



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



**Енерлів® про печінку дбає,
її відновленню сприяє!**

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Енерлів®

ЕНЕРЛІВ® Склад: діюча речовина: 1 капсула м'яка містить знежирених збагачених соєвих фосфоліпідів 300 мг.

Лікарська форма. Капсули м'які. **Фармакотерапевтична група.** Препарати, що застосовуються при захворюваннях печінки, ліпотропні речовини. Код АТС А05ВА.

Виробник: Каталент Німеччина Ебербах ГмбХ. Гамельсбахер штрассе 2, 69412 Ебербах, Німеччина. BERLIN-CHEMIE AG. Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Показання для застосування. Жирова дегенерація печінки (у тому числі ураження печінки при діабеті), гострі та хронічні гепатити, цироз печінки, перед- та післяопераційне лікування хворого при хірургічному втручанні на печінці та жовчовивідних шляхах, токсичні ураження печінки, токсикози вагітності, радіаційний синдром.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату.

Побічні ефекти. Іноді можуть мати місце такі порушення з боку травного тракту як скарги з боку шлунка, рідкі випорожнення, понос. У поодиноких випадках були повідомлення про абдомінальний біль та нудоту. Дуже рідко спостерігаються алергічні реакції, у тому числі екзантема та кропив'янка. Дуже рідко можуть спостерігатися свербіж та шкірні висипання. У рідких випадках соєва олія може спричинити тяжкі алергічні реакції. Було одне повідомлення про появу у жінки петехій та кровотечі у міжменструальний період, однак причинний зв'язок з препаратом Енерлів не був встановлений.

Спосіб застосування та дози. Дорослі та діти старше 12 років. Початкова доза становить 2 капсули Енерліву 3 рази на добу, а підтримуюча – 1 капсула 3 рази на добу. Препарат застосовують під час вживання їжі, не розжовують та запивають невеликою кількістю рідини. Рекомендована тривалість лікування становить не менше 3 місяців.

За докладною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування препарату Енерлів®, затвердженої наказом МОЗ України №730 від 17.10.2014, РП №UA/5631/01/01.

Інформація про безрецептурний лікарський засіб.

Інформація для використання у професійній діяльності медичними і фармацевтичними працівниками.

UA_Ener_01_2015_VI_Visual затв. до друку 12.03.2015.

Представництво компанії «Берлін Хемі/ А.Менаріні Україна ГмбХ»
Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. **Тел.:** +38 (044) 494 33 88, **факс:** (044) 494 33 89

О.В. Шве́ц, к.м.н., кафедра внутрєнней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Диетические рекомендации для пациентов с распространенными компенсированными заболеваниями печени

Несмотря на отсутствие в нашей стране полноценных эпидемиологических данных касательно наиболее часто встречающихся заболеваний печени, есть все основания считать их чрезвычайно распространенными среди украинского населения. В 2014 г. в Украине насчитывалось почти 309 тыс. больных хроническим гепатитом (ХГ) и более 48 тыс. пациентов с циррозом печени [1].

Для оценки распространенности неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) можно использовать данные ВОЗ по важнейшим факторам риска неинфекционных заболеваний в Европейском регионе, в том числе в Украине [2]. В настоящее время более 50% взрослых украинцев имеют избыточную массу тела (из них 21% страдают ожирением); у 45% отмечается повышенное артериальное давление. Таким образом, при ориентировочной оценке распространенности метаболического синдрома (МС) можно говорить как минимум о 35-40% взрослого населения [3].

НАЖБП является постоянным спутником МС и встречается у 2/3 пациентов [4]. По подсчетам, количество таких больных в нашей стране составляет не менее 8 млн (!) человек. В группе риска – и пациенты с алкогольной жировой болезнью печени (АЖБП), число которых оценивают приблизительно в несколько миллионов, учитывая высокую – на уровне 13,9 л – количество потребления чистого алкоголя на душу населения в год [2].

Современные терапевтические стратегии при заболеваниях печени включают этиотропное лечение, коррекцию образа жизни, диетотерапию и применение гепатопротекторов.

Для подготовки персонализированных рекомендаций по питанию необходимо учитывать следующие ключевые моменты:

- нутритивный статус на текущий момент;
- обычный рацион питания больного;
- особенности патологии печени;
- эффективность диетических ограничений в соответствии с принципами доказательной медицины.

Следует предоставить пациенту индивидуальные, понятные и легко выполнимые рекомендации. Исключение продуктов и блюд должно быть обоснованным, предписанная диета не должна лишать больного удовольствия от употребления пищи.

Оценка нутритивного статуса пациента с патологией печени

Такая оценка включает несложные и, как правило, легкодоступные методы. Определение нутритивного статуса должно проводиться всем без исключения больным для обеспечения поступления адекватного количества энергии и основных питательных веществ.

Анамнез

Необходимо детальное изучение особенностей набора/снижения массы тела. Динамика антропометрических данных имеет важное значение при любой патологии печени. Для АЖБП, вирусных гепатитов и циррозов обычно характерно снижение веса, его непреднамеренная потеря на $\geq 10\%$ от исходного уровня считается тяжелой. При циррозе печени на динамику массы тела может влиять задержка натрия и воды.

Физикальное обследование

Самостоятельная оценка роста и веса может быть неточной; целесообразно взвешивать больных на приеме; измерять рост, окружность талии и определять индекс массы тела (ИМТ). Следует обязательно указывать наличие отеков и асцита, которые, безусловно, влияют на показатели массы тела. Физикальное обследование включает оценку мышечной массы (обычно квадрицепсов и дельтовидных мышц) и количества подкожного жира (в области трицепсов и грудной клетки).

Во время осмотра могут быть выявлены признаки дефицита нутриентов (табл. 1).

Общая оценка нутритивного статуса на основании физикального обследования позволяет классифицировать пациентов на имеющих адекватный статус питания, умеренный и тяжелый дефицит питания. Один из вариантов совокупности компонентов для такой оценки включает: ИМТ, окружность средней трети руки и воспроизведение рациона питания за сутки [6].

Анализ обычного рациона пациента

В обычных условиях достаточно потратить 5-10 мин для самостоятельного воспроизведения пациентом времени приема, вида и количества принятой пищи и напитков за предыдущий день или записать эти данные со слов больного. Рекомендуется использовать форму, приведенную в таблице 2.

Анализ сведений, предоставленных больным, позволяет внести изменения в привычный рацион, снизив потребление нежелательных продуктов и блюд

и, наоборот, увеличив содержание в рационе здоровых продуктов, обеспечивающих потребность в незаменимых питательных веществах.

Лабораторные исследования

Перечень лабораторных тестов включает основные анализы, которые следует проводить всем больным с риском декомпенсации хронического диффузного заболевания печени, и дополнительные исследования, показанные определенному контингенту пациентов.

Обязательные тесты, которые могут быть прогностическими маркерами декомпенсации, включают определение уровня билирубина, креатинина и международного нормализованного отношения (МНО).

У пациентов с алкогольным гепатитом или холестатическими заболеваниями печени целесообразно определять концентрации жирорастворимых витаминов (А, D, E) для коррекции их возможного дефицита.

Неалкогольная жировая болезнь печени

Основу рекомендаций для пациентов с НАЖБП составляет сбалансированная гипокалорийная диета, направленная (наряду с увеличением физической активности) на постепенное стабильное уменьшение массы тела [7]. В зависимости от динамики снижения веса отмечается улучшение морфологического и функционального состояния печени. Потенциальные эффекты гипокалорийной диеты при НАЖБП перечислены в таблице 3.

Гипокалорийная сбалансированная диета должна обеспечивать постепенное снижение массы тела, примерно на 500 г в неделю, что соответствует ограничению калорийности рациона примерно на 500 ккал.

Продолжение на стр. 8.



О.В. Шве́ц

Таблица 1. Признаки дефицита нутриентов [5]

	Признаки	Возможный дефицит нутриента
Волосы	Алопеция	Белково-энергетический дефицит
	Ломкость	Белково-энергетический дефицит, биотин
	Изменение цвета	Белково-энергетический дефицит
	Сухость	Витамины Е и А
	Выпадение	Белково-энергетический дефицит
Кожа	Акне	Витамин А
	Фолликулярный кератоз	Витамин А
	Сухость кожи	Витамин А
	Экхимозы	Витамины С и К
	Интрадермальные кровоизлияния	Витамины С и К
	Эритема	Ниацин (витамин РР)
	Гиперпигментация	Ниацин
	Себорейный дерматит	Витамин В ₆ , витамин В ₁₂ , ниацин
	Аллергический контактный дерматит в области мошонки	Ниацин, витамины В ₆ и В ₁₂
Глаза	Ангулярный птеригиал	Витамин В ₂
	Васкуляризация роговицы	Витамин В ₂
	Пятна Бито	Витамин А
	Сухость конъюнктивы, кератомалиция	Витамин А
Ротовая полость	Ангулярный стоматит	Витамины В ₁₂ , В ₆ и В ₂
	Атрофия сосочков языка	Ниацин
	Кровоточивость десен	Витамин С
	Хейлит	Витамины В ₆ и В ₂
	Глоссит	Ниацин, фолат, витамины В ₁₂ , В ₆ и В ₂
Конечности	Искривление	Витамин D
	Исчезновение сухожильных рефлексов нижних конечностей	Витамины В ₁ и В ₁₂

Таблица 2. Форма для оценки обычного рациона

Жалобы больного:		Имя пациента _____ Дата _____		
Анамнез:				
Возраст _____ Вес _____ Рост _____ ИМТ _____		Окружность талии _____		
Динамика изменения веса _____				
Другие важные данные _____		Сопутствующие заболевания _____		
Особенности кулинарной обработки _____		Частота посещения ресторанов _____		
Дети _____		Мотиваторы _____		
Курение _____		Употребление алкоголя _____		
Профессия _____		Прием медикаментов _____		
Текущий рацион питания				
Завтрак:	Второй завтрак:	Обед:	Полдник:	Ужин:
Частота употребления отдельных продуктов				
Овощи Картофель Фрукты Цельные злаки Хлеб Орехи Семечки Бобовые Сливочное масло Напитки		Мясо Технологически обработанные мясные продукты Рыба Яйца Молочные и кисломолочные продукты Кондитерские изделия Сахар Соль Растительное масло		

Диетические рекомендации для пациентов с распространенными компенсированными заболеваниями печени

Продолжение. Начало на стр. 3.

Более значимое уменьшение его энергетической ценности обычно не приносит дополнительной пользы, а потеря более 1 кг в неделю ассоциируется с риском нежелательных последствий в виде ухудшения показателей печеночных проб, прогрессирования стеатоза и фиброза печени [9].

Во время консультирования пациента следует особо подчеркнуть важность максимального ограничения потребления технологически обработанной пищи, которая является основным источником сахара, соли, насыщенных жиров и трансжиров. Необходимо мотивировать больных употреблять как минимум 300 г овощей и фруктов, цельные злаки, орехи и семечки. Количество сахара не должно превышать 25 г/сут. Целесообразно увеличить соотношение ω_3/ω_6 -полиненасыщенных жирных кислот за счет употребления жирной морской рыбы (включая мороженую) не реже 2 р/нед и добавления льняного масла вместе с подсолнечным в заправку для салата.

Пациенты нуждаются в информировании о принципах выбора напитков. Ограничения необходимы в отношении алкоголя и напитков, содержащих большое количество фруктозы (сладкие газированные напитки, фруктовые соки, включая свежевыжатые и смузи). Алкоголь не должен потребляться в количестве свыше 1-2 порций в день (эквивалентно 30 мл крепкого алкоголя, 100 мл вина и 300 мл пива), соки – не более 200 мл в день. Основные источники жидкости для пациентов с НАЖБП – вода, кофе и чай.

Важнейшим направлением в программе по нормализации массы тела является «оздоровление» пищевых привычек. Стоит обратить внимание пациента на необходимость более медленного приема пищи (в течение 20-30 мин), употребления продуктов питания только в специально предназначенных для этого местах. Для уменьшения объема съеденной пищи рекомендуется выпить стакан воды перед едой.

Для контроля эффективности гипокалорийной сбалансированной диеты рекомендуют еженедельное взвешивание. Если в течение первых недель ее соблюдения не удается снизить массу тела на 500 г/нед, следует уменьшить калорийность рациона. Реальной целью успешной программы по нормализации массы тела за счет гипокалорийной диеты и повышения интенсивности физической нагрузки является снижение веса на 10% от исходного.

Алкогольная жировая болезнь печени и алкогольный стеатогепатит

Основой комплексного лечения алкогольных поражений печени является полный отказ от употребления алкоголя, что считается единственным доказанным фактором увеличения продолжительности жизни больных [10]. Поскольку злоупотребление алкоголем часто связано с критическим снижением энергетической ценности суточного рациона, основные усилия необходимо направить на обеспечение полноценного здорового питания таких пациентов. Детальные рекомендации в отношении здорового питания были утверждены приказом МЗ Украины от 14.01.2013 № 16 «Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультивання пацієнтів щодо основних засад здорового харчування» [11].

В руководстве Европейского общества по клиническому питанию и метаболизму (ESPEN) приведены следующие рекомендации для пациентов с алкогольным стеатогепатитом [12]:

- определять риск дефицита энергии и нутриентов на основании антропометрических данных;
- обеспечить калорийность диеты на уровне 35-40 ккал/кг массы тела в день;
- нормализовать потребление белка (1,2-1,5 г/кг/сут);
- использовать питательные смеси (предпочтительно употребляемые перорально) при энергетической недостаточности рациона и низком содержании в нем питательных веществ:
 - предпочтительно применение смесей с содержанием цельного белка;
 - для пациентов с асцитом лучше использовать более концентрированные высококалорийные смеси;
 - при наличии печеночной энцефалопатии следует использовать смеси, содержащие аминокислоты с разветвленными боковыми цепями (BCAA-аминокислоты);
- при невозможности обеспечить адекватный пероральный прием пищи нужно рассматривать необходимость зондового питания.

Хронический вирусный гепатит

В настоящее время не существует убедительных данных о необходимости назначения и соблюдения специфической диеты пациентами с хроническим вирусным гепатитом

Основные эффекты	Результаты
Уменьшение поступления свободных жирных кислот в печень	↓ синтеза триглицеридов ↓ инсулинорезистентности ↓ продукции глюкозы в печени ↓ образования свободных радикалов ↓ выраженности воспалительных реакций
Повышение чувствительности тканей к инсулину Снижение количества циркулирующего инсулина	↓ липогенеза ↓ фиброза ↑ элиминации липопротеинов очень низкой плотности
Уменьшение выраженности воспаления в жировой ткани	↑ чувствительности к лептину ↑ синтеза адипонектина ↑ выработки провоспалительных цитокинов

В или С. Обязательным компонентом лечения является полное исключение алкоголя. В случае невозможности достижения этой цели следует ограничить потребление алкогольных напитков до 1-2 порций в день.

Для контроля нормального ИМТ необходимо придерживаться сбалансированной и адекватной по калорийности диеты, ограничить потребление напитков со значительным содержанием свободного сахара (сладкая газированная вода, соки и смузи). В то же время в последние годы получены данные о снижении риска развития гепатоцеллюлярной карциномы у лиц, регулярно потребляющих 2-3 чашки кофе в день [13].

Выводы

- Рекомендации по питанию пациентов с распространенными заболеваниями печени (НАЖБП, АЖБП, ХГ) основаны преимущественно на здоровой сбалансированной диете, адаптированной к индивидуальным особенностям пациента.
- Цель диетотерапии заключается в оптимизации поступления энергии и основных нутриентов.
- Достижение этой цели основывается на качественной оценке нутритивного статуса пациента и его привычного рациона.

Список литературы находится в редакции.

НОВИНИ МОЗ

У МОЗ обговорили шляхи розвитку системи амбулаторного лікування хворих на туберкульоз в Україні

У МОЗ відбулося спільне робоче засідання представників Бюро ВООЗ в Україні, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України», МБФ «Альянс громадського здоров'я», проекту «Фінансування та управління охороною здоров'я», а також представників пілотних регіонів, де впроваджувалися моделі з акцентом на амбулаторне лікування хворих на туберкульоз.

Учасники обговорили питання узгодження подальших спільних дій МОЗ України та регіонів з впровадження амбулаторних моделей лікування у фтизіатричній службі.

Директором департаменту охорони здоров'я Полтавської області були представлені попередні результати програми з розробки нової системи фінансування фтизіатричної служби в області.

Представники пілотних регіонів доповіли про результати впровадження моделей амбулаторного лікування хворих на туберкульоз.

На засіданні було домовлено врахувати отримані результати впровадження представлених проектів для подальшої підготовки системи амбулаторного лікування хворих на туберкульоз у рамках реалізації Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії туберкульозу на 2017-2021 рр. Також підтримано пропозицію щодо проведення обміну досвідом Полтавської області щодо впровадження механізму нової системи фінансування фтизіатричної служби з метою подальшого поширення в інших регіонах України.

Крім того, присутні обговорили необхідність розробки Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії туберкульозу на 2017-2021 рр.

З 22 квітня 2016 р. набувають чинності нові умови провадження медичної практики та діяльності банків пуповинної крові

Це ще один важливий крок на шляху до дерегуляції підприємницької діяльності та наближення якісних медичних послуг до пацієнта. Про особливості та переваги нових умов під час прес-конференції в ІА «Укрінформ» розповіли начальник Управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України Ігор Слонецький, заступник голови комітету з медичного права Асоціації правників України Марина Слободніченко та представники приватного сектору медицини – генеральний директор медичної компанії Ілауа Олексій Шершньов та генеральний директор центру онкології «Кібер Клініка Спіженко» Олег Спіженко.

«Нові ліцензійні умови визначені ухваленими Кабінетом міністрів України постановами «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» та «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я». Вони стали реальністю завдяки плідній співпраці робочих груп, які сформувалися з представників

Міністерства охорони здоров'я та бізнесу під керівництвом першого заступника міністра охорони здоров'я Олександри Павленко, – зазначив Ігор Слонецький.

Як конкретизувала Марина Слободніченко, Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» надає можливість відкривати медичну практику фізичним особам-підприємцям, що не мають відповідної освіти, але разом з тим надає право створювати робочі місця та наймати лікарів за заявленою спеціальністю. Ця норма надасть можливість залучати інвестиції та розширити доступ до надання медичної допомоги у неперестіжних регіонах. Також постановою встановлює норми щодо якості надання медичної допомоги пацієнтам відповідно до стандартів та протоколів, затверджених МОЗ України, регламентує можливості для проведення медичних оглядів, містить положення, що регулюють момент спадкування медичної справи. Для суб'єкта господарювання важливо і те, що значно спрощується пакет необхідних документів для отримання ліцензії та й сама процедура її отримання. «Нові ліцензійні умови медичної практики значно полегшують ведення бізнесу в Україні, що робить нашу державу інвестиційно привабливою, і як наслідок приватна медицина в Україні стане доступною для громадян», – підкреслила Марина Слободніченко.

Олексій Шершньов пояснив, що Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я» значно спрощує вимоги до провадження господарської діяльності банків пуповинної крові завдяки тому, що вилучено норму щодо проведення лабораторних досліджень лише одним суб'єктом, який отримав ліцензію на банк пуповинної крові; запропоновано надання можливості залучати на зазначені дослідження третіх осіб, які мають у своїй структурі такі лабораторії; вилучено норму, яка передбачала мінімальну площу (500 кв. м.) для провадження господарської діяльності банків пуповинної крові.

На його думку, постанова нарешті створить конкуренцію на ринку клітинної терапії, що буде стимулювати розвиток галузі. «На сьогоднішній момент в Україні лише 6 ліцензій на дану діяльність. Попередніми нормами отримати ліцензію на такий вид діяльності було практично неможливо. Нова постанова нарешті створить конкуренцію на ринку клітинної терапії, що буде стимулювати розвиток галузі, і ціни на послуги стануть більш доступними для пацієнтів. Для прикладу, ми через соціальний проект завдяки новим клітинним технологіям попередили ампутацію кінцівок для 50 бійців АТО і зекономили державі приблизно 200 млн грн бюджетних коштів», – зауважив він.

На думку Олега Спіженка, ухвалення вищезазначених постанов Кабінету міністрів України – це величезний прорив для України з точки зору співпраці бізнесу та держави. «Вперше за всю історію незалежної України МОЗ запросило бізнес для роботи над новими умовами ліцензування. Діалог був дуже жвавий, дискусія точилася над кожним пунктом, тому що всі розуміли, що нам потім жити за цими ліцензійними умовами. Ми, як представники бізнесу, дуже вдячні МОЗ України та Олександрі Павленко за те, що нас було почуто», – підкреслив він.

За інформацією прес-служби МОЗ України