нейроінфекції: діагностика, лікування, прогноз
- Хвороби периферичної нервової системи: сучасний стан проблеми
- Лікування гострих і хронічних вертеброгенних та міофасціальних больових синдромів
- Актуальні питання терапії пацієнтів із захворюваннями екстрапірамідної системи
- Діагностика і лікування пароксизмальних станів та епілепсії
- Наукові та практичні питання оптимізації медичної допомоги дітям із хворобами нервової системи

Детальна інформація на сайті: <http://armed.org.ua/bukovel2016> або за телефонами: +38 (067) 676-71-17 – к.м.н. Дорошенко Олександр Олександрович (з питань наукової програми, вимог до матеріалів для публікації)

+38 (097) 367-98-76 – Громадська Марія Євгенівна (з питань електронної реєстрації, розміщення в готелях, організації подорожі)

Оперативно

Хроніка ключових подій

Головне



НОВОСТИ ВОЗ

Как лучше всего защитить некурящих людей от воздействия табачного дыма?

Безопасного уровня воздействия табачного дыма не существует, и комплексные законы, направленные на создание бездымной среды, остаются единственным эффективным способом устранения рисков, связанных с курением. Чтобы правильно отразить влияние этого в целом действенного законодательства, соответствующие показатели необходимо измерять строго в нужное время, а не преждевременно. В выпущенном ЕРБ ВОЗ кратком обзоре фактических данных «Как лучше всего защитить некурящих людей от воздействия табачного дыма?» оценивается влияние правительственных мер, направленных на создание бездымной среды, в девяти государствах Европейского региона, которые внедрили комплексные антитабачные программы.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что широкая общественность одобряет комплексные меры по созданию бездымной среды, и следствием такой повсеместной поддержки является высокий уровень соблюдения законодательства. Внедрение комплексных правительственных мер по созданию бездымной среды можно считать еще одним шагом на пути к воплощению в жизнь концептуального видения, изложенного в Ашхабадской декларации, призывающей сделать Европейский регион свободным от табака.

Защита от воздействия табачного дыма является также одним из ключевых обязательств, предусмотренных статьей 8 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и рекомендациями в отношении ее реализации. Чтобы выполнить требования, предусмотренные этой статьей, страны Европейского союза должны предпринять ряд дополнительных усилий.

Краткий обзор фактических данных «Как лучше всего защитить некурящих людей от воздействия табачного дыма?» доступен по адресу: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/evidence-brief-how-can-we-best-protect-non-smokers-from-exposure-to-tobacco-smoke2>

НОВОСТИ FDA

Одобен препарат для лечения подагры

22 декабря 2015 года Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (Food and Drug Administration – FDA) одобрило препарат Зурампи́к/Zurampic (лезинурад) для применения в комбинации с ингибитором ксантиноксидазы в лечении гиперурикемии, ассоциированной с подагрой.

Подагра – это хроническое заболевание, вызванное накоплением избытка мочевой кислоты и проявляющееся преимущественно рецидивирующим артритом. Повышение в крови уровня мочевой кислоты – продукта обмена пуринов, которые присутствуют в организме и поступают извне с пищей, – называют гиперурикемией. Она возникает в том случае, если в организме вырабатывается больше мочевой кислоты, чем почки способны элиминировать, или при употреблении значительного количества пуринов с пищей. Тем не менее у большинства людей с гиперурикемией подагра не развивается.

Препарат Зурампи́к (лезинурад) ингибирует переносчик солей мочевой кислоты URAT1, который отвечает за реабсорбцию мочевой кислоты в почках, что сопровождается увеличением выведения и снижением ее уровня в сыворотке крови. «Контроль гиперурикемии является критическим для долгосрочной терапии подагры», – подчеркнул Бадрул Чоудхари (Badrul Chowdhury), руководитель подразделения продуктов для лечения пульмонологических, аллергических и ревматологических заболеваний Центра FDA по оценкам и исследованиям препаратов. – Зурампи́к представляет новый вариант терапии для миллионов людей, страдающих подагрой».

Одобрение FDA основано на данных трех рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований с участием 1537 пациентов с подагрой, которые в течение 12 мес получали комбинированную терапию (Зурампи́к и ингибитор ксантиноксидазы) для снижения уровня мочевой кислоты. Добавление препарата Зурампи́к к ингибитору ксантиноксидазы позволило достичь более ощутимого снижения уровней мочевой кислоты по сравнению с таковыми на фоне использования плацебо.

Наиболее распространенными побочными реакциями в клинических испытаниях были головная боль, гриппоподобные состояния, повышение уровня креатинина в крови и появление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Препарат может увеличивать риск острой почечной недостаточности, особенно при превышении рекомендуемых доз и использовании в виде монотерапии (без ингибиторов ксантиноксидазы). FDA также потребовало провести постмаркетинговое исследование для дальнейшей оценки профиля почечной и сердечно-сосудистой безопасности препарата.

Препарат производит компания AstraZeneca Pharmaceuticals LP (США).

FDA рассмотрит заявку на одобрение комбинации препаратов софосбувир и велпатасвир для лечения гепатита

4 января 2016 года FDA предоставило статус приоритетного рассмотрению заявки на регистрацию нового экспериментального комбинированного препарата с фиксированными дозировками софосбувира и велпатасвира, предназначенного для применения с частотой 1 раз в день с целью лечения хронического гепатита С генотипов 1-6. Это комбинация содержит нуклеотидный аналог ингибитора полимеразы софосбувир, который в декабре 2013 года был отдельно зарегистрирован для лечения гепатита С под торговым наименованием Совалди/Sovaldi, и экспериментальный пангенотипный ингибитор NS5A велпатасвир.

Заявка на рассмотрение фиксированной комбинации софосбувира и велпатасвира основана на данных 4 клинических исследований по оценке ее применения при гепатите С

генотипов 1-6. FDA предоставило комбинации софосбувир/велпатасвир статус принципиально нового лекарственного средства. Ожидается, что окончательное решение по утверждению комбинированного препарата будет принято FDA к 28 июня 2016 года.

Официальный сайт FDA: www.fda.gov

Опубликованы новые данные о препарате селекси́паг для лечения легочной артериальной гипертензии

Биофармацевтическая компания Actelion сообщила о публикации в New England Journal of Medicine результатов исследования препарата селекси́паг – перорального селективного агониста рецепторов простаглицлина (т.н. IP-рецепторов) – у пациентов с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ). В многоцентровом исследовании GRIPHON III фазы приняли участие 1156 пациентов, которые получали плацебо или селекси́паг в среднем в течение 63,7 и 70,7 нед соответственно.

79,6% участников данного испытания ранее уже принимали терапию по причине ЛАГ. Дозу препарата корректировали каждую неделю до установления персональных максимально переносимых доз (они варьировали от 200 до 1600 мкг 2 р/день). В исследовании GRIPHON снижение риска смертельного исхода по любой из причин или вследствие осложнений, связанных с ЛАГ (первичная комбинированная конечная точка), при применении селекси́пага до окончания периода лечения составило 40% (p<0,001) по сравнению с плацебо.

Наиболее частыми нежелательными явлениями на фоне приема препарата селекси́паг (в основном умеренно выраженными) были головная боль, диарея и боль в области челюсти – симптомы, характерные для использования простаглицлинов. 7,1% пациентов из группы плацебо и 14,3% пациентов, получавших селекси́паг, досрочно прекратили лечение в связи с возникновением побочных эффектов.

Недавно препарат Уптрави/Upravi (селекси́паг) был одобрен FDA для применения с целью замедления прогрессирования и снижения риска госпитализации по причине ЛАГ. Также заявки на одобрение препарата находятся на рассмотрении регуляторных органов других стран.

По материалам medpharmconnect.com

Лучшие медицинские устройства и технологии 2015 года

1. *Электронные очки для венепункции.* В конце ноября 2015 г. компания Evena Medical презентовала оригинальное устройство, которое позволяет врачу видеть глубокие и поверхностные вены пациента. В электронных очках для венепункции Eyes-On используются одновременно ультразвуковые волны и инфракрасный свет, что позволяет «просвечивать» вены. Устройство основано на технологии Moverio компании Epson.

2. *Сосудистые стенты с наночастицами.* Область наномедицины в 2015 году развивалась поистине семимильными шагами. Хотя главной мишенью нанотехнологий в медицине остается рак, сосудистым хирургам тоже сделали подарок. Ученые из Гарварда научились обрабатывать стенты наночастицами с тканевым активатором плазминогена, которые активируются при повышенном давлении и разрушают тромб изнутри. Ожидается, что эти недорогие высокотехнологичные устройства значительно повысят эффективность тромбэктомии с использованием стента-ретривера при ишемическом инсульте.

3. *Экзоскелет со стимуляцией спинного мозга.* В 2015 году реальный прогресс был достигнут в разработке экзоскелетов, призванных поставить на ноги парализованных людей. В отличие от привычных для нас экзоскелетов, которые используют сервомоторы для приведения в движение конечностей, новинка компании EKSO Bionics способна неинвазивно стимулировать спинной мозг парализованного человека, помогая ему самостоятельно совершать произвольные движения.

4. *Шприц для остановки кровотечения.* Устройство под названием XStat Rapid Hemostasis System уже второй раз подряд признано одним из лучших медицинских изобретений по версии журнала Medgadget. Созданный в 2014 году по заказу военных медиков США, этот шприц для остановки кровотечений был одобрен FDA для гражданского применения. Шприц XStat наполнен таблетками из адсорбирующего материала, которые вводятся в кровоточащую рану и, увеличиваясь в размере, заполняют раневую полость и закупоривают сосуды. Такая экстренная процедура останавливает даже интенсивные артериальные кровотечения, позволяя выиграть драгоценное время.

5. *Водитель ритма для плода.* Хотя за последние годы имплантируемые водители ритма стали значительно меньше, легче и надежнее, некоторым больным этого все еще недостаточно. В 2015 году усилиями инженеров Университета Южной Калифорнии был собран и испытан первый фетальный кардиостимулятор, который имплантируют плоду прямо внутри матки. Хотя испытания проводились только на овцах, ученые готовы к наиболее ответственному этапу – исследованию с участием людей – и верят, что в 2016-м их новинка будет запущена в серийное производство.

6. *Управляемый светом водитель ритма.* Фундаментальная работа ученых Израильского технологического института «Технион» позволила управлять сокращениями сердца крыс при помощи луча света. Правда, для этого в гены клеток миокарда пришлось ввести чужеродный компонент. На сегодня разработка выглядит достаточно революционно, но ученые не сомневаются, что за оптогенетическими технологиями – будущее медицины.

7. *Маска для сна против диабетической ретинопатии.* Диабетическая ретинопатия – очень частое осложнение сахарного диабета, приводящее к потере зрения и сложно поддающееся лечению. Ученые создали специальную маску для сна, которая способна значительно отсрочить развитие ретинопатии. Как известно, палочки сетчатки глаза при работе в темноте потребляют максимальное количество кислорода. В условиях его дефицита в сетчатке формируются новые патологические сосуды, что усугубляет течение болезни. Маска Noctura 400 от компании PolyPhotonix на протяжении ночи воздействует на глаз светом, предотвращая темновую адаптацию палочек, при этом слабый свет совершенно не влияет на качество сна.

8. *Лазерный слуховой аппарат.* В 2015 году FDA одобрило первый в истории лазерный слуховой аппарат производства компании EarLens Corporation. Устройство состоит из двух основных частей: мембранного передатчика, устанавливаемого в глубокий отдел слухового канала (оперативное вмешательство для этого не требуется), и аудиопроцессора с зондом, который помещают в наружное ухо.

Звуки оцифровывают, обрабатывают аудиопроцессором, усиливают и направляют с помощью лазерного луча на передатчик, прилегающий к барабанной перепонке. На мембранном передатчике имеется фотодетектор, он воспринимает эти сигналы и преобразует их в вибрации. Устройство отличается маленьким размером, очень удобно в использовании, устанавливается безболезненно.

По материалам <http://medbe.ru>

Подготовила **Ольга Татаренко**

Тревожные расстройства в структуре психосоматической патологии (клинические проявления, диагностика, терапия)



Н.А. Марута

Психосоматические расстройства – это нарушения функций внутренних органов и систем вследствие соматической дисрегуляции, которая обусловлена психогенными факторами [1, 6].

Термин «психосоматика» был впервые введен J. Heinroth в 1818 г. для обозначения соматических феноменов, возникновение которых тесно связано с психоэмоциональными факторами. Основой концепции являются 3 основные детерминанты: психологическая конфигурация, х-фактор и пусковой механизм [2].

Психологическая конфигурация предполагает, что любая здоровая, полноценная личность имеет особенности в виде наиболее значимой «жизненной сферы», угроза которой сопровождается витальным страхом. Ее формирование зависит от воспитания и социального окружения человека в раннем детстве. Большое значение имеют психофизиологические характеристики пациентов, обеспечивающие физиологический ответ на стрессор.

Х-фактор – уязвимые органы, их наличие зависит от наследственной предрасположенности. Наследственностью предопределены слабые места в соматической сфере человека. То, какой из органов будет слабее в данный момент, связано и с соматическим состоянием человека во время воздействия стрессового фактора (например, острое респираторное заболевание, бронхит, гастрит, дуоденит).

Пусковой механизм – ситуация-ускоритель, при которой стрессовый фактор рассматривается как угроза благополучию наиболее значимой жизненной сферы, как «угроза существованию», что сопровождается «витальным страхом».

Психосоматические расстройства представляют собой широкий спектр патологии, его систематизация по сей день является предметом дискуссии среди врачей общей практики, психиатров, психологов, психотерапевтов [3, 6].

Психосоматозы в узком смысле слова представляют собой группу классических расстройств, к которым относятся:

бронхиальная астма (БА), артериальная гипертензия (АГ), язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, нейродермит (НД), ревматоидный артрит (РА) [6, 7].

Психосоматозы представляют собой заболевания с первичной телесной реакцией на конфликтные переживания, связанные с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Определяющую этиологическую роль играют неблагоприятные психологические факторы. Они также обостряют течение заболевания, приводят к рецидивам и существенно окрашивают клиническую симптоматику болезни. Объективные методы исследования выявляют органическое повреждение тканей различных органов, как правило, обусловленное продолжительным нарушением функции последних.

Большая группа психосоматических расстройств включает психическую патологию, не связанную с органическими факторами. Эта группа заболеваний характеризуется многочисленными соматическими проявлениями, генез которых обусловлен психогенными либо эндогенными влияниями.

Среди этих заболеваний в первую очередь следует назвать невротические расстройства (органные, соматоформные и др.).

Органные неврозы – это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии. Сюда относятся кардионевроз (синдром Да Коста), синдром гипервентиляции, синдром раздраженного кишечника и др. [6, 7].

Клинические проявления соматоформных расстройств представлены на рисунке 1.

Следующей группой психических расстройств, этиологически не связанных с органической патологией, являются **соматизированные депрессии**, возникающие в результате сочетанного воздействия эндогенных и экзогенных факторов [5].

В процессе диагностики соматизированных депрессий основным критерием является несоответствие соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания.

Чаще всего соматизированные депрессии протекают в виде маскированных состояний.

«Маски» в форме психопатологических расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия);
- обсессивно-компульсивные (навязчивость);
- ипохондрические;
- неврастенические.

«Маски» в форме нарушенных биологического ритма:

- бессонница;
- гиперсомния.

«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии (ВСД), головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженного кишечника и др.);
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

«Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
- спондилоалгии;
- псевдоревматические артралгии.

«Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфликтационные установки, вспышки агрессии);
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного) [6].

Характеризуя особенность психосоматической патологии, следует подчеркнуть, что в структуре этих состояний всегда преобладают тревожные проявления. Тревога характеризуется

неопределенным, мучительным, трудно переносимым ощущением опасности и сопровождается соматическими симптомами. В чем отличие страха от тревоги? Он возникает в ответ на конкретную угрозу. Страх классифицируется как патологический в тех случаях, когда переживается в связи с объектами и ситуациями, обычно его не вызывающими [18].

Тревога обусловлена стрессом, она является первым признаком реакции на стресс, биологический смысл которой заключается в мобилизации резервов организма (Селье, 1982). Выделяют три уровня тревожности: нейроэндокринный, двигательный-висцеральный и уровень осознанного понимания. Последний включает два компонента: осознание человеком физиологических ощущений (сердцебиение, потливость, ощущение пустоты в желудке, стеснение в груди, подергивание коленей, дрожание головы) и осознание того, что он испытывает тревогу. В отличие от животных у человека тревожное состояние усугубляется чувством стыда, страхом «потерять лицо». Таким образом, тревога перерастает в фобию. Тревога имеет адаптивное значение. Она предупреждает о внешней или внутренней опасности и «подсказывает» организму, что необходимо предпринять, чтобы избежать или ослабить ее последствия. В отличие от адаптивной (физиологической) тревоги дезадаптивная (патологическая) тревога требует врачебного вмешательства.

Критериями патологической тревоги являются ее выраженность и неадекватность – вплоть до степени нарушения социальной адаптации и поведения, что обуславливает страдания субъекта [4].

В реализации нейрохимических механизмов тревоги важную роль играют нейротрансмиттерные механизмы, и прежде всего – гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). ГАМК – аминокислота, важнейший тормозной нейромедиатор центральной нервной системы человека и млекопитающих. Она незаменима для обмена веществ в головном мозге, уменьшает активность нейронов и предотвращает перевозбуждение нервных клеток. ГАМК устраняет возбуждение и оказывает успокаивающее действие, ее можно принимать без риска развития привыкания. Снизить ощущение тревоги, беспокойства, улучшить память и мышление – вот основные функции ГАМК.

Поэтому стабилизация функций ГАМК-рецепторной системы является эффективным фармакологическим подходом в терапии тревожных расстройств, обусловленных психосоматической патологией [8].

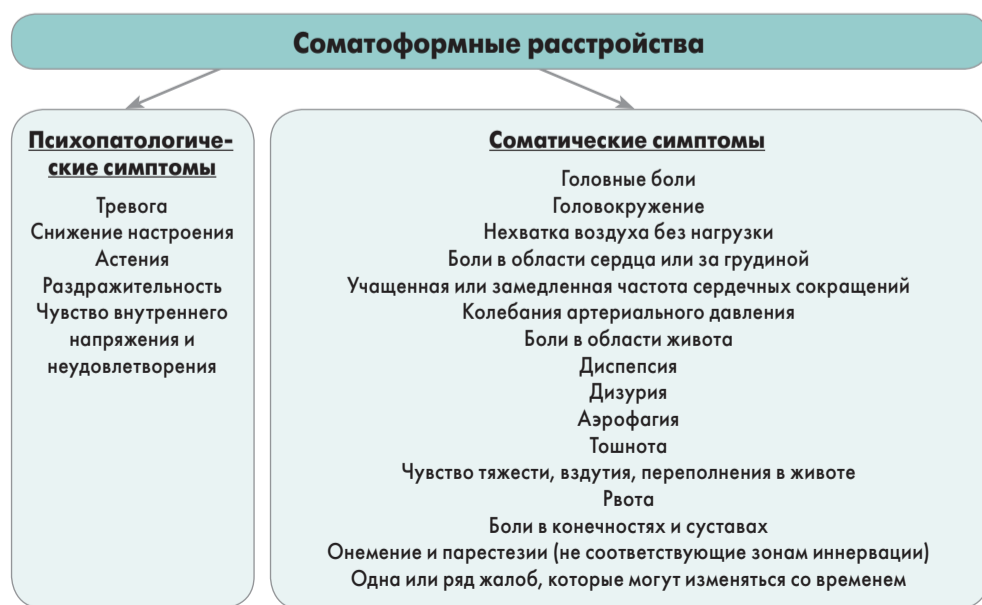


Рис. 1. Клинические признаки соматоформных расстройств

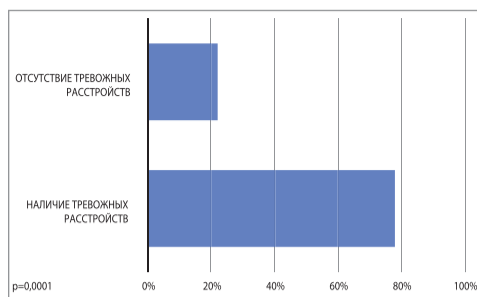


Рис. 2. Распространенность тревожных расстройств среди пациентов с психосоматической патологией

Вышеописанные закономерности полностью подтверждаются результатами завершенной открытой проспективной эпидемиологической клинической скрининговой программы БАЛАНС, задачей которой было оценить распространенность психосоматической патологии среди терапевтических пациентов (<http://www.chil.com.ua/congress/neuro.html>). Исследование проводилось с участием 398 врачей из 23 областей Украины. Было обследовано 25 168 терапевтических пациентов, в том числе 9251 (36,76%) мужчина и 15 917 (63,24%) женщин. У пациентов были диагностированы ВСД, АГ и ишемическая болезнь сердца (ИБС). По результатам анализа, проведенного сотрудниками кафедры медицинской статистики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, был сделан вывод, что тревожные расстройства, обусловленные психосоматической патологией, определяются у 78% пациентов (рис. 2).

Не выявлено статистически значимой разницы по частоте тревожных расстройств (≥ 8 баллов) по возрастным группам ($p=0,146$).

В процессе исследования установлено, что выраженная тревога чаще определяется у пациентов с ВСД, АГ и ИБС (рис. 3).

В исследовании принимали участие пациенты, которые нуждались в седативной противотревожной терапии. Для лечения больных использовался в том числе и фенибут (Бифрен производства компании «Фарма Старт»). Активное вещество препарата фенибут представляет собой производное фенилэтиламина и ГАМК.

Участие фенибута в ГАМК-опосредованной передаче нервных импульсов обеспечивает не только ноотропный эффект (улучшение памяти, внимания, умственной работоспособности), но и анксиолитическое действие.

Спектр терапевтической активности препарата позволяет эффективно купировать проявления тревоги, улучшая при этом показатели умственной работоспособности.

Суточная доза препарата составляла 2-3 капсулы в день (56,9% участников получали препарат в дозе 2 капсулы в сутки, 42,14% — в дозе 3 капсулы), длительность лечения в среднем составляла 21,5 \pm 7,5 дней. В течение курса лечения по 10-балльной шкале самооценки больными тревожных расстройств (HADS) был проведен анализ эффективности терапии препаратом Бифрен. Он показал, что 98,74% пациентов отметили улучшение самочувствия и изменили восприятие общей болезни независимо от тяжести заболевания. Снижение оценки тяжести основного заболевания по всем классам симптомов является статистически значимым ($p<0,05$), что свидетельствует об эффективности препарата Бифрен

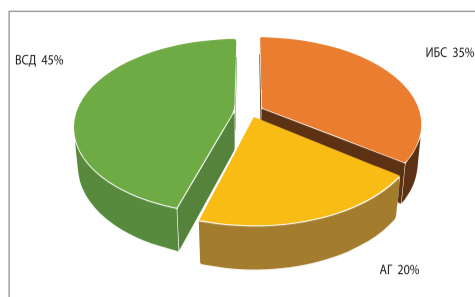


Рис. 3. Частота выявления выраженной тревоги среди пациентов терапевтического профиля с психосоматической патологией

в лечении тревожных расстройств у больных с психосоматической патологией (рис. 4).

Психосоматические расстройства охватывают широкий спектр

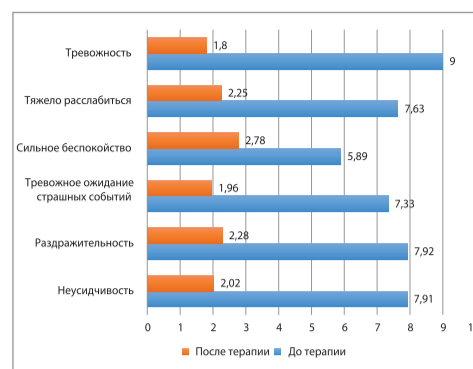


Рис. 4. Динамика тревожных проявлений у пациентов с психосоматической патологией под влиянием терапии Бифреном

патологии, включая психосоматозы, невротические расстройства, депрессии и тревожные расстройства,

которые сопровождаются напряжением, беспокойством, тревожностью, раздражительностью, неусидчивостью, тревожным ожиданием и другими симптомами, существенно ухудшающими социальное функционирование и качество жизни пациентов.

Согласно результатам проспективного эпидемиологического клинического исследования БАЛАНС можно сделать вывод, что препарат Бифрен характеризуется высокой эффективностью в терапии тревожных расстройств в структуре психосоматической патологии.

Список литературы находится в редакции.

- УМЕНЬШАЕТ ТРЕВОГУ И СТРАХ*
- УЛУЧШАЕТ ПАМЯТЬ И МЫШЛЕНИЕ*

Короткая инструкция по медицинскому применению препарата БИФРЕН. Состав. 1 капсула содержит фенибута 250 мг. **Лекарственная форма.** Капсулы. **Фармакотерапевтическая группа.** Психостимуляторы и ноотропные средства. Код АТС N06B X. **Фармакологические свойства.** Бифрен является производным γ -аминомасляной кислоты и фенилэтиламина. **Показания.** Астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, страх, тревожность, невроз навязчивых состояний. Снижение интеллектуальной и эмоциональной активности. Профилактика стрессовых состояний. Психопатия. У детей — заикание, энурез, тики; у пожилых людей — бессонница, ночное беспокойство. **Побочные реакции.** После первого применения препарата возможны сонливость, тошнота, головокружение, головная боль. **Категория отпуска.** Без рецепта. **Производитель:** ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульвар И. Лепсе, 8. Р. С. №UA/12087/01/01.

* Инструкция по медицинскому применению препарата Бифрен. Приказ МЗ Украины №182 от 30.03.2015.

Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей, и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

acino ФАРМАСТАРТ

Депрессия в общетерапевтической практике: факты и предположения

На современном этапе развития общества большую актуальность приобретает проблема тревожных и депрессивных расстройств. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей земной шар. Согласно последним статистическим данным, депрессия является самым распространенным психическим расстройством – от этой патологии страдают более 350 млн человек из всех возрастных групп (бюллетень ВОЗ № 369, 2015). Депрессия признана ведущей причиной инвалидности и временных снижения/утраты трудоспособности во всем мире.

На протяжении последних нескольких лет в медицинской прессе появилось множество статей, раскрывающих особенности течения и лечения этого психического расстройства у пациентов с сопутствующей соматической патологией. С наиболее интересными публикациями мы предлагаем ознакомиться читателям в этом обзоре.

Распространенность

В последние годы депрессия значительно «помолодела»: симптомы этого психического расстройства выявляют не только у пожилых людей, но также у детей, подростков и даже младенцев. Подвержены депрессии и лица старческого возраста, страдающие нейродегенеративными заболеваниями. Результаты метаанализа 63 исследований, выполненного S. Chi и соавт. (2015), свидетельствуют, что распространенность депрессии у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера, колеблется от 12,7 (95% доверительный интервал (ДИ) 8,8-17,8) до 42% (95% ДИ 38-45) в зависимости от использованных критериев DSM-IV (Руководства по диагностике и статистическому учету психических заболеваний IV пересмотра) для большого депрессивного эпизода или деменции соответственно.

Рост распространенности депрессии отмечается не только во всех возрастных группах, но и в отдельных когортах пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями. Например, по данным Z. Li и соавт. (2015), распространенность депрессии среди больных гипертонической болезнью (ГБ) значительно возросла и в настоящее время составляет 26,8% (95% ДИ 21,7-32,3%). При этом симптомы депрессии с одинаковой частотой выявляют как у мужчин, страдающих ГБ (24,6%; 95% ДИ 14,8-35,9%), так и у женщин с высоким артериальным давлением (24,4%; 95% ДИ 14,6-35,8%).

Факторы риска

Предрасполагающими к развитию депрессии факторами, по мнению T.N. Munhoz и коллег (2015), являются женский пол, возраст 40-59 лет или ≥80 лет, проживание в урбанизированных регионах, низкий образовательный уровень, курение, а также наличие такой сопутствующей патологии, как артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД) и заболевание сердца.

Подчеркнув, что женщины в 1,87 раза чаще ($p < 0,0001$) страдают депрессией, чем мужчины, S. Khullar и соавт. (2016) дополнили список факторов риска возникновения депрессии. У больных СД ими оказались: малоподвижный образ жизни ($p = 0,001$), низкий уровень доходов ($p = 0,0001$), уровень липопротеинов низкой плотности > 100 мг/дл и концентрация триглицеридов > 150 мг/дл ($p < 0,05$), прием статинов ($p < 0,001$), индекс массы тела больше 35-39,9 кг/м² ($p = 0,018$), длительность СД 2-4 года ($p = 0,003$), уровень гликемии > 125 мг/дл ($p < 0,0001$).

Просто депрессия...

Депрессия – это одно из самых коварных психических расстройств, ведь она не только лишает способности испытывать радость, искажает мыслительные процессы и снижает физическую активность, но и может инициировать развитие различных заболеваний. Например, группа ученых под руководством F. Bartoli (2016) считает, что депрессия провоцирует развитие нейропатии у больных СД 2 типа (относительный риск – ОР -2,01; 95% ДИ 1,60-2,54; $p < 0,001$; данные 13 РКИ; $n = 3898$). L.J. Williams и коллеги (2015) настаивают на наличии прямой взаимосвязи между депрессией и риском перелома бедренной кости у женщин (ОР 1,57; 95% ДИ 1,04-2,38), а также последующей

необходимостью приема психотропных препаратов (ОР 1,52; 95% ДИ 0,98-2,36).

Пациенты пожилого возраста, которые часто находятся в состоянии депрессии, имеют все шансы пострадать от старческого слабоумия. К такому выводу пришли N. Cherbuin и соавт. (2015), проанализировав данные 36 публикаций ($n = 66\,532$). Разочарование в жизни, впервые появившееся в пожилом возрасте, с вероятностью 83-104% грозит привести к развитию любого типа слабоумия, в том числе болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.

R.J. Mougaо и соавт. (2015) полностью поддерживают мнение коллег (данные 18 РКИ; $n = 10\,861$) и добавляют, что вероятность возникновения деменции у больных депрессией резко возрастает, если у них появились умеренные когнитивные нарушения (ОР 1,28; 95% ДИ 1,09-1,52; $p = 0,003$).

Депрессия и ожирение

Еще одним бичом современного общества является избыточная масса тела. Лица, страдающие ожирением, очень часто сталкиваются с депрессией. Несовпадение современным стандартам красоты, постоянная критика со стороны родственников и коллег, неудачи в личной и социальной жизни, неудовлетворенность своей внешностью, ограниченные физические возможности – все эти факторы гнетут и подавляют толстяков и толстух. Впадая в депрессию, они теряют свойственную им жизнерадостность, прекращают соблюдать диетические рекомендации, стараются меньше выходить на улицу, становясь по сути затворниками, и начинают есть еще больше, стремясь таким образом успокоиться и хоть как-то улучшить свое настроение.

Описанная зависимость была подтверждена работой L. Abou Abbas и соавт. (2015), которые установили, что вероятность развития депрессии у лиц, имеющих избыточную массу тела или страдающих ожирением, гораздо выше, чем у представителей общей популяции (отношение шансов – ОШ – 1,27; 95% ДИ 1,11-1,44). Поэтому ученые рекомендуют больным депрессией внимательно следить за своим весом, а лицам с избыточной массой тела – учитывать повышенный риск развития депрессии.

Врачебные депрессии

Депрессивные расстройства не обошли стороной и медицинских работников. Длительный рабочий день, ответственность за жизнь и здоровье пациентов, интенсивный характер деятельности, постоянное пребывание в среде человеческих страданий делают врачей и медицинских сестер предрасположенными к стрессу и депрессии. В одной из последних работ, анализировавших психическое состояние медиков (Mata D.A. et al., 2015), была зафиксирована высокая распространенность депрессии и депрессивных симптомов среди врачей-интернов – 28,8% (95% ДИ 25,3-32,5%). Эти данные были получены в рамках метаанализа 31 одномоментного межгруппового исследования и 23 долгосрочных испытаний (которые, однако, отличались высоким уровнем гетерогенности). Ученые отметили интересный факт: распространенность депрессии в указанной когорте зависела от вида использованной анкеты. В случае, если опрос респондентов проводили при помощи опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire), распространенность депрессии среди интернов была относительно невелика и составляла 20,9% (95% ДИ 17,5-24,7%; $Q = 14,4$; $I^2 = 79,2\%$). Но если заболевание диагностировали согласно Руководству по оценке психических расстройств в общемедицинской практике (PRIME-MD), распространенность

депрессии среди врачей резко возросла и составляла уже 43,2% (95% ДИ 37,6-49,0%; $Q = 45,6$; $I^2 = 84,6\%$). Ученые отметили еще один настораживающий факт: распространенность депрессии среди медицинских работников на протяжении прошедшего календарного года возросла на 0,5% (95% ДИ 0,03-0,9%; $p = 0,04$).

Лечение

Основной целью лечения депрессии является уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики, восстановление социально-психологических функций, сведение к минимуму риска рецидива обострения. Для достижения этой цели используют, как правило, фармакологическую коррекцию и психотерапию.

Психотерапия

Это мощная стратегия лечения не только депрессии, но и многих соматических заболеваний. Бытует мнение, что психологическое лечение должны проводить только специалисты соответствующего профиля. K. Linde и соавт. (2015) утверждают, что эффективное лечение депрессии могут осуществлять врачи общей практики, если они владеют какой-либо методикой психотерапевтического воздействия. К такому выводу исследователи пришли, проанализировав результаты 30 РКИ ($n = 5159$). Ученые установили, что успешное лечение депрессии возможно не только посредством проведения индивидуальных сеансов психотерапии, но и при помощи удаленных консультаций и аутотренинга. По данным K. Linde, персонифицированные сеансы когнитивной бихевиоральной терапии (стандартизированная разность средних (СРС) -0,30; 95% ДИ от -0,48 до -0,13) и межличностной психотерапии (СРС -0,24; 95% ДИ от -0,47 до -0,02), дистанционная (СРС -0,43; 95% ДИ от -0,62 до -0,24) и бесконтактная (СРС -0,27; 95% ДИ от -0,44 до -0,10) когнитивная поведенческая терапия позволяют эффективно снижать симптомы депрессии уже на первичном этапе оказания медицинской помощи. Основываясь на полученных данных, немецкие ученые настойчиво рекомендуют врачам общей практики овладеть навыками психотерапевтического воздействия и применять их для лечения больных депрессией.

Психологическое вмешательство может быть не только способом лечения депрессии, но и эффективным методом предупреждения рецидива заболевания. Такое мнение высказали K.E. Biesheuvel-Leliefeld и соавт. (2015), выполнившие метаанализ 25 РКИ и доказавшие, что превентивная психологическая интервенция не только превосходит общепринятые методы лечения в уменьшении риска рецидива депрессии (ОР 0,64; 95% ДИ 0,53-0,76; $z = 4,89$; $p < 0,001$; $NNT = 5$), но и более эффективна, чем прием антидепрессантов (ОР 0,83; 95% ДИ 0,70-0,97; $z = 2,40$; $p = 0,017$; $NNT = 13$). Исследователи подчеркивают, что достичь максимального протекторного эффекта от психологического вмешательства можно при условии проведения профилактических мероприятий уже в острой фазе заболевания ($b = -1,94$; $z = -2,84$; $p = 0,005$).

Фармакотерапия

Одним из хорошо известных способов борьбы с депрессией является фармакотерапия. Сталкиваясь с необходимостью выбора антидепрессанта, многие врачи общей практики не знают, какому лекарственному средству стоит отдать предпочтение. Ответ на этот вопрос можно найти в работе K. Linde и соавт. (2015), выполнивших метаанализ 66 РКИ ($n = 15\,161$) и сравнивших эффективность различных фармакологических средств в лечении депрессии у пациентов, обратившихся за помощью к врачам общей практики. Исследователи установили, что эффективность трициклических и тетрациклических антидепрессантов (ТЦА), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксина), малых доз антагониста и ингибитора обратного захвата серотонина (тразодона), экстракта зверобоя достоверно превышает результативность плацебо (отношение шансов – ОШ – 1,69-2,03). Несмотря на то что

ученые не зафиксировали достоверных различий в результативности применения указанных препаратов, на этапе оказания первичной медицинской помощи К. Linde и соавт. рекомендуют отдавать предпочтение препаратам из группы ТЦА и СИОЗС, обладающим наиболее обширной доказательной базой эффективности и хорошей переносимостью.

В ряде последних работ, посвященных изучению фармакологической коррекции депрессии, анализировались особенности лечения пациентов различных возрастных групп. В метаанализе 19 РКИ, выполненном С. Locher и соавт. (2015), было доказано, что антидепрессанты ($g=1,35$; $p<0,0001$) и плацебо ($g=0,96$; $p<0,0001$) практически одинаково успешно купируют симптомы депрессии у пожилых пациентов. Поэтому оптимальной инициальной стратегией лечения депрессии у пожилых авторы метаанализа считают психосоциальную терапию, рекомендуя применять лекарственные средства только при недостаточной эффективности психотерапии. Подросткам, в отличие от пожилых больных, следует одновременно назначать антидепрессанты и психотерапию. К такому выводу пришли Х. Zhou и соавт. (2014), доказавшие, что сочетание СИОЗС с когнитивной поведенческой терапией у подростков более эффективно, чем монотерапия СИОЗС (данные 8 исследований; $n=411$).

Альтернативную точку зрения имеют Y.Y. Chan и коллеги (2015), которые считают, что наилучших результатов в лечении депрессии можно достичь при использовании комбинированного подхода – сочетания фармакологического лечения и акупунктуры. Метаанализ данных 13 РКИ ($n=1046$), проведенный этой группой ученых, доказал, что комбинация СИОЗС и акупунктуры позволяет уменьшить выраженность депрессии после 1-й нед лечения на 3,74 балла по шкале Гамильтона (95% ДИ от -4,77 до -2,70; $p<0,001$), а после 6-й нед терапии – на 2,52 балла (95% ДИ от -4,12 до -0,92; $p<0,01$). Японские ученые настоятельно рекомендуют дополнять стандартное фармакологическое лечение депрессии иглорефлексотерапией, потому что терапевтическая эффективность комбинированного подхода превосходит результативность монотерапии СИОЗС (ОР 1,23; 95% ДИ 1,10-1,39; $p<0,001$; $I^2=68\%$).

Физическая нагрузка

Депрессией часто страдают больные хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Несмотря на наличие широкого выбора антидепрессантов, фармакологическое лечение депрессии в данной когорте пациентов затруднено из-за наличия у препаратов этой группы целого ряда нежелательных кардиотропных эффектов. Поэтому ученые под руководством R.H. Tu (2014) решили установить, можно ли вылечить депрессию у больных ХСН при помощи дозированной физической нагрузки. Проанализировав результаты 16 РКИ ($n=3226$), исследователи доказали, что физические упражнения позволяют значительно уменьшить клинические проявления депрессии (СРС -0,38; 95% ДИ от -0,55 до -0,21). Интересно, что антидепрессивные свойства физической нагрузки сопоставимы у пациентов младше и старше 65 лет (СРС -0,14; 95% ДИ от -0,22 до -0,07 vs СРС -0,44; 95% ДИ от -0,61 до -0,27), а также у больных с фракцией выброса $<50\%$ (СРС -0,38; 95% ДИ от -0,56 до -0,20). Способность дозированной физической нагрузки нивелировать явления депрессии не зависела от места проведения тренировок (в специализированном центре: СРС -0,61; 95% ДИ от -0,95 до -0,27; в домашних условиях: СРС -0,25; 95% ДИ от -0,44 до -0,07; в сочетанной обстановке: СРС -0,13; 95% ДИ от -0,21 до -0,05), их продолжительности (≤ 12 нед: СРС -0,50; 95% ДИ от -0,73 до -0,27; 12-26 нед: СРС -0,47; 95% ДИ от -0,82 до -0,11; >26 нед: СРС -0,12; 95% ДИ от -0,20 до -0,04). Метаанализ, выполненный R.H. Tu и коллегами, не предоставил информации касательно следующих аспектов: сможет ли дозированная физическая нагрузка избавить больных ХСН с нормальной фракцией выброса от депрессии? Какой вид физической нагрузки более эффективен – комбинированная аэробная или силовая тренировка? Как повлияет физическая нагрузка на течение депрессии у пожилых пациентов с тяжелым течением ХСН? Ответы на эти вопросы исследователи надеются получить в ходе новых РКИ.

Эффективность физических упражнений в лечении депрессии у пациентов с разнообразной неврологической патологией признают В.С. Adamson и соавт. (2015; 26 РКИ; $n=1324$). Пациенты с рассеянным склерозом (13 РКИ), мигренью (1 РКИ), болезнью Альцгеймера (4 РКИ), болезнью Паркинсона (2 РКИ), с травмой

спинного (1 РКИ) и головного (3 РКИ) мозга, инсультом (2 РКИ) при условии ежедневного выполнения комплекса физических упражнений (суммарный эффект 0,07; 95% ДИ 15-41; $p=0,001$) легче и быстрее справлялись с проявлениями депрессии по сравнению с участниками из группы контроля.

«Лучшим средством в борьбе с депрессией являются регулярные физические нагрузки», – считают К.Г. Kahl и соавт. (2015). Представляя результаты проведенного ими пилотного РКИ, ученые отметили, что больные депрессией, ежедневно выполнявшие дозированную физическую нагрузку, достигали значительных успехов в снижении веса ($p=0,047$) и индекса массы тела ($p=0,04$), что сопровождалось достоверным уменьшением содержания эпикардиальной жировой ткани ($p=0,017$) и подкожного жира ($p=0,023$). Принимая во внимание высокую распространенность метаболических нарушений у пациентов с депрессией, К.Г. Kahl и коллеги рекомендуют включать физические нагрузки в схему лечения таких больных.

По мнению Н. Gong и соавт. (2015), купировать симптомы депрессии у беременных помогает йога. К такому выводу исследователи пришли, изучив результаты 6 РКИ ($n=375$). Беременные, занимавшиеся йогой, легче справлялись с проявлениями депрессии, чем женщины, выполнявшие стандартные упражнения (СРС -0,59; 95% ДИ от -0,94 до -0,25; $p=0,0007$). Занятия йогой способствовали уменьшению выраженности симптомов депрессии у женщин, страдавших пренатальной депрессией (СРС -0,46; 95% ДИ от -0,90 до -0,03; $p=0,04$), и оказывали положительный эффект у беременных, не имевших такой сопутствующей патологии (СРС -0,87; 95% ДИ от -1,22 до -0,52; $p<0,00001$). Следует отметить, что антидепрессивные свойства были выявлены только у такой разновидности йоги, которая предполагала выполнение физических упражнений совместно с пранаямой, медитацией и глубокой релаксацией (СРС -0,79; 95% ДИ от -1,07 до -0,51; $p<0,00001$), в то время как йога, основанная лишь на физических упражнениях, не оказывала значимого влияния на выраженность депрессии (СРС -0,41; 95% ДИ от -1,01 до -0,18; $p=0,17$).

Танцевальная терапия

Несколько лет назад большой популярностью в лечении депрессии пользовалась групповая танцевальная терапия. В Европе и США появились специализированные сообщества (Европейская и Украинская ассоциации танцевально-двигательной терапии, Американская ассоциация танцевальной терапии), выпускающие дипломированных специалистов – танцевальных терапевтов. Однако недавно опубликованный систематический обзор экспертов Кокрановского сотрудничества утверждает, что танцевальная терапия не способна купировать проявления депрессии (Meekums V. et al., 2015). Основываясь на результатах анализа 3 испытаний ($n=147$, из них 107 взрослых и 40 подростков), ученые указывают на отсутствие значимого влияния танцевально-двигательной терапии на течение депрессии (СРС -0,67; 95% ДИ от -1,40 до 0,05; доказательства очень низкого качества). Танцевальная терапия недостоверно (СРС -7,33; 95% ДИ от -9,92 до -4,73) улучшала состояние взрослых пациентов с депрессией (данные 2 исследований; $n=107$). Танцующие пациенты более успешно справлялись с решением различных повседневных задач (разность средних (РС) -6,80; 95% ДИ от -11,44 до -2,16), чем представители контрольной группы (данные 1 работы). Однако эксперты Кокрановского сотрудничества утверждают, что в представленных данных кроется случайная ошибка, и считают качество полученных доказательств чрезвычайно низким. По мнению В. Meekums и соавт., танцевальная терапия не влияет на качество жизни (0,30; 95% ДИ от -0,60 до 1,20) и степень самооценки пациентов (1,70; 95% ДИ от -2,36 до 5,76; данные 1 исследования; низкое качество доказательств). Принимая во внимание небольшое количество РКИ, эксперты Кокрановского сотрудничества предполагают, что сделанные выводы могут оказаться ошибочными, и указывают на необходимость дальнейшего изучения эффективности данной методики.

Коррекция депрессии при ожирении

Не секрет, что нормализовать массу тела – это непростая задача, а избавиться от нескольких килограммов, пребывая в депрессии, практически невозможно. Поэтому многие пациенты, желающие похудеть, принимают различные антидепрессанты. Однако некоторые врачи предлагают альтернативные способы борьбы

с депрессией. Например, D.M. Steinberg и коллеги (2014) рекомендуют использовать специальный подход для лечения ожирения у пациенток, страдающих депрессией. Отобрав для участия в РКИ контингент больных, в значительной степени подверженных депрессии (афроамериканских женщин, страдающих ожирением и имеющих чрезвычайно низкий социальный статус, $n=161$), исследователи установили, что распространенность депрессии в отобранной когорте достаточно высока и составляет 20%.

Приступая к лечению ожирения, ученые рекомендовали одним женщинам следовать стандартной программе по снижению массы тела, а другим – руководствоваться принципом «удержать и не набирать». Сравнив распространенность депрессии у пациенток обеих групп через 12 мес терапии, исследователи установили, что изначальный настрой на удержание имеющейся избыточной массы и предотвращение ее дальнейшего роста лучше помогает избавиться от депрессии, чем стремление к быстрому похудению: на момент завершения исследования депрессией страдали 11% женщин основной группы и 19% пациенток группы сравнения ($p=0,035$). Проведя более тщательный статистический анализ, D.M. Steinberg и соавт. констатировали интересный факт: программа, предназначенная для нормализации массы тела и не имеющая ни одного упоминания о настроении, помогает избавиться от проявлений депрессии (СРС -1,85; 95% ДИ от -3,08 до -0,61; $p=0,004$).

Еще одним способом купировать депрессивные проявления одновременно с коррекцией избыточной массы тела может оказаться диета. По мнению А. Sanchez-Villegas и соавт. (2013), средиземноморская диета – прекрасный выбор для лиц, не желающих окунуться «в омут тревоги и печали». Такой вывод исследователи сделали, наблюдая за больными пожилого возраста, страдавшими кардиоваскулярными заболеваниями ($n=3923$). В соответствии с дизайном исследования всех пациентов рандомизировали на 3 группы в соотношении 1:1:1. Участникам контрольной группы рекомендовали придерживаться низкокалорийной диеты, остальным пациентам советовали придерживаться положений средиземноморской диеты, при этом одним больным предлагали увеличить потребление оливкового масла холодного отжима (1 л/нед), а другим – сделать акцент на приеме ореховой смеси (30 г/сут: 15 г грецких орехов, 7,5 г фундука и 7,5 г миндаля). На протяжении 6 лет наблюдения за отобранной когортой пациентов было диагностировано 224 новых случая депрессии. Оказалось, что пациенты, следовавшие нормам средиземноморской диеты и употреблявшие большое количество орехов, несколько реже страдали депрессией, чем представители контрольной группы (ОШ 0,78; 95% ДИ 0,55-1,10). Ученые сделали еще несколько интересных выводов. Объединив всех пациентов, употреблявших большое количество оливкового масла и орехов, в одну группу, исследователи установили, что сам факт соблюдения средиземноморской диеты не уменьшает вероятность развития депрессии (ОШ 0,85; 95% ДИ 0,64-1,13; $p>0,05$). Проведя более тщательный подгрупповой анализ в зависимости от наличия или отсутствия СД, А. Sanchez-Villegas и соавт. доказали, что риск развития депрессии у пациентов, страдающих СД 2 типа, сократится на 41% (95% ДИ 0,36-0,98; $p=0,04$), если они будут придерживаться средиземноморской диеты и употреблять много орехов.

Депрессия и синдром обструктивного апноэ сна

По мнению М. Povitz и соавт. (2015), одним из способов лечения депрессии, спровоцированной синдромом обструктивного апноэ сна, может быть обеспечение непрерывного положительного давления в дыхательных путях и применение устройств для выдвижения нижней челюсти. Проведя метаанализ 19 РКИ и приняв во внимание высокий уровень гетерогенности между исследованиями ($p<0,001$; $I^2=71,3\%$; 95% ДИ 54-82%), ученые доказали, что постоянное положительное давление в воздухоносных путях позволяет значительно уменьшить проявления депрессии по сравнению с контролем. В отношении купирования ее симптомов полезны устройства для выдвижения нижней челюсти (СРС 0,214; 95% ДИ 0,026-0,401; данные 5 РКИ, $I^2=0\%$; 95% ДИ 0-79%). Основываясь на полученных данных, М. Povitz и соавт. считают указанные методики эффективными дополнительными компонентами лечения депрессии у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна.

Подготовила Лада Матвеева



Ю.И. Чертков, генеральный директор компании «Агентство Медицинского Маркетинга»;
В.П. Кидонь, руководитель проекта «Академия Успешного Врача»

Факторы личностного успеха современного врача



В данной публикации мы предлагаем рассмотреть четыре ключевых фактора успешности врача: знания, личностные качества, навыки и мотивацию.

Знания

Чего-чего, а знаний у современного доктора — выпускника медицинского вуза более чем достаточно. Вначале он 6 лет учится в медицинском университете, затем 3 года — в интернатуре; сдает экзамены, зачеты и сессии. И все время читает, читает, читает...

Не прекращает он читать и после того, как устроится работать врачом. Новые приказы, протоколы, стандарты, более «узкая» литература — по специальности, написание отчетов и т.п. Это будни любого врача в постсоветских странах, особенно в бюджетном здравоохранении.

Каждому доктору понятно, что знания по специальности — это та основа, на которой строится базовое свойство, а именно умение диагностировать заболевания, лечить их и надлежащим образом документировать терапевтический процесс на бумажных (и не только) носителях. Но вот что остается незадействованным при наличии массива медицинских знаний, так это умение активно их использовать на практическом уровне, вовремя извлекая из «запасников» памяти востребуемые конкретной ситуацией сведения и вкладывая их в сознание пациентам.

Чем могут поделиться доктора с внешним миром и за что последний может быть им благодарен? На рынке услуг доктор может предоставлять в первую очередь интеллектуальный продукт — адаптивные знания, интуицию, опыт, проверенные на практике методики и схемы лечения. Во вторую очередь — умение работать руками: проводить

диагностические и лечебные манипуляции. Таким образом, перед тем как что-то делать с пациентом, доктор всегда должен думать и постоянно адаптировать имеющиеся у него знания к патологии у конкретного пациента.

Итак, первый фактор, обозначенный как знания, — это базовый набор, который мы можем определить как **необходимый, но недостаточный** для доктора как профессионала на рынке оказания медицинских услуг. В развитых странах этот набор называют **hard skills** (буквально с англ. **твердые умения**). Название в полной мере отражает важность этих знаний, составляющих фундамент здания успеха для современного доктора.

Личностные качества

С детства всем нам известны характеристики, которые должны быть свойственны врачу как человеку. Даже имея самые лучшие знания по медицине, далеко не каждый может стать доктором. Что-то еще не менее важное требуется для того, чтобы специалист стал настоящим профи.

Не будем перечислять весь набор черт образцового врача, почерпнутых нами в детстве из «Айболита» К. Чуковского, поскольку многие из них имеют отношение скорее к мифологии, чем к реальной жизни. Особенно такие странные, как готовность без усталости работать сутки напролет, не получая ничего взамен, отдавая последнее пациентам, или стереотипные установки из советских пропагандистских манипуляционных конструкторов, тиражируемых ТВ и печатными СМИ.

Очень часто в этот клубок вплетают такой «железный» аргумент, как клятва Гиппократова. Сразу разведем и этот миф: в нашей стране нет врачей, которые принимали данную клятву. В лучшем (или в худшем) случае был некий экстракт из первоисточника — клятва советского врача, — который полностью рефлексировал набор коммунистических лозунгов, не имеющий никакого отношения к Гиппократовой этике. Приходит на ум один из ключевых тезисов, которым бравируют и манипулируют некоторые пациенты в кабинете врача, задавая с ленинским прищуром вопрос: «Доктор, ведь Вы давали клятву Гиппократова?», подразумевая, что априори после этой магической фразы доктор окончательно побежден и теперь будет делать все, чтобы соответствовать этой установке более чем 2-тысячелетней давности. Но если бы пациент ознакомился с текстом оригинала, то многие вопросы и претензии у него отпали бы и этот манускрипт приобрел бы в его сознании исключительно исторический смысл, не имеющий никакого отношения к настоящему времени.

А фраза древнего врачевателя «Доктор, не лечи бесплатно, ибо пациент в этом случае не понимает цены здоровью, а доктор обесценивает свои знания» могла бы и вовсе поврать сложившиеся у этого пациента ассоциативные связи.

Возвращаемся к сегодняшнему дню и успешному доктору.

Так что же является самым ценным качеством современного врача?

Можно долго перечислять реальные и мифические качества, которые должны быть присущи современному доктору. Но если все они соединяются в одно — очень важное, то становятся тем самым фактором, который определяет успешность доктора. Каждый из нас, докторов, время от времени бывает пациентом. И естественно, мы оцениваем врачей, которые нас лечат. Они могут быть разными — более или менее умными, младше или старше, выпускниками вуза А или Б, экстравертами или интровертами, рационалами или иррационалами, статиками или динамиками. Но главными для нас являются те качества, которые позволяют как можно быстрее и эффективнее решить проблему с нашим здоровьем. Это могут быть самые разные вещи — от простого совета до проведения сложной операции. По результатам всех комплексов личностных качеств врача наиважнейшее для нас заключается в том, что мы как пациенты должны получить удовлетворение от оказанной нам услуги. Кто-то из мудрых сказал: «Пока человек жив, он чувствует боль. Пока человек чувствует чужую боль, он человек». И у хорошего врача чувство чужой боли и понимания проблем конкретного пациента должно быть на уровне инстинкта.

Поэтому главное личностное, интегральное и очень востребованное рынком качество современного врача — **пациентоориентированность**. И не имеет значения то, какой ранг, уровень знаний, должность, степень и статус у лечащего врача, если он не умеет выйти на тот формат общения с пациентом, который позволит последнему



«Академия успешного врача»
ЦИКЛ ТРЕНИНГОВ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Академия представляет собой **7 уровней навыкового обучения врачей**. Данная программа выводит врачей на **качественно новый уровень коммуникаций с пациентами, управления карьерой, финансами и собственным временем**

Каждый уровень программы является ступенькой к достижению успеха

Новая книга! Практическое пособие для врачей описывает ряд важнейших техник, закрепляющих навыки коммуникации и успешной медицинской практики.

Эта книга покажется вам провокационной, но, прочитав ее, вы откроете для себя неожиданные вещи. Мы собрали все наши наработки за много лет и надеемся, что наш труд в корне изменит ваше представление о самой благородной из профессий. Мы хотим научить вас не только работать, но и зарабатывать.

По вопросам обучения и приобретения книги обращайтесь:
Компания «Агентство Медицинского Маркетинга»,
Киев, ул. Володи Дубинина, 6, Тел.: 452-22-03, 423-44-99;
e-mail: admin@amm.net.ua





стать помощником в противодействии болезни. Мы, доктора, прекрасно знаем, какими сложными в общении могут быть пациенты, часто смеемся над их представлениями о болезни, непониманием некоторых, казалось бы, простых медицинских вещей, наивными и несвоевременными вопросами и т. д. С другой стороны, было бы странно, если бы пациенты знали больше о медицине, чем доктор после 10-15 лет погружения в профессию. Очень смешно и непрофессионально выглядит врач, который менторским тоном отчитывает пациента и высокомерно дает понять, что он знает больше о патологии, чем пациент. И якобы одерживает победу в дискуссии.

Но есть очень импонирующая нам фраза, подслушанная у опытных и пациентоориентированных врачей — «Побежденный пациент — потерянный клиент». Как это перевести на общедоступный язык? Следующим образом: этот побежденный (читай — униженный) пациент в большинстве случаев к этому доктору больше не придет. А если и придет, то скорее от безысходности, чем по собственному желанию. И вряд ли общение такой пары приведет к win-win ситуации, когда обе стороны удовлетворены друг другом. И морально, и материально.

Таким образом, второй краеугольный камень, требующий от современного доктора постоянной работы над собой, — это умение работать с разными пациентами с учетом их статуса, уровня образования и благосостояния, а также влияния болезни на их сознание и коммуникативные навыки. Современный врач-профи должен обладать умениями подстроиться под любого пациента, найти с ним общий язык и максимально помочь решить проблему, с которой пациент пришел к врачу.

Навыки

Теоретические знания (**hard skills**) по специальности и пациентоориентированность, о которых мы упоминали выше, несомненно, очень важны, но в то же время в современном конкурентном мире недостаточны для профессионального врача. И знания, и личностные качества теряют значение и ценность, если доктор не выработает у себя инструментарий прикладной реализации этих важных факторов. Другими словами, у доктора должно быть выработано и отточено умение пользоваться комплектом «отмычек», применяемых в разных ситуациях у пациентов в зависимости от различных параметров — как внешних, так и внутренних, как зависящих от доктора, так и не поддающихся его влиянию.

Все мы понимаем, что пациенты разные, следовательно, с ними нужно по-разному общаться: использовать индивидуально подобранные слова, скорость речи, тембр голоса и т. п., применять различные модели убеждения, учитывая реакцию пациента на ваше сообщение. Доктор должен знать психологию — как себя любимого, с сильными и не очень чертами, так и своих пациентов, т. е. различать пациентов по их поведению, манере ведения дискуссии, значимости аргументов и форме их подачи, а также по восприятию ваших слов с точки зрения лечебного процесса.

Умение использовать трансактный анализ, читать жесты пациентов, слышать в их речи различные оттенки также важно для врача, который хочет достигать успеха в работе с пациентами, а не раздражаться и констатировать: «С этими больными работать нельзя, они не выполняют моих назначений, значит, они неправильные. Уйду я от них». Это отговорка. Каждый случай неправильной коммуникации должен быть умным доктором проанализирован, а после анализа (в идеале) — найден «золотой ключик», разрешающий возникшее препятствие.

«И при чем здесь навыки?» — спросите вы. А при том, что путь от неумения к умению, от незнания к знанию, от 0 к 100% лежит через улучшение навыков, которые доктор хочет усовершенствовать. И над этим нужно тренироваться постоянно и системно, используя следующие правила:

- практиковаться в каком-то конкретном навыке однократно, а не тренировать все сразу;
- добиваться получения позитивного результата от применяемого навыка;
- при освоении нового навыка количество важнее качества;
- упражняться в освоении навыка лучше в безопасной ситуации;
- добиваться использования навыка на уровне условного рефлекса.

И тогда многие проблемы мы сможем решать при помощи выработанного навыка.

К сожалению, новым, важным и адаптивным навыкам в медицинских вузах СНГ практически не учат, тогда как в развитых странах такое обучение обязательно, особенно после окончания вуза при переходе к практической деятельности. Такие знания имеют специальное название — **soft skills** (буквально с англ. **мягкие умения**). Из названия вытекает, что они являются менее «квадратными и твердыми» и требуют более осознанного, избирательного и адаптивного применения с использованием эмоционального интеллекта врача.

В заключение еще раз подчеркнем: **soft skills** — это то, что постсоветские доктора знают плохо, и именно в этом направлении они должны очень активно работать над собой, пополняя свой профессиональный багаж.

Мотивация

Ознакомившись с тремя вышеизложенными факторами успешного современного доктора, подходим к очень важному вопросу, который звучит так: «А зачем доктору работать над собой, повышать уровень знаний, адаптироваться под интересы пациента, работать над улучшением навыков самой различной направленности? Что будет двигать доктором и подталкивать его к совершению некоторого насилия над собой?». Ведь вместо напряженной работы можно упростить себе жизнь, отыскав кучу оправданий: «Ну, не получается. Пациенты несовершенны. Да и почему я должен под них подстраиваться?».

Следующим этапом снижения требований к себе у доктора может стать вхождение в модель «жертвы» в треугольнике Берга («жертва-палач-спасатель»). Все мы знаем, что здесь нет победителя и самая лучшая стратегия — в этот треугольник не попадать. А если попал, то поскорее из него выбраться. Модель «Пусть обо мне заботится государство» — одно из самых тупиковых направлений. Чаще всего система здравоохранения в постсоветских странах финансируется из рук вон плохо и рассчитывать на государство — удел слабых и пассивных. Кстати, это касается не только СНГ, но и экономически развитых стран. Активные врачи всегда ищут новые возможности в частной медицине, а не сидят в государственных клиниках в ожидании очередной мизерной прибавки к жалованию.

И именно поэтому важнейшим фактором в повышении уровня доктора является его внутренняя мотивация. Важно придумать себе четкий и понятный мотив, позволяющий получить внятный ответ на вопрос: «Зачем?». По значимости фактор мотивации является мультипликатором, позволяющим получать результаты от использования трех факторов:

(знания + пациентоориентированность + навыки) × мотивация

Для современного доктора принципиально научиться мотивировать себя ставить перед собой цели — личные, финансовые, профессиональные — и достигать их. Кроме имеющихся у каждого желаний и намерений, часто во главу угла доктора ставят финансовые цели. И правильно делают. Успешный доктор — это не только специалист, которого ценят пациенты и уважают коллеги, но и человек, имеющий высокий уровень дохода. Только в этом случае доктор может посвящать часть своего времени получению новых знаний, полноценному отдыху, правильному питанию, физической активности, уделять время семье и близким, а не перебегать с одного места работы на другое, недосыпая, не уделяя времени своему здоровью, используя набор однажды освоенных, но неизбежно устаревающих знаний и навыков. Вряд ли такой «замученный» доктор вызовет у пациента доверие и желание следовать его советам. «Врачу, исцелился сам» — так говорили древние. И как не прислушаться к ним в этом вопросе!..

Наличие у врача четко понимаемых **мотивов**, определяющих его развитие и стремление к повышению уровня, завершает данную публикацию.

Выводы

Наличие «витаминов», объединяющих как **hard**, так и **soft skills**, **постоянная работа над собой в развитии полезных навыков в направлении пациентоориентированности под воздействием понятной и внутренне осознанной мотивации** — тот минимальный набор, который выделяет современного успешного доктора из массы обладателей диплома о высшем медицинском образовании.

*Команда «Академии Успешного Врача» приветствует вас,
дорогие коллеги, в новом, 2016, году и будет всячески поддерживать вас
своими публикациями на пути к профессиональному успеху!*

Побединки на работающем сердце

Член-корреспондент НАН Украины, кардиохирург Анатолий Руденко: штрихи к портрету

«Их судьбы – как истории планет...» Эти строки удивительным образом отражают долговременный феномен первопроходцев в медицине, ее высший интеллектуальный потенциал. Ведь только своим талантом, своей неисчерпаемой энергией такие врачи способны внести в сферу отчаянной борьбы с жизненно опасными недугами светлый луч надежды.

Именно такой эффект имеет научная деятельность одного из видных специалистов Института сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН Украины, заведующего отделением хирургического лечения ишемической болезни сердца, доктора медицинских наук, профессора Анатолия Викторовича Руденко.

Конечно же, его профессиональная эволюция, его удивительные прорывы в лечении одного из самых массовых заболеваний – ишемии сердца – зиждутся на великом подвижничестве его прямых учителей и наставников: Николая Михайловича Амосова и Геннадия Васильевича Кнышова. Вместе с тем Анатолий Руденко принадлежит к наиболее результативным продолжателям их начинаний.

Хирургами не рождаются, хирургами становятся – этот постулат применим и к Анатолию Викторовичу. Любовь к хирургии зародилась в нем еще в студенческие годы, когда он учился в Киевском медицинском институте. Вообще А. Руденко, уроженец Маньковки, что на Черкасщине, – первый посланец в медицину в своей семье. Его мама – преподаватель математики в средней школе, а отец – инженер. Естественно, Анатолий не мог не пристраститься и к математике, он хорошо владеет ее формулами и сейчас, но желание стать врачом было сильнее. Школу закончил с золотой медалью, никогда не имел ни одной четверки. Поэтому в медицинский институт, сдав лишь один экзамен, поступил с первой попытки. На старших курсах Анатолий иногда ночи напролет проводил в клинике факультетской хирургии по бульвару Шевченко, 17, которой руководил тогда замечательный хирург Игнат Михайлович Матяш. Особенно много работы выпадало по четвергам, когда клиника дежурила по скорой помощи. Руденко все уверенней ассистировал врачам, умело делал перевязки. К завершению учебы не один раз оперировал самостоятельно.

По распределению молодой хирург был направлен по специальности, для прохождения интернатуры, в Черкассы, в Больницу скорой помощи. Приходилось осваивать новую практику. Однако спустя год больницу расформировали. И Руденко оказался на вольных хлебах. В один из январских дней 1978 года он пришел в клинику сердечно-сосудистой хирургии, входящей тогда в состав Института туберкулеза и грудной хирургии на Батьевой горе, и сразу же, без какого-то предварительного уговора, попал в кабинет к профессору Амосову

– Все бегут, а ты просишься, – отреагировал Николай Михайлович на желание молодого специалиста быть сюда зачисленным. – Что ж, приступай...

Не все выдерживали эту планку стоицизма – очень большая физическая и психологическая нагрузка, весьма скромная зарплата и, главное, амосовский максимализм. «Из девяти выпускников моего курса, направленных

в амосовский институт, – вспоминает Анатолий Викторович, – здесь теперь остался я один».

Благодаря своему тихому упорству Руденко вошел в когорту самых устойчивых и безотказных. Оперировал изо дня в день, целиком повинувшись новым программам безостановочного ритма клиники. В основном это были операции по протезированию митрального клапана, включая и амосовскую новинку – все шире использовавшийся первый в мире атромботический клапан. Операции в большинстве случаев шли с использованием АИК – аппарата искусственного кровообращения. Параллельно выполнялись сложные вмешательства при врожденных пороках сердца, когда такие дети уже были в состоянии выдержать операцию. Это был коллективный пробог с максимальным в Советском Союзе ежегодным количеством операций.

Кардиохирургия бурно развивалась, и в 1972 г. Г. Кнышов после зарубежной стажировки выполнил первое в Украине аортокоронарное шунтирование, наложение спасительной ветви к вконец изнемогшему сердцу. Это был большой скачок вперед, однако поток подобных спасительных реконструкций нарастал лишь постепенно. Шло время. Николай Михайлович, когда в 1988 г. ему исполнилось 75, бесповоротно решил оставить директорский пост в организованном пять лет назад, его именем и опытом, Институте сердечно-сосудистой хирургии. Рейтинговым голосованием на эту должность был избран Г. Кнышов, до этого дня заместитель Н. Амосова по науке. Рухнул «железный занавес», а спустя несколько лет Украина обрела независимость. Хирурги амосовского НИИ теперь все чаще направлялись для овладения новым опытом в первоклассные западные клиники. Их охотно принимали, проникаясь киевскими проблемами. Впрочем, для таких шагов необходимо было в достаточной степени владеть английским, а нередко и немецким языками. Для Руденко, который еще в школе обучался немецкому, это не представляло сложности. И вот ворота в искусстве аортокоронарного шунтирования открываются и перед Анатолием Руденко. Вместе с Борисом Тодуровым, одним из первых в Украине хирургов, пересадивших сердце, он попадает в клинику профессора Райнера Кёрфера в небольшом немецком городке Бад-Ойенхаузене. Все здесь сосредоточено вокруг клиники, где Кёрфер выполняет трансплантацию сердца. Б. Тодуров увлекается именно этим направлением, а А. Руденко погружается в тайны успешных аортокоронарных шунтирований. Стажировка длится три месяца. Получен большой опыт. Так получилось, что в этой клинике Руденко доведется побывать еще раз, но об этом позже... А в стенах родного кардиоинститута произошел для него радикальный поворот. Г. Кнышов считает необходимым как можно скорее перейти к широкому хирургическому лечению инфекционного

эндокардита – септических микробных атак внутри сердца. Таких пациентов после безуспешного предварительного лечения в тяжелом состоянии все чаще доставляют в клинику. Нередко это люди из малоимущих слоев населения. Помощь им надо оказывать целиком бесплатно. Руководство новым отделением новый директор поручает Руденко. Кнышов и сам очень увлечен этим драматическим направлением. Операция невероятно сложна. Искусственный клапан нужно погрузить в разрушенное инфекцией пространство между полостями сердца. Антибиотики здесь бессильны: клапаны из пластмассы и металла обычно быстро отторгаются. По идее Геннадия Кнышова внедряют принципиально новый метод трансфузии подогретой крови при использовании АИК. Такой, пока еще нигде неизвестный, способ с температурным воздействием на инфицированное ложе приводит к фантастическим результатам. Больные, как правило, выздоравливают, причем рецидивы теперь возникают у них значительно реже, чем раньше. Это беспрецедентная положительная статистика противоборства с тяжелейшим недугом сердца, по эффективности значительно превосходящая аналогичные операции, которые до этого производили в других странах. В 2005 г. Г. Кнышов, А. Руденко и их коллеги, занимавшиеся этой проблемой, были удостоены Государственных премий Украины в области науки и техники. Но еще раньше, в середине 90-х, А. Руденко возглавляет отделение хирургического лечения ишемической болезни сердца, где трудится и поныне. Более десяти раз он посещает клиники во Франции, Англии, США, Германии, в целях приобретения необходимого опыта. Много дает пребывание в клинике в штате Техас, США, где аортокоронарное шунтирование поставлено, как говорится, на поток.

«Ишемическое событие» – таким словосочетанием бесстрастно называют такие угрозы сердцу на научных конференциях. Но ведь необходимые ангиореконструкции выполняются, как правило, с использованием АИК. Однако отключение сердца, пусть временное, немалый риск для пациента. Когда сердце больного вновь «запускают», замирают и сердца хирургической бригады. И Анатолий Викторович задумался: быть может, такие операции осуществимы и без АИК? В 2000 году в Институт сердечно-сосудистой хирургии в Киеве, за свой счет, приезжает бригада американских кардиохирургов и медицинских сестер, среди них – и доктор Чарльз Райтер из клиники в Техасе. Вместе с Анатолием Руденко он выполняет первое в институте аортокоронарное шунтирование на работающем сердце без применения АИК. Тут важно остановиться на одной детали. При операции используется специальная рамка, облегчающая выделение венечных сосудов, на которых достигается обновление шунтами. К слову, эта рамка профессором А. Руденко была



А.В. Руденко

несколько усовершенствована. Он и сейчас ею пользуется. И вот после отъезда Ч. Райтера Анатолий Викторович приступает к самостоятельным перестройкам на работающем сердце. Такой практически ежедневный шторм длится уже 15 лет. Анатолием Руденко и его помощниками выполнено уже свыше 10 тысяч таких операций с прекрасными клиническими результатами. На сегодня это самая высокая в мире спасительная статистика.

? Анатолий Викторович, но ведь на самом деле, учитывая филигранность подобных микрохирургических операций, каждый раз, даже при Вашем опыте, все приходится выполнять как бы заново. Что самое трудное и самое главное?

– Работать очень методично, не торопиться, хотя нужно стремиться сделать все весьма быстро, ибо операция выполняется под наркозом. Сосудистые веточки из арсенала маммарных и других источников, скажем нижних конечностей, нужно, иногда входя в крайне суженные коронарные артерии, вшить так искусно, словно самому себе. Великий хирург и великий мастер Сергей Сергеевич Юдин как-то сказал: «Хирург должен обладать глазом орла и руками беловшейки». Что ж, наши операции, да еще с помощью сильной оптики, всегда – рукоделие. Но поскольку оперировать нужно каждодневно, а мы выполняем такие операции 5 раз в неделю, теперь и в случаях инфаркта, опыт наш растет.

? Вы один из немногих хирургов, сразу же избранных в состав НАН Украины – высший синклит научной мысли. Тут, очевидно, есть своя логика?

– Я думаю, она и впрямь есть. Ведь речь идет о двух крупных сменах вех в хирургии сердца, победах над инфекционными эндокардитами и конвейере операций на работающем сердце, с новым сосудистым интегралом. Видимо, это те ситуации, когда сама практика побуждает к пересмотру теории. Очевидно, этим объясняется оказанная мне честь быть избранным в состав такой большой и уважаемой академии, возглавляемой крупнейшим ученым Борисом Евгеньевичем Патонем.

? Во время недавней конференции по проблемам атеросклероза Вы выступили, я бы сказал, с ошеломляющим докладом о Вашей методике аортокоронарного шунтирования

с использованием Вашей новой технологии у больных сахарным диабетом. Некоторые докладчики говорили на конференции и об использовании стентов при операциях на сердце у таких больных. Но Ваши результаты куда лучше. Выполнено свыше полутора тысяч таких вмешательств у подобного очень тяжелого контингента пациентов.

— Дело в том, что сахарный диабет сопровождается интенсивным склерозированием сосудов, остановить который практически невозможно. Стентирование в подобных случаях выглядит весьма рискованно. Применяемые нами операции с обновлением всего сосудистого ложа сердца и наложение пяти-шести шунтов, видимо, предпочтительно. Правда, таких больных вместе с профессором Еленой Ивановной Митченко из Института кардиологии имени Н. Д. Стражеско в этом знаменитом учреждении перед переводом в нашу клинику тщательно готовят, эффективно снижая гипергликемию. Таким образом, это наше совместное начинание. И здесь можно сказать: кто же, если не мы?!

? Когда Вы начинали делать первые шаги в этой спасительной сфере, о Вас можно было сказать — «И один в поле воин». А как теперь?

— Очень важный для меня вопрос. В нашем отделении работает 15 врачей, из них 11 хирургов. Семеро из них уже овладели под моим руководством аортокоронарным шунтированием на работающем сердце.

? Обратимся к Вашему особому союзу с Николаем Михайловичем Амосовым. В книге воспоминаний «Голоса времен» он описывает свое пребывание

в клинике Кёрфера в Германии, где ему было произведено аортокоронарное шунтирование и протезирование аортального клапана. Мне, Анатолий Викторович, посчастливилось готовить предисловие к этой книге. Однажды Николай Михайлович позвонил мне домой и сказал, что он уже не в состоянии непрерывно принимать



нитроглицерин по поводу болей в сердце и едет на операцию в Германию. Просил при любом исходе довести рукопись книги до финала. Но ведь обратиться в клинику Кёрфера порекомендовали ему Вы?

— Наверное, все произошло не сразу и не вдруг. Во время стажировки у Кёрфера, кардиохирурга колоссальных возможностей, я обратил внимание, что здесь в незыблемом плановом порядке оперируют по поводу проблем сердца и многих

пожилых пациентов. А ведь Николаю Михайловичу было уже за 80. В нашем институте операции в этом возрастном регистре тогда не выполнялись, ибо тут требовались надежные методики и аппаратура для искусственной вентиляции легких после операции. И узнав, что у Николая Михайловича обострилась ишемическая

рукой подробно описал этот благополучный исход, свои впечатления о Кёрфере — настоящем титане кардиохирургии, о великолепно налаженных технологиях лечения и ухода.

? Анатолий Викторович, когда я позвонил Вам, чтобы условиться о встрече в институте в Вашем кабинете на пятом этаже, Вы сказали, что вчера пришлось оперировать до поздней ночи. Чем была вызвана эта необходимость?

— Вы знаете, мы пришли к выводу, что операции на работающем сердце, о которых мы говорили, возможны, а скорее и необходимы, и в случаях с начинающимся инфарктом миокарда. И мы их безотлагательно выполняли. Ждать просто нельзя! Вот такую операцию мне и пришлось произвести в эти поздние часы. Ведь мой принцип, которого я неизменно придерживаюсь: не отказывать в помощи, если это только в моих силах, ни одному пациенту!

...Мы беседовали с Анатолием Викторовичем после его большого хирургического дня. За окном, в стремительно наступивших сумерках, большими хлопьями падал первый снег. Напротив здания останавливается маршрутка с обозначенной конечной остановкой «Институт имени Н. М. Амосова». Символично, что эти быстроеходные «бусики» с такой надписью начали ходить сюда, на взгорье над Киевом, в дни, когда учреждение еще не носило имя легендарного хирурга, дело которого живет и благодаря таким его выдающимся ученикам, как мой собеседник...

Подготовил **Юрий Виленский**

Здоров'я України

Шановні читачі!

Передплатити наше 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

«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



СІНЕВО
медична лабораторія

ЕКСПЕРТ У ЛАБОРАТОРНІЙ ДІАГНОСТИЦІ

О.К. Дуда, д.м.н., професор, В.О. Бойко, к.м.н., А.О. Беклемишева, кафедра інфекційних хвороб Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Краснуха: особливості перебігу у дорослих

Продовження. Початок у № 24/2015.

Інкубаційний період краснухи становить 11-24 дні. Він характеризується відсутністю клінічних проявів, хоча вірус в значній кількості вже виявляється в слизі носоглотки. Продромальний період, під час якого з'являються перші ознаки краснухи, часто залишається непоміченим через коротку тривалість – від кількох годин до 1-2 діб. На цьому етапі можливі незначний озноб, сонливість, першіння в горлі, покашлювання, легкий риніт. Як правило, дорослі не приділяють уваги помірно вираженому загальному дискомфорту і першим симптомом захворювання вважають висипання на шкірі, які з'являються одночасно на всіх ділянках тіла. Характер висипу в типових випадках розеолезний та дрібноплямисто-папулезний, елементи між собою не зливаються. Найбільша концентрація останніх спостерігається на розгинальній поверхні кінцівок, спині, сідницях, зовнішній поверхні стегон. На другий день чи навіть в кінці першого дня кількість висипань зменшується, вони змінюють характер на дрібноплямистий, стають подібними до таких у разі скарлатини. Висипання зникають швидко, у середньому протягом 1-3 днів, без утворення пігментації чи лущення; фактично етап висипань – це розпал хвороби.

Ще одним клінічним синдромом краснухи, який виявляють навіть частіше, ніж характерний висип на шкірі, є лімфаденопатія. Типовим є помірне збільшення лімфозв'язків, частіше задньохрущових та потиличних. Вони еластичної консистенції, не спаяні з суміжними тканинами, незначно болючі. Збільшення лімфозв'язків спостерігається за 5-10 днів до появи висипу і протягом 1-2 тиж після його зникнення. У деяких хворих явища лімфаденіту зберігаються протягом багатьох років після перенесеної краснухи.

Виразність інтоксикації незначна навіть в період розпаду захворювання (на етапі висипань). Проте у деяких хворих температура тіла може досягати 38-39,5 °С вже в продромальному періоді. При відсутності ускладнень у хворих до моменту зникнення висипань нормалізуються температура тіла, сон, апетит і загальний стан.

Катаральні прояви з боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і кон'юнктиви виникають рідко, виражені незначно, тривають протягом 2-3 днів.

Вроджена краснуха

Вроджена краснуха зазвичай розвивається у плода при первинному інфікуванні матері. Спектр вад розвитку плода варіює залежно від терміну, на якому вагітна перенесла захворювання (табл. 1).

При інфікуванні в більш пізні терміни вагітності (13-16-й тиж і пізніше) ризик розвитку дефектів у внутрішньоутробно інфікованих немовлят знижується, але певна небезпека зберігається аж до третього триместру.

Існувала думка, що плід, інфікований вірусами, в тому числі і збудником краснухи, втрачає здатність до продукції інтерферону. Однак доведено, що інфікований плід може синтезувати інтерферон α вже з 7-го тиж розвитку (Lebon P. et al., 1985).

Оскільки материнські IgM через плаценту не проникають, нейтралізують багатобактерний несприятливий вплив вірусу краснухи на плід не вдається.

Частота інфікування плода в перші 8 тиж вагітності становить 60-100%; на 9-12-й тиж – 15-50%; після 12 тиж – 7-12%. Якщо внутрішньоутробне зараження відбулося в більш пізні терміни, то власні IgM виявляються при народженні та зберігаються протягом перших 6-8 міс життя дитини (іноді довше). Таким чином, наявність у новонароджених специфічних IgM вказує на перенесену внутрішньоутробно краснуху.

Вроджена краснуха характеризується тріадою Грегга:

1. Катаракта (одно- або двобічне помутніння кришталіка), що часто супроводжується мікрофтальмом.
2. Вади серця (незарощення артеріальної протоки, стеноз легеневої артерії, ураження клапанного апарату або серцевих перегородок).
3. Глухота.

Можуть зустрічатися й інші порушення розвитку: низька маса тіла при народженні, тромбоцитопенічна пурпура, гепатоспленомегалія.

Таблиця 1. Ймовірні вади розвитку плода залежно від терміну інфікування

Термін інфікування	Вади розвитку
4-7-й тиждень	Аномалії з боку органу зору
3-11-й тиждень	Ураження центральної нервової системи
5-10-й тиждень	Вади серцево-судинної системи
7-12-й тиждень	Порушення слуху



Рис. 3. Висип у пацієнта з краснухою

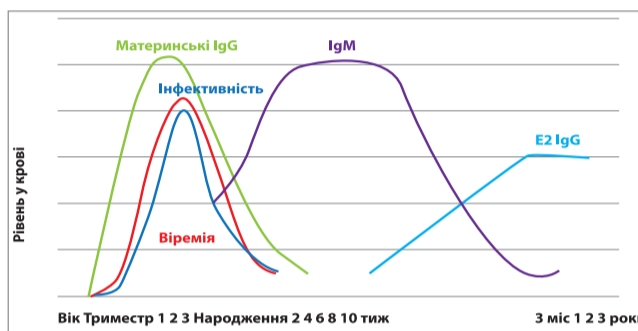


Рис. 4. Динаміка рівня антитіл до краснухи залежно від віку, в якому відбулося інфікування

Стійкі ураження плода частіше асоціюються з інфікуванням у I триместрі вагітності. Хромосомні порушення, як правило, виявляють вже після народження дитини, в процесі її росту і розвитку. Чим раніше відбулося інфікування, тим тяжчі ускладнення виникають у плода. Описані порушення слухового апарату, які призводять до глухоти, затримка розвитку зубів і кісток скелета (включаючи незрощення піднебіння, губи – т. зв. вовча паша, заяча губа), аномалії нирок, мікроцефалія. У разі внутрішньоутробного інфікування плода протягом тривалого часу відзначається пригнічення імунітету (клітинного та гуморального), що також негативно впливає на ріст і розвиток дитини.

Діагностика

Діагноз ґрунтується на характері висипу, терміні й одноментності його появи, типовій локалізації, а також на даних щодо епідемічної ситуації. Вірусологічне дослідження крові та фекалій є ефективним в період з 7-го до 14-го дня з моменту інфікування (до появи висипань); у разі наявності висипу доцільно досліджувати виділення з носоглотки.

Серологічні методи використовують в 1-2-й день після появи висипу і на 20-ту добу: присутність віруснейтралізуючих антитіл визначають за допомогою реакції непрямой геммаглютинації та реакції нейтралізації, IgG, IgM і IgA – за допомогою імуноферментного аналізу.

Лікування

Хворі на краснуху підлягають ізоляції до 5-го дня з моменту появи висипань. У дитячому колективі вводять карантин на 21 добу після ізоляції останнього хворого. Контактні особи можуть відвідувати дитячі колективи до 10-ї доби, з 11-го до 21-го дня вони повинні перебувати виключно в домашніх умовах.

Специфічного лікування не розроблено, тому рекомендують:

- ліжковий режим протягом 3-7 днів;
- повноцінне харчування з урахуванням вікових особливостей;
- загальногігієнічні заходи;
- дезінтоксикаційну терапію, часте вживання рідини;
- регулярне провітрювання приміщень;
- симптоматичну терапію (муколітики, жарознижуючі, анальгетики та ін.); слід пам'ятати, що одночасне застосування відхаркувальних і протикашльових засобів протипоказане.

Тактика щодо контактних вагітних

Обстеженню на краснуху підлягають жінки, у яких відмічаються порушення загального стану, короточасна лихоманка, будь-які висипання на шкірі, раптове збільшення лімфатичних

вузлів. У них визначають наявність специфічних IgM, низькоавідних IgG або наростання титрів IgG в динаміці, що свідчить про гостре захворювання.

Якщо такі зміни діагностуються у I триместрі вагітності, то необхідно вирішувати питання про її переривання. У разі відсутності лабораторних ознак гострої інфекції необхідне спостереження за вагітною протягом 20 днів з повторним її обстеженням у зазначені строки. За серонегативними вагітними здійснюється спостереження протягом всього періоду вагітності.

При інфікуванні жінки у II-III триместрах вагітності необхідно використання методу полімеразної ланцюгової реакції, РНК-гібридації в біоптаті ворсинок хоріону або вірусологічного дослідження амніотичної рідини, ультразвукового дослідження, доплерографічного обстеження судин плода та пуповини, визначення альфа-фетопротеїну. Інформативні прями визначення антигена краснухи та РНК у зразку біоптатів хоріоїдної ворсинки та оцінка специфічного IgM у крові плода, отриманої зі зразка умбілікальної крові (табл. 2).

Діти, народжені від матерів, які в період вагітності хворіли на краснуху чи контактували з пацієнтами з вказаною патологією, підлягають диспансерному спостереженню протягом не менше 7 років з обов'язковим регулярним оглядом педіатра, офтальмолога, оториноларинголога, невролога. Введення імуноглобуліну з метою профілактики краснухи неєфективне.

Профілактика

Специфічна профілактика краснухи здійснюється переважно живими вакцинами. Добре себе зарекомендували вакцини, отримані з використанням атенуованого штаму вірусу краснухи Wistar RA 27/3, які стимулюють не лише гуморальну, але й клітинну ланку імунітету. Антитіла з'являються через 2-3 тиж після вакцинації, імунітет формується у 95% щеплених осіб і зберігається напруженим упродовж 15-20 років.

Живі вакцини не можна застосовувати жінкам під час вагітності, оскільки при їх введенні виникає короткотривала вірусемія, що може призвести до ураження плода та народження дитини із СВК. Вагітність слід планувати не раніше ніж через 3 міс після щеплення.

Найбільш відомими засобами на основі атенуованого штаму Wistar RA 27/3, представленими на світовому ринку, є моновакцини Рудивакс (Франція), Ервевакс (Бельгія), вакцина виробництва Інституту сироваток Індії та тривакцини (містять також вакцинні штами вірусу кору та епідемічного паротиту) М-М-Р II (Нідерланди), Пріорікс (Бельгія), Тримовакс (Франція) і комбінована вакцина виробництва Інституту сироваток Індії.

Специфічна профілактика краснухи у дітей здійснюється живою вакциною у віці 12-15 міс з подальшою ревакцинацією в 6 років, у дівчат – ще і в 15 років.

Д. Клоерті та Е. Старк (2002) рекомендують проводити імунізацію проти краснухи серонегативних жінок, які не інфікувалися під час вагітності, відразу після пологів. У випадку здійснення матері вакцинації проти краснухи не рекомендується грудне вигодовування новонародженого.

Діти з СВК повинні розцінюватися як потенційно небезпечне джерело інфекції для оточуючих, що передбачає застосування відповідних протиепідемічних заходів. З метою своєчасної діагностики СВК та попередження поширення краснухи серед населення доцільно всіх новонароджених з вродженими вадами обстежувати щодо наявності маркерів захворювання. Згідно з рекомендаціями ВООЗ дітей з підозрою чи клінічними проявами СВК слід госпіталізувати у спеціалізовані медичні установи, створені на базі стаціонарів, в яких надається допомога педіатричним пацієнтам з вродженими вадами (серцево-судинна хірургія, офтальмологія, неврологія, інтенсивна терапія новонароджених).

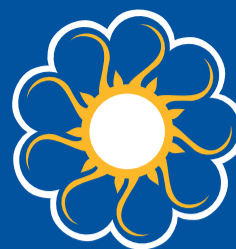
Таким чином, боротьба з краснухою, попередження розвитку СВК є важливою ланкою покращення показників перинатальної захворюваності та смертності. Особливо гостро стоїть питання про необхідність забезпечення вакцинації проти краснухи серед дівчаток-підлітків і молодих жінок.

Список літератури знаходиться в редакції.

Таблиця 2. Рекомендації з обстеження вагітних та жінок, що планують вагітність, на краснуху

Рівень IgG	Рівень IgM	Інтерпретація	Тактика лікаря
-	-	Інфікування відсутнє	Скрінінг IgG і IgM кожні 3 міс або при появі ознак захворювання
-	+	Гостра інфекція	Рекомендація відкласти дату зачаття на 2-3 міс. Термін вагітності до 16 тиж – рекомендації переривання. Термін вагітності більше 16 тиж – визначення ознак інфікування плода і формування вад розвитку, за їх відсутності – продовження вагітності з контрольними спостереженнями через 2-4 тиж і 2-3 міс (у разі появи патологічних ознак рекомендується переривання вагітності)
+	+	Пізній період гострої інфекції	Подібна до такої при гострій інфекції

ВАШ НАДІЙНИЙ ЛАБОРАТОРНИЙ ПОМІЧНИК



СІНЕВО
медична лабораторія

Понад 150 лабораторних
центрів у 34 містах України

>17'000 ЛІКАРІВ
ОБРАЛИ «СІНЕВО»



Міжнародний
контроль якості



RIQAS

INTERNATIONAL

DGKL

GERMANY

ISO-9001

СИСТЕМА ЯКОСТІ

Найкраще світове
обладнання



+

штрих-кодуювання зразків

Автоматизований
лабораторний процес



ЛАБОРАТОРНІ ТЕСТИ

Більше ніж 1500
лабораторних тестів

2140 **Вірус краснухи**
(Rubella virus),
авідність антитіл IgG

2032 **Вірус краснухи**
(Rubella virus), антитіла IgG

2033 **Вірус краснухи**
(Rubella virus), антитіла IgM

0 800 50 70 30

безкоштовно зі стаціонарних телефонів по Україні

www.synevo.ua



facebook.com/SynevoLab

АЛЬТАБОР

СУЧАСНИЙ ПРОТИВІРУСНИЙ ПРЕПАРАТ РОСЛИНОГО ПОХОДЖЕННЯ



ПРОФІЛАКТИКА та ЛІКУВАННЯ ГРИПУ та ГРВІ

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників

Склад: 1 таблетка містить альтабору 20 мг.

Фармакотерапевтична група. Противірусні засоби для системного застосування. Противірусні засоби. Інші. Код J05A X.

Діючою речовиною таблеток є субстанція сухого екстракту суплідь вільхи сірої і вільхи клейкої.

Показання для застосування. Для профілактики та лікування грипу, гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату.

Спосіб застосування та дози. Для профілактики – по 2 таблетки 3 рази на добу. Тривалість – 7 днів.

Для лікування – по 2 таблетки 4 рази на добу. Тривалість – 7 днів.

Побічні ефекти. Можливі алергічні реакції у пацієнтів з підвищеною чутливістю до компонентів препарату.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування.

БХФЗ  **bcpp**
www.bcpp.com.ua

Виробник: ПАТ НВЦ
"БОРЩАГІВСЬКИЙ ХФЗ",
Україна, 03680, м. Київ-134,
вул. Миру, 17, тел: (044) 205-41-23

Вибір на користь АМБРОКСОЛУ БХФЗ

Зручні форми випуску для будь-якого віку



АМБРОКСОЛ 15 Сироп для дітей

5 мл сиропу містять 15 мг амброксолу гідрохлориду.
Упаковка. Флакон 100 мл в пацці разом з ложкою дозувальною.
Р.п. МОЗ України UA/0595/01/01 від 21.10.2013.

АМБРОКСОЛ 30 Сироп для дорослих

5 мл сиропу містять 30 мг амброксолу гідрохлориду.
Упаковка. Флакон 100 мл в пацці разом з ложкою дозувальною.
Р.п. МОЗ України UA/0596/01/01 від 21.10.2013.

АМБРОТАРД 75 Капсули пролонгованої дії

1 капсула містить амброксолу гідрохлориду, пелети з пролонгованим вивільненням – 75 мг.
Упаковка. По 10 капсул у блістері, по 1 блістеру в пацці.
Р.п. МОЗ України UA/2814/01/01 від 18.02.2015.

АМБРОКСОЛУ гідрохлорид Таблетки

1 таблетка містить 30 мг амброксолу гідрохлориду.
Упаковка. По 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у пацці.
Р.п. МОЗ України UA/1437/01/01 від 19.06.14.

Препарати амброксолу посилюють виведення мокротиння (за рахунок збільшення секреції залоз дихальних шляхів, зниження в'язкості бронхіального слизу, стимуляції активності ворсинок дихальних шляхів), посилюють утворення сурфактанта в легенях. Застосовуються при гострих та хронічних бронхопупулмональних захворюваннях, пов'язаних із порушеннями бронхіальної секреції та ослабленням виділення мокротиння. Протипоказання: підвищена чутливість до амброксолу або до ін. компонентів препарату; спадкова непереносимість фруктози. Рідкі спадкові порушення толерантності до вуглеводів. Можливі побічні реакції: ШКТ: диспепсія, печія, нудота, блювання, біль у животі, пронос/запор, гіперсалівація, сухість у роті, гіпестезія слизової оболонки рота та/або глотки. Дихальна система: ринорея, сухість слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, задишка (як симптом реакції гіперчутливості). Сечовидільна система: дизурія. ЦНС: дисгевзія. Імунна система, шкіра: свербіж, висип, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, анафілактичні реакції, гарячка, озноб, інші алергічні реакції. Відпускаються без рецепта.

Інформація про лікарські засоби для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування.

Виробник: ПАТ НВЦ
"БОРЩАГІВСЬКИЙ ХФЗ",
Україна, 03680, м. Київ-134,
вул. Миру, 17, тел: (044) 205-41-23

БХФЗ  **bcpp**
www.bcpp.com.ua