

Виграй час – збережи життя!

ТОРВАКАРД®
АТОРВАСТАТИН



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

Торвакард® рівнозначний
оригінальному аторвастатину
за ліпідкоригуючими
та ендотелійпротективними
властивостями³

Профіль безпеки
та переносимості
Торвакард® є подібним
до плацебо⁴

ТОРВАКАРД® 10, ТОРВАКАРД® 20, ТОРВАКАРД® 40

Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

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

Показання. Запобігання серцево-судинним захворюванням. Гіперліпідемія.

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

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

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

3. Михин В.П., Жилиєва Ю.А. Дженоерические статини в клинической практике:

дешевые заменители или достойная альтернатива брендам. Аторвастатин.

Рациональная фармакотерапия 2012, №2(4), с. 21-25.

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

ІХС – ішемічна хвороба серця.

АГ – артеріальна гіпертензія

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

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

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції

для медичного застосування препарату Торвакард®.

Р. П. МОЗ України № UA/3849/01/01; № UA/3849/01/02; № UA/3849/01/03.

Наказ МОЗ України № 462 від 24.07.2015 р.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»
01033, м.Київ, вул.Жиланська, 48-50А,
Тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01

SAUA.GATOZ.15.12.0649

ZENTIVA
У СКЛАДІ САНОФІ

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

Гиполипидемическая терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца: фокус на аторвастатин

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием и ведущей причиной смерти во всем мире. Развитию ИБС способствуют различные факторы риска, такие как артериальная гипертензия, курение, диабет, малоактивный образ жизни, депрессия и др., однако ключевым патогенетическим механизмом выступают атерогенная дислипидемия и ассоциированный атеросклероз коронарных артерий. Соответственно, коррекция дислипидемии является неотъемлемой составляющей ведения пациентов с ИБС или высоким риском развития этого заболевания. Вместе с тем цель лечения состоит не в устранении дислипидемии как таковой, а в снижении риска сосудистых событий и в улучшении прогноза.

При атерогенной дислипидемии (повышенных уровнях холестерина липопротеинов низкой плотности – ХС ЛПНП – и триглицеридов (ТГ) на фоне сниженных уровней холестерина липопротеинов высокой плотности – ХС ЛПВП) наиболее эффективными лекарственными средствами являются ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, или статины. Препарат этой группы, как и ацетилсалициловая кислота, при отсутствии абсолютных противопоказаний должен назначаться каждому пациенту с установленным диагнозом ИБС независимо от исходных уровней ХС ЛПНП. При выборе статина следует учитывать, что наибольшую доказательную базу в отношении лечения пациентов с ИБС имеет аторвастатин. Кроме того, этот статин обладает самым широким спектром нелипидных эффектов. Существует аргументированное мнение, что именно нелипидные эффекты отвечают за основной результат лечения – улучшение выживаемости у больных высокого риска.

Аторвастатин – гиполипидемический препарат, при применении которого впервые зарегистрировано прекращение прогрессирования атеросклеротических изменений сосудов. Это было установлено в исследовании REVERSAL (REVERSing Atherosclerosis with Aggressive Lipid Lowering), в котором сравнивалось влияние интенсивного и умеренного режимов терапии (соответственно 80 мг/сут аторвастатина и 40 мг/сут правастатина) на выраженность коронарного атеросклероза. В исследование были включены 657 пациентов с клиническими проявлениями ИБС, ангиографическими признаками стеноза коронарных артерий >20% и уровнем ХС ЛПНП от 3,2 до 5,4 ммоль/л (125–210 мг/дл). Основным критерием оценки различных режимов статинотерапии являлось процентное изменение общего объема атеромы. Дополнительным критерием было процентное и номинальное изменение объема атеромы, оцениваемое в 10 последовательных поперечных сечениях коронарных артерий с наибольшим и наименьшим объемом атеромы. Исследование проводилось с помощью внутрисосудистого ультразвукового датчика, выполнялось в начале наблюдения и через 18 мес. Результаты исследования продемонстрировали статистически значимое замедление прогрессирования атеросклероза коронарных артерий в группе аторвастатина. За время наблюдения средний исходный уровень ХС ЛПНП, составлявший в обеих группах 3,89 ммоль/л (150,2 мг/дл), статистически значимо снизился до 2,85 ммоль/л (110 мг/дл) в группе правастатина и до 2,05 ммоль/л (79 мг/дл) в группе аторвастатина.

В исследовании TNT (Treating to New Targets) проверялась гипотеза о том, что снижение уровня ХС ЛПНП с помощью статина <2,6 ммоль/л позволит получить лучший клинический результат при стабильной ИБС. Различия в уровнях ХС ЛПНП между двумя крупными группами больных в этом исследовании обеспечивалось использованием двух доз аторвастатина – 10 и 80 мг/сут,

также планировалось оценить клиническую эффективность достижения более низких уровней ХС ЛПНП у пациентов со стабильными формами ИБС.

Согласно результатам исследования, в сравнении с менее интенсивным лечением (аторвастатин 10 мг/сут) режим интенсивной гиполипидемической терапии (аторвастатин 80 мг/сут) у пациентов со стабильной стенокардией и исходным уровнем липидов крови, близким к целевому, позволяет на 22% снизить риск сердечно-сосудистых катастроф при ИБС, обеспечивая существенное клиническое преимущество.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из частых осложнений ИБС наряду с другими нарушениями сердечного ритма. ARMYDA-3 (Atorvastatin for Reduction of Myocardial Dysrhythmia After cardiac surgery) было первым рандомизированным контролируемым исследованием (РКИ) статинов перед плановым аортокоронарным шунтированием (АКШ). В этом исследовании изучалось, предотвращает ли аторвастатин в дозе 40 мг/сут, прием которого начинался за 1 нед до операции, возникновение ФП после вмешательства. Популяция исследования была представлена 200 пациентами, из них 99 получали плацебо и 101 – аторвастатин в дозе 40 мг/сут. Лечение начиналось за 7 дней до планового АКШ. Первичной конечной точкой была частота возникновения ФП после операции в госпитальном периоде в 2 группах исследования. Оценивались эпизоды ФП продолжительностью более 5 мин, зарегистрированные системой мониторинга или электрокардиографически, а также любой эпизод ФП, требовавший вмешательства по поводу стенокардии либо гемодинамической нестабильности.

ФП после операции возникла у 35 (35%) из 101 пациента в группе аторвастатина по сравнению с 56 (57%) из 99 пациентов группы плацебо ($p=0,003$). Средняя частота сокращений желудочков составляла 115 ± 12 уд./мин в группе аторвастатина и 118 ± 15 уд./мин в группе плацебо ($p=0,12$). ФП возникла в среднем через 51 ± 15 ч после операции в группе аторвастатина и 50 ± 17 ч после операции в группе плацебо ($p=0,59$), а общая продолжительность эпизодов ФП была практически одинаковой (24 ± 4 vs 24 ± 5 ч; $p=0,88$). Средние сроки пребывания в стационаре после операции оказались существенно короче в группе аторвастатина ($6,3 \pm 1,2$ vs $6,9 \pm 1,4$ дня в группе плацебо; $p=0,001$). Многофакторный анализ показал, что лечение аторвастатином ассоциировалось со снижением риска ФП после операции на сердце на 61% ($p=0,017$).

Стенокардия, возникающая вследствие ишемии миокарда, наблюдается у половины пациентов с ИБС. В последние годы появляется все больше доказательств, что за счет нелипидных свойств статины, прежде всего аторвастатин, могут обеспечивать антиангинальное и антиишемическое действие, сопоставимое с таковым стандартных антиангинальных препаратов и хирургических вмешательств. Так,

в исследовании Vascular Basis for the Treatment of Myocardial Ischemia Study у пациентов со стабильной ИБС после 1 года приема аторвастатина наблюдалось значительное снижение частоты и продолжительности ишемии при улучшении толерантности к физическим нагрузкам. В исследовании SAGE аторвастатин в дозе 80 мг/сут уже через 3 мес лечения обеспечил значительное снижение общей длительности ишемии на 37% (помимо снижения общей смертности на 77%).

Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что у пациентов с ИБС и сердечной недостаточностью (СН) терапия статинами может снижать риск сердечно-сосудистых осложнений и улучшать выживаемость. Однако в этом отношении наблюдаются значительные клинические различия между гидрофильными (розувастатин) и липофильными (аторвастатин) статинами при их использовании у больных с СН. Например, в метаанализе 17 РКИ, включивших в общей сложности 1473 пациента с СН, было продемонстрировано, что аторвастатин значительно улучшает фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и снижает уровни мозгового натрийуретического пептида (BNP) и его N-терминального фрагмента (NT-proBNP), тогда как розувастатин подобными эффектами не обладает. Такое различие в динамике показателей, вероятно, связано с тем, что липофильный аторвастатин может проникать в кардиомиоциты и вызывать изменения непосредственно в этих клетках, в то время как гидрофильный розувастатин подобной возможности лишен. Поскольку уровень NT-proBNP является предиктором больших сердечно-сосудистых событий, а более высокие значения ФВ ЛЖ достоверно ассоциируются со снижением смертности у пациентов с СН, существенное улучшение этих показателей на фоне применения аторвастатина может обеспечивать более выраженное снижение риска сердечно-сосудистого риска по сравнению с розувастатином.

На сегодня доказано, что дислипидемия вызывает прогрессирующее снижение почечной функции и повышает риск развития хронической болезни почек. В то же время некоторые статины посредством целого ряда механизмов могут оказывать заметное защитное влияние на функциональные способности почек. В частности, значительная способность аторвастатина к нефропротекции подтверждается результатами многочисленных исследований, таких как GREACE, ALLIANCE, TNT, PLANET I, PLANET II.

Сравнение нефропротекторных эффектов аторвастатина и розувастатина проводилось в двух РКИ – PLANET I и PLANET II, включавших пациентов с исходной умеренной протеинурией и гиперхолестеринемией с сахарным диабетом (СД) (PLANET I, $n=325$) и нормальным обменом глюкозы (PLANET II, $n=220$). После вводного периода длительностью 8 нед пациенты в каждом исследовании были рандомизированы в группы лечения аторвастатином (целевая доза 80 мг/сут)



И.В. Давыдова

и розувастатином (целевая доза 40 мг/сут); продолжительность наблюдения составила 52 нед. Результаты исследования показали, что изучаемые препараты по-разному влияют на функцию почек: аторвастатин в обоих исследованиях достоверно снижал тяжесть протеинурии (в среднем на 15% в PLANET I и более чем на 20% в PLANET II), тогда как розувастатин не влиял на этот показатель (PLANET I) или же его влияние не было статистически значимым (в PLANET II). В дополнение к этим эффектам в PLANET I при применении розувастатина было отмечено увеличение частоты осложнений со стороны почек на фоне хорошей общей переносимости терапии (4-кратное повышение риска развития острой почечной недостаточности ($p<0,05$) и 5-кратное – удвоения уровня креатинина сыворотки крови ($p<0,01$) по сравнению с соответствующими показателями при приеме 80 мг/сут аторвастатина). Таким образом, РКИ PLANET I и PLANET II показали, что высокие дозы аторвастатина значительно уменьшают выраженность протеинурии (снижение на 20%) без нежелательного влияния на функцию почек, в то время как терапия розувастатином приводит к значительному снижению почечной функции без уменьшения выраженности протеинурии.

Следует отметить, что розувастатин в любых дозах противопоказан пациентам с тяжелым нарушением функции почек (клиренс креатинина <30 мл/мин), а больным с умеренным снижением почечной функции (клиренс креатинина <60 мл/мин) противопоказана доза розувастатина 40 мг. Аторвастатин подобных ограничений не имеет и может безопасно применяться у пациентов с заболеваниями почек.

Большой практический интерес при гиполипидемической терапии представляет соотношение эффективность/стоимость. В масштабном исследовании CURVES было показано, что высокая эффективность аторвастатина по влиянию на уровень ХС ЛПНП предопределяет лучшие фармакоэкономические показатели данного препарата по сравнению с таковыми других статинов.

Среди причин, ограничивающих применение статинов, на первом месте стоит высокая стоимость лекарственных препаратов этой группы. Решением проблемы может стать использование препаратов-генериков. При этом следует назначать только генерики с фармакокинетической и терапевтической эквивалентностью оригинальному аторвастатину.

Необходимо подчеркнуть, что пациенты с ИБС должны получать статины непрерывно и длительно (как правило, пожизненно) – только так можно добиться максимального эффекта от их применения. При использовании аторвастатина через 2 нед терапии появляются достоверные признаки восстановления функции эндотелия; через 3 мес выявляется эффект в отношении липидов, через 6 мес улучшается течение ИБС. При терапии длительностью более года наблюдается стабилизация каротидного, более 2 лет – коронарного атеросклероза, более 5 лет – снижение смертности.

Продолжение на стр. 6.

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

Гиполипидемическая терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца: фокус на аторвастатин

Продолжение. Начало на стр. 5.

Клинический случай

Терапия ИБС на фоне гипотиреоза

Больная П., 59 лет, поступила с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при подъеме на 2-й этаж, одышку при физической нагрузке, слабость.

Анамнез. Пять лет назад на фоне менопаузального периода впервые были отмечены подъемы АД до 180/95 мм рт. ст. Тогда же эндокринологом на основании лабораторных данных (ТТГ=5,0 мЕд/л; свободный Т4=11,0 пмоль/л) был установлен диагноз: «Аутоиммунный тиреозит, субклинический

пациентке был назначен аторвастатин (Торвакард, Zentiva, Чехия) в суточной дозе 40 мг, а также увеличена доза ЗТТ до 50 мг/сут, поскольку имелись умеренные проявления тиреоидной недостаточности. В остальном терапия не изменилась. Через 5 мес после АКШ была проведена плановая госпитализация больной для контрольного обследования. По данным лабораторных анализов отмечался эутиреоз (ТТГ=2,3 мЕд/л; свободный Т4=17,3 пмоль/л).

Динамика уровней гормонов щитовидной железы (ЩЖ) и показателей липидного профиля представлена в таблицах 1, 2.

Установлен **диагноз:** «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Стенозирующий атеросклероз ПМЖВ и ПКА

Таблица 1. Динамика уровня гормонов гипофизарно-щитовидной оси и данные УЗИ ЩЖ до и после назначения ЗТТ

| | До лечения | 1-я госпитализация | 2-я госпитализация | Контрольный визит |
|--|--------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| ЗТТ (тироксин) | | 25 мг | 50 мг | 50 мг |
| ТТГ (0,7-4,0 мЕд/л) | 5,0 | 13,2 | 5,3 | 2,0 |
| Свободный Т4 (11,0-23,5 пмоль/л) | 11,0 | 9,2 | 17,3 | 17,9 |
| Объем ЩЖ, правая доля, см ³ | 3,24 | | 2,35 | |
| Объем ЩЖ, левая доля, см ³ | 2,28 | | 1,97 | |
| Эхоструктура | Неоднородная | | Неоднородная | |

Таблица 2. Динамика показателей липидного обмена

| Терапия | Норма | 1-я госпитализация | 2-я госпитализация | Контрольный визит |
|---------------------------|-------|-------------------------------|--|--|
| | | Симвастатин 20 мг + ЗТТ 25 мг | Аторвастатин (Торвакард) 40 мг + ЗТТ 50 мг | Аторвастатин (Торвакард) 40 мг + ЗТТ 50 мг |
| ХС, ммоль/л | <4,5 | 6,4 | 4,9 | 4,0 |
| ТГ, ммоль/л | <1,7 | 1,96 | 1,9 | 0,97 |
| ХС ЛПВП, ммоль/л | >1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,2 |
| ХС ЛПНП, ммоль/л | <2,5 | 3,8 | 2,94 | 2,4 |
| ХС ЛПОНП, ммоль/л | <1,0 | 0,9 | 0,56 | 0,5 |
| Коэффициент атерогенности | <2,5 | 3,2 | 2,6 | 1,9 |

Примечание: ЛПОНП – липопротеины очень низкой плотности.

гипотиреоз». Назначена заместительная тиреоидная терапия (ЗТТ), которую пациентка не принимала.

Через 2 года состояние ухудшилось: впервые стали беспокоить ангинозные боли (при ходьбе до 50 м), отмечались перебои в работе сердца, выраженная слабость, сухость кожи, прибавка в весе (15 кг за год). Пациентка была направлена на стационарное лечение. По лабораторным данным присутствовали признаки манифестного гипотиреоза (ТТГ=13,2 мЕд/л, свободный Т4=9,2 пмоль/л). В связи с частыми приступами стенокардии для выбора дальнейшей тактики лечения выполнена коронароангиография (КВА): выявлены стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии в средней трети 90%, стеноз правой коронарной артерии (ПКА) в дистальной части 99%. Проведено стентирование ПМЖВ с полным восстановлением кровотока.

После выписки из стационара назначенную терапию – симвастатин, клопидогрель, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β-блокаторы, а также ЗТТ (тироксин 25 мг/сут) – стала принимать регулярно. Однако через 9 мес больная обратилась в клинику в связи с учащением (почти ежедневно) и повышением интенсивности ангинозных болей, снижением толерантности к физической нагрузке (ходьба до 20 м) и выраженной одышкой. При повторном проведении КВА обнаружены стеноз ПМЖВ в проксимальном отделе 70%, снижение проходимости в зоне стентирования до 50%.

На следующий день проведено АКШ с установкой 2 шунтов. В связи с отсутствием достижения целевых уровней показателей липидограммы на фоне приема симвастатина

(на основании КВА). Стентирование ПМЖВ. АКШ (2 шунта). Комбинированная дислипидемия. Гипертоническая болезнь III ст. 2 ст. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. СН IIА ст. с сохраненной систолической функцией ЛЖ. Аутоиммунный тиреозит. Гипотиреоз в стадии компенсации. Ожирение I ст.».

Назначено **лечение:** диета с ограничением содержания жиров животного происхождения.

Медикаментозная терапия: аспирин 100 мг/сут; клопидогрель 75 мг/сут; аторвастатин (Торвакард) 40 мг/сут; лозартан/гидрохлортиазид (Лозап плюс) 1 таблетка в сутки; бисопролол 5 мг/сут; ЗТТ (тироксин 50 мг).

Выводы

У больной прослеживалась четкая связь между наступлением менопаузального периода и появлением субклинического гипотиреоза. В данном клиническом случае были наглядно продемонстрированы проатерогенные свойства гипотиреоза и его способность обуславливать возникновение ИБС и влиять на ее течение. В отсутствие ЗТТ наблюдался переход субклинического гипотиреоза в манифестную форму, что ассоциировалось с прогрессированием ИБС. Таким образом на вопрос, лечить или не лечить доклиническую гиподислипидемию, однозначно должен быть дан положительный ответ. При этом чем раньше начато лечение, тем лучше прогноз у пациентов. Кроме того, лечение дислипидемии у гипотиреоидных больных ИБС эффективно лишь при назначении адекватной комбинированной терапии: статина (аторвастатин в индивидуально подобранной дозе) и ЗТТ.

ПРИВІТАННЯ

Щорічно 12 травня, починаючи з 1971 р. (в Україні – з 1997 р.), відзначається Всесвітній день медичних сестер. Саме цього дня майже 2 століття тому з'явилася на світ Флоренс Найтінгейл, відома англійська сестра милосердя, яка запровадила практику догляду за пораненими під час Кримської війни, заснувала перші курси сестер милосердя в Англії, стала фундатором професії медичних сестер та ініціатором реформи шпиталів. Кожен 2 роки Міжнародний комітет Червоного Хреста вручає 50 медалей ім. Флоренс Найтінгейл. Ця нагорода є найпочеснішою в галузі, своєрідним «медичним Оскаром».

Шановні медичні сестри, вітаємо вас з професійним святом!



Невипадково вас називають сестрами милосердя. Саме ви, чарівні феї в білих халатах, вселяєте віру в зцілення, вражаєте ювелірною майстерністю під час виконання не завжди приємних призначень, надираєте хворих, стаєте їм і порадицею, і другом, позбавляєте від тривоги та смутку. Саме на ваші тендітні жіночі плечі подеколи лягає відповідальність не менш важлива, аніж робота лікаря.

Ви – «права рука» фахівців, їх надійний тил, помічник у боротьбі з хворобами. Самопожертва й чуйність, професіоналізм і порядність, людяність і доброта, самовідданість і турбота, притаманні медичним сестрам, а також вчасно сказане слово підтримки чи жарг – це те, без чого неможливо уявити собі сучасну медицину, що не здатен замінити жоден досконалий високотехнологічний прилад.

Бажаємо вам здоров'я, миру, достатку, щастя в родині, гідної підтримки від держави, професійних перспектив та здобутків! Нехай життя щодня дивує приємностями й буде щедрим на сонячних людей!

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

НОВИНИ

Німецький професор Валентин Герайн допоможе будувати медичний центр в Ірпені

В Ірпені всесвітньовідомий лікар проведе навчання для місцевих медпрацівників і буде консультантом на будівництві нового медичного центру. Перший візит Валентина Герайна до Ірпеня заплановано на травень.

Валентин Герайн – професор університетської клініки ім. В. Гете у м. Франкфурт-на-Майні, керівник приватної клінічної практики з питань дитячої та сімейної медицини, науковий і медичний керівник фонду ім. Герайна, а також науковий і медичний керівник «ICR-PM: Institute for Cancer Research and preventive Medicine».

У всьому світі Герайна знають як талановитого педіатра, який успішно лікує онкологічні захворювання у дітей. Ще у студентські роки він брав участь у розробці препарату, який сьогодні є на озброєнні всіх армій світу. Також цими ліками рятували дітей, постраждалих унаслідок Чорнобильської катастрофи.

Герайн має великий досвід організації медичних установ. Він створив 20 центрів дитячої гематоонкології та супроводжував проведення десятків науково-практичних семінарів у Білорусії, Росії, Казахстані, Киргизії, Грузії та Вірменії. Сім років був радником з питань охорони здоров'я МОЗ Республіки Білорусь. Чоловік має державні нагороди Німеччини, Росії, Казахстану, почесний професор кількох університетів та наукових центрів різних країн світу.

Велика честь працювати з такою людиною. Жителі Ірпеня задоволені, що Валентин Герайн зацікавився їхнім містом і погодився працювати з ними.

Минулого року в Ірпені приступили до реформування медичної галузі: відкрили ряд нових установ, придбали нове оснащення, розпочали системну роботу для підвищення кваліфікації лікарів. Цього року в рамках реалізації стратегії «Ірпінь – місто здоров'я» приступили до будівлі великого сучасного медичного центру.

Для того, щоб новий центр відповідав європейським стандартам, уже зараз, на етапі початку будівництва, важливо чітко розуміти ключові речі: яке оснащення придбати, як обладнати кабінети, які технології використати. А для цього потрібні відповідні знання і досвід. Ними й володіє фахівець найвищого класу Валентин Герайн.

Професор приїжджатиме до Ірпеня 1 раз на кілька місяців, аби слідкувати за будівництвом медичного центру, і в той же час навчатиме лікарів працювати так, як у Європі. Перший візит заплановано на 15-21 травня.

У розвинених країнах медицина зорієнтована на профілактику та попередження хвороб. Дуже велика увага приділяється діагностиці, бо від неї залежить методика подальшого лікування. Україні також така подібна система: щоб люди довіряли лікарям, щоб кожен медичний центр мав новітнє обладнання, і щоб навіть стіни лікарні додавали бадьорості, а не пригнічували.